

Salute DINTORNI

#2
MAGGIO 2016
ANNO I

BIMESTRALE DI INFORMAZIONE SANITARIA

L'ACQUA "DURA" FA MALE?

I sali minerali sono un fattore
protettivo per la salute



COMBATTERE IL PARKINSON

Claudio Rabbia
lo fa a ritmo di Tango



MIDOLLO, IL TRAPIANTO DA DONATORE

Donatore e ricevente devono avere
caratteristiche genetiche simili



LA SALUTE È "IN ROSA"

Le risposte della Medicina, il racconto delle donne



 REGIONE
PIEMONTE



AZIENDA OSPEDALIERA
S. CROCE E CARLE CUNEO

www.ospedale.cuneo.it

 A.S.L. CN1

www.aslcn1.it

SEGUICI SU





DIRETTORE RESPONSABILE

Ilario Bruno

REDAZIONE

Marcello Caputo, Domenico Clerico, Enrico Ferreri, Cristiana Lo Nigro, Giuseppe Lauria, Giorgio Giuliano, Mirco Grillo, Mauro Negro, Daniele Nunziato, Giovanni Parente, Angelo Pellegrino, Paolo Pellegrino, Gabriella Peruzzi, Sara Viale.

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO

Alberto Arnaudo, Sebastiano Blancato, Andreina Bramardi, Giampiero Busellu, Monica Cairo, Fausto Cella, Claudia Cucco, Paolo Dutto, Anna Maria Fossati, Luciano Galletto, Mariella Grasso, Alla Kozina, Marino Landra, Cristina Mocellini, Domenico Montù, Salvatore Endrio Oleandri, Giorgia Pellegrino, Giulia Pomero, Maria Teresa Puglisi, Andrea Puppo, Alberto Rivarossa, Giorgio Sapino, Riccardo Schiffer, Maria Grazia Tomaciello, Eugenio Volpi.

PROGETTO GRAFICO

RW Comunicazione - Alba (CN)

Reg. Tribunale di Cuneo n. 660
del 3/3/2016

Immagine: shutterstock.com

Sommario

<p>1 SALUTE...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Alimenti e nutrizione</i> L'acqua "dura" fa male alla salute? 4 • <i>In viaggio</i> Minori stranieri, vaccinazioni per viaggiare sicuri 6 • <i>Sicurezza alimentare</i> Carni rosse, l'Italia è più sicura 8 • <i>Voci dal consultorio familiare</i> Leggimi forte 10 Investire in salute... con i giovani protagonisti 12 <p>2 LA CURA</p> <ul style="list-style-type: none"> Una terapia che viene dal freddo... 14 • <i>A colloquio con</i> Tumore al cervello, il ruolo della Neuroncologia 16 <p>3 LE RISPOSTE DELLA MEDICINA, IL RACCONTO DELLE DONNE</p> <ul style="list-style-type: none"> Tumori femminili, meno morti con lo screening 18 Il tumore della mammella, tra presente e futuro 20 La ricostruzione mammaria: tecniche innovative 22 Il tumore dell'ovaio: a che punto siamo? 24 Per il tumore all'endometrio interventi mini-invasivi 26 	<p>4 VICINO A TE</p> <ul style="list-style-type: none"> Farmaci: seguire la terapia 28 • <i>Comuni-care</i> Addomesticare la collaborazione 30 • <i>Accesso e utilizzo dei servizi</i> Proroga esenzioni ticket 31 Quando il diabete si cura a casa 32 Pronto, come ti senti? 34 <p>5 TECNOLOGIA E RICERCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ricerca</i> Midollo: il trapianto da donatore 35 • <i>Tecnologia e umanizzazione</i> Studiare il cammino con le tecnologie 36 <p>6 ...DINTORNI</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Storie</i> Claudio Rabbia, combattere il Parkinson con ironia e a ritmo di tango! 38 • <i>Volontariato</i> In Missione a Tonj (Sud Sudan) 40 • <i>Associazioni</i> Donna per Donna 42
--	--

Salutedintorni "in rosa"

Due mesi volano. Dopo il "battesimo" del 1 marzo, esce il secondo numero del nostro magazine, **SALUTEDINTORNI**, in versione sfogliabile.

Il 22 aprile è stata celebrata la prima Giornata nazionale sulla salute della donna, l'ASL CN1 e l'Azienda ospedaliera Santa Croce e Carle hanno inserito in calendario alcune iniziative: visite gratuite, consulenze, giornate informative aperte alla popolazione. Con grande partecipazione. **SALUTEDINTORNI** dedica quindi l'approfondimento ai tumori femminili: si comincia con una sintesi dell'attività di *screening*, poi i ginecologi ci aggiornano sulle ultime tecniche di intervento sui tumori al seno, all'ovaio e all'endometrio, i chirurghi plastici illustrano le novità in tema di ricostruzione mammaria. In primo piano però, ci sono loro, le donne, con le loro esperienze vissute raccontate da Margherita e, in video, Rinalda, Clara, Ivana (che è anche presidente dell'associazione cuneese Donna per Donna).

Continuano le rubriche di prevenzione: dalle caratteristiche dell'acqua alle vaccinazioni, dalla corretta terapia farmacologica a GiocS, un progetto di giovani che si attrezzano per affrontare meglio l'integrazione. Infine i Dintorni: l'esperienza di Cristiana in Sudan e la storia di Claudio, malato di Parkinson, che affronta la malattia ballando il tango.

Buona lettura.

Ilario Bruno





L'acqua "dura" fa male alla salute?

In Italia la "durezza" rientra fra i parametri indicatori di qualità dell'acqua.



Recenti studi considerano che l'acqua ricca di sali minerali è un fattore protettivo per la salute

L'acqua destinata al consumo umano, oltre che avere buone caratteristiche organolettiche e assenza di germi patogeni, non deve costituire un rischio per la salute del consumatore in rapporto al contenuto di sostanze chimiche in eccesso oppure di contaminanti potenzialmente o sicuramente nocivi.

Il parametro chimico utilizzato per esprimere indicativamente la quantità sali minerali presenti nell'acqua è la durezza: questa esprime essenzialmente il contenuto di sali di calcio e di magnesio presenti nell'acqua in forma di carbonati, bicarbonati, solfati, cloruri, nitrati; i valori di durezza vengono espressi in gradi francesi (°F).

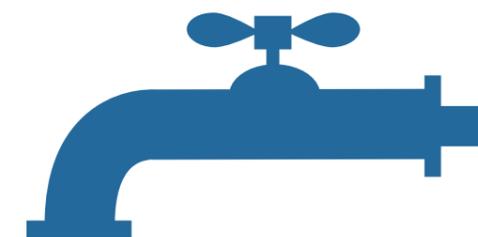
È noto che nel ciclo naturale dell'acqua la variabilità chimica dei sali naturalmente presenti nell'acqua di falda può dipendere sia dalla natura delle precipitazioni atmosferiche dell'area, sia dalla natura delle rocce e del suolo. Non esistono attualmente linee guida da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che indichino, in relazione alla salute, un valore minimo o un massimo di concentrazione dei suddetti Sali, ma in Italia la durezza rientra fra i parametri indicatori di qualità dell'acqua, per cui non viene previsto un valore limite di accettabilità, bensì un valore consigliato nell'ampio intervallo compreso tra i 15° F e i 60° F.



Un eccesso di durezza non rappresenta un rischio igienico sanitario e, allo stato attuale delle conoscenze, **non produce alcun effetto dannoso per la salute umana.**

Alcuni studi hanno invece dimostrato che l'apporto di calcio con le acque cosiddette "dure", cioè ricche in sali di calcio, è considerato importante per soggetti in cui è necessaria, per altri motivi fisiopatologici, la riduzione dell'apporto di calcio proveniente da altre fonti (ad esempio latte e derivati). C'è inoltre evidenza scientifica derivante da precedenti studi epidemiologici in diverse aree geografiche e confermata da studi più recenti, che l'acqua "dura" emerge come fattore protettivo: si è evidenziata una riduzione della patologie cardiovascolari (per morbilità e mortalità) associata al consumo di acqua avente un maggiore contenuto di sali di magnesio e di calcio.

D'altro canto **non ci sono evidenze epidemiologiche che un elevato apporto di calcio con la dieta in generale, e con la frazione di assunzione attribuibile all'acqua in particolare, si accompagni a un incremento del rischio di calcolosi renale**, anche nei soggetti che ne sono già affetti. L'acqua "dura" è invece un reale e ben noto problema tecnologico, poiché può essere causa di incrostazioni in apparecchiature idrauliche e relativi impianti collegati e può influire negativamente sull'efficacia di saponi e detersivi. In ogni caso, per quanto sopra esposto, l'addolcimento dell'acqua destinata al consumo umano (cioè l'abbattimento del contenuto dei sali di calcio e magnesio) non è consentito per le acque aventi un valore di durezza <15° F; valore oltre il quale non è opportuno scendere anche nell'addolcimento domestico.



DUREZZA DELL'ACQUA NEGLI ACQUEDOTTI DI ALCUNI COMUNI DELL'ASL CN1

Comune	Durezza (°F)
CUNEO	12
FOSSANO	30
MONDOVÌ	9
SAVIGLIANO	40
SALUZZO	7
BORGIO S. D.	12
RACCONIGI	27
DRONERO	25
CARAGLIO	20
CEVA	25

Sebastiano Blancato
Direttore Servizio Igiene degli alimenti
e della Nutrizione Asl CN1

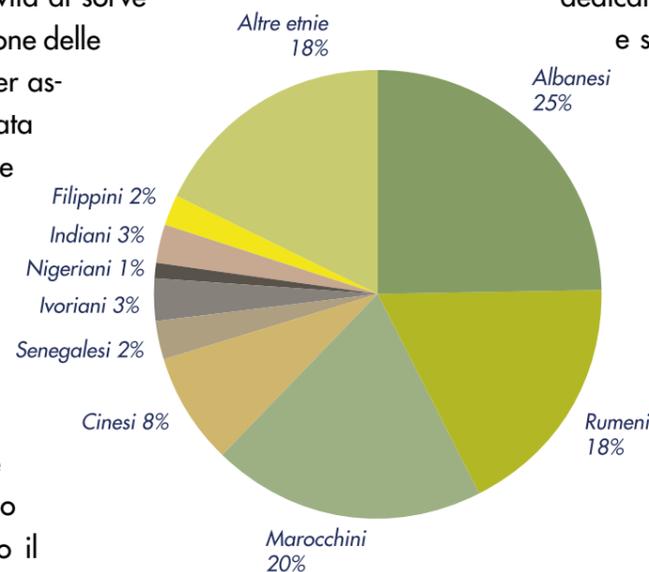
Minori stranieri, vaccinazioni per viaggiare sicuri

Sono oltre 10 mila i minori stranieri residenti nel territorio dell'ASL CN1 e 5 mila quelli che ogni anno si recano con i loro genitori nei Paesi d'origine.

Sono circa **10.565** (15,5% dei residenti) i **minori con cittadinanza straniera presenti al 31 marzo nel territorio dell'ASL CN1: 7.494 (71%) nati in Italia e 3.071 (29%) all'estero**. Di questi 5.361 (51%) sono di nazionalità Europea, il 3.522 (33%) arrivano dall'Africa, 1.394 (13%) dall'Asia e 288 (3%) dalle Americhe.

I minori stranieri sono oggetto di speciale attenzione da parte dell'ASL CN1 al fine di garantirne il diritto alla salute, soprattutto in relazione all'attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive per assicurare un'adeguata immunizzazione vaccinale.

Ai circa 7.500 bambini stranieri nati in Italia, sono offerte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate previste dal Piano Nazionale secondo il calendario vigente.



Ai circa 3.000 minori nati e immigrati da altri Paesi, è richiesta la documentazione vaccinale e, se assente, i dosaggi degli anticorpi (tetano, epatite B). Vengono quindi eseguite le vaccinazioni ex novo nel caso di titoli negativi o integrate nel caso di cicli incompleti o irregolari certificati.

Ai circa 5.000 bambini stranieri che periodicamente si recano con i loro genitori nei Paesi d'origine, dove alcune malattie infettive sono ancora gravate da un'elevata morbosità e mortalità, il Servizio Vaccinale offre un percorso dedicato. I genitori sono informati e sensibilizzati sul rischio del

minore, e a integrazione delle vaccinazioni standard già eseguite

sono proposte gratuitamente quelle specifiche per il Paese di destinazione: epatite A, febbre tifoide, febbre gialla, meningite di tipo A, C, Y, W135, colera, rabbia ed encefalite giapponese.

* Dati popolazione forniti dal Servizio Informativa - ASL CN1 (Giulia Rinero)

Giampiero Busellu
Medico Igiene Asl CN1

Zika Virus: allerta soprattutto in gravidanza



Aree endemiche e misure preventive



L'infezione da virus **Zika** è una malattia trasmessa attraverso la puntura di alcuni tipi di zanzare. La malattia è stata inizialmente identificata nel 1947 nella foresta Zika in Uganda sui macachi e successivamente nell'uomo nel 1952 sempre in Uganda. L'infezione, diffusasi negli ultimi mesi in alcune aree tropicali e subtropicali dell'America Latina, ha sollevato l'attenzione delle Autorità Sanitarie Internazionali in relazione alla possibile associazione con la comparsa di casi di microcefalia nei neonati e, più di recente, con la comparsa di complicanze neurologiche quali la sindrome di Guillain-Barré. La malattia in sé, nei soggetti in buona salute, non presenta particolare gravità. Nella maggior parte dei casi l'infezione non dà segni di sé e se ne scopre l'esistenza solo con i test per la ricerca degli anticorpi specifici.

Quando si manifesta si tratta di sintomi simil-influenzali a cui si associano forme di congiuntivite ed eruzioni esantematiche, il tutto per una durata di circa una settimana. La sintomatologia, assente nel 75% dei casi si manifesta dopo un periodo di incubazione di 3-12 giorni. La maggior parte dei pazienti guarisce completamente senza complicanze neurologiche e i tassi di ospedalizzazione sono bassi. La vera attenzione in questo momento è rivolta alle donne in stato di gravidanza alle quali è raccomandato di non recarsi nelle zone endemiche in quanto l'infezione potrebbe provocare danni al feto con conseguenti malformazioni quali microcefalia.

Per tutti la vera precauzione è quella di evitare la puntura delle zanzare vettrici del virus e al ritorno recarsi dal medico in caso di sintomi, informandolo del viaggio.

Domenico Montù
Direttore S.C. Igiene e Sanità Pubblica - ASL CN1

PER MAGGIORI INFO:



www.viaggiare Sicuri.it/sezioni-speciali/info-sanitarie/misure-preventive-contro-malattie-trasmesse-da-puntura-di-zanzara.html
ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-information-travellers.aspx



Carni rosse, l'Italia è più sicura

Valutazione, da parte dell'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, del rischio sul consumo di carni rosse o carni trasformate

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (AIRC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato **uno studio sulla valutazione del rischio di contrarre una neoplasia legata al consumo di carni rosse o di carni trasformate**. La notizia è stata ripresa dai mass media e ha destato non poche preoccupazioni nei consumatori. Approfondiamo il tema.

Caratteristiche della valutazione scientifica



La ricerca dell'AIRC si è basata sulla revisione della letteratura scientifica, da parte di un gruppo di lavoro di esperti appartenenti a 10 Paesi, in cui sono stati presi in considerazione più di 800 studi per la valutazione delle possibili correlazioni tra l'insorgenza di tumori e il consumo di carni rosse o di carni trasformate in molti Paesi e popolazioni con diete diverse.



I criteri di valutazione stabiliti dall'AIRC, incentrati sull'evidenza scientifica legata alla possibilità di un determinato agente di causare l'insorgenza di tumori e non al suo livello di pericolosità, ha portato alle seguenti conclusioni:

- ➔ **il consumo di carni rosse** (*parti muscolari dei mammiferi, inclusi bovino, vitello, suino, ovino, caprino, equino*) è stato valutato come **“probabile cancerogeno per l'uomo”** sulla base di una **«evidenza limitata»**. Ciò significa che l'associazione tra l'esposizione a un determinato agente o sostanza (la carne) e i tumori necessita di ulteriori conferme e prove per dimostrare ed esprimersi con esattezza e certezza;
- ➔ **il consumo di carni trasformate** (*carni che hanno subito un processo di trasformazione mediante salagione, maturazione, fermentazione, affumicatura o altri processi per migliorare il sapore e allungare la conservazione*) è stato valutato come **“cancerogeno per l'uomo”** sulla base di **«sufficienti evidenze»**, cioè esistono studi epidemiologici che evidenziano che il consumo di particolari carni trasformate possa causare l'insorgenza di neoplasie al colon-retto.

Consumo di carni ed effetti sulla salute

Premesso che il lavoro svolto dall'AIRC ha riguardato studi scientifici condotti su paesi con abitudini alimentari notevolmente diverse dalla nostra dieta mediterranea, abitudini in cui il consumo di carne in termini di quantità è notevolmente elevato e la dieta non è diversificata, come già nel 2002 l'OMS e alcune linee guida nutrizionali avevano proposto, la diminuzione del consumo quotidiano di carni rosse e carni trasformate risulta essere l'orientamento di prevenzione indicato. **Le abitudini alimentari legate alla dieta mediterranea**, che prevede il consumo di una grande varietà di alimenti e modalità di

trasformazione e cottura in grado di ridurre la formazione di sostanze tossiche, le caratteristiche dell'industria di trasformazione italiana orientata maggiormente a prodotti di qualità elevata con utilizzo di minori quantità di sale, additivi e grassi rispetto a quella di altri Paesi, le campagne di informazione, i dati di consumo di carni rosse e di carni trasformate che dimostrano, nel nostro Paese, valori generalmente inferiori a quelli di altre Nazioni europee o agli Stati Uniti, offrono una garanzia di sicurezza maggiore rispetto a quella offerta nei paesi in cui sono stati elaborati gli studi scientifici utilizzati per la valutazione.

PER SAPERNE DI PIÙ:

Consulta il sito del Centro Interdipartimentale di Ricerca e Documentazione sulla Sicurezza Alimentare (CEIRSA)



www.ceirsa.org/leggitutto.php?idrif=706

Giorgio Sapino - Direttore del Dipartimento di Prevenzione
Mauro Negro - Direttore S.C. Igiene degli Alimenti di Origine Animale

Leggimi forte

I benefici della lettura ad alta voce fin dai primi mesi di vita.

Non è difficile immaginare un adulto che accoglie sulle proprie gambe un bambino o un neonato e, scelto un luogo tranquillo e confortevole, apre un libro e inizia a leggere ad alta voce parole ed immagini.

Meno immediato è considerare questa scelta un comportamento a tutela della salute di quell'adulto e soprattutto di quel bambino.

Evidenze scientifiche confermano che familiarizzare con l'esperienza affettiva di un adulto che legge e un bambino che ascolta è in grado di accrescere significativamente la *literacy* di quest'ultimo, cioè quelle competenze alfabetico-funzionali legate alla capacità di identificare, capire, interpretare, creare, comunicare, elaborare e usare materiale stampato e scritto nei più differenti contesti ambientali. La *literacy* del genitore, in particolare quella della madre, ha un ruolo predominante sugli esiti di alfabetizzazione dei figli e è strettamente legata ad altri parametri di salute, dall'allattamento al seno alla stessa mortalità infantile. Nell'agosto 2015 anche il New York Times ha dato ampio risalto ai più recenti riscontri neurologici in tema di associazione fra abitudine alla lettura ad alta voce dei genitori e specifiche funzionalità cerebrali dei loro figli.



Ovviamente, tale esperienza rappresenta un investimento a tutela non solo di competenze cognitive, ma soprattutto della stessa relazione genitore-figlio, della qualità del loro attaccamento, di un clima affettivo alla base di una personalità sana. Questi sono alcuni presupposti del Programma Nazionale Nati per Leggere, promosso dall'Associazione Culturale Pediatri e dall'Associazione Italiana Biblioteche applicati anche nei consultori dell'ASL CN1 con particolare riferimento all'età 0-18 mesi.

I neo-genitori possono trovare gratuitamente, presso le principali sedi del Consultorio interventi di promozione della lettura ad alta voce condotti da una consulente con specifiche competenze nell'illustrazione e nell'editoria per l'infanzia.

In collaborazione con le biblioteche del territorio, durante ciascun incontro vengono proposti libri da leggere e guardare insieme per imparare ad amare l'oggetto-libro come tramite relazionale e stimolo creativo.

Ogni partecipante lascia l'incontro con la bibliografia ragionata **Libri da Latte**, appositamente creata per aiutare il neogenitore a orientarsi rispetto al ricco mondo dell'editoria per l'infanzia, offrendo indicazioni dal libro-gioco ai cartonati di pregio, sino a testi di approfondimento sul tema della lettura stessa.

L'esperienza migliora le funzionalità cerebrali del bambino e le relazioni genitore-figlio



Nato come progetto sperimentale, tuttavia il riscontro avuto negli anni impone di valorizzare l'esperienza quale componente fondamentale di una promozione della salute a favore di persone e relazioni globalmente intese, colte in un momento denso di significato e potenzialità quale la nascita di un figlio.

Daniele Nunziato
Psicologo e psicoterapeuta ASL CN1



Per info:

0175 215535 o 338 4349450

Per Approfondimenti:



www.natiperleggere.it/index.php?id=26

well.blogs.nytimes.com/2015/08/17/bedtime-stories-for-young-brains/?r=1

Investire in salute... con i giovani protagonisti

Il progetto "Giovani Salute e Dintorni - GioCS ha l'obiettivo di combattere le fonti del malessere sociale, concentrandosi sulla formazione dei giovani in tema di dialogo tra generazioni e sui problemi connessi ai flussi immigratori.

Il progetto

È giunto alla terza edizione il **progetto di peer education "Giovani, Salute e Dintorni - GioCS"**, promosso dal Comune di Cuneo con ASL CN1, Cooperativa Emmanuele, Istituto di ricerca e formazione Eclectica e finanziato dalla Fondazione CRC. Il percorso, che quest'anno si allarga ai Comuni limitrofi, ha come protagonisti i **giovani tra i 15 e i 27 anni**, provenienti dai contesti scolastici e comunitari; dopo una preliminare formazione essi sono accompagnati da operatori esperti nell'individuazione e nell'approfondimento di un tema di salute importante, sul quale poi costruiscono iniziative educative rivolte ai loro pari e all'intera comunità.

Due i fili conduttori: i **peer junior** (16 ragazzi fra i 15-17 anni) insieme a 17 docenti, che hanno composto il gruppo GioCS Insegnanti, lavoreranno sul dialogo inter-generazionale e sulla costruzione di iniziative in tema di "star bene a scuola"; i **peer senior** (25 ragazzi fra i 22-27 anni) invece saranno attivi sul tema dei flussi immigratori e delle problematiche sociali ad esso connesse, con l'obiettivo di decostruire stereotipi e false credenze che ostacolano l'integrazione e sono fonte di malessere sociale.

GIOCS
Giovani Cittadini per la Salute



L'educazione sanitaria e culturale

L'ASL CN1 ha recentemente contribuito alla formazione dei *peer senior* con l'approfondimento degli aspetti sanitari e preventivi legati al tema da loro prescelto: con il contributo del Servizio Igiene Sanità Pubblica, del Distretto Sanitario Cuneo, del Servizio Informazione Sanitaria Immigrati - ISI, del Servizio Educazione Sanitaria e Promozione della Salute, è stato fornito ad operatori e giovani un panorama sanitario e culturale del fenomeno migratorio, favorendo l'approccio scientifico alle problematiche emergenti e promuovendo il messaggio educativo sul valore della "diversità", che va tutelato per contrastare efficacemente atteggiamenti e comportamenti discriminanti, fondati su paura e sfiducia.

I *peer senior*, inoltre si sono raccordati con un gruppo di giovani rifugiati di Festiona, grazie alla collaborazione dell'Associazione "Insieme, diamoci una mano" di Demonte, realizzando momenti di apprendimento, scambio umano, concreta solidarietà (46 giovani di culture diverse).

Altri canali operativi caratterizzeranno il percorso di quest'anno:

➔ il **Laboratorio permanente "Giovani per la Salute"**, proposto dai *peer senior* come luogo incubatore e promotore di iniziative locali per la salute, sede di dialogo e confronto tra giovani e referenti delle istituzioni locali, luogo dove poter trovare "consulenti speciali" per elaborare politiche e iniziative di promozione della salute rivolte ai giovani;



Per saperne di più sul progetto GioCS:



www.aslcn1.it/prevenzione/educazione-sanitaria/la-salute-e-il-peps/i-peps-negli-ambiti-territoriali/cuneo-borgo-san-dalmazzo/laboratorio-locale-di-salute/

- ➔ il **Tavolo di lavoro inter-comunale "Giovani e Salute"** attivato per rinforzare e rendere sostenibile questa efficace modalità di lavoro con i giovani;
- ➔ la **Manifestazione pubblica** conclusiva **"Giovani, salute e dintorni"**, da quest'anno stabilmente inserita nel calendario cittadino (maggio/giugno), in cui confluiranno in piazza le iniziative ideate dai giovani *peer* per il coinvolgimento dei loro pari e della cittadinanza.

Maria Grazia Tomaciello
Gruppo di progetto interistituzionale GioCS

Una terapia che viene dal freddo...

Modello interaziendale di sorveglianza e trattamento.

L'asfissia perinatale è una patologia vecchia come il mondo. Nella storia ci siamo sempre dovuti confrontare con questa realtà e tutte le nostre famiglie, nell'arco delle generazioni, hanno affrontato il fatto che su 6 (7/8/9 ecc.) figli, alcuni morissero per il parto o per malattie insorte in tempi in cui non c'erano terapie adeguate. La medicina ha fatto incredibili passi avanti nell'ultimo secolo, non paragonabili a nessun altro periodo storico, ma spesso si tende a pensare che "tutto" sia curabile, "tutto" sia prevedibile e questo infonde un senso di onnipotenza che non è reale. La mortalità infantile, calcolata come numero di morti ogni 1.000 nati vivi, è oggi bassissima in tutti i paesi evoluti (3-4/1.000 in Svezia, Germania, Francia, Italia), ma, purtroppo, non è zero.

Ancora oggi i paesi in via di sviluppo pagano prezzi altissimi in termini di mortalità infantile, con valori ad esempio in Afghanistan di 122/1.000 nati vivi. Alla fine dell'800 i bambini morivano principalmente per cause infettive, oggi il 72% delle morti del primo anno di vita è dovuto a condizioni di origine perinatale (48%), cioè che avvengono a "cavallo con il periodo della nascita (28 settimane - 7 gg di vita) o a malformazioni congenite. Durante il periodo perinatale può capitare che il feto, che diventa neonato con la nascita, possa "soffrire" per cause talora materne, talora legate alla placenta (che è un organo del bambino, non della mamma) talora legate al parto, talora invece dipendenti dal bambino, con il risultato che quest'ultimo si presenta alla nascita con poca vitalità. Oggi ai neonati che hanno sofferto di asfissia perinatale è offerta una ulteriore opportunità terapeutica: l'**ipotermia cerebrale**. Il neonato asfittico ovunque nasca nell'area territoriale di Cuneo (Savigliano, Alba, Mondovì, Pinerolo) viene sot-



Guarda la video-intervista

toposto a strettissimi criteri di inclusione e se necessario viene trasferito a Cuneo in tempi brevi (6 ore) per essere sottoposto a **raffreddamento corporeo globale**. La temperatura corporea viene portata a 33° mediante un'apparecchiatura servocontrollata, sotto costante monitoraggio cardiaco ed elettroencefalografico. La terapia dura **72 ore** seguita dal riscaldamento del bambino. Alla fine della terapia vengono valutati gli esiti con esecuzione di tracciati elettroencefalografici, risonanza magnetica nucleare, controllo dei potenziali uditivi. **Questo tipo di terapia ha ridotto sia la mortalità dei neonati sia gli esiti neurologici a distanza.**

La "rete"

Da almeno dieci anni esiste una Rete territoriale della Granda, per cui i neonati nati nel bacino di utenza di Cuneo (Cuneo, Alba, Mondovì, Savigliano, Pinerolo) che presentino problemi gestibili con un'alta intensità di cure, vengono trasferiti presso la **Terapia Intensiva Neonatale del S. Croce e Carle**. Da anni l'Azienda dispone di un'**ambulanza dedicata al neonato con reperibilità del personale 24/24 neonatologo ed infermiere** della Terapia Intensiva Neonatale. Non appena l'intensività delle cure si riduce, i neonati sono ritrasferiti negli ospedali di provenienza per il prosieguo del trattamento. (tecnica HUB and SPOKE).

Un'attenzione particolare è anche rivolta a cercare le cause di questa sofferenza del neonato che sono a volte davvero difficili da interpretare. Molte risposte alle domande nostre e degli ostetrici vengono dalla "scatola" nera rappresentata dalla placenta, che viene analizzata anche con la Consulenza di esperti del settore.

Giulia Pomero

Terapia Intensiva Neonatale S. Croce e Carle

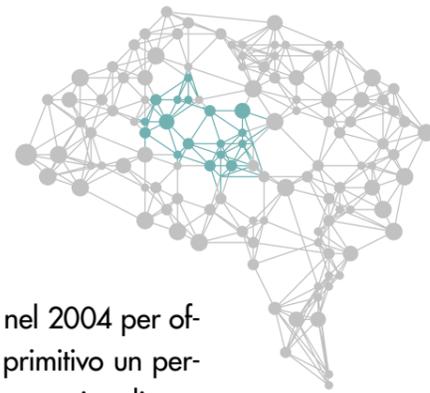


*...Nasce l'uomo a fatica,
ed è rischio di morte
il nascimento.
Prova pena e tormento
per prima cosa;
e in sul principio stesso
la madre e il genitore
il prende a consolar
dell'esser nato.
Poi che crescendo viene,
l'uno e l'altro il sostiene,
e via pur sempre
con atti e con parole
studiasi fargli core,
e consolarlo dell'umano
stato: altro ufficio più grato
non si fa da parenti
alla lor prole. ,,*

Giacomo Leopardi (1798-1837) XXIII
Canto notturno di un pastore errante dell'Asia 15

Tumore al cervello, il ruolo della Neuroncologia

Al S. Croce c'è un ambulatorio dedicato gestito dalla Dott.ssa Cristina Mocellini.



Dott.ssa Cristina Mocellini

L'ambulatorio di Neuroncologia nasce nel 2004 per offrire ai pazienti con tumore cerebrale primitivo un percorso di cura secondo le linee guida internazionali. Presto viene associato il Day Hospital e creato un *team* di specialisti per la discussione multidisciplinare dei casi clinici: l'anteprema di quelli che oggi sono i GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure).

... Dott.ssa Mocellini, come si articola il vostro lavoro?

Siamo il riferimento per tutta la provincia (**500 visite per anno, 40-50 nuovi casi**), seguiamo i pazienti dalla diagnosi fino, eventualmente, alla fase terminale nella quale collaboriamo con le Cure Palliative territoriali.

La prima visita con i nuovi pazienti è spesso centrata sulla comunicazione della diagnosi.

La crescita dell'attività ha richiesto i coinvolgimenti di altri colleghi: le Dott.sse Marzia Borgognone e Ilaria Pastore e la collaborazione con il Servizio di Psicologia Ospedaliera diretto dalla Dott.ssa Maura Anfossi.

... Chi vi aiuta in questo delicato passaggio?

Lo psicologo e psicoterapeuta, con formazione in psiconcologia: valuta le criticità comunicative nelle diverse fasi dell'iter terapeutico, aiutando il *team* nella comunicazione con pazienti e familiari.

La sua presenza in ambulatorio offre uno spazio di elaborazione e supporto rispetto ai vissuti personali, sia in relazione alla patologia sia alle scelte terapeutiche e alla gestione emotiva degli effetti collaterali dei cambiamenti di vita.

... Il percorso formativo è importante

Tra le varie esperienze considero significativa la partecipazione al corso sulla comunicazione inserito nel progetto aziendale "**Parole che curano**", che ad oggi ci garantisce supervisioni di gruppo, discussione di casi clinici e giornate di aggiornamento.

L'esperienza maturata mi ha permesso organizzare l'anno scorso una formazione per gli operatori della neurologia e neurochirurgia per uniformare le modalità di comunicazione.

... Quali sono le prospettive per l'attività?

In futuro contiamo di mantenere attiva la collaborazione multidisciplinare nei vari ambiti, in particolare per quanto riguarda le cure palliative e la discussione multidisciplinare dei casi nell'ambito dei GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure). Infine dall'ottobre 2015 si è concretizzata una collaborazione con la Medicina Nucleare sull'utilizzo della PET-MET in Neuroncologia.

Un caso clinico: l'intervento sul glioma

Il tipo di tumore più frequente nei pazienti che seguiamo all'ambulatorio è il glioma, di vario grado di malignità.

La terapia è personalizzata. Il primo approccio, se possibile, è chirurgico. L'asportazione deve essere la più ampia, nei limiti funzionali. È infatti accertato che vi è una proporzionalità diretta tra il volume tumorale residuo e la probabilità di ricrescita e di trasformazione maligna. Successivamente il paziente può essere sottoposto a radioterapia, a chemioterapia o a entrambe le terapie associate. Seguono controlli di tipo clinico-radiologico secondo tempi precisi dettati dalle linee guida internazionali. Le chemioterapie che abbiamo a disposizione sono per lo più per os e vengono prescritte nell'ambulatorio come distribuzione diretta, il paziente le assume a casa. Nella recidiva abbiamo a disposizione varie terapie: re-intervento chirurgico, altri tipi di radioterapia e chemioterapie di seconda linea.

Al momento abbiamo un solo farmaco biologico, altri farmaci target sono in fase sperimentale, attendiamo i primi risultati per il prossimo anno.



Q *Le risposte della Medicina, il racconto delle donne*



Tumori femminili, meno morti con lo screening

Mammografia dai 45 ai 69 anni, pap-test tra i 25 ed i 64. Approfondimenti diagnostici nei casi sospetti.

Due notizie sui tumori femminili, una buona e una cattiva: quella cattiva è che in Italia il tumore al seno ha detiene il triste primato di *big killer* mietendo ogni anno 11 mila vittime e annualmente 720 donne muoiono a causa del tumore al collo dell'utero; quella buona è che, giocando d'anticipo, **sottoponendosi regolarmente a mammografia e pap-test, la mortalità si riduce del 35% per il cancro alla mammella e dell'80% per il cancro alla cervice uterina.**

Giocare d'anticipo

Giocare d'anticipo è possibile attraverso gli **screening**, programmi di prevenzione dei tumori, rivolti a tutta la popolazione, per riuscire a individuare la malattia in assenza di sintomi, quando è ancora in fase iniziale e non si è ancora diffusa ad altri organi. I vantaggi sono terapie farmacologiche meno aggressive e interventi meno invasivi, ripercussioni minori a livello sia fisico sia psicologico, quindi una migliore qualità della vita per la persona che si sottopone alla diagnosi precoce e, non ultimo, aver salva la vita stessa.

Le proposte di screening in Piemonte

In Piemonte è attivo il programma di *screening* regionale Prevenzione Serena (che annovera anche lo screening del tumore coloretale, rivolto a uomini e donne da 58 a 69 anni), **le visite sono gratuite**, non è necessaria l'impegnativa del medico di base e la donna riceve direttamente una lettera a casa con un appuntamento già fissato. Dopo aver effettuato l'esame, se non sono necessari approfondimenti diagnostici, alla persona interessata verrà recapitata la lettera di esito nel giro di qualche settimana e verrà reinvitata alla scadenza successiva.

In caso contrario la donna sarà seguita con ulteriori accertamenti gratuiti che per la prevenzione del tumore al collo dell'utero consistono nella colposcopia mentre per il tumore al seno sono previste altre mammografie, visita senologica, ecografia mammaria, ago aspirato o ago biopsia.



Come si accedere allo screening?

Per contrastare il cancro al collo dell'utero, si invitano tutte le donne dai 25 ai 64 anni ad effettuare il **Pap-test** presso i Centri appositi (consultori e ambulatori di ginecologia) dislocati su tutto il territorio mentre per il tumore al seno vengono invitate a fare la mammografia le donne da 45 a 69 anni presso le radiologie dedicate. Inoltre, per lo *screening* mammografico possono aderire spontaneamente le donne da 70 a 75 anni, ogni due anni.



	Anno 2014	Anno 2015
n. inviti alla popolazione	45.906	53.793
n. test effettuati	32.921	36.724
% adesione al test (spontanee + lettera)	71,7	68,3
n. inviti ad approfondimento diagnostico	1.578	1.731



Per spostare o disdire gli appuntamenti e per ricevere informazioni sul programma **PREVENZIONE SERENA** in provincia di Cuneo, è attivo il servizio di **Call Center** al n. **0171.450634, dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 10 e dalle 13.30 alle 15.30.**



Per approfondimenti www.prevenzioneserena.cuneo.it.

Mirco Grillo
Direttore della Sovrintendenza
Sanitaria dei Presidi Ospedalieri Asl CN1

Un GIC per la ginecologia oncologica

La Rete Oncologica Piemontese ha stimolato le strutture ospedaliere della provincia di Cuneo ad incontrarsi sistematicamente e periodicamente, per condividere i percorsi diagnostici e terapeutici delle pazienti affette da neoplasia ginecologica e per discutere i singoli casi di malattia. Questa proposta ha da subito riscosso un grande consenso da parte dei referenti per la ginecologia oncologica (Eugenio Volpi per il S. Croce, Andrea Puppo per l'ASL CN1 e Marinella De Stefanis per la CN2) che hanno iniziato gli incontri collegiali.

Ogni caso è presentato dai curanti a tutti i componenti del Gruppo e si condividono le diverse scelte; i pazienti usufruiscono di un percorso basato sull'evidenza scientifica e sostenuto dal confronto tra esperti.





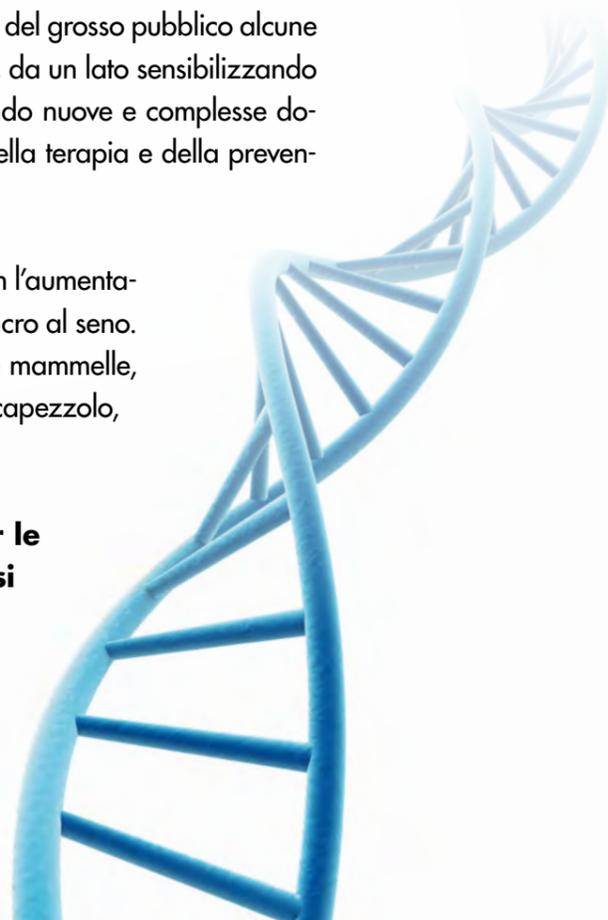
Il tumore della mammella, tra presente e futuro

L'aiuto della genetica nella prevenzione.

La vicenda clinica della nota attrice Angelina Jolie ha portato alla ribalta del grosso pubblico alcune problematiche connesse al tumore della mammella e alle possibili cause, da un lato sensibilizzando come mai l'opinione pubblica femminile al problema e dall'altro ponendo nuove e complesse domande sulla genesi del tumore e sulle nuove frontiere della diagnosi, della terapia e della prevenzione. Ma andiamo con ordine.

Il cancro al seno è un tumore maligno che inizia dal tessuto del seno. Con l'aumentare dell'età della donna aumenta anche la possibilità di sviluppare un cancro al seno. I segni del tumore possono includere un nodulo all'interno di una delle mammelle, un cambiamento di forma del seno, una introflessione della cute o del capezzolo, fluido ematico proveniente dal capezzolo stesso.

Il tumore al seno è la tipologia di tumore più diffusa per le donne in tutto il mondo, con oltre 1.676.000 nuovi casi diagnosticati ogni anno. È il tumore più comune in Europa (500.000 nuovi casi/anno) con crescenti tassi di incidenza. Colpisce una donna su 8 ed è fortemente correlato all'età.



L'alterazione del gene

Il 5-10% dei tumori al seno sono ereditari e dovuti a mutazioni genetiche ereditarie che causano un aumento del rischio. In particolare i geni denominati **Breast Cancer (BRCA) 1 e 2** sono stati scoperti nel 1990. Questi sono geni umani che producono le proteine che funzionano da soppressori tumorali. Queste proteine aiutano la riparazione del DNA danneggiato e quindi hanno un ruolo importante nel garantire la stabilità del materiale genetico della cellula.

Quando uno di questi geni è mutato viene alterata la proteina da esso prodotta che non sarà in grado di funzionare correttamente, con l'evidente conseguenza che il danno al DNA non possa essere riparato correttamente.

Come risultato, le cellule hanno maggiori probabilità di sviluppare alterazioni genetiche aggiuntive che possono portare al cancro.

Cosa è il test genetico

C'è un test di laboratorio in grado di identificare alterazioni ereditarie nei geni BRCA 1e 2, che regolano, attraverso un meccanismo non ancora del tutto noto, la corretta crescita e proliferazione delle cellule della mammella e dell'ovaio.

Le donne portatrici di mutazioni di questi geni sono ad alto rischio di sviluppare un tumore maligno al seno (attorno al 70% se si considera una vita fino ai 70 anni) e dell'ovaio (40-60% sempre considerando un arco di vita fino ai 70 anni).

Se il test genetico indica la presenza di mutazioni quali misure di prevenzione si possono eseguire?

L'utilizzo di tecniche diagnostiche disponibili in modo personalizzato, ma ad intervalli di tempo brevi, per poter diagnosticare lesioni di dimensioni molto piccole e quindi con pressoché certa probabilità di guarigione; l'utilizzo di chirurgia profilattica, cioè l'asportazione del tessuto ghiandolare mammario in assenza di malattia, per ridurre il rischio che la malattia trovi il suo bersaglio; l'impiego di farmaci in grado di ridurre il rischio di malattia agendo su meccanismi molecolari coinvolti nello sviluppo della malattia stessa.

Naturalmente ognuno di questi approcci presenta dei limiti e non è ancora possibile stabilire quale sia il modo più efficace per prevenire queste specifiche situazioni. Sicuramente la consulenza genetica rappresenta un momento di informazione, ma anche la possibilità di individuare quale percorso di prevenzione può risultare più adatto in famiglie a rischi genetici.



Luciano Galletto



Q *Le risposte della Medicina, il racconto delle donne*



La ricostruzione mammaria: tecniche innovative



Il 20 maggio a Fossano un congresso sulla Chirurgia della Ricostruzione Mammaria, patrocinato dall'AO S. Croce e Carle di Cuneo, che è centro di riferimento provinciale per la Chirurgia Plastica e Ricostruttiva.

Il trattamento multidisciplinare del tumore della mammella è ormai un concetto ampiamente condiviso e il 2016 è un anno molto significativo in questo ambito perché è stato individuato dalla normativa europea e dalle successive disposizioni attuative degli Stati membri come quello di messa a regime delle *Breast Units* (Centri di Senologia multidisciplinari).

Il primo obiettivo della cura oncologica mammaria rimane sempre il superamento della malattia, con indici di sopravvivenza ormai elevatissimi, ma il secondo obiettivo per la qualità di vita, è il risultato morfologico ed estetico finale della mammella.



Al Chirurgo plastico è riconosciuto un ruolo fondamentale, nel percorso di cura chirurgico e di recupero psicologico: oggi

infatti le nuove protesi, l'utilizzo dell'autotrapianto adiposo, le matrici dermiche e la microchirurgia, ancora agli albori in Piemonte, offrono un ventaglio di possibilità che si può concretizzare in una ricostruzione di livello elevato se adeguatamente programmata.

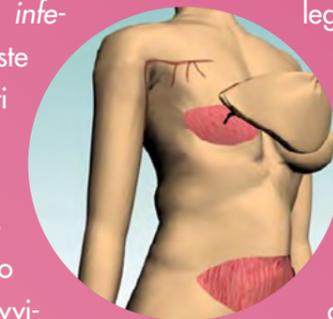
La ricostruzione post-oncologica tradizionale in Italia è sempre stata vista da medici e pazienti come ricostruzione protesica, inserendo protesi mammarie al posto della mammella asportata per la malattia, molto spesso precedute da una fase transitoria di espansione dei tessuti con una protesi temporanea detta espansore.

Presso l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo da più di 15 anni è disponibile questa tipologia di ricostruzione e l'attuale Senologia aziendale unificata mette a disposizione delle pazienti, oltre alle più sofisticate tecniche diagnostiche terapeutiche, anche un'équipe di chirurghi plastici e di microchirurghi.

Una nuova tecnica

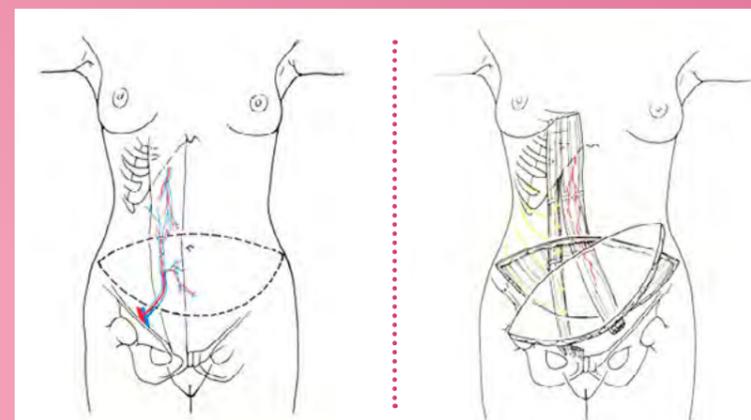
La presenza dei chirurghi plastici fin dal primo intervento demolitivo, è garantita anche a Savigliano e presso gli ospedali della ASL CN1, in convenzione. Questi professionisti, tra i primi in Piemonte, sono oggi in grado di proporre una soluzione alternativa alla ricostruzione protesica: si tratta di una ricostruzione con tessuti propri della paziente, effettuata con tecnica microchirurgica che consente un importante risparmio di tessuto muscolare rispetto alle ricostruzioni autologhe del passato.

Il lembo denominato DIEP (*deep inferior epigastric perforator*), consiste nel prelievo di un insieme di tessuti costituito da cute e grasso addominale, con risparmio del muscolo, che viene utilizzato per ricostruire la mammella asportata nel corso dell'intervento demolitivo. La sopravvivenza del lembo è resa possibile da un col-



legamento vascolare a livello dell'ascella o alla parete toracica anteriore, che consente la perfusione del sangue nel tessuto trapiantato, similmente a quanto avviene nei normali trapianti d'organo, ma la complessità deriva dal fatto che si lavora con arterie e vene del calibro di soli 1 o 2 millimetri.

Differisce dal **TRAM** (*trasferimento della medesima area ma con sacrificio muscolare di uno dei due muscoli retti dell'addome per mantenere un'adeguata vascolarizzazione*) in quanto lascia intatto il muscolo, il piano fasciale, non necessita di ricostruzione mediante protesi a livello della parete addominale.



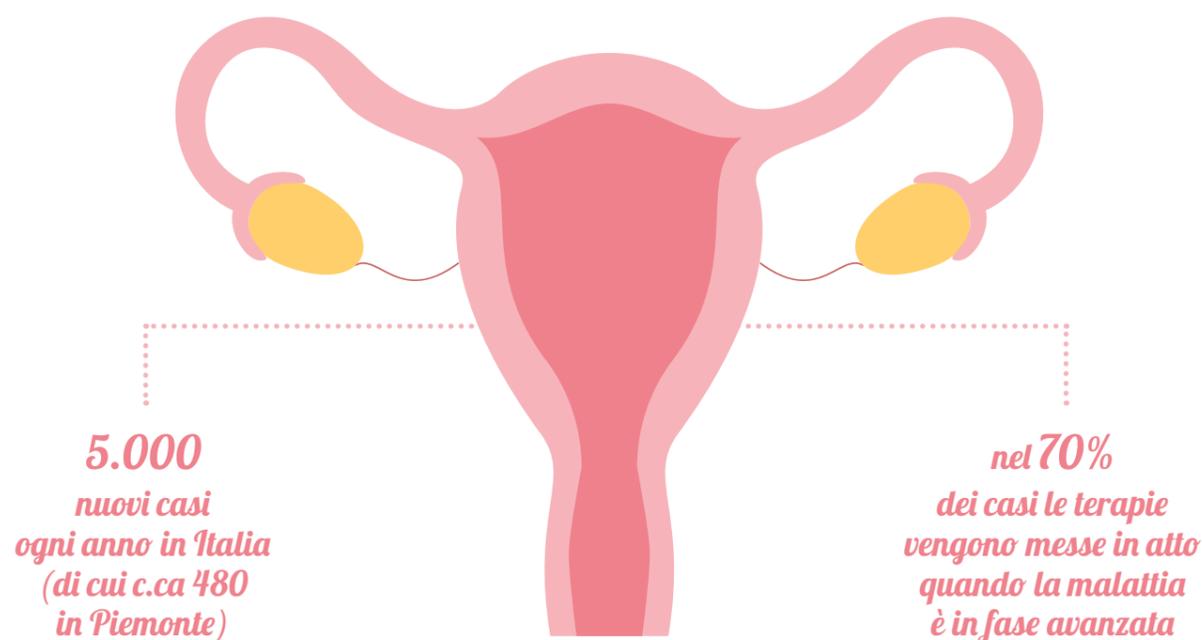
L'impiego di tale tecnica è indicato in casi selezionati di pazienti che presentano problematiche ricostruttive complesse, in esito di interventi estesi o sottoposte a radioterapia con esiti retraenti.

Alberto Rivarossa, Fausto Cella, Alla Kozina, Monica Cairo, Marino Landra (Microchirurgia) Chirurgia Plastica S. Croce e Carle



Q* *Le risposte della Medicina, il racconto delle donne*

Il tumore dell'ovaio: a che punto siamo?



Il ricorso alle équipe multidisciplinari consente di gestire al meglio la malattia.

Il tumore dell'ovaio, sesto tumore più diffuso tra le donne con circa 5.000 nuovi casi in Italia ogni anno, (circa 480 in Piemonte) presenta ancora oggi diverse problematiche cliniche, sia per la mancanza di strumenti di diagnosi precoce che per la scarsa efficacia terapeutica delle azioni messe in atto quando la malattia è in fase avanzata alla diagnosi (circa il 70% dei

casi). Questa difficoltà nella diagnosi è legata al fatto che **le ovaie possono sviluppare patologie di varia natura, senza esordire con sintomi specifici**; a questo si aggiunge che non esistono test o esami diagnostici in grado di identificare precocemente la patologia maligna e che questa tende a dare metastasi a distanza molto precocemente.

L'intervento

Negli ultimi anni abbiamo assistito a un graduale miglioramento dell'efficienza del trattamento chirurgico, soprattutto ricorrendo alle competenze di **équipe multidisciplinari** (ginecologo oncologo, urologo, chirurgo generale) in grado di gestire al meglio la malattia nei diversi quadranti addominali; anche la laparoscopia (chirurgia miniminvasiva) trova uno spazio di impiego, soprattutto nelle forme iniziali o laddove si desidera conservare la capacità riproduttiva. La chemioterapia sarà tanto più efficace quanto la chirurgia ha potuto garantire la migliore radicalità nell'asportazione delle lesioni tumorali.

La sfida della ricerca clinica si concentra sia sull'identificazione di nuovi marcatori in grado di evidenziare la malattia in fase precoce, sia sull'introduzione di farmaci a bersaglio molecolare, vale a dire più mirati alla distruzione delle cellule tumorali originate dall'ovaio.

Negli ospedali della provincia di Cuneo i casi vengono discussi collegialmente e vi sono le competenze necessarie a trattare questa insidiosa malattia secondo gli standard terapeutici riconosciuti fondamentali dalla comunità scientifica internazionale.

La sopravvivenza nelle forme avanzate si riduce drasticamente e i migliori risultati terapeutici si hanno associando la terapia chirurgica in centri con adeguata esperienza (asportazione di utero e ovaie e di altre strutture dell'addome spesso intaccate dalla neoplasia) ad un trattamento chemioterapico basato sull'utilizzo di due o tre farmaci contemporaneamente.

Il tumore ovarico si può considerare "ereditario" solo nel 10% dei casi, e particolare attenzione va posta ai nuclei famigliari dove coesistono casi di tumore ovarico e mammario (in questi casi è utile effettuare una consulenza genetica che attesti la presenza di fattori di rischio genetici).

Andrea Puppo
Direttore f.f. SC Ginecologia e Ostetricia Ospedale di Mondovì
Responsabile GIC Ginecologia Oncologica ASL CN1

È il 6° il tumore più diffuso tra le donne

Pur ricordando nuovamente la scarsità dei sintomi associati a questa condizione, **lo studio delle ovaie (visita ginecologica e ecografia transvaginale) dovrebbe essere raccomandato a tutte le pazienti che mostrano dolori addominali o aumento del volume dell'addome non altrimenti spiegabili.**

Q Le risposte della Medicina, il racconto delle donne

Per il tumore all'endometrio interventi mini-invasivi

La maggior parte degli interventi sono effettuati per via laparoscopica.

Il carcinoma dell'endometrio è il tumore che origina dalla mucosa dell'utero, che viene persa durante il ciclo mestruale. Questa patologia è la più frequente della sfera ginecologica (a parte il tumore della mammella). Il tumore è più frequente nella donna in menopausa anche se insorge in pre-menopausa in circa il 20% dei casi. Il tumore dell'endometrio presenta importanti fattori di rischio che sono essenzialmente rappresentati dall'aumento assoluto o relativo degli estrogeni, ormoni tipici della prima parte del ciclo: una situazione che si trova nelle pazienti sovrappeso o obese, nelle donne con una disfunzione ormonale tipo policistosi ovarica o anovulazione. Il tumore è associato con diabete e ipertensione.

È evidente che la prevenzione di questa patologia potrebbe essere ottenuta controllando i fattori di rischio che sono importanti problematiche di salute in generale.

I sintomi

Il sintomo più importante per la donna, soprattutto dopo la menopausa, è **la perdita di sangue**. Questo segno non deve essere assolutamente sottovalutato, perché rappresenta un importante campanello d'allarme (anche se soltanto nel 10% delle donne che perde sangue in menopausa si riscontra un tumore), tanto che tutte le donne in post-menopausa che presentano qualsiasi tipo di perdita (anche solamente a goccia) devono essere esaminate accuratamente.

Gli esami che devono essere proposti alla paziente sono **la visita, l'ecografia transvaginale, l'isteroscopia associata a biopsia**: esami ambulatoriali e a questo scopo è stato istituito uno specifico ambulatorio indirizzato alla paziente con perdita di sangue e che garantisce l'esecuzione di tutte le valutazioni necessarie in una unica seduta presso il Centro per la Salute della Donna al S. Croce.

L'intervento

I progressi compiuti negli ultimi anni nella chirurgia ginecologica sembrano rivolti specificamente a questa patologia. Le ultime tecnologie infatti si applicano in modo estremamente vantaggioso a questo tumore e a questo tipo di pazienti.

Allo stato attuale il tipo di intervento *standard* per il tumore endometriale è mini invasivo. Sono stati dimostrati sostanziali vantaggi nell'utilizzare le tecniche di chirurgia laparoscopica e robotica per queste pazienti. In effetti, le tecniche più moderne diminuiscono le complicazioni e semplificano il decorso di pazienti che frequentemente sono critiche a causa dell'obesità e delle problematiche connesse. Il trattamento si basa, negli stadi iniziali, sull'isterectomia (asportazione dell'utero e delle ovaie associate), a seconda del tipo istologico e quindi dell'aggressività del tumore, all'asportazione delle linfoghiandole della zona pelvica e lombo-aortiche fino alla vena renale.



Margherita Giordanengo,
72 anni

Testimonianze

A gennaio dopo vari esami diagnostici mi è stato riscontrato un adenocarcinoma endometriale, in accordo con il dott Volpi primario di ginecologia presso l'azienda ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo mi sono sottoposta all'intervento di isterectomia in laparoscopia. Nonostante la preoccupazione per la diagnosi il mio intervento ha avuto un decorso ottimo senza complicazioni e senza dolore, la ripresa è stata rapidissima tre giorni di ricovero e la mia vita è ripresa come prima. Un grazie di cuore a tutto il personale sanitario.



Tutte queste procedure sono eseguibili per via laparoscopica e quindi questa dovrebbe essere la via preferenziale. L'integrazione con chemioterapia e radioterapia è relativamente infrequente e va valutata accuratamente sulla base della diagnosi definitiva.

Le pazienti devono ricordare che la prognosi del tumore endometriale è considerata molto buona, **la sopravvivenza media per i primi stadi del tumore è superiore al 90%**.

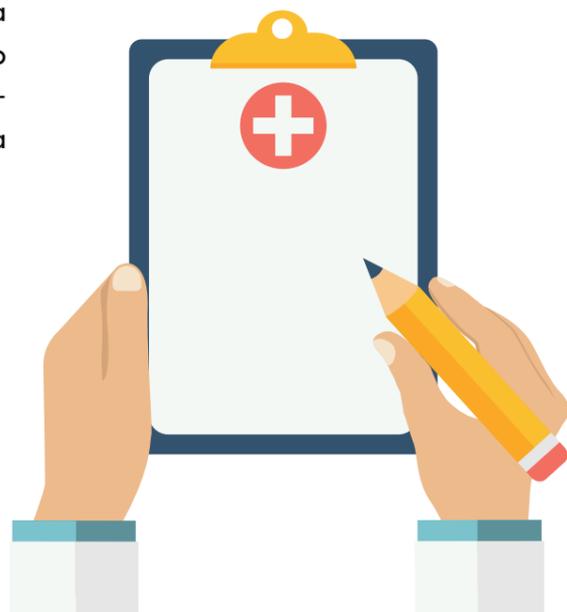
Eugenio Volpi
Direttore della Ostetricia e Ginecologia
del S. Croce e Carle

Farmaci: seguire la terapia

È importante aderire correttamente alle prescrizioni del medico.

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è **la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche** ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbilità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti sia per il sistema sanitario e per la società. Migliore aderenza terapeutica si traduce in *primis* in un minor rischio di ospedalizzazione, minori complicanze associate alla malattia, maggiore sicurezza ed efficacia dei trattamenti e riduzione dei costi per le terapie. Nonostante i rischi a cui i pazienti si espongono siano alti, la scarsa capacità di aderire ad una terapia è un fenomeno sociale trasversale a tutte le malattie: in media

Aderire alla terapia vuol dire seguire al meglio le indicazioni del medico per quanto riguarda i tempi, il dosaggio, la frequenza e la durata di somministrazione dei farmaci prescritti per l'intero ciclo terapeutico.



il 50% dei farmaci per malattie croniche non vengono presi come da prescrizione. Le conseguenze, così come la responsabilità di questo fallimento, sono distribuite equamente tra medici, pazienti, farmacisti e *caregiver*. A riguardo, una particolare attenzione deve essere rivolta alla **popolazione anziana**, che, come ormai noto, è quella più a rischio sotto il profilo dell'aderenza alle terapie, specie in presenza di più patologie.

L'Italia è al secondo posto in Europa per indice di senilità, con intuibili conseguenze sull'assistenza sanitaria a causa del numero elevato dei malati cronici: l'aderenza alle terapie è pertanto vitale per la stessa sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.



In media il 50% dei farmaci per malattie croniche non vengono presi come da prescrizione

Le strategie che sembrano migliorare l'utilizzo dei farmaci comprendono **programmi facilitati di auto-monitoraggio e di auto-gestione dei medicinali**, azioni di riconciliazione terapeutica, che valutano la complessità della terapia prescritta al fine di semplificarla e regimi agevolati di dosaggio. Oltre a ciò, è opportuno che il medico comunichi col paziente al fine di capire se vi è una non-aderenza intenzionale, che spesso può essere evitata rendendo il paziente adeguatamente partecipe dei ragionamenti che hanno portato alla decisione di consigliare una determinata terapia, con i vantaggi e gli svantaggi che questa può avere.

È inoltre fondamentale il **coinvolgimento diretto del farmacista ospedaliero e territoriale**, la cui attività, nell'ambito della dispensazione dei farmaci, non si limita alla mera consegna della terapia, ma lo impegna a diversi livelli, in qualità di professionista del farmaco, di supporto alla terapia e figura di riferimento per qualunque dubbio o problematica (*counselor*). La non-aderenza alla terapia è un problema spesso sottovalutato nella pratica clinica, alla base del quale vi sono molti fattori, riconoscere e correggere tali aspetti può determinare considerevoli benefici non solo clinici, ma anche economici.

Andreina Bramardi
Direttore Farmacia Ospedaliera ASL CN1

Giorgia Pellegrino
Borsista

Addomesticare la collaborazione

Arrivare a uno spazio di confronto tra colleghi è spesso una piccola, grande conquista.

Sul Bollettino dell'Ordine dei Medici di Cuneo è comparso nei mesi scorsi un breve scritto del Dr. Antonio Cavallo – Chirurgia Toracica Ospedale S. Croce e Carle, che rientra perfettamente negli intenti di questa rubrica.

Racconta di un consulto fra medici di famiglia e colleghi ospedalieri di diverse discipline riuniti spontaneamente per discutere di un caso clinico particolare, e scivolati poi dalle considerazioni specifiche proprie di quella situazione agli "aspetti generali della collaborazione necessaria tra medico ospedaliero e medico di base".

Si parla liberamente di come migliorare l'assistenza e nello stesso tempo evitare gli sprechi. "Tutti intervengono portando esperienze, pareri, considerazioni". I convenuti alla fine hanno "la sensazione che conoscersi di persona, parlarsi, dirsi disponibilità reciproche, sia già una piccola conquista": forse in questa occasione "si è riusciti ad addomesticare un po' quell'essere strano che è la collaborazione... e addomesticare è creare dei legami", come scriveva Saint Exupéry nel *Piccolo Principe*.

È invece una grande conquista, verrebbe da dire. Che speriamo venga sempre più a costituirsi come presupposto strutturato, non esperienza sporadica basata sulla buona volontà dei singoli. I legami, le connessioni ospedale-territorio, dovrebbero stare alla base del lavoro sia dei medici di famiglia sia del personale ospedaliero.

Per dare così, anche nel campo del prendersi cura, il loro vero valore alle grandi parole dell'eterno Piccolo Principe.

...addomesticare è creare dei legami.

Proroga esenzioni ticket

La validità delle esenzioni dal pagamento del ticket E01, E03, E04, E05 è stata prorogata fino al 31 marzo 2017 (per approfondimenti www.aslcn1.it/cittadini/ticket-e-diritti-sanitari/esenzioni/visite-ed-esami). L'esenzione E02, riferita alla disoccupazione del richiedente, non è stata automaticamente rinnovata, vista la variabilità della condizione, per cui è necessario recarsi presso gli sportelli abilitati per la proroga (per l'elenco e gli orari degli sportelli www.aslcn1.it/assistenza-territoriale/lassistenza-sanitaria-di-base/iscriversi-al-sistema-sanitario-nazionale/dove-iscriversi).

➔ Come si richiede l'esenzione?

È sufficiente presentare un'autocertificazione e un documento di identità valido agli sportelli abilitati. Il modulo di autocertificazione è reperibile direttamente agli sportelli oppure scaricabile da internet [www.aslcn1.it/fileadmin/Distretto/Modulistica/Autocertificazione di esenzione.pdf](http://www.aslcn1.it/fileadmin/Distretto/Modulistica/Autocertificazione_di_esenzione.pdf). La richiesta di esenzione può essere presentata anche da terzi con un modello di delega (scaricabile da internet http://www.aslcn1.it/fileadmin/Distretto/Modulistica/Scelta_Revoca_Medico/Delega_Sportelli_distrettuali.pdf) e la copia di un documento d'identità valido sia del delegato che del delegante.

➔ Come si calcola il reddito familiare?

Il reddito familiare è quello del nucleo familiare fiscale. Il parametro utilizzato per la determinazione del reddito è rappresentato dal criterio reddituale e NON dall'ISEE.

➔ Cosa si intende per disoccupato?

Per aver diritto all'esenzione E02, si considera disoccupato il cittadino che abbia cessato per qualunque motivo un'attività di lavoro dipendente e sia iscritto all'ufficio dell'impiego in attesa di nuova occupazione. Non può considerarsi disoccupato il soggetto che non ha mai svolto attività lavorativa, né il soggetto che abbia cessato una attività di lavoro autonoma.

➔ Cosa succede se vengono meno i requisiti per l'esenzione?

Nel caso non sussistano più i requisiti per le esenzioni E01, E03, E04, E05, il soggetto titolare di esenzione deve fare una dichiarazione in cui rinuncia all'esenzione e consegnarla agli sportelli dell'ASL.



Quando il diabete si cura a casa

Un progetto di telemedicina.

La gestione quotidiana dei pazienti affetti da diabete mellito residenti nelle case di riposo dell'ASL CN1 è affidata al personale sanitario delle strutture e al medico di medicina generale con possibilità di afferire al Centro Diabetologico di Distretto qualora ve ne sia la necessità.

Tuttavia, gli spostamenti per recarsi a visita degli ospiti comportano spesso dei costi in personale e mezzi di trasporto, nonché difficoltà logistiche e disagio per i pazienti non autosufficienti o fragili.

Queste difficoltà si accentuano nelle zone più decentrate, dove il diabetologo non è presente con cadenza giornaliera e gli ospedali maggiori sono distanti.



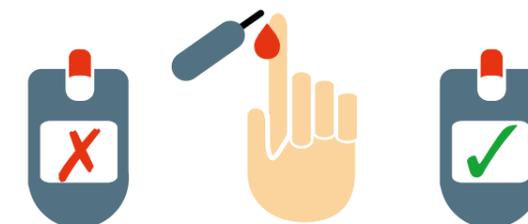
La telemedicina applicata alla cura del diabete

Da due anni è operativo un progetto pilota di telemedicina che permette l'integrazione della consulenza specialistica dei centri di diabetologia al normale profilo assistenziale del paziente diabetico residenziale. Tale progetto è stato condiviso nella sua determinazione, stesura e operatività tra il Distretto di Dronero, le due équipes dei medici di famiglia presenti sul territorio e la Struttura di Diabetologia della ASL CN1.

La telemedicina prevede "l'applicazione di tecnologie informatiche e delle telecomunicazioni alla medicina" e consente in remoto il "monitoraggio e gestione dei pazienti, usando sistemi di rapido accesso alla consulenza di esperti e alle informazioni cliniche, indipendentemente da dove il paziente o il medico si trovino".

Tenuto conto dell'età media della popolazione residente in case di cura e della scarsa capacità tecnologica è stato scelto un sistema di telemonitoraggio a bassa complessità tecnologica, fornendo ad ogni paziente un glucometro ed un sistema per trasferire via web le glicemie rilevate a domicilio, direttamente all'interno della cartella diabetologica dell'ASL.

Finora sono stati valutati 96 pazienti, mentre **i pazienti attualmente in telemedicina sono 68**. L'età media degli utenti è di **83 anni** (fra i 56 anni e i 99), tuttavia nel 55 % dei casi la popolazione ha più di 85 anni.



Nell'arco di questi 24 mesi sono state riscontrate numerose situazioni di variabilità glicemica determinate da eventi clinici di presenza di più malattie (infezione delle vie aeree o urinarie...): in accordo con il medico di famiglia siamo intervenuti con **300 consulenze in telemedicina**.

La sinergia e la collaborazione fra il personale sanitario della diabetologia (*diabetologo, dietista, infermiere, Oss*), il medico di medicina generale e il personale delle case di riposo hanno ridotto gli episodi di ipoglicemia, con un **miglioramento dei valori medi di emoglobina glicata (7,2%)** e 2 soli episodi di ipoglicemia moderata per cui è stato necessario un accesso in pronto soccorso.

Altro risultato positivo è stato il miglioramento delle conoscenze e l'aggiornamento specialistico di tutto il personale delle case di riposo sulla corretta alimentazione e la corretta gestione della patologia diabetica nei pazienti con fragilità cliniche, tale risultato rimane valore aggiunto per il paziente stesso e per il personale di struttura.

Salvatore Oleandri
Direttore Diabetologia Asl CN1



Accesso e utilizzo dei servizi

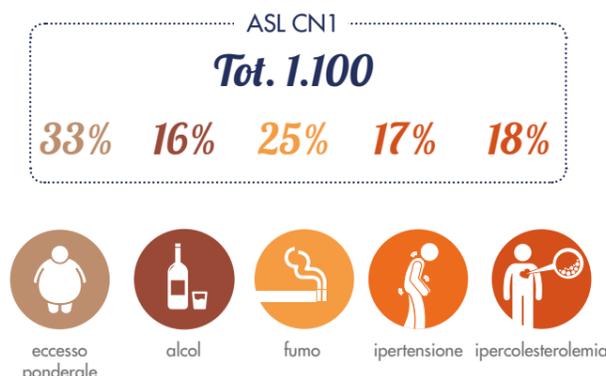
Pronto, come ti senti?

P.A.S.S.I., un servizio di ascolto del cittadino per indagare le abitudini di vita della popolazione adulta.

Sul territorio dell'ASL CN1 **un terzo della popolazione adulta è sovrappeso o obesa, un quarto fumatore, mentre il 16% è tra i bevitori a rischio, il 17% iperteso e il 18% ha il tasso di colesterolo sopra la norma.** Sono i dati che emergono da interviste condotte su 1.100 persone adulte.

Altre informazioni: 3 cittadini su 4 giudicano positivamente il proprio stato di salute mentre la depressione colpisce meno di 1 intervistato su 10, è sedentario 1 soggetto su 4.

Per quanto concerne gli screening: più di 3 donne su 4 hanno effettuato un esame per la prevenzione del tumore del collo dell'utero e più di 3 su 5 un esame per la prevenzione del tumore alla mammella. Il confronto dei dati offre ulteriori elementi per la programmazione e il monitoraggio a livello locale delle attività di prevenzione.



Maria Teresa Puglisi,
Anna Maria Fossati - Epidemiologia ASL CN1

P.A.S.S.I.

(Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

Questo quadro sullo stato di salute della popolazione adulta residente sul territorio dell'ASL CN1 emerge da P.A.S.S.I., sistema di sorveglianza italiano sui comportamenti correlati alla salute della popolazione adulta che indaga le **abitudini di vita** (fumo, alcol, sedentarietà, alimentazione, sicurezza stradale e domestica), lo **stato di salute** e l'**utilizzo di programmi di prevenzione** (vaccinazioni, screening oncologici). I dati sono raccolti dal personale ASL mediante la somministrazione telefonica di un **questionario standardizzato** a un campione mensile di 25 residenti, di età compresa tra 18 e 69 anni. La raccolta delle informazioni attraverso questa metodologia nata nel 2007 ben si presta a fotografare il profilo di salute della popolazione ed è una vera e propria piattaforma di comunicazione che mette il cittadino al centro del sistema salute, rendendolo partecipe e attivo.



www.aslcn1.it/prevenzione/epidemiologia/sistema-di-sorveglianza-passi/

Ricerca



Midollo: il trapianto da donatore

Importante possibilità terapeutica per la cura delle malattie ematologiche.

Il trapianto di cellule staminali emopoietiche (cellule progenitrici capaci di riprodursi rapidamente e di differenziare in globuli bianchi, globuli rossi, piastrine) rappresenta un'importante possibilità terapeutica per la cura di alcune malattie ematologiche. Il trapianto può essere autologo o allogenico, a seconda che le cellule staminali siano prelevate dal paziente o da un donatore sano, che, a sua volta, può essere un familiare oppure un volontario non familiare, iscritto al registro dei donatori, o ancora un cordone ombelicale, raccolto e donato al momento del parto. È indispensabile che donatore e ricevente abbiano caratteristiche genetiche simili (compatibilità tissutale-HLA) e questo viene accertato tramite l'esame del sangue periferico. **La possibilità di trovare un fratello compatibile è pari al 25%, un donatore volontario o un cordone circa il 70%.**



La raccolta di cellule staminali può avvenire con **prelievo di sangue midollare**, a livello delle creste iliache, sul bacino, in anestesia generale (più raramente spinale) oppure con **prelievo di sangue periferico**, dopo stimolazione con fattore di crescita e grazie a una specifica apparecchiatura. Il trapianto allogenico è una procedura caratterizzata dalla somministrazione di chemioterapia o radioterapia a dosi molto alte, possibili grazie al ripopolamento midollare operato dalle cellule staminali emopoietiche, e dall'azione immunologica del sistema immunitario del donatore, con effetti, a distanza, sul controllo della malattia di base. Il trapianto di midollo allogenico è utilizzato, soprattutto, come terapia di leucemie acute mieloidi e linfoblastiche e, più raramente, di mielomi e linfomi.

Mariella Grasso
Direttore f.f. Ematologia S. Croce e Carle

È indispensabile che donatore e ricevente abbiano caratteristiche genetiche simili.



Guarda il video

Tecnologia e umanizzazione

Studiare il cammino con le tecnologie

L'andatura parla di noi: è specchio fedele del nostro sistema nervoso, osteoarticolare e posturale.



Dr. Riccardo Schiffer

Entriamo nell'ambulatorio del S. Croce diretto dal Dr. Schiffer e scopriamo come funziona... Servono apparecchiature sofisticate e un occhio esperto, ma le potenzialità delle moderne metodiche sono stupefacenti. Una pedana su cui stare in piedi (**stabilometria**), un tappeto su cui camminare (**baropodometria**), un tapis roulant (**treadmill baropodometrico**), un altimetro (**rasterstereografia**), qualche pedana e alcune telecamere: sono i principali strumenti dell'ambulatorio di Biometria e posturologia clinica digitalizzata dell'azienda ospedaliera S. Croce e Carle. Tutti dotati di precisissimi sensori collegati a PC con software d'avanguardia.

Lo gestisce un unico medico fisiatra, Riccardo Schiffer, responsabile del settore, molto abile e specializzato nelle metodiche, che applica a circa 700 pazienti l'anno. Spiega: "Abbiamo iniziato nel '95, occupandoci principalmente di esiti di trauma cranio encefalico. Lavorare in un ospedale di alta specializzazione offre l'opportunità di una casistica molto variegata e numerosa. In breve tempo abbiamo allargato il raggio di azione, occupandoci di disturbi di origine e tipo diverso".

... Che cosa si studia?

Gli apparecchi in dotazione permettono lo studio dell'equilibrio, l'analisi del cammino e della corsa, che rappresenta una situazione di stress. In base alla patologia ed alle condizioni del soggetto si sceglie l'esame più appropriato, sovente con abbinamento di due o più metodiche.

... Quali sono le Indicazioni diagnostiche?

Sono esami particolarmente indicati per molte patologie del sistema nervoso centrale e periferico, come sclerosi multipla, parkinson e parkinsonismi, polineuropatie e esiti di ictus. Si ottengono ottimi risultati nello studio del piede diabetico. L'analisi minuziosa dell'appoggio e della compressione, permette la prescrizione di correttivi che ne prevengono l'ulcerazione. Infine, le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico possono essere studiate dettagliatamente, con particolare riferimento a quelle a carico della colonna e degli arti inferiori.

+ I vantaggi

Sono sufficienti un minuto di camminata o dieci secondi di corsa per avere una mole di informazioni. Tra i principali vantaggi c'è l'eliminazione delle radiografie ai bambini nello studio delle scoliosi, delle dismetrie articolari e delle arcate plantari. Con altimetro, telecamere e superfici di appoggio si giunge non solo alla diagnosi, ma anche a testare l'adeguatezza di plantari e solette, senza effetti collaterali.

- Gli svantaggi

L'alta automazione non esonera dalla manualità. Sono esami in elevata misura operatore dipendente: occorrono correttivi e interventi costanti e molta esperienza. Per ogni paziente è necessaria mezz'ora per lo svolgimento e l'elaborazione dei dati.



Guarda il video

L'esperienza e le pubblicazioni del Dr. Schiffer sono note in Italia e all'estero; è membro della SIAMOC (Società Italiana di Analisi del Movimento in Clinica) e docente universitario alla Facoltà di Medicina e Chirurgia di Novara.

Claudia Cucco
Paolo Dutto

Questa rubrica nasce con lo scopo di presentare storie di persone che **lottano contro la malattia**, esperienze di gente che non si tira indietro e combatte contro le avversità della vita, certi comunque che ogni storia di salute e di malattia sia unica...



Claudio Rabbia,
con la moglie Ivana Revelli

Claudio Rabbia, combattere il Parkinson con ironia e a ritmo di tango!

Difficile rimanere seri intervistando Claudio Rabbia, 59 anni, centallese, che ha nell'ironia, e soprattutto nell'autoironia, un tratto distintivo del carattere. Malato di Parkinson da 15 anni, imprenditore agricolo in pensione, è fondatore e presidente dell'**Associazione Parkinson Lago Maggiore, Cuneo e le sue Valli** e convinto sostenitore della tango terapia.

Come hai scoperto di essere malato?

Nel 2001 mi sono accorto di un'anestesia alla parte destra del corpo, all'inizio si pensava ad un problema ortopedico. La diagnosi di Parkinson è arrivata al Santa Croce di Cuneo, in neurologia con il Dott. Perla, che adesso è primario a Mondovì.

Come definisci la malattia di Parkinson?

Amichevolmente lo chiamo "Parki", è un inquilino scomodo che mi porto dentro. Mi ha tolto la singolarità, dobbiamo fare i conti noi due, Claudio Rabbia e "Claudio Parki". Non ho mai accettato la malattia, ma ho accettato la sfida. Dopo 15 anni vedo che evolve a mio favore, dato che ho una buona mobilità, un'ottima cura farmacologica e una grande care-giver, mia moglie Ivana Revelli, che da 35 anni vive con Rabbia.

Cosa ti aiuta ad affrontare le difficoltà?

Da diversi anni ho ridotto i farmaci, grazie alla fisioterapia a cui ho affiancato **la terapia del ballo**. Mi sono accorto che andando a ballare il giorno dopo stava meglio.



Ho iniziato a pensare al tango argentino come riabilitazione per la malattia di Parkinson, in America lo stavano già sperimentando. Questo ha confermato i miei dubbi ed è nata la mia voglia di divulgare questa "terapia" che non ha il bugiardino, ti aiuta a socializzare e non ha effetti collaterali.

Quindi è nata la "Tango-terapia".

Dopo le prime visite neurologiche a Cuneo, abbiamo conosciuto l'Istituto Auxologico Italiano di Verbania, un centro di ricerca. Quando ho detto che col tango stavo meglio, hanno voluto approfondire. Ci hanno messo a disposizione una palestra e hanno fatto valutazioni prima e dopo il ballo: se prima avevo un *deficit*, dopo il ballo avevo recuperato al 90%. **Il ballo** non è una cura nel senso stretto del termine, non voglio illudere nessuno, ma **affiancato alle cure farmacologiche e alla fisioterapia rende tutto più efficace, restituisce al corpo la memoria di certi movimenti**.

Sei fondatore e presidente dell'associazione "Parkinson Lago Maggiore, Cuneo e le sue Valli".

Con l'associazione promuoviamo la nostra esperienza. Abbiamo pubblicato un DVD di "Tango-terapia", una sorta di manuale di utilizzo del tango nella malattia di Parkinson, che è stato anche portato in diversi congressi internazionali. Stiamo facendo un corso di tango-terapia a Cuneo al **Centro Incontri Uno** di via Fratelli Vascetto, oltre a partecipare a incontri e convegni. Diamo anche supporto telefonico.

Mi incuriosisce il logo dell'associazione, la "Parkimaca".

La lumaca ci assomiglia: anche noi abbiamo la casetta per chiuderci dentro nei tempi difficili; lascia il segno come noi, strisciando quando passa; ma non tutti sanno che non va mai indietro, è l'unico animale al mondo che va sempre avanti. Il nostro motto è *"lenti ma inesorabili"*.

La malattia ti limita nelle cose di tutti i giorni? Ad esempio, puoi guidare?

Sì, posso guidare e vado veloce come un pazzo.

Ti piace scherzare vedo.

Serve essere positivi perché siamo come il sangue, quando siamo in vena giriamo e va tutto bene, quando siamo fuori vena come il sangue coaguliamo e quindi diventiamo rigidi.

Un consiglio a chi vive dei momenti difficili?

Chi deve raggiungere un obiettivo deve faticare, **"senza fatica non si fa niente"**. Serve anche la capacità di prendersi in giro: solo così riesci a far paura al Parkinson, che quando ti incontra trema lui dalla paura.

Giorgio Giuliano



Per info:
338 3666865



www.parkimaca.com

In Missione a Tonj (Sud Sudan)

Partecipo dal 2008 a missioni di volontariato del CCM presso gli ospedali rurali del Sud Sudan, dove si sta cercando di organizzare laboratori essenziali e di addestrare personale locale.

Quest'anno sono stata in Sud Sudan, nel villaggio di Tonj, dove il CCM collabora con il Ministero della Salute dello Stato di Warrap per ridurre la mortalità materno-infantile. Il progetto prevede **l'attivazione di un servizio di chirurgia per le emergenze ostetriche e il potenziamento dei servizi di cura neonatale.**

Pino Meo è stato il mio maestro. Ho avuto il privilegio di seguirlo in Sud Sudan, così nel tempo si è intensificato il mio legame per questo paese di estrema indigenza, con le più alte percentuali al mondo di mortalità per complicazioni legate al parto, infezioni respiratorie e gastrointestinali, malnutrizione, malaria... Lo Stato più giovane del mondo, dopo tante speranze di pace e sviluppo,

è oggi uno dei più devastati, per la ripresa del conflitto politico ed etnico che lo ha dilaniato in passato. La capitale Juba è la città più pericolosa dell'Africa, l'emergenza sanitaria è molto grave, non vi sono farmaci né generi alimentari, perché il percorso su strada è quasi impossibile.

Porto con me ricordi dalle creste taglienti.

Ero presso un ambulatorio di Thiet, quando è arrivata con i genitori una ragazzina di circa dodici anni, che nella notte aveva partorito un feto prematuro. Era urgente trasportarlo all'ospedale di Tonj, che dista due ore e mezza di macchina, ma non vi erano mezzi e le strade erano insicure. In pratica si è lasciato morire il piccolo.

Un pugno allo stomaco vedere il viso imperturbabile della ragazzina. Altri ricordi mi fanno sperare in un positivo sviluppo della situazione sanitaria, come gli incontri con madri e bambini dei villaggi intorno a Tonj.

Una volta, con un'ostetrica etiopica che lavora con il CCM, cercavo di convincere le gestanti a partorire in ospedale e a dare sangue per le emergenze. Un compito duro che si scontra con la paura di perdere insieme al sangue l'anima. Una giovane ci regalò una testimonianza appassionata: aveva donando sangue salvato la sorella, nel corso di un parto difficile. Per tabù ancestrali le donne non vanno a partorire in ospedale, quando si presentano difficoltà, perché si crede che il corpo rifiuti di far nascere un bambino che non sia figlio del marito. Così gli uomini, per non essere disonorati, non portano in ospedale la moglie e lasciano a rischio di morte lei e il bimbo.

L'esperienza di missione consolida la mia scelta di impegnarmi in prima persona e di schierarmi con gli ultimi, quelli che ogni giorno combattono con la fame, le malattie, le violenze di ogni genere, e sono costretti a vivere in condizioni che hanno poco di umano. **Non si possono risolvere da un giorno all'altro le contraddizioni di un mondo dove l'economia, il potere politico e militare valgono più della vita umana, ma non si può neanche indurire il cuore e far finta di niente.**

Cristiana Lo Nigro



SOSTIENI L'OSPEDALE DI TONJ

- Con 240 € permetti la formazione di un'ostetrica
- Con 50 € assicuri assistenza a una mamma durante gravidanza e parto
- Con 20 € garantisci a un bambino i vaccini contro le principali malattie
- Con 15 € fornisci 2 kit per neomamme (panno, saponetta e zanzariera)

CCM, Comitato di Collaborazione Medica

Via Ciriè 32/E - 10152 Torino
Tel: 011-660.2793 - Fax: 011-383.94.55
ccm@ccm-italia.org



“*Il cuore della solidarietà e del nostro lavoro sono i volti scavati dei bambini, i loro pancioni gonfi di malaria e di vermi, l'umiliazione muta degli uomini che non riescono a sfamare i loro figli, la disperazione delle madri.*”

Di questi crocefissi viventi non sappiamo condividere esclusione e miseria. Eppure in questo spazio concreto si deve vivere la nostra azione: la povertà, la sobrietà delle nostre cose, la semplicità dell'atteggiamento devono esserne il nucleo profondo, l'anima che porta vicino alla gente povera con attenzione e con rispetto della sua sofferenza. ”



Cristiana Lo Nigro nel villaggio di Tonj

Donna per Donna

La femminilità ritrovata.

*Una vita normale, la solita routine, poi un giorno la drammatica scoperta.
Il più delle volte per caso, vestendosi o lavandosi.
Iniziano gli accertamenti. In un batter d'occhio tutto si capovolge,
la scala dei valori e delle priorità è scardinata.*

È la storia di tante donne alle quali è stato diagnosticato il **tumore al seno, principale neoplasia femminile**: patologia e intervento chirurgico, che hanno un notevole impatto psicologico sull'identità della donna, perché colpiscono uno dei simboli più evocativi della femminilità, della maternità e della seduzione.



Per condividere questo comune vissuto, un gruppo di donne cuneesi conosciutesi in ospedale durante terapie e controlli, ha fondato nel '99 (in collaborazione con i medici della Ginecologia del S. Croce) l'**Associazione Donna per Donna**, senza fine di lucro.

Offre varie forme di aiuto: **colloqui, sostegno psicologico** (a pazienti e familiari), **ginnastica riabilitativa in acqua e in palestra** (mirata al braccio del lato operato per contrastare le limitazioni conseguenti all'intervento), **yoga, north walking, attività culturali e ricreative** (gite, cene, eventi musicali).



Di recente, l'associazione ha regalato alla senologia dell'ospedale 150 fasce, che il chirurgo plastico fornisce alle pazienti mastectomizzate, in attesa della ricostruzione. Il dono è stato possibile per il prezzo agevolato applicato dalla ditta fornitrice Revée di Torino.



Una delle 150 fasce, donate per le pazienti mastectomizzate, in attesa della ricostruzione

Chi si deve sottoporre a trattamenti chemioterapici, può fruire di parrucche sterilizzate e di foulard agghindati a copricapo, dono della Miraglio Free di Alba.

Ivana Pane, presidente della Onlus, spiega: "Siamo **90 iscritte, fra i 30 e gli 80 anni**. Alcune di noi, formate da psicologi, prestano volontariato nei reparti di Ginecologia e Chirurgia, per aiutare a combattere la paura. Nell'ultimo anno abbiamo incontrato circa 200 donne. Purtroppo ancora poche poi ci contattano: non è facile aprirsi".

Claudia Cucco



Per info: LEGA TUMORI - via Meucci, 34 Cuneo (il mercoledì dalle 15.00 alle 17.00)
Tel. **333 8488593 - 366 2832102 - 333 7582556**

È ONLINE!

Salute@ DINTORNI

IL NUOVO MAGAZINE BIMESTRALE
DI ASL CN1 E AO S. CROCE E CARLE



SCARICALO **GRATUITAMENTE**
SU WWW.ASLCN1.IT/SALUTEDINTORNI
E SU WWW.OSPEDALE.CUNEO.IT

ISCRIVITI ALLA **NEWSLETTER**
PER RICEVERLO **GRATUITAMENTE!**



✓ **SERVIZI** ✓ **SALUTE** ✓ **CURA** ✓ **TERRITORIO** ✓ **TECNOLOGIA**

SEGUICI SU

