

## ■ NUOVO OSPEDALE: A settembre presentato il progetto preliminare Intanto avviata la procedura di vendita delle cascine del Maggiore

Sarà presentato il prossimo mercoledì 30 settembre il **PROGETTO PRELIMINARE** per la struttura del nuovo ospedale di Novara, che sarà realizzato nell'area di piazza d'Armi, nella zona della Bicocca. Ad occuparsi della stesura del progetto è il gruppo di professionisti guidato dallo studio Altieri Spa, che lo scorso giovedì 6 agosto, con la sottoscrizione del contratto, ha formalizzato l'accettazione dell'incarico che la commissione giudicatrice nominata dall'ospedale gli aveva assegnato in aprile dopo una selezione che aveva coinvolto altro cinque candidati. I tecnici dello studio Altieri e dell'ospedale, in questi giorni, sono già impegnati in incontri con i diversi sog-

getti interessati per la preparazione della Conferenza dei Servizi, che valuterà il progetto preliminare, al fine di rendere ogni passaggio di questa fase il più rapido ed efficiente possibile. Intanto, con la sottoscrizione di un protocollo d'intesa, ha preso il via anche l'iter per la **VENDITA DELLE CASCINE E DELLE PROPRIETÀ IMMOBILI** del "Maggiore" al fine di reperire i fondi per la realizzazione dell'opera. A firmare il documento, oltre alla nostra Azienda, la Regione Piemonte, l'Ismea (Istituto di servizi per il mercato agricolo Alimentare) e le associazioni di categoria degli agricoltori: l'Unione Interprovinciale Agricoltori di Novara e Verbanese-Cusio Ossola Confagricoltura;

la Federazione Interprovinciale Coltivatori Diretti Novara e VCO, la Confederazione Italiana Agricoltori, Interprovinciale NO-VC-VCO. Il protocollo prevede che i soggetti interessati predispongano uno specifico programma esecutivo per l'attuazione del processo di vendita delle proprietà che dovrà terminare entro il 31 dicembre. Il modello che si seguirà sarà quello sperimentato nella valutazione immobiliare predisposta da Ismea su tre poderi presi a campione in accordo con le associazioni di categoria e con l'Azienda ospedaliero-universitaria: il Podere "Ponzana" a Casalino e i Poderi "Zottico" e "Burlotta" a San Pietro Mesezzo.

## notizie in breve



■ E' stata donata da Tigros Supermercati alla S.C. Pediatria una **nuova apparecchiatura per la ventilazione non invasiva (SIPAP)**

del neonato, di notevole importanza ed utilità per il reparto di Terapia Intensiva Neonatale. L'apparecchiatura permette di supportare il respiro dei neonati, evitando l'intubazione tracheale e la ventilazione meccanica classica. **"Questa donazione - dichiara la dott.ssa Federica Ferrero, responsabile della Terapia Intensiva Neonatale di Novara - ci consentirà di procedere nel cammino di "umanizzazione" delle cure neonatali intensive, oggi volte sempre più ad una minore invasività e aggressività".**

■ Giunto alla terza edizione, il **report 2008 della Rete regionale ospedaliera di Allergologia e osservatorio gravi reazioni allergiche** presenta alcuni dati che fotografano in modo sempre più preciso la situazione reale nelle varie aree del Piemonte. Il report anno 2008 è pubblicato integralmente sul sito [www.maggioreosp.novara.it](http://www.maggioreosp.novara.it) nella sezione della Struttura complessa "Allergologia e immunologia clinica".



## ■ PRENOTAZIONI DI VISITE ED ESAMI: ECCO COME FARE

- Le prestazioni erogate in regime ambulatoriale dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria possono essere prenotate:
- presso le singole Strutture Complesse (vedi sito web [www.maggioreosp.novara.it](http://www.maggioreosp.novara.it) in "Strutture sanitarie" - "Ambulatori")
- attraverso il numero verde del call center **800 227717** dalle **9.00** alle **17.00**, dal lunedì al venerdì.
- di persona presso un qualunque sportello del Centro Unificato Prenotazioni (C.U.P.)

## sommario

il punto su 1 ■ Progetto Ospedale donna in primo piano 2 ■ Operazione trasparenza fatti e notizie 3-10 ■ Subintensiva in Cardiocirurgia ■ Apertura S.S. v.d. E. Geuna ■ Attività di radioterapia a Vercelli ■ 118 ■ Stroke unit ■ Malattie rare ■ Ambulatorio di fototerapia **riceviamo da 10** ■ Chirurgia plastica ■ Influenza suina ■ Giornata mondiale dell'ipertensione **NUOVO OSPEDALE**  
■ Presentazione progetto preliminare **notizie in breve 12**

## redazione

Questa pubblicazione è consultabile anche sul sito internet: [www.maggioreosp.novara.it](http://www.maggioreosp.novara.it)

**DIRETTORE EDITORIALE:** Claudio Macchi • **DIRETTORE RESPONSABILE:** Eleonora Cecot • **COMITATO DI REDAZIONE:** Teofilo Andreis, Giorgio Bellomo, Silvia Beltrami, Paolo Bruni, Andrea Capponi, Andrea Chiodi, Andrea Gilardoni, Sandra Lavazza, Teresa Marchetti • **COORDINAMENTO DI REDAZIONE:** Ufficio stampa Azienda ospedaliera • **GRAFICA E STAMPA:** Italgrafica, Novara • **PROPRIETÀ:** Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" - Corso Mazzini, 18 - 28100 Novara - Tel. 0321 3731 • **REGISTRAZIONE TRIBUNALE DI NOVARA:** n. 229 del 19.3.2007.



PERIODICO D'INFORMAZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA

il punto su  
il punto su

## OSPEDALE A MISURA DI DONNA: IMPORTANTE RICONOSCIMENTO PER IL MAGGIORE

L'Azienda ospedaliero-universitaria Maggiore della Carità di Novara ha ricevuto un importante riconoscimento da parte dell'Osservatorio nazionale sulla salute della donna, per il progetto "Ospedale Donna 2009".

L'iniziativa è volta a identificare le realtà cliniche e scientifiche fortemente all'avanguardia nel panorama sanitario italiano al fine di facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne.

Agli ospedali che possiedono le caratteristiche richieste sono stati assegnati dei bollini rosa (da uno a tre) per attestare l'impegno nei

confronti delle malattie femminili.

Al "Maggiore" ne sono stati assegnati due: un ottimo risultato che lo mette ai primi posti nel Nord Ovest (al secondo in Piemonte) nella classifica degli ospedali attenti al mondo femminile e le problematiche sanitarie e di assistenza ad esso legate.

I requisiti richiesti per poter conseguire i due bollini erano: da uno a tre unità operative dedicate alla cura di patologie femminili specifiche. La corretta applicazione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza), con particolare riferimento alla qualità delle prestazioni medi-

che e alle certificazioni per i requisiti alberghieri e strutturali.

In aggiunta a queste caratteristiche, veniva poi richiesto che il centro sanitario fosse dotato di un comitato etico con almeno tre componenti femminili, che avesse ruoli dirigenziali occupati in buona parte da donne, oltre che un ambiente lavorativo multietnico, personale infermieristico prevalentemente femminile e servizi a misura di donna.

Di seguito pubblichiamo un contributo della S.C. Verifica e revisione qualità che si è occupata del progetto.

L'osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.D.A.) ha avviato nel 2007 il progetto "Ospedale donna" finalizzato ad **individuare e premiare gli ospedali in rapporto al livello di "attenzione" posto nel trattamento delle patologie femminili, all'impegno nei confronti delle malattie femminili e alla "sensibilità" alle specifiche esigenze "di genere" delle donne.**

L'iniziativa si pone l'obiettivo di conoscere e premiare, nell'ambito del panorama sanitario italiano, le "eccellenze" al femminile cioè gli ospi-

dali che risultano essere all'avanguardia rispetto ad alcune caratteristiche clinico/assistenziali, organizzative e tecnologico/strutturali "a misura di donna". In questo modo si vuole facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne.

Nel marzo 2009 la nostra azienda ha raccolto la sfida "...perché non misurarsi rispetto a tali caratteristiche?".

Grazie alla sensibilizzazione e all'adesione "volontaria" dei direttori di alcune tra le strutture complesse



che trattano patologie femminili (o che ne sono coinvolte trasversalmente attraverso determinati percorsi clinico/assistenziali) e precisamente **le strutture Ostetricia e Ginecologia 2, Recupero e Riabilitazione Funzionale e Terapia del dolore.**

La nostra azienda ha dunque presentato la propria candidatura inviando il relativo questionario di adesione, nel quale sono state inserite le informazioni fornite dalle singole strutture, ciascuna per gli aspetti di competenza (...in buona parte desunte dallo "standard di servizio").

Obiettivo del questionario è quello di conoscere le caratteristiche presentate dalle singole aziende essere "calibrate" rispetto alla centralità della donna e quindi a valutarne alcuni requisiti precisi:

- **assetto organizzativo aziendale (presenze femminili)**
- **orientamento ai "fabbisogni di genere femminile"**
- **principali patologie femminili trattate secondo percorsi clinico/assistenziali specifici calibrati sulla donna e le relative modalità organizzative**
- **servizi di supporto (di tipo sanitario e non sanitario) che denotano attenzione e sensibilità alle esigenze femminili**
- **tecnologie e strutture "a misura di donna" disponibili**

Le candidature sono state valutate da una commissione multidisciplinare che ha individuato e premiato solo le aziende che hanno ottenuto una valutazione "positiva" rispetto ai suddetti parametri. Il riconoscimento ottenuto dalle aziende "premiato" si traduce nell'assegnazione di "bollini rosa" (da un minimo di 1 ad un massimo di 3) a seconda del livello raggiunto nella valutazione.

**La nostra azienda, che per la prima volta ha aderito all'iniziativa, ha ottenuto il riconoscimento di 2 bollini rosa per l'anno 2009.**

Nel corso della conferenza stampa che si è svolta a Roma il 30 giugno scorso gli ospedali premiati hanno ottenuto il riconoscimento ufficiale dei "bollini rosa" ed è stata ufficialmente presentata la pubblicazione "Bollini rosa degli ospedali vicini alle donne - Guida completa 2009" che presenta

tutte le aziende premiate dal 2007 al 2009.

Si segnala che una copia sarà presto in distribuzione a tutti i direttori di dipartimento.

L'osservatorio nazionale sulla salute della donna (O.N.D.A.) ha annunciato entro fine 2009 la pubblicazione del bando per la nuova edizione di "OspedaleDonna". **Le strutture che fossero interessate a partecipare potranno contattare la struttura Verifica e Revisione Qualità.**

Nel frattempo si è valutata l'opportunità di avviare nei prossimi mesi, con la collaborazione dei direttori di dipartimento e dei direttori delle strutture complesse, una raccolta di informazioni, attraverso un questionario "mirato", circa le caratteristiche "a misura di donna" peculiari delle singole strutture complesse (ad es. attività cliniche specifiche o di supporto, attività di ricerca, progetti, servizi particolari, strutture e tecnologie specifiche), di cui spesso si hanno notizie frammentarie e che spesso restano patrimonio delle singole strutture complesse.

L'esperienza ed il riconoscimento ottenuto sono stati molto importanti per la nostra azienda ma questo non deve essere un punto di arrivo, deve invece rappresentare un punto di partenza ed uno stimolo a "fare meglio". Questa deve essere la vera "sfida" per la nostra organizzazione che, al di là dei riconoscimenti, deve maturare ancor più la cultura del miglioramento sviluppandola attraverso il "governo" delle attività.

Può sembrare scontato ma è importante ribadire che in una grossa organizzazione come la nostra solo la collaborazione, la coesione dei comportamenti di tutti i professionisti (e a tutti i livelli), l'impegno, la partecipazione attiva possono consentire lo sviluppo delle potenzialità presenti.

Per concludere è doveroso un **ringraziamento ai direttori delle strutture e ai loro collaboratori, che aderendo all'iniziativa hanno reso possibile il riconoscimento dei "bollini rosa" alla nostra azienda dandole una forte visibilità.**

**La Marca M. Carmela**  
S.C. Verifica Revisione Qualità

## in primo piano

### OPERAZIONE TRASPARENZA: I CURRICULA DEI DIRIGENTI ON LINE SUL NOSTRO SITO

Il 4 luglio 2009 è entrata in vigore la **Legge 18.06.09 n. 69** che introduce disposizioni volte a favorire l'efficienza e la trasparenza dell'azione amministrativa. In particolare l'art. 21 c.1 della legge citata, pone l'obbligatorietà per le amministrazioni pubbliche di pubblicare nel proprio sito internet, i curricula vitae dei dirigenti e gli emolumenti da questi percepiti. Il Ministro per la pubblica amministrazione e l'Innovazione, Renato Brunetta, ha dettato disposizioni applicative con la circolare n. 3/09 e con specifiche istruzioni tutte contenute nel sito web del dipartimento della funzione pubblica "[www.funzionepubblica.it](http://www.funzionepubblica.it)". Questa Azienda in data 31 luglio u.s. ha inoltrato a tutti i dirigenti in servizio a tempo indeterminato, attualmente e nel 2008, una comunicazione a firma del direttore amministrativo, che fornisce le opportune istruzioni operative da attuarsi entro il corrente  **mese di agosto.**

**La compilazione del curriculum viene effettuata da ogni singolo dirigente on line collegandosi all'indirizzo URL di internet "<http://www.magellanopa.it/dirigenti2009>" ed agendo secondo le istruzioni ivi contenute con le credenziali di accesso individuale.** Per completare e facilitare tale operazione gli uffici competenti della struttura complessa Gestione risorse umane, hanno fornito in allegato alla suddetta comunicazione il dato relativo alla retribuzione anno 2008 suddiviso nelle varie voci indicate dalla procedura ministeriale. A termine dell'inserimento, il dirigente come riportato nelle istruzioni, dovrà **salvare il file in formato PDF ed inviarlo all'indirizzo di posta elettronica "[operazione trasparenz@maggiorosp.novara.it](mailto:operazione trasparenz@maggiorosp.novara.it)"** presso la struttura Gestione risorse umane. L'U.R.E. provvederà alla pubblicazione sul sito aziendale nella sezione "**Operazione trasparenza**" ove, accanto ai dati mensili sulle percentuali di assenza, verranno collocati i curricula dei dirigenti indicati nell'organigramma aziendale. Non ci resta che augurarci che tale operazione possa essere condotta e portata a termine con la collaborazione di tutti gli attori, nello spirito che sottende il disposto legislativo.

**Sandra Lavazza**  
S.C. Gestione risorse umane

## fatti e notizie

### UNA TAPPA IMPORTANTE: L'APERTURA DELLA SUBINTENSIVA IN CARDIOCHIRURGIA

L'apertura della subintensiva ha segnato una **svolta di qualità nella gestione dell'immediato postoperatorio dei pazienti cardiocirurgici.** Grazie alla realizzazione di questo importante presidio è possibile, per i pazienti operati, lasciare la terapia intensiva, spesso, a meno di 24 ore dall'intervento ed essere accolti in un ambiente attrezzato per la gestione del paziente acuto. La possibilità di monitoraggio continuo (associato alla telemetria per il resto dei degenti del reparto); la NIV (non invasive ventilation), la maggiore facilità di gestione del paziente che abbisogna di supporto inotropo; la possibilità di effettuare CVVH o dialisi (in collaborazione con i colleghi nefrologi), fanno della subintensiva un supporto essenziale, che permette un più rapido decongestionamento della terapia intensiva, senza sovraccaricare il reparto di competenze che non gli appartengono e che avrebbe difficoltà a svolgere.

Forniamo rapidamente alcuni dati, che, assai più delle parole, danno un'idea concreta dell'importanza di ciò che è stato realizzato:

- interventi eseguiti dal 1 novembre 2008 al 10 giugno 2009 (circa 7 mesi di attività): 410 interventi maggiori;
- interventi eseguiti dal 1 gennaio 2009 al 10 giugno 2009: 310 interventi maggiori.
- sono state realizzate due assistenze circolatorie per due pazienti in bassa gittata incoercibile, uno dei quali è stato, successivamente, trasferito presso la cardiocirurgia dell'ospedale Molinette per essere avviato a trapianto ortotopico di cuore.

**Dei 310 pazienti operati dall'inizio dell'anno (data di apertura della subintensiva), circa il 75%, cioè non meno di 250 pazienti, hanno avuto la possibilità di essere ospitati in una struttura per loro più idonea e sicura, cioè la subintensiva.**

Non va sottoaciuto che la nuova struttura si giova di un rapporto assistenziale estremamente favorevole, potendo contare sulla presenza assidua di un infermiere 24 ore su 24, che si occupa solo dei 4 letti che compongono la nuova realtà.



**Una strumentazione adeguata, l'ambiente climatizzato, rendono la subintensiva sicuramente al passo con le esigenze assistenziali più moderne.**

Per il futuro, puntiamo ad un coinvolgimento dei colleghi cardiologi per la messa in atto di tecniche chirurgiche ibride (non convenzionali) come il posizionamento di protesi valvolari aortiche per via trans apicale o endovascolare. Ci stiamo, inoltre, attrezzando per l'avvio imminente della chirurgia mininvasiva, mettendoci nelle condizioni di rispondere alle diverse esigenze dell'utenza. L'occasione è gradita per ringraziare l'amministrazione per la disponibilità e la fattiva collaborazione, che ci hanno permesso, non solo di

realizzare realtà importanti come la subintensiva, ma soprattutto di riaffermare la nostra presenza come centro di riferimento in un variegato e complesso panorama, che vede ogni giorno allargarsi i propri orizzonti e le aree d'interesse. **Un grazie sincero va anche a tutto il personale della cardiocirurgia (degenza; sala operatoria; terapia intensiva.) senza il cui apporto determinante tutto sarebbe stato più difficile. Grazie a tutti.**

**Ezio Micalizzi**  
S.C. Cardiocirurgia.

**Dal 27 luglio è entrata in funzione la climatizzazione del reparto di cardiocirurgia**

### INTERVENTO A CUORE APERTO IN UNA PAZIENTE NOVANTUNENNE

Presso la divisione di Cardiocirurgia è stato eseguito un delicato **intervento di sostituzione valvolare aortica**, operazione di routine per la cardiocirurgia ma che **l'età (91 anni compiuti) e le condizioni generali della paziente hanno reso del tutto eccezionale.**

La paziente è stata sottoposta ad un intervento di sostituzione valvolare aortica con una protesi biologica.

**L'operazione è stata effettuata dal dott. Ezio Micalizzi, direttore della Cardiocirurgia.** non nuovo ad interventi in ultraottuagenari avanzati. Il decorso postoperatorio non ha presentato complicanze.

L'intervento eseguito, per le carat-



teristiche indicate, ha pochi esempi e mette in evidenza l'elevata professionalità dell'equipe di cardiocirurgia dell'ospedale di Novara.

## IL MAGGIORE E L'ASL VERCELLI DANNO VITA AD UNA RETE RADIOTERAPICA ALL'AVANGUARDIA NEL PAESE

A seguito della sottoscrizione di un accordo di collaborazione, tra l'Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" di Novara e l'ASL VC di Vercelli, dalla fine del mese di giugno, **ha preso avvio l'attività di radioterapia presso il presidio ospedaliero S. Andrea dell'ASL di Vercelli.**

La stretta integrazione tra le due aziende rappresenta l'elemento più innovativo dell'intero progetto, che si colloca nel contesto della riorganizzazione dei processi assistenziali, prevista dalla regione Piemonte, tra le aziende sanitarie regionali, in particolare tra quelle appartenenti alla stessa area funzionale sovra zonale, da attuarsi mediante forme di collaborazione ed integrazione delle attività, per consentire ai pazienti più agevoli percorsi di cura e un utilizzo ottimale delle attrezzature di più alta specializzazione.

### PRIMI IN ITALIA

Si tratta del primo modello di questo tipo in Italia. **L'integrazione fra i centri di Novara e Vercelli rappresenta infatti una delle più avanzate realizzazioni di strutture di radioterapia in rete geografica in Italia, che consente di offrire prestazioni di livello qualitativo molto elevato.**

Una rete territoriale integrata per i trattamenti radioterapici rappresenta una soluzione gestionale e operativa che porta con sé una serie di vantaggi. Innanzitutto per Novara e per la sua Azienda ospedaliero universitaria, che così esporta il proprio background professionale e allarga il numero e la tipologia dei casi trattati. Ma anche per Vercelli, che potrà avere a disposizione sul proprio territorio una struttura per la trattazione della quasi totalità dei pazienti che richiedono la radioterapia. La tradizione radioterapica novarese è ormai da moltissimi anni radicata e gli operatori hanno una vastissima esperienza, in alcuni casi maturata anche in più di un decennio di attività. La collaborazione con Vercelli ha permesso di avviare una struttura gestita da un'equipe che non ha dovuto ripartire da zero, potendosi avvalere della competenza e dell'esperienza di una solida realtà come quella novarese.

**L'intera struttura è condotta dal prof. Marco Krengli, direttore del reparto di Radioterapia dell'Azienda ospedaliero-universitaria.**

La struttura ha una dotazione tecni-



ca all'avanguardia, e può contare su un acceleratore lineare con caratteristiche molto avanzate, che permette trattamenti di alta precisione per la cura degli oltre 300 pazienti all'anno che si stima possano necessitare di radioterapia nell'area di Vercelli.

Grazie alla integrazione con il Maggiore è inoltre possibile disporre delle apparecchiature diagnostiche più sofisticate presenti nel nosocomio di Novara, indispensabili per l'individuazione precisa del bersaglio da trattare fra cui TC dedicata, RM ad alto campo e PET/TC e delle apparecchiature per tecniche speciali di trattamento fra cui brachiterapia, radioterapia intraoperatoria e radioterapia stereotassica.

### COME FUNZIONA IL MODELLO

Grazie all'attivazione del nuovo centro è possibile che i pazienti, dopo un primo necessario accesso alla struttura di Radioterapia di Novara all'inizio del percorso di cura per la valutazione e la preparazione del trattamento, effettui-

no l'intero ciclo di radioterapia presso la sede di Vercelli.

Questa attività si integra con quelle di chirurgia e di oncologia in modo da completare presso l'ospedale di Vercelli l'iter terapeutico dei pazienti affetti da tumore. L'avvio dell'attività è stata resa possibile mediante importanti investimenti realizzati con finanziamenti nazionali e regionali relativi all'acquisizione delle apparecchiature e alla predisposizione dei locali, nonché all'assunzione e formazione specifica del personale (medico, tecnico, infermieristico ed amministrativo) necessario.

**L'inaugurazione ufficiale del servizio di radioterapia presso l'ospedale S. Andrea di Vercelli, è avvenuta venerdì 24 luglio** alla presenza dei direttori generali delle due aziende, dell'assessore regionale alla sanità, del rettore dell'università degli studi del Piemonte orientale e del direttore della struttura complessa di Radioterapia del Maggiore.

## ATTIVA LA NUOVA S.S. v.d. "E. GEUNA"

È entrata in funzione dal 1° luglio, la S.S. v. d. "Enrico Geuna", che farà parte, insieme alla Struttura complessa Neurochirurgia, della neo costituita area omogenea di Neurochirurgia. **L'area omogenea è stata affidata al direttore della Sc Neurochirurgia prof. Carlo Scamoni, mentre la Struttura semplice è diretta dal dott. Gabriele Panzarasa.** Nella nuova struttura semplice opereranno, coordinati dal dott. Panzarasa, altri tre medici: la dottoressa **Fabiola Benvenuto**, il dott. **Piergiorgio Car** e il dott. **Christian Cossandi**. Alla struttura vengono assegnate le sedute operatorie all'interno del numero totale di quelle destinate all'area funzionale omogenea. L'area funzionale garantisce un'attività di consulenza specialistica neurochirurgia organizzata sui presidi ospedalieri dell'intera area del Piemonte orientale. In particolare alla struttura semplice è affidata la consulenza per il presidio ospedaliero di Borgomanero.

## 118: GLI OBIETTIVI, I NUMERI E METODI DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA D'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Gli obiettivi del servizio emergenza sanitaria territoriale 118 sono chiaramente esplicitati nel decreto legge istitutivo del 27.3.92 e riassumibili nei seguenti punti:

- ridurre il free therapy interval
- garantire un primo soccorso qualificato sul luogo dell'evento
- centralizzare i pazienti critici verso i DEA di riferimento

A partire dal 1992, cambia l'approccio all'intervento extraospedaliero: si transita dal trasporto rapido dal territorio al pronto soccorso, all'intervento sul territorio con la finalità di ridurre le morti evitabili e limitare le invalidità permanenti dovute a ritardi di trattamento.

### L'ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA

Il Servizio 118 trova nella centrale operativa il cardine dell'organizzazione. La centrale è infatti il punto sanitario al quale convergono sempre, in tempo reale, il maggior numero di informazioni sanitarie e tecnico-logistiche che sono poi trasmesse ed utilizzate dal territorio, talvolta anche dagli ospedali. Il servizio trova poi la sua articolazione nelle postazioni di soccorso, disposte sul territorio secondo criteri di densità di popolazione residente, di distanza da presidi ospedalieri, di presenza o non di punti di primo soccorso e/o pronto soccorso.

Il personale sanitario operante è costituito da medici ed infermieri formati con un percorso dedicato e specifico. Così come è specifico il percorso dei volontari soccorritori 118, nostri partners istituzionali nello svolgimento dell'attività di routine e della conduzione della maxiemergenza.

**Dallo scorso anno gli otto servizi 118 provinciali della regione Piemonte si sono costituiti in un dipartimento funzionale:** dipartimento interaziendale per la gestione dell'Emergenza sanitaria territoriale 118, con la mission di fornire uniforme risposta sanitaria alla richiesta dell'utente su tutto il suolo regionale. A questa uniformità di risposta si giunge solo attraverso una meticolosa integrazione fra le variegate realtà, definendo protocolli e procedure comuni: percorsi clinici, linee di indirizzo per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario e volontario, sistemi di tecnologia integrata, programmi di verifica e di promozione della qualità, piani di attività e dei consuntivi annuali, acquisti di materiali in grandi quantità, gestione del budget di spesa.

Al servizio spettano i rapporti con enti

istituzionali quali l'ufficio territoriale del governo, il corpo dei vigili del fuoco, le forze dell'ordine, oltre alle associazioni di volontariato e la protezione civile. È in conseguenza di tale mandato che il 118 collabora attivamente anche con il settore difesa civile della prefettura alla revisione dei piani di emergenza dei complessi industriali che insistono sul territorio provinciale, testandone in seguito l'efficacia e l'efficienza con esercitazioni che coinvolgono tutti gli attori, compresa la popolazione residente.

### LE RISORSE DEL SERVIZIO

La centrale operativa presso l'Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" dispone di:

- 4 mezzi di soccorso avanzato (MSA) nelle postazioni di: Novara, Galliate, Borgomanero, Arona;
- 15 mezzi di soccorso di base (MSB) nelle postazioni di: Novara (3), Galliate, Borgomanero, Arona, Trecate, Oleggio, Blandrate, Caltignaga, Sizzano, Bogogno, Nebbiuno, Lesa, S. Maurizio d'Opaglio;
- circa 30 medici;
- circa 40 infermieri operatori di centrale e/o operatori MSA;
- più di 1.000 volontari soccorritori 118

In accordo con la catena della sopravvivenza le postazioni dei mezzi di soccorso di base (MSB) ubicate in posizione intermedia fra i mezzi di soccorso avanzato (MSA) della provincia, sono state fornite di defibrillatore semiautomatico e di personale volontario formato ed abilitato all'utilizzo.

In caso di allarme alla centrale operativa su un paziente incosciente, che non respira, che non ha polso, viene inviato il MSB più vicino dotato di defibrillatore semiautomatico per le manovre di primo soccorso e il MSA più vicino.

Per quanto concerne i percorsi delle patologie complesse, costruiti con appositi atti deliberativi regionali applicati

dal sistema 118, **il servizio sta condividendo con il reparto di Neurologia il protocollo extraospedaliero dello stroke al fine di renderlo operativo in breve tempo.** Il percorso prevede la fornitura alla centrale ed ai mezzi di soccorso avanzato (MSA) di apparecchiature elettromedicali per la rilevazione, registrazione ed il trasferimento dell'ECG a 12 derivazioni del paziente. Il tracciato viene trasmesso presso l'UTIC di competenza territoriale al fine di individuare ed instradare, su indicazione del cardiologo, i pazienti eleggibili alla PTCA.

**L'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara è da più di 20 anni base HUB del servizio regionale di elisoccorso.**

Il coordinamento delle cinque eliambulanze dipende da un'unica centrale operativa sita presso la centrale di Torino. Anche le basi elisoccorso, soggette organizzativamente alle centrali operative su cui insistono, entrano di diritto nel dipartimento interaziendale per la gestione dell'emergenza sanitaria territoriale 118. I percorsi formativi del personale operante sulle basi sono allineati con il sistema per quanto riguarda i protocolli sanitari ed i contenuti scientifici, specifici per quanto riguarda invece le procedure d'intervento, causa la peculiarità del mezzo di soccorso.

### I NUMERI DEL SERVIZIO

Nella tabella che segue, nei "codici bianchi" sono ricompresi anche i trasporti secondari e/o per proseguimento cure che il servizio 118 coordina per l'Azienda ospedaliero-universitaria. (\*)

Balza all'occhio che i codici a medio-alta criticità sono rimasti sostanzialmente invariati, grazie forse alle politiche sociali di prevenzione; al contrario è alta la richiesta sanitaria per le patologie di bassa criticità, forse per una infondata percezione dell'utente di maggiore e migliore assistenza sanitaria.

Egle Maria Valle  
S.C. SEST 118

	2006	2007	2008
<b>Codici rossi</b>	<b>2.246</b>	<b>2.302</b>	<b>2.184</b>
<b>Codici gialli</b>	<b>5.765</b>	<b>5.984</b>	<b>6.049</b>
<b>Codici verdi</b>	<b>17.224</b>	<b>16.222</b>	<b>17.622</b>
<b>Codici bianchi</b>	<b>*3.745</b>	<b>*5.528</b>	<b>*8.847</b>
<b>Totale interventi</b>	<b>28.980</b>	<b>30.036</b>	<b>34.720</b>

## CON LA STROKE UNIT A NOVARA UNA STRUTTURA DI ECCELLENZA PER LA PRESA IN CURA DEI PAZIENTI COLPITI DA ICTUS

Dal mese di luglio è pienamente attiva presso la nuova sede della struttura complessa Neurologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria un'unità semintensiva per il trattamento dell'ictus acuto, denominata stroke-unit.

Con questa realizzazione il nostro ospedale risponde pienamente alle indicazioni della regione Piemonte che ha individuato nella cura e prevenzione delle malattie cerebrovascolari una delle priorità per il biennio 2009-2011.

Si tratta di un'area dotata (a differenza di analoghe strutture in altri nosocomi della nostra regione) di personale medico ed infermieristico dedicato.

Con quest'opera il nostro nosocomio si proietta nel futuro, rispondendo adeguatamente ad un problema epidemiologico emergente soprattutto in Piemonte, ove da tempo era segnalata una carenza di attenzione, con tassi di mortalità tra i più elevati in Italia.

La letteratura scientifica e le esperienze pratiche dell'ultimo decennio hanno dimostrato in maniera incontrovertibile che **il trattamento in acuto dello stroke ischemico con fibrinolisi entro le tre ore dall'esordio della sintomatologia (tra breve fino anche a 4,5 ore) è in grado di ridurre significativamente sia la mortalità che l'invalidità post-ictus.**

La missione principale è pertanto il trattamento in acuto di quanti più pazienti possibili, anche se, viste le

numerose controindicazioni dovute all'elevato rischio di trasformazione emorragica di tale terapia, il trattamento non riguarda più del 5-8% dei pazienti.

Il reale impatto della stroke unit, quindi, si misura sul trattamento della restante porzione di pazienti "ineleggibili" alla trombolisi che, comunque, se gestiti in area semintensiva si avvantaggiano significativamente.

**In particolare rispetto al trattamento in un reparto tradizionale, la cura dei pazienti affetti da ictus in una stroke-unit è stata associata ad una diminuzione del 20% del rischio di decesso o di conseguenze disabilitanti a due anni dalla dimissione.**

L'inaugurazione, in realtà, ha rappresentato il primo traguardo di un lungo cammino avviato molti anni orsono che si era prefisso, in primo luogo, la formazione di personale medico ed infermieristico ad hoc.

Così, nel corso di quest'ultimi anni il personale dedicato ha affrontato esperienze in centri di eccellenza.

Di particolare importanza l'esperienza presso la stroke-unit del Policlinico "Umberto I" di Roma (la prima vera stroke-unit italiana) e quella della Neurologia di Reggio Emilia, che restano tuttora i centri maggiormente attivi.

In quest'ultimo caso si è trattato di una frequenza fervida di importanti suggerimenti, soprattutto dal punto di vista organizzativo, vista la realizzazione in Emilia-Romagna di un pionieristico modello "hub and spoke",

ora tanto in voga.

**Così anche nel nostro quadrante stiamo realizzando grazie alla fondamentale collaborazione con il 118 (diretto dalla dott.ssa Egle Valle) e, naturalmente con il DEA di Novara (diretto dal prof. F. Della Corte) un sistema analogo, ricevendo tutti i possibili candidati per trombolisi per la gestione nella fase acuta con accordo di trasferimento entro 96 ore.**

Al di là dell'effettuazione o meno della trombolisi, con tale sistema viene offerta a tutti l'eccellenza terapeutica (oltre alla gestione in semintensiva ed all'opzione della trombolisi sistemica anche la possibilità di effettuare endoarteriectomie carotidiche in emergenza presso il reparto di chirurgia vascolare, diretto dal dott. P. Brustia, e la trombolisi arteriosa loco-regionale grazie alla neuroradiologia interventistica e diagnostica, diretta dal prof. A. Carriero e coordinata dal dr. N.P. Nuzzi).

La stroke-unit, in buona sostanza è un attivatore di eccellenza ed un importante attrattore capace di favorire mobilità attiva verso il nostro ospedale.

La Stroke Unit della struttura complessa Neurologia di Novara è dotata di 6 posti letto, di cui 4 monitorizzati, destinati a pazienti affetti da patologia cerebrovascolare in fase acuta per effettuare terapia fibrinolitica.

I parametri monitorizzati sono la pressione arteriosa, l'elettrocardiogramma, l'ossigenazione ematica,

la temperatura corporea e l'attività respiratoria.

**I neurologi dedicati a questa area sono: la dott.ssa L. Bolamperiti, il dott. L. Coppo, il dott. F. Roggia e gli specializzandi dott.ssa L. Colli-medaglia, dott.ssa K. Savio, dott. R. Pettinaroli e dott.ssa V. Prone; tutto il personale infermieristico coordinato dal Sig. M. Pistan, ruota presso l'area semintensiva.**

Il ricovero in Stroke Unit può essere proposto dal DEA attraverso il neurologo di guardia, da altre divisioni dell'azienda ospedaliera, da altri ospedali o dal medico di base, ma in ogni caso previa valutazione ed assenso del neurologo reperibile.

Francesco Monaco  
S.C. Neurologia



### TABELLA 1: CRITERI PER TROMBOLISI

#### CRITERI DI ESCLUSIONE ALLA TERAPIA FIBRINOLITICA (INDAGABILI IN SEDE EXTRAOSPEDALIERA):

Ora d'esordio dell'ictus non chiara (per i pazienti che si svegliano col deficit l'ora presunta d'esordio è quella in cui sono andati a dormire) o inizio Sintomi  $\geq 3$  h

Età  $>80$  anni o  $<18$  anni.

Paziente grave con stupor o coma o Ictus grave (NIH  $>25$ )

Ictus lieve (NIH  $<6$ ) o rapido miglioramento

Storia di crisi epilettiche (escludere paralisi epilettica postcritica)

Ictus ischemico progressivo con esiti invalidanti (Rankin  $<2$ ) o avvenuta da meno di 3 mesi

Storia di emorragie intracraniche o ESA o altra malattia neurologica invalidante

Intervento neurochirurgico (cerebrale o spinale)  $<3$  mesi, altro intervento chirurgico  $<1$  mese, biopsia di un organo  $<1$  mese

Grave Trauma cranico  $<3$  mesi o trauma di qualunque entità  $<14$  giorni o trauma con danno di organi interni o con ferite ulcerate  $<1$  mese

Puntura arteriosa o venosa complicata ed in sede non comprimibile (succlavia o giugulare i.e.)  $<7$  giorni

Puntura lombare  $<7$  giorni

Puerpera in fase di allattamento o donna in stato di gravidanza o parto recente entro 30 giorni

Qualunque condizione clinica che a giudizio del medico riduca significativamente l'aspettativa di vita a breve termine del paziente

Alcolismo o tossicodipendenza

Grave epatopatia

Retinopatia emorragica

Pancreatite acuta

Neoplasie con aumentato rischio emorragico

Iperensione non controllabile al momento del trattamento (PAS  $>185$  o PAD  $>110$  mm Hg in ripetute misurazioni e non controllabile farmacologicamente)

Endocardite infettiva nota, presunta Pericardite, presenza nota di Trombo da IMA recente aneurisma ventricolare da IMA recente, massaggio cardiaco  $<10$  gg, aneurisma arterioso (in qualunque sede e non solo dell'aorta)

Diagnosi di ulcera gastroduodenale (documentata ultimi 3 mesi), emorragia gastrointestinale o urinaria  $<1$  mese, rettocolite ulcerosa, varici esofagee

Diatesi emorragica ereditaria o acquisita nota o uso corrente di anticoagulanti orali con INR  $>1,7$  o somministrazione di eparina entro le 48 h precedenti l'esordio dell'ictus con aPTT eccedente il limite normale superiore di laboratorio

Conta piastrinica  $<100.000$ , glicemia basale  $<50$  mg/100 ml o  $>500$  mg/100 ml, PTT allungato ( $>60''$ ), INR  $>1,7$

#### CRITERI DI ESCLUSIONE (INDAGABILI IN SEDE OSPEDALIERA):

Diatesi emorragica ereditaria o acquisita nota incluso uso corrente di anticoagulanti orali con INR  $>1,7$ , somministrazione di eparina entro le 48 ore precedenti l'esordio dell'ictus con aPTT elevato al ricovero

Conta piastrinica  $<100.000/mm^3$ , glicemia di base  $<50$  mg/dl o  $>400$  mg/dl

Rapido miglioramento prima del trattamento

Presunto embolo settico

#### CRITERI DI ESCLUSIONE NEURORADIOLOGICI (TAC):

Emorragia intracranica, tumore cerebrale, malformazione artero-venosa cerebrale, aneurisma cerebrale

Segni precoci:  $>1/3$  del territorio dell'arteria cerebrale media, grave leucoaraiosi o grave encefalopatia multifocale

## LE MALATTIE RARE NELLA REALTÀ DELL'AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITÀ"

L'Azienda ospedaliero - universitaria di Novara è tra i presidi sanitari che intervengono nella definizione della rete interregionale del Piemonte e della Valle d'Aosta per le malattie rare e che offrono una assistenza di alta specializzazione per questi pazienti a seconda dei differenti settori di riferimento per la singola patologia rara.

Tutta l'offerta assistenziale dell'Azienda per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia delle malattie rare è disponibile **sul portale aziendale, dove è possibile consultare l'elenco dettagliato delle strutture complesse che risultano coinvolte nell'iniziativa e dei relativi referenti.**

Queste strutture sono in grado di provvedere alla segnalazione dei pazienti affetti da malattia rara (secondo l'elenco consultabile dal portale web [www.malattierarepiemonte.it](http://www.malattierarepiemonte.it)), di rilasciare loro l'esenzione per malattia rara, nonché di fornire una scheda di programma terapeutico, nel caso di prescrizioni farmacologiche.

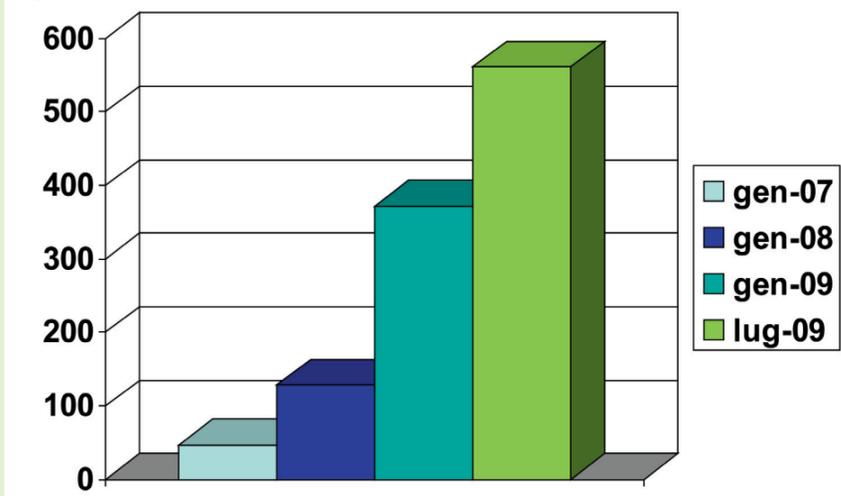
Da alcuni anni la rete regionale malattie rare ha ricevuto un particolare impulso con la diffusione capillare della conoscenza del registro epidemiologico, grazie alla creazione di un tavolo tecnico specialistico regionale, che si occupa periodicamente di queste problematiche, e con la definizione dei referenti all'interno delle singole strutture specialistiche nelle aziende ospedaliere regionali, coinvolte nella diagnosi e nel trattamento di queste patologie.

Da allora anche all'interno della nostra azienda **si è registrato un trend in forte e rapido aumento del numero delle segnalazioni sul registro regionale: i casi segnalati sono infatti passati dai 47 ad inizio 2007 agli attuali 561 (figura 1)**, senz'altro per una aumentata attenzione a queste problematiche, ma anche per l'attribuzione all'azienda di una borsista in appoggio ai referenti di reparto per affrontare i diversi problemi pratico-organizzativi (nell'ultimo anno, la dott.ssa Alice Monzani).

Le segnalazioni di malattie rare della nostra azienda finora registrate sono pervenute da 14 strutture complesse che sono riportate nella tabella 1.

**Attualmente ammontano a 92 le tipologie di patologie rare segnalate all'interno dell'azienda** e le più frequenti risultano essere:

Figura 1. Numero di casi segnalati dall'Azienda dal 2007 ad oggi.



sclerosi laterale amiotrofica (53 casi), nefropatia ereditaria iperuricemica (45 casi), porpora trombocitopenica idiopatica cronica (38 casi), difetti ereditari della coagulazione (34 casi), sprue celiaca (31 casi), forme rare di anemia (30 casi), poliendocrinopatie autoimmuni (25 casi), sindrome di Down (19 casi), sindrome da anticorpi antifosfolipidi (16 casi), disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi (13 casi), sclerosi sistemica progressiva (12 casi), iperaldosteronismi primitivi (11 casi), iperaldosteronismi primitivi (11 casi), tubulopatie renali congenite (11 casi), sindrome di Turner (11 casi).

Questi dati riflettono il ruolo importante che sta sempre più assumendo l'azienda quale riferimento regionale per la diagnostica e la terapia di queste patologie, con ricadute non solo di pura valenza epidemiologica, ma soprattutto di servizio al paziente affetto da patologia rara, che vede finalmente riconosciuta una attenzione particolare alla propria condizione spesso "orfana" solo in quanto poco frequente nella popolazione generale.

**Piero Stratta**

Referente aziendale per le Malattie Rare  
S.C. Nefrologia e Trapianto Renale

Tabella 1.

CASI SEGNALATI NEL REGISTRO INTERREGIONALE MALATTIE RARE DALLE SINGOLE STRUTTURE COMPLESSE DELL'AZIENDA (LUGLIO 2009).	
AZIENDA OSPEDALIERO- UNIVERSITARIA	N. CASI
SC CHIRURGIA PEDIATRICA	6
SC EMATOLOGIA	91
SC DIABETOLOGIA	7
SC DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	23
SC ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA	2
SC MEDICINA INTERNA 1	36
SC MEDICINA INTERNA 2	16
SC NEFROLOGIA E DIALISI	16
SC NEFROLOGIA TRAPIANTO RENALE	164
SC NEUROLOGIA	67
SC NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	36
SC PEDIATRIA	66
SC DERMATOLOGIA	22
SC MALATTIE DELL' APPARATO RESPIRATORIO	9
<b>TOTALE</b>	<b>561</b>

## FOTOTERAPIA, DAL 2003 RISORSA IMPORTANTE PER LA STRUTTURA COMPLESSA DI DERMATOLOGIA

La fototerapia è, dal 2003, una attività realtà all'interno della struttura di Dermatologia della nostra Azienda, in grado di erogare una media di 5000 prestazioni ambulatoriali annue.

**Il servizio è attivo dalle 8.00 alle 15.30** di tutti i giorni feriali e copre una vasta fascia e territorio di utenza visto che, nell'Italia settentrionale, analogo spettro di attività fototerapiche si ritrova solo a Bolzano.

In particolare:

- **UVA terapia** (spettro di emissione tra 315-400 nm con picco a 365 nm).
- **UVB terapia a banda stretta, TL01** (spettro di emissione tra 310-315 nm con picco a 311 nm).
- **Terapia combinata UVA-UVB.**
- **PUVA terapia** (bagno di 15' in acqua e 8MOP, ovvero 8 metossiporalene, per aumentare per via sistemica l'effetto fotosensibilizzante, seguito da esposizione a UVA).
- **Balneo PUVA terapia** (bagno di 15' in acqua e 8MOP allo 0,5%, con aumento dell'effetto fotosensibilizzante locale, seguito da esposizione a bassi dosaggi di UVA).
- **Gel PUVA terapia** (applicazione su specifiche sedi corporee di gel a base di psoralene allo 0,05%, seguito da esposizione a bassi dosaggi di UVA; il gel è un prodotto originale del dott. Massimo Boni, della S.C.Farmacia, in collaborazione con il nostro servizio).
- **Re PUVA, Re balneo PUVA, Re gel PUVA**, ove ai trattamenti sopra descritti si associa assunzione per os di Acitretina (in casi rigorosamente selezionati e nel rispetto dei limiti e delle norme di controllo imposte da farmaci a potenziale teratogenicità).
- **Ciclo UVB, Ciclo Balneo PUVA e Ciclo gel PUVA**, ove l'associazione è con Ciclosporina A che viene progressivamente sospesa.

Sono in corso di studio e realizzazione:

- **Interferon PUVA terapia** (in collaborazione con l'Ematologia per i linfomi T)
- **Enbrel-UVB** (associazione di Etanercept, farmaco biologico, con UVB, in forme particolarmente resistenti di psoriasi).

Le patologie trattate e trattabili con la fototerapia sono:

- psoriasi
- dermatite atopica
- parapsoriasi
- micosi fungoide (stadi iniziali)
- vitiligine
- mastocitosi
- sclerodermie localizzate

Presso il servizio si effettua anche la **terapia fotodinamica**; la tecnica consente di trattare lesioni pre-cancerose cutanee (cheratosi attiniche), carcinomi basocellulari piano-superficiali, nonché carcinomi basocellulari nodulari, in sedi critiche, in pazienti le cui condizioni generali non consentirebbero i tradizionali interventi dermo-chirurgici.

Sulle zone da trattare si applica una crema a base di metil-aminolevulinato e dopo 3 ore +/- 30' segue irradiazione con una luce nella banda del rosso, con picco di emissione a 635 nm.

Il meccanismo di azione è tale per cui si induce un accumulo selettivo di porfirine fotoattive intracellulari a livel-

lo delle lesioni trattate; dopo attivazione da parte della sorgente luminosa le porfirine inducono la produzione di ossigeno singoletto, un composto altamente reattivo che danneggia vari compartimenti cellulari e in maniera particolare i mitocondri, con conseguente morte delle cellule malate.

Si esegue inoltre la **capillaroscopia**, ovvero lo studio del microcircolo attraverso una metodica diascopica ed episcopica con luce fredda per lo studio del microcircolo cutaneo.

La tecnica si rivela un valido ausilio sia diagnostico sia per il follow up di patologie quali fenomeno di Raynaud, primitivo o associato a malattie autoimmuni a valenza dermatologica e/o reumatologica.

Le prestazioni fornite dall'ambulatorio di fototerapia possono essere **prenotate di persona** al servizio ambulatoriale della struttura complessa Dermatologia, al primo piano del padiglione G, o **telefonticamente allo 0321.3733869**, dal lunedì al venerdì.

**Giorgio Delrosso**  
S.C. Dermatologia

*Addetto al servizio di fototerapia è il dott. Giorgio Delrosso, docente di fotobiologia e capillaroscopia presso la scuola di specializzazione in Dermatologia e Venereologia dell'Università "A. Avogadro", diretta dal prof. Giorgio Leigheb e dal prof. Enrico Colombo.*

*Collaborano al servizio la dott.ssa Pamela Farinelli, contrattista della struttura complessa di Dermatologia e le infermiere professionali Gabriella Lauro, Giuseppina Guerra ed Emiliana Brusa.*

## IL DOTT. DELROSSO CANDIDATO MEMBRO DELLA SOCIETÀ AMERICANA DI FOTOBIOLOGIA



Il dott. Delrosso, membro della Società Americana di Fotobiologia (ASP) nell'anno in corso è stato candidato, unico italiano, al Consiglio della Società, grazie alla sua attività scientifica ed in particolare per la balneo-PUVA terapia a bassi dosaggi, che ha suscitato l'interesse di molti fotobiologi e fototerapisti in ambito nazionale e internazionale.



Nel numero della primavera del 2009 della rivista ufficiale della società americana di fotobiologia, a pagina 5, è stata annunciata la candidatura del dott. Delrosso al consiglio della società

riceviamo da  
riceviamo da riceviamo da

## QUANDO LA CHIRURGIA PLASTICA MIGLIORA LA QUALITÀ DELLA VITA: LA RICOSTRUZIONE MAMMARIA POST MASTECTOMIA

La ricostruzione mammaria a seguito di mastectomia post-tumorale è uno dei trattamenti che più frequentemente le pazienti richiedono al chirurgo plastico.

**Negli ultimi anni le tecniche ricostruttive ed in particolare le metodiche di ricostruzione mammaria si sono molto affinate portando a risultati sempre più soddisfacenti.** Questo porta alla paziente mastectomizzata un grande supporto psicologico, in quanto sa di poter recuperare ciò che per malattia le verrà asportato.

Una delle domande che più spesso ricorre è quale tipo di paziente può essere candidata alla ricostruzione mammaria. Ebbene si può tranquillamente affermare che la maggior parte delle pazienti che hanno subito una mastectomia sono idonee alla ricostruzione mammaria l'importante è che la patologia tumorale sia stata risolta dal trattamento chirurgico eseguito con il chirurgo oncologo.

E' bene ricordare che la ricostruzione non interferisce sulla comparsa di eventuali recidive della patologia tumorale, con la chemioterapia e/o la radioterapia.

Vediamo ora quali sono i principali interventi chirurgici ricostruttivi. **Oggi sono disponibili numerose opzioni chirurgiche per chi decide di sottoporsi a questo tipo di chirurgia ricostruttiva.** La scelta dell'intervento dipende da numerosi fattori ed è specifica a seconda della paziente. La prima decisione da prendere quando si considera un intervento di ricostruzione mammaria dopo mastectomia riguarda i tempi dell'intervento che può essere effettuato al momento stesso della mastectomia (ricostruzione immediata) oppure settimane, mesi o addirittura anni dopo (ricostruzione differita). Questa prima decisione viene presa in modo collegiale con il chirurgo generale, con il radioterapista, l'oncologo e il chirurgo plastico.

**La decisione successiva riguarda il tipo di procedura ricostruttiva da effettuare.** La ricostruzione può essere effettuata utilizzando vari metodi: **utilizzando impianti protesici** da inserire in regione mammaria (ricostruzione con espansori mammari e con protesi); **impiegando solo tessuti del paziente stesso** (ricostruzione con lembi); **utilizzando una combinazione delle due metodiche.**

Il tipo di procedura da scegliere dipende innanzitutto dal tipo di mastectomia effettuata, dal tipo di lesione che ha reso necessaria la mastectomia, dalle tera-

pie mediche-oncologiche da effettuare e dalle condizioni generali di salute. **La metodica più utilizzata è l'espansione tessutale e la sua successiva sostituzione con una protesi mammaria definitiva.** L'espansore è costituito da un sacchetto vuoto che viene impiantato in regione mammaria al di sotto della cute e del muscolo pettorale. L'espansore viene gradualmente riempito con soluzione fisiologica, a cadenza settimanale o quindicinale per circa 3-4 mesi, per poter ottenere una lenta distensione della cute al fine di creare una tasca idonea a contenere una protesi mammaria definitiva del volume desiderato.

Quando la cute ottenuta in questo modo è sufficientemente espansa l'espansore viene rimosso e al suo posto viene inserita una protesi definitiva.

**La ricostruzione con Imbi prevede l'utilizzo di tessuti della paziente stessa che vengono trasferiti da una zona del corpo,** in genere dal dorso o dall'addome, per ricreare una nuova mammella. Il tessuto che viene trasferito, chiamato lembo, è costituito dalla cute e da una porzione di muscolo e può essere trasferito facendolo passare attraverso un tunnel apposito creato sotto la cute dalla zona donatrice alla quale rimane collegato e dalla quale riceve il supporto nutritivo (lembo di rotazione). In altri casi invece, esso viene completamente rimosso dalla zona, insieme ai vasi che lo nutrono, e trasferito nella regione mammaria dove viene collegato ai vasi con delle suture effettuate al microscopio (lembo microvascolare).

Per il primo tipo di procedura sono solitamente impiegati due lembi chiamati gran dorsale e retto dell'addome.

Il lembo di gran dorsale consente di utilizzare parte della cute e di muscolo dalla zona del dorso che viene trasferito per ricreare la mammella, mentre il lembo di retto dell'addome impiega parte dei tessuti della regione bassa dell'addome per la ricostruzione. Queste procedure trovano particolare indicazione nelle pazienti radiotrattate e/o in pazienti con deficit tissutali importanti.

In alcuni casi, a seconda del tipo di mastectomia effettuata è necessario posizionare una protesi mammaria definitiva al di sotto di un lembo. Invece, quando la cute della regione mammaria lasciata dopo la mastectomia è sufficiente a contene-

re una protesi definitiva, si può evitare di ricorrere all'inserimento dell'espansore e quindi si posiziona la protesi direttamente sotto il muscolo pettorale senza dovere espandere la cute sopra di esso.

**Spesso, per poter ottenere una buona simmetria, è necessario un intervento correttivo anche sulla mammella sana.** Gli interventi di simmetrizzazione consistono essenzialmente nella mastopessi se la mammella controlaterale è ptotica, nella mastoplastica additiva se la mammella sana è piccola e nella mastoplastica riduttiva se invece la mammella sana è molto voluminosa.

**L'ultimo atto di una ricostruzione mammaria indipendentemente dal tipo di tecnica scelta prevede la ricostruzione dell'areola e del capezzolo.** Questo ultimo ma importante passo che conferisce alla mammella ricostruita un aspetto simile a quella asportata viene generalmente effettuato utilizzando parte dei tessuti del complesso areola-capezzolo della mammella sana oppure tatuando la mammella ricostruita e ricreando il capezzolo con piccoli lembi cutanei di rotazione che utilizzano i tessuti tatuati. Queste sono procedure eseguibili in anestesia locale e che, in genere, non prevedono ricovero in ospedale.

La considerazione che la ricostruzione mammaria non interferisce in alcun modo nel decorso della malattia della paziente mastectomizzata e che rappresenta un importantissimo supporto psicologico; la porta ad essere considerata come un tempo importante nel trattamento delle donne mastectomizzate in quanto permette alle pazienti di ripristinare il loro schema corporeo e di superare psicologicamente il trauma chirurgico dell'intervento demolitivo.

Come abbiamo descritto in precedenza **l'intervento di ricostruzione mammaria non deve essere considerato come un'unica procedura ma è un iter che comprende più interventi chirurgici.** Per questo motivo la paziente che desidera intraprendere questo iter deve essere informata in modo più che esaustivo di tutte le procedure necessarie e su tutte le eventuali complicanze che questi interventi possono comportare chiaramente senza perdere di vista quella che è la patologia primaria.

Giovanni Verna

S.C. Chirurgia plastica e ricostruttiva

## INFLUENZA SUINA. ANALISI DEL RISCHIO PER GLI OPERATORI SANITARI

L'organismo federale americano per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC - Centers for Disease Control and Prevention) di Atlanta ha recentemente diffuso i risultati di una indagine sulle infezioni da virus A (H1N1) nel personale sanitario statunitense.

L'indagine copre il periodo di aprile maggio 2009.

Alla metà di aprile 2009 il CDC aveva indicato alcune raccomandazioni provvisorie per la prevenzione del contagio in ambito sanitario. Queste raccomandazioni includevano l'uso di dispositivi di protezione individuale (DPI), la gestione del personale esposto al contagio senza protezioni, la raccomandazione di non presentarsi al lavoro in caso di sintomi di malattia.

Allo scopo di verificare l'utilità delle raccomandazioni sono state raccolte informazioni sugli operatori sanitari infettati dai dipartimenti di sanità dei vari Stati.

Sono state ricevute segnalazioni relative a **48 casi di cui 26 corredate da dettagliate informazioni** sui fattori di rischio che potrebbero aver portato all'infezione.

Tra di essi 13 operatori sanitari avevano contratto l'infezione in ambiente sanitario, di cui uno da un altro operatore sanitario mentre per dodici era probabile o possibile una trasmissione da pazienti.

Undici operatori avevano contratto l'infezione in comunità e nei restanti due casi non sono stati evidenziati contatti in ambienti sanitari o di comunità.

Tra gli 11 casi con infezione probabilmente

te o possibilmente trasmessa dal paziente e con disponibilità di informazioni sull'uso di dispositivi di protezione individuale,

- solo 3 riferivano l'uso costante di maschere di protezione delle vie aeree di tipo N95 (simile alla P3 della nostra classificazione) o maschere chirurgiche;
- solo 5 riferivano l'uso costante di guanti;
- nessuno riferiva l'uso abituale di protezione degli occhi
- nessuno riferiva di avere contemporaneamente utilizzato guanti, camice lungo e maschere.

Dei tre operatori che avevano riferito di avere sempre usato maschere, un medico, che dichiarava di avere sempre usato una maschera N95, dichiarava altresì di non aver mai effettuato un test di tenuta.

Gli altri due avevano sempre utilizzato maschere chirurgiche.

I dati riportati sopra dimostrano che:

- sono state scarsamente rispettate la raccomandazioni del CDC che includevano l'uso di respiratori N95 testati per la tenuta, protezione per gli occhi, precauzioni contro il contatto. Precedenti indagini avevano peraltro dimostrato che le raccomandazioni sulle misure preventive sono frequentemente disattese per vari motivi (sottostima del rischio, non disponibilità di dispositivi di protezione individuale, inadeguata formazione...);
- molte delle probabili o possibili infezioni da paziente a operatore sanitario si sono verificate in situazioni di mancato rispetto delle raccomandazioni del CDC. Peraltro tale fatto non dimostra

in maniera definitiva che le precauzioni raccomandate sono efficaci;

• le prime evidenze suggeriscono che il rischio di contagio per gli operatori sanitari non è superiore a quello della popolazione generale. Infatti nelle classi di età comprese tra i 18 e i 64 anni solo il 4% dei soggetti infetti sono operatori sanitari mentre gli operatori sanitari rappresentano circa il 9% della popolazione lavorativa negli USA. Si tratta comunque di dati preliminari;

• Il rischio di contagio è verosimilmente prevalente nelle strutture territoriali (solo il 6% dei pazienti con influenza suina sono stati ospedalizzati). Ciò dimostra che le precauzioni contro il contagio devono essere adottate anche sul territorio.

**Pur con le limitazioni legate allo scarso numero di casi esaminati viene sottolineata l'importanza di attuare rigidamente le strategie di controllo dell'infezione che includono:**

- **controlli organizzativi (controllo dei visitatori e triage dei pazienti)**
- **fornitura di risorse per il controllo delle infezioni,**
- **addestramento sulle pratiche di controllo delle infezioni e uso corretto dei dispositivi di protezione,**
- **esclusione dal lavoro degli operatori sanitari malati.**

Carlo Mantovani

S.C. Medicina del Lavoro

## GIORNATA MONDIALE DELL'IPERTENSIONE

Anche i medici dell'Ospedale Maggiore di Novara hanno partecipato alla **V Giornata mondiale dell'ipertensione arteriosa**, promossa in tutto il mondo dalla World Hypertension League e che ha avuto come tema **"Sale e ipertensione, i due killer silenziosi"**. L'eccesso di sodio alimentare e l'insufficiente apporto di potassio sono tra i fattori responsabili dell'elevata prevalenza di ipertensione arteriosa in Italia. **La dieta abituale degli italiani contiene un largo eccesso di sodio.** Indagini condotte in alcune regioni negli anni 90 indicarono livelli di assunzione intorno ai 10 gr negli adulti e ai 7.5 gr nei bambini. Dati epidemiologici relativi all'Italia mostrano che circa il 30% della popolazione, ovvero 15 milioni di persone soffre di ipertensione arteriosa e ogni anno vi sono circa 240.000 morti in Italia per patologie correlate a ipertensione. Un ulteriore dato estremamente preoccupante è rappresentato dall'**insoddisfacente controllo della pressione arteriosa** nella maggior parte dei pazienti ipertesi in terapia farmacologica, soprattutto in presenza di sovrappeso e obesità.

Anche in questo caso l'eccesso di sodio alimentare (unito a insufficiente apporto di potassio) potrebbe esercitare un'influenza sfavorevole. **Purtroppo, nonostante la disponibilità di terapie efficaci per la grande maggioranza dei casi, solo un paziente iperteso su cinque è adeguatamente curato. Informazione e prevenzione sono, quindi, essenziali.** La società Italiana dell'ipertensione arteriosa ha aderito all'evento promuovendo sul territorio nazionale iniziative di informazione e sensibilizzazione dei cittadini sul tema dell'ipertensione arteriosa e delle malattie ad essa correlate. Uno staff medico e infermieristico del Maggiore, con il supporto degli operatori della Croce Rossa Italiana, è stato a disposizione della popolazione non solo per misurare la pressione, ma anche per fornire informazioni e suggerimenti adeguati su un problema troppo spesso sottovalutato.

Maurizio Dugnani

S.S.v.d. Medicina sede di Galliate