

NOTIZIE IN BREVE

■ CONFERMA DEL DIRETTORE GENERALE DELL'A.O.U. "MAGGIORE DELLA CARITA'" DI NOVARA

Lo scorso 28 settembre la Giunta regionale ha confermato il **dott. Claudio Macchi** nell'incarico di Direttore generale dell'Azienda ospedaliero - universitaria di Novara, fino alla naturale scadenza del suo mandato, prevista per il 31.12.2010.

■ NOMINA DEL COLLEGIO SINDACALE DELL'AZIENDA

Con Deliberazione n. 255 del 2.09.2009 il Direttore Generale ha nominato il **Collegio sindacale dell'Azienda ospedaliero - universitaria** che risulta costituito dai signori: **dott. Emilio Bordoli** (Ministero dell'Istruzione), **dott.ssa Maria Gioia Gargiulo** (Ministero dell'Economia e delle Finanze), **dott. Fabrizio Gioia Maggi** (Università statale degli Studi del Piemonte orientale "A. Avogadro") e **dott. Alberto Negri** (Regione Piemonte). Nel corso della seduta di insediamento il Collegio ha eletto all'unanimità quale **suo presidente** il professor **Davide Maggi**.

■ RESPONSABILE INFERMIERISTICO, AGGIUDICATO IL CONCORSO

E' stato espletato il concorso per la **direzione del Servizio infermieristico tecnico riabilitativo assistenziale (Sitra)**, con la nomina della vincitrice, dottoressa **Cristina Torgano**

■ ANALISI SUL CLIMA INTERNO

L'Azienda ospedaliero universitaria partecipa al progetto regionale "Sistema di valutazione della performance della sanità piemontese", insieme alle altre Aziende sanitarie del Piemonte ed in collaborazione con il Laboratorio management e sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa. Una delle aree di valutazione previste nel progetto riguarda **la rilevazione della soddisfazione degli operatori** (analisi del clima interno,) che sarà effettuata tramite la somministrazione di **un questionario a tutto il personale dipendente** delle Aziende. Ogni dipendente potrà effettuare l'indagine collegandosi ad internet da un qualsiasi computer aziendale o personale. Avvalendosi delle opportune istruzioni che saranno fornite unitamente ad un codice d'accesso unico (del tutto casuale e irripetibile), il dipendente avrà accesso al questionario che dovrà essere compilato in ogni sua parte. **L'indagine sarà aperta dal 1° al 20 dicembre 2009** e permetterà di acquisire informazioni **sulla valutazione dell'attività di formazione, sul management nonché sulla comunicazione ed informazione interna.**

Sandra Lavazza
S.C. Gestione risorse umane

■ 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 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 gli sportelli del Centro Unificato Prenotazioni (C.U.P.)

CENTRI DI PRENOTAZIONE	APERTURA	CHIUSURA
NOVARA - SEDE CENTRALE:		
CUP - POLIAMBULATORIO Sede: Padiglione B, piano seminterrato Ingresso esterno: corso Mazzini, n. 24	8.00	13.00
CUP - ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA Sede: Padiglione B, piano terreno Tel. 0321.3733347 / 399 - 457 E-mail: ufficio.cup@maggioreosp.novara.it spedalita@maggioreosp.novara.it	13.00	16.45
NOVARA - SEDE DISTACCATA:		
CUP-ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA Sede: Viale Piazza d'Armi, 1 Tel. 0321.3734895	8.15	15.30
OSPEDALE DI GALLIATE:		
CUP - ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA Sede: palazzina a destra, entrando da piazza Rossari, 7 Tel. 0321 - 805348 - 805394 - 805349 e-mail: accettazione.galliate@maggioreosp.novara.it La prenotazione di esami RX, ecografie, TAC si effettua presso la S.C. RADIOLOGIA o telefonicamente allo 0321.806790, dalle ore 9.00 alle 11.00	8.10	15.30
	8.10	15.30

sommario

- il punto su 1-2** ■ Nascita del sito aziendale per la ricerca e l'innovazione **fatti e notizie 3-10** ■ Attualità di terapia medico nucleare ■ Premio nazionale "Nottola - Mario Luzzi" "Il dolore non necessario" ■ Adesione "Standard HPH" ■ Nuovo direttore di chirurgia pediatrica ■ Nuovo parroco dell'ospedale ■ In memoria di Pino Ennio ■ Congresso nazionale di chirurgia maxillo-facciale **riceviamo da 5-8** ■ Attività della divisione dermatologica in ambito oncologico ■ Chirurgia complessa della aorta toracica ■ Nuova terapia per la fibrillazione atriale ■ Isterectomia in less ■ Ruolo del laboratorio nel monitoraggio dei farmaci **in primo piano 11-12** ■ Protezione delle vie respiratorie ■ Analisi sul clima interno **notizie in breve 12**

redazione

Questa pubblicazione è consultabile anche sul sito internet: 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 Chioldi, 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

DAL MITO PLATONICO ALLA NASCITA DEL SITO AZIENDALE PER LA RICERCA E L'INNOVAZIONE: "TUTTI PER UNO E UNO PER TUTTI" PER L'ECCELLENZA

I valori fondamentali che caratterizzano e guidano l'umanità rimangono gli stessi nel tempo, possono cambiare invece gli approcci, le metodologie, la tecnologia.

Platone nel mito della caverna, metteva in evidenza già nel IV secolo a.C., l'importanza primaria dei processi cognitivi identificando un primo livello che si basa sulle sensazioni fisiche, sulle immagini o sulla rappresentazione dell'immagine dell'oggetto preso in esame dai nostri sensi e riprodotto nella coscienza ed un secondo livello che si basa sul concetto o pensiero astratto scomposto e quindi analizzato, sulla riorganizzazione e la sintesi dei concetti, sulla deduzione e cioè sulla capacità di formulare nuovi giudizi e concetti sulla base di nuove idee, interpretazioni e feed - backs (capacità di associazione logica, creatività, problem-solving, ecc.)

Nella nostra era dove straordinari mezzi di comunicazione consentono all'uomo di accedere ad una enorme quantità di informazioni, è diventato di fondamentale importanza amministrare al meglio questo meraviglioso patrimonio di conoscenze. Naturalmente questa esigenza è vitale per il successo non solo del singolo individuo ma an-

che di tutte le forme di organizzazione umana: governi, eserciti, scuole, università, aziende nonché aziende sanitarie.

La diffusione di internet e dell'open access, facilita l'adozione di nuove metodologie per il trasporto e la con-

divisione dei dati in rete nella forma di "repository (depositi) istituzionali" ovvero contenitori digitali che permettono di archiviare interattivamente documenti favorendo la creazione e la disseminazione di nuova conoscenza all'interno e all'esterno della AOU.



Fig.1 Nascente Homepage della UCRI

Gli assetti informatici di questi sistemi gestiscono il "workflow", cioè le attività editoriali che avvengono sull'elaborato digitale e alla stesso tempo guidano gli utenti della "community (comunità)" aziendale nel corretto utilizzo del repository (immissione e fruizione dei dati) contribuendo a favorire la comunicazione scientifica tra i vari operatori.

Quello che ha decretato il successo dei repository è la loro capacità di dare visibilità alla produzione intellettuale di un'istituzione scientifica (azienda ospedaliero-universitaria, ente di ricerca, IRCCS, ecc.) e facilitare la gestione ed il controllo della qualità della stessa.

La Direzione generale della nostra Azienda ha compiuto quest'anno i primi passi verso l'istituzione dell'Unità Complessa di Ricerca ed Innovazione (UCRI).

La UCRI, rappresenta una struttura assolutamente innovativa al servizio di docenti, ricercatori e clinici dell'Azienda ospedaliero-universitaria che desiderano adottare modalità evolute di comunicazione e disseminazione scientifica dentro e fuori l'Azienda e che la pone all'avanguardia in campo nazionale ed internazionale.

Lo sviluppo di questa nuova unità è stato affidato al noto **epidemiologo di fama internazionale dottor Tom Jefferson** e coinvolge anche l'ufficio per la ricerca e le relazioni internazionali del rettorato dell'Università del Piemonte orientale.

Grazie ai fondi ricevuti dalla regione proprio per questo progetto, la UCRI disporrà di un sito internet che consentirà di:

- 1) evidenziare maggiormente il ruolo di attore istituzionale della AOU nello sviluppo "scientifico-assistenziale" del sistema sanitario del Piemonte nord-orientale, fornendo spazi di informazione sulle scelte operative, permettendo un accesso ampio ma nello stesso tempo mirato da parte degli utenti "professionali" (clinici e ricercatori della AOU) e fornendo indicatori e strumenti in grado di migliorare anche la capacità progettuale e di "fund-raising (ricerca fondi)";

- 2) "internalizzare" totalmente il processo di generazione di pagine e contenuti attraverso la progettazione di un sistema editoriale digitale che permetta la pubblicazione in tempo reale delle novità scientifico-assistenziali e che permetta un alto grado di aggiornamento dei progetti e delle iniziative;

- 3) esercitare una funzione di "guida all'utente" della community aziendale nel processo editoriale, dando un riscontro di correttezza formale, metodologica e deontologica e rendendo più semplice e veloce l'utilizzo delle informazioni in fase di elaborazione;

- 4) migliorare la propria immagine verso l'esterno rendendola qualitativamente uniforme, ma chiaramente distintiva sul web. A tal fine si dedicherà attenzione anche al posizionamento del sito sui motori di ricerca specifici più importanti della rete;

- 5) collegare a un unico "contenitore" la famiglia degli strumenti web approntati dalla Unità Complessa di Ricerca ed Innovazione e sviluppati per esigenze particolari: ad esempio progetti inseriti negli obiettivi aziendali o regionali.

Fondamentale per avvantaggiarsi delle opportunità offerte da queste tecnologie è il conoscere e utilizzare DSpace, il software per repository più diffuso al mondo, in grado di realizzare, organizzare o gestire progetti di editoria elettronica (repositories istituzionali, archivi aperti per la ricerca e la didattica, biblioteche digitali, university press, ecc).

Nozioni fondamentali per l'utilizzo di repository e i relativi sistemi gestionali (digital asset management systems) da parte della "community" dell'Azienda ospedaliero-universitaria sono:

- nozioni riguardanti l'Open Access e le problematiche della comunicazione scientifica;
- le caratteristiche e le funzionalità del software per repository (DSpace);
- gli elementi di progettazione di un repository;
- le strategie di "advocacy (supporto)" e nozioni di copyright.

A partire dal 21 ottobre, sotto la direzione del dottor Tom Jefferson, si terrà un corso aziendale ad hoc (32 crediti ECM) dove docenti di livello internazionale illustreranno gli aspetti più innovativi di questi tematiche mettendo le basi per un background condiviso in seno alla nascente "community" aziendale.

Per l'Azienda è strategico investire nello sviluppo e l'implementazione e valorizzazione del proprio patrimonio scientifico, strumento ottimale per veicolare non solo l'immagine dell'AOU, ma soprattutto per esercitare il suo ruolo di attore istituzionale e migliorare l'accesso da parte degli operatori dell'AOU all'attività di ricerca e ad un più efficiente attività di fund-raising che travalichi i confini regionali e nazionali diventando così sempre più competitiva in ambito internazionale e tutto questo ad ulteriore garanzia della sempre maggiore qualità del servizio sanitario nella nostra area.

Il sito web della Unità Complessa di Ricerca ed Innovazione quindi ha la finalità di mettere insieme ma in maniera organizzata e bidirezionale il patrimonio di sapere in Azienda, "tutti per uno e uno per tutti" rappresenta un modello vincente non solo letterario ma anche organizzativo.

Le competenze e capacità individuali degli operatori non devono rimanere eccellenze isolate, destinate spesso a competere da sole nel mondo scientifico globalizzato, ma devono poter usufruire di "facilities (servizi)" di sistema aziendali, che gli consentano di ambire ai massimi risultati possibili.

Viceversa, l'Azienda ospedaliero-universitaria potrà individuare e valorizzare in maniera precisa e puntuale le competenze specifiche dei singoli operatori, valorizzando al massimo il potenziale assistenziale aziendale.

Philippe Primo Caimmi

Responsabile Progetto Regionale per la Ricerca Sanitaria finalizzata: "Struttura di supporto alla ricerca e all'innovazione nell'Azienda ospedaliero-universitaria"
S.C. Cardiochirurgia



ATTUALITÀ DI TERAPIA MEDICO NUCLEARE

Venerdì 30 ottobre prossimo si svolgerà presso l'Aula Magna della Facoltà di Medicina in largo Bellini a Novara una giornata di aggiornamento professionale, accreditata dalla Regione per 5 punti ECM, dedicata alla possibilità della Medicina nucleare di esprimersi non solo come disciplina diagnostica, ma anche come strumento terapeutico mediante la somministrazione di radiofarmaci.

L'evento è stato organizzato dalla struttura complessa di Medicina nucleare dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" ed è a partecipazione gratuita per medici oncologi, medici internisti, medici nucleari, radiologi, radioterapisti e fisici.

Questa straordinaria possibilità di cura è conosciuta come "terapia radiometabolica" perché sfrutta il metabolismo o l'affinità per recettori specifici di alcune patologie, riuscendo a veicolare radioisotopi sul sito da curare, ove questi rilasciano la loro energia terapeutica, risparmiando i tessuti sani del corpo e comportandosi quindi come "missili intelligenti".

In alcune tireopatie benigne e nella palliazione del dolore da metastasi ossee questo tipo di terapia si può attuare in regime ambulatoriale.

Quando invece la radioattività somministrata supera una determinata soglia, che esporrebbe a irradiazione indebita i pazienti o le persone del pubblico, le norme vigenti prevedono che questa terapia si attui in regime di "degenza protetta", cioè ricoverando per alcuni giorni il paziente trattato, in apposite camere di degenza dotate di schermature alle pareti e di servizi igienici con scarichi separati, sino a che il decadimento del radiofarmaco somministrato e gli escreti emessi dal paziente risultino compatibili con la sua dimissione.

Gli obiettivi di questa giornata di studio sono quindi quelli di far conoscere queste opportunità della Medicina nucleare sul territorio del Piemonte nord-orientale e di fornire ai medici del territorio le indicazioni appropriate di queste sofisticate terapie, con la possibilità di un sollecito inserimento dei pazienti nei protocolli diagnostico-terapeutici messi a punto nell'Azienda ospedaliero-universitaria, contemporaneamente alla realizzazione di due letti attrezzati per una "degenza protetta" a norma di legge, nell'ottica di ridurre il fenomeno della mobilità passiva verso la vicina Lombardia.

Oltre all'importante ruolo del radioiodio nel trattamento delle tireopatie, sia benigne che maligne, saranno oggetto di discussione le più recenti radioimmunoterapie nei linfomi non Hodgkin ed anche i radiofarmaci che si impiegano nella lotta al dolore da metastasi ossee.

Il radioiodio viene captato attivamente dalle cellule follicolari della tiroide, al pari dello iodio stabile, ove emette radiazioni beta e gamma, determinano necrosi cellulare per effetto ionizzante. Si ha dunque una riduzione del tessuto tiroideo funzionante, paragonabile ad una rimozione chirurgica.

La terapia radiometabolica con radioiodio rappresenta oggi il trattamento di prima scelta del morbo di Basedow negli Stati Uniti (Wartofsky, 1997) ed il suo uso si sta progressivamente estendendo anche in Europa. Nel gozzo multinodulare tossico e nell'adenoma tossico, la terapia con radioiodio e la tiroidectomia costituiscono i trattamenti di elezione. I farmaci antitiroidei infatti non permettono una risoluzione permanente dell'ipertiroidismo.

Il radioiodio rappresenta inoltre la terapia d'elezione nei casi di ipertiroidismo persistente dopo tiroidectomia

parziale per gozzo nodulare tossico. Nell'ipertiroidismo subclinico (TSH sopra la norma) il beneficio del trattamento è tuttora oggetto di discussione, ma va comunque sottolineato che l'ipertiroidismo subclinico costituisce un importante fattore di rischio cardiovascolare nei soggetti al di sopra dei 60 anni (Parle JP, 2001).

Nei tumori differenziati della tiroide la terapia radiometabolica con radioiodio è uno strumento in molti casi indispensabile per il trattamento ablativo del residuo tiroideo post-chirurgico e per la terapia delle recidive e/o delle localizzazioni a distanza nei tumori differenziati della tiroide. Tuttavia, le alte dosi somministrate di radioiodio impongono questo trattamento in regime



Il dott. Marco Rudoni e la dott.ssa Cinzia Baiocco che collaborano all'attività di terapia radiometabolica che si svolge nella S.C. Medicina nucleare dell'Azienda, diretta dal prof. Eugenio Inglese (al centro).

di "degenza protetta".

Con il termine di trattamento ablativo si definisce la distruzione del tessuto tiroideo residuo dopo intervento di tiroidectomia totale o "quasi totale". Lo scopo del trattamento è quello di distruggere eventuali microfocoli neoplastici presenti nel tessuto tiroideo residuo, riducendo la possibilità di recidive e la mortalità tumore-specifica. Il trattamento ablativo con radioiodio facilita il successivo follow-up, aumentando l'accuratezza diagnostica dei successivi dosaggi della Tg (Schlumberger 1997).

L'indicazione al trattamento ablativo con radioiodio è in parte controversa. È pertanto opportuno fornire l'indicazione al trattamento sulla base dei fattori prognostici, classificando i pazienti in due categorie: rischio basso e rischio medio-alto. Benchè la prognosi del carcinoma differenziato tiroideo sia complessivamente favorevole, la prevalenza di recidive è elevata. La diagnosi precoce delle recidive aumenta la sopravvivenza del paziente, in particolare se si tratta di metastasi operabili e/o captanti il radioiodio. Pertanto, la loro ricerca deve essere accuratamente pianificata in collaborazione con il paziente, che deve essere informato e motivato circa l'importanza di un follow-up protratto.

Oltre alla diagnostica con radioiodio, oggi un importante aiuto in questi programmi di follow-up viene dalla PET/CT, specialmente se sussiste un fondato sospetto clinico di possibile differenziazione delle localizzazioni a distanza del tumore primitivo.

Quando si procede a terapia radio metabolica è essenziale poter contare su una intensa captazione del radioiodio nel tessuto bersaglio. A tale scopo il livello del TSH deve essere superiore a 30 µU/mL al momento del trattamento. Questa condizione di ipotiroidismo si ottiene con una progressiva sospensione della terapia sostitutiva con Eutirox.

Zevalin® è la prima radioimmunoterapia disponibile sul mercato per i linfomi non Hodgkin (LNH) delle cellule B di basso grado. Questa terapia associa la capacità selettiva dell'anticorpo monoclonale anti-CD20 al radioisotopo ittrio-90 (90Y). L'anticorpo monoclonale trasporta l'elemento radioattivo (90Y) fino a una cellula B e l'elemento non solo irradia e uccide la cellula selezionata, ma penetra ad una profondità di 5mm e raggiunge le cellule neoplastiche circostanti. E' sta-

to approvato dall'FDA statunitense per l'applicazione nel trattamento dei LNH follicolari o trasformati, recidivi o refrattari, di grado basso nel febbraio 2002. L'azienda tedesca Schering AG ha ricevuto nel gennaio 2004 dall'Unione Europea l'approvazione per l'uso di Zevalin® nel trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non Hodgkin a cellule B CD20-positivo, recidivo o refrattario al rituximab.

Nei pazienti che non rispondevano ad altre terapie o che presentavano una ricaduta della malattia dopo un trattamento precedente, Zevalin® si è dimostrato più efficace di rituximab: ha risposto l'80% dei pazienti trattati con Zevalin® radiomarcato rispetto al 56% dei pazienti trattati con rituximab. Tuttavia, il tempo trascorso prima di un peggioramento della malattia dopo il trattamento è stato il medesimo per entrambi i gruppi (circa 10 mesi). Nello studio aggiuntivo, Zevalin® radiomarcato ha registrato una risposta in circa metà dei pazienti.

Il comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) ha deciso che i benefici di Zevalin® sono superiori ai suoi rischi come terapia di consolidamento dopo l'induzione della remissione in pazienti non trattati in precedenza affetti da linfoma follicolare e nel trattamento di pazienti adulti affetti da linfoma non-Hodgkin follicolare a cellule B CD20 positivo, con ricadute o refrattari al trattamento con rituximab (Zinzani 2008). Nel maggio 2008 è stata rilasciata l'autorizzazione all'immissione in commercio per lo Zevalin®, rinnovata poi nel gennaio di quest'anno.

Una frequente complicanza della malattia neoplastica è rappresentata dalle metastasi scheletriche, causa di dolore, fratture patologiche ed invalidità progressiva. La diffusione metastatica del tumore all'osso è comune a molti tumori, in particolare mammella (73 per cento), prostata (68 per cento) e polmone (36 per cento). Su tali premesse, combattere il sintomo dolore significa assicurare una migliore qualità di vita in un periodo al contempo breve ma di intensa sofferenza fisica, che generalmente richiede trattamenti palliativi prolungati e non scevri da effetti collaterali. Il trattamento del dolore da metastasi ossee è basato infatti su un approccio multidisciplinare dove, senza tralasciare il supporto psicologico, competenze di tipo oncologico, anestesilogico e radioterapeutico devono intervenire dosando con corretto

equilibrio specifico per ciascun paziente le opzioni terapeutiche oggi disponibili: Fans, analgesici narcotici e non, terapia ormonale, chemioterapia, difosfonati, ecc. ed inoltre la Radio Terapia (RT) esterna localizzata e più recentemente anche terapia radiometabolica con medicina-nucleare.

Quest'ultima può essere molto efficace nel trattamento palliativo delle metastasi ossee sintomatiche con somministrazione per via sistemica di radiofarmaci con affinità elettiva per tessuto osseo, ma concentrazione selettiva prevalente nelle metastasi scheletriche.

Differenti radioisotopi sono stati utilizzati negli anni a questo scopo. Tra questi lo Stronzio 89 cloruro (Metastron®) ed il Samario 153 Edtmr (Quadramet®), caratterizzati da differenti caratteristiche fisiche e di cinetica distributiva. I vantaggi sono quindi una riduzione o remissione della sintomatologia dolorosa, il miglioramento della qualità di vita, la riduzione del dosaggio degli oppioidi, una diminuita incidenza di effetti collaterali, costi di assistenza più favorevoli ed, in futuro, possibile riduzione della proliferazione neoplastica.

Queste terapie sono di semplice attuazione (singola iniezione in regime ambulatoriale), e procurano sollievo dal dolore in pochi giorni (7-15 giorni) con una durata dell'effetto antalgico variabile, da mesi ad un anno intero (Serafini 1998). Per non relegare questo approccio terapeutico a condizioni di "ultima scelta" in pazienti terminali, è auspicabile che il medico internista, l'oncologo e lo specialista del dolore si interfaccino costantemente con lo specialista di medicina nucleare, per selezionare in modo più tempestivo ed appropriato quei pazienti con metastasi ossee dolorose che potrebbero beneficiare di questa terapia in una fase più precoce della loro storia di malattia. Questo è certamente uno degli obiettivi di questo convegno multidisciplinare.

Eugenio Inglese

S.C. Medicina nucleare

Per approfondire l'argomento e per consultare la bibliografia scientifica ed il programma del corso, si rimanda al sito web www.maggioreosp.novara.it, sezione dedicata alla Medicina nucleare.

riceviamo da

Grazie ai numerosi contributi inviati, si amplia la sezione "Riceviamo da", uno spazio aperto agli operatori e ai responsabili dei reparti per la presentazione delle loro strutture, ma anche delle tante eccellenze presenti in Azienda, che riguardano l'attività in campo clinico e che spesso restano in sordina. In questo numero pubblichiamo i contributi forniti dalle strutture di Dermatologia, Cardiochirurgia, Ostetricia e Ginecologia 1, Elettrofisiologia e Cardiosimolazione e Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche.

ATTIVITÀ DELLA DIVISIONE DERMATOLOGICA IN AMBITO ONCOLOGICO

I tumori cutanei maligni sono in assoluto i più diffusi tra tutte le neoplasie maligne nella popolazione caucasica e si dividono stocasticamente in epiteliali, annessiali e melanocitari. Nell'ambito dei tumori epiteliali (non-melanoma skin cancer) sono prevalenti i carcinomi basocellulari e spinocellulari, mentre i tumori melanocitari sono rappresentati dal melanoma cutaneo in vari stadi evolutivi. Per quanto concerne il rischio cumulativo che esprime il numero di persone che si ammalerà e/o morirà rispettivamente di tumori cutanei non melanomi e di melanoma si rimanda alla *tabella 1*. ("Documento annuale 2009. I nuovi dati di incidenza e mortalità." AIRTUM associazione italiana registri tumori).

I carcinomi annessiali sono molto più rari, mentre assai frequenti sono le precancerose ossia lesioni che possono evolvere in neoplasie maligne. Le precancerose epiteliali più frequenti sono la cheratosi attinica, la cheilite cronica attinica (pre-cancerose che colpisce il vermiglio del labbro inferiore), il morbo di Bowen (carcinoma in situ della cute) e la radiodermite, mentre le precancerose melanocitarie più frequenti sono costituite dal nevo displasico o nevo di Clark atipico.

I dati statistici del documento AIRTUM pongono i tumori cutanei al secondo posto dopo il tumore della prostata e il tumore della mammella con un'incidenza del 15,8% nella popolazione maschile e del 15,1% nella popolazione femminile. Questo andamento vale sia considerando le due popolazioni in generale, che le diverse fasce d'età. In modo particolare per il Nord Italia abbiamo un'incidenza dei tumori della cute non melanomi del 14,9% nella fa-

scia di età 45-64 anni e del 15,5% nella fascia 65+ tra gli uomini, e del 12,4% e 16,6% nelle donne.

Negli ultimi vent'anni abbiamo assistito ad un costante aumento della prevalenza dei tumori senza alcuna tendenza alla flessione. **Il tasso di mortalità dei tumori della pelle, invece, appare stabile specie per quanto concerne il melanoma perché la diagnosi viene posta più precocemente e la neoplasia viene asportata chirurgicamente in una fase di evoluzione neoplastica iniziale.**

Questo fenomeno rappresenta una vera e propria emergenza sanitaria ed è correlabile principalmente a due fattori: 1) l'invecchiamento della popolazione con un'aspettativa di vita media incrementata di più di tre anni nell'ultimo decennio sia negli uomini che nelle donne e 2) al cambiamento delle abitudini di vita, con tendenza ad esporsi, indiscriminatamente, al sole o a fonti artificiali di raggi ultravioletti a scapito delle campagne di informazione che mettono all'erta sui rischi oncologici di tali abitudini.

Per quanto concerne la diffusione del melanoma quest'ultimo colpisce con maggiore frequenza la popolazione in età giovanile e media in contrapposizione ai tumori epiteliali che prediligono l'età medio-avanzata e la senilità.

ATTIVITÀ CHIRURGICA ONCOLOGICA DELLA DIVISIONE DERMATOLOGICA

L'attività della nostra divisione in ambito oncologico è prevalentemente correlata all'attività chirurgica. Nella maggior parte dei tumori cutanei epiteliali e melanocitari una corretta

asportazione chirurgica con referto istologico di conferma della natura e della radicalità dell'asportazione del tumore rappresentano la terapia definitiva; fanno eccezione alcune varianti istologiche di carcinoma basocellulare (sclerodermiforme, micronodulare, basosquamoso), lesioni di grosse dimensioni (superiori ai 2 cm.) e dai margini mal definiti, e carcinomi basocellulari recidivanti o con riscontro istologico biotipico di asportazione incompleta. Queste condizioni aumentano il rischio di recidiva dopo escissione chirurgica semplice. In questi casi la terapia di scelta è l'asportazione chirurgica con tecnica microtopografica di Mohs diretta o differita o con marcatura dei margini che il nostro reparto, con pochi altri in Italia, svolge in collaborazione con l'Anatomia patologica del nostro ospedale. La tecnica permette l'osservazione istologica di tutto il contorno del pezzo chirurgico, che è diviso in quadranti e marcato con appositi colori. L'anatomo patologo è così in grado di indicare al dermochirurgo il punto esatto di persistenza della neoplasia consentendo il successivo allargamento mirato. I principali vantaggi dell'utilizzo della metodica sono: 1) la riduzione del rischio di recidiva che a 5 anni dall'intervento è di poco superiore all'1% per lesioni non trattate in precedenza (neoplasie primitive) e del 5-6% circa per le recidive, rispetto all'8% (neoplasie primitive) e al 17% (neoplasie recidivate una o più volte) della chirurgia tradizionale e 2) il risparmio di tessuto sano, che in sedi delicate come il volto, è un fattore di fondamentale importanza per il rispetto funzionale e fisionomico del volto.

Siamo riferimento nazionale anche per il dermatofibrosarcoma protuberans, neoplasia recidivante e infiltrante, (abbiamo la casistica chirurgica e il follow-up più ampio d'Italia), per la quale utilizziamo la tecnica di Mohs con una variante particolare, detta di TÜBINGEN.

IL RISCHIO CUMULATIVO*	UOMINI		DONNE	
	INCIDENZA	MORTALITÀ	INCIDENZA	MORTALITÀ
Cute non melanomi	1 ogni 8		1 ogni 14	
Melanoma	1 ogni 75	1 ogni 280	1 ogni 94	1 ogni 470

Tabella 1 Rischio cumulativo*: numero di persone che si ammalerà o morirà di cancro nel corso della vita (0-84 anni)

Attività anno 2007	
Carcinomi Basocellulari	670 asportazioni
Carcinomi Spino-cellulari	78 asportazioni
Melanomi	83 asportazioni
Linfonodi sentinella	42 asportazioni
Precancerosi	229 asportazioni
Totale interventi (includere exeresi di lesioni benigne)	2183 asportazioni

Tabella 2 Attività chirurgica oncologica annuale della clinica dermatologica (Novara 2007)

Per quanto concerne il trattamento del melanoma cutaneo, l'unica terapia veramente efficace è l'exeresi chirurgica precoce che, se necessario, viene affiancata alla biopsia del linfonodo sentinella. **Nel nostro reparto utilizziamo strumenti che permettono un notevole ingrandimento delle lesioni neoplastiche e pre-neoplastiche epiteliali e melanocitarie, come il dermatoscopia manuale e il videodermatoscopia. L'utilizzo di questo prezioso strumento, che richiede notevole esperienza da parte dell'operatore per l'interpretazione dei rilievi morfologici, ci consente di individuare melanomi in fase evolutiva iniziale e di identificare i nevi atipici.**

Volendo fornire qualche dato circa l'attività del reparto nel 2007 sono stati asportati 670 carcinomi basocellulari, 78 carcinomi spinocellulari, 229 precancerosi, 83 melanomi, 42 linfonodi sentinella per un totale di 2183 interventi (includere le exeresi di lesioni benigne); **l'attività ha registrato un continuo incremento nel 2008 e un'ulteriore tendenza all'incremento nel 2009 (Tabella 2).**

Il fondatore di questa Scuola dermo-chirurgica a indirizzo correttivo e oncologico è il professor Giorgio Leigheb che dal 1978 dirige prima come primario poi come ordinario di dermatologia, la clinica dermatologica del nostro ospedale.

Egli è stato uno dei fondatori negli anni '80 della dermo-chirurgia italiana e della Società italiana di dermatologia chirurgica e oncologica, di cui è stato anche presidente dal 1992 al 1994.

A lui e pochi altri colleghi si deve la diffusione delle tecniche dermo-chirurgiche e di quelle ricostruttive quando ancora numerose cliniche dermatologiche non praticavano attività dermo-chirurgica autonoma ma si avvalevano dell'attività di chirurghi plastici o generali.

Nel 1980 il prof. Leigheb pubblicava con A. Tulli un "Trattato di dermo-chirurgia" con capitoli scritti in collaborazione con numerosi dermatologi italiani. Il trattato, che ha avuto larga diffusione, ha rappresentato per molti dermatologi già esperti in dermo-chirurgia e neofiti della disciplina un punto di riferimento ed ha consentito anche alle nuove generazioni di essere autonome e senza complessi di inferiorità nei confronti di altri specialisti quali plastici e chirurghi generali. Anche nella Scuola di specialità vengono apprese le tecniche dermo-chirurgiche e buona parte dell'attività viene dedicata alla frequenza nella sala chirurgica fino all'acquisizione dell'abilità chirurgica atta a garantire la radicalizzazione del tumore e la ricostruzione plastica successiva.

Ricordiamo infine che l'attività chirurgica non può prescindere da un corretto follow-up secondo i protocolli internazionali, che perduri negli anni successivi. Questo si traduce in un'imponente attività ambulatoriale (con migliaia di accessi) per il controllo almeno fino a 5 anni (e per il melanoma fino a 10 anni) di tutti i tumori maligni asportati con controlli trimestrali, semestrali e annuali a seconda dell'istotipo e del tempo trascorso dall'intervento.

S.C. Dermatologi



Prof. Giorgio Leigheb

CHIRURGIA COMPLESSA DELL'AORTA TORACICA: INNOVAZIONE NELLA TRADIZIONE

Si conferma e si consolida la tradizione della cardiocirurgia del Maggiore nel trattamento delle patologie complesse dell'aorta toracica.

Recentemente è stato eseguito un delicato intervento sull'aorta ascendente in un paziente ricoverato nella S.C. Ortopedia e Traumatologia, in seguito a frattura accidentale del piatto tibiale e della tibia destra.

Gli accertamenti hanno portato alla luce una dilatazione aneurismatica complessa del seno coronarico destro, con diametro massimo di 8 cm, che ha imposto il trattamento prioritario di questo tipo di patologia rispetto al problema tibiale. Il paziente è stato quindi sottoposto a *sostituzione della parte del bulbo aortico in corrispondenza del seno coronarico destro e di un breve tratto dell'aorta ascendente al di sopra della giunzione sino-tubulare con tubo protesico in dacron; sostituzione della valvola aortica con una protesi biologica pericardica; reimpianto dell'ostio coronarico destro secondo la tecnica di Bentall modificata.* Il decorso postoperatorio immediato è stato privo di complicanze.

Il caso in questione ci fornisce, tra l'altro, **un ottimo esempio di collaborazione e di interdisciplinarietà.**

Sempre in tema di innovazione, segnaliamo il recente **utilizzo di due nuove protesi cosiddette "biovalvola"**.

Si tratta di protesi innovative e di recente introduzione, costituite da un tubo protesico con una protesi valvolare biologica (finora i tubi valvolati montavano solo protesi meccaniche). Questo tipo di protesi trova il suo impiego ideale nei pazienti molto anziani e in coloro per i quali sarebbe controindicata la terapia anticoagulante orale. La protesi consente di sostituire tutta l'aorta ascendente, la valvola aortica, reimpiantando gli osti coronarici sul tubo protesico. Evidenziamo anche **il terzo impianto dall'inizio dell'anno di un nuovo dispositivo di assistenza ventricolare** in un paziente trasferito dalla cardiologia, con grave scompenso cardiaco in seguito a complicanze intercorse durante rivascolarizzazione percutanea.

Un Centro che cresce, dunque, e che diventa sempre più punto di riferimento essenziale in un orizzonte sempre più vasto, all'interno del quale si è guadagnato a pieno titolo il giusto rilievo.

Ezio Micalizzi

S.C. Cardiocirurgia

UNA NUOVA TERAPIA PER LA FIBRILLAZIONE ATRIALE

La fibrillazione atriale è una delle patologie cardiache di maggior riscontro nella popolazione generale, con una prevalenza di oltre il 6% nei soggetti di età superiore ai 65 anni.

Nonostante i notevoli progressi in campo farmacologico, tale aritmia rappresenta a tutt'oggi un problema rilevante per il clinico; la sola terapia medica è infatti spesso non risolutiva ed è gravata da effetti collaterali talora rilevanti. Da qui la necessità di ricercare ed utilizzare approcci terapeutici alternativi e/o complementari ai farmaci.

L'utilità clinica del defibrillatore atriale automatico, che aveva destato molte speranze qualche anno fa, è ora definitivamente tramontata, in quanto terapia solo palliativa e poco tollerata dai pazienti. Il ruolo del pacemaker è utile solo nei pazienti che hanno anche una malattia del nodo del seno con sincope o bradicardia sintomatica; la prevenzione della fibrillazione atriale con il pacemaker è però scarsa.

Con il progresso tecnologico sempre maggiore, l'ablazione chirurgica o transcateretere diventa attualmente sempre di più l'opzione primaria nel trattamento della fibrillazione atriale refrattaria alla terapia farmacologica.

- I pazienti che necessitano già di un intervento cardiocirurgico (per sostituzioni valvolari e/o bypass aorto-coronarici) e che sono affetti da fibrillazione atriale, possono efficacemente usufruire del trattamento diretto di ablazione durante l'intervento chirurgico.

- La maggior parte dei pazienti con fibrillazione atriale sviluppa però l'aritmia nel contesto di un cuore poco alterato, in cui l'unico o prevalente problema è proprio l'aritmia. In questi casi la fibrillazione atriale insorge prima con accessi più o meno prolungati e sempre più frequenti, per poi diventare refrattaria ai farmaci antiaritmici (che oltretutto possono non essere tollerati dal paziente o provocare tossicità), ed infine "persistente" nonostante vari tentativi terapeutici.

Negli ultimi anni si sono così sviluppate metodiche per tentare di eliminare i circuiti da cui origina la fibrillazione atriale con interventi esterni, attraverso cateteri introdotti direttamente nel cuore per via percutanea.

Il primo approccio utilizzato è stata l'ablazione della giunzione atrioventricolare con radiofrequenza (RF).

Si tratta di una metodica piuttosto semplice dal punto di vista tecnico, che provoca un blocco atrio-ventricolare con rallentamento della frequenza cardiaca.

Questa procedura presenta elevate percentuali di successo e consente un miglioramento sintomatologico e della qualità di vita, ma richiede l'impianto di un pacemaker per evitare eccessive bradicardie.

La vera innovazione culturale e clinica è stata la scoperta che la fibrillazione atriale è molto spesso innescata e sostenuta da particolari triggers che avrebbero un ruolo fondamentale nella patogenesi dell'aritmia. Questi triggers sarebbero rappresentati da foci ectopici extrasistolici, localizzati prevalentemente a livello delle vene polmonari, la cui rapida scarica sarebbe responsabile dell'innescamento dell'aritmia.

Se si erogano delle ablazioni con radiofrequenza (RF) all'interno delle vene polmonari, isolandole elettricamente con la creazione di lunghe lesioni lineari a livello dell'atrio sinistro (ablazione circonfrenale delle vene polmonari), i trigger extrasistolici non raggiungono più l'atrio sinistro, riducendo la possibilità di sviluppo e di mantenimento della fibrillazione atriale.

La grande innovazione tecnologica che ha migliorato lo sviluppo e l'affidabilità della ablazione circonfrenale delle vene polmonari è stata la possibilità di creare delle mappe elettriche dell'aritmia attraverso la ricostruzione virtuale dell'atrio sinistro.

Un sistema di navigazione virtuale con riferimenti elettromagnetici permette di definire in ogni momento la reale e precisa posizione di cateteri all'interno del cuore, di rilevare i potenziali elettrici che essi leggono e di creare attraverso un'integrazione computerizzata la "mappa" delle camere cardiache.

Attraverso la puntura del setto interatriale (con lunghi aghi che dalla vena femorale raggiungono l'interno del cuore) si può far "navigare" il catetere rilevatore all'interno dell'atrio sinistro: si costruisce così la "mappa" dell'atrio sinistro e delle vene polmonari. Successivamente, sempre con lo stesso catetere che si "riscalda" in modo controllato sulla punta, si naviga intorno e dentro le vene polmonari e sulle varie pareti dell'atrio, creando delle "lesioni" lineari che isolano elettricamente la parti più aritmogene dell'atrio.

Da qualche mese anche nel nostro ospedale, nel Laboratorio di elettrofisiologia e cardiostimolazione, è stato acquisito il sistema computerizzato per il mappaggio e l'ablazione della fibrillazione atriale in atrio sinistro (Sistema NAV-X, St. Jude Medical).

Lo sviluppo di questa metodica ha richiesto un delicato periodo di implementazione delle attrezzature, efficacemente organizzata dalla caposala dei Laboratori di Cardiologia Interventistica, signora Laura Plebani, che ha contestualmente guidato e coordinato la sua équipe infermieristica per l'assistenza adeguata a questa complessa metodica interventistica.

Le problematiche aritmologiche vengono già trattate da molti anni nel Laboratorio aritmologico, parte integrante della struttura universitaria di Cardiologia 1 e del Dipartimento cardiovascolare, diretti entrambi dal professor Paolo Marino. L'équipe medica dei cardiologi elettrofisiologi (dottor Eraldo Occhetta, responsabile della Struttura dipartimentale; dottor Andrea Magnani; dottoressa Gabriella Francalacci e dottoressa Miriam Bortnik) svolgono quotidianamente un elevato numero di procedure diagnostiche e terapeutiche di qualificata complessità (impianto di pacemaker, di defibrillatori, di resincronizzatori; studi elettrofisiologici endocavitari e transesofagei; controlli elettronici e clinici di pacemaker e defibrillatori; ambulatori specifici dedicati a pazienti con problemi aritmologici; studio invasivo e non invasivo di pazienti con sincope e aritmie).

Dopo un periodo di training attivo presso centri di elevata e riconosciuta competenza, dal giugno di quest'anno, presso il Laboratorio di elettrofisiologia e cardiostimolazione, viene eseguita anche l'ablazione della fibrillazione atriale.

In questi mesi di avvio dell'attività, già una decina di pazienti sono stati curati con questa metodica e **attualmente il sistema è pienamente operante con procedure che vengono svolte settimanalmente** con la collaborazione di ingegneri specializzati e della équipe anestesologica della dottoressa Carolina Monaco.

Le indicazioni alla procedura di ablazione, vagliate dall'équipe aritmologica, sono:

- frequenti accessi di fibrillazione striata parossistica nonostante i farmaci o

con intolleranza ai farmaci stessi;
- fibrillazione striale persistente accompagnata da una sintomatologia di cardiopalmo o scompenso cardiaco;
- pazienti relativamente giovani e con una buona aspettativa e qualità di vita (in linea di massima con età < 70-75 anni).

Le indicazioni sono comunque sempre in aumento e la sensibilizzazione dei medici che quotidianamente seguono molti pazienti con fibrillazione atriale farà aumentare il numero di

pazienti che potranno essere trattati e curati.

Va sottolineato che questa metodica complessa e altamente qualificata viene eseguita, nell'ambito del quadrante del Piemonte nord-orientale, solo nell'Azienda ospedaliero-universitaria di Novara.

L'obiettivo è quindi di creare una rete che possa permettere a pazienti di tutto il quadrante di afferrare a questa possibilità terapeutica, attraverso i medici aritmologi delle strutture sanitarie del

quadrante stesso (Borgomanero, Vercelli, Borgosesia, Verbania, Domodossola e Biella).

Pazienti che fino ad ora andavano ad incrementare la mobilità passiva verso altre strutture regionali ed extra-regionali e che ora invece potranno essere efficacemente curati nel loro bacino di utenza.

Eraldo Occhetta

S.S.v.d. Elettrofisiologia e Cardistirolazione
Dipartimento Cardiovascolare

L'ISTERECTOMIA IN LESS: L'INIZIO DI UNA NUOVA ERA PER IL MAGGIORE

La **chirurgia laparoscopica minivasiva** sta cambiando l'aspetto della chirurgia.

È ormai diventata il traguardo in molti interventi poichè offre una metodica sicura e rispettosa dell'integrità corporea della donna e mette in pratica ciò che per molti anni è stato un sogno dei chirurghi, "la scarless surgery", ovvero **eseguire interventi lasciando un minima cicatrice.**

Ora la **Less-Laparo-Endoscopic Single Site** rappresenta il livello di mininvasività superiore: il chirurgo esegue l'intervento attraverso una sola incisione di poco meno di 2 cm eseguita dentro l'ombelico. Al suo interno si inserisce un unico trocar, il Triport®, che consente di

posizionare simultaneamente tre strumenti.

Per primi in Europa e nel mondo, l'equipe endoscopica del Centro di chirurgia oncologica ginecologica diretta dal professor Nicola Surico, servendosi di questa nuova opportunità chirurgica, ha messo a punto la tecnica per eseguire in laparoscopia l'isterectomia con annessiectomia bilaterale (la LH).

"Questo tipo di intervento - spiega il **dottor Livio Leo e la dottoressa Daniela Surico** - è stato sviluppato nell'ottica di poter eseguire l'intervento più comune in ginecologia riuscendo ad ottenere per le pazienti, oltre ad un notevole vantaggio estetico, una ridu-



Equipe: L. Leo, D. Surico e N. Stagnoli

zione del dolore post-operatorio, dei tempi di ripresa e di conseguenza della durata del ricovero".

Il nostro ospedale può vantarsi adesso anche di questa nuova eccellenza.

S.C. Ostetricia e Ginecologia 1

VERSO UNA TERAPIA PERSONALIZZATA IL RUOLO DEL LABORATORIO NEL MONITORAGGIO DEI FARMACI

Il **controllo del regime terapeutico** rappresenta uno dei cardini di una **terapia personalizzata** attraverso il **monitoraggio della concentrazione plasmatica/serica del farmaco** stesso.

Negli ultimi anni il Laboratorio di Ricerche chimico - cliniche della A.O.U. Maggiore della Carità ha messo a disposizione un pannello piuttosto ampio (di cui segue una tabella), anche se ancora incompleto, di dosaggi sia attraverso l'adozione di metodiche diffuse e reperibili in commercio, sia attraverso lo sviluppo e la validazione

di nuove ed originali metodiche. **Ciò ha fatto sì che il Laboratorio venisse identificato come centro di riferimento per l'area vasta di appartenenza e per molti pazienti che provengono anche da aree extraregionali.** L'introduzione di nuove tecnologie (a partire dai prossimi mesi) permetterà l'implementazione di nuovi dosaggi ed il pannello dei test a disposizione verrà progressivamente incrementato.

Giorgio Bellomo

S.C. Laboratorio di analisi chimico cliniche

TIPOLOGIA	FARMACO
CARDIOVASCOLARI	Diossina Chinidina
NEUROLOGICI ED ANTIEPILETTICI	Fenobarbital Fenitoina Carbamazepina Valproato Etosuccimide Sultiamide Metsuximide Oxcarbazepina Levetiracetam Topiramato Zonisamide Lamotrigina Antidepressivi Triciclici
IMMUNOSOPPRESSORI	Ciclosporina Tacrolimus Sirolimus
ANTINFIAMMATORI E ANTIBIOTICI	Paracetamolo Salicilati Teicoplanina Vancomicina Cefuroxime Levofloxacina
ANESTETICI AD AZIONE CENTRALE	Propofol Tiopentale
ANESTETICI LOCALI	Mepivacaina Levobupivacaina

PREMIO NAZIONALE "NOTTOLA - MARIO LUZI" "IL DOLORE NON NECESSARIO"

Lo scorso 18 settembre si è tenuta a Montepulciano la cerimonia di premiazione del Premio Nazionale "Nottola - Mario Luzi" - Il dolore non necessario, coordinato dall'Azienda Ospedaliera Pisana. Questa iniziativa intendeva richiamare l'attenzione delle istituzioni sanitarie nazionali alle problematiche del dolore inutile e rendere omaggio al poeta Mario Luzi che aveva dedicato un suo scritto, "A Nottola", all'ospedale della città dopo un periodo di ricovero.

Il premio era suddiviso in tre sezioni: la sezione A, riservata agli operatori sanitari, che avessero presentato un progetto innovativo di riduzione, controllo e cura del dolore; la sezione B, riservata a neo-laureati in Medicina e Chirurgia, che avessero discusso una tesi di laurea sul tema dolore; la sezione C, riservata ad una personalità della Medicina o di altri ambiti culturali che si fosse distinta per l'impegno nella lotta al dolore inutile.

Siamo particolarmente lieti di comunicare che i membri dell'Acute Pain Service dell'AOU di Novara hanno ricevuto una **menzione speciale nell'ambito della sezione A per l'originalità e la concreta realizzazione del progetto integrato per il controllo del dolore post operatorio, denominato "Progetto APS (Acute Pain Service)", suggellato dalla consegna di un attestato d'onore e di una targa di riconoscimento.**

Il progetto, già descritto sul numero



10, agosto 2008, del periodico aziendale "Maggiore Informazione", ha visto la **stretta collaborazione tra la S.C. Anestesia e Rianimazione e la S.C. Farmacia dell'AOU Maggiore della Carità e ha realizzato, tra il 2003 ed il 2007, la completa centralizzazione e la personalizzazione della gestione del dolore acuto post-operatorio attraverso la creazione di un "Acute Pain Service" aziendale, coordinato dal dott. A. Sala, dalla dott.ssa P. Konrad e dalla dott.ssa A. Pisterna.**

Trascriviamo la motivazione che il presidente del premio, dott. Domenico Giofrè, ha letto durante la cerimonia e che è stata consegnata insieme alla targa:

"Il progetto Acute Pain Service - proposto dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità - focalizza l'attenzione sugli aspetti organizzativi per il miglior trattamento del dolore

dopo un intervento chirurgico. Ispirato a modelli sperimentati in altri paesi, il progetto tratta aspetti pratici e percorsi definiti, per assicurare a tutti i pazienti operati una riduzione della sofferenza. Il sistema informatizzato esposto, parte integrante del progetto, rappresenta un'eccellente risposta, al fine di valutare la qualità del lavoro svolto e pone le basi per il suo miglioramento continuo nelle prestazioni erogate. Al di là delle buone pratiche, alcuni aspetti devono essere perfezionati, per poter definire il progetto compiuto in ogni sua parte. Da apprezzare molto positivamente la stretta collaborazione tra le diverse figure professionali che si prendono cura del paziente (anestesista, chirurgo, infermiere, farmacista) che valorizza il progetto stesso."

Abbiamo quindi il piacere di condividere questo riconoscimento, ambito e prestigioso, con tutti gli operatori dell'Azienda che con noi hanno contribuito a iniziare e sviluppare questo progetto facendolo diventare una realtà e rendendo la nostra Azienda un punto di riferimento per le problematiche della gestione del dolore postoperatorio.

Acute Pain Service

Andrea Sala, Petra Konrad

S.C. Anestesia, Terapia Intensiva e Rianimazione Generale

Alessia Pisterna

S.C. Farmacia

ADESIONE "STANDARD HPH": AVVIATA LA FASE DI "AUTOVALUTAZIONE"

Nel mese di settembre ha preso avvio la **prima fase dei lavori di attuazione del progetto di "Adesione agli standard HPH" (Health Promoting Hospitals)** che abbiamo presentato nel numero di giugno dell'House Organ aziendale.

Il progetto, promosso dalla regione Piemonte, è finalizzato a monitorare l'attenzione che gli ospedali che aderiscono alla Rete HPH rivolgono alle attività di promozione della salute verso i pazienti e verso gli operatori. Attraverso il monitoraggio del livello di adesione agli "Standard HPH" sarà possibile il confronto, tra gli ospedali piemontesi, rispetto al grado di maturazione della "cultura e dell'orientamento" alla pro-

mozione della salute e darà quindi a tutte le aziende l'opportunità di trarre importanti spunti di miglioramento.

In relazione alle aree di interesse del progetto è stato necessario coinvolgere competenze "tecniche" diverse (sia di tipo clinico/assistenziale sia di tipo tecnico/amministrativo) e selezionare alcune **strutture "pilota" nell'ambito dell'area di degenza.**

La scelta più opportuna, in considerazione del fatto che gli standard HPH sono già stati recepiti tra i requisiti di accreditamento istituzionale, è stata dunque quella di coinvolgere le strutture interessate dalla prossima verifica regionale del "percorso clinico del tumore del colon retto" e precisamente:

Chirurgia 1, Chirurgia 2, Cure Palliative - Hospice, Gastroenterologia, Oncologia e Radioterapia.

I direttori, i medici referenti per la Qualità e i coordinatori infermieristici delle strutture interessate hanno partecipato all'incontro di presentazione del progetto e hanno dato la loro disponibilità al confronto su tematiche quali "valutazione del paziente e informazione/educazione del paziente" nell'ambito degli "incontri di autovalutazione" opportunamente concordati.

La fase di autovalutazione si concluderà entro la prima settimana di novembre.

Carmela La Marca

S.C. Verifica e revisione della qualità

IL DOTTOR FABIO ROSSI DIRETTORE DI CHIRURGIA PEDIATRICA

Il dottor Fabio Rossi è il nuovo direttore della Struttura Complessa Chirurgia Pediatrica del nostro ospedale.

Rossi arriva da Bologna, dove dal 2002 ha lavorato all'Unità Operativa di Chirurgia Pediatrica dell'ospedale Maggiore, dopo aver operato, sin dal 1980, presso l'Istituto di Clinica Chirurgica Pediatrica della stessa città.

«Inizio con entusiasmo la mia esperienza professionale a Novara - dice il nuovo primario -. Sul piano professionale i miei interessi riguardano soprattutto

la **chirurgia neonatale**, che per le sue peculiarità caratterizza la **chirurgia pediatrica** e la rende così unica. L'azienda ha molto interesse a potenziare questa branca ed è su questo che lavorerò in collaborazione con la struttura complessa **Terapia intensiva neonatale** diretta dalla dottoressa **Federica Ferrero**. Rossi spiega poi gli altri settori del suo impegno professionale, con al centro sempre l'attenzione e la cura per i più piccoli. «Gli altri campi di interesse sono la **chirurgia addominale** con particolare

riferimento alle **malformazioni anorettali** ed al **megacolon congenito**, la **chirurgia delle vie biliari** e la **chirurgia toracica** e la **chirurgia laparoscopica**, che oggi, anche in ambito pediatrico, trova una sempre maggiore applicazione. Si completa così in modo ottimale, assieme all'**urologia pediatrica**, che già rappresentava un campo di eccellenza per la **chirurgia pediatrica di Novara**, il panorama delle proposte terapeutiche».

Andrea Gilardoni
S.C. Ufficio Relazioni Esterne

DON MICHELE VALSESIA NUOVO PARROCO DELL'OSPEDALE

Con il suo ingresso ufficiale nella parrocchia di san Michele - avvenuto lo scorso 18 ottobre - **don Michele Valsesia** è diventato il nuovo parroco dell'ospedale. Don Valsesia (novarese classe 1969) è stato ordinato nel 1994 e ha svolto il suo ministero presso le parrocchie di Varallo Sesia, San Giuseppe e San Martino. Il sacerdote è esperto di tematiche bioetiche e docente presso la Facoltà teologica dell'Italia set-

tentrionale di Torino. «Mi trovo a dover operare in una parrocchia del tutto particolare - dice don Valsesia -. Il mio impegno sarà quello di fare sentire accolti e a casa i malati e tutti coloro che incontrerò durante il mio servizio».

Don Michele succede a don Giuseppe Teglia, che dopo quasi 15 anni al "Maggiore" ora sarà parroco a Veruno. «Quella fatta all'ospedale di Novara - dice don Teglia - è stata un'esper-

ienza unica e senza dubbio irripetibile. Il rapporto con i malati, con i loro famigliari, ma anche con i medici e con gli infermieri, mi ha aiutato a crescere moltissimo come uomo e a maturare un'esperienza come prete che mi servirà di sicuro ora che inizio il mio servizio a Veruno, paese piccolo, ma con una grande clinica».

Andrea Gilardoni
S.C. Ufficio Relazioni Esterne

RICORDIAMO L'AMICO ENNIO PINO

Il 3 novembre 2009 durante lo svolgimento del III° Congresso della UIL FPL di Novara, verrà ricordato l'amico Ennio Pino, collega e confidente di tutti i dipendenti dell'ospedale sempre disponibile e professionale nel ruolo istituzionale che ricopriva.

Perché la sua vocazione ad aiutare e ad ascoltare gli altri non rimanga solamente un ricordo presente nei nostri cuori ma divenga un gesto concreto di sincera solidarietà, il Direttivo della UIL FPL ha deliberato la **donazione di € 1.500,00 all'associazione Forlife-On-**

lus rappresentata dal professor **Alessandro Carriero**. Con questa donazione si contribuirà alla costruzione del **refettorio nella scuola pre-primary St. Paul's Nursery School di Gahaleni in Kenya in memoria di Ennio Pino.**

Il desiderio di codesta segreteria è che tale contributo sia l'inizio di un percorso di collaborazione e solidarietà per continuare la via di generosità che Ennio ha sempre perseguito.

Diego Passero
Segreteria UIL FPL



CONGRESSO NAZIONALE DI CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

In occasione del XVI Congresso nazionale della Società Italiana di chirurgia maxillo-facciale (SICMF), svoltosi a Torino dal 10 al 13 Giugno 2009, segnaliamo la **relazione presentata dal personale infermieristico della sala operatoria dal titolo: "Gestione informatica del magazzino in sala operatoria maxillo-facciale"**.

Le relatrici, **Marcella Cirasa e Simona Rogora**, strumentiste presso la sala operatoria della chirurgia maxillo-facciale dell'ospedale Maggiore di Novara, hanno presentato l'evoluzione

della strategia gestionale della sala operatoria, sviluppata parallelamente all'incremento della patologia e delle sedute operatorie da quando la nostra specialità è stata attivata sul territorio novarese. **E' stato quindi illustrato il "modello novarese" di organizzazione computerizzata del magazzino per il materiale in uso presso le sale operatorie della chirurgia maxillo-facciale**, modello che riveste una indubbia utilità all'interno delle nostre sale operatorie nello snellire e rendere più sicuri, veloci e razionali l'identificazione, il re-

perimento e l'ordine alla ditta fornitrice del materiale di consumo ed il controllo del contenuto dei containers-strumenti.

Questo tipo di organizzazione computerizzata ha suscitato un grande interesse da parte dei colleghi delle altre aziende ospedaliere che hanno assistito alla presentazione, rappresentando, quindi, una buon elemento di visibilità costruttiva e propositiva davanti ad un pubblico proveniente da tutta l'Italia.

Arnaldo Benech
S.C. Chirurgia maxillo-facciale

in primo piano

PREVENZIONE DEL RISCHIO INFETTIVO: LA PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Presso vari reparti gli infermieri dell'UPRI (Unità Prevenzione Rischio Infezioni) svolgono una serie di rilevazioni per valutare il grado di adesione degli operatori alle indicazioni per ridurre il rischio infettivo. Osservando i comportamenti sulle misure di isolamento, è stato possibile constatare che ci sono spazi di miglioramento, soprattutto sull'**utilizzo delle protezioni delle vie respiratorie** in caso di isolamento per malattia diffusiva attraverso i droplets (particelle piccolissime che si emettono parlando, stranutendo o tossendo) o la via aerea.

Di quali protezioni possono disporre gli operatori?

Gli operatori, che vengono a contatto con una persona in isolamento per malattia diffusiva attraverso droplets o via aerea, devono proteggere le proprie vie respiratorie indossando un **filtrante facciale**. Questo è costituito da una "maschera" di materiale speciale e in grado di "isolare" chi la indossa dalle particelle infettive presenti nell'aria. I filtranti facciali differiscono fra loro in base alla capacità di filtrare l'aria e questo lo si desume dalla sigla: un **FFP2** (cioè Filtrante Facciale Protezione 2) offre un livello di protezione inferiore a quello di un **FFP3**. Meglio usare sempre il FFP3, allora? No, perché il dispositivo (cioè il filtrante facciale) va modulato in base al rischio infettivo da affrontare. In genere, per una malattia che si diffonde attraverso i droplets si indica il FFP2, mentre per la via aerea il FFP3: questo garantisce anche un adeguato comfort all'operatore. Per fare un esempio, respirando attraverso un fazzoletto filtrate un certo numero di particelle; respirando attraverso due fazzoletti sovrapposti filtrate un maggior numero di particelle, ma fate anche molta più fatica (cioè si riduce il vostro comfort respiratorio). È chiaro che se nell'ambiente vi sono molte particelle inquinanti userete due fazzoletti, viceversa perché sottoporvi ad uno stress inutile per ottenere la stessa protezione che avreste usando un solo fazzoletto?

Come avete notato, non si è

mai parlato della **mascherina chirurgica**. Questa non va indossata dall'operatore, ma dalla persona in isolamento perché limita la diffusione delle particelle infettive: **la mascherina chirurgica non è una protezione delle vie respiratorie dell'operatore in caso di isolamento per droplets o per via aerea.**

Ci sono particolari precauzioni per utilizzare i filtranti facciali?

La precauzione più importante è quella di indossarli correttamente, in modo che tutta l'aria inspirata passi attraverso il filtrante.

Di seguito trovate i passaggi principali.



Togliere il filtrante dalla confezione e stirare leggermente gli elastici per la lunghezza; tenere il filtrante nella mano con la barretta stringinaso verso l'alto, portare gli elastici sulla mano e aprire la conchiglia.



Sistemare gli elastici come nella foto e adattare la barretta stringinaso con due mani; non modellare la barretta stringinaso con una sola mano poiché questa manovra può causare una diminuzione della protezione respiratoria. Il filtrante deve aderire agli zigomi, al naso e alla parte sotto il mento.



Eeguire la prova di tenuta, ponendo le mani a coppa sul filtrante ed espirando rapidamente. Se si avverte una perdita d'aria dai bordi del filtrante bisogna risistemare la "maschera" riposizionando gli elastici o agen-

do sulla barretta stringinaso. Alcuni modelli di filtrante facciale hanno una valvola per migliorare il comfort durante l'espirazione; in tal caso, la prova di tenuta si esegue **inspirando rapidamente** senza avvertire ingresso d'aria dai bordi della maschera. **Non si deve venire a contatto con la persona in isolamento se il test di tenuta non è stato superato!**

Ricordatevi che il filtrante facciale è monouso; anche se lo avete indossato per breve tempo, dovete comunque eliminarlo (non pensate quindi di ripiegarlo accuratamente nella sua bustina per un futuro utilizzo...)

Dove richiedere i filtranti facciali?

Ogni reparto deve mantenere una piccola scorta di questi dispositivi, in modo da poter essere autosufficiente per due o tre giorni. I filtranti facciali sono **distribuiti dal Magazzino economale** dietro una normale richiesta ("buono rosa").

E per chiudere in bellezza...

... proteggere le vie respiratorie è solo un piccolo (anche se importante) capitolo nella prevenzione del rischio infettivo. Indossare correttamente un filtrante facciale ha poco senso se non **ci laviamo le mani** prima di metterlo e sia prima sia dopo averlo tolto!

Per approfondire...

Nelle pagine intranet dell'UPRI potete trovare questa documentazione.

- 1. UPRIPO01 - **lavaggio mani**
- 2. UPROPO03 - **precauzioni standard e misure di isolamento**
- 3. UPRIEXT01 - **dispositivi di protezione individuale.**

Franca Tacchini
Direzione Medica di Presidio
Emanuele Coppini
U.P.R.I.

Daniela Leurini
Medico Competente
Teresa Marchetti
S.C. Prevenzione e Protezione