

## EDITORIALE

### RISPARMIARE COSTI E DISAGI

di Luciano Cirica  
Vicepresidente Fondazione Evangelica Betania



In Ospedale bisogna garantire, sempre di più, costi e assistenza corretti e adeguati. Occorre evitare pertanto costi non necessari per il contribuente e disagi inutili per il malato. Se possibile ridurre i tempi ed i ricoveri stessi, evitando di occupare un posto letto quando non strettamente necessario.

Anche perché in questo modo, il posto letto può essere occupato in caso di assoluta necessità di cure urgenti in costanza di ricovero ospedaliero, mentre si deve cercare di intervenire, laddove possibile, con altre le forme di assistenza della durata di un giorno, il cosiddetto "Day Hospital". Il Day Hospital sostituisce il ricovero con permanenza notturna, ma offre le stesse garanzie di qualità, di assistenza e di efficacia. Per un esempio, in passato molti interventi di chirurgia sugli occhi erano normalmente eseguiti con il paziente ricoverato mentre oggi la maggior parte di essi sono eseguiti in regime di Day Hospital.

Gli obiettivi imposti dal piano di rientro dal disavanzo in sanità riguardano anche la riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti senza che venga meno la capacità del SSR di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie. Le norme hanno individuato, quale azione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, il trasferimento di quote significative di ricoveri inappropriati verso modelli assistenziali di minore intensività, a parità di efficacia, con un'utilizzo più efficiente delle risorse.

Il Day Hospital fornisce quindi cure adeguate alle esigenze dei pazienti evitando, nel contempo costi non necessari per la collettività e disagi inutili per il malato. Con l'adozione dei nuovi percorsi assistenziali

prosegue a pag. 2

## PRIMO PIANO

### DIRETTORE SANITARIO: IL REGISTA DELL'OSPEDALE

Intervista ad Antonio Sciambra, direttore sanitario dell'Ospedale Evangelico Villa Betania

Pochi sanno che in ogni ospedale c'è una cabina di regia, un po' come per un grande spettacolo, una trasmissione tv o una sala di controllo della Polizia. A controllare che tutto vada bene c'è il Direttore Sanitario, il dottor Antonio Sciambra. La sua giornata comincia molto presto e non si sa mai quando finisce. A lui tocca la gestione dei posti letto ma anche l'uso del blocco operatorio, la responsabilità della documentazione clinica così come la conservazione e distribuzione dei farmaci stupefacenti, il co-

IN UN ANNO  
VENGONO  
EFFETTUATI NEVARI  
REPARTI  
DELL'OSPEDALE CIRCA  
11.000 RICOVERI  
ORDINARI E 6.000  
RICOVERI IN REGIME DI  
DAY SURGERY E DAY  
HOSPITAL



ordinamento delle attività di donazione degli organi e la vigilanza sulle attività ambulatoriali. Da lui dipende tutta l'organizzazione sanitaria dell'Ospedale (quella gestionale, invece, è compito del Direttore Generale). E a lui si deve il merito se l'Ospedale negli ultimi anni è riuscito a rispondere al meglio alle nuove sfide medico-sanitarie ma anche organizzative,

come il passaggio dalla ospedalizzazione dei pazienti al Day Hospital e Day Surgery. Un lavoro non semplice dal momento che mediamente in un anno vengono effettuati nei vari reparti dell'Ospedale circa 11.000 ricoveri ordinari e 6.000 ricoveri in regime di DS/DH che si sommano ai 48mila accessi al Pronto Soccorso.

prosegue a pag. 3

### DAY SURGERY, DAY SERVICE QUALITÀ E RISPARMIO

di Vincenzo Bottino  
UOSD Chirurgia d'Urgenza

Gli straordinari progressi ottenuti in campo medico, chirurgico ed anestesologico, hanno consentito di trasferire molte prestazioni, tradizionalmente erogate in regime di ricovero ospedaliero continuativo, in modelli assistenziali a minore intensività quali il "Day Surgery" (DS), il "Day Hospital" (DH), l'assistenza ambulatoriale ed il "Day Service". Obiettivo di tale processo è stato la ridefinizione del ruolo dell'ospedale quale luogo di cura ad elevata tecnologia, destinato al trattamento di pazienti che necessitano di livelli assistenziali di elevata e media intensività.



prosegue a pag. 2

all'interno:

#### LA PRATICA DEL CONFORT CARE



Un ambulatorio infermieristico per i neonati late preterm

p.4

#### LA DIAGNOSI DEL GIORNO



Il dolore al ginocchio

p.7

## EDITORIALE

segue dalla prima pagina

è possibile quindi ridurre i tempi ed il numero stesso dei ricoveri evitando di occupare un posto letto quando non strettamente necessario.

Il "ricovero di un giorno" in Day Hospital o in Day Surgery (intervento chirurgico) non rappresenta però solo un adempimento normativo o un risparmio economico, rappresenta anche un vantaggio per il malato perché in questo modo riduce lo stress ed il disagio della sua permanenza in ospedale. Il paziente rimane nella struttura solo il tempo necessario per accertamenti, esami o terapie (di solito mezza giornata o una giornata) e poi ritorna al proprio domicilio senza occupare ulteriormente un posto letto, con un enorme beneficio in termini assistenziali e psicologici. Il day hospital è praticato soprattutto nella preparazione agli interventi chirurgici (day hospital preoperatorio), nelle terapie antineoplastiche (day hospital oncologico o ematologico), nella chirurgia di piccola e media entità (day surgery).

# DAY SURGERY, DAY SERVICE QUALITÀ E RISPARMIO

di Vincenzo Bottino  
UOSD Chirurgia d'Urgenza

segue da pag. 1

**V**a sottolineato che le motivazioni che hanno promosso la deospedalizzazione, pur essendo prevalentemente di natura economica, possono contribuire ad attenuare la tendenza alla istituzionalizzazione dei pazienti cronici, ed a sperimentare nuovi modelli assistenziali spostati verso il segmento delle cure primarie, più efficienti, ma anche più adeguati per efficacia.

L'esigenza di differenziare l'offerta chirurgica nasce in Italia con il duplice scopo di offrire prestazioni di qualità, ma anche per una mera esigenza di risparmio da parte del SSN. Per "Day Surgery" si intende pertanto l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative ed amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale o generale. Al risparmio evidente che ne trarrebbe l'economia sanitaria regionale, dobbiamo aggiungere una soddisfazione maggiore da parte dei pazienti che verrebbero ad interagire con una sanità più dinamica ed al passo con i nostri tempi. Un numero sempre più elevato di procedure chirurgiche può essere sostituito da un ricovero in "Day Surgery", rispetto a quello ordinario. Sebbene le iniziative che possono aumentare questo approccio siano favorite da molti chirurghi, la loro fattiva realizzazione si è diffusa molto lentamente ed a macchia di leopardo nelle diverse regioni italiane.

Il numero dei ricoveri in "Day Surgery" è aumentato negli ultimi anni, ma questo è dovuto più alla crescita della domanda, che



alla sostituzione del ricovero ordinario con quello in DS.

Nuova frontiera è il "Day Service Ambulatoriale" una innovativa modalità di assistenza, ricompresa nel livello territoriale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. È finalizzato alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse, previste da uno specifico percorso diagnostico terapeutico centrato sul problema clinico del paziente e non sulla singola prestazione. Il fine ultimo è razionalizzare l'assistenza ospedaliera che consente di migliorare l'appropriatezza nell'uso dell'ospedale, rendendo possibile il trasferimento di una

consistente quota di attività dal regime di ricovero, in particolare di "Day Hospital", ad un modello assistenziale alternativo di tipo ambulatoriale.

Anche se bisogna ammettere che lo slancio economico è stato senza dubbio l'impulso primitivo ma è altrettanto innegabile che l'ottimizzazione delle risorse e una revisione del concetto di Ospedale sono ormai imprescindibili. Bisogna aggiungere poi che l'applicazione di un percorso del e per il paziente renderebbe la nostra sanità più vicina e su misura del cittadino ed è quindi, come tutte le innovazioni, un'occasione da prendere al volo per modernizzare ed aumentare la qualità del prodotto sanitario erogato.

## betaniainforma

periodico di informazione  
dell'Ospedale Evangelico Villa Betania

### Proprietario e editore:

**Fondazione Evangelica Betania,**  
80147 Napoli, Via Argine, 604  
mail: amministrazione@villabetania.org

Direttore: Luciano Cirica

### Redazione:

Pasquale Accardo, Salvatore Cortini, Marta D'Auria, Rosa Giannatiempo, Giovanni Napolitano, Sergio Nitti, Assia Piccolo, Vincenzo Pulverino, Antonio Maria Salzano, Antonio Sciambra, Marianna Stingone, Cordelia Vitiello, Patrizio Magliozzi, Angelo Cecere, Vittorio di Maio, Ernesto Claar, Francesco Messina, Gennaro Guerra, Giacomo Negri

### Consulenza editoriale e redazionale:

Npr Relazioni pubbliche  
nprcomunicazione.it

Progetto grafico e impaginazione:  
Golden Agency, Napoli

### Stampa:

Russo Group, Volla (Napoli)

pubblicazione gratuita

## Ospedale Evangelico Villa Betania

### Comitato Direttivo

#### PRESIDENTE

geom. Sergio Nitti

#### VICE PRESIDENTE

dott. Luciano Cirica

#### TESORIERE

Sig. Francesco Paone

#### SEGRETARIO

dott.ssa Cordelia Vitiello

#### CONSIGLIERE

past. Vincenzo Cicchetto

### Collegio dei Revisori

#### PRESIDENTE

dott. Giovanni De Pasquale

#### MEMBRI EFFETTIVI

ing. Paolo Olivieri  
sig. Vincenzo Ermetto

### Direzione

#### DIREZIONE GENERALE

Dott. Pasquale Accardo

#### DIREZIONE SANITARIA

Dott. Antonio Sciambra

#### DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Dott. Paolo Morra

Questa breve lettura è liberamente tratta da Anthony Bloom, *Alla sera della vita*, Edizioni Qiqqion, Monastero di Bose, Magnano (BI), 2002, p. 54-58 ([www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org)).

## Parlare con il malato

"Al capezzale d'un malato non ci si può comportare come nella vita di tutti i giorni, non bisogna rispondere a tutte le domande, né parlare alla stessa velocità o aspettarsi sempre una risposta. A una persona in tale condizione bisogna accostarsi con estrema attenzione, con grande saggezza e umiltà: ne sono profondamente convinto. Sotto certi aspetti l'iniziativa deve venire dal malato e non da te. Tu devi essere a tal punto immerso nel silenzio che il malato possa in ogni momento iniziare la conversazione. La cosa più importante, quella che aiuta di più ma richiede un duro apprendistato, è la capacità di restare seduti in totale immobilità, semplicemente esserci. Questo implica due cose. Da una parte bisogna fare in modo che colui al quale vi consacrate prenda coscienza che siete venuti per un tempo indeterminato, senza fretta, interamente presenti. Sapete bene



che effetto fa la visita di uno che arriva, si siede sul bordo della sedia, fa capire dall'espressione del volto che ha non più di dieci minuti a disposizione e aspetta solo che siano passati per poter dire: «Ora bisogna che vada!». Continuiamo a guardarci intorno, a sbirciare furtivamente, e la persona alla quale fingiamo di fare visita capisce benissimo che non siamo affatto con lei. Fisicamente sì, lo siamo, ma la mente è altrove, abbiamo in testa o il malato appena visitato o quello che visiteremo, o in genere le cose che avremmo dovuto o che dobbiamo ancora fare. Se vi accostate al capezzale di qualcuno, deve essergli perfettamente

## Raccontare la Malattia

chiaro che tutto il tempo a vostra disposizione - fossero anche cinque minuti - appartiene interamente a lui, che durante quei cinque minuti i vostri pensieri non saranno rivolti ad altro e che al mondo in quel momento non c'è nulla e nessuno più importante di lui.

Inoltre, sappiate restare zitti. Cessi la chiacchiera e lasci il posto a un silenzio profondo, vigile, pieno di umana sollecitudine. Non è facile imparare a far silenzio. Sedetevi, prendete il malato per mano e dite tranquillamente: «Sono contento di essere con te...». Poi fate silenzio, siate presenti senza rimestare con lui un mondo di parole vuote o emozioni superficiali. Che la vostra visita gli rechi gioia e lui sappia che anche per voi è una gioia. Allora scoprirete, come mi è accaduto più volte nel corso degli ultimi trenta o quarant'anni, che a un certo momento le persone diventano capaci di parlare, con serietà e ampiezza di vedute, di dire le poche parole che meritano di essere pronunciate. E scoprirete qualcosa di ancor più sorprendente, e cioè che anche voi siete capaci di parlare a quel modo."



PRIMO PIANO

# DIRETTORE SANITARIO: IL REGISTA DELL'OSPEDALE

INTERVISTA AD ANTONIO SCIAMBRA, DIRETTORE SANITARIO DELL'OSPEDALE EVANGELICO VILLA BETANIA

segue da pag. 1

**L**a giornata in ospedale del Direttore Sanitario, Antonio Sciambra

Sono le 12.30 Antonio Sciambra ha appena terminato il "giro dell'Ospedale" ma lo aspettano ancora altre attività, tutte di pari importanza. Il Direttore Sanitario può essere considerato il regista della vita dell'ospedale. Sono di sua competenza, infatti, la gestione dei posti letto come i rapporti con altri ospedali, l'organizzazione del personale e la pianificazione dell'uso del blocco operatorio, ma anche la responsabilità sulla documentazione clinica e sulle certificazioni emesse dall'ospedale, la morgue, la conservazione e distribuzione di farmaci stupefacenti, controllo dell'igiene dei reparti e delle sale operatorie, controllo delle infezioni, partecipazione al controllo del contenzioso medico-legale, la trasmissione di dati e statistiche agli enti competenti, il rilascio di fotocopie di cartelle cliniche, il controllo della coerenza delle schede di dimissione ospedaliera, il coordinamento delle attività di donazione d'organi, i referti all'autorità giudiziaria, l'organizzazione dei percorsi intra-ospedalieri, il coordinamento dei dipartimenti, la vigilanza sulle attività ambulatoriali, la partecipazione ai collegi di direzione, la organizzazione delle attività di aggiornamento professionale e tanto altro ancora. La sua giornata comincia alle 7.45 e quando arriva a Villa Betania, generalmente, trova ad attenderlo i medici collaboratori per l'organizzazione della giornata. Dalle 9 in poi è la volta dell'utenza, pazienti e loro familiari che per diverse ragioni devono rapportarsi a lui. Lo abbiamo incontrato per chiedergli com'è cambiata l'organizzazione dell'ospedale negli ultimi anni.

**Com'è cambiata l'organizzazione dell'ospedale in funzione della nuova normativa?**

Per quanto ci riguarda la nuova normativa sull'organizzazione dell'ospedalizzazione, il Day Surgery per intenderci, ci ha portato a migliorare notevolmente le condizioni di assistenza e lavorative. Non abbiamo avuto difficoltà di adattamento perché



**PER QUANTO CI RIGUARDA LA NUOVA NORMATIVA SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALIZZAZIONE, IL DAY SURGERY PER INTENDERCI, CI HA PORTATO A MIGLIORARE NOTEVOLMENTE LE CONDIZIONI DI ASSISTENZA E LAVORATIVE**

quanto richiesto dalle nuove linee guida faceva già parte del nostro DNA. Fino a qualche anno fa per un'appendicectomia, ad esempio, un paziente restava in ospedale anche 15 giorni, occupando un posto che poteva essere utilizzato per patologie più gravi. Oggi non è più così. In una setti-

mana eseguiamo di solito 45 interventi chirurgici di cataratta e in un mese oltre 150 ricoveri per day-surgery.

**Dunque il Day Surgery ha cambiato il rapporto tra ospedale e pazienti? Ci può spiegare come e di cosa si tratta?**

Day Surgery (DS) e Day Hospital (DH) ci consentono di assistere molti più pazienti e allo stesso tempo consentono loro di permanere in ospedale solo il tempo necessario e trascorrere in famiglia quello per le attività pre e post operatorie. Una rivoluzione che ha portato benefici per entrambi. Per Day Surgery si intende la possibilità di effettuare interventi chirurgici, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive, limitando la permanenza in ospedale. In pratica il paziente si reca in ospedale nei giorni precedenti l'intervento per eseguire gli esami propedeutici all'intervento e, in quelli successivi all'intervento, torna in ospedale per i controlli di routine, senza essere costretto all'ospedalizzazione. Il ricovero si riduce ad una o due notti. Storicamente il nostro ospedale si è sempre orientato su questa prassi (DS/DH) anticipando la normativa di oltre 10 anni.

Poi è arrivata la pre-ospedalizzazione che ci ha consentito di ottimizzare ulteriormente le prestazioni e la qualità dell'assistenza, oltre che - da un punto di vista amministrativo - contenere i costi.

**Come fate per l'utilizzo delle strutture e dei servizi?**

Ecco, qui c'è il ruolo di coordinamento della Direzione sanitaria. In base alle esigenze manifestate settimanalmente dalle diverse Unità Operative dell'Ospedale organizziamo l'uso del blocco operatorio, dei servizi diagnostici e delle altre attività di supporto per i casi da trattare. Un lavoro non semplice dal momento che mediamente in un anno vengono effettuati nei vari reparti del nostro Ospedale circa 11.000 ricoveri ordinari e 6.000 ricoveri in regime di DS/DH; in Pronto Soccorso sono stati accolti circa 48mila pazienti di cui 5700 seguiti in Osservazione Breve Intensiva e successivamente dimessi al domicilio dopo stabilizzazione. Relativamente alla chirurgia in un anno sono stati effettuati complessivamente 2.900 ricoveri di cui 1.837 ordinari e 1.074 in regime di DayHospital/Day-Surgery, per complessivi 3.365 accessi. Organizzazione significa principalmente pianificazione delle attività quotidiane dei diversi reparti: chirurgia, senologia, oculistica, ginecologia. La criticità maggiore della nostra struttura è l'affollamento, dovuto alla copresenza nelle diverse attività pre e post operatorie dei familiari.

**Cosa ci aspetta per il futuro?**

La nuova frontiera è la cosiddetta chirurgia ambulatoriale. Che richiede un approccio integrato ai diversi servizi pre e post ambulatoriali. Una ulteriore ottimizzazione dell'attività che svolgiamo già attualmente ma che ci consentirà di migliorare ulteriormente i servizi. La tendenza del futuro è tenere le persone in ospedale il meno possibile.

**È un ruolo complesso, dunque, quello del Direttore Sanitario?**

Innanzitutto c'è la funzione di coordinamento, organizzazione e pianificazione delle prestazioni offerte dall'ospedale, dunque il lavoro dei diversi dipartimenti e delle Unità Operative nell'erogazione dei servizi come nell'uso delle strutture comuni per rispondere al meglio alle esigenze dell'assistenza ai pazienti. Da un punto di vista pratico è chiamato a rispondere e risolvere i piccoli o grandi problemi che si presentano quotidianamente. Ma le responsabilità sono tante e diverse. Si va dalla gestione dei posti letto ai rapporti con altri ospedali, dall'organizzazione del personale alla pianificazione dell'uso del blocco operatorio, alla documentazione dei pazienti (le cartelle cliniche) a quella dell'acquisto dei prodotti, il coordinamento delle attività di donazione d'organi, i referti all'autorità giudiziaria, la responsabilità nell'uso degli stupefacenti per motivi terapeutici. Senza contare la gestione delle emergenze mediche, che meriterebbero un capitolo a parte.





# LA PRATICA DELLA "COMFORT CARE": ASSISTENZA AD UN LAMPO DIVITA

di Romilda Ferraro  
Infermiera Pediatrica dell'UOC Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale

**G**razie alla collaborazione della Chiesa Luterana e della Fondazione Evangelica Betania unitamente alla disponibilità e l'impegno del reparto di neonatologia nelle sue componenti medico-infermieristiche e dirigenziali, nasce nella nostra struttura, da febbraio di quest'anno, l'ambulatorio infermieristico per i neonati late preterm (LP). L'iniziativa rappresenta un'attività innovativa, non tanto nell'esperienza della professione, quanto nella continuità di assistenza offerta ai possibili utenti. I LP sono neonati di età gestazionale compresa tra la 34° e la 36° settimana e 6/7. Rappresentano una categoria di neonati con proprie peculiarità, in



particolare risultano avere un rischio superiore, rispetto ai nati a termine, di sviluppare problematiche post natali come: instabilità nella termoregolazione, ipoglicemia, distress respiratorio, ittero, difficoltà nell'alimentazione e problemi neurologici più frequenti e più prolungati. Necessitano, pertanto, di un'attenta sorveglianza al momento del parto, nel periodo perinatale e nel periodo post-dimissione che deve prevedere un'adeguata valutazione del loro sviluppo auxologico, neuropsicologico e l'eventuale identificazione di problematiche legate all'alimentazione e alla crescita. Per queste ragioni è nata l'esigenza di organizzare un programma di follow-up che consenta di

effettuare una dimissione precoce, riducendo così i costi di una degenza prolungata e garantire la prosecuzione dell'assistenza e delle cure dopo la dimissione sostenendo il bambino e la sua famiglia nel percorso di crescita. L'ambulatorio è gestito da alcune infermiere pediatriche della TIN che valutano la modalità di crescita e di alimentazione del bambino, i parametri cardiocircolatori, la saturazione e l'interazione dei genitori con il loro bambino e viceversa. Alla luce dei buoni risultati ottenuti dai primi mesi di lavoro la speranza futura è di poter includere nel progetto anche i neonati a termine afferenti alla neonatologia del nostro Ospedale.

## Una giornata in Gravidanza a Rischio: organizzazione e follow up ambulatoriale

di Pascarella Alessandro e Cozzolino Lucia  
Ginecologo e Ostetrica

**A**lcune volte l'attesa per l'arrivo di un figlio può essere accompagnata da condizioni patologiche pre-esistenti o insorte in gravidanza che necessitano di un specifico monitoraggio ambulatoriale al fine di ridurre i rischi di morbosità e morbidità per la madre ed il bambino.

Per queste donne, è attivo un servizio di gravidanza a rischio con visite ambulatoriali bi-settimanali presso il Dipartimento Materno-Infantile all'interno del blocco Sala Parto.

Il numero di pazienti che ogni anno accede all'ambulatorio è in netto incremento visto l'avanzamento dell'età media materna al momento della gravidanza, l'insorgenza frequente di patologie più o meno gravi legate alla gravidanza, la gemellarità, ecc.

Nell'anno 2014 l'ambulatorio registra 189 nuove pazienti; le patologie che più frequentemente si presentano in ambulatorio sono sia materne: ipertensione, diabete, gravidanza multipla, miomatosi uterina, minaccia di parto pretermine; che fetali: malformazioni, IUGR, aritmia, ecc. . .

L'ambulatorio segue le donne inviate dal proprio ginecologo all'insorgenza della condizione patologica materna o fetale, in seguito alla compilazione di un cartella di Gravidanza a Rischio.

Durante le visite alle donne vengono rilevati i parametri vitali (peso, PA, temperatura...), sottoposte a controlli ecografici e monitoraggio cardiocircolatorio del benessere fetale.

Le gravide, inoltre vengono seguite anche sotto il profilo biochimico con prelievi di sangue effettuati direttamente in ambulatorio dall'infermiere dedicato.

Per alcune patologie è richiesto un approccio multidisciplinare: per cui le pazienti ricevono consulenze immediate con varie figure specialistiche come l'anestesista, l'epatologo, psicologo ecc. in una gestione completa e integrata della persona.

L'ambulatorio è in continuo scambio di informazioni con la Terapia Intensiva Neonatale, così da programmare una nascita protetta e consapevole di tutti i rischi e le complicanze che potrebbero presentarsi.



## L'oculistica e i vantaggi della chirurgia in regime di ricovero diurno

di Patrizio Magliozzi  
Oculista

**L** regime di chirurgia di giorno o day surgery rappresenta una vera rivoluzione dei tradizionali modelli organizzativi, resa possibile da un rigoroso livello qualitativo e tecnologico, delle prestazioni e dell'assistenza e l'oculistica grazie allo sviluppo costante delle nuove tecniche mini invasive ne incarna a pieno gli ideali.

Il paziente entra in ospedale alle 7.30, viene accolto dal qualificato personale infermieristico che provvede alla sua sistemazione nelle apposite stanze di degenza dotate di letto o confortevole poltrona di day surgery, indossa l'apposito camice fornito dalla struttura e viene preparato ad essere sottoposto all'intervento chirurgico mediante l'istillazione di appositi colliri. Alle ore 8.00 viene effettuato il giro pre-operatorio e stilato l'ordine della lista operatoria. Seguendo il suddetto ordine, nel corso della mattinata i pazienti vengono via via accompagnati dal personale O.S.S. in sala operatoria per essere sottoposti all'intervento chirur-

gico programmato e successivamente riaccompagnati, al termine dello stesso, dal medesimo personale nelle proprie stanze.

Tutti i pazienti sottoposti ad interventi in anestesia topica o locale possono lasciare l'ospedale entro le ore 14.00, quelli sottoposti ad intervento in anestesia generale entro le ore 20.00 muniti di opportuna terapia domiciliare.

Evidenti i vantaggi della chirurgia oculare in

day surgery: degenza breve (la dimissione può avvenire per la maggioranza delle prestazioni oculistiche entro pochi minuti o poche ore dall'intervento), convalescenza tra le mura di casa (tranquillità e comfort difficilmente ottenibili in una struttura sanitaria e a vantaggio soprattutto dei pazienti meno giovani che non devono così modificare le loro abitudini), rapida ripresa (le tecniche chirurgiche mini invasive consentono una veloce programmazione ed esecuzione della prestazione garantendo un precoce ritorno all'attività lavorativa e sociale), immediata prestazione chirurgica



(in prestazione chirurgica eseguita già al secondo accesso dopo la prima visita in cui si effettuano gli esami preoperatori necessari), flessibilità (la programmazione e i tempi e le risorse interne vengono adattate alle singole esigenze del paziente), migliore gestione del ricovero (possibilità di pernottamento in caso in cui insorgessero problemi tali da sconsigliare il ritorno al domicilio in giornata).

# L'AIUTO DI UN GIORNO

di Vincenzo Polverino  
Cappellano

"Carissimi, una cosa non dovete perdere di vista: davanti al Signore un giorno è come mille anni e mille anni come un giorno solo". (2Pt 3,8)

**I**n Ospedale molti interventi durano ormai solo un giorno. Day Surgery e Day Hospital sono sempre più diffusi. Ma che cosa fa il Cappellano in un giorno solo? Quale aiuto può dare quando la permanenza in ospedale è ridotta a solo poche ore? Cominciamo dal cappellano di Villa Betania. Chi è? Cosa fa? A chi rivolge il suo servizio e ministero, e soprattutto perché? Il cappellano di Villa Betania è un pastore evangelico, competente nella pastorale clinica, a pieno titolo parte del gruppo di persone impegnate nella cura dei pazienti, perché, nel nostro ospedale, ci prendiamo cura di tutta la persona, in senso olistico, e non ci occupiamo solo del corpo bensì anche dello spirito e della psiche, perché la persona umana ha molteplici dimensioni.

La relazione d'aiuto e la cura pastorale seguono il modello del "buon samaritano": cura, consapevolezza, compassione, vicinanza, condivisione, accompagnamento. Il cappellano, presente in ospedale ogni giorno, offre a tutti accoglienza, ascolto e sostegno sia pastorale, sia psicologico. Particolare cura è riservata ai degenti, perché più bisognosi e perché veri destinatari della cura. Ma questi servizi, a seguire sono estesi anche a familiari, visitatori, chiese, e, da circa tre anni, anche ad un folto gruppo di bisognosi, soprattutto stranieri. Il cappellano condivide quotidianamente con i pazienti ogni loro momento, che sia importante o no, accompagna e cammina con coloro che sono sulla via della guarigione, del miglioramento delle proprie condizioni o che al contrario si confrontano con situazioni di crisi, di sofferenza, di disperazione e di morte. Cura pastorale e relazione d'aiuto sono offerte, nel rispetto delle diversità e delle sensibilità, liberamente a quanti e quante ne fanno richiesta, senza distinzione di razza, fede, cultura, etc., perché fine, scopo ed obiettivi della relazione d'aiuto sono quelli di rendere più sopportabile l'esperienza della malattia quale cammino ambivalente. E poi può anche accadere di scoprire, in questo particolare tempo, la gioia e la magnificenza della trascendenza, della spiritualità e della preghiera, come



autentiche medicine per la cura del corpo. Ma non è scontato. Durante la sofferenza la persona vive una lacerazione nel corpo e nello spirito, infinite sono le domande e la ricerca di un perché. In questi particolari momenti la sofferenza spesso si fa messaggio in codice e grido che l'operatore pastorale deve saper raccogliere, ma ciò esige una adeguata preparazione

a diversi livelli: umano, culturale, psicologico spirituale-pastorale, come pure occorre porsi alcuni importanti quesiti esistenziali: Chi sono io che entro nella stanza dell'ammalato? Mi conosco veramente? Qual è la mia esperienza personale della malattia, del lutto, della sofferenza, della morte? Il lavoro quotidiano del Cappellano è complesso e delicato, come per esempio, accogliere una ragazzina di tredici anni, accompagnata da un'assistente sociale, incinta in seguito a una violenza o aiutare una donna straniera che categoricamente rifiuta la propria creatura partorita da pochi giorni, perché frutto di un rapporto extra coniugale, oppure accogliere la richiesta di due giovanissimi genitori di celebrare il funerale del proprio figlioletto di pochi giorni, gemello di un secondo, anch'egli in pericolo di vita o anche incontrare un'ammalata, ex



prostituta, in cerca d'aiuto e di riscatto sociale, morale e spirituale.

La cura e la gestione degli ammalati negli ospedali oggi è totalmente rivoluzionata, siamo infatti lontanissimi dai tempi in cui un paziente era trattenuto per settimane in ospedale anche per banali accertamenti clinici. Questa trasformazione ha inevitabilmente e totalmente rivoluzionato il rapporto del paziente con la malattia, con l'ospedale, con il medico, con l'infermiere, e anche con il cappellano. Il quale spessissimo ha a disposizione solo qualche giorno, se non poche ore, per poter costruire un serio rapporto fraterno-amicale. Ma di questo dico comunque grazie a Dio, perché ciò che conta alla fine è ridurre il disagio della degenza ed rendere più umani i percorsi, i tempi, e le cure mediche.

## IL GIORNO DEL FAMILIARE IN OSPEDALE

di Salvatore Cortini  
Direttore Centro Sociale Nitti

**U**n giorno in ospedale, sembra il titolo di un film. Chissà se esiste veramente un film che tratti questo genere di argomento! Sicuramente c'è la realtà vissuta da tanti uomini e donne che hanno trascorso una giornata in ospedale e si sono trovati davanti al dolore fisico, morale e spirituale. In ospedale si entra per un'emergenza, curarsi o prevenire. Per molti è paura, preoccupazione che entrando nella struttura sanitaria si scopra la malattia che non si vorrebbe avere, e quel giorno ti cambia la vita per sempre. Può capitare che entri a far parte di un mondo a cui pensavi non appartenere. Alla parola ospedale, per molti, si associa lo spavento della morte. Immaginiamo sempre questo giorno in ospedale, dove la tua sofferenza passa attraverso un numero, a cui per caso ti capita di esser assegnato, e attraverso di esso tu ricevi cure, attenzione da medici e personale. Tu, paziente, sei di fronte all'équipe curante, ma il disagio familiare ti segue, ed anche il tuo stato di sofferenza psicologica. Ti distruggono le attese, i pensieri, molto spesso sei privo di un'assistenza; in questo tempo, avanza solo la solitudine di un paziente alla deriva. Gli operatori sanitari, anche se sottoposti a carichi di stress e di emotività giornaliera, anche mettendoci



tutta la buona volontà, non sono in grado di far fronte all'assistenza psicologica del paziente. Non c'è relazione. La relazione con il paziente e la famiglia è indispensabile per creare le condizioni di una buona cura. Di fronte a un "non c'è più niente da fare", o un "abbiamo fatto tutto quello che c'era da fare", una buona relazione tra parenti e personale sanitario lascia meno dolore e a volte fa superare grandi ostacoli.

"I medici umani sono degli invitati di Dio" (D. Bourguet, Il Dio che guarisce, Claudiana). È una citazione di un teologo francese che in questo suo libro parla di un Dio che guarisce, porgendosi con amore e vicinanza verso l'esser umano per cu-

## L'ospedale fa paura

di Antoniomaria Salzano  
Psicologo

**L**a paura dell'ospedale è un fenomeno comune che può manifestarsi come una vera e propria fobia che paralizza e agita, anche in assenza di esperienze traumatiche. Nonostante l'obiettivo di chi vi entra sia la cura, l'ambiente ospedaliero provoca ansia e irritazione (Farnè, 2001) richiamando il fantasma di morte, di abbandono, di solitudine, di dolore che normalmente si prova ad allontanare. Il paziente, già preoccupato per il suo stato di salute, si trova a fare i conti con un'immagine di sé non più sana e indistruttibile e sperimenta una serie di situazioni nuove: gli odori, le luci, il contatto con la sofferenza e le paure lo destabilizzano profondamente e si trova a dover fare i conti con un sistema sociale nuovo in cui ha scarso controllo. Tali fattori oggettivi, interagendo con quelli psicologici e sociali, provocano reazioni diverse e vissuti di ansia e depressione (Rossi, 2004) che la medicina talvolta sottovaluta. La separazione tra psiche e soma oggi sembra quindi anacronistica: il pensiero sistemico consente di "mettere insieme" mente e corpo (Baldascini, 2013) per cui ogni intervento non può che con-tenere entrambi i poli. Tenere conto della "tecnica", degli aspetti emotivi legati alla patologia e dell'intera rete intorno al paziente è l'unica modalità realmente funzionale alla salute del paziente, alla sua guarigione e ad un miglioramento della qualità della vita.

rame il male, facendo in modo che venga restituito alla vita. Apre una riflessione seria per tutti quelli che credono in un Dio vicino a tutti. Quante volte si cerca questa dimensione di relazione, di comprensione, che nella nostra realtà a volte risulta difficile a realizzarsi. Eppure questo deve farci riflettere sul bisogno che abbiamo di avere attenzione a questi aspetti. Si capisce come in una cultura come la nostra, dove vengono meno il rispetto dei diritti civili, e talvolta umani, difficilmente si potrà realizzare una condizione dignitosa per i pazienti che

attendono le cure. La mano di una donna che stringe quella del padre, in una casa di cura, è un'immagine forte, vera, che ci dà il senso di un legame affettivo interrotto dalla malattia. Quante volte abbiamo avuto davanti agli occhi un'immagine come questa, quanti l'hanno sperimentato direttamente, e quanti l'hanno solo intravisto passando tra le stanze di un reparto per andare a visitare un parente. La giornata in ospedale è finita, e la sofferenza che si vive in queste strutture ci porta a pensare che niente sarà più come prima.



# Esame dello stomaco e del colon, in pochi minuti

di Massimiliano De Seta  
Gastroenterologo

La **gastroscopia** è un esame che permette l'esplorazione della superficie interna o mucosa della parete dell'esofago, dello stomaco e del duodeno fino, possibilmente, alla seconda o alla terza porzione, con l'obiettivo di verificare l'eventuale presenza di alterazioni o lesioni e di effettuare all'occorrenza prelievi di materiale biologico e/o piccoli interventi.

Gli esami più comunemente eseguiti con questa tecnica sono la **esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS)** e la **colonscopia**.

Si esegue con il **gastroscopio**, uno strumento a forma di tubo, sottile e flessibile, dotato alla punta di una luce fredda e di una piccola telecamera, che viene introdotto in bocca attraverso un apposito bocchaglio e trasmette in diretta su un monitor le immagini rilevate in esofago, stomaco e duodeno. La EGDS è un esame invasivo, ma semplice. Di regola, viene somministrato un sedativo ed eventualmente un antispastico endovena per facilitare la procedura, che dura in media pochi minuti.

Talora, per una valutazione più approfondita di problematiche infiammatorie, ulcere, lesioni precancerose o di aspetto franca-



mente tumorale, con un'apposita pinza metallica flessibile, vengono eseguite biopsie, cioè prelievi indolore di piccoli campioni di tessuto da esaminare al microscopio (esame istologico). Una biopsia gastrica può anche essere eseguita per la ricerca rapida dell'infezione da *Helicobacter pylori*, che è spesso associata alle patologie del tratto gastro-duodenale. Nel corso dell'esame si possono individuare polipi e lesioni non polipoidi. I

**polipi** sono lesioni tumorali di dimensioni variabili, nella maggior parte dei casi benigne, ma che nel corso degli anni possono aumentare di dimensioni e trasformarsi in un cancro. Se possibile, vanno, pertanto, rimosse. Le **lesioni non polipoidi** sono più superficiali dei polipi ma hanno lo stesso significato. Polipi e lesioni non polipoidi di piccole dimensioni sono abitualmente asportati con una pinza da biopsia. Polipi e lesioni non polipoidi di maggiori dimensioni possono essere asportati nel corso dello stesso esame o successivamente con un'ansa diatermica,

apposito filo metallico a coppia collegato ad un elettrobisturi. Nel caso delle lesioni non polipoidi è spesso necessario, preliminarmente, sollevarle mediante iniezione sottomucosa di una soluzione adatta. Queste procedure operative (polipectomia, mucosettomia o EMR) di regola non sono dolorose.

La **colonscopia** è un esame che permette l'esplorazione della superficie interna o mu-

cosa della parete del grosso intestino, possibilmente per l'intera sua estensione, dal retto al cieco, e, quando indicato, della parte finale del piccolo intestino o ultima ansa ileale (ileoscopia retrograda).

Si esegue con il colonscopio, uno strumento a forma di tubo, flessibile, dotato alla punta di una luce fredda e di una piccola telecamera, che viene introdotto attraverso l'ano e trasmette in diretta su un monitor le immagini rilevate nel tratto intestinale esplorato. Nel corso dell'esame potrà essere somministrato un sedativo endovena, che renderà più agevole la procedura che in media dura 30-40 minuti.

Talora, per una valutazione più approfondita di una lesione di aspetto infiammatorio o tumorale, con un'apposita pinza metallica flessibile vengono eseguite biopsie da esaminare al microscopio (esame istologico). Nel corso dell'esame si possono individuare polipi e lesioni non polipoidi che saranno rimosse mediante procedure operative (polipectomia, mucosettomia o EMR) di regola non dolorose. Il tessuto asportato sarà possibilmente recuperato ed esaminato al microscopio. In rari casi l'esame istologico del campione suggerirà la necessità di un successivo intervento chirurgico.

# DAY HOSPITAL IN CARDIOLOGIA

di Alberto Fomi  
Cardiologo

Il **Day Hospital (DH)** è una struttura dedicata al controllo dei pazienti con patologie cardiovascolari

croniche e gravi ad alta frequenza di recidive (scompenso cardiaco, disfunzione ventricolare grave) per prevenire, anche mediante terapia infusiva, ricoveri ripetuti. La degenza in dayhospital viene inoltre utilizzata per interventi diagnostico-terapeutici ad alto impegno, invasivi e non, che necessitano di monitoraggio clinico.

Il day hospital è l'insieme di tutte le prestazioni mediche riguardanti il cuore e l'apparato circolatorio che possono essere eseguite senza che il paziente rimanga in ospedale per la notte. Rientrano in tale campo la visita cardiologica, i cicli di riabilitazione eseguiti per i pazienti che hanno subito interventi al cuore, l'elettro-



cardiogramma (registrazione dell'attività elettrica del cuore), il test ergometrico (o elettrocardiogramma da sforzo, che è un esame strumentale consistente nell'effettuare un elettrocardiogramma durante l'esecuzione di uno sforzo fisico, per vedere come reagisce l'apparato cardiocircolatorio), l'elettrocardiogramma dinamico secondo Holter (che è un esame eseguito per analizzare l'attività elettrica del cuore nelle 24 ore e, quindi, valutare la risposta cardiaca del paziente durante una sua "giornata tipo"), l'ecocolordoppler vascolare (un particolare esame strumentale eseguito per lo studio

delle malattie del cuore, delle arterie e delle vene), l'ecocardiogramma colordoppler e l'ecocardiogramma da stress fisico e farmacologico (che sono metodiche diagnostiche che utilizzano gli ultrasuoni per studiare la struttura e le funzioni del cuore). La nostra Unità Operativa di Cardiologia e di Terapia intensiva coronarica è una Cardiologia di 1° livello, dotata di un reparto di degenza costituito da 4 letti di UTIC e 4 letti di degenza ordinaria (2 monitorati) e di un Servizio di Cardiologia e di diagnostica ambulatoriale.

Le stanze di degenza sono a quattro letti open space e Spazio controllo infermieri

+ consolle monitor e telemetrie. La nostra attività riguarda la Valutazione per primo accesso, per l'arruolamento in DH, dei controlli post-dimissione; i programmi di cardioversione di aritmie cardiache sopraventricolari; la diagnostica correlata all'attività di DH (Elettrocardiografia, Ecocardiografia transtoracica e transesofagea, lettura e refertazione ECG dinamico 24h) ed infine le consulenze cardiologiche per il DH centrale di Medicina.

Attività di particolare rilevanza sono i programmi di cardioversione elettrica atriale. L'accesso alla struttura avviene alla dimissione dal reparto di degenza ordinaria, ovvero mediante prenotazione telefonica o diretta. Un'equipe dedicata, composta da un infermiere, un medico cardiologo strutturato ed un medico cardiologo in formazione, è presente dalle ore 8:00 alle ore 14:00. Sono inoltre disponibili, secondo la necessità, consulenze di altri specialisti ed interventi di supporto (psicologici, fisioterapici, dietologici, endocrinologici, ecc.). Alla dimissione o alla chiusura viene fornita al paziente una lettera informatizzata con gli orientamenti diagnostico-terapeutici ed un programma di follow-up personalizzato e organizzato secondo le necessità del paziente.

Tutte le informazioni clinicamente rilevanti relative alla degenza in day hospital vengono registrate in cartella clinica computerizzata; lo stesso sistema informatico viene utilizzato per la stesura della lettera di dimissione.

UN' EQUIPE DEDICATA,  
COMPOSTA DA UN  
INFERMIERE, UN MEDICO  
CARDIOLOGO  
STRUTTURATO ED UN  
MEDICO CARDIOLOGO  
IN FORMAZIONE, È  
PRESENTE DALLE ORE  
8:00 ALLE ORE 14:00

# UN GIORNO CON L'ANESTESISTA

di Luciano Abbruzzesi  
Anestesista

**C**iao ragazzi, sento odore di caffè, iniziamo bene la giornata! Ottimo! C'è un nuovo ricovero? "vediamo la cartella: bronchitico cronico riacutizzato, l'ossigenazione è pessima". Luca, aumentiamo la sedazione, io modifico i parametri del ventilatore, avverti il mio collega...

Sono io l'anestesista della Camera Operatoria di Chirurgia; il paziente può entrare, l'ho visitato ieri: "45 anni, più giovane di me, tumore della testa del pancreas, una condanna, credo non sappia molto della sua patologia...". Allora Sandro fai accomodare il Signore in pre-camera operatoria; come andiamo? Preoccupato? Sì, ci siamo visti ieri. Adesso facciamo una puntura che la renderà più tranquillo. Procediamo con la pre-anestesia, prepariamolo e appena pronti entriamo in Camera Operatoria. Ricordate che in Ginecologia il secondo intervento prevede un'intubazione da sveglia, organizzatevi e avvertite il collega... Allora signor Antonio, adesso siete più rilassato? Pensate a qualcosa di bello, chiudete gli occhi, fate dei bei respiri profondi; ragazzi tranquilli; i chirurghi sono pronti? Avvertiteli che sto inducendo; chi non è indispensabile si allontani. Antonio continua così, respira forte, ci rivediamo tra poco. "difficile anche questa intubazione"; preparate il video-laringoscopia; no fermi, è an-

data; dai collega il ventilatore, cuffia e fissa il tubo. Chirurghi, il paziente è vostro, buon lavoro!...

C'è un codice rosso giù in Pronto Soccorso? Il collega ha bisogno di una mano? Peppe la tua Sala non è ancora iniziata, sostituiscimi che scendo giù... "Che confusione, tutta questa gente che grida ed invece, credono che così noi lavoriamo meglio?".

Signori calma, qui non potete stare, stiamo facendo tutto il possibile, ma così non ci aiutate; lei è la moglie? Si accomodi in questa stanza e appena posso le darò tutte le informazioni; di che soffre? Tumore al polmone in fase terminale? Lei è il fratello? Mi fa la cortesia di fare uscire tutti i parenti e poi viene qui con la moglie, devo parlare anche con lei. "Fammi entrare nel codice rosso se ci riesco, eccomi!". Avete preparato il ventilatore? com'è l'ossigenazione? È cosciente? Come si chiama? Carlo, tranquillo, respira in questa maschera che ti aiutiamo! C'ha un Rx Torace recente? "c'è ben poco per potere respirare qui, ma non deve soffrire in questo modo"; ok ragazzi maschera



oro nasale e ventilazione non invasiva, un minimo di sedazione; già pronta? Ok il dosaggio è quello giusto; niente terapie futili e invasive ma aiutiamolo a superare la crisi... Signora, lei conosce la situazione; purtroppo non può migliorare, possiamo assisterlo e lenire le sue sofferenze. No, niente intubazione, non avrebbe senso, faremo in modo che non soffra ma nessuna manovra inutile. Mi dispiace. Lei può stargli vicino, venga con me. Carlo c'è tua moglie, va meglio adesso? Ok signora stia qui tutto il tempo che vuole. Signori, meno folla, facciamo quanto deciso, poi lasciamoli tranquilli. Certo monitoratelo, io risalgo in Camera Operatoria...

"Un inizio di giornata niente male, e sono appena le 9.30. Ma sono sicuro che è questo il lavoro che volevo fare? Tante sofferenze, tante speranze inutili, tante delusioni. Torno a casa distrutto, e la mia famiglia? Che le lascio di me? E poi riuscirò a farlo sempre con la stessa passione anche se mi consuma?"

Che succede? Cos'ha questo bimbo? Poggiatelo sul lettino, è cianotico. Cosa è successo? Un corpo estraneo? Forse il tappo del lavandino? Che vuoi portare al Santo Bono? Senti lo stridore. Dobbiamo agire e subito. Fermi con le dita che lo buttate più giù, datemi un laringoscopia e una pinza di Magill, dai rapidi. "Buono bimbo, dai piccolino apri un po' la bocca, fammi un po' vedere: eccolo lì, spunta da dietro la lingua"; rapidi con questa pinza; preso, lo tiro fuori, eccolo là... incredibile un tappo così grande in una bocca tanto piccola...; sì signora è un po' sporco di sangue, ma è il minimo; guardi piuttosto come respira adesso e come ha ripreso il suo colore naturale; niente ringraziamenti, magari un po' di attenzione in più... Mettete il saturimetro e teniamolo in osservazione. Adesso torno veramente in Camera Operatoria. "OK, cancellati in un minuto tutti i miei dubbi..."

Eccomi sono tornato; un buon caffè? Certo, ci voleva proprio...

## La diagnosi del giorno... Il dolore al ginocchio

di Andrea Accardo  
Ortopedico

**D**ottore mi fanno troppo male le ginocchia!  
Quel fastidio che mi accompagna tutto l'anno, in questo periodo di ventata insopportabile, mi aiuti!

Con l'arrivo del caldo e con l'incremento delle attività all'aria aperta, le sollecitazioni alle ginocchia aumentano e con esse l'affluenza dei pazienti presso l'ambulatorio dello specialista.

Il dolore al ginocchio è uno dei problemi osteoarticolari più frequenti, capaci di limitare notevolmente le normali attività quotidiane.

Il ginocchio è la più grande e complessa articolazione del nostro organismo, formata da superfici estremamente incongruenti, che però devono garantire stabilità nella stazione eretta, funzionando come veri e propri ammortizzatori sopportando carichi tanto grandi quanto maggiore è il nostro peso, mentre in movimento sono sottoposte a carichi multidirezionali.

Pertanto il rischio di microtraumi ripetuti, che se trascurati con il tempo possono addirittura condurre a vere e proprie patologie di tipo degenerativo è elevato.

Il dolore al ginocchio non riguarda esclusivamente gli anziani, in cui è più diffusa l'artrosi, ma interessa trasversalmente tutte le età.

Nella maggior parte dei casi è indice di una ben precisa patologia, meritevole di attenzione e di approfondimento diagnostico e

terapeutico da parte del medico specialista.

Altrettanto vero è che spesso dolori non francamente patologici possono essere prevenuti o limitati nell'entità e nel tempo rispettando semplici norme comportamentali.

Il peso in eccesso, ad esempio affatica e usura la parte interna del ginocchio negli anziani e quello esterna nei bambini predisponendoli a deformità future, ed è quindi una delle principali cause su cui si può intervenire prima di consultare l'ortopedico.

La scarsa o non corretta attività fisica penalizza molti soggetti che sottopongono a stress eccessivi le ginocchia nel proprio lavoro; questi potrebbero aiutarsi praticando una sana e costante attività mirata alla tonificazione dei muscoli delle cosce.

Chi invece ha piacere a praticare un'attività sportiva amatoriale, come la "partitella" di pallone durante la settimana o a praticare sport stagionali come lo sci nel periodo invernale, dovrebbe avere un'adeguata preparazione muscolare, andando in palestra o in bicicletta settimanalmente e facendo esercizi preparatori di stretching.

I sintomi meritevoli di approfondimento diagnostico nel giovane adulto possono essere un marcato gonfiore, il dolore in regione mediale all'accovacciamento, un blocco in estensione in seguito ad un trauma discorsivo, nell'anziano invece, un dolore resistente alle terapie farmacologiche, già prescritte dal medico di famiglia.



Lo specialista per arrivare a una diagnosi deve indirizzare il paziente verso la scelta delle corrette indagini strumentali, evitando che vengano eseguiti esami costosi e non idonei (come spesso accade per la risonanza magnetica), ma spesso fortemente voluti dai pazienti stessi.

In fine l'ortopedico dovrà anche coinvolgere e guidare il paziente nel percorso terapeutico indicando la corretta opzione nella sempre più vasta offerta di tratta-

menti conservativi (farmaci antinfiammatori, steroidi, infiltrazioni intrarticolari di cortisone o acido ialuronico) e chirurgici (interventi artroscopici o di artroprotesi) a disposizione del paziente, spesso in balia della pubblicità e dei consigli profusi dai media.

In conclusione un buono stile di vita e una corretta collaborazione con lo specialista ortopedico possono contribuire alla longevità delle nostre ginocchia e a garantire una migliore qualità di vita.



# PET THERAPY: ALLA CONQUISTA DELLA VITA

di Cristina Ambrosiano

**U**na piccola, esile mano affonda in una pelliccia soffice, quasi vi annaspava come se andasse alla ricerca di qualcosa. Poi avviene il miracolo. La mano inaspettatamente si aggrappa alla Vita e si schiude un sorriso. E' la magia della Pet therapy. La mano è quella di tanti bambini, anziani, disabili che vivono una condizione di disagio dovuta a deficit di vista, udito, movimento, disturbi dell'apprendimento (iperattività, autismo) ed altre patologie. La pelliccia morbida potrebbe, invece, appartenere a cani, gatti, conigli, o a tanti altri animali come il cavallo (ippoterapia) e l'asino (onoterapia) che, adeguatamente preparati, contribuiscono con i loro effetti benefici al recupero delle persone con difficoltà "ancorandole" nuovamente alla Vita e ristabilendo con se stessi e con il contesto ambientale quei legami che spesso vengono vissuti in modo problematico e sofferto. I primi studi sul conseguimento di un benessere psico-fisico attraverso l'interazione uomo-animale e l'utilizzo di questi ultimi come "terapeuti" risalgono allo psichiatra infantile Boris Levinson intorno agli anni '60. Nel corso degli anni la ricerca sulla relazione fra l'essere umano e le altre specie è andata approfondendosi raggiungendo risultati sorprendenti e spesso inaspettati. L'animale diviene così il tramite per leggere nella realtà e percepire il mondo in modo più sereno, attutire l'impatto con gli altri, sentire e conoscere meglio il proprio corpo gestendolo in modo più consapevole e con migliore pa-



dronanza dell'attività cinetica. Il contatto con l'animale stimola energie positive, prendersi cura di questo aiuta a superare stress e depressione, durante le sedute l'ansia si abbassa e i livelli di endorfine aumentano. Inoltre accarezzare un animale riduce la pressione arteriosa e regolarizza la frequenza cardiaca. In quest'ottica l'animale diventa l'anello mancante fra se stessi e gli altri, lo strumento per la conoscenza ed il riappropriamento del proprio "io", la compagnia alla solitudine. La Pet therapy richiede, comunque, una serie di

delicati passaggi: la valutazione generale del problema, la selezione e la preparazione dell'animale adeguato alle problematiche del soggetto, il ricorso ad una serie di figure come il veterinario, l'assistente sanitario (medico, psicologo), il conduttore dell'animale. L'improvvisazione e la superficialità non sono consentite: infatti l'introduzione di animali in casa senza il consiglio di esperti potrebbe essere controproducente così come una seduta basata sulla stimolazione ludica, benefica per un anziano, potrebbe ri-

L'animale diviene il tramite per leggere nella realtà e percepire il mondo in modo più sereno

velarsi negativa per un ragazzo iperattivo. Quello della Pet therapy è quindi un settore oggi in piena crescita ed espansione e questa trova applicazione in ambiti sempre più vasti come gli ospedali, le case di riposo, le comunità di recupero. Allo stato attuale, però, manca una legge nazionale che riconosca e disciplini tale attività e, per quanto ci siano figure professionali formate nel settore del sociale e cinofilo, non esistono corsi di formazione per conduttori di attività di Pet therapy riconosciuti dallo stato e quelli esistenti hanno costi proibitivi. E' necessario pertanto risvegliare una coscienza e conferire una "dignità" a questa attività che, se esercitata con professionalità e sensibilità, può addolcire la vita e migliorarne la qualità. Soltanto superando ostacoli burocratici e giuridici la Pet therapy potrà entrare nella quotidianità di chi ne necessita. Ed allora quella mano che si intrufola nel morbido pelo di un cane o di un gatto potrà riacchiuffare un pezzo di vita....

**Amorosa.**  
Un gesto naturale per te e per lui.

Durante il periodo dell'allattamento, scopri un'acqua indicata per te. Sgorge pura dalle Alpi Apuane ed è minimamente mineralizzata, con un residuo fisso bassissimo, di soli 28mg/L. Grazie alle sue caratteristiche, è indicata anche per la preparazione degli alimenti per neonati e per accompagnare il tuo bambino durante lo svezzamento.

**Humana**  
**AMOROSA**

Seguici su [www.humana.it](http://www.humana.it)

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

**PRENDIAMOCI CURA DI LEI**

**PREVENZIONE GRATUITA E DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DELLA SFERA GENITALE FEMMINILE per le donne extracomunitarie senza permesso di soggiorno**

**CONTATTI**  
DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ DALLE ORE 8:00 ALLE 15:00  
Ostetrica ASSIA PICCOLO tel. 081 5912649  
INFO  
EMANUELA RICCIO  
email: [prendiamocicuradilei.info@gmail.com](mailto:prendiamocicuradilei.info@gmail.com)  
cellulare: +39 3278716050