

MANTOVA salute

n° 23 - Dicembre 2014

TAGLIO DEL NASTRO
Nuova Neuropsichiatria
Infantile all'avanguardia

CHIRURGIA
Sale operatorie sicure
per gli allergici al lattice

La bellezza delle cure

I linguaggi dell'arte
per parlare e ridare
fiducia ai pazienti

MATERNITÀ Équipe multidisciplinare e "Talking Cure" contro il disagio emotivo in gravidanza
TRASPARENZA L'ospedale si adegua alla legge grazie a un sito internet a misura di cittadino
PROSTATA Il laser al posto del bisturi: diminuiscono le complicanze e i giorni di degenza
OSSERVATORIO Inquinamento atmosferico: malattie respiratorie e cardiovascolari in aumento
MAZZALI Centro diurno, Pronto Alzheimer e Cafè Alzheimer: iniziative a sostegno degli anziani



SOMMARIO

EDITORIALE

Arte e musica per dare un senso all'esistenza 4

Neuropsichiatria infantile, inaugurata la nuova struttura 5

Epilessia fuori dall'ombra a colpi di pennello 6

Racconti e favole per sfidare l'attesa 7

Oncologia, terapia sul pentagramma 8

Quel 'momento magico' che è bellezza della cura 9

Siamo fatti della stessa sostanza delle parole 11

Salute mentale, i mille volti delle cure 12

INSERTO Fondazione Mazzali 13

Sale operatorie sicure per gli allergici al latte 25

Ospedale senza veli grazie a un clic 27

Prostata, il laser al posto del bisturi 28

Cuore e polmoni: attenti a quei due 29

Inquinamento atmosferico: salute e portafogli a rischio 30

In ospedale accoglienza a 'gl'infiniti poveri' 31

Dopo i ferri, riabilitazione a passo di nordic walking 32

Persona in primo piano con gli assistenti sociali 33



IN BREVE

■ **CARDIOLOGIA DI MANTOVA, IMMAGINI IN 3D CON IL NUOVO ECOGRAFO**

■ **CHIRURGIA TORACICA AI PRIMI POSTI IN ITALIA**

■ **MANTOVANI IN VISITA ALL'OSPEDALE DI PIEVE DI CORIANO**

Quadrimestrale d'informazione dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma Anno VI - N°23 - Dicembre 2014 Registrazione Tribunale di Mantova N° 1/09 del 12 febbraio 2009

Direttore Responsabile
Elena Miglioli

Hanno collaborato a questo numero:

Livio Claudio Bressan, Paola Aleotti, Alberto Romitti, Manuela Molinari, Chiara Capelletti, Paolo Portioli, Luca Talarico, Ettore Muti, Massimo Venturelli, Renato Bottura, Davide Bozzini, Veronica Barini, Cosimo Barletta, Daniela Dal Santo, Paola Braglia, Paolo Parma, Cleante Scarduelli, Massimo Franchini, Gilberto Roccabianca, Noemi Panni

Redazione
Strada Lago Paiolo 10
46100 Mantova
Telefono 0376/464050 - Fax 0376/323143

Internet
www.aopoma.gov.it | e-mail: elena.miglioli@aopoma.it

Editore
Azienda Ospedaliera Carlo Poma
Strada Lago Paiolo 10 - 46100 Mantova

Grafica e impaginazione Saverio Coizzi
Stampa Brokerprint
Il numero è stato chiuso in redazione il 9 Gennaio 2015

In collaborazione con



di Livio Claudio Bressan, Neurologo Ospedale Bassini - AO ICP Milano
 Professore a contratto di Neurologia Riabilitativa, Università Statale di Milano
 Docente di Musicoterapia - Conservatorio di Mantova



ARTE E MUSICA PER DARE UN SENSO ALL'ESISTENZA

LA MALATTIA PUÒ ESSERE MOTORE
DELLA CREATIVITÀ E IL PIACERE ESTETICO
TRASFORMARSI IN UNA FORMA DI TERAPIA



L'équipe della Neuropsichiatria Infantile davanti a una delle opere realizzate dagli studenti dell'Accademia di belle arti LABA di Brescia

Non esiste nel cervello dell'uomo una sezione 'arte' o 'musica' ma esistono aree, distribuite nella corteccia cerebrale e interagenti fra loro, che concorrono all'attività creativa. Il problema della corrispondenza tra l'organizzazione neuronale e una specifica funzione è, ancora oggi, una questione centrale delle Neuroscienze. L'accostamento tra arte, musica e cervello può apparire stridente: da una parte vi è il cervello, costituito da miliardi di neuroni e dall'altra c'è l'arte e la musica con la loro capacità di richiamare ricordi e di condurci in universi fantastici. Tuttavia esiste un legame tra arte, musica e cervello poiché la 'produzione' di un'opera ha origine nel cervello e la sua 'percezione' produce effetti sul sistema nervoso. Cosa accade nel cervello di un artista o di un musicista nel momento in cui crea la sua opera e quali sono le basi cerebrali del 'piacere estetico' sono ancora domande senza risposta. Un fattore estetico può essere condizionato da un possibile substrato patologico ma, di solito, l'artista geniale supera con la propria creatività le limitazioni imposte dalla malattia. Ciò, in accordo con Nietzsche che affermava: "Non è possibile essere un artista senza essere malato".

IL PIACERE ESTETICO

L'osservazione di un quadro. Davanti al quadro, l'occhio cattura degli indizi fisici sulla superficie colorata e converte le radiazioni luminose riflesse da questa in impulsi elettrici che raggiungono il cervello il quale, a sua volta, analizza i segnali e ricostruisce un'immagine interna del dipinto. All'analisi delle parti segue il riconoscimento della composizione nel suo insieme, ovvero, alla percezione dei rapporti segue una sintesi mentale. Ma tutto ciò è ancora molto poco conosciuto, salvo il fatto che vi partecipa in modo particolare la corteccia frontale, che è la più riccamente connessa con il sistema limbico, il sistema delle emozioni. È la corteccia a operare la sintesi e a contribuire alla comprensione d'insieme del quadro e dei suoi diversi livelli di significato.

Possiamo immaginare che il godimento provato davanti all'opera d'arte armonizzi il piacere e la ragione, riconcili l'emozione e il concetto. La contemplazione di un'opera d'arte, inoltre, è già una forma di creazione, poiché lo spettatore non rimane passivo davanti al dipinto. Quando incontra l'opera, proietta su di essa il proprio stato interiore e arriva al punto di attribuire stati mentali ed emozioni ai personaggi che entrano nella composizione e in tal modo ripercorre il cammino dell'artista.

L'ascolto della musica. L'esecuzione e la composizione musicale implicano entrambe la realizzazione di un prodotto finale, rilevabile all'esterno. Di contro, l'ascolto della musica si presenta come qualcosa di passivo. Le attività mentali che si mettono in gioco nell'ascolto musicale possono essere molte, ma non si rileva alcun risultato obiettivo. Il prodotto terminale dell'attività di ascolto è costituito da un insieme di sentimenti, ricordi e anticipazioni, nonché da una serie di immagini mentali fuggevoli e sostanzialmente incomunicabili verbalmente. Nell'ascolto della musica si deve prima rilevare le relazioni tra i suoni e poi identificare i raggruppamenti significativi.

A livello superiore, questi raggruppamenti saranno ampi e complessi, corrispondenti alle strutture formali di un'opera. A livello inferiore i raggruppamenti saranno più semplici, quali un inciso o una frase musicale. Nell'ascolto musicale è necessaria anche la memoria di eventi passati (continua a pagina 10; speciale pagine 5-9)



NEUROPSICHIATRIA INFANTILE, INAUGURATA LA NUOVA STRUTTURA

TAGLIO DEL NASTRO CON IL VICE PRESIDENTE
DI REGIONE LOMBARDIA MARIO MANTOVANI.
LOCALI SPAZIOSI E QUALITÀ: REPARTO ALL'AVANGUARDIA



Un momento dell'inaugurazione con l'assessore alla Salute di Regione Lombardia Mario Mantovani (primo a destra)

Una struttura completamente riqualificata con locali accoglienti e tecnologia all'avanguardia nell'ottica di un maggior comfort per i pazienti e per i loro familiari e di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. È stata inaugurata il 25 novembre, alla presenza del Vice presidente e Assessore alla Salute di Regione Lombardia Mario Mantovani e di altre autorità, nonché professionisti dell'Azienda Ospedaliera, la nuova **Struttura complessa di Neuropsichiatria Infantile**.

ASPETTI STRUTTURALI E COSTI

La sede è stata ricavata nel Padiglione 5 dell'ospedale di Mantova. Dispone di 16 ambulatori, locali tecnici, studi medici e locali destinati all'accoglienza delle famiglie e dei bambini, arredati in collaborazione con **ABEO** (Associazione Bambino Emopatico Oncologico). La struttura ospita in un'ala il **Centro Regionale Epilessia**, con due sale elettroencefalogramma di registrazione, nell'altra le attività ambulatoriali territoriali, compresi i servizi offerti nell'ambito della Psichiatria dell'Adolescenza. I costi sostenuti complessivamente sono pari a

987mila euro: 860mila per la ristrutturazione, **60mila** per gli arredi e altri **60mila** per le apparecchiature. Prezioso il contributo di Abeo, che ancora una volta ha sostenuto l'Azienda Ospedaliera donando gli arredi della sala d'attesa per **7mila** euro.

OBIETTIVI DELLA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

La Struttura ha come obiettivo la **prevenzione**, la **diagnosi**, la **cura** e la **riabilitazione** di: patologie e disturbi neuromotori e sensoriali di origine congenita o acquisita; ritardo mentale; ritardi e disturbi di linguaggio e apprendimento; difficoltà ed alterazioni dello sviluppo psicologico, affettivo e relazionale; patologie psichiatriche dell'età evolutiva; patologie neurologiche in età pediatrica con particolare riferimento all'epilessia. Nell'area delle problematiche relative alla disabilità si promuovono, oltre a interventi di riabilitazione sanitaria, progetti per l'integrazione scolastica e sociale. In collaborazione con i Servizi per l'età evolutiva dell'ASL, i professionisti della Neuropsichiatria Infantile intervengono in casi di disagio psichico causato da fattori socio-ambientali.



EPILESSIA FUORI DALL'OMBRA A COLPI DI PENNELLO

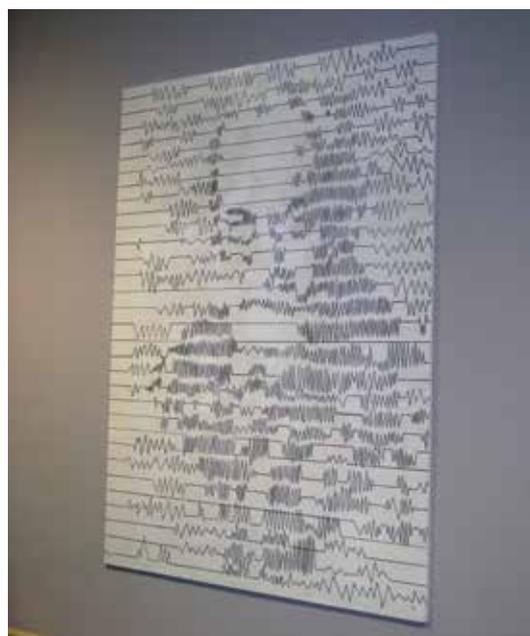
CRISTALLI E NAUTILUS CONTRO
I PREGIUDIZI NELLE OPERE REALIZZATE
DAGLI STUDENTI DI LICEO E ACCADEMIA

Consolidando una collaborazione pluriennale con gli studenti del **Liceo artistico Giulio Romano** di Mantova e dell'**Accademia di Belle Arti LABA** di Brescia, l'Azienda Ospedaliera ha attivato un percorso per la decorazione degli spazi della struttura. Il progetto **Fuori dall'Ombra** vuole portare ancora una volta il linguaggio dell'arte in corsia per lenire la sofferenza, migliorare l'approccio paziente-ospedale e, nel caso specifico, combattere i pregiudizi legati all'epilessia. La fase ideativa è stata sviluppata dagli studenti del **II e III anno del corso di Decorazione indirizzo Architettura d'interni** dell'Accademia di Belle Arti LABA di Brescia. Ogni studente ha proposto un diverso soggetto per la realizzazione di serie di pannelli o pannelli singoli. Le opere allestite sono di **Elena Lorenzi, Alice Alghisi, Marta Ottelli, Daniela Merigo, Alessandro Bassi**. La fase realizzativa è stata in parte eseguita dagli stessi studenti dell'Accademia LABA e in parte dai ragazzi del **corso di Arti Figurative** del Liceo Artistico Giulio Romano di Mantova, classe VLD. I soggetti delle opere sono stati scelti per riferimenti iconici ad elementi naturali in cui l'equilibrio, la misura e la proporzione sono le caratteristiche

principali (cristalli, Nautilus). Altri soggetti sono riconducibili alla storia della psicologia: l'immagine di Freud, ad esempio, viene disegnata da un tracciato che rimanda all'elettroencefalogramma. Altro intervento riguarda le gigantografie di un particolare di un fiore dipinte con scansioni cromatiche che mescolano colori primari, secondari e complementari. In una seconda fase gli studenti del Liceo e dell'Accademia integreranno le opere con interventi nelle sale d'aspetto e negli studi medici. I lavori sono coordinati da **Vincenzo Denti**, docente di Disegno dal Vero all'Istituto d'Arte Giulio Romano e di Decorazione alla Libera Accademia Belle Arti (Laba) di Brescia. In via propedeutica, nell'aprile 2013 si era tenuto un incontro al Liceo Artistico, con l'intervento – tra gli altri - dei medici della Neuropsichiatria Infantile, di una mamma di un paziente e dello scrittore epilettico Ivano Porpora, autore del romanzo 'La conservazione metodica del dolore' (Einaudi editore). Il progetto è stato realizzato grazie al contributo della Banca Popolare di Mantova, del colorificio Freddi, di Mori Legnami e di Abeo e ha il patrocinio di Lice (Lega italiana contro l'epilessia), della Provincia, del Comune e dell'Asl.



Due opere del progetto "Fuori dall'Ombra"





RACCONTI E FAVOLE PER SFIDARE L'ATTESA

LEGGERE FA BENE ALLE EMOZIONI:
IL PROGETTO 'SEGUI IL CUORE' PORTA
LIBRI A BIMBI E ADULTI IN OSPEDALE

Dodici racconti provano a sfidare il tempo e l'attesa, con storie di amicizia, sport, amore, passioni, illusioni. Storie di coraggio e di solitudini, storie di vita, storie positive, perché il mondo non è sempre girato dalla parte sbagliata. **Racconti in sala d'attesa, Storie brevi per vincere il tempo** (a cura di Cristina Zagaria) è il titolo dell'antologia distribuita gratuitamente nelle sale d'aspetto degli ospedali italiani. Anche l'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ha aderito al progetto, accogliendo la donazione di alcuni volumi distribuiti all'interno dell'ospedale di Mantova. L'iniziativa è stata presentata il 13 novembre nella sala d'attesa della **struttura di Neurologia** con l'intervento di **Elisabetta Bucciarelli**, autrice di uno dei racconti, **Simonetta Bitasi**, consulente letteraria e lettrice ambulante e **Milena Bernardelli**, vicepresidente di BibliOficina, associazione di volontari per le biblioteche del sistema bibliotecario Grande Mantova. Durante l'incontro si è parlato del senso della lettura in ospedale e della forza della lettura 'in attesa'. Gli autori dei racconti che compongono il volume sono scrittori molto noti al pubblico letterario. Oltre a quella di Elisabetta Bucciarelli, si leggono le firme di Luigi Romolo Carri- no, Maurizio de Giovanni, Patrick Fogli, Gabriella Genisi, Andrej Longo, Giuseppe Lupo, Emilia Marasco, Marco Marsullo, Antonio Paolacci, Patrizia Rinaldi, Cristina Zagaria. I proventi di ogni volume acquistato dai lettori privati verranno reinvestiti per pubblicare nuove copie che saranno a loro volta distribuite gratu-

itamente in tutti gli ospedali che chiederanno di aderire al progetto **Segui il cuore**. L'iniziativa nasce dal desiderio di **Vincenzo Federico**, che in una sala d'attesa di chemioterapia, scambiando sms con sua sorella Margherita, aveva espresso un desiderio: "In ospedale ci dovrebbero essere dei libri, per tenere compagnia ai pazienti, aiutarli ad evadere e ad affrontare la malattia con ottimismo". Dal sogno di Vincenzo nel 2013 è nato *Racconti in sala d'attesa*. Quest'anno, sempre nell'ambito dello stesso progetto, è arrivato **Favole dell'attesa**, dedicato ai piccoli lettori: 23 storie illustrate per viaggiare con la fantasia. La raccolta è stata presentata alla vigilia di Santa Lucia, nell'ambito degli eventi collegati all'inaugurazione della nuova struttura di **Neuropsichiatria Infantile**. Stessa idea come filo conduttore e stesso entusiasmo degli operatori dell'Azienda Ospedaliera nell'accogliere l'iniziativa, che ha visto come ambasciatore uno degli scrittori impegnati nel progetto, **Patrick Fogli**.

Scrive Cristina Zagaria: "Le favole saranno in ogni posto dove c'è un bambino e dove c'è lo spazio per sedersi, aprire un libro e iniziare un'avventura che porti lontano, per poi tornare nel proprio presente un po' più forti e meno soli. La lettura come diritto, come difesa, come strumento per crescere e lottare anche contro cose più grandi di noi, come la malattia o la solitudine. Cominciamo insieme...non lasciateci soli. Seguite il vostro cuore". Ulteriori informazioni visitando il sito www.seguilcuore.koine.us.

IN CORSIA I VOLUMI DONATI DAI CITTADINI

In occasione della presentazione dell'antologia **Racconti in attesa**, nella sala d'attesa della struttura di Neurologia è inoltre allestita una biblioteca, alimentata con i volumi donati all'ospedale dai cittadini, nell'ambito del progetto **Lib(e)ri in Corsia**, lanciato dall'Azienda Ospedaliera a partire dall'edizione 2010 di Festivaletteratura. Si tratta

di libri nuovi o usati, che in questi anni sono stati messi a disposizione dei pazienti e dei loro accompagnatori. L'obiettivo è sempre lo stesso: ridurre l'impatto psicologico ed emotivo dell'ospedale sui malati e sui loro cari attraverso la lettura. Per donare libri, contattare l'Urp aziendale, scrivendo a urp@aopoma.it.





ONCOLOGIA, TERAPIA SUL PENTAGRAMMA

I GRANDI ARTISTI 'DONATORI DI MUSICA'
IN OSPEDALE FANNO SQUADRA CON PAZIENTI,
FAMILIARI, OPERATORI E VOLONTARI



L'Oncologia del Poma entra a far parte della famiglia di **Donatori di Musica**. Una rete di musicisti, medici, infermieri, pazienti e volontari, nata nel 2009 per realizzare e coordinare stagioni di concerti negli ospedali (www.donatoridimusica.it). L'esperienza emotiva e umana dell'ascolto della musica dal vivo è un diritto di tutti, in particolare di chi si trova ad affrontare situazioni critiche. Per questo il direttore della Struttura di Oncologia dell'Azienda Ospedaliera **Maurizio Cantore**, fra i fondatori dell'associazione, ha portato la straordinaria esperienza iniziata all'ospedale di Carrara anche a Mantova. Proprio qui diventa espressione di un gioco di squadra tra infermieri, medici, operatori della cucina, dei trasporti interni, tra gli stessi membri della Direzione, e dei volontari di **Iom**. Tutti attori nel costruire il dono della continuità. L'iniziativa, che prevede un ricco programma di appuntamenti con i grandi nomi della musica, è stata presentata nel mese di settembre, nella sala d'attesa della struttura teatro di tutti gli eventi, con l'esibizione del pianista di fama internazionale **Roberto Prosseda**. Il musicista ha eseguito in anteprima assoluta le 'Variations sérieuses' di Mendelssohn. La prima performance in assoluto - un po' in sordina, a rassegna non ancora ufficializzata - aveva visto protagonisti il soprano **Gemma Bertagnolli** e il pianista **Giovanni Bietti**. Gli altri nomi che hanno emozionato il pubblico di quella che è già stata battezzata la 'sala della musica': **Bandini-Chiacchiaretta & Cerrato Brothers**, **Luca Schieppati**, **Jazzy Mood Trio**, **Bifo Combo**. Tutto ha avuto origine nel 2007, quando **Gianandrea Lodovici**, musicologo e producer di mu-

sica classica, degente all'ospedale di Carrara, propose al suo primario di organizzare un concerto. L'esperimento si è poi trasformato in sistema, contagiando persone e istituzioni. Oggi, la rete coinvolge gli ospedali di Bolzano, Brescia, Carrara, Conegliano, Roma, Saronno, Sondrio e Vicenza. Spiega Maurizio Cantore: "E quando una signora, che per la prima volta assisteva ad un nostro concerto, ha chiesto *ma dove sono gli ammalati?*, ho capito che la traiettoria che avevamo intrapreso era quella giusta". I concerti, infatti, vengono organizzati e seguiti da una squadra composta da pazienti, amici e parenti dei pazienti, volontari e professionisti del reparto. Agli artisti si chiede, oltre all'eccellenza professionale, sensibilità e riserbo. Nel setting, per altro, nessuno ha un abbigliamento che sia indicativo del ruolo che riveste. Scrivono il presidente del Comitato scientifico Fabio Levi e il presidente della Fondazione Enzo Nicolodi: "Ancora oggi l'umanità del curante è considerata dagli stessi pazienti (pregevolissimo) di più, per i Donatori è parte integrante dell'eccellenza professionale. Senza la quale non c'è buona medicina né buona terapia".

I PROSSIMI CONCERTI

Mantova, Oncologia, Sala della musica, ore 17

9 GENNAIO 2015

Hesperos Piano Trio: Filippo Lama violino, Stefano Guarino violoncello, Riccardo Zadra pianoforte. Ludwig, Op1 n2 in Sol maggiore Op 70 n1 in Re maggiore

23 GENNAIO 2015

Mario Panciroli, pianoforte. E Grieg, sonata op 7 in Mi minore; M. Moussorgsky, Quadri di una esposizione

5 FEBBRAIO 2015

QuintettOCMantova. Luca Braga violino, Pierantonio Cazulani violino, Klaus Manfrini viola, Paolo Perucchetti violoncello, Alberto Magagni pianoforte. D.Shostakovich, quintetto in sol minore per pianoforte ed archi; R.Schumann, quintetto in mi maggiore: un movimento



QUEL 'MOMENTO MAGICO' CHE È BELLEZZA DELLA CURA

LA QUALITÀ DEL TEMPO INCARNATO DAL KAIRÒS
ANCHE NEL DOLORE. CONTRIBUTI FILOSOFICI E ARTISTICI
AL CONVEGNO DEL DIPARTIMENTO CURE PALLIATIVE

Linguaggi della bellezza e della cura è il titolo del primo convegno del **Dipartimento Interaziendale Cure Palliative** che si è tenuto il 22 novembre nella straordinaria cornice del teatro Bibiena. I termini bellezza e dolore (aspetto centrale in Cure Palliative) delineano qualità antitetiche dell'esperienza umana e ciascuna di esse rimanda a particolari dimensioni esistenziali. In realtà bellezza e dolore sono legati da un rapporto molto stretto: in ogni dolore profondamente sentito e condiviso c'è una bellezza così come ogni bellezza piena e vera contiene un dolore. Il dolore attraversato diventa bellezza perché diviene contatto, reciprocità, vicinanza; la bellezza generata dal dolore è una bellezza che insegna, che dà senso alla vita. Il dolore non è una semplice circostanza della vita che accompagna l'avventura quotidiana; il dolore è dentro la vita. È parte costitutiva della natura umana. La sofferenza richiama l'attenzione sul corpo attraverso i segni della malattia, della menomazione fisica ed espone la persona al rischio di essere ridotta esclusivamente a questi aspetti.

L'esperienza del dolore trasforma il rapporto con il proprio corpo e questo determina anche un mutato rapporto con gli altri. Il corpo è il libro del tempo, nel corpo è scritta la nostra storia, è il luogo in cui le emozioni diventano concrete ed esperibili. Un volto racconta la storia di una vita e una vita corre lungo il filo del tempo. Ogni dolore fisico mette a disagio la mente, ogni dolore mentale è anche fisico. La bellezza di cui parliamo non è una facciata dove dietro c'è il nulla bensì una bellezza che apre alla vita perché l'afferma, una bellezza che genera ampliamento perché possiede una fondamentale qualità espansiva, una bellezza che intrinsecamente ha una forza attivatrice di energia. Guardare a questi due temi attraverso linguaggi non solo sanitari ha consentito di aprire uno sguardo diverso sul compito di una medicina ad alta valenza antropologica che vuole gettare una nuova luce sul valore della cura, della sofferenza, delle relazioni, del tempo e porre al centro la persona nella sua totalità. Questi sono alcuni dei fili sviluppati nel convegno che ha spaziato dalla filosofia alla letteratura, dalla musica all'arte, dall'antro-

pologia alla pratica terapeutica per cercare di rispondere all'interrogativo di come i percorsi del corpo dolente possono incrociarsi con quelli delle arti.

La ricchezza delle analisi e delle voci hanno impresso al confronto una dinamica variegata, aperta a contributi straordinariamente potenti a partire dalla differenziazione operata presso gli antichi del termine tempo distinto in *chrónos*, come misura del divenire, come successione lineare e irreversibile, e in *kairós*, con cui si alludeva al "momento buono", che si può far coincidere con l'"attimo immenso" evoca una dimensione eminentemente qualitativa. In questa prospettiva, si può allora comprendere più adeguatamente quali siano le implicazioni del nesso fra il *kalós* (bellezza) e il *kairós*. La bellezza non è un requisito stabile e permanente, non "appartiene" intrinsecamente a qualcosa – un volto, un paesaggio, un'opera dell'arte o dell'ingegno – ma è collegata piuttosto a quella sorta di "momento magico" incarnato nel *kairós*.

Si potrebbe allora affermare che non vi è bellezza al di fuori di quella dimensione temporale specificamente qualitativa nominata col termine *kairós*. Pochi luoghi come le Cure Palliative incarnano tanto profondamente il rapporto tra dolore e bellezza. È questo un ambiente in senso psicologico che custodisce uno spirito, è un luogo in cui si apprendono particolari vibrazioni, in cui c'è coraggio e trepidazione, in cui c'è forza e preoccupazione e allora restare pieni di senso davanti al dolore diventa un'etica.

L'INNOVAZIONE è un nostro impegno continuo

www.airliquidesanita.it

AIR LIQUIDE
Healthcare

- Fornitura gas medicali e servizi associati;
- Gas terapeutici;
- Dispositivi medici per la somministrazione del gas;
- Impianti gas medicali e servizi associati;
- Soluzioni "chiavi in mano" per biobanche e criobiologia;
- Consulenza tecnica per progettazione impianti gas medicali.



ARTE E MUSICA PER DARE UN SENSO ALL'ESISTENZA

(continua da pagina 4)

in relazione con il materiale attuale. Una modulazione a una nuova tonalità si ode solo se si ricorda la tonalità precedente. Un tema si ricorda come trasformato solo se se ne può ricordare la versione originale, di cui è una trasformazione. Per concludere, "percepire musicalmente un evento" - ebbe a dire Sloboda nel suo celebre libro "La mente musicale" - "consiste nel metterlo in rapporto con eventi passati".

ARTE, MUSICA E TERAPIA

È oramai abituale in ambito clinico utilizzare la musica e l'arte come terapia. Ciò perché la musica e l'arte sono indicate in una vasta gamma di patologie sia fisiche (dal portatore di handicap motorio alla persona allettata) che psichiche (dalla demenza al ritardo mentale) e vengono applicate in una notevole varietà di strutture (ospedali, centri di riabilitazione, scuole speciali, centri diurni, case di riposo per anziani, hospice). Stante l'impossibilità di affrontare l'argomento nella sua globalità, vogliamo focalizzare la nostra attenzione sull'utilizzo dell'arte e della musica nell'hospice quali mezzi di comunicazione non verbale col paziente oncologico in fase terminale.

Sotto il profilo storico, il contributo più rilevante proviene dalla musicoterapista Susan Munro, che raccolse testimonianze di pazienti che erano riusciti a manifestare le proprie emozioni e a comunicare i sentimenti più nascosti attraverso la simbologia del linguaggio musicale. Per tali malati, la vita aveva riacquisito valore poiché la musica facilitando il riemergere significativi ricordi della vita passata, aveva creato, per il paziente, un ponte di emozioni tra presente e passato e, per i familiari, un possibile legame tra presente e futuro. Da allora, molte sono state le esperienze riportate in letteratura sugli effetti della musica e dell'arte nella persona malata degente in hospice.

In particolare, sono stati affrontati in modo sistematico alcuni effetti sulla psiche, quali la distrazione, il rilassamento, la riduzione dell'ansia, la riduzione della percezione del dolore e la capacità di evocare le emozioni. Dall'esperienza che abbiamo raccolto in anni di applicazione della musicoterapia in ambito oncologico, riteniamo di poter azzardare un "meccanismo d'azione musicale".

Ovvero, la musica è in grado di fornire uno stimolo per una attenzione congiunta terapeuta-paziente da cui nasce un coinvolgimento emotivo-affettivo.

Il malato si sente accolto dal terapeuta e, in uno stato di sintonizzazione degli affetti, racconta per analogia e meta-

fora non tanto gli aspetti formali e descrittivi suscitati dai brani ascoltati, quanto il proprio stato emotivo. Come per la musica, anche per l'arte riteniamo di potere ipotizzare un 'meccanismo d'azione'.

Nella creazione di un lavoro artistico, il malato 'incide' sulla carta parti significative della propria realtà psichica ed il suo lavoro assume carattere di 'segno' ad alto contenuto affettivo. In altre parole, il foglio diviene uno spazio di proiezione in cui acquistano forma immagini che sono simboliche e metaforiche di eventi conflittuali. Non solo, la creazione di segni colorati favorisce un positivo contatto con la realtà e trasmette un messaggio ai familiari che perdura nel corso degli anni. In conclusione, lavorare con l'arte e la musica può divenire un tentativo di dare un senso all'esistenza poiché, anche in una persona gravemente malata esiste qualcosa di straordinario che deve essere recuperato come un'importante risorsa per tutti gli altri malati. Poiché il diaframma che divide il malato dall'oscurità dell'isolamento più totale è sottilissimo, siamo convinti che il compito dell'arte e della musica sia quello di rendere più robusto questo diaframma, fornendo al paziente la possibilità di acquisire un controllo delle capacità residue, un arricchimento espressivo ed una nuova possibilità di comunicare con gli altri, qualità che solo le arti sanno donare. Poiché l'atto creativo esprime il bisogno psichico di tradurre in manifestazioni esteriori contenuti interiori, la malattia, non è più una condizione che limita la creatività. Essa, al contrario, può diventare importante nel processo creativo, poiché ogni esperienza creativa veramente autentica poggia su quel comune denominatore di spiritualità presente in ogni essere umano che ha conosciuto o sta provando la sofferenza.



Il gruppo Bandini-Chiacchiaretta & Cerrato Brothers in concerto nel reparto di Oncologia



SIAMO FATTI DELLA STESSA SOSTANZA DELLE PAROLE

LA FIDUCIA MAMMA-BAMBINO SI COSTRUISCE
GIÀ IN GRAVIDANZA. E LA 'TALKING CURE'
PUÒ RENDERE IL DISAGIO PIÙ TOLLERABILE

Negli ultimi anni l'interesse della psicoanalisi per le condizioni che permettono lo sviluppo della mente del bambino ha portato a significative acquisizioni. Questo progresso è avvenuto grazie ai contributi dell'**Infant Research** (che studia l'interazione madre-bambino utilizzando l'osservazione diretta e procedure sperimentali), della **teoria dell'attaccamento di Bolby** e delle **neuroscienze**. È stato dimostrato, in particolare, come gli scambi affettivi precoci tra il bambino e la persona che si occupa di lui abbiano un ruolo fondamentale nello sviluppo del cervello del bambino stesso. La possibilità di sviluppare un senso di sé avviene in quello che è chiamato lo **spazio intersoggettivo**: il periodo cioè che la madre trascorre insieme al suo bambino nei primissimi mesi di vita (ma anche prima). L'emisfero cerebrale destro, dominante nei primi due anni, è la sede di elaborazione di tutte le esperienze emotive e in particolare della comunicazione non verbale che avviene con le figure che si occupano dell'infante. Sono gli scambi affettivi che organizzano la mente e già al terzo mese di vita si possono osservare da parte del bambino stili di attaccamento diversi verso le figure affettive di riferimento. Una madre angosciata e preoccupata stabilirà ancor prima della nascita e poi con il suo bambino una volta che questo sarà nato, un rapporto nel quale tutte quante le emozioni transiteranno dall'una all'altro e viceversa. Quando queste emozioni saranno improntate a tematiche negative, la madre potrà avere pensieri di poter far del male o danneggiare la sua creatura. Da questa paura alla possibilità di poter metterle in atto il passo è grande ma ciò che più importa è che non si sviluppa nella coppia madre-bambino quella fiducia di base nella vita e nella possibilità che sia degna di essere vissuta. Fin dalla antichità questa paura è stata individuata come espressione di quello che è sempre apparso uno dei delitti più efferati. Nel mito di Medea veniva messa in scena una madre che uccide i propri figli per vendicarsi dell'infedeltà del marito. Da ormai più di un secolo la **'talking cure'** di Freud ha mostrato che la possibilità di poter parlare

con una persona esperta di un disagio trasforma il disagio stesso in qualcosa di più tollerabile. Le ultime ricerche hanno evidenziato come nel corso di una psicoterapia anche le cellule cerebrali si modificano permettendo alla persona di affrontare meglio le difficoltà della vita. La parola modifica il corporeo, quindi? Sembra proprio così: 'siamo fatti della stessa sostanza di cui sono fatte le parole, con la possibilità di dare un nome alle cose, alle emozioni e a quegli stati d'animo che a volte sembrano muti o inascoltati. Siamo tutti parole incarnate. Queste premesse ci ha permesso di costruire un'équipe multidisciplinare che intercetta quelle situazioni all'interno delle famiglie che si trovano a dover affrontare non solo la depressione pre o post parto ma anche le difficoltà di comunicazione tra il bambino e le persone che se ne curano. Una buona prevenzione eviterà forme più gravi di disagio psichico.

DALLO PSICHIATRA AL FISIOTERAPISTA: ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE IN CAMPO

*La gravidanza è un periodo di cambiamenti biologici, psicologici e sociali che possono predisporre a un disagio emotivo. Circa il **30 per cento** delle donne presenta sintomi di disagio emotivo, almeno il **16 per cento** soffre di un disturbo mentale che necessita di trattamento. L'Azienda Ospedaliera ha istituito un **percorso dedicato** che coinvolge: psicologo, psichiatra, assistente sociale, ostetrica, infermiere e fisioterapista. L'accesso al percorso avviene attraverso il Pronto Soccorso, il Dipartimento di Salute Mentale, la richiesta allo psicologo o altro personale del Dipartimento Materno Infantile, i corsi di accompagnamento alla nascita, la segnalazione del medico di medicina generale e del servizio sociale di base. Nel percorso interviene anche il **Centro Aiuto Alla Vita (C.A.V.)**, associazione convenzionata con l'Azienda, che provvederà nel caso in cui ci sia necessità di sostegno sociale, collocazione abitativa alternativa, protezione.*



SALUTE MENTALE, I MILLE VOLTI DELLE CURE

CONFERENZA DELL'ORGANISMO DI COORDINAMENTO:
L'APPROCCIO CONIUGA CULTURA, FORMAZIONE, RETE,
QUALITÀ ORGANIZZATIVA E RISORSE ECONOMICHE



L'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale (OCSM) di Mantova ha promosso, presso l'Auditorium dell'Associazione Industriali di Mantova, il 18 ottobre scorso, l'annuale Conferenza Territoriale. L'appuntamento ha rappresentato un momento di confronto e riflessione nel quale è emerso come le relazioni di cura, in grado di generare salute, dipendano da fattori complessi come la condivisione culturale di principi e obiettivi della presa in carico, la formazione degli operatori, la qualità organizzativa dei servizi, le risorse economiche e le relazioni interistituzionali che riconoscono tutti gli attori della rete (persone, famiglie, associazioni e terzo settore). Le basi di una durevole salute mentale si costruiscono già nei primi anni di vita. Problemi di salute mentale infatti, spesso insorgono nell'adolescente, nel giovane adulto e con frequenze superiori nelle fasce di popolazione socialmente più svantaggiate. Per tali ragioni i decisori politici e i portatori di interesse hanno la responsabilità di predisporre misure che promuovano la salute mentale nei bambini e nei giovani. È importante poter offrire programmi destinati a rafforzare le competenze parentali, il ruolo della scuola e l'integrazione dell'apprendimento tra attività scolastiche curriculari ed extracurriculari. Non meno strategiche sono le ini-

ziative volte a prevenire gli abusi, il bullismo, la violenza e il rischio di esclusione sociale (Patto europeo per la salute mentale 2008). Questo è l'orizzonte nel quale è stata realizzata la Conferenza contrassegnata in apertura dalla proiezione di due filmati che testimoniano la partecipazione attiva delle persone alle attività dei servizi territoriali del Dipartimento di Salute Mentale.

Successivamente i relatori hanno esplorato le multiformi dimensioni della cura e del prendersi cura in un momento storico caratterizzato da rapidi cambiamenti culturali, sociali e demografici. Le persone diventano progressivamente più protagoniste e responsabili del loro percorso di vita come evidenziato nell'esperienza dei gruppi di auto mutuo aiuto.

Nel corso della mattinata è stato fatto il punto sui seguenti progetti regionali: "Case management rivolto a persone con disturbi dello spettro autistico", sperimentazione per la quale l'ASL ha realizzato un ciclo di incontri formativi per i soggetti accreditati all'interno della stessa progettualità e "P.I.P.P.I. 2014-2015 Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione" avviato negli ambiti territoriali di Mantova e Asola, promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dall'Università degli Studi di Padova. Infine, si è dato conto sulla prosecuzione dei progetti già avviati tra cui "Recovery" e "Volare si può": il primo rivolto al personale del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma; il secondo invece frutto della connessione tra enti locali e Rete Family Net. L'evento è stato ulteriormente arricchito dalla partecipazione delle associazioni attive nel nostro territorio: *Oltre la Siepe* di Mantova, *La Rondine* di Suzzara, *Alba* di Castelgoffredo e *Orizzonti* di Ostiglia. L'Onlus ALCE in rosso ha poi proiettato il Catalogo delle opere dell'Atelier di pittura dell'OPG di Castiglione delle Stiviere.

Infine, i servizi Mantova 1 e 2 del Dipartimento di Salute Mentale hanno esposto opere, scritti e manufatti, realizzate dagli utenti e riconducibili al tema "Il senso del tempo che scorre" che riferiscono del lavoro quotidiano degli operatori a favore delle persone in cura.



Fondazione ONLUS
MONS. A. Mazzali

INSERTO | FONDAZIONE MAZZALI | N° 7 - DICEMBRE 2014



Fragili, ma non soli

**Il nostro
progetto
ha una
prospettiva
da sogno**



com'è



come sarà





UN AIUTO DALLA RSA, MA SENZA RICOVERO

IL CENTRO DIURNO INTEGRATO È UNA SOLUZIONE
CHE CONSENTE ALL'ANZIANO DI RESTARE IN FAMIGLIA
PUR AVENDO ASSISTENZA QUOTIDIANA QUALIFICATA

Cosa può fare una famiglia che abbia al suo interno un anziano fragile ma che non voglia (o possa) accettare un ricovero a tempo indeterminato in una R.S.A. – Residenza Sanitaria Assistenziale? Può certamente rivolgersi a un **Centro diurno integrato** – C.D.I. – al fine di mantenere il proprio caro all'interno del nucleo familiare, senza dover rinunciare a una serie di servizi sanitari e sociali che solo una R.S.A. riesce a garantire quotidianamente. Il Centro diurno integrato, infatti, si colloca nella rete dei servizi socio-sanitari per anziani con funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali. Si rivolge ad anziani che vivono a casa, con compromissione parziale o totale dell'autosufficienza e con necessità assistenziali che superano la capacità del solo intervento domiciliare, ma che non richiedono ancora un ricovero in RSA. Garantisce alle famiglie sostegno nell'assistenza all'anziano e sollievo diurno dall'onere dell'assistenza quotidiana, offrendo prestazioni socio-assistenziali, sanitarie e riabilitative e animative. Sono accolti anziani, di norma di età superiore ai sessantacinque anni, affetti da pluripatologie cronico-degenerative, fra le quali anche le demenze, ma senza gravi disturbi comportamentali, in presenza dei quali l'indicazione di elezione è il ricovero in nucleo Alzheimer.

Il modello organizzativo del C.D.I. garantisce il controllo medico, d'intesa con medico di medicina generale, la presenza infermieristica e riabilitativa, l'aiuto per lo svolgimento delle attività quotidiane, l'attività di animazione e socializzazione e le prestazioni 'alberghiere' (di ristorazione e di pulizia). L'apertura del servizio è dalle 8 alle 17, prorogabile alle 18 su richiesta dell'interessato o della famiglia dal lunedì al venerdì e il sabato mattina a richiesta. Gli strumenti utilizzati sono: la valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'Utente al momento dell'ammissione e periodicamente; la stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondi ai bisogni/problemi identificati; il lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità

e le logiche dell'équipe interdisciplinare; la raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tali da premettere il controllo continuo delle attività del C.D.I., il coinvolgimento della famiglia dell'utente. La Fondazione Mazzali gestisce due C.D.I., uno a **Mantova** in via Vittorino da Feltre con 30 utenti e uno a **Marmirolo**, annesso alla Residenza Cordioli di via Gavioli con 12 utenti. Punto di forza dei C.D.I. della Fondazione Mazzali è la flessibilità, con la possibilità di concordare programmi personalizzati con uno o più giorni di frequenza a settimana o con la scelta delle sole mattine o dei soli pomeriggi. Centrale è il rapporto col medico di medicina generale (Medico di famiglia) che viene affiancato nella supervisione del paziente dall'intera équipe del centro e in particolare con il geriatra responsabile.



Il Centro diurno integrato della Fondazione Mazzali



UNIVERSITÀ, VALORE AGGIUNTO PER LA FONDAZIONE MAZZALI

LA COLLABORAZIONE CON GLI ATENEI DI MILANO,
BRESCIA E VERONA FA DELL'ISTITUTO UN AMBIENTE
UNIVERSITARIO DI ALTO LIVELLO A MANTOVA



L'Università statale di Milano

La Fondazione Monsignor Mazzali Onlus ha da anni instaurato rapporti di proficua collaborazione con alcune fra le più importanti Università italiane, rapporti che si sono concretizzati in stage, tesi di laurea e studi scientifici condotti con ricercatori e cattedratici. I poli universitari, infatti, sono il centro del sapere e della ricerca in Italia e rappresentano uno stimolo essenziale per la Fondazione e per la città di Mantova. Al centro della scelta della Fondazione sta la consapevolezza che il personale è la principale risorsa per un soggetto come il Mazzali, che eroga servizi alle persone anziane non autosufficienti o bisognose di riabilitazione. Tale risorsa va però continuamente stimolata e motivata, in modo da poter offrire agli ospiti/utenti elevate capacità professionali unitamente a un approccio umano adeguato alle diverse situazioni di bisogno e disagio. La formazione continua e l'aggiornamento professionale sono unanimemente riconosciuti come insostituibili fattori di crescita scientifica, sociale e umana.

Il Mazzali, per arricchire professionalmente lo staff medico, infermieristico, paramedico e tutti i dipendenti, offre preziose occasioni di crescita delle loro competenze per affrontare al meglio le sfide delle nuove frontiere del care (benessere). Di recente si è deciso di potenziare questo importante cammino, ritenendo che i sistemi universitari costituiscano un costante impulso positivo e un'opportunità unica per l'innovazione e l'aggiornamento negli studi più avan-

zati, senza dimenticare la classica Medicina.

Nel sistema della Fondazione operano diversi atenei, di seguito menzionati:

- **Università di Verona**
(Dipartimento di Neuroscienze);
- **Università Statale di Milano**
(Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute);
- **Università di Brescia**
(Facoltà di Medicina, corso di laurea per Educatore professionale, Fisioterapista e Infermiere);
- **Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano - CeRismas** (Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario).

L'Università di Verona è anche presente dal 2004 in modo organico nei Consigli di Amministrazione della Fondazione con un Consigliere nominato dal Rettore. Queste eccellenti collaborazioni apportano alla Fondazione Mazzali un quid in più mai offerto prima, facendola annoverare tra gli ambienti di istruzione superiore universitaria mantovana di alto livello. È anche grazie al continuo scambio di know how con detti centri che la Fondazione può a sua volta erogare formazione per operatori interni ed esterni attraverso il Ce.S.F. - Centro Studi e Formazione, che si occupa anche di realizzare convegni e seminari con un sistema di monitoraggio dell'apprendimento e della "customer satisfaction". Il Ce.S.F. è certificato UNI EN ISO 9001:2008 ed è provider per la formazione continua in sanità E.C.M.



DEMENZA: LE RISORSE DELLA DIAGNOSI PRECOCE

IMPORTANTE RILEVARE TEMPESTIVAMENTE I SINTOMI E AGIRE ANCHE SULLA QUALITÀ DELLA VITA DI CHI ASSISTE I MALATI

L'interesse crescente per la cura e per l'assistenza dei pazienti affetti da **demenza** catalizza interesse e attenzioni verso una parte molto fragile della popolazione anziana. D'altro canto l'assenza di una terapia risolutiva per questa problematica può generare confusione su quali siano gli obiettivi da perseguire per gestire al meglio queste persone. Non solo chi è affetto da demenza ma tutta la famiglia interessata a tale evento si trova spesso incerta nel gestire per anni problemi che variano molte volte anche nel modo di presentarsi.

La demenza non può essere definita e circoscritta in pochi sintomi, non è un sapere concluso ma un condizione che si muove tra problemi anatomici, funzionali, clinici in un contesto umano, sociale, relazionale organizzativo ed economico. Tentare di trattare la malattia in un rapporto causa-effetto non è pensabile, può essere, questa malattia, l'emblema di come anche l'anziano con i suoi problemi si modifichi continuamente costringendoci ad adeguare i nostri comportamenti le nostre cure le nostre attenzioni. Chi si occupa di statistica ci dice che oggi nel mondo sono presenti 35 milioni di persone con demenza con proiezioni a 65 milioni nel 2030 e 115 milioni nel 2050, ma non ci dice come saranno, se compresi nella stessa fascia di età oppure se l'insorgenza sarà più ritardata, se i sintomi si presenteranno nello stesso modo, come cambierà la storia naturale, probabilmente l'interazione dei geni con l'ambiente avrà una grande importanza.

Come sottolineato in un recente seminario dal professor **Marco Trabucchi** presidente AIP servizi, strutture, ricercatori saranno in grado di definire gli obiettivi da perseguire. In base alle conoscenze attuali gli spunti su cui riflettere nel tentativo di prendere in carico la complessità e non disperdere energie possono riguardare l'effettuazione di una **diagnosi precoce e accurata** spesso realizzata in ritardo con ovvia ansia e preoccupazione dei familiari. **Rilevare tempestiva-**

mente i sintomi non solo quelli dei nuovi ammalati ma anche quelli che insorgono tardivamente sia psichici che fisici; pensiamo ad esempio al dolore così difficile da rilevare e da trattare nelle fasi avanzate. La storia naturale non si può modificare ma possiamo tentare di modificare i fattori che possono causare un eccesso di disabilità (le piaghe da decubito ecc).

Vi sono ancora incertezze su che cosa e come valutare la qualità della vita in queste persone nelle quali si modificano i rapporti interpersonali si sovrappongono l'ansia la depressione e nel tempo prevalgono i bisogni fondamentali e i rapporti di dipendenza verso chi assiste. Non da meno è importante occuparci del care giver, della qualità di vita di chi assiste, spesso nelle visite ambulatoriali è importante prestare attenzione a ciò che ci riferisce il familiare o la badante che vivono 24 ore al giorno con l'ammalato rispetto a

quanto rilevato nell'esame neuropsicologico o dagli esami strumentali. Tentare di comprendere lo stato d'animo del care giver e cercare di modularlo ha sicuramente ricadute positive anche sull'ammalato.

I servizi per la demenza se ci sono spesso sono insufficienti o peggio ancora non sono conosciuti dai fa-

miliari che devono inventarsi la presa in carico senza sapere se è quella giusta per la fase clinica della malattia. Infine la prevenzione è un obiettivo? Prima ancora che un problema sanitario lo è dal punto di vista sociale e culturale da perseguire già in giovane età. Sappiamo che la corretta alimentazione, il non fumare, la limitata ingestione di alcol e la regolare attività fisica sono alcuni dei cardini noti di sicura efficacia per tante altre malattie e probabilmente anche per le demenze. Quindi in attesa di ciò che potrà modificare la storia naturale della malattia o risolverla l'attenzione verso i nostri cari va mantenuta e sollecitata anche enfatizzando, con giusta ragione, quelli che sono i piccoli successi che otteniamo ogni giorno al loro fianco nella certezza di non aver lasciato nulla di intentato per alleviare le loro sofferenze.

*Nel 2030
i malati saranno
65 milioni*



SARCOPENIA, L'INVECCHIAMENTO RISPARMIA GLI ARTI INFERIORI

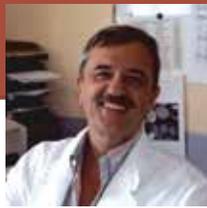
UNO STUDIO METTE IN LUCE GLI EFFETTI
DELL'AVANZARE DELL'ETÀ E DEL DISUSO
CON LA PERDITA DELLA MASSA MUSCOLARE

La **sarcopenia** (dal greco *sarx* = carne e *penia* = perdita) è un fenomeno caratterizzato dalla perdita aggravata della massa muscolare e dal declino della forza muscolare con l'incremento concomitante della disabilità e della mortalità. La prevalenza della sarcopenia si attesta tra valori che variano dal 7 a oltre il 50 per cento in base a sesso ed età. L'eziologia è multifattoriale e include il cambiamento delle funzioni endocrine, alcune malattie croniche, infiammazioni, l'inattività fisica, la perdita della funzione neuromuscolare e i disordini alimentari. Considerando che la sarcopenia si manifesta con l'avanzare dell'età e in seguito a lunghi periodi d'inattività fisica, e osservando che la sarcopenia sembra essere differente nei muscoli locomotori (in cui appare più pronunciata) rispetto ai non locomotori, presso la Fondazione Mazzali è stato condotto uno studio per indagare gli effetti combinati dell'invecchiamento e del disuso a lungo termine sul muscolo scheletrico. Con un approccio integrato in vivo e in vitro sono stati studiati gli effetti dell'invecchiamento e del disuso a lungo termine sulla massima contrazione volontaria, massa muscolare, attivazione neuromuscolare, caratteristiche della contrazione a riposo, e in vitro la massima forza, la sezione delle fibre, e la tensione della fibra muscolare in donne giovani, anziane sane, e anziane con severe limitazioni al movimento (in sedia a rotelle da almeno due anni). Con lo stesso approccio si sono studiati gli effetti dell'invecchiamento e l'effetto sistemico del disuso a lungo termine sul muscolo scheletrico non locomotore (bicipite brachiale).

Hanno partecipato allo studio 24 donne, 8 giovani (con età compresa tra 23-26 anni), 8 anziane fisicamente attive, (85-92 anni), e 8 anziane con severe limitazioni al movimento, (86-90 anni). Attraverso una risonanza magnetica sono stati misurati i volumi muscolari del braccio e della coscia. La forza specifica volontaria delle gambe e delle braccia è stata calcolata dividendo la forza misurata durante le contrazioni isometriche massimali volontarie per il volume dei muscoli corrispondenti. E infine sono state eseguite biopsie muscolari dei muscoli vasto laterale e bicipite brachiale. Ogni fibra è stata classificata per la sua composizione d'isoforma e

per ogni fibra è stata calcolata la sezione, forza isometrica e tensione isometrica. I risultati dimostrano che la riduzione della massima forza volontaria nel muscolo locomotore dei soggetti anziani attivi e dei soggetti anziani con limitazione di mobilità è stata accompagnata da una diminuzione delle caratteristiche morfologiche e delle funzioni neuromuscolari. Tuttavia, la contrattilità delle singole fibre in vitro non è stata influenzata dall'invecchiamento e nemmeno dal disuso degli arti. Inoltre, la riduzione della massima forza volontaria nel muscolo non locomotore, ovvero quello degli arti superiori, è dovuta principalmente alla riduzione della funzione neuromuscolare, poiché sia le caratteristiche morfologiche che la contrattilità della singola fibra in vitro non sono state colpite dall'invecchiamento. È interessante notare che quando la forza muscolare in vivo è stata espressa dalla 'resting twitch specific force', che rappresenta la forza in vivo senza i fattori limitanti neuromuscolari, non c'era differenza tra il braccio e la gamba nei soggetti dei tre gruppi.

Sia in vitro che in vivo, la contrattilità delle singole fibre e la resting twitch specific force sono relativamente ben conservate dagli effetti dell'invecchiamento e del disuso. Pertanto, le riduzioni della massima forza volontaria associate a questi fenomeni sono probabilmente più associate ai fattori limitanti neuromuscolari e morfologici. Questo studio dimostra che la massa muscolare e la forza volontaria sono più preservate negli arti superiori rispetto agli arti inferiori. Mentre, al contrario, la contrattilità delle singole fibre muscolari di gambe e braccia non è stata colpita da invecchiamento e disuso, il che implica che i fattori limitanti per la riduzione della forza volontaria, risiedono al di fuori delle cellule muscolari. Le differenze delle funzioni muscolari legate all'invecchiamento e al disuso sembrano essere neuromuscolari piuttosto che morfologiche. Questi dati suggeriscono che mentre in vivo la funzione muscolare, la massa e i fattori neuromuscolari sono ridotti con l'invecchiamento e il disuso, il muscolo scheletrico dei soggetti anziani è funzionalmente equivalente a quello dei soggetti giovani quando è normalizzato per le componenti neuromuscolari e morfologiche.



SENILITÀ: FRAGILI COME BICCHIERI DI CRISTALLO

TRAINING MOTORIO, ALIMENTAZIONE CORRETTA, MONITORAGGIO DEI FARMACI E SOCIALITÀ COME FORME DI PREVENZIONE



La moderna geriatria da qualche anno sta riflettendo su questo sostantivo, vecchio come l'uomo: **fragilità**. E ha capito che l'uomo che invecchia molto spesso vive una fase della sua senilità in questa condizione. Prima l'uomo adulto, poi la prima senilità verso i 65 anni, poi 10 anni di salute (l'anziano robusto), poi qualche segno di fragilità (la pre-fragilità), poi la fragilità vera e propria, poi la polipatologia e la poliproblematicità, poi la perdita di autonomia e la cosiddetta cronicità. Un lungo cammino, che vede al centro proprio questo passaggio: l'anziano fragile. Prima di capire quali sono le sue caratteristiche, richiamo la metafora: un oggetto fragile è ancora intatto, ma basta poco per romperlo. Un bel bicchiere di cristallo ne è l'esempio più vivido. Così è l'anziano fragile. Quali i fattori di fragilità di un uomo-donna che invecchiano?

In primis: l'età: in genere dopo i 75 anni molti anziani imboccano questa strada. Il secondo fattore è la solitudine: vivere da soli (e oggi un anziano su tre in Italia vive solo) predispone alla fragilità. Poi i deficit sensoriali: vederci poco, sentirci poco, aprono alla perdita di robustezza, scardinano piccolo squarci di perdita di autonomia. Poi le scarse capacità economiche: case disagiati, scarso riscaldamento, barriere architettoniche. Ancora: le cadute. Molti anziani cadono a terra con una certa frequenza per difetti di vista (come già accennato), per instabilità delle gambe (poca forza), disturbi dell'equilibrio, capogiri. Appunto la sarcopenia (perdita di massa muscolare specie degli arti inferiori) pare essere un fattore importante delle cadute e frequenti rottura della fragilità. Ma

ancora: un'alimentazione monotona, sempre uguale, che porta nel tempo ad una malnutrizione strisciante, ma significativa, e quindi a rendere tutti gli organi e i sistemi di organi appunto fragili. Da non sottovalutare la disidratazione, che nel corso del tempo (specie d'estate) può portare a sintomi di confusione e aumentato rischio di cadute. Altrettanto importanti sono i quadri neurologici e psichici, magari sfumati. Un leggero deficit iniziale di memoria, già patologico, leggeri segni di tipo Parkinsoniano (quelli che i clinici chiamano parkinsonismo, non gravi come la classica malattia di Parkinson, ma sufficienti a creare rigidità e movimenti rallentati, che riducono l'autonomia ed il movimento) e i frequenti segni depressivi, specie di anziani soli, che riducono ulteriormente la mobilità e la socialità. Tutti gli anziani fragili camminano molto poco fuori di casa: in tal modo riducono la forza dei muscoli, si isolano sempre di più, innescando un circolo vizioso che aggrava e automantiene i fattori di fragilità. Altrettanto importanti le incipienti malattie croniche: iniziale insufficienza cardiaca, diabete con frequenti segni di neuropatia periferica e ulteriore difficoltà del cammino, artrosi (per esempio la gonalgia, specie delle donne riduce ulteriormente il raggio di azione ed il movimento), le insufficienze respiratorie. Da ultimo, ma non secondaria, la polifarmacoterapia. Molti anziani prendono molti farmaci nella giornata. Possono sbagliarsi, dimenticarsi, saltare qualche farmaco, sviluppare intolleranze, gastralgia da farmaci, complicando la fragilità globale. Che fare? Solo l'individuazione delle persone fragili e l'attenzione a strategie preventive possono procrastinare il passaggio dalla fragilità alla cronicità ed alla perdita totale di autonomia. I training motori (per esempio la A.F.A., cioè gruppi di attività motoria, che già la Fondazione organizza) attenzione e correzione dell'alimentazione, offerta di momenti di socializzazione, contatti telefonici frequenti (il Club delle Tre Età svolge già questo prezioso lavoro per centinaia di anziani), monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci e dell'andamento delle patologie croniche potrebbero ridurre le rotture del precario equilibrio dell'anziano fragile. Con indubbi vantaggi sulla loro qualità di vita e con risparmi evidenti del Servizio Sanitario Nazionale.



PER PREVENIRE GLI ERRORI IL MANAGER DEL RISCHIO

ANALISI E MONITORAGGIO DEGLI EVENTI
AVVERSI PER MIGLIORARE I SERVIZI SANITARI
E LA VITA DEGLI OSPITI DELLA STRUTTURA

Nel contesto del diritto alla tutela della salute nasce la necessità di migliorare la sicurezza del paziente nelle strutture di ricovero, minimizzando i rischi clinici e organizzativi, con beneficio dell'ospite ed evidenti vantaggi economici per le strutture sanitarie, in termini di minori richieste risarcitorie e risparmio sui premi corrisposti alle assicurazioni per i casi di responsabilità civile. In riferimento alla vigente normativa riguardante la gestione del rischio clinico all'interno dei servizi sanitari e considerando l'importanza del progetto all'interno della nostra realtà di Fondazione, nell'anno 2013 è stato istituito il gruppo **Clinical Risk Management** della Fondazione Mazzali. Dopo aver predisposto i moduli da utilizzare, si è provveduto alla divulgazione applicativa, informando l'intero personale sanitario a riguardo del loro utilizzo e dell'importanza ricoperta dalle segnalazioni dei 'quasi eventi' che possono essere effettuate anche in forma anonima in un contesto di prevenzione generale. In base alle linee concordate all'interno dell'associazione **A.Pro.M.E.A.**, si è provveduto al monitoraggio, catalogazione e analisi degli eventi avversi, avvenuti o potenziali, all'interno dei reparti della struttura, focalizzando l'attenzione sulle cadute degli ospiti, sulla mappatura dei mezzi di protezione/contenzione, sugli eventuali errori da prescrizione e somministrazione farma-

cologica e gestione delle infezioni nosocomiali. Alla base del progetto di gestione del rischio sta l'innovativo metodo di analisi degli eventi utilizzato: la discussione aperta (debriefing) tra le varie figure professionali operanti nel reparto, attraverso la quale, si destrutturano i casi in esame, ricostruendone l'intero percorso temporale, si risale alle cause, con l'intento di comprenderne le dinamiche ed evitare il ripetersi degli stessi. L'obiettivo futuro è la creazione di una banca dati centralizzata che permetta il confronto crociato delle soluzioni adottate nei singoli reparti e, nel caso di riscontro di recidive, la rettifica, se del caso, dei relativi protocolli utilizzati. Le finalità principali del progetto, sono la riduzione degli eventi avversi riscontrati, il miglioramento della vita dell'ospite all'interno della struttura e l'incremento della qualità assistenziale offerta e percepita dall'utenza e dai familiari. Il processo globale implica un progressivo cambio di mentalità da parte del personale che porterà dal concetto attualmente dominante "Chi è stato? = Colpevole!" a favore di "Perché si è verificato? > Soluzione>Prevenzione". Come tutte le innovazioni e i cambiamenti, anche questo percorso richiede tempo, comprensione e l'impegno di tutti, in special modo in una struttura come la nostra (oltre 250 dipendenti) dove risulta indispensabile la sinergia ed il dialogo di tutte le figure operanti.



di Veronica Barini
Farmacista
Fondazione Mazzali

INFEZIONI: SI COMINCIA DAL LAVAGGIO DELLE MANI

UNA PRATICA FONDAMENTALE DI PREVENZIONE
SIA A DOMICILIO CHE IN OSPEDALE: RIDUZIONE
DI DECESSI, GIORNATE DI RICOVERO E SPESE

Il Ministero della Salute stima che in Italia ogni anno si verificano dalle 450.000 alle 700.000 infezioni in pazienti ricoverati (4,5-7 per cento dei ricoverati), il 30 per cento circa delle quali prevenibili. Nella pratica assistenziale quindi tra le misure preventive, in ospedale e a domicilio, l'**igiene delle mani** rimane senza alcun dubbio la più importante in quanto in questo gesto si combinano semplicità, efficacia ma anche costi di applicazione vantaggiosi: il solo lavaggio delle mani può infatti ridurre in maniera significativa i decessi conseguenti alle infezioni, le giornate di ricovero e in genere le spese sanitarie. Le nostre mani sono avvolte da un 'guanto naturale' rappresentato dalla nostra cute. Quest'ultima è l'organo di maggiori dimensioni del nostro corpo, svolge una funzione protettiva rispetto all'esterno ed è fisiologicamente colonizzata da batteri residenti e transitori: i primi con funzione protettiva possono diventare responsabili di infezioni opportuniste, i secondi si acquisiscono per contatto con i pazienti o con superfici contaminate. Questi ultimi attraverso una trasmissione crociata sono la causa di serie infezioni la cui gravità è connessa a diversi aspetti tra cui le caratteristiche delle superfici contaminate, il livello di umidità, la quantità di contaminanti ma soprattutto il tipo di microrganismo patogeno; tra i batteri transitori quelli che si ritrovano più spesso sulle mani degli operatori sono lo *Staphylococcus aureus*, l'*Enterococcus faecium* e in corso di epidemie anche lo *Staphylococcus aureus* resistente alla meticillina (MRSA) ed l'*Enterococcus* resistente alla vancomicina (VRE).

Il lavaggio delle mani si esegue con diverse modalità e con prodotti specifici a seconda delle mansioni che si devono svolgere; abbiamo il cosiddetto lavaggio sociale, la frizione alcolica delle mani, il lavaggio antisettico e il lavaggio chirurgico. Il lavaggio sociale o igienico che si esegue con acqua e sapone, della durata di 40-60 secondi, serve per eliminare lo sporco visibile, rimuovere la flora batterica transitoria ed è assolutamente raccomandato per proteggere non solo il paziente ma lo stesso

operatore sanitario dalla trasmissione di infezioni. È una pratica comune che si dovrebbe effettuare anche prima o dopo aver manipolato farmaci oppure quando le mani sono visibilmente contaminate con materiale proteico, sangue o altri liquidi biologici e dopo l'uso dei servizi igienici.

La frizione alcolica delle mani, invece, prevede l'utilizzo di una preparazione idroalcolica al 60-80 per cento di alcol, in genere etanolo, isopropanolo associato a sostanze emollienti, umidificanti e ad agenti protettivi per la cute delle mani, utili al fine di prevenire la secchezza derivante dall'uso frequente di alcol. Tali soluzioni alcoliche vanno frizionate per 20-30 secondi fino a completa asciugatura per eliminare la flora batterica transitoria e ridurre la carica microbica delle mani. Si possono utilizzare in diverse situazioni per esempio prima e dopo il contatto con il paziente, se le mani non sono visibilmente sporche oppure dopo la rimozione dei guanti non sterili o ancora dopo il contatto con oggetti, inclusi i presidi sanitari, presenti nelle immediate vicinanze con il paziente. Alternative legate all'operatività dei dipendenti sono il lavaggio antisettico a base di detergenti antisettici per esempio la clorexidina gluconato) e il lavaggio chirurgico che precede gli interventi chirurgici in ambito operatorio. Da quest'anno anche la Fondazione Mazzali ha avvalorato questa pratica promuovendo una formazione specifica per i dipendenti sul corretto utilizzo di un disinfettante idroalcolico per le mani presente non solo sul carrello della terapia di ogni unità operativa ma anche all'ingresso di ogni reparto e della stessa Rsa. L'intenzione è quella di educare non solo il personale della Fondazione ma anche tutti i visitatori, amici, parenti alla pulizia delle mani al fine di tutelare il proprio caro ma anche se stessi da eventuali contaminazioni. Pensando alla **Giornata Mondiale per la Pulizia delle Mani** oramai alla settima edizione, promossa dall'Unicef, mi sento di sottolineare che il lavaggio delle mani con il sapone rappresenta la misura migliore e meno costosa per proteggersi dalle infezioni.

LINEA DIRETTA PER AIUTARE CHI STA ACCANTO AL MALATO

INFORMAZIONI UTILI E SOSTEGNO
AI CAREGIVERS GRAZIE AI SERVIZI
'PRONTO ALZHEIMER' E 'CAFFÈ ALZHEIMER'

Per questo fine 2014, la Fondazione Mazzali ha lanciato due iniziative: il **Pronto Alzheimer** e il **Caffè Alzheimer**. Il Pronto Alzheimer (344/1521709 dal lunedì al venerdì, dalle 13 alle 15) è una linea telefonica diretta che il cittadino può utilizzare per rivolgere ad uno psicologo qualificato le domande più disparate riguardo le demenze e il deterioramento cognitivo. Il servizio nasce come tentativo di rispondere alla necessità delle famiglie o di chi accudisce il malato (cosiddetti 'caregivers') di avere informazioni di carattere medico-sanitario, psicologico, amministrativo, sociale e tecnico (esempio: come eliminare le barriere architettoniche). Il professionista al telefono fornirà all'interessato sia il contatto interno alla Fondazione, sia le indicazioni esterne che più si addicono alla soluzione della questione posta. "L'informazione è potere" diceva J. E. Hoover e grazie all'informazione cresce anche il controllo sull'ambiente e su noi stessi, evitando o riducendo l'ansia e la paura di cui talvolta le novità sono permeate. Spesso la consapevolezza di quali siano le fasi di questa malattia, come si manifestano, con quali caratteristiche e varianti, può ridurre lo stress che i caregivers patiscono. Il Pronto Alzheimer interviene in aiuto di queste persone, che si ritrovano da un giorno all'altro catapultate nel dramma spesso sottovalutato di un male subdolo. Un aiuto immediato, che non ha solo l'obiettivo di rispondere ad una domanda, ma anche quello di far sentire il familiare meno solo, sostenerlo umanamente ed emotivamente. Essere sostenuti da qualcuno vuol dire inoltre potersi, anche se per poco tempo, scrollare di dosso qualche responsabilità, affidarsi all'operato di un altro che oltre ad essere capace di aver cura del malato diventa portatore di un momento di respiro per il familiare. È noto come la sindrome da Burn-out (letteralmente "bruciarsi") sia piuttosto frequente nei caregivers. L'accudimento non è un affare semplice. Ciò integra nel suo significato uno spirito di sacrificio e abnegazione che il familiare spesso interpreta come una vera e propria missione di vita. Diversi figli si occupano del genitore trascurando la propria famiglia. Diversi mariti e mogli interrompono e tagliano la rete sociale, i

rapporti, le amicizie, per gestire a tempo pieno il coniuge. Per garantire un ambiente accogliente per chi soffre di questa problematica è necessario che chi si propone come caregiver disponga di tutte le energie psicofisiche utili a sostenere il peso della cura. Le famiglie coinvolte sono 7 milioni in Europa (circa 800mila solo in Italia nel 2013; secondo il Ministero della Salute raggiungeranno i 15milioni nel 2020 in Europa, 48milioni in tutto il Mondo nello stesso anno). Il sostegno emotivo, psicologico e sociale diventa quindi uno degli aspetti più importanti e urgenti.

È in tale contesto che si collocano gli incontri del Caffè Alzheimer. Già avviato nel 2011, il Caffè Alzheimer si realizza in sessioni quindicinali aperte alla cittadinanza, tanto ai caregivers quanto ai malati, che vengono divisi in due gruppi, ognuno dei quali svolge attività specifiche per i propri interessi e bisogni. Mentre chi lamenta problematiche di deterioramento cognitivo svolge sedute di gruppo di stimolazione e animazione, i familiari possono contemporaneamente confrontarsi sulle diverse situazioni della vita quotidiana ed entrare in una comunità di mutuo-aiuto consapevole e più capace di affrontare le varie problematiche. Quest'ultimo gruppo è condotto da un geriatra e da uno psicologo, che cercano di formare una squadra di supporto pronta a correre in aiuto dei singoli nei momenti di bisogno. I partecipanti hanno la possibilità, inoltre, di imparare o integrare nelle proprie, nuove strategie di gestione del malato, informazioni che possono arrivare sia dal conduttore come da chi si siede accanto. Le modalità utilizzate consistono nell'integrare ai modelli di ascolto momenti formativi di carattere medico-sanitario e psicologico-comportamentale. Sapere quali sono le fasi della malattia di Alzheimer ci rende pronti e reattivi nell'anticipare le necessità del nostro caro. Conoscere come fronteggiare eventuali deficit di comunicazione del malato, può sia agevolare quest'ultimo a identificare i suoi bisogni, sia aiutare il familiare a comprenderli e rispondere nel modo idoneo. Inoltre, saper prevenire un comportamento aggressivo, aumentare la motivazione nelle cure e nel trattamento terapeutico.

“I MIEI ANZIANI COME FAMILIARI”

LA FIGURA DELLA BADANTE
TRA ‘REGOLE ASSISTENZIALI’
E ‘REGOLE DEL CUORE’

Per una giovane ragazza ucraina di 28 anni come me, la parola ‘badante’ suona un po’ strana. Nel mio Paese questa professione non esiste. Gli anziani e i nostri nonni vengono curati nelle famiglie e dai figli. È per questo motivo che quando qui in Italia assisto un anziano, mi affeziono molto, perché la persona diventa un po’ come mio nonno. La cosa più importante che cerco di fare è questa: mettermi nei suoi panni, capire il suo punto di vista, pensare a che cosa sarebbe utile per lei, quale è il suo vero bisogno, capire che a volte dietro alle cose che mi chiede c’è un grande bisogno d’affetto. Ho compreso che la cosa più importante che l’anziano vuole è sentirsi sicuro e rassicurato continuamente. Si appoggia molto a me, mi cerca, mi chiama, mi domanda tante piccole cose. Ma mi regala anche tanti “grazie” e tanti sorrisi. Allora capisco che è contento, che la mia presenza è importante per lui. E così io mi sento gratificata, mi sento utile.

La cosa più bella per me è questa: i famigliari mi trattano sempre come un membro della famiglia, e in questo modo anch’io mi sento in dovere di dare il meglio di me stessa. Stando tanto tempo con un anziano mi sono resa conto di quanto sia importante la figura di una badante (non mi piace molto questa parola, preferirei usare ‘amica’, ‘as-

sistente familiare’ o ‘persona di cura’). Spesso si crea un rapporto così intenso, di affetto e di stima che a volte mi sembra di essere più utile del famigliare. Ma è molto importante però cercare di avere un rapporto buono e positivo con il famigliare, per creare una specie di alleanza che viene a vantaggio dell’anziano che è assistito. Ci sono delle regole dell’assistenza. Ma io spesso preferisco seguire il mio cuore. Parlo molto con la signora, lei pure parla molto con me, mi racconta tante cose del suo passato e mi piace ascoltarla. Quando mi racconta queste cose vedo che i suoi occhi si illuminano. Credo che, se anche la sua mente è confusa, penso che mi racconti cose vere, davvero accadute nel passato. Capisco però che a volte sarebbe utile avere delle competenze più specifiche, per poter aiutare meglio i nostri assistiti.

Sarebbe importante che si organizzassero dei corsi per noi badanti. La mia vita non è facile. Ho una figlia e la mamma: non sono sola, sono fortunata. So che molte mie colleghe sono sole, la loro famiglia è lontana. Immagino quante lacrime verseranno la sera, quando vanno a dormire. Comunque io ho i miei affetti, sono giovane, ho voglia di imparare tante cose, e soprattutto voglio dare agli anziani che assisto il meglio delle mie capacità.

Una giovane badante ucraina

AMINOACIDI ESSENZIALI MODULATORI METABOLICI DELLE SINTESI PROTEICHE



AMINOTROFIC® 30 buste da 5,5 g

ALIMENTI DIETETICI DESTINATI A FINI MEDICI SPECIALI

AMINOTROFIC® GEL 20 buste da 12,0 g
INDICATO IN SOGGETTI DISFAGICI

AMINOTROFIC® NE 30 buste da 5,5 g
PER NUTRIZIONE ENTERALE

ANCHE LE CAREZZE CURANO L'ANIMA

NEGLI STUDI NEURO-FISIOLOGICI
L'IMPORTANZA DI QUESTO GESTO
CHE PUÒ COINVOLGERE TUTTI I SENSI

Cosa può fare una carezza ricevuta! Cosa può fare una carezza donata! Quel giorno camminavo sul vialetto dell'Istituto, immerso nel giardino carico di tempo, sofferenza, stupore. Sempre lo stesso vialetto da 35 anni, sempre quello, sempre inedito, ogni giorno una scintilla di novità. E quel mattino di primavera incontro Francesca, (il nome è cambiato per rispetto della signora) malata di Alzheimer, a braccetto con un'operatrice del suo reparto Amarcord, dove è ospitata, e ci incontriamo. Mi fermo, lei si ferma, un sorriso sfumato e dolce, e lei allunga la sua fragile mano di 65enne sfregiata già da anni dalla malattia, e mi sfiora la guancia con una carezza leggera, che ripete più volte. Un brivido corre rapido per tutto il mio corpo. Non me l'aspettavo. È stata come una nemesi di senso! Rapidamente la mia mano corre sul suo volto e le restituisce una carezza un po' sudata, un po' incerta, ma vera. "Mi vuoi bene?", le chiedo, "Troppo" dice Francesca.

Il suo linguaggio è ormai rudimentale, essenziale. Ma sa andare dritto al cuore. Nessuno si è accorto del mio imbarazzo che rapidissimamente si è trasformato in commozione profonda. Sono quasi scappato, quasi quella carezza avesse rivoltato come un calzino la mia anima distratta. Volevo tenere tutta per me quell'emozione fugace e intensa. E sono volato nel mio studio. Ho preso il mio block-notes e in tre minuti ho buttato giù il testo di "Carezza". Non volevo perdere nemmeno un frammento di quel magico incontro, di quella carezza inimitabile. Quasi mi avesse dato un gioiello prezioso che volessi subito andare a nascondere, tanto era prezioso. Una carezza diseguale, disarmonicamente vera. Quando accarezzo un'altra persona, in fondo regalo a

lei una parte di me, direi la parte migliore di me, un po' la mia essenza vitale che è la mia capacità di amare, limitata, fuggevole, ma pur caldamente vera. Quanta vita dà la mamma che accarezza il proprio bimbo piccolo. Ma c'è di più. Si può accarezzare un bimbo, un animale, una pianta, un fiore, una foglia, non solo con le mani, col tatto. Si può accarezzare anche con gli occhi, con le orecchie, con il naso, con la bocca. Mi spiego. Lo studio affascinante della neuro-fisiologia ci insegna che le aree cerebrali deputate ad un organo di senso hanno delle connessioni con altre aree deputate ad un altro organo di senso.

Che significa questo? Che l'alchimia meravigliosa del nostro cervello può permetterci, se lo alleniamo con costanza, di accarezzare letteralmente un panorama con gli occhi, di accarezzare una splendida musica con le orecchie, di accarezzare con l'olfatto un odore a noi caro (magari del nostro fiore preferito), di accarezzare con il gusto della lingua il nostro gelato speciale. Capite? I sensi si mescolano (meglio, possono mescolarsi) nel nostro cervello regalandoci sensazioni nuove, strane, affascinanti, irripetibili. Ma c'è un ultimo spunto irrinunciabile da sottolineare.

Francesca malata di Alzheimer mi ha accarezzato il volto: firma d'Autore. Sì, quella carezza unica e irripetibile è stata la sua firma indelebile sul mio corpo unico e irripetibile, una firma che sulla pelle non può che diventare un tatuaggio perenne. Ma ancora di più diventa una "Storia d'Amore" diseguale, strana, senza storia, senza tempo, senza spazio.

Ma vera storia d'Amore. Grazie Francesca.

(Tratto da libro "Carezza" di Renato Bottura -
Illustrazione di Cosimo Barletta)





Ti ascoltiamo
e rispondiamo
ai tuoi bisogni



Ti offriamo
un sostegno
competente



...fai felici i tuoi Ospiti

**Finalmente
buoni da mangiare,
belli da servire,
facili da deglutire.**

Scopri la nostra linea di prodotti alimentari dedicati alle fragilità nutrizionali e disfagia. Il benessere nutrizionale dei vostri Ospiti è il nostro impegno quotidiano!

Per informazioni

+ 39 035 312581
info@medeat.eu
www.medeat.eu

Iscriviti alla nostra newsletter per ricevere tutti gli aggiornamenti e il nostro ricettario.



SALE OPERATORIE SICURE PER GLI ALLERGICI AL LATTICE

PERCORSO LATEX-SAFE A MANTOVA,
ASOLA E PIEVE. NEGLI ULTIMI ANNI
IN AUMENTO I SOGGETTI SENSIBILIZZATI

L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma ha attivato un percorso per la gestione in sicurezza dei **pazienti allergici al lattice** da sottoporre a interventi chirurgici o a procedure invasive. Le **sale operatorie** dell'azienda assicurano infatti a tali pazienti la presenza di soli presidi privi di gomma naturale.

Inoltre le **sale parto** dei tre punti nascita di **Mantova, Asola e Pieve di Coriano** garantiscono alle gestanti allergiche al lattice la possibilità di travagliare e di partorire in salette adeguate cerredate solo di presidi privi di lattice. Per la gestione dei pazienti allergici vengono adeguate oltre alle sale parto e alle sale operatorie, **le stanze di degenza**.

Il lattice di gomma naturale è una sostanza di origine vegetale con cui vengono prodotti una grande quantità di manufatti di largo uso sia in ambiente sanitario che al di fuori di esso. Si ricava dall'albero della gomma (*Hevea brasiliensis*). Inizialmente è costituito da una emulsione composta da acqua, particelle di gomma, sali inorganici, resine, zuccheri e proteine. Il prodotto finale si ottiene attraverso la progressiva aggiunta di ammoniaca, solventi chimici, elementi inorganici e agenti antistatici, acceleratori e antiossidanti. Al termine della lavorazione industriale il lattice contiene numerose catene proteiche dotate di attività antigenica. Il lattice si trova in prodotti di uso domestico quali indumenti, equipaggiamenti sportivi, succhiotti, palloncini, giocattoli, e in prodotti per uso medico-chirurgico come apparecchi ortodontici, guanti, cateteri, drenaggi, linee infusionali, palloni, maschere e circuiti per anestesia. L'allergia al lattice è un problema sanitario emergente, in quanto negli ultimi 15 anni si è rivelato un aumento dei soggetti sensibilizzati, in parte in relazione alla sempre maggiore diffusione di oggetti in lattice. La prevalenza di sensibilizzazione varia tra l'1 per cento della popolazione adulta al 2 per cento di quella pediatrica. La prevalenza è superiore nelle categorie a rischio: soggetti atopici (3-10 per cento); operatori sanitari esposti al lat-

te (2,8-12,1 per cento); soggetti plurioperati (25-61 per cento). I soggetti sensibilizzati possono andare incontro a diverse patologie: orticaria, rinite, oculorinite, asma bronchiale, angioedema e, anche se più raro, shock anafilattico. L'allergia al lattice è al secondo posto come frequenza (dopo l'allergia ai miorilassanti) tra le cause di anafilassi intraoperatoria (circa il 16,6 per cento dei casi). Sono state documentate sensibilizzazioni crociate tra lattice e alimenti vegetali quali banana, kiwi, avocado, castagna, ananas e altri e fra lattice e una pianta ornamentale, il Ficus Benjamina.

L'individuazione dei pazienti ad elevato rischio rappresenta il cardine per lo sviluppo delle procedure atte a prevenire o minimizzare le eventuali reazioni allergiche al lattice. Essa si basa su: raccolta attenta e particolareggiata dei dati anamnestici per identificare i soggetti che presentano specifici fattori di rischio, valutazione immunologica dei pazienti a rischio. Nei casi in cui si evidenzia un potenziale rischio di allergia al lattice sarà compito del medico richiedere una consulenza specialistica al servizio di allergologia per gli eventuali approfondimenti diagnostici. Nella valutazione dell'allergia al lattice non si ha alcuna certezza che un soggetto latex-sensibilizzato con storia negativa per reazioni sistemiche gravi non possa svilupparle nel futuro più o meno immediato alla successiva esposizione, e quindi è atteggiamento prudente applicare a questi soggetti le procedure latex-safe. Obiettivo principale è quindi rendere l'ospedale in grado di poter gestire i pazienti allergici garantendo loro ambienti e percorsi sicuri. Da esperienze condotte in altre realtà sanitarie è stata evidenziata l'impossibilità di eliminare totalmente il lattice; risulta realizzabile quindi un percorso latex-safe nell'ambito del quale il livello di antigeni presenti risulta talmente basso da non innescare alcun tipo di reazione. Il termine latex-free va riservato invece ai materiali utilizzati, per i quali è possibile ottenere una certificazione di assoluta assenza di lattice.



Innovazione e responsabilità, al servizio del paziente

Leader mondiale nell'area della salute, Novartis è fortemente impegnata nella ricerca e nello sviluppo di farmaci e soluzioni d'avanguardia per curare le malattie, ridurre il carico delle sofferenze e migliorare la qualità di vita delle persone. Con l'obiettivo prioritario di soddisfare i bisogni dei pazienti, rispettando le attese e i diritti di tutti i

suoi interlocutori, Novartis si adopera per gestire le proprie attività in modo sostenibile dal punto di vista sociale, ambientale ed economico. Attraverso il suo costante orientamento all'innovazione e il suo approccio responsabile alle esigenze della salute, Novartis è un punto di riferimento affidabile per milioni di persone, in Italia e nel mondo.



OSPEDALE SENZA VELI GRAZIE A UN CLIC

IL SITO INTERNET A MISURA DI CITTADINO:
COME L'AZIENDA OSPEDALIERA APPLICA
LE LEGGI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Legge 190 del 6 novembre 2012 (legge anticorruzione), Decreto legislativo 33 del 14 marzo 2013 (trasparenza): ecco un incipit che scoraggerebbe a proseguire la lettura di questo articolo, ed ecco perché si cambia subito modalità e obiettivi. L'Azienda Ospedaliera intervistata dal cittadino è sembrata la formula che più di ogni altra potesse rispondere alle necessità o alla curiosità di sapere cosa è stato fatto e cosa manca ancora da fare in materia di anticorruzione e trasparenza.

Che cos'è una legge anticorruzione?

Sicuramente non è una legge che elimina la corruzione, ma offre un'opportunità di maggior controllo sul pubblico per agire in chiave preventiva rispetto ad abuso e malcostume amministrativo. Per la prima volta il legislatore affronta la complessa tematica in una chiave preventiva e non repressiva.

E la trasparenza?

Nel contesto in cui si applica, rappresenta un principio attraverso il quale realizzare i valori costituzionali di legalità, imparzialità e buona amministrazione, garantiti dall'articolo 97 della Costituzione.

Niente burocrate per favore, cosa ha fatto in concreto l'Azienda per realizzare e metabolizzare questo veloce processo di cambiamento?

Si tratta di due leggi promulgate a breve distanza l'una dall'altra, e gli obblighi contenuti nei decreti delegati sono numerosi; gli sforzi e l'attenzione di tutte le pubbliche amministrazioni si sono concentrati in prima battuta sul loro adempimento formale, ora è il momento di cambiare passo. Certo, il preliminare impegno è stato quello di individuare le cosiddette aree a rischio, quelle che, sempre secondo i dettami della norma e del Piano Nazionale Anticorruzione, debbono essere inserite nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale, strumento attraverso il quale l'amministrazione definisce una strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo. In realtà si tratta di aree, quali ad esempio la selezione delle risorse umane o la scelta dei fornitori di beni e servizi, già dettagliatamente disciplinate dalla normativa e monitorate

dagli organi di controllo aziendali, quindi la vera novità non è questa. E neppure i documenti, già adottati - Codice comportamentale, Regolamento per il conferimento degli incarichi extraistituzionali, o la più recente e meno conosciuta Whistleblower Policy - che si possono trovare e consultare sul sito internet aziendale all'indirizzo www.aopoma.gov.it, **area Amministrazione trasparente**, benché adempimenti dovuti e importanti rappresentano la vera svolta comportamentale, il cambio di stile, la dismissione dei paludamenti burocratici, a favore di una smart-revolution ancora in erba.

Sembra che in questo discorso sia rimasto qualcosa di importante in sospeso: di cosa si tratta?

Si tratta della trasparenza, non stiamo parlando di una mera pubblicazione di dati sui siti internet delle pubbliche amministrazioni, ma di un processo in evoluzione, che non va letto come un controllo ispettivo, ma come un mezzo per favorire la fiducia del cittadino. Si è partiti dall'adempire ai circa 270 obblighi di pubblicazione (tolti quelli non applicabili alle Aziende sanitarie), previsti dalla delibera 50/2013 CIVIT ora ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), sempre consultabili sul sito dell'Azienda, dove la quantità sembra prevalere. Ora quello che abbiamo più a cuore è la qualità del dato e la sua accessibilità, ad esempio attraverso l'utilizzo di Read Speaker, un dispositivo che consente anche agli ipovedenti di leggere le informazioni pubblicate, trasformando un testo scritto in un audio. Infine quello a cui aspiriamo è un globale cambio di cultura, non solo da parte della Pubblica amministrazione che deve imparare a considerare la fase della pubblicazione non alla stregua di una pratica burocratico-amministrativa, ma piuttosto come un'azione che compenetra e perfeziona l'attività dell'ufficio diventando un ordinario modello di riferimento; anche per il cittadino non più indifferente o mal informato, ma curioso e impegnato. Si coglie così la vera essenza del cambiamento del concetto di comunicazione intesa come capacità di ricevere e decifrare i messaggi.



PROSTATA, IL LASER AL POSTO DEL BISTURI

MENO COMPLICANZE E GIORNI DI DEGENZA, LA TECNICA È USATA ANCHE PER I PAZIENTI CARDIOPATICI

Riduzione del sanguinamento e delle complicanze, tempi brevi di degenza. Sono i principali vantaggi dell'uso del laser per la cura dell'**ipertrofia prostatica benigna**. Si tratta di una patologia molto frequente nei maschi dopo i 50 anni di età. La quarta più frequentemente diagnosticata oltre i 65 anni. Un alto numero di pazienti viene sottoposto a intervento endoscopico di resezione prostatica mentre sono in numero minore i pazienti che vengono sottoposti a intervento chirurgico a cielo aperto. L'intervento è necessario in caso di ritenzione acuta di urina con posizionamento di catetere vescicale, presenza di sintomi ostruttivi con formazione di calcoli in vescica, svuotamento incompleto vescicale con infezioni urinarie recidive. Vi sono inoltre pazienti che non rispondono alle terapie farmacologiche o con marcati effetti collaterali da tali farmaci per cui è indicato l'intervento 'disostruttivo'. L'intervento più utilizzato è la resezione prostatica transuretrale con ansa monopolare. Consiste nell'introduzione di uno strumento (il resettore) che con un'ansa termica taglia e coagula dall'interno il tessuto prostatico. Di recente introduzione sono i resettori con corrente bipolare che permettono una migliore capacità di emostasi riducendo il sanguinamento.

Il limite della resezione prostatica sia con ansa monopolare che con quella bi-polare sono le dimensioni della prostata la terapia anticoagulante assunta da alcuni pazienti. Infatti prostate con voluminosi ade-

nomi richiedono tempi operatori troppo lunghi con possibili complicanze. Perciò in molti centri in caso di prostate di un certo volume l'intervento viene eseguito a cielo aperto con il taglio, ma ciò comporta una convalescenza, tempi di recupero più lunghi, rischio emorragico più elevato con ricorso ad emotrasfusioni. Nei centri più moderni è stata quindi introdotta la tecnica di disostruzione prostatica con laser. Vi sono diversi tipi di laser. Da circa un anno all'ospedale di Mantova si utilizza il **laser al Tullio (Tulep)**. Si tratta di uno strumento che permette una minor penetrazione di energia nei tessuti con rapido effetto di vaporizzazione delle molecole d'acqua e di tessuto prostatico. Ha efficacia a livello di incisione nel tessuto ed emostasi. Il laser Tullio permette di eseguire due diverse tecniche a secondo dell'energia utilizzata; l'adenomectomia, per prostate piccole, e la vapoenucleazione per quelle di dimensione maggiore. Il paziente viene ricoverato la mattina stessa dell'intervento con una degenza complessiva di 2-3 giorni. L'enucleazione al Tullio offre rispetto alla Turp e alla adenomectomia chirurgica un minor sanguinamento, una riduzione della necessità di trasfusione, minor tempo di cate-terizzazione (solo 12-24 ore) e di degenza. Un altro grande vantaggio è quello di poter operare pazienti in terapia anticoagulante senza dover sospendere i farmaci. A questi pazienti l'Urologia del Poma offre un percorso di diagnosi e cura integrato tra urologo, cardiologo e anestesista.

LE DOMANDE PIÙ FREQUENTI

Quali sono le indicazioni del Laser al Tullio?

Tutti i pazienti portatori di ipertrofia prostatica sintomatica o complicata senza limiti di volume.

Qual è il decorso post operatorio del paziente sottoposto a disostruzione prostatica?

Il paziente viene ricoverato il giorno stesso dell'intervento. Dopo l'intervento viene applicato un catetere vesci-

cale, rimosso la mattina seguente. Il paziente viene dimesso una volta accertato che urini senza problemi.

I pazienti cardiopatici o che assumono farmaci anti-coagulanti possono essere operati?

I pazienti con cardiopatie importanti e che assumono farmaci anticoagulanti da linee guida europee devono essere operati con l'utilizzo del laser. Si riduce infatti al minimo il sanguinamento intra e post operatorio senza sospendere i farmaci antiaggreganti.



CUORE E POLMONI: ATTENTI A QUEI DUE

QUANDO IL FLUSSO AEREO È OSTRUITO,
COME IN CASO DI BRONCO PNEUMOPATIA,
AUMENTANO I RISCHI CARDIOVASCOLARI

Cuore e polmoni sono intimamente accoppiati anatomicamente e funzionalmente a costituire l'unità Cuore-polmoni che ha il compito di garantire un adeguato scambio gassoso (ossigeno ed anidride carbonica) tra l'aria ambientale e le cellule dell'organismo. Per assicurare questa funzione in diverse condizioni fisiologiche (ad esempio a riposo, durante il sonno o lo sforzo) e patologiche (in particolare in presenza di patologie cardiache e/o respiratorie) i due apparati interagiscono con diversi e complessi meccanismi: neurologici, bio-morali/infiammatori, meccanici.

La **Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva** (BPCO) è una patologia frequente (colpisce più del 5 per cento della popolazione adulta), prevenibile e trattabile, caratterizzata da una ostruzione al flusso di aria attraverso le vie aeree, evolutiva, si associa ad una aumentata risposta infiammatoria cronica agli inquinanti inalatori (in particolare fumo ed inquinanti atmosferici) a carico delle vie aeree e dei polmoni. Recentemente è stata molto enfatizzata, accanto all'infiammazione polmonare, la presenza in questi pazienti di un'infiammazione sistemica rilevabile da aumentati livelli ematici di alcuni indici quali proteina C reattiva, fibrinogeno, fattore di necrosi tissutale ed altri.

La BPCO è inestricabilmente associata con le patologie cardiovascolari dalla diagnosi alla morte. Circa il 30 per cento dei pazienti con BPCO ha cardiopatia ischemica, circa il 20 per cento ha scompenso cardiaco (SC) e la maggioranza di loro ha aritmie cardiache significative (1,3,4). Le patologie cardiovascolari nei pazienti con BPCO sono in gran parte dovute ad aterosclerosi.

La patogenesi dell'aterosclerosi è complessa e multifattoriale ed alcuni fattori di rischio sono condivisi con la BPCO (età avanzata, fumo di sigaretta e sedentarietà). Negli ultimi anni è diventato progressivamente sempre più evidente che i pazienti con ostruzione del flusso aereo hanno un rischio significativamente aumentato di sviluppare patologie coronariche indipendentemente dall'età, dal

Sesso e dalla storia di fumo. L'infiammazione sistemica riscontrata nei pazienti con BPCO è ritenuta essere uno degli eventi nodali che porta alla formazione della placca aterosclerotica, coronaropatie, e scompenso cardiaco. Un altro aspetto recentemente emerso è l'evidenza che le modificazioni della pressione intratoracica indotte dall'attività respiratoria, in particolare nei pazienti con BPCO, possono modificare profondamente la funzione cardiovascolare mediante complessi meccanismi. I pazienti con BPCO sono caratterizzati da iperdistensione polmonare e questa può comprimere il cuore, ostacolare lo riempimento e la funzione ventricolare sinistra e infine condizionare una ridotta tolleranza allo sforzo.

Le patologie cardiovascolari sono una importante causa di ricoveri e mortalità nei pazienti con BPCO e molto frequentemente complicano le riacutizzazioni di BPCO. La BPCO e lo scompenso cardiaco coesistono frequentemente ma non sono sempre adeguatamente diagnosticati anche se la presenza di scompenso peggiora la prognosi dei pazienti con BPCO. Dato che i pazienti con BPCO sono ad aumentato rischio di patologie cardiovascolari che ne condizionano la prognosi e la gestione terapeutica si consiglia fortemente una precoce e sistematica valutazione della funzione cardiaca.

**ISTITUTO DI VIGILANZA
CORPO VIGILI DELL'ORDINE s.r.l.
UNITÀ LOCALE MANTOVA**
Competenza territoriale Mantova - Parma - Reggio E.
Modena - Verona

ISPEZIONE RADIOMOBILE

ALARM SYSTEM
SISTEMI E ACCESSORI DI SICUREZZA

Centrale Operativa: Via Enzo Nenci, 1/A - 46100 (MN)
Tel. 0376 302926 - Tel. 045 8203064
mantova @ corpovigilidellordine.it - verona @ corpovigilidellordine.it

A partire da 2 Euro al giorno!

di Massimo Franchini
Direttore Dipartimento Medicina Trasfusionale ed Ematologia
Azienda Ospedaliera Carlo Poma



INQUINAMENTO ATMOSFERICO: SALUTE E PORTAFOGLI A RISCHIO

MALATTIE RESPIRATORIE E CARDIOVASCOLARI
IN AUMENTO, OLTRE A COSTI PER LA SOCIETÀ.
IN ITALIA 3 MILIONI DI CASI DI BRONCHITE

L'inquinamento atmosferico come minaccia per il sistema respiratorio e cardiovascolare, nonché come costo sociale. Di questo fenomeno e del suo impatto economico si è parlato lo scorso 28 novembre nel corso di un convegno all'Università Bocconi di Milano intitolato **'I costi dell'inquinamento atmosferico: un problema dimenticato'**. L'evento è stato organizzato da **Pier Mannuccio Mannucci**, Direttore Scientifico della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e dall'Università Bocconi di Milano. Con orgoglio ho contribuito, in qualità di membro del comitato scientifico, all'organizzazione dell'evento che ha visto l'intervento di esperti nazionali ed internazionali del settore. Numerose ricerche attribuiscono agli inquinanti dell'aria (in particolare i particolati, l'ozono e gli allergeni) la responsabilità di un numero sempre maggiore di casi di bronchite cronica (fino a 3 milioni in Italia), asma, tumore al polmone e morti premature. È stato calcolato che una riduzione dei livelli di inquinamento atmosferico al di sotto dei limiti fissati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) si tradurrebbe in una notevole riduzione delle malattie e delle morti legate agli inquinanti con un impatto sociale rilevante e un beneficio economico stimato in circa 200 milioni di euro all'anno. Al congresso **Sergio Harari**, dell'Ospedale San Giuseppe MultiMedica, ha focalizzato il proprio intervento sulla rilevanza sociale e sanitaria dell'inquinamento atmosferico, in particolare sulle conseguenze sul sistema respiratorio. **Pier Alberto Bertazzi** dell'Università degli Studi di Milano ha poi trattato gli effetti dell'inquinamento atmosferico in regione Lombardia, caratterizzata da una situazione geografica particolarmente sfavorevole dovuta alla presenza di catene montuose che bloccano l'inquinamento atmosferico nella Pianura Padana. Anche in questo caso una politica rivolta alla riduzione dei livelli di inquinanti (ad esempio una riduzione dei livelli di particolato PM10 al di sotto di 40 mcg/m³) sarebbe in grado di ridurre di alcune centinaia (fino a 300) i casi di morte e ricoveri dovuti a patologie cardio-respiratorie nella nostra regione. L'impatto

dell'inquinamento dell'aria sul sistema cardiovascolare è stato analizzato da Pier Mannuccio Mannucci, che si è soffermato particolarmente sugli effetti acuti più rilevanti, tra cui l'infarto miocardico, il tromboembolismo venoso e lo scompenso cardiaco per i quali è stata dimostrata una stretta correlazione tra i livelli di inquinanti e la comparsa dei sintomi. Di particolare rilevanza, ha sottolineato Mannucci, è l'effetto dell'inquinamento sulle donne in gravidanza, responsabile di numerosi casi di prematurità e dello sviluppo di patologie cardiorespiratorie infantili. **Edoardo Croci**, di IEFE Osservatorio Green Economy dell'Università Bocconi, ha proseguito la relazione con un'analisi dettagliata degli strumenti statistici utilizzati per analizzare l'impatto economico dell'inquinamento atmosferico sulla salute stimato a livello europeo, in base a un recente rapporto della Comunità Europea, tra i 330 ed i 940 miliardi di euro all'anno. Infine, **Frank George** del Centro Europeo per l'Ambiente e la Salute (ECEH) della WHO e **Rana Roy** consulente dell'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (OECD) e della WHO, hanno illustrato il lavoro che stanno svolgendo a livello europeo che consiste nell'analisi dei costi economici derivati dall'impatto dell'inquinamento sulla salute in modo da sensibilizzare la comunità europea e i vari governi verso le azioni comuni da intraprendere. Infatti, un investimento economico iniziale da parte dei governi europei per ridurre l'inquinamento atmosferico risulta altamente cost-effective dal momento che ha un ritorno economico notevolmente superiore in termini di morti premature e malattie cardiorespiratorie ed oncologiche evitate con conseguente miglioramento della qualità di vita e del benessere sociale. Sto inoltre preparando, in collaborazione con Mannucci ed i colleghi dell'Università Bocconi, un documento in cui, oltre ai risultati emersi dal convegno, verrà fatta un'analisi economica dei costi sanitari legati all'inquinamento e dei benefici derivanti dall'attuazione di una politica rivolta alla riduzione degli inquinanti atmosferici. Tale lavoro verrà pubblicato sulla rivista internazionale 'European Journal of Internal Medicine'.



IN OSPEDALE ACCOGLIENZA A 'GL'INFINITI POVERI'

NELLA SECONDA METÀ DEL '500 IL PROGETTO
DEL DUCA GUGLIELMO GONZAGA PREVEDEVA
UN'AREA PER L'ASSISTENZA AI MENDICANTI

Il progetto per l'edificazione dell'Ospedal Grande prevedeva quattro grandi infermerie al pianterreno e altrettante al piano superiore per accogliere infermi e trovatelli, tenendo separati sui due piani uomini e donne, ma al momento dell'inaugurazione, nel 1472, i 'cameroni' rivolti verso Piazza Virgiana erano ancora allo stato grezzo e tali rimasero per quasi un secolo. Essi furono terminati e resi agibili solo dopo il 1560 e individuati nei documenti come 'Infermerie Nuove'. In quel periodo, esattamente nel giugno del 1569, il duca Guglielmo Gonzaga ricopriva pro tempore la carica di Priore dell'Ospedal Grande, un incarico che veniva svolto a turno da ciascuno dei 14 componenti del Consiglio di Presidenza dell'ente. Svolgendo tale incarico il duca ebbe modo di rendersi conto personalmente dell'aumento dell'attività assistenziale erogata ogni giorno dall'ospedale a favore di poveri e mendicanti. In quegli anni Mantova aveva raggiunto uno straordinario livello di sviluppo economico e demografico (46.000 abitanti), ma proprio a causa dell'aumento generale di benessere le vie e le piazze della città si andavano riempiendo di mendicanti, vagabondi e senz'altro che questuavano nelle vie e alle porte delle chiese ed erano ormai diventati un problema. Volendo togliere i mendicanti dalle strade della città, "perché non abbiano da star su le strade con puoca riputatione nostra et della città", pensò che fosse necessario mettere ordine nella situazione: ordinò l'espulsione dal ducato dei vagabondi forestieri, diede ordine di accogliere presso l'orfanotrofio della Misericordia i bambini di strada e stabilì "che il Rettor dello Spedale Grande di Mantova ricetti in esso Spedale tutti gli mendicanti i quali non siano atti a guadagnarsi il vivere et non abbiano cosa che sia sua nelle due Infermerie Nuove". Dal contenuto del documento si arguisce che fino a quel momento

l'Ospedale accoglieva gl'infermi in un'unica infermeria ("nell'Infermeria suolita"), separando solo i maschi dalle femmine, e che le Infermerie Nuove erano terminate, ma non ancora adibite ad un uso specifico. Il progetto del duca, tuttavia, non si realizzò o ebbe una diversa soluzione, perché un documento del febbraio 1576 afferma chiaramente che gl'infermi di entrambi i piani sono accolti in due distinte infermerie suddivise per patologia: infermi con febbri (malattie internistiche) e infermi con piaghe (chirurgici), che

l'Infermeria Nuova del pianterreno ospita i "febricitanti" e che quella del piano superiore è utilizzata come "dormitorio delle putte". Non si fa alcun cenno alla presenza di mendicanti entro le mura dell'edificio.

L'ospedale espletava le sue funzioni assistenziali, in tempi normali, nutrendo almeno "50 bocche ogni giorno", con erogazioni gratuite di farina, pane e vino a poveri e bisognosi della città. In periodi di calamità eccezionali, come le frequenti carestie o invernate particolarmente gelide, l'Ospedale offriva ospitalità ai poveri denutriti

e senz'altro che, altrimenti, sarebbero morti di fame e di freddo nelle strade. Nel corso della lunga carestia che colpì Mantova tra il 1589 e il 1594 il duca Vincenzo diede ordine di accogliere presso l'ospedale "gl'infiniti poveri" che dal contado affluivano in città e andavano mendicando nelle vie e nelle piazze, ma il provvedimento finì col soffocare e paralizzare l'ospedale. In un documento del febbraio 1591, infatti, il Rettore dell'Ospedale lamenta l'impossibilità di accogliere ulteriori assistiti, essendo già salito a 278 il numero dei ricoverati, a fronte di una capienza massima di 176 ospiti, come pure l'impossibilità di procurare pane a sufficienza per tutti coloro che già erano stati accolti.



Guglielmo Gonzaga,
duca di Mantova dal 1550 al 1587



DOPO I FERRI, RIABILITAZIONE A PASSO DI NORDIC WALKING

ACCORDO TRA IOM E STRUTTURE DI ONCOLOGIA, SENOLOGIA, MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA PER IL RECUPERO POST OPERATORIO DEI PAZIENTI

Con il patrocinio dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma e il supporto delle strutture complesse di Oncologia, Senologia e Medicina Fisica e Riabilitativa, nel mese di novembre ha preso il via l'accordo tra l'Istituto Oncologico Mantovano (IOM-Onlus) - e l'ASD Nordic Walking Mantova per il sostegno al momento riabilitativo post intervento chirurgico. Nella sede IOM (Ospedale di Mantova) sarà infatti possibile conoscere il Nordic Walking (una camminata naturale con l'ausilio di due appositi bastoncini) e affrontare i primi passi di una disciplina che può contribuire al momento riabilitativo conseguente l'intervento.

Il servizio Nordic Walking-IOM per le persone operate in ambito oncologico, andrà ad affiancare il già ben collaudato 'Laboratorio di estetica'. Ancora un punto di eccellenza in più per lo IOM, presieduto da **Attilio Anserini**, che rivolge l'attenzione al benessere fisico, ma anche psichico dei pazienti affetti da diverse patologie. La proposta nasce dalla considerazione che dopo un intervento chirurgico, come ad esempio la rimozione di un tumore al seno e in alcuni casi la dissezione linfonodale ascellare, vengono suggeriti alcuni accorgimenti ai fini riabilitativi delle disabilità conseguenti l'intervento stesso. È consigliato infatti associa-

re alla costante riabilitazione fisioterapica una leggera attività fisica che consenta di riacquistare fiducia nelle proprie capacità e aiuti a superare eventuali timori e paure comparsi con la malattia. Il Nordic Walking, per il suo particolare movimento riabilitativo, la sua pratica all'aria aperta e la spinta socializzante, può giocare un ruolo molto importante. In un contesto controllato, grazie al supporto e le valide indicazioni dei medici e dell'équipe delle strutture coinvolte, l'apprendimento della tecnica e la sua pratica costante possono contribuire a mantenere nel tempo i risultati della terapia riabilitativa e a migliorare la qualità della vita.

IOM e ASD Nordic Walking Mantova hanno così inteso offrire un servizio che porti ad affrontare il percorso di riabilitazione verso l'esterno come un momento che concilia le cure con un'attività ludica leggera. Il servizio che prevede la presentazione della disciplina e la prova gratuita con i bastoncini, offre inoltre la possibilità di corsi individuali o a piccoli gruppi. L'**infopoint Nordic Walking-IOM** è un servizio gratuito e si svolge il **martedì dalle 14.30 alle 16.30** previo appuntamento (**347.4234337**), nella **sede dello IOM di Mantova** (palazzina 25 - Strada Lago Paiolo 10) ed è a cura di un istruttore qualificato della Scuola Italiana Nordic Walking.

NUOVE POLTRONE PER LA CHEMIOTERAPIA

Recentemente **IOM** ha donato **nove poltrone per le infusioni di chemioterapia alla Struttura di Oncologia ed Ematologia** del Poma. L'obiettivo è migliorare l'accoglienza dei pazienti, offrendo loro sedute più confortevoli. Viene garantito un set multifunzionale con cambio di passaggio posturale che consente la lettura, il riposo e altre attività. Si punta a superare i limiti legati al deficit di mobilità e al dolore da posizione obbligatoria. Le poltrone arrederanno due stanze dedicate alla chemioterapia in regime di Macroattività ambulatoriale complessa. Un altro tassello che si aggiunge ai numerosi interventi di IOM.





PERSONA IN PRIMO PIANO CON GLI ASSISTENTI SOCIALI

NASCE UN'AREA STRUTTURATA. TRA GLI INTERVENTI REALIZZATI QUELLI LEGATI ALLA SALUTE MENTALE E AI SOGGETTI SOTTOPOSTI A MISURE DI SICUREZZA

L'Azienda Ospedaliera ha costituito l'Area Sociale Aziendale che governa e coordina l'attività degli assistenti sociali che operano all'interno della struttura aziendale. È per gli assistenti sociali l'opportunità di 'andare oltre' l'intervento sulla singola situazione, l'erogazione di attività, l'esecutività di compiti; si tratta di considerarsi in un contesto e sistema, quello di un'azienda ospedaliera e del territorio di sua competenza. Nella sua storia, il lavoro di servizio sociale ha la sventura di non essere così evidente e visibile, così codificabile e così professionalmente riconosciuto e questa, è per noi un'occasione singolare. Il gruppo si è mosso e ha fondato l'Area su quelli che sono i capisaldi dei processi d'intervento della pratica del lavoro sociale: la segnalazione, la raccolta d'informazioni, la valutazione del problema, l'accordo sulla relazione d'aiuto - l'implementazione della relazione di aiuto - il monitoraggio del percorso - la valutazione dei risultati, la riflessione sull'azione futura. Queste fasi non si considerano come separate e indipendenti le une dalle altre; ognuna ha un impatto sull'altra e viene rivisitata nel corso dell'intervento.

L'obiettivo è stato quello di rendere più tangibile un percorso di aiuto sociale, nel tentativo di evidenziare come l'intervento sociale si integra o si inserisce nel mondo sanitario. Circoscrivere il campo d'intervento, in questo momento storico in cui vi è un avvicinarsi e un proliferare di piani di lavoro che, anche se validi, talvolta se non coordinati pervengono a una frammentazione degli interventi e a sovrapposizioni, a minor specificità, a difficoltà nell'analisi dei riscontri e in particolare l'utente non riesce ad individuare il suo vero riferimento rispetto al bisogno, quindi non trova una vera risposta. Questo colpisce in modo specifico il 'fare sociale' in quanto non ha confini e luoghi così precisi come quello sanitario o altri ambiti. È necessario spiegare l'intervento sociale attraverso procedimenti che rendono noti i contenuti e le azioni della professione sociale. Si è pervenuti alla stesura e in via di approvazione di procedure che sono le fondamenta dell'Area: organizzazione dell'Area sociale, intervento rivolto alla persona in ospedale, presa in

carico della persona sottoposta a misura di sicurezza, intervento nell'istanza di nomina dell'amministratore di sostegno, intervento rivolto alla persona segnalata dal dipartimento di Salute Mentale. Ospedale, CPS e OPG con l'istituzione dell'Area hanno potuto iniziare ad inserirsi in una dimensione più ampia, quella aziendale. Da una triade circoscritta: servizio di appartenenza - operatore - utente, si è potuto passare ad una profonda trasformazione: essere un gruppo di lavoro professionale che è parte di un sistema, quindi progetta l'attività, definendone i confini e i termini, nonché le responsabilità. È solo l'inizio di un percorso che ad ora ha avviato più proposte operative:

identificazione della carta del servizio che sarà pubblicata nel sito aziendale, comprensiva delle informazioni circa ambiti di lavoro, attività e percorsi, orari di accesso; definizione dei percorsi con i diversi dipartimenti dell'Azienda e quindi avvio di altre procedure; definizione della collaborazione con i servizi sociali di base; collegamento con le Università per attività di ricerca e studio. È un impegno forte che il gruppo continuerà con determinazione e confronto, è un'esperienza 'emancipativa' che vogliamo portare a dibattito sia nell'ambito della formazione degli operatori sociali che in quello dell'Albo professionale regionale e nazionale. Il ringraziamento va a un direttore generale che ha saputo riconoscere, quanto la pratica sociale professionale implica un circuito continuo di pensiero e azione; a noi sostenere la complessità della realizzazione dell'area sociale aziendale.



L'Opg di Castiglione



CARDIOLOGIA DI MANTOVA, IMMAGINI IN 3D CON IL NUOVO ECOGRAFO

Un **ecocardiografo di ultima generazione** che permetterà alla **Cardiologia di Mantova** di migliorare la capacità diagnostica. Lo strumento è in grado di restituire istantaneamente **immagini tridimensionali** della valvola aortica e mitralica, nonché delle cavità cardiache come l'auricola dell'atrio sinistro. Costituisce, tra l'altro, un supporto indispensabile per gli interventi di elettrofisiologia ed emodinamica interventistica. Gli ecografisti hanno così la possibilità di meglio guidare, con tali immagini, i colleghi emodinamisti ed elettrofisiologi nei loro interventi. Il 13 novembre è stata impiantata la prima valvola aortica retraibile di seconda generazione, in una paziente di 83 anni affetta da degenerazione valvolare. L'impianto è stato effettuato per via succlavia, dagli emodinamisti con la collaborazione della Chirurgia Vascolare. Si tratta del primo impianto di una valvola percutanea di seconda generazione effettuato in Italia con tale accesso arterioso.

CHIRURGIA TORACICA AI PRIMI POSTI IN ITALIA

La **Chirurgia Toracica** dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma prima in Lombardia e **fra i primi cinque Centri in Italia per gli interventi polmonari mini-invasivi**. È quanto emerge dal report semestrale del **Gruppo di Studio Italiano VATS** delle attività delle strutture di Chirurgia Toracica accreditate per questo tipo di attività. La classifica è relativa al nu-

mero di interventi di "Lobectomie Video-Assistite" e Mantova vanta oramai un'esperienza di **oltre 200 interventi** eseguiti con questa tecnica innovativa.

MANTOVANI IN VISITA ALL'OSPEDALE DI PIEVE DI CORIANO



Il vice presidente e assessore alla Salute di Regione Lombardia **Mario Mantovani** ha visitato l'ospedale di **Pieve di Coriano** lo scorso 5 dicembre. Accompagnato dai vertici dell'Azienda Ospedaliera si è diretto in alcune strutture del presidio (Cardiologia, Pediatria, Pronto Soccorso, Anestesia e Rianimazione) per poi incontrare la comunità dei professionisti e i sindaci del Destra Secchia. Un'occasione per sottolineare l'importanza e il buon funzionamento dell'ospedale di Pieve di Coriano, a cui ricorre per le cure l'80 per cento della popolazione del territorio. Tra le istanze emerse da parte dei professionisti e delle autorità locali la necessità di migliorare la viabilità e l'acquisizione della strumentazione tecnologica adeguata, in particolare una risonanza magnetica. Mantovani ha elogiato le competenze e anche l'umanità degli operatori che ha incontrato.

PRENOTAZIONI VISITE SPECIALISTICHE

AUTOANALISI DEL SANGUE PER I SEGUENTI PARAMETRI:

- GLICEMIA
- COLESTEROLO TOTALE - HDL / LDL
- TRIGLICERIDI
- EMOGLOBINA GLICATA
- RADICALI LIBERI

CONSULENZA PERSONALIZZATA E PREPARAZIONE DI FIORI DI BACH

CONSULENZA OMEOPATICA E OMOTOSICOLOGICA

SI EFFETTUA ANALISI ACQUA

MISURAZIONE PRESSIONE

AUTOTEST PER:

- INTOLLERANZE ALIMENTARI

- ANALISI PELLE E CAPELLI
- VISO GENERALE (IDRATAZIONE, SEBO, ELASTICITÀ, PH, MELANINA, FOTOTIPO, TEMPERATURA), PELLE SENSIBILE, ANTI-AGEING, CELLULITE, WHITENING, TOLLERANZA AL SOLE E UV, MANI, CUIOIO CAPELLUTO, ETÀ BIOLOGICA DELLA PELLE

CONSULENZA ESTETICA PERSONALIZZATA



FARMACIA Dott.ssa GRUSI

VIA LEVATA 67 - LEVATA DI CURTATONE (MN)
TEL. 0376/292138 - FAX 0376/291207 - E-MAIL: farmacia@farmaciagrusi.com



DAL 13 SETTEMBRE 2014 - 8.30 / 13.00 - 15.30 / 19.30
TUTTI I GIORNI (SABATO COMPRESO) - APERTO SABATO POMERIGGIO

Non sei da sola, fermiamo insieme la violenza.

Rivolgiti ai centri antiviolenza della Lombardia
o chiama il **1522**: sono a tua disposizione servizi
gratuiti per accoglierti, consigliarti, tutelarti, proteggerti.



**NUMERO
ANTIVIOLENZA
E STALKING
1522
24h SU 24**

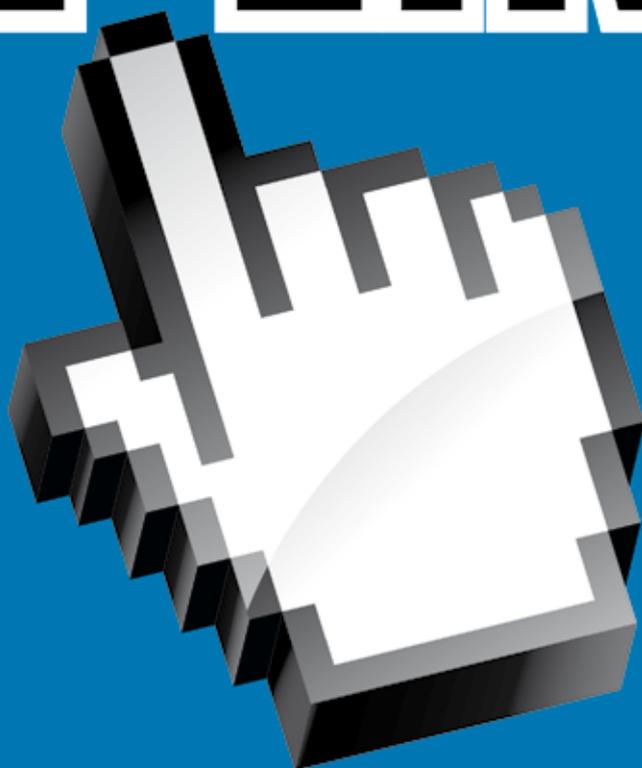
La violenza contro le donne è un reato.
La legge punisce chi la esercita e tutela e protegge le vittime.
Regione Lombardia sostiene i centri antiviolenza e le case rifugio.
Rivolgiti al centro più vicino.

Visita il sito www.nonseidasola.regione.lombardia.it
Seguici su [#nonseidasola](https://www.facebook.com/nonseidasola)  



**Regione
Lombardia**

PRENOTALI ON LINE!



PUOI PRENOTARE VISITE ED ESAMI DIRETTAMENTE DA PC O DA TABLET.

Grazie a una nuova modalità di accesso on line ai servizi socio-sanitari puoi, con il tuo pc o il tuo tablet, prenotare visite ed esami specialistici e consultare o annullare quelli già prenotati: basta una password ed un codice "usa e getta" che riceverai, via sms, sul tuo cellulare. Puoi prenotare le tue visite e i tuoi esami presso la struttura ospedaliera che preferisci: consulta sul sito l'elenco di tutte le strutture che aderiscono al servizio. Richiedi la password presso qualsiasi Azienda Sanitaria pubblica e accedi al servizio.

SEMPLICE, VELOCE, SICURO.

LOMBARDIA. CRESCIAMOLA INSIEME.



RegioneLombardia