

Associazione
Oncologica Italiana
Mutilati della Voce



fialpo



i quaderni della salute



numero 2

anno 2011

Associazione Oncologica Italiana Mutilati della Voce - AOI Onlus
Via Fratelli Rosselli n.11
37138 Verona
Telefono 045-561789
Fax 045-561789
E-mail info@arvmdv.it



Associazione Italiana Laringectomizzati - AILAR Onlus
Via Friuli n. 28
20135 Milano
Telefono 02-5510819
Fax 02-54122104
E-mail ass.it.laringect@virgilio.it



Allegato a Sottovoce

Introduzione

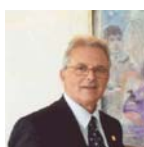
Questo è il secondo numero di una collana che abbiamo denominato con una punta di orgoglio "I quaderni della salute". Attraverso le esperienze di persone che da anni vivono accanto ai malati oncologici della testa e del collo, abbiamo realizzato una raccolta di articoli che riguardano prevalentemente i nemici di questa patologia nella certezza che la conoscenza faccia già parte del programma di prevenzione.

Sono inoltre riportati integralmente gli articoli scritti in occasione di convegni e incontri inerenti agli aspetti riabilitativi, sanitari, psicologici.

"I quaderni della salute" sono la tangibile testimonianza di come una consapevolezza sociale si traduca in vitalità associativa, sincera fratellanza e comunione d'intenti.

Destinatari:

Associati, Enti Pubblici, Ulss, Ospedali, Medici, Parrocchie



Adriano O. Zanolli



Dott. Maurizio Magnani

**Se vuoi aiutare AOI col 5 ‰ – sottoscrivi il codice 80025880230
nella casella del CUD – 730 – unico**

Sedi di rappresentanza dell' A.O.I. nel Veneto

Belluno - via T. L. Burattini n. 46 - 32100 Belluno - tel. 0437-32405
Padova - piazza Donatore di sangue n. 10 - 35136 Padova - tel. 049-714809
Rovigo - piazzale Soccorso n. 4 - 45100 Rovigo - tel. 0425-23250
Treviso - via T. Vecellio n. 70 - 31022 Preganziol (TV) - tel. 0422-93779
Venezia - via Castellana 164 - 30174 Zelarino (VE) - tel. 041-950026
Verona - via Fratelli Rosselli n. 11 - 37138 Verona - tel. 045-561789
Vicenza - via G. Medici n. 91 - 36100 Vicenza - tel. 0424-501055
Sottosezioni: Bassano del Grappa (VI), Legnago (VR), Bussolengo (VR)

**Se vuoi aiutare AILAR col 5 ‰ – sottoscrivi il codice 80129830156
nella casella del CUD – 730 – unico**

Sezioni dell' A.I.L.A.R. in Italia

Napoli

Ospedale MONALDI Rep. ORL Via L. Bianchi, 1 - 80131 Napoli - tel. 081/7062204

Roma

A.S.L. ROMA - Via Vittor Pisani, 11 - tel. 06/68352724

Genova

Ospedale GALLIERA Ambulatorio Logopedia
Via Mura delle Capuccine, 14 16128 Genova - tel.010/5634852

Bergamo

Ospedale Matteo Rota -Via Garibaldi,11 - 24122 Bergamo - tel.035/2278640

Brescia

Spedali Civili -Piazzale Spedali Civili,1 - 25125 Brescia
rep. Foniatria (ambulatori esterni-1° piano) tel.030/3995.323

Como

Ospedale S.Anna - Via Napoleona, 60 - 22100 Como
Padiglione Grassi - 1° piano stanza n. 18

Cremona

Ospedale Maggiore Rep. ORL 5° piano
Viale Concordia, 1 - 26100 Cremona - tel. 0372/405281-405447

Desio

Ospedale di Circolo Rep. ORL Via Mazzini, 1 - 20033 Desio (MI) - tel.0362/383482

Mantova

Via Susani,17/B - 46100 Mantova - cell. 346/7473740

Merate

Via Cerri, 51 - 23807 Merate (LC) - tel. e fax 039/9903822

Monza

Ospedale S.Gerardo Via Solferino,16 - 20052 Monza (MI) tel.039/2333847

Pavia

Ospedale S.Matteo Rep. ORL Via Golgi,1 - 27100 Pavia - tel.0382/503946

Sesto San Giovanni

Via Rovani, 217 - 20099 Sesto San Giovanni (MI) - tel. 338/4541683

Treviglio

Via Crivelli,11 - 24047 Treviglio (BG) - tel.0363/43333 - fax 0363/307147

Varese

Ospedale di Circolo Padiglione Centrale - 1° piano Viale Borri - 21100 Varese

Vigevano

Ospedale Civile Rep. ORL C.so Milano, 19 - 27029 Vigevano (PV) - tel.0381/333380

Alessandria

Centro "Piero Melchionni" Via Chenna, 9 - 15100 Alessandria - tel.0131/265221

Biella

Ospedale di Biella Palazzina Libere Professioni

Via Caraccio, 4 - 13900 Biella - tel. 015/3503883

Novara

Ospedale Maggiore della Carità - C.so Mazzini, 18 - 28100 Novara

Torino

Istituto Buon Riposo Via San Marino 10 - 10134 Torino - tel.011/3197756

Lecce

Ospedale "Vito Fazzi" Ambulatorio ORL

Piazza F. Muratore,1 - 73100 Lecce - tel.0832/661539

Cagliari

c/o LILT Via Lepanto,27 - 09125 Cagliari

Massa-Carrara

Ospedale "Santi Cristoforo e Giacomo" Rep. ORL Via Sottomonte, 1 - 54100 Massa

Premia la solidarietà con il 5 per mille dell'IRPEF

Anche quest'anno con la tua dichiarazione dei redditi puoi sostenere la tua Associazione di volontariato apponendo la tua firma ed il codice fiscale sul Mod. CUD, oppure sul Mod. 730, oppure sul Mod. UNICO a seconda del tipo di dichiarazione che presenterai.

La nostra associazione opera da oltre 35 anni in tutto il Veneto tramite circa 40 Centri di Riabilitazione, specializzati nei problemi funzionali e riabilitativi post interventi oncologici alla testa e collo.

L'attività è seguita con impegno dai volontari che spesso affiancano i vari Reparti ORL Ospedalieri e aiutano le famiglie nel recupero alla vita sociale del paziente.

È un'opera meritoria nel Settore Socio-Sanitario svolta, spesso in silenzio, ma con impegno costante.

Una grande occasione per dare sostegno al Volontariato, barrando la casella che sotto indichiamo riportando il nostro Codice Fiscale: N° 80025880230 preceduto dalla firma del dichiarante.

FIRMA! e consiglia anche agli amici, i parenti, i conoscenti!

Metti la tua firma nel riquadro in alto a sinistra nell'area "sostegno del volontariato"

SCELTA DEL DICHIARANTE PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF (in caso di scelta FIRMARE IN UNO degli spazi sottostanti)

Indirizzo del contribuente, della organizzazione non lucrative di utilità sociale (per le associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni) o del beneficiario (per le associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni) Trasferimento della quota del 5 per mille a una persona

FIRMA: Mario Romi CODICE FISCALE: 80025880230

Indirizzo del beneficiario (per le associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni) Indirizzo del beneficiario (per le associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni)

FIRMA: FIRMA

In aggiunta a quanto spiegato nell'informativa sul trattamento dei dati, il contribuente precisa che i dati personali del contribuente verranno utilizzati solo dall'Agenzia delle Entrate per attuare la scelta.

La Sanità

Prigioniera della finanziaria, ostaggio di privilegi e burocrazia

L'Italia (e quindi il Veneto) è un paese prigioniero del suo passato, nel quale molti hanno costruito le proprie rendite di posizione, che vive in un immobilismo esasperato e dove gli attori, che dovrebbero guidare il paese con responsabilità, ogni giorno ci offrono le più svariate ricette, frutto della loro presunzione di indicare la strada maestra e un futuro degno di essere vissuto. Il principio evangelico ricorda a tutti: Abbi Fede, Speranza e Carità

- Fede: un buon cattolico crede ed è convinto che gli italiani devono ridimensionarsi e vivere affrontando la dura realtà con impegno e umiltà, specie per i giovani che spesso rifiutano il lavoro.

- Speranza: ci auguriamo che chi riveste cariche pubbliche venga illuminato e/o trovi l'umiltà consapevole di cercare un altro lavoro, evitando danni gravi alla popolazione.

- Carità: non private la Sanità di assolvere il suo compito peculiare di erogare medicinali/ausili salva vita, ma affrontate con coraggio una riduzione di almeno il 30% degli occupati amministrativi nelle Ulss. Non c'è più tempo per tollerare una simile situazione, che crea danni vitali ai cittadini.

Noi che da oltre 50 anni viviamo i problemi aziendali e spesso siamo stati chiamati a gestire le soluzioni, in tempi così apocalittici ci permettiamo di suggerire ai responsabili che guidano il paese e la Regione, anche a costo di essere impopolari, una ricetta dettata dal buon senso sperando in segnali di inversione di rotta per il futuro dei nostri figli:

- vendere tutto il patrimonio immobiliare dello Stato stimato sui 500 miliardi di euro (v. pubblicazioni stampa qualificata agosto scorso).

- cessione di tutte le partecipazioni (Rai, Poste, Enel, Eni, ecc.)

- vendita con diritto di superficie per 99 anni degli oltre 5.000 km. di coste (un bagno in Romagna 150/200 ombrelloni è stimato tra 1/3 milioni di euro = una montagna di denaro).

- applicare quale patrimoniale il 10% dei valori immobiliari per Società e gruppi che posseggono valori al di sopra dei 10/mil. di euro.

- taglio 50% dei dipendenti pubblici con un piano decennale (l'OCSE da tempo rileva che il sistema Italia ha costi doppi della Media Europea).

- taglio delle pensioni d'oro, spesso nate da furbizie e privilegi che fanno a pugni col buon senso (v. il Libro di Mario Giordano "Le Sanguisughe" e "La Casta" di due bravi giornalisti Rizzo e Stella) dove viene evidenziato che ben oltre 100.000 persone godono di un vitalizio mensile superiore a euro 20.000,00, con una riduzione drastica a ¼ e utilizzo delle risorse risparmiate a favore degli oltre 2,5 milioni di pensionati sotto la soglia dei 500,00 euro mensili.

Con il ricavato dai primi cinque punti, destinare 1.000 miliardi di euro al taglio del 50% del debito pubblico, evitando di ridurre l'Italia alla pari della Grecia.

Stanziare almeno 100 miliardi di euro per la ripresa dell'economia, riducendo l'irpef per reddito lavoro sotto 15.000,00 euro annui.

Tutto ciò è possibile se crediamo nel futuro dell'Italia e se tale programma però venga affidato a un gruppo di dirigenti qualificati, fuori dal sistema politico.

Oggi, come non mai, sono preoccupatissimi i pensionati ultra 65enni (non benestanti) che hanno lavorato 40/50 anni e che, "rebus sic stantibus", potrebbero trovarsi una pensione ridotta (se ci saranno ancora le risorse per pagarla!). Causa lo tsunami finanziario che ha bruciato i loro pochi risparmi di una vita, per sopravvivere dovranno probabilmente vendere l'appartamento (ammesso che lo posseggano), sperando che qualcuno a sua volta abbia i mezzi per acquistarlo.

Cara politica, quando la casa brucia bisogna prendere il coraggio a quattro mani e fare tutto il necessario per salvare l'irreparabile, con umiltà e rispetto per i cittadini. Il prossimo voto dirà quanto il problema sia stato recepito e/o meglio (mi auguro mai) il mare dell'astensionismo si sia ingrossato.

Adriano O. Zanolli

Il Consulto

*di Giorgio Conconi, il medico-scrittore
una vita dalla parte dei più deboli*

Ce l'avevo fatta! Anch'io potevo presentare al mio primario la richiesta di un consulto per un mio paziente. Il consulto dà a un primario la stessa soddisfazione che prova l'atleta quando vince una gara. E rappresenta per l'assistente che lo chiede un mezzo efficace per entrare nella sue grazie. Astolfo, ottantotto compleanni, dopo una vita senza risparmio a gestire e ad ingrandire la sua fattoria nell'hinterland milanese, era ammalato da un mese e non aveva tratto beneficio neppure da un ricovero ospedaliero. Gli erano rimasti pochi polmoni e il cuore che arrancava. Aveva sistemato le sue volontà con il notaio e i suoi conti con Dio tramite il prete, ma il suo numeroso parentado non si dava pace se non avesse avuto un consulto con un luminare. Non certo per sfiducia nella mia giovane età, ma perché Astolfo se lo meritava. Quella sera terminai in fretta l'ambulatorio e poco prima dell'ora di cena ero in centro a Milano dove il professor Grandi aveva il suo. Nonostante avesse la fama di essere puntuale, lo dovetti aspettare una buona ora prima che finisse. Mi aveva chiesto lui di venirlo a prendere perché di sera non guidava volentieri. Alla fine fummo nella mia Cinquecento, quasi spalla a spalla. Per me una certa emozione. Di tanto in tanto osservavo sul volto del professore quel suo abituale accenno di sorriso che non lo abbandonava mai e di cui non si capiva il significato. Lasciate le ultime case della città entrammo in una di quelle nebbie dove sai quando entri, ma non quando esci. Avevo immaginato una piacevole conversazione. Invece fu un percorso in completo silenzio. Perciò mi concentrarai sulla relazione del caso che, una volta al letto del malato, avrei fatto al mio primario. Sapevo la strada e poco più tardi fummo vicini alla fattoria di Astolfo. Almeno così mi era sembrato. In realtà avevo perso la strada asfaltata e ci trovammo a percorrere una strada in terra battuta, con numerose buche. Spesso le nostre spalle si toccavano. Poi capii dove avevo sbagliato e ingranai la marcia indietro. Il professore rimase senza parole e con il sorriso che non sbocciava. Ma a un certo punto accese la luce sotto lo specchietto retrovisore, guardò l'orologio e finalmente parlò:- Lei pensa che con tutto il tempo che abbiamo perso, possano aver chiamato un altro medico? - suonava come un chiaro rimprovero nei miei riguardi.

- Questo proprio no - lo rincuorai. Il professore si aggiustò nel suo atteggiamento di sempre, riassorbendo un'espressione di soddisfazione per non aver rischiato un viaggio a vuoto. All'improvviso intravidi la fattoria. Entrai nel cortile e mi fermai poco distante da una porta aperta, illuminata. I due cani da caccia di Astolfo si avvicinarono, abbaiando con poca convinzione. Poi riconosciuta la mia Cinquecento, si allontanarono. Sotto il portico il bel calessino di Astolfo, sempre lucido e pulito, aveva le stanghe a terra e il sedile di pelle scura mostrava, dalla parte della guida, la forma lasciata dal padrone della fattoria. Spensi il motore e mi affrettai a scendere per andare ad aprire la portiera al mio passeggero. Ma mi accorsi di non essere arrivato in tempo. Il professor Grandi era già sceso con un movimento scattante e aveva infilato la scarpa sinistra in una larga e profonda pozza fangosa. Rimasi senza respiro ad osservarlo mentre teneva sollevata la gamba del calzone con due dita, la scarpa sommersa. Non gli uscì nulla dalla bocca né si modificò quell'accenno al sorriso. Quasi subito il professore liberò di forza la scarpa con un rumore che ricordò lo sturare di una bottiglia di spumante. Poi si portò sul cemento sotto il porticato e con tre colpi energici per terra scosse il grosso del fango e riprese il suo portamento diritto e solenne. Capii in quell'occasione che i primari dovevano avere una marcia in più per ogni evenienza. - Da questa parte, prego - lo invitai, indicando la porta illuminata.

Il professor Grandi mi passò davanti con la borsa da medico che gli scendeva dal braccio sinistro come parte di sé. Percorso un corridoio, trovammo diverse persone. Il professore si fermò aspettando che lo presentassi. Qualcuno ci aiutò a togliere i cappotti che furono portati via. Il locale era molto ampio e piuttosto freddo, con tre lampadari in ferro battuto a più luci, le grosse travi di legno che sporgevano dal soffitto, il pavimento a piastre rosso scuro, ben lucidate. C'erano molte persone. In fondo al salone si apriva una porta, al di là della quale si vedeva la sponda alta di un letto matrimoniale. Quasi ignorando il professore, due figli di Astolfo, entrambi oltre la cinquantina, tarchiati, vestiti di scuro, mi si avvicinarono, mi presero in disparte e mi parlarono a bassa voce.

- Nostro padre - mi disse uno di loro, - è morto.

Ebbi una folla d'imbarazzanti pensieri e solo allora percepii il brusio delle orazioni che provenivano dalla stanza sul fondo. Mi avvicinai al professor Grandi, seguito dai due figli di Astolfo. Le altre persone nel salone seguivano quanto stava accadendo, quasi allineati lungo le pareti. Il professore si volse verso di loro. - Mi dispiace, professore -gli dissi, assumendo la faccia della doppia circostanza - il paziente è morto. - Morto? - disse il professore, mostrando palese espressione d'incredulità e di rimprovero. - Chi l'ha detto? Ma chi l'ha detto! Lasciando i presenti nella sorpresa, si diresse verso la porta di fondo. Entrato nella stanza, mi chiamò a sé. C'erano diverse persone attorno al letto. - Prego, dottore - mi disse il professor Grandi -faccia uscire questa gente. Possono rimanere solo due persone della famiglia. Le persone nella stanza non aspettarono un secondo invito e uscirono. Rimasero la moglie e il figlio maggiore. - Chiuda la porta, dottore - mi ordinò ancora il professore. Qualcuno la chiuse dall'esterno. - Ma chi ha detto che è morto? - disse di nuovo il professore, questa volta con un po' d'irritazione. -Non vedete che è grave, anzi gravissimo, in coma, oserei dire. Ma affermare così, con leggerezza, che è morto... Emise un risolino nervoso. Tolsi con delicatezza la corona del rosario dalle dita di Astolfo e la depose sul comodino. - La prego, dottore - disse ancora, portandosi alla destra del letto e appoggiando la sua borsa su una sedia vicina. - Rimetta l'ossigeno al paziente. Non mi rimase che ubbidire. Nell'imbarazzo però inciampai contro la grossa bombola dell'ossigeno che oscillò pericolosamente. Fui lesto a sistemarla. Il professor Grandi tolse dalla borsa il fonendoscopio e se lo aggiustò con l'archetto attorno al collo. Iniziò a spogliare Astolfo, come se fosse stato un manichino. Vedendolo così sicuro nel suo agire, cominciai a considerare anche la possibilità che avesse qualche buona ragione. Avevo letto di casi, forse per troppa fretta, in cui il malato era stato dichiarato morto e invece poi si era ripreso. Anche i familiari del vecchio patriarca della fattoria furono presi da stupore e da un filo di speranza. - Dottore, che le succede? Finisca di sistemare il malato e mi assista. Quasi come un automa infilai la cannucchia dell'ossigeno nella narice e aprii la bombola. Il gorgogliare dell'ossigeno nell'acqua era l'unico rumore nella stanza. Tolsi a fatica la giacca ad Astolfo, lo misi seduto e gli sollevai camicia e maglietta per permettere al professor Grandi di auscultare il torace. Poi lo riportai supino in modo che si potesse fare altrettanto davanti e sul cuore. In questi movimenti rilevai la bassa temperatura di quel corpo. La visita proseguì con molta cura e meticolosità, con la palpazione dell'addome, con la ricerca dei riflessi oculari alla luce e di quelli osteotendinei con il martelletto. Da ultimo fu rimesso il fonendoscopio sul cuore, dove il professore si soffermò a lungo. Poi se lo tolse dalle orecchie e lo infilò nella borsa con gli altri strumenti usati. Si stirò il bordo della sua giacca verso il basso e si avvicinò solenne alla moglie e al figlio di Astolfo.

- In questo momento - disse loro - posso dichiarare, secondo scienza e coscienza, che il paziente è morto. La moglie cominciò a singhiozzare e il figlio l'abbracciò. Nel locale attiguo arrivò il pianto della donna e ci fu l'eco di un vocio lamentoso.

- Dottore - mi disse il professore con impazienza -che cosa aspetta? Tolga l'ossigeno. Alcune persone riassetarono i vestiti della salma e rimisero la corona del rosario fra le sue dita. Ritornammo nel salone e si avvicinarono i tre figli e la figlia di Astolfo. - Quanto le dobbiamo, professore, per il disturbo? - chiese il più anziano. - Quattrocento - rispose il professore. - Quanto il torello comperato l'altro ieri - commentò il più giovane, che mi indirizzò un 'ruffiano!' a bassa voce. Al professor Grandi fu fatto un assegno, che fu intascato come un qualunque pezzo di carta. Fummo congedati con uno scambio di saluti a fior di labbra. Ci avviammo alla Cinquecento. - La prego - disse il professore - di spostarla più avanti, dove non ci siano altre pozzanghere. Notai che il fango sulla scarpa e sui pantaloni si era un po' raggrumato. I cani di Astolfo ci raggiunsero di nuovo. Ci girarono attorno a testa bassa, ci annusarono e se ne andarono. La nebbia era ancora fitta e la notte più scura. Temetti di non trovare la strada del ritorno. Ma fummo fortunati e ben presto tornammo in città. Fu anche questo un viaggio in silenzio in compagnia di quell'abbozzo di sorriso che non diceva nulla e della mia convinzione che i primari avevano davvero una marcia in più. Riportato sotto casa il professore Grandi, al momento dei saluti mi sfuggì un ringraziamento. Lui fece cenno di sì col capo. Rincasai a mia volta a notte inoltrata. Clara e i figli erano già a dormire da un pezzo. Consumai la cena che mi attendeva in cucina con una buona birra. Salii in camera cercando di fare il minor rumore possibile. Quando m'infilai sotto il piumino, Clara si girò dalla mia parte.

- Come è andata? - mi chiese. - Lasciamo perdere.

- E lui, quanto ha preso? - Che t'importa? - E a te che cosa hanno dato? - Del ruffiano.

Clara rise. Aveva il dono di mettere ogni cosa al posto giusto e nel fare questo si divertiva. Mi abbracciò e la sua tenerezza mi riportò a una piacevole calma. Quella notte fu tutto molto bello e capii che non c'erano consultati che valessero quanto l'amore di Clara.

L'olfatto e il gusto

attenti a quei due.....

per ritrovare la facoltà olfattiva

PREMESSA

La qualità della vita dipende in gran parte dalla funzionalità dei nostri cinque sensi: *tatto, vista, udito, olfatto, gusto*. La mancanza o la scarsa efficienza di una o più d'una di queste "finestre sul mondo" inevitabilmente ne comporta un peggioramento. Con la laringectomia totale s'interrompe il flusso aereo attraverso le vie normali (naso e bocca) che vengono cortocircuitate, compromettendo la funzionalità dell'olfatto.

ALLA RICERCA DELL'OLFATTO PERDUTO.

La prima laringectomia risale al 1873. Ai problemi connessi alla voce e alla respirazione si concentra la massima considerazione, ma non si valutano le conseguenze sull'olfatto. Solo nel 1973 (un secolo esatto dalla prima laringectomia!) si prende atto della stretta relazione tra l'intervento demolitivo e la perdita olfattiva (anosmia). Negli anni '70 ad imitazione dei sommeliers, viene proposta la tecnica dello "*sbadiglio passivo*" (movimento della lingua che spinge l'aria all'indietro per via orale). Negli anni '90 viene proposto un sistema chiamato "*laringe bay pass*" (un tubo di gomma interposto tra il tra-cheostoma e la bocca che consente di ripristinare il flusso aereo per le vie normali). Altre due tecniche proposte sono: lo "*sbadiglio garbato*" (si cerca di ingoiare aria abbassando rapidamente la lingua a bocca chiusa, creando una piccola depressione a livello della cavità buccale che favorisce un flusso d'aria attraverso le narici) e lo "*sniffing*" (introdurre rapidamente l'aria dal naso, dilatare le narici e nello stesso tempo deglutire). La radioterapia non ha alcuna influenza sull'olfatto, in quanto le radiazioni sono dirette al di sotto del centro olfattivo. Esiste, invece, un rapporto diretto di causa-effetto tra la chemioterapia e l'olfatto (iposmia) deteriorato dalle sostanze chimiche utilizzate per la terapia. Si è riscontrato che la percezione olfattiva del laringecto-mizzato che parla con voce esofagea risulta migliore rispetto al laringectomizzato che parla con protesi fonatoria. A partire dagli anni '80 si è riscontrato inoltre che esiste anche una funzione olfattiva che passa per via polmonare sanguigna e raggiunge il bulbo olfattivo (vedi figura). Si può dire, dunque, che al laringec-tomizzato non manca in assoluto l'olfatto.

IL GUSTO.

Il senso del gusto è provocato dalla stimolazione delle papille gustative che danno la sensazione dei quattro sapori fondamentali: *dolce, acido (aspro), salato, amaro*. A differenza dell'olfatto, i difetti di trasmissione e di percezione derivati dall'intervento demolitivo, sono limitati al periodo della chemioterapia. Il gusto è associato alle sensazioni: *visive* (la nota acquolina), *tattili, caloriche, alla reazione chimica con la saliva* ed è strettamente collegato all'olfatto. Tutte queste sensazioni, integrandosi, costituiscono una "memoria gustativa" che fa riconoscere un cibo anche ad occhi chiusi. Sulla base di studi specifici si può affermare che appropriate stimolazioni olfattive e trigeminali, assieme ad un buon funzionamento del gusto, ridanno al laringectomizzato una soddisfacente funzione olfattiva.

CONCLUSIONE.

Ritrovare la capacità olfattiva, significa ritrovare una più serena e appagante disposizione verso la vita. Si invita il laringectomizzato ad impegnarsi a riaprire quella "finestra sul mondo" perduta o alterata. Non deve sottovalutare inoltre che odori e sapori possono essere un archivio di ricordi, l'eco del proprio passato che riemerge regalando il dono prezioso delle emozioni.

Sintesi da una relazione del

Dott. M. Magnani

Farmaci al posto del bisturi

La svolta nel campo dell'ORL è stata presentata a Mestre alla 9th international SVO Conference on Head and Neck Cancer

I tumori di vaste dimensioni a carico dell'apparato cervico-facciale potrebbero non avere più bisogno dell'approccio chirurgico per essere rimossi o curati. L'utilizzo di innovativi farmaci bersaglio, frutto delle più moderne sintesi di nanotecnologia, sta infatti conducendo a risultati sempre più avanzati e sicuri nella cura delle specifiche patologie. Questi preparati di ultima generazione, in fase di sperimentazione a livello internazionale, sono in grado infatti di ovviare all'uso del bisturi, che se impiegato per l'asportazione di neoplasie di proporzioni importanti porterebbe il paziente a dover convivere con evidenti menomazioni a livello estetico e funzionale. L'impiego terapeutico dei nuovi farmaci bersaglio - trattato nelle relazioni di oncologi internazionali di primo piano - è una delle principali novità nel campo dell'ORL emerse dalla 9th International SVO Conference on Head and Neck Cancer, tenutasi dall'8 al 10 luglio scorsi a Mestre (VE) e promossa dalla Scuola Veneta Ospedaliera di Discipline Otorinolaringoiatriche (SVO) presieduta da Francesco Lunghi e Roberto Spinato.

Alla tre giorni hanno preso parte decine di luminari, specialisti, medici e infermieri provenienti da tutto il mondo, per quello che è stato un simposio di grande importanza per l'aggiornamento e l'approfondimento sulle nuove frontiere della chirurgia cervicale e degli interventi terapeutici ORL in generale. I temi e gli studi innovativi posti sotto la luce dei riflettori all'interno del convegno sono stati numerosi. Tra questi, desta particolare interesse quello legato all'insorgere di tumori alla cavità orofaringea tra i giovani: neoplasie che si manifestano non solo, com'è noto, per l'abuso di alcol, tabacco o sostanze stupefacenti quali la marijuana, ma anche a seguito di pratiche sessuali non protette. L'incidenza dei tumori all'orofaringe è infatti progressivamente aumentata nel corso dell'ultimo decennio: questo incremento è legato al ruolo emergente del papilloma virus umano (HPV), in particolare del tipo 16, quale agente causale della carcinogenesi orofaringea.

L'età media di questa sottopopolazione è minore rispetto ai classici tumori di testa e collo ed è associata alla trasmissione sessuale, ovvero a pratiche che facilitano la ripetuta esposizione e la diffusione del virus. Dal convegno di Mestre è però emerso che, grazie a cure all'avanguardia, la guarigione totale di questi pazienti è pari all'80%, quasi il doppio rispetto a quelli negativi al HPV. Più ad ampio raggio, che la medicina in fase diagnostica, terapeutica e chirurgica abbia compiuto negli ultimi anni passi da gigante, lo testimoniano alcune importanti note emerse nel corso del congresso: "da sperimentazioni svolte negli Stati Uniti sono giunti importanti aggiornamenti sull'uso del laser per interventi di chirurgia endoscopica - affermano Francesco Lunghi, direttore della ORL di Monselice e presidente della SVO e Roberto Spinato, direttore della divisione chirurgica e di ORL a Mirano (VE) e vicepresidente SVO. Questo tipo di operazioni richiede una grande preparazione e una notevole abilità da parte del chirurgo, ma conduce a risultati molto più soddisfacenti rispetto a quelli ottenibili con la chirurgia tradizionale". Una prospettiva che potrebbe portare ad una svolta epocale in un campo, quello relativo ai tumori del distretto cervico-facciale (HNC), che comprende uno spettro di neoplasie dalle caratteristiche biologiche, istologiche e cliniche molto differenti.

Nella maggior parte dei casi si tratta di carcinomi squamocellulari che coinvolgono il cavo orale, l'orofaringe, la laringe e l'ipofaringe (HNSCC) e che costituiscono la sesta causa per tumore al mondo. L'obiettivo su cui stanno lavorando gli specialisti sono dunque terapie mirate e più efficaci: recentemente sono stati studiati diversi

marcatori molecolari con l'idea di verificarne il valore predittivo, ma ancora non è stato identificato un fattore che realmente, per le sue caratteristiche molecolari, abbia contribuito a cambiare lo scenario dei HNSCC. A differenza di quanto avvenuto nei tumori coloretali, deve ancora infatti essere identificato un biomarcatore di tale portata clinica. Sarà quindi necessario comprendere meglio la storia naturale dell'infezione da HPV e attivare adeguate procedure preventive come la vaccinazione, studiare il profilo genetico di ogni neoplasia per caratterizzarne meglio il decorso e la prognosi, identificare nuovi 'pathways' molecolari o nuovi marcatori predittivi di risposta al trattamento ed evitare terapie rischiose e costose per i pazienti mancanti dello specifico marcatore.

Una prassi deontologica che coinvolge in modo particolare le regioni del Nordest italiano, che detengono la "maglia nera" per i casi di tumori della testa e del collo. In Italia si riscontrano dai 13mila ai 15mila nuovi casi all'anno, e Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige risultano in cima alla lista delle regioni più colpite.

A Nordest si calcola infatti un'incidenza di 180 nuovi casi per 100mila abitanti ogni anno, percentuale cinque volte superiore rispetto alle altre regioni e inferiore solo a quella dei tumori al polmone. "La prevenzione e la diagnosi precoce di queste forme tumorali è fondamentale -chiariscono Lunghi e Spinato -, perché nel caso in cui si intervenga all'inizio si riscontra il superamento della malattia con guarigione nell'80-90% dei casi, mentre se il tumore viene identificato in fase avanzata la sopravvivenza è del 30-40% a cinque anni, con peggioramento in caso di metastasi". Eppure i pazienti continuano a recarsi dallo specialista spesso troppo tardi, per una sottovalutazione dei sintomi, per disattenzione, per paura. "Invece un controllo frequente consentirebbe di accertare e contrastare la malattia con ottime possibilità di successo - rimarcano i due professori -. Ed è un consiglio che rivolgiamo con forza anche alle donne: negli ultimi anni, infatti, è stato riscontrato un aumento dei casi di tumori alla testa ed al collo in campo femminile: questo, nonostante una maggiore e migliore curabilità dei pazienti, indica infatti un incremento nell'abuso di alcol e tabacco anche da parte delle donne, soprattutto giovani".

Dr. GB. Marchetto

La Federazione del volontariato di Verona Onlus
ente gestore del CSV
Centro Servizio per I volontariato di Verona
attesta che l'organizzazione

Associazione Oncologica Italiana Mutilati della Voce Onlus

opera in accordo ai principi della Carta della Donazione
ed è autorizzata a utilizzare il marchio



Per Italo Serafini

La preziosa eredità di un grande protagonista

Forse si tratta solo di fortuna incontrare un Maestro sulla propria strada professionale. Penso sia anche una questione di necessità: per trovarlo bisogna sentirne il bisogno, e questa urgenza scaturisce dalla passione per quello che si fa. Procedendo da soli, come autodidatti, si fatica molto, e spesso nascono fondate incertezze sulla correttezza del proprio percorso. Il sonno si fa agitato. Ma quando entra in campo il Maestro è come salire in carrozza: il viaggio può essere anche lungo e faticoso ma che soddisfazione capacitarsi di dove si è sbagliato o comprendere dove si può migliorare.

Il 20 luglio 2010 il Professore se n'è andato. La sfortuna si è accanita con Lui negli ultimi nove anni infliggendogli patimenti di ogni sorta. Ho considerato questo drammatico evento come una liberazione, una ormai dimenticata "assenza di dolore", come l'inizio di un sonno sereno e rigeneratore. L'ho visto star male, umiliato dal male, Lui, così esigente; e ciò nonostante sempre con quel coraggio positivo di chi, consapevolmente, segue una strada segnata e tuttavia non disdegna di irridere il destino inesorabile con ventate di comica ironia. Il fascino del personaggio si nutre di immagini inconsuete: provate ad immaginarLo, alla fine degli anni 60, mentre sperimenta sui cani e sugli scimpanzé la Tracheo-ioido-pessia come possibile alternativa alla mutilante laringectomia totale, e ne registra accuratamente la metodica chirurgica ed il diario clinico del post-operatorio. Che immagine fascinosa d'altri tempi, in bianco e nero, impossibile da concepire possa avvenire qui ed ora. Ricordo anche quando, agli inizi degli anni 90, armati di telecamere, macchine fotografiche, fari, cavalletti e strumentario chirurgico, si partiva di buon ora per Pavia dove, presso l'Anatomia patologica del Policlinico, potevamo attuare la dissezione del collo nel cadavere.

L'esperienza raccolta fu la base dei Corsi di Dissezione del Collo Andrea Vesalio, presso l'Università di Bruxelles, dei quali il Professore fu direttore per diversi anni. Dalle immagini e dalle considerazioni di quei Corsi scaturì il "Manuale pratico di dissezione del collo" che ha avuto grande diffusione ed apprezzamento. In quegli stessi anni Egli fu anche testimone della fioritura di due grandi novità per la nostra professione: l'iconografia scientifica e le basi di conoscenza. I nostri video-tape degli interventi chirurgici finalmente mostravano ciò che prima si poteva solo raccontare; l'introduzione del computer e quindi della possibilità di ragionare su grandi numeri ricalibrava i concetti e, spesso ridimensionando l'opinione dei maggiori, gettava le basi della medicina basata sull'evidenza. In tutte queste cose il Professore fu protagonista, e comunque sempre promotore. La sua propensione all'avventura scientifica è stata sempre per me un grande incentivo alla professione.

Cosa rimane di tutto ciò? Passano gli anni ed il gruppo dei medici che hanno lavorato col Professore mostrano oramai una marcata canizie. Alcuni di loro hanno anche lasciato posto ai giovani; i quali hanno accettato quei principi che sono l'eredità professionale del Professore: rigore di metodo, spirito critico ed attenzione personale al paziente oncologico.

Il concetto può essere semplificato: "fare" nel miglior modo possibile nel tempo che ci è concesso. Loro stessi hanno incominciato ad assaggiarne i frutti che sono anche il riscontro affettivo da parte di tanti pazienti che affrontano lunghi trasferimenti pur di accedere alla nostra Istituzione. E noi canuti, nel cercare di trasmettere ai giovani competenze e manualità, ci siamo riscoperti novelli Maestri, orgogliosi di scorgere in loro i primi germogli di fierezza professionale. Perché è vero che **senza Maestri è un po' come camminare tra le nuvole...**

Dott. Marco Luciani

Aiutare il paziente

Il ritorno a casa dopo il ricovero ospedaliero

I pazienti oncologici presentano spesso patologie multiorgano, effettuano a volte terapia concomitante chemio-radio, soprattutto nel tumore del polmone, orl avanzati, esofago, gastrico, ecc. Possono, altresì essere ricoverati in fase avanzata di malattia usufruendo di interventi sia curativi sia che mirano alla palliazione dei sintomi (compreso il dolore, la dispnea, l'emolisi, ecc.). Nel corso del ricovero può presentarsi un aggravamento tale da non consentire, per motivi clinici, etici, deontologici, una dimissione nei tempi programmati al termine del trattamento, nemmeno talvolta di attivare l'ADI dell'ASL prima dell'insorgenza del nuovo problema. Talvolta, poi, nel momento in cui i presidi sono pronti e l'ADI è attivato, le condizioni del malato precipitano e non è più possibile la soluzione domiciliare o il trasferimento in altra struttura (es.: hospice). Un discorso a parte meritano quei pazienti che arrivano in fase avanzata di malattia e che sono degenti per palliazione dei sintomi, per i quali di grande beneficio in molti casi è ad es. il flash antalgico radioterapico. Per costoro è evidente che c'è un tempo limitato entro cui programmare la dimissione oltre il quale non è più possibile, ad esempio per chi è distante geograficamente dal domicilio, che rimarrà fino alla terminalità. Il protrarsi della degenza in reparto, alla fine delle terapie, interferisce negativamente sulle liste di attesa per coloro che attendono la cura con ricovero. Ha, altresì, un impatto negativo sui pazienti stessi, dato che quasi tutti sperano di tornare a casa, ed ha un effetto certamente sui costi economici del servizio sanitario nazionale. Ogni giorno di ricovero costa una cifra in media superiore a 500 euro. Viceversa, il diversificare le risposte, evitando il ricorso protratto o improprio al ricovero ordinario, è un importante strumento che induce speranza nel malato e riduce i costi personali ed economici.

Presso la Radioterapia Oncologica di Verona, dal 2007, grazie al supporto di un'associazione amica in ambito oncologico (A.N.V.O.L.T, Ass. naz. Volontari Lotta contro i Tumori) è stato possibile favorire la dimissione dei pazienti in difficoltà, che non avevano le caratteristiche per essere seguiti in ADI, ma avevano ancora l'opportunità di permanere presso il domicilio, benché senza un supporto familiare adeguato. Sono stati seguiti in tre anni più di 40 pazienti e le loro famiglie, con circa 360 accessi domiciliari da uno Psicologo adeguatamente preparato dal Servizio di Psicologia Oncologica, gestito dalla responsabile. L'incremento è stato costante, l'inizio è stato il primo anno con 12 pazienti. Nel corso degli ultimi mesi si sono creati le condizioni per sviluppare ed estendere ulteriormente tale programma anche ad altre patologie. Tra i co-promotori dell'allargamento del programma con l'obiettivo della socializzazione e del sostegno della famiglia c'è l'Associazione Oncologica Italiana m.d.v.già impegnata con il Presidente Regionale e le varie sedi locali in programmi di promozione alla salute nelle scuole.

**Luisa Nadalini, Resp. S.S.F. Psicologia Oncologica e Continuità delle Cure,
U.O.C. Radioterapia Oncologica,
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona**

Una nuova epidemia: “la Sindrome Metabolica”

Quando i rischi non si sommano ma si moltiplicano

L'associazione di diabete, sovrappeso, ipertensione e di-slipidemia prende il nome di Sindrome Metabolica. Il 30% della popolazione adulta ne è affetta. Accanto ai farmaci, alimentazione sana ed esercizio fisico regolare, sono le armi per combatterla. Di rado l'adulto ha "solo" il diabete. Una indagine effettuata presso l'ULSS 17, territorio con 185 mila abitanti, ha mostrato che dei circa 8.000 diabetici seguiti, solo il 7% ha solamente la glicemia alta. Il 30% ha almeno un altro fattore di rischio isolato (ipertensione arteriosa, sovrappeso, troppo colesterolo LDL o troppi trigli-ceridi), il 43% altri due e il 20% altri tre. Per la precisione abbiamo rilevato che su dieci persone con il diabete otto sono in sovrappeso e sette sono ipertese. Il problema è serio perché ciascuno di questi fattori risulta costituire da solo un importante rischio cardio vascolare e i rischi in questo caso non si sommano, ma si moltiplicano.

È IMPORTANTE MANTENERE UN BUON COMPENSO GLICEMICO?

Certamente sì, sia perché portare la glicemia nella norma significa togliere di mezzo un elemento di rischio, sia perché gli sforzi che il paziente fa con le medicine o cambiando il suo stile di vita per ridurre la glicemia hanno effetti positivi anche sugli altri fattori di rischio. Attenzione comunque, anche una semplice alterata glicemia a digiuno, cioè una glicemia compresa tra 100 e 125 mg/dl, rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare. Chi pensa di avere solo "un po' di diabete" o solo di "essere predisposto" al diabete deve stare attento a non sottovalutare la sua condizione.

DIABETE E SINDROME METABOLICA

Ogni anno, nel territorio dell'ULSS 17, 800 persone circa "scoprono" di avere il diabete. Tre quarti di loro, se non si cureranno adeguatamente, potrebbero morire a seguito di un infarto o di un ictus. L'insieme di diabete, sovrappeso, ipertensione, ipercoleste-roleemia e/o ipertrigliceridemia è quella che oggi si chiama sindrome metabolica.

SONO NECESSARI I FARMACI PREVENTIVI?

Abbiamo un'ampia gamma di farmaci che sono in grado di gestire ciascun fattore di rischio, spesso più di uno, quasi sempre con ottimi risultati. Studi recenti evidenziano che farmaci da noi utilizzati dopo che la "patologia" è stata rilevata: ace-inibitori, sartani, metformina, statine solo per fare dei nomi, stanno dando ottimi risultati se assunti in una logica di prevenzione. Un po' come l'acido acetilsalicilico (l'aspirina) a basse dosi. Il modello classico secondo il quale prima si sviluppa un sintomo e poi si inizia una terapia, con la sindrome metabolica, funziona poco. Quando la glicemia, il colesterolo o la pressione sono così alti da richiedere, secondo le vecchie linee guida, un trattamento farmacologico, talvolta buona parte del danno alle arterie è stato fatto. Comunque non sto affermando di somministrare "a tutti" farmaci preventivi. Oggi ci si sta orientando a trattare precocemente una popolazione ad alto rischio come quel 75% di pazienti che hanno la glicemia alta associata ad altri fattori di rischio cardiovascolare. Del resto, se ci pensate, tutte le persone che hanno avuto un infarto sono sottoposte a programmi di prevenzione secondaria. Ma chi ha il diabete, pesa troppo e ha la pressione, i tri-gliceridi o il colesterolo alti, rischia come o più di un infartuato.

AVETE LA PANCIA? MISURATELA!

La Sindrome metabolica spesso si associa a "obesità viscerale" che quando è presente costituisce un fattore di rischio cardiovascolare aggiunto. Per scoprire se

siete a rischio potete semplicemente misurarvi la circonferenza addominale, a livello dell'ombelico, con un metro da sarta, a prescindere da altezza ed età, il valore massimo è:

- 102 cm per gli uomini (94 cm secondo le ultime evidenze!)
- 88 cm per le donne (80 cm secondo le ultime evidenze!)

Se siete "fuori misura" vi conviene darvi da fare rivolgendovi al vostro medico.

MODIFICARE LO "STILE DI VITA":

ALIMENTAZIONE SANA ED ESERCIZIO FISICO

Innanzitutto, per i fumatori, sarà indispensabile l'abolizione assoluta e immediata del fumo. Di enorme importanza è poi una sana alimentazione che porti a raggiungere il peso ideale per ogni individuo, cioè un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 20 e 25 (Kg/m²), bisognerà poi ridurre la quantità di grassi alimentari soprattutto saturi (quelli contenuti nella carne rossa, nel burro e nei formaggi grassi), aumentare l'apporto di frutta e verdura, ridurre il consumo di sale e l'assunzione di alcoolici con la dieta. Ora mi preme sottolineare l'importanza di un regolare esercizio fisico. Quello che possiamo e dobbiamo realisticamente fare in pratica è iniziare a camminare fuori casa e/o fuori dal lavoro a passo veloce ogni volta che ci è possibile. Studi scientifici preventivi hanno anche quantizzato la strada da fare: **10.000 passi al giorno** che tradotto significa percorrere in media **cinque-sei chilometri a passo veloce** (come se si avesse fretta!) almeno **3 - 4 volte alla settimana (in media 45' di camminata al giorno)**.

Sembra improponibile ma vi assicuro che, per chi non ha problemi ortopedici o cardiovascolari particolari, è un obiettivo raggiungibile in poco tempo e con un po' di allenamento .. e di convinzione.

Sapete qual è il maggior ostacolo per iniziare una regolare attività fisica?

Dalle dichiarazioni di molte persone sembra che non sia la mancanza di tempo, la pigrizia o i vari problemi fisici ma l'imbarazzo di farsi vedere soprattutto nei piccoli paesi, mentre si cammina apparentemente a vuoto, dai propri compaesani! Nell'ULSS17 da quest'anno sono attivi alcuni "gruppi di cammino", guidati da operatori qualificati, dedicati ai soggetti affetti da Sindrome metabolica che hanno entusiasticamente coinvolto anche i loro familiari, con ottima ricaduta sugli indici di controllo metabolico.

Siamo nati con la capacità di camminare: sfruttiamola!

Camminare rende più forti, più magri, più calmi, più giovani e più sani. *Camminando* diminuiscono glicemia, la pressione arteriosa ed il colesterolo. *Camminare* rende i muscoli più tonici. *Camminare* migliora la forma fisica e dà più energia. *Camminare* vivacemente e se possibile in compagnia. *Camminare* significa migliorare la respirazione. *Camminare* è un modo positivo per affrontare depressione, rabbia ecc. *Camminare* aiuta a dormire meglio. Una valida alternativa può essere la bicicletta: ma allora ricordatevi di "pedalare" perché i chilometri da fare in poco più di un'ora sono il triplo!

UN RUOLO NUOVO DEL DIABETOLOGO

Per noi diabetologi dunque, la sfida è cambiata: non più "guardiani della glicemia" ma "gestori", insieme al paziente, delle varie componenti di rischio che fanno della sindrome metabolica il pericolo pubblico numero uno per la salute. Direi che oggi la classe medica, specialisti e medici di base, è complessivamente in grado di "governare" dal punto di vista clinico, in maniera coerente ed adeguata, i vari aspetti della sindrome meta-bolica in una logica di prevenzione e riduzione del rischio. È bene che tutti ci impegniamo a favorire un regolare esercizio fisico e una sana alimentazione fin dall'età scolare.

Dott. Giuseppe Panebianco

*Responsabile U.O.S. a valenza Dipartimentale di Diabetologia
Azienda ULSS 17 – Monselice*

«...E se la “piglio”?...»

Parliamo dell'influenza *Informazioni e consigli*

CHE COS'È?

L'influenza è una malattia respiratoria acuta causata da un virus, detto appunto influenzale, che colpisce pressoché ogni anno tra i mesi di novembre e febbraio. L'aria più fredda è un veicolo ideale per la trasmissione del virus, veicolato anche da "scambi respiratori" tra persone in ambienti chiusi e poco aerati. Il virus si propaga soprattutto per via aerea (tosse, starnuti, secrezioni contaminate), per contatto fisico ravvicinato (un abbraccio, una stretta di mano) con l'influenzato o con gli oggetti da lui utilizzati.

IL DECORSO

L'incubazione (periodo tra l'infezione e i primi sintomi) varia da 18 a 72 ore. Può avere un esordio violento con sintomi generali quali mal di testa, febbre, brividi, dolori muscolari diffusi, malessere generale. Tutti accompagnati da sintomi respiratori per lo più con tosse e mal di gola. Può manifestarsi anche con scarsi sintomi respiratori senza febbre, grave malessere e prostrazione. Nella maggioranza dei casi si risolve in 2-5 giorni o al massimo entro una settimana. Non è raro lamentare nel periodo di convalescenza stanchezza o debolezza generalizzata. La durata dipende sia dalla quantità di virus infettante sia dalla capacità di difesa del sistema immunitario dell'organismo. Si consiglia di restare a casa per almeno sette giorni dalla prima comparsa dei sintomi e almeno 24 ore dopo la guarigione.

POSSONO VERIFICARSI COMPLICAZIONI?

Una possibile complicazione è la polmonite, favorita (si fa per dire) dalla particolare esposizione all'aria del laringecto-mizzato attraverso lo stoma.

L'influenza non è una malattia da sottovalutare. Può avere una serie di complicazioni: dal rischio di meningite, alle convulsioni per febbre molto alta, da infezioni batteriche a carico dell'apparato respiratorio, all'infiammazione (rara) del miocardio.

PER PREVENIRLA

È buona regola mantenere nell'abitazione una temperatura di 20° e arieggiare quotidianamente l'abitazione. Quando uscite, in giornate fredde e ventose proteggetevi con sciarpe, il naso, la bocca e in particolare lo stoma. D'inverno non c'è nulla di meglio di un bagno caldo che riscalda e rilassa. Nell'acqua poi si possono sciogliere piante balsamiche utili all'apparato respiratorio. Il **vaccino** antinfluenzale è un'importante misura di prevenzione. È certamente consigliata al tracheotomizzato. In particolare: dopo 65 anni, se affetto da malattie polmonari o croniche o da cardiopatie o da diabete o da disfunzioni renali o con seria anemia o sistema immunitario indebolito.

PER EVITARLA, "POSSIBILMENTE"

Quando si starnutisce coprirsi naso e bocca con un fazzoletto, che va poi buttato subito tra i rifiuti. - Lavarsi spesso le mani con acqua e sapone o detergenti a base di alcool prima di ogni pasto, dopo aver starnutito o tossito o aver frequentato luoghi pubblici. - Evitare di toccare occhi, naso, bocca e stoma con le mani non lavate perché i germi si trasmettono attraverso le mucose. - Evitare il più possibile contatti con persone malate e dovendo condividere spazi comuni, indossare una mascherina chirurgica.

PER COMBATTERLA

Ecco alcuni consigli e suggerimenti pratici. Fondamentalmente si consiglia, più che i farmaci, il riposo a letto, di umidificare l'ambiente, meglio se con essenze balsamiche, di bere molta acqua per favorire l'espettorazione e di idratare il corpo. Gli antibiotici sono da riservare solamente alle complicazioni batteriche. La terapia medica è mirata soprattutto ai sintomi, (mal di testa, dolori muscolari, febbre oltre i 38,5 °C, mal di gola), usando l'acido acetilsalicilico, paracetamolo, antiinfiammatori, antitosse e mucolitici, colluttori e spray per il mal di gola. È bene indossare tessuti che permettono di trattenere il calore del corpo. A contatto della pelle vanno bene il cotone e la seta e, sopra, la lana. Umidificate gli ambienti meglio se con essenze balsamiche. Durante l'influenza occorre seguire una dieta liquida con spremute, succhi di frutta e verdura ricchi di vitamina C.....ma soprattutto tanto.. ..tanto

RIPOSO!

Dott.ssa Federica Zanetti

Un prestigioso passaggio di consegne

Come circumnavigare il pianeta professionale di un chirurgo ad "alta definizione"

Il Dott. Prof. Roberto Spinato, un "padre" storico della **Scuola Veneta Ospedaliera di Discipline Otorinolaringoiatriche e Chirurgia Cervico facciale**, più brevemente con acronimo **S.V.O.**, ha ricevuto da un altro "padre" storico il Dott. Francesco Lunghi, il testimone della Presidenza. Il "curriculum vi-tae" del Dott. Spinato è scandito da innumerevoli tappe, ciascuna pietra miliare di un percorso sempre in salita, nel costante impegno professionale, scientifico e umano. È un'impresa anche solamente sintetizzarlo. Dalla laurea in Medicina-Chirurgia presso l'Università di Padova nel 1974, alle innumerevoli specializzazioni in otorinolaringoiatria, comprese le patologie di confine; da un fitto alternarsi di incarichi sempre più prestigiosi, convegni, congressi, conferenze in ambito nazionale e internazionale, alle numerose pubblicazioni, corsi di formazione, master, seminari, campagne di prevenzione e diagnosi precoce; dalla realizzazione di un video sulla storia dei tumori, all'attività di Docente presso l'Università di Trieste e di Co-Direttore a vari corsi in collaborazione con l'Istituto di Anatomia Umana Normale, presso le Università di Cluj-Napoca (Romania) e Sophia Antipolis (Nizza) e la Mayo Clinic-Scottsdale Arizona (USA).

Preso atto del numero notevole di interventi chirurgici e sorvolando (e me ne scuso caldamente...) molte altre ragguardevoli tappe, è doveroso dare il massimo risalto al suo incarico, dal Settembre del 2008, quale Direttore Responsabile del Dipartimento Chirurgico del P.O. di Mirano e dal Gennaio 2009, quale Direttore Responsabile anche del U.O. di ORL del P.O. di Dolo.

Nel ricco medagliere del Dott. Prof. Spinato spicca un evento di peculiare rilievo: aver dato vita nel 1996, con un gruppo di primari del Veneto, per volontà del Prof. Gregorio Babighian, alla S.V.O. La "Scuola", con la presidenza del Dott. Francesco Lunghi e la vicepresidenza del Dott. Spinato, è nata con precise finalità. In primis: promuovere l'aggiornamento continuativo professionale, teorico e pratico dei medici ospedalieri, e non, nell'ambito di tutte le discipline otorinolaringoiatriche. Altre priorità: creare una rete di interscambi culturali tra reparti O.R.L. del Triveneto e con i medici specialisti di altre discipline; definire linee guida comuni offrendo qualificati supporti di aggiornamento mediante l'organizzazione di workshop, corsi teorico pratici, conferenze internazionali. Nel giugno 2010 l'abbinata Spinato-Lunghi ha curato la realizzazione, presso il Laguna Palace Hotel (Venezia-Mestre), della 9TH INTERNATIONAL SVO CONFERENCE ON HEAD & NECK CANCER. È stata una "vetrina" di eccezionale importanza, la "summa" dell'intenso impegno e della superlativa valenza scientifica di un'istituzione, vero "fiore all'occhiello" della Sanità. Termina così la mia "circumnavigazione" del pianeta professionale di Roberto Spinato e si torna al punto di partenza dell'articolo: la sua nomina a Presidente della S.V.O. è un passaggio che all'insegna della più coerente alternanza corona il sodalizio umano e professionale, la profonda, tenace, mirata intesa di obiettivi nella "guerra santa" contro il nemico cancro. Al Dott. Francesco Lunghi è doverosa una corale, grata riconoscenza. Al nuovo "nocchiero", giunga l'augurio di una lunga soddisfacente navigazione.

Pier Luigi Tornatore

Scienza e coscienza

Zenit professionali di un medico autorevole e umano

Nato a Venezia nel 1938, il Prof. Carlo Marchiori ha frequentato i corsi della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Padova laureandosi nel 1963. La sua apprezzatissima attività di chirurgo e di docente presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'ateneo patavino si è svolta inizialmente nella prestigiosa Scuola Padovana diretta dal Prof. Michele Arslan in qualità di assistente di ruolo e libero docente di Clinica Otorinolaringoiatrica e successivamente, dal 1982, come Professore Associato. Nel 1986 raggiunge l'apice della carriera accademica diventando Professore Ordinario e ottenendo la Cattedra di Otorinolaringoiatria all'Università di Padova, ruolo mantenuto fino al settembre ultimo scorso.

L'attività clinico-assistenziale del Prof. Marchiori ha quindi raggiunto ruoli apicali a partire dal 1986, sia in qualità di Direttore dell'Istituto di Clinica Otorinolaringoiatrica dell'Università di Padova sia della Divisione Clinicizzata di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Regionale di Treviso.

Coniugando l'amore per l'atto operatorio con la ricerca scientifica e l'attività didattica, nel corso della sua carriera professionale il Prof. Marchiori ha abbracciato pressoché tutti gli aspetti dell'Otorinolaringologia, dallo studio della fisiopatologia del sistema vestibolare a quello delle neoplasie testa-collo, offrendo un particolare contributo all'oncologia cervico-facciale da lui considerata la più "nobile" delle discipline otorinolaringoiatriche, non tralasciando mai la dedizione al paziente e trasmettendo questi insegnamenti ai suoi collaboratori. La sua lunga attività didattica è stata sempre caratterizzata da un costante impegno teso alla sintesi e alla chiarezza espositiva senza mai scindere gli aspetti teorici da quelli clinici. In ambito scientifico, il Prof. Marchiori ha affrontato e continua tuttora a coltivare numerosi filoni di ricerca: fisiologia dell'apparato vestibolare, fisiopatologia delle flogosi dell'orecchio medio nel bambino, riabilitazione fonatoria nel paziente laringectomizzato, studio delle metastasi laterocervicali, eziopatogenesi dei tumori testa-collo, sono solo alcune delle tematiche da lui affrontate, nell'ambito delle quali egli ha diretto progetti di ricerca e ha prodotto significativi lavori scientifici pubblicati su autorevoli riviste nazionali e internazionali. Ci auguriamo che il Prof. Marchiori continui ad essere una guida per i suoi collaboratori e un punto di riferimento per i pazienti.

Prof.ssa M.C. Da Mosto

Verso una sanità sostenibile

Alla presenza di varie Autorità e dei Rappresentanti la Sanità Regionale, si è tenuto a Verona -Palazzo Gran Guardia - il giorno 11 Marzo - un Convegno organizzato da "Cittadinanzattiva" rappresentata da Flavio Magarini, e dalla Fondazione Lilly rappresentata da Concetto Vasta.

L'OBIETTIVO :

- *Allargamento e qualità dei Servizi*
- *Meno spese*
- *ospedale solo per le fasi acute*
- *Medici di base disponibili 24 ore su 24*
- *Infermieri a domicilio*

Per raggiungere la "Mission" è indispensabile aumentare e riqualificare i servizi sanitari con economie di scala.

PROBLEMI:

• *La previsione del CERN (Centro di Ricerca Indipendente) stima che entro il 2050, a causa aumento malattie croniche, a pari investimenti alla Sanità si potrà offrire circa 1/2 dei servizi richiesti.*

OSPEDALI DEL FUTURO

• *Dovremo affrontare una stagione sempre più critica a seguito aumento anziani con malattie croniche e affetti da pluripatologie - ci sarà sempre più bisogno di Equipe multidisciplinari con cambio di rotta nelle strutture ospedaliere. Viene suggerito di introdurre due nuove figure: il Medico e l'Infermiere Tutor garanti dell'intero percorso terapeutico di ogni paziente.*

MEDICI DI BASE

• *In Veneto sono 3.356 con una media di 1160 assistiti ciascuno; il dott. Lorenzo Adami, segretario Regionale della Fim-mg (Federazione Medici di medicina generale) propone di costituire un gruppo di 15/20 Medici di famiglia su una popolazione di 30.000 abitanti allo scopo di riequilibrare i servizi sul territorio.*

Si dovrebbe istituire un nuovo numero di pronto intervento, il 119, per reperire sempre un ambulatorio aperto con assistenza 24 ore al giorno. Si dovrebbe creare una rete informatica orizzontale tra i colleghi sul territorio, allo scopo di accedere alle schede dei pazienti, oltre ad una rete verticale in posta elettronica per i referti ospedalieri degli assistiti. Certo che superare vecchie incrostazioni non sarà facile né semplice.

Riteniamo già positivo che i Responsabili della Sanità abbiano iniziato a discuterne, ma se vogliamo abbattere i costi ospedalieri dovremo tutti insieme collaborare: Medici / Associazioni / Pazienti.

Auguri, se son rose prima o poi fioriranno.

Adriano O. Zanolli

La “cattiva” comunicazione

Può influire negativamente sul percorso riabilitativo psico-fisico del malato oncologico

La comunicazione è la dinamica della vita dell'uomo che permette agli individui di mettersi in comunicazione tra loro. L'uomo è un animale sociale e, di conseguenza, la comunicazione è estremamente importante. Per comunicazione intendiamo uno scambio di messaggi tra un individuo e l'altro per desiderio o necessità secondo determinati canali comunicativi e secondo particolari modalità. La comunicazione, se è ben condotta, assume un valore molto positivo perché può risolvere contrasti e può creare affetti, ma quando non è ben condotta può assumere valore estremamente negativo e diventare così una "cattiva" comunicazione. Per quanto riguarda il malato oncologico della testa e del collo, si possono individuare vari momenti che possono essere suscettibili di cattiva comunicazione:

• In occasione della notizia dolorosa da parte del medico al paziente oncologico sul suo stato di salute e sulle possibilità terapeutiche. Abbiamo ricevuto diverse rimostranze da parte di pazienti che sono stati informati di essere affetti da carcinoma della testa e del collo in tutta fretta, con poca attenzione, magari in un corridoio. Va sottolineato che occorre spesso depurare queste affermazioni che il paziente riferisce, ricordando la sua brutta esperienza di vita, ma è anche vero che occorre, da parte del medico, la massima attenzione ed una maggior sensibilità nel dare la "cattiva" notizia. È certamente meno traumatico comunicarlo in un ambiente tranquillo, alla presenza di un familiare e di personale assistenziale infermieristico che sarà coinvolto successivamente nel percorso diagnostico terapeutico. In tal modo il paziente si sentirebbe più coinvolto come "persona" e non

come "portatore di malattia". Con questo tipo di comportamento si può ottenere un valore aggiunto al semplice consenso informato che si è obbligati a far sottoscrivere al paziente. Il malato si sentirebbe così coinvolto a pieno titolo nel processo terapeutico e, inoltre, sarà più semplice fargli affrontare i momenti difficili.

- L'assenza dei "cargivers" (maestri rieducatori) al momento della comunicazione della "cattiva" notizia al paziente, spesso non permette di far vedere la fine del tunnel. Infatti un maestro rieducatore preparato e che ha già superato l'handicap, è sicuramente fonte di speranza e di pensieri positivi.

Nel periodo post-operatorio, al momento riabilitativo, è determinante un buon impatto con il maestro-rieducatore che deve farsi carico della riabilitazione in modo globale sia dal punto di vista fonetico ma soprattutto psico-sociale, con il fine ultimo del completo reinserimento del paziente nella vita civile. Talvolta questo percorso virtuoso è compromesso da antipatie personali e da prese di posizione evitabili. Perciò abbiamo sempre creduto nel voler investire sulla formazione dei nostri maestri perché l'approccio con il malato avvenga nel miglior modo possibile senza condizionamenti e con il solo scopo di stimolare la collaborazione efficace del paziente.

- Dai nostri questionari psicologici è emerso che i pazienti oncologici della testa e del collo vedono al primo punto delle loro necessità la famiglia. È ovvio che quando "l'animale uomo" è ferito si ritira nella propria tana per trovare nuova energia. Occorre quindi che la comunicazione diventi efficace, anche e soprattutto, per i familiari, sia da parte della classe medica che del maestro-rieducatore. Se il momento terapeutico ospedaliero si riduce al minimo indispensabile, è ovvio che il "vuoto" comunicativo-assistenziale debba essere colmato dal terzo settore con i suoi volontari preparati e con i suoi opuscoli didascalici come "Il ritorno a casa". Ci risulta che in alcuni centri questo non accada e che l'approccio al paziente avvenga in maniera spontaneistica e non codificata secondo i parametri della corretta comunicazione. Ricordo a tale scopo che è patrimonio di **ailar** l'aver messo a punto un protocollo di corretta comunicazione tra maestro-rieducatore, paziente laringectomizzato e familiari. Quando l'impatto è negativo in partenza, si corre il rischio che il paziente si isoli, che non riesca a sviluppare la spinta volitiva necessaria e che venga emarginato in famiglia. Sono note delle situazioni dove il laringectomizzato è stato abbandonato dai propri familiari e sono note anche morti per suicidio. La nostra associazione non può tollerare più questo. Anzi sarà chiamata a vigilare maggiormente su queste tristezze e a cercare di poterle prevenire facendo presente che il "cancro non è contagioso" e che il paziente può essere completamente riabilitato alla vita.

Il futuro ci vedrà coinvolti in prima linea in un momento storico dove alla famiglia tradizionale si sono affiancate delle unioni di fatto di tipo debole.

Dott. Maurizio Magnani

I dolcificanti

Naturali o artificiali purché con cautela

Il saccarosio (zucchero comune) è il dolcificante più utilizzato e il suo consumo nei paesi occidentali è cresciuto notevolmente a partire dal secolo scorso. Ha un notevole potere calorico (4 kcal/g) e un uso eccessivo può favorire l'insorgenza di alcune patologie quali l'obesità e il diabete mellito, oltre che essere la causa principale della carie dentaria. Il saccarosio è la sostanza che costituisce, quasi interamente, sia lo zucchero di barbabietola che quello di canna. Quest'ultimo non viene raffinato, ha un caratteristico color miele e sapore aromatico e il suo potere calorico è uguale a quello dello zucchero di barbabietola. Negli ultimi decenni si sono resi disponibili dei dolcificanti alternativi allo zucchero; possono essere naturali o di sintesi.

CARATTERISTICHE DEL DOLCIFICANTE OTTIMALE

- Potere dolcificante sovrapponibile a quello dello zucchero, rapidamente percepibile e persistente
- Assenza di retrogusto
- Incolore e inodore in soluzione
- Stabile dal punto di vista chimico e termico
- Non tossico.

TIPI DI EDULCORANTI

Naturali: *fruttosio (levulosio), destrosio, polialcoli (sorbitolo, xilitolo, mannitolo), miele, sciroppi di amido.*

Artificiali: *aspartame, saccarina, ciclamati, acesulfame, su-cralosio.*

Gli edulcoranti naturali hanno un potere dolcificante simile a quello del saccarosio e favoriscono la carie dentaria (ad eccezione dello xilitolo) anche se in misura inferiore rispetto allo zucchero.

Gli edulcoranti sintetici o semisintetici hanno, rispetto al saccarosio, un potere dolcificante molto maggiore e vengono quindi impiegati in quantità molto basse; il loro apporto energetico è quasi nullo.

L'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione sconsiglia l'uso dei dolcificanti artificiali fino al terzo anno di età e durante la gravidanza e l'allattamento. Particolare attenzione va riservata ai bambini di età superiore ai tre anni: l'eventuale somministrazione di prodotti contenenti dolcificanti deve avvenire con cautela.

Per quanto riguarda la possibile tossicità delle sostanze edulcoranti, viene definita la DGA (dose giornaliera accettabile che si misura in mg di sostanza/kg di peso corporeo/die). La DGA indica la quantità massima di dolcificante che può essere assunta con sicurezza nelle 24 ore: per garantire la massima sicurezza di questi prodotti la DGA è molto inferiore rispetto alla minima dose che può dare effetti tossici nell'uomo. Per calcolare la quantità di dolcificante che si assume nel corso della giornata bisogna considerare tutti i prodotti assunti contenenti quel tipo di edulcorante (es. prodotti "light").

Il fruttosio (o levulosio)

È uno zucchero contenuto nella frutta. Ha una bassa cariogenicità. L'apporto calorico è di 4 kcal/g e il suo potere dolcificante è circa 1,5 volte superiore a quello del saccarosio: ciò consente un risparmio calorico minimo.

Il fruttosio è del tutto innocuo (per questo non è stata stabilita la DGA) ma in quantità elevate può causare disturbi gastrointestinali. È presente in molti alimenti specifici per diabetici, dato che il suo metabolismo è indipendente dall'insulina. Tuttavia va considerato che oltre i 40 g/ die anche questo zucchero viene trasformato in glucosio. È bene che le persone diabetiche non oltrepassino questo limite massimo di assunzione giornaliera. La sua resistenza al calore ne permette l'utilizzo in alimenti di cottura.

I polialcoli

Fra i più utilizzati nell'industria alimentare sono: mannitolo, sorbitolo, xilitolo.

Hanno un potere dolcificante uguale o di poco superiore al saccarosio ma non sono generalmente cariogeni e vengono pertanto utilizzati in caramelle e chewing-gum "senza zucchero". Il loro metabolismo è indipendente dall'insulina: sono quindi indicati nelle persone diabetiche. L'assunzione di queste sostanze, soprattutto in quantità elevate può determinare un effetto lassativo.

Il *mannitolo* ha un scarso potere edulcorante ed è utilizzato per lo più come lassativo. Ha una DGA di 50 mg/kg/die.

Il *sorbitolo* ha un potere edulcorante inferiore al saccarosio e generalmente non viene utilizzato da solo, ma in associazione alla saccarina per mascherarne il retrogusto metallico. Ha le stesse calorie per grammo del saccarosio ma, non essendo assorbito dal tratto digerente, risulta ipocalorico. Possiede bassa cariogenicità e presenta effetto lassativo (alla dose di 50 mg/die). Non è stata fissata la DGA.

Lo *xilitolo* è impiegato nei prodotti per l'igiene e la salute dei denti grazie alla sua completa acariogenicità. Ha un potere dolcificante pari a quello del saccarosio.

L'aspartame (E951)

È il dolcificante, alternativo al saccarosio, più noto e utilizzato grazie al suo elevato potere edulcorante (200 volte superiore al saccarosio) e all'assenza di retrogusto amaro. Non è cariogeno e non influenza la glicemia (è indicato nei diabetici). Il potere calorico è pari a quello del saccarosio (4 kcal/g) ma, poiché è consumato in quantità bassissime, non incide sulle calorie ingerite. Tuttavia non può essere impiegato nei cibi che richiedono cottura dato che a temperature elevate si altera e perde il potere edulcorante. È controindicato nelle persone affette da fenilchetonuria poiché contiene l'aminoacido L-fenilalanina. L'aspartame è stato oggetto di numerose controversie. Diversi studi sull'aspartame in animali da laboratorio hanno evidenziato la comparsa di tumori a seguito dell'assunzione orale di questo dolcificante, ma nessuno studio ha dimostrato un rapporto causa-effetto tra questi fenomeni, né ha potuto definire il meccanismo d'azione di una eventuale tossicità. Anche studi epidemiologici su persone utilizzatrici di questo dolcificante non hanno evidenziato problemi di tossicità. È dunque considerato un dolcificante sicuro e ha una DGA piuttosto elevata (40 mg/kg peso corporeo/die).

La saccarina

Ha un potere edulcorante circa 500 volte superiore al saccarosio, non viene metabolizzata dall'organismo e quindi non fornisce calorie. Può essere utilizzata nei cibi che vengono sottoposti a cottura, poiché è stabile al calore. È caratterizzata tuttavia da un retrogusto metallico e amaro poco gradevole; per ovviare a questo inconveniente, nei prodotti commerciali viene spesso associata ad altri dolcificanti. La DGA della saccarina è 2,5 mg/kg/die. È controindicato l'uso nei bambini e nelle donne in gravidanza. Negli anni '70 studi negli animali avevano fatto sorgere il dubbio che la saccarina fosse cancerogena, ma a tutt'oggi nessuno studio nell'uomo ha confermato questa ipotesi.

L'acesulfame (E950)

L'acesulfame potassico dolcifica circa 200 volte più dello zucchero ed è privo di retrogusto amaro. Essendo stabile alle temperature elevate può essere utilizzato in cibi che vanno cotti. Poiché non viene metabolizzato dall'organismo non fornisce calorie; è inoltre acariogeno. La DGA è di 9 mg/kg/die e, nell'ambito delle dosi raccomandate, è considerato sicuro dal punto di vista tossicologico.

I ciclamati

Si utilizzano il ciclamato di sodio e il ciclamato di calcio. Queste sostanze sono dalle 25 alle 50 volte più dolci dello zucchero, sono stabili al calore e sono acariogene. I ciclamati sono generalmente impiegati in associazione ad altri edulcoranti in particolare nei prodotti "light". Il ciclamato di sodio è da evitare se si sta seguendo una dieta a basso tenore di sodio e può interagire con alcuni antibiotici riducendone l'assorbimento. La DGA è di 7 mg/kg/die. Alcuni paesi, come gli Stati Uniti e la Gran Bretagna, hanno vietato l'uso di questi prodotti, dato che vi sono alcuni dubbi sulla assenza di tossicità nel loro uso.

Il sucralosio (E955).

È 320-1000 volte più dolce del saccarosio. È termostabile e insensibile ad un ampio range di pH. Può quindi essere usato per i dolci da forno o in prodotti che richiedono di conservarsi a lungo. Il sucralosio viene quasi sempre venduto in confezioni in cui viene addizionato con altri dolcificanti in modo di ottenere un prodotto che abbia, a parità di potere dolcificante, all'incirca lo stesso volume e la stessa consistenza dello zucchero. Questo perché il sucralosio è quasi 600 volte più dolce dello zucchero da tavola. Inoltre in forma di prodotto puro e asciutto il sucralosio è meno stabile alle alte temperature di quanto non sia in miscuglio o in soluzione con le maltodestrine. La DGA è di 9 mg/kg/die.

Dr.ssa Eva Draghi
Farmacista
Unità Operativa Assistenza Farmaceutica Territoriale
Azienda Ulss 17 Monselice

CON IL SOSTEGNO DELLA



BANCA POPOLARE
DI VERONA

PASSIONE E IMPEGNO NEL SOCIALE

Indagine e iter diagnostico nelle prime vie V.A.D.S.

La storia dell'otorinolaringoiatria non ha radici molto lontane; la sua origine come specialità ha circa un secolo.

Il ritardo nello studio e nell'apprendimento di questa disciplina è stato determinato da diversi fattori tra cui:

- L'anatomia di questi distretti è complessa in quanto irregolare e situata in cavità prive di luce.
- La mancanza di appropriati strumenti di indagine e di facile impiego nella pratica clinica quotidiana.
- L'adeguata fonte luminosa (fino al 1850-1900 veniva utilizzata solo la luce solare o quella delle candele, solo più tardi venne introdotta la luce da corrente elettrica). I primi studi anatomici di questi distretti sono databili intorno al 1600 ma poi furono interrotti e proibiti per motivi politici. Si deve attendere fino circa il 1850-1860 per una indagine più approfondita delle fosse nasali, dei seni paranasali, del rinofaringe, dell'orofaringe, dell'ipofaringe, della laringe e del collo. Queste strutture anatomiche sono morfologicamente irregolari e anfrattuose, situate profondamente in cavità non illuminate naturalmente ed escluse dalla possibilità di una corretta visione diretta per vie naturali. In queste condizioni, in cui l'esame clinico risulta disagiata non solo per fattori anatomici, ma anche per componenti reattive funzionali, l'adozione di tecniche strumentali rappresenta una prima necessità.

L'iter diagnostico terapeutico di un qualunque paziente è costituito di tre momenti di fondamentale importanza.

1. ANAMNESI

È il momento iniziale durante il quale si raccolgono il maggior numero di informazioni sul paziente; si interroga il paziente sulla sua condizione di salute recente e passata e sullo stato di salute della famiglia. In questo ramo della medicina, ascoltando la voce del paziente è già possibile avere delle indicazioni riguardanti il problema del soggetto, quindi è molto importante usare l'udito come strumento per l'anamnesi.

2. ESAME OBIETTIVO

Cioè la visione del cavo orale: è importante farlo con cura e senza fretta (far alzare e spostare a destra e a sinistra la lingua, invitare il paziente a dire "aaaaa.....", palpare il collo bimanualmente...) per poter individuare anche le lesioni più piccole e nascoste.

3. ESAME STRUMENTALE

L'utilizzazione di strumentazione per la diagnosi e la cura.

Dott. Grazia Pisano Dirigente Medico
U.O. di ORL
Presidio Operativo di Cremona

“Tanto lo so che non sono solo”

*Le parole del medico
possono essere una terapia*

Quante volte mi sono sentito ripetere di fronte alla proposta di una terapia chirurgica o medica: «Per me è finita! Così non mi accetterò mai. Non voglio respirare dal buco in gola». È indubbio che le persone colpite da patologia tumorale della testa e del collo e sottoposte a interventi mutilanti o trattamenti chemioterapici invalidanti, possano sentirsi emarginati, esclusi dalle dinamiche sociali. I pazienti si confrontano con la propria fragilità, ma soprattutto con la paura del giudizio degli altri. E quando improvvisamente, dopo una vita di buona salute, ha l'impatto con il tumore, in quel preciso momento, l'uomo moderno si rivela "uguale" all'uomo delle caverne: debole e indifeso. La debolezza porta ad un calo di autostima che a sua volta conduce ad un isolamento emotivo e ad evitare o alterare i rapporti interpersonali. Si possono spiegare così certi atteggiamenti di abbandono dei centri di rieducazione alla parola. «Sono vecchio... Sono debole... Ormai », sento ripetere da quei pazienti che si emarginano da soli. Ma sono luoghi comuni, da sfatare, ai quali ribatto che la vita, comunque sia, è pur sempre una sfida che vale la pena di essere vissuta in tutti i suoi momenti, tenendo sempre accesa la fiammella della speranza. "E quando penso sia finita è proprio allora che comincia la salita" ci ricorda Antonello Venditti e conclude "Che fantastica storia è la vita". I cantautori sono come i poeti trovatori di un tempo lontano; sanno raccontare le sensazioni e dare corpo ai pensieri di molti di noi. Jovanotti, un altro cantautore "moderno", afferma la propria fiducia e la speranza di fronte alle avversità: "...tanto lo so che non sono solo...". Ecco, quindi, ritornare prepotentemente la necessità di poter contare su un'associazione di volontariato matura, capace di offrire rieducatori preparati, nel gestire percorsi di recupero culturale e dissipare i pregiudizi sull'handicap, figli dell'ignoranza. Ricordate Cochi e Renato: "E, la vita la vita / e la vita l'è bela, l'è bela / basta avere l'ombre-la..!" Giusto: basta ripararsi. Il vostro riparo potete trovarlo con l'**ailar** di Milano, l'A.O.I.M.d.V. del Veneto e la FIALPO nazionale. Non fate della solitudine un'arma di difesa, parlate al "futuro", pensate "positivo": la vita è un miracolo che non deve mai finire di stupire.

Dott. Maurizio Magnani

Quando l'ansia diventa paura

Attenti alle sfumature: ansia o depressione?

Come ho anticipato nel precedente articolo, quando in un soggetto ansioso si aggiunge la variante di un evento stressante (lutto, separazione, malattia), scatta la **paura**. Ovvero l'ansia trova un oggetto responsabile e che aumenta la gravità dello stato psicologico. Nel caso della paura, a differenza dell'ansia, si deve ragionare sul dato reale. Ecco perché la paura dell'intervento è più che logica: l'oggetto responsabile diventa l'intervento che è un dato reale. Tanto maggiore è lo stato di malattia, tanto più aumenta la paura, vista l'incognita dei risultati. La paura è anche contagiosa sia a livello di macro sistemi-relazione sociale, sia a livello di micro sistemi-organico. Con ciò si intende: sia su grande scala, sia su scala individuale. Per capirsi, in una ressa qualcuno comincia a gridare, per uno strano "effetto domino", si scatenano reazioni esagerate. Ne sia esempio negli stadi, ai concerti, ecc. Sul piano organico, del corpo, è stato dimostrato con esperimenti che **la paura abbassa le difese del sistema immunitario**, compromettendo o complicando il proprio benessere. Ne deriva che la motivazione alla guarigione e alla ripresa della quotidianità ritarderanno, rallenteranno e diminuiranno la qualità di vita. Basti pensare come una caduta del tono fisico abbia come riflesso un abbassamento della motivazione. A questa considerazione ben si associa una ricerca di Cooper L. C. (1986) in cui è dimostrato che **i soggetti affetti da patologie oncologiche, sul piano emozionale hanno una ridotta abilità a far fronte all'evento stressante**. Si intende così, che il piano emotivo, in una condizione di malattia del genere, non sia più sufficiente a gestire un evento stressante che si assommi alla già precaria condizione esistenziale. È fondamentale capire che non esiste un evento stressante di per sé. Esiste piuttosto il modo soggettivo di percepirlo, ossia il modo cambia da individuo a individuo. Gli uomini sono disturbati non dalle cose, ma da *come* le vedono! Così, per alcuni il livello dell'evento stressante pare devastante, per altri invece appare sopportabile! Per completare il quadro vi posso mostrare come gli aspetti depressivi **rendano gli individui più sensibili all'ansia**. In questo caso le persone si perdono nei propri pensieri. Si tratta di tipi di pensiero particolari: oziosi, di elucubrazione, con scarso interesse per gli altri ed elevata preoccupazione per se stessi. Questo particolare aspetto deve essere ben considerato da coloro che si occupano della misurazione attraverso test, poiché può dar luogo a mal interpretazioni rispetto al problema: **sembra ansia invece è depressione!** In conclusione chiunque valuti o sia interessato a questo particolare aspetto deve porre massima attenzione alle **sfumature**. Qualora ad un paziente sia richiesto di descrivere come si sente dopo la diagnosi, prima dell'intervento o quando inizia la riabilitazione, va capito a quale categoria sia riconoscibile. Questo serve a facilitare gli operatori nel processo di cura. Infatti, inquadrare o valutare correttamente lo stato psicofisiologico del paziente sarà utile nell'adesione al trattamento ("compliance"). Per ora si può iniziare ad intuire quanto accade ad un sistema personale o familiare quando domina l'ansia. Suppongo che per il processo di identificazione qualche lettore ritrovi modi passati o presenti di reagire al "male". Mi riservo di spiegare quali soni gli strumenti per poter organizzare emozioni tanto potenti da spingere verso il danno.

Dott.ssa Monica Cielo

La tracheoaspirazione

Consigli per una corretta procedura

Ho accolto con molto piacere la proposta di "bypassa-re" le mie conoscenze di infermiera. Ho ripensato alle domande che mi rivolgete più spesso, ma soprattutto ho rivisto i vostri sguardi smarriti in molte occasioni. In base alla mia esperienza cercherò di aiutarvi a risolvere le incertezze e di appianare le ansie, spesso ingigantite dal "non sapere". Come primo argomento parlerò di: TRACHEOASPIRAZIONE. Ma cos'è la tracheoaspirazione? È la procedura che serve a liberare dalle secrezioni la tra-cheostomia (collegamento della trachea con l'esterno) e le vie aeree. Gli studi condotti nei vari anni, hanno rilevato che per i pazienti questa procedura può essere dolorosa e provocare, quindi, un senso di ansia. Dato che, in particolare i neo operati, hanno copiose secrezioni, di conseguenza le aspirazioni sono frequenti. C'è da premettere che la tracheoaspirazione va eseguita solo se lo stoma è evidentemente ostruito o se la respirazione è difficoltosa.

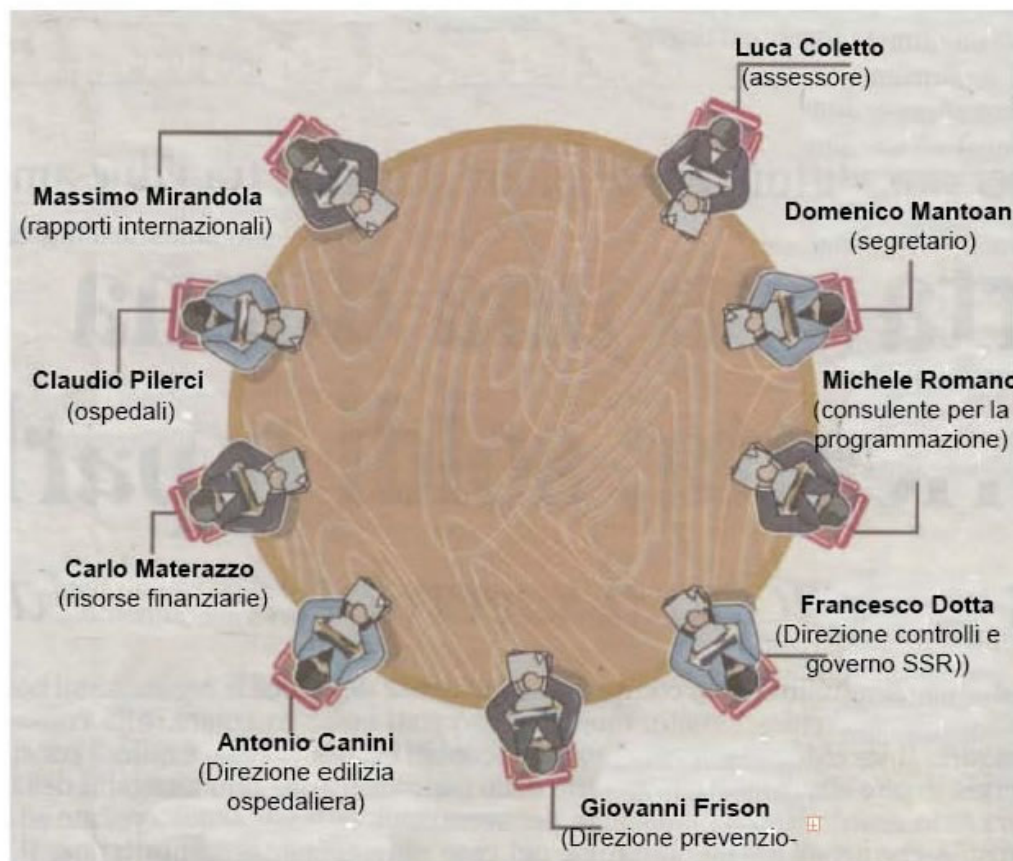
Ecco alcuni consigli pratici per una corretta procedura.

- È innanzitutto indispensabile l' **aspiratore**, dato in dotazione gratuita dall'Ufficio Protesi e Ausili dell'USL al momento della dimissione dall'ospedale.
- Prima di procedere all'aspirazione è bene provocare dei colpi di tosse allo scopo di smuovere le secrezioni.
- La misura del diametro del sondino deve essere la metà del diametro della cannula. Se non siete in grado di capire con esattezza o avete qualche dubbio sul diametro che dovete utilizzare, chiedete al vostro medico o a chi ne ha competenza e, solo dopo aver stabilito qual è, procedete all'aspirazione.
- È opportuno non introdurre troppo il sondino per evitare possibili traumi alla trachea; una volta inserito, estrarlo aspirando contemporaneamente le secrezioni.
- Ogni aspirazione non deve durare più di 10-15 secondi; questo perché è una procedura che non permette di respirare e potrebbe causare un'ipossiemia (riduzione di ossigeno). Per ovviare a ciò si rende necessaria una iperossigenazione (aumento di ossigeno) utilizzando prima e dopo l'aspirazione un'apposita mascherina per tracheostomia.
- Un altro probabile rischio derivante da frequenti tracheoaspirazioni, è una aumentata probabilità di infezione.
- Per una necessaria e scrupolosa igiene preventiva, consiglio alcune istruzioni valide sia per il paziente stesso che per il familiare che lo assiste nella procedura: lavare le mani con acqua e sapone neutro, asciugandole con cura; se necessario raccogliere i capelli; se si ha il raffreddore non avvicinarsi troppo al paziente e se possibile mettere una mascherina di protezione; utilizzare il sondino il più possibile pulito o togliendolo dalla custodia solo al momento dell'uso. È opportuno posizionarsi al fianco del paziente per evitare le secrezioni che potrebbe espellere involontariamente con un colpo di tosse. Una domanda che spesso mi viene rivolta, riguarda quali sono i momenti più opportuni per eseguire la procedura. Rispondo che non c'è una regola ben precisa e valida per tutti e che va eseguita secondo necessità. Un'altra domanda è per quanto tempo sarà necessario continuare l'aspirazione. Rispondo che la necessità di dover eseguire la tracheoaspirazione è variabile. In alcuni casi la durata può essere non più di due/tre mesi, in altri può richiedere più tempo, in altri rari casi, può protrarsi piuttosto a lungo. Comunque, una volta acquisita la procedura, tutto diventa più facile, apprezzando certamente il sollievo che vi procura.

Giada Cerninara

Gli uomini della sanità

Può essere utile conoscere il nome di chi è al vertice della propria USL



Direttori generali

Antonio Campostella (Usl 1 Belluno)
Bortolo Simoni (Usl 2 Feltre)
Valerio Alberti (Usl 3 Bassano)
Ermanno Angonese (Usl 4 Thiene)
Renzo Alessi (Usl 5 Arzignano)
Antonio Alessandri (Usl 6 Vicenza)
Angelo del Favero (Usl 7 Pieve di Soligo)
Renato Mason (Usl 8 Asolo)
Claudio Dario (Usl 9 Treviso)
Paolo Stocco (Usl 10 San Donà)
Antonio Padoan (Usl 12 Venezia e 14 Chioggia)
Arturi Orsini (Usl 13 Mirano)

Francesco Benazzi (Usl 15 Cittadella)
Fortunato Rao (Usl 16 Padova)
Giovanni Pavesi (Usl 17 Este)
Adriano Marcolongo (Usl 18 Rovigo)
Giuseppe Dal Ben (Usl 19 Adria)
Maria Giuseppina Bonavina (Usl 20 Verona)
Daniela Carraro (Usl 21 Legnago)
Alessandro Dall'Ora (Usl 22 Bussolengo)
Adriano Cestrone (Az. Osp. Padova)
Sandro Caffi (Az. Osp. Verona)
Pier Carlo Muzzio (Ist. Oncologico Veneto)

Da "CORRIERE di VERONA" 03-02-2011

- Usl 16 Padova - Adriano Cestrone sostituisce Fortunato Rao, deceduto

Pensioni

La variazione millesimale è deliberata col 51% dei condomini (prima era necessaria l' unanimità)

Eredità

Gli eredi hanno 10 anni per rivendicare i loro diritti. Le donazioni non possono superare la quota disponibile (25-30%) per non ledere la legittima.

Nomina Amministratore di sostegno

Requisiti per la totalizzazione

- **65 anni di età o 40 anni di contributi**
- **Aver versato minimo 20 anni di contributi**
- **Facoltà di cumulo in tutte le assicurazioni obbligatorie con minimo versamento di 3 anni**

A) PER DIPENDENTI

Anno di pensionamento	Minimo di contributi più età	Anni di contributi senza età
Dall' 1/1/2008 Al 30/6/2009	35+ 58 anni	40
Dall'1/7/2009 Al 31/12/2010	Quota 95 (età minima 59 anni)	40
Dall'1/1/2011 Al 31/12/2012	Quota 96 (età minima 60 anni)	40
Dall'1/1/2013	Quota 97 (età minima 61 anni)	40

B) PER AUTONOMI

Anno di pensionamento	Minimo di contributi più età	Anni di contributi senza età
Dall' 1/1/2008 Al 30/6/2009	35+ 58 anni	40
Dall'1/7/2009 Al 31/12/2010	Quota 95 (età minima 59 anni)	40
Dall'1/1/2011 Al 31/12/2012	Quota 96 (età minima 60 anni)	40
Dall'1/1/2013	Quota 97 (età minima 61 anni)	40

Immobili

Ristrutturazioni

Spesa max 48.000 - 36% di recupero fiscale con richiesta al-l' Ufficio Entrate di Pescara. Non sono ammessi gli ampliamenti. Bonus 55% per risparmio energetico tetto max spesa: 60.000. Per ambedue i bonus il beneficio fiscale va recuperato in 10 anni tramite Dichiarazioni Fiscali.

Ampliamento

È ammesso il 20% max della superficie esistente, elevabile al 30% con recupero energie alternative.

Condominio

L'autorizzazione viene rilasciata dal Giudice del Tribunale competente su istanza della parte interessata, a tutela spesso di minori, anziani, handicappati ecc. allo scopo di evitare, in caso di litigi spesso nelle successioni, comportamenti in contrasto con le leggi vigenti.

Testimonianze

Due esperienze diverse che hanno in comune un valore aggiunto: non arrendersi

DISAGIO E DISABILITÀ COME RISORSA.

Per poter tentare un affondo in questo tema, peraltro a me molto caro, permettetemi la narrazione di una vicenda familiare. Nell'estate del 2006, a mia madre venne diagnosticato un carcinoma epidermoide latero-cervicale in fase metastatica. Questa diagnosi inaspettata, impietosa, gettò mia madre e noi familiari e figli in uno stato di profonda ansia e sgomento. Vi lascio intendere poi come la parola "metastasi" abbia amplificato oltremodo la diagnosi visto che noi tutti, la stessa mia sorella infermiera, siamo soliti associare a metastasi la sentenza "non c'è più nulla da fare!". Di lì a poco venne il ricovero, l'operazione, lo svuotamento di linfonodi e l'inizio di una radioterapia precauzionale senza tuttavia essere certi di dove si trovasse la sede primitiva del tumore. Tutto aveva trovato un nuovo equilibrio se non che la PET-TAC rivelò ancora una volta che la sede del male era proprio a livello di gola, di vie respiratorie.

Il radioterapista non esitò per una terapia più potente combinata con la chemioterapia. Per mia madre, fu il crollo psichico; per noi, per me, fu la prima volta che si pensò realmente di poterla perdere. Ricordo ancora quel primo viaggio impastato di pensieri lugubri e lacrime e tutto rinchiuso dentro un frullatore del cui rumore, ronzio, non riuscivo proprio a liberarmi. Furono giorni carichi di tensione, di consulti medici, di preghiera intensa e accorata (ricordo ancora il trasporto e l'affetto con cui pregavo il rosario presso l'altare della Madonna del Carmelo durante la veglia dell'Assunta). Accanto alla severità del radioterapista, ricordo l'estrema calma e dolcezza del chemioterapista il quale, visitando mia madre e quindi nel contatto fisico in cui tastava le ghiandole del collo e i linfonodi, se ne uscì con un'affermazione di questo tenore: "Signora, non abbia timore, ci facciamo un po' di chemioterapia!" mettendosi affettivamente dalla parte della paziente che gli stava innanzi.

In ciascuno di noi è stata posta una scintilla di eternità

Fu una frase liberante e rassereneante: io intuì guardando il volto disteso e rassicurato di mia madre. Perché la narrazione di questa esperienza familiare? Anzitutto, perché credo che alcuni tratti, stati d'animo, sentimenti descritti in questa vicenda siano stati un po' anche ciò che avete vissuto voi e i vostri cari nel momento in cui avete fatto esperienza inaspettata della malattia. E così avete probabilmente provato la passione del male, la prostrazione, l'impotenza che vi ha costretti a prendere coscienza di una difficoltà, se non anche di una impossibilità reale, a compiere il vostro destino da voi stessi: magari c'era qualche desiderio, sogno e progetto; tutto filava liscio, ma ora non si può più! C'è stato poi lo spazio dell'affidamento, il mettersi nelle mani di un medico, del personale ospedaliero, di un otorinolaringoiatra nella fiducia che potessero in qualche modo aiutarvi a guarire grazie alla loro scienza, arte, prudenza e forza. Del resto, cos'è il bene medico se non questo prendersi cura del vostro principio vitale capace di una funzionalità e finalismo propri? Quanto determinante è stata poi la prossimità di un familiare o più amici che permettono di nutrire speranza e consolazione: quanto ci si sente vulnerabili e fragili, soli, in queste situazioni anche se magari in reparto, in corsia, c'è un pullulare di personale assai preparato! Ma, forse, poi è venuto il disincanto, la delusione, e la speranza di guarigione è stata mortificata dalla

tracheostomia o laringostomia con riduzione della voce e della capacità di esprimersi fluidamente. Così è l'umiliazione, la vergogna, a prendere il sopravvento per una continua esposizione pubblica segnata dal disagio, dall'imbarazzo e dall'impossibilità di esprimersi come prima. Superato tutto questo vi è, tuttavia, un ricentrarsi saggiamente e sapientemente su ciò che è essenziale e che conta nella vita. E così, avete maturato una nuova sintesi per la vita, una sapienza del cuore che punta sulla vita come dono e come affidamento e su un cammino fatto di amicizia e comunione con gli altri: più importante di uno scambio di prestazioni è quanto tu sei prezioso per me! Allora, la tua disabilità e il tuo disagio possono diventare una risorsa, essere elemento positivo e tonificante per il tuo vivere e il vivere altrui, ma come e a che condizioni? Il tuo disagio, la tua ferita, la tua malattia sono per se stessi testimonianza tangibile della precarietà esistenziale di ciascuno, della fragilità che contraddistingue ogni soggetto umano, della sua dipendenza da altri. Questo dato di realtà restituisce a tutti, medici compresi, le giuste proporzioni del nostro essere. Ci dice di che natura sia la nostra libertà, non assoluta e dispotica, ma creaturale, relazionale, ragionevole. Ogni uomo ha bisogno di abitare in altri per venire alla luce realmente! La tua disabilità costringe tutti ad interrogarsi su ciò che realmente conta ed è essenziale nella vita, a maturare nella sofferenza, secondo la logica del chicco di grano, una sapienza per la vita. Aristotele sostiene che la sapienza è la conoscenza delle cause prime, è la risposta alle sempiterni domande "Chi sono, donde vengo, dove vado?" e la conoscenza stabile di come la vita è dono che ci anticipa, che si compie in tante comunioni, lavoro ed affetti, tra i quali la comunione medica in cui, nello scambio di prestazioni, ci si scambia quanto l'uno sia prezioso per l'altro, e di uno spegnimento naturale del principio vitale. Dietro la domanda di salute poi ci si appropria di una domanda più profonda, vale a dire la domanda di salvezza. In ciascuno di noi è stata posta una scintilla di eternità (libro del Qoe-let), un desiderio di infinito che solo un essere trascendente può colmare: si guarisce fino al giorno in cui avviene l'affidamento nell'abbraccio provvido e paterno di Dio per un corpo e una vita trasfigurati in Cristo. In una calda e palpitante alleanza tra medici, pazienti e familiari si diventa segno visibile di una pienezza e di una sapienza che attrae e per la quale si avverte che la propria esistenza ha un valore immenso, anche se sfregiata. Allora, nella malattia e, timidamente, grazie alla malattia, la vita fuoriesce dall'illusione di essere una vita scontata, un tutto dovuto: essa comincia a risplendere come un'esperienza grata!

Don Cristiano Arduini

Docente di bioetica presso la Facoltà Teologica del Triveneto

DISAGIO E DISABILITÀ COME "MESSAGGIO"

Ho insegnato nel Veneto per trentacinque anni, di cui ventuno al Liceo Scientifico "Messedaglia" di Verona. L'istituto scolastico ha sede in un palazzo storico del Rinascimento, con aule alte e grandi, dove per farsi sentire e ascoltare è necessario forzare la voce per ottenere un suono alto. Questa situazione mi ha procurato abbassamenti di volume e talvolta afonie anche totali. Comunque ce l'ho fatta a gestire il mio lavoro fino all'età della pensione, che iniziai a 61 anni. Gli ultimi due anni d'insegnamento ho sofferto perché ai problemi sopra descritti si è aggiunto quello delle difficoltà respiratorie. Il pneumologo ha capito subito che l'ostacolo al passaggio dell'aria si trovava all'altezza della laringe.

Mi sono sottoposto quindi ad esami diagnostici strumentali e ad analisi biochimiche. Il tumore c'era ed ha un nome strano: condro-sarcoma cricoideo alla laringe, praticamente un tumore sulla cartilagine di origine traumatica. In effetti l'uso continuo e forzato della voce hanno prodotto frequenti infiammazioni e infezioni e, in definitiva, il tumore.

Anch'io ho fumato per circa 40 anni, con lunghe sospensioni, dalle tre alle cinque sigarette al giorno e alcuni anni prima dell'intervento ho smesso. E meno male, altrimenti il tumore si sarebbe formato prima e con l'intervento chirurgico conseguente avrei lasciato la scuola molto prima con frustrazione professionale e con un

senso di colpa nei confronti dell'erario, che avrebbe dovuto anticiparmi la pensione.

Ho avuto la prova che gli ultimi dieci anni d'insegnamento sono belli, i migliori, perché l'insegnante matura una tale professionalità culturale e didattica che gli studenti lo ascoltano più volentieri e gli esprimono apprezzamento per quello che egli fa.

Il mio messaggio è: non fumate, non bevete alcolici; potrete bere il vino da una certa età, ma il solito bicchiere ai pasti. Solo così svilupperete un'efficiente forza fisica e mentale, riuscirete meglio nello studio e nel lavoro, e potrete godervi i sani piaceri della vita.

Giuseppe Costa (Verona)

Italia unita

Satira di ieri, Poesia di oggi

Allungata sul mare,
brezze color del vento ti sfiorano
ed il sole splendido
ti abbraccia tutt'intorno
di luce:
ITALIA.
Montagne, vallate,
pianure anebbate,
fiumi narranti e
mari color del sereno:
tutto questo è il tuo essere.
ITALIA.
E la tua gente?
Popolo italiano dalle mille voci
che, quando parlano di te,
meravigliosamente
diventano un voce sola
per gridare l'affetto che tutti unisce,
che si accalora in una fede
orgogliosa e fiera
di essere italiano.
ITALIA,
bella da sempre
e nel dire il tuo nome
il cuore si allarga nell'amore
che ognuno serba nel petto con gioia,
fierezza e rispetto.

Teresa Marinello (PD)

Tecniche riabilitative dopo laringectomia

Sintesi e immagini del convegno organizzato da A.O.I. M.d.V. e dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

- Il **Rag. A. Zanolli** Presidente Regionale e co-organizzatore nel suo intervento introduttivo, dopo le dovute formalità e la presentazione dell'Associazione, delinea gli obiettivi del convegno:
 - ulteriore crescita e coinvolgimento nel rapporto Sanità/Associazione;
 - chiaro impegno da parte delle Istituzioni sul riconoscimento del ruolo attivo del volontariato;
 - serio coinvolgimento delle Istituzioni nella campagna di prevenzione
 - urgente revoca dell'abrogazione del D.L.R. 30/1974, deliberata nell'agosto 2009, senza alcuna comunicazione.
- Il **Prof. Garusi**, consulente sanitario, si unisce nel saluto ai convenuti e auspica una più consistente presenza delle "quote rosa".
- La **dott.ssa M. C. Midena**, in rappresentanza della Regione Veneto/Sanità, illustra il nuovo Piano Regionale e condivide il dissenso del Presidente Zanolli.
- Il **dott. S. Bertacco**, Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Verona, conferma un fattivo impegno dell'Amministrazione per l'A.O.I.M.d.V.
- Il **Prof. C. Marchiori**, ex Primario ORL di Treviso, rileva il notevole livello qualitativo dell'Associazione che la pone a modello regionale.
- I **Dottori Trento e Licata** in rappresentanza della Distrex, ribadiscono la positiva valutazione del Prof. Marchiori.
- Il **Dott. F. Barbieri**, Direttore U.O. ORL Ospedale di Borgo Trento e co-organizzatore del convegno, dopo il suo saluto, supportato da numerose slide di interventi chirurgici e da analisi epidemiologiche, si sofferma con particolare gratitudine umana e professionale sugli interventi alternativi alla laringectomia totale sperimentati nell'Ospedale di Vittorio Veneto dal "Maestro" Prof. Serafini e attualmente realizzati dal dott. Rizzotto.
Rilevo che il Dott. Barbieri punteggia tutto il convegno con numerosi, efficaci, esaustivi interventi.
- Il **Dott. F. Fiorini**, responsabile U.O. ORL Ospedale di Borgo Trento, documenta sui dati del Registro Nazionale Tumori aggiornato al 2006, che copre solo il 37% del territorio e informa che le stime attuali prevedono circa 2.250.000 nuovi casi di tumore all'anno. Il dato sconcertante è bilanciato dall'aumento della sopravvivenza.
- Il **Dott. G. P. Pighi**, dirigente medico ORL Ospedale di Borgo Trento, illustra le tecniche riabilitative post laringectomia totale, specificando parametri, modalità e alternative.
- Il **Dott. A. Abramo**, in sostituzione del Dott. R. Spinato, Direttore ORL di Mirano-Venezia, esordisce con alcune "curiosità" storiche e si addentra in tematiche specifiche e documentate.
- La **Dott.ssa G. Paiola**, logopedista, evidenzia le varie tecniche di riabilitazione, sia per la fonazione erigmofonica che con PTE, sottolineando i motivi di successo della riabilitazione.
- Il **Dott. S. Caffi**, Direttore Sanitario dell'Ospedale di Borgo Trento, si complimenta per l'ottima organizzazione del Convegno e assicura un suo diretto interessamento nel promuovere e realizzare un corso propedeutico per medici di base. Si impegna a festeggiare, all'interno dell'Ospedale, il 40° anniversario della nascita della Associazione e di rilasciare la targa a ricordo del fondatore Orazio Cordioli.

- Il **Dott. M. Magnani**, Primario U.O.C. ORL Azienda Ospedaliera di Cremona, evidenzia la necessità di corsi finalizzati alla formazione di Maestri Riabilitatori e di personale sanitario di nuovo inserimento. Sollecitato da una domanda del pubblico e affiancato dal Dott. Barbieri, chiarisce che un trapianto della laringe richiede immunosoppressione per evitare il rigetto e che nel cancro laringeo il paziente può essere esposto a recidive. L'esperienza vissuta sulla propria pelle, è il suo messaggio medico e umano più efficace. E la platea lo applaude.
 - Il **Sig. L. Olivo**, AOIMdV Sezione di Treviso, illustra e fornisce una serie di informazioni sui possibili rimedi e l'impiego di ausili idonei alla protezione del tracheostoma.
 - Il **Dott. A. Grandinetti**, U.O. Radioterapia Ospedale Borgo Trento, spiega i nuovi protocolli di conservazione d'organo e in particolare l'impiego di radiochemioterapia. Precisa che se la risposta iniziale è positiva, presso l'Ospedale di Borgo Trento, si prosegue con il trattamento, in caso contrario si passa alla chirurgia d'organo. Conclude gratificandoci: ottima organizzazione e un grande cuore.
 - La **Dott.sa V. Parolin**, U.O. Oncologia Ospedale Borgo Trento, si sofferma sui nuovi orizzonti farmaceutici nel trattamento dei carcinomi testa/collo.
 - La **Dott.sa L. Nadalini**, responsabile Psicologia Oncologica Ospedale Borgo Trento, tratteggia i passaggi psicologici del paziente nel percorso di accettazione, sottolineando che intervengono risorse che predispongono al cambiamento.
 - Il **Dott. C. Fusari**, ORL Ospedale Borgo Trento, evidenzia gli obiettivi del follow-up oncologico, ossia della cadenza delle visite di controllo anche in fase asintomatica, finalizzate alla sopravvivenza del paziente.
 - Il **Dott. R. Franco**, Padova, commenta la legge 68/99 in favore del reinserimento nel mondo lavorativo del disabile oncologico,
 - La **Sig.ra E. Carli**, infermiera, e il **Sig. S. Viviani**, caposala AFD, illustrano l'iter pre-operatorio e post-operatorio, evidenziando l'importanza del Maestro Riabilitatore nella fase di presa in carico del paziente.
 - La **Sig.ra C. Pomari** e il **Sig. G. Conte**, rispettivamente caposala e infermiere AULSS 20, trattano l'assistenza infermieristica domiciliare. Puntualizzano la necessità che il "caregiver" si rivolga al paziente e ai suoi familiari con un linguaggio semplice e comprensibile, comunicando pazienza e tranquillità.
 - Il **Dott. M. Magnani** e il **Rag. A. Zanolli** illustrano le sudate conquiste delle Associazioni di Volontariato nel settore oncologico testa/collo. Tra queste, l'ottenimento della concessione gratuita di ausili da parte della Regione Veneto e altre territorialità locali in ambito nazionale, su base di convenzioni annue. Precisano che la sinergia tra le varie Associazioni dei laringectomizzati, per raggiungere diversi obiettivi a livello organico-nazionale, è affidata alla FIALPO, l'ente federativo a cui è demandato il ruolo di guida per i progetti futuri rivolti a tutte le Associazioni.
 - L'evento ha avuto il gradito saluto del Vescovo di Verona Mons. Zenti a tutti i laringectomizzati.
- Concludo la rapidissima carrellata dei prestigiosi interventi con le dovute scuse per le possibili e involontarie omissioni. A sipario calato, la chiusura spetta al Rag. Zanolli, simpaticamente definito dal Dott. Barbieri "garbato martello pneumatico". «Sento il dovere morale di ringraziare "in primis" il Dott. Barbieri per la sua professionalità, il suo spessore umano e la sua generosa disponibilità nell'accogliere le mie proposte da "operatore sul campo". Un grazie affettuoso lo dedico a Stefania, poliedrica segretaria e al figlio Alessio, a Pierina, a Luciana, a Giovanni, a Walter, a Giancarlo M. E ancora un grazie di cuore agli instancabili Bragantini, Caloi, Cattelani, Galli, Pellegrini, Venturi. Se il convegno ha ottenuto un corale, positivo riconoscimento, il merito lo si deve condividere anche con questi generosi, motivati collaboratori. Alle Associazioni presenti porgo l'invito di far tesoro di queste costruttive "due giornate" con l'impegno di ripetere tale iniziativa».

Dr. Umberto Tassini

Il carcinoma della laringe

Cenni di anatomo-fisiologia delle vie aero-digestive superiori: funzioni della laringe

1. Deglutizione

- tempo labio-buccale
- tempo faringeo (sollevamento dello ioido e della faringe, -chiusura del velopendolo, abbassamento dell'epiglottide, appressione delle cartilagini di Wrisberg e Santorini, allargamento dell'ipofaringe - tempo esofageo.

2. Respirazione

- espirazione: aritenoidi in basso ed avanti, laringe detesa
- inspirazione: pliche ariepiglottiche allungate, trachea in basso, corde vocali ripiegate nei ventri colli laringei.

3. Fonazione - basata sulla vibrazione glottica: componente verticale, orizzontale ed ondulatoria.

4. Occlusione forzata: adduzione serrata di corde vere e false, abbassamento epiglottico contro le pliche ariepiglottiche.

Il “linguaggio” dei sintomi

Fondamentali per la diagnosi del carcinoma della laringe secondo le regioni d'insorgenza

REGIONE SOPRAGLOTTICA

- Alterazione della voce (bassa tonalità) - Perdita di peso - Alito fetido
- Disfagia (dolorosa-meccanica) Accessi tussigeni della deglutizione
- Escreato ematico - Polmonite - ab ingestis - Dispnea
- Mal di gola - Disfonia (tumore del ventricolo)
- Otagia riflessa
- Adenopatia laterocervicale

REGIONE GLOTTICA

- Voce aspra
- Vellicio laringeo
- Disfonia
- Sensazione di secchezza
- Tosse stizzosa
- Afonia
- Dispnea da sforzo
- Dispnea a riposo

REGIONE IPOGLOTTICA

- Dispnea progressiva
- Disfagia
- Disfonia (paralisi ricorrente)
- Tosse stizzosa
- Adenopatia laterocervicale

Dott. Roberto Spinato - Dott. Alessandro Abramo
ORL OSPEDALE DI MIRANO (VE)

“Non siamo immortali”

Alcuni interessanti passaggi degli aspetti psicologici declinati dalla dott.ssa L. Nadalini

(...)La malattia oncologica che interessa la laringe comporta un cambiamento attuale e proiettato verso il futuro. (...)

Sono due gli aspetti:

- 1. quello che riguarda l'accettazione di non essere "immortali" e che c'è una malattia importante che ha aggredito il nostro corpo
- 2. le limitazioni legate al cambiamento effettivo, alla non più fluida capacità di parlare, al cambiamento della voce. La laringe come sede delle corde vocali è il nostro contatto acustico con il mondo. (...)

Paura e angoscia

All'inizio l'angoscia è di tutti anche perché il tracheostoma è utilizzato a volte nel post intervento anche nel conservativo per un certo tempo.

Angoscia di morire - angoscia della mutilazione - paura della diversità.

La paura influisce sull'aumento della percezione del dolore attraverso la tensione corporea; lo stato di allerta che aumenta la sensibilità, alimenta la paura che stimola ancor più la tensione. (...)

- È necessario riprendere a considerare gli aspetti positivi della propria esistenza
- il rilassamento mette a riposo, stimola le difese immunitarie, fa immagazzinare energia.

Comportamenti che alterano la qualità della vita di chi è la-ringectomizzato

- Mantenere comportamenti a rischio.
- Bisbigliare.
- Lasciare parlare la persona a fianco.
- Consentire agli altri di sostituirsi e di terminare la frase.
- Esprimere la rabbia per il senso di diversità contro se stessi.
- Ritirarsi dai rapporti sociali, isolarsi dai familiari (esempio a domicilio e durante le visite di controllo).

Qualità della vita

- I primi tre mesi sono duri per tutti operati e/o radiotrattati con conservazione della laringe. Ci sono diversità ma non differenze significative (...)
- Le difficoltà sociali sono simili in entrambi i gruppi. L'isolamento è legato:
- alla mancanza dell'uso della parola • alla rete di rapporti precedenti • abitudine ai contatti telefonici oppure personali • alla possibilità di mantenere il lavoro
- dalla volontà e dalla ripresa del desiderio di stare con gli altri. In assenza di desiderio è necessario l'impegno.

I familiari abbiano presente di avere di fronte un individuo da non bloccare ma con cui trovare un nuovo adattamento. Non accettino l'aggressività, essi non sono colpevoli. Il mantenimento di comportamenti a rischio (alcol, fumo) diventa un elemento di grande conflittualità o di squalifica della capacità di esser un uomo/una donna. (...)

Dott. Luisa Nadalini

RESPONSABILE PSICOLOGIA ONCOLOGICA OSPEDALE DI BORGO TRENTO

L'autosufficienza

La concezione positiva dell'autonomia non deve escludere l'aiuto degli altri

Il termine di autosufficienza è per certi versi di significato positivo. Significa, in ultima analisi, provvedere da se stessi ai propri bisogni. Sicuramente, per realizzare questo, l'individuo deve essere dotato di una buona esperienza, di una buona cultura, ma soprattutto di uno spirito di sacrificio e di adattamento non indifferenti. Erano autosufficienti gli eremiti che si isolavano dal mondo per la ricerca del trascendente e del significato dell'esistenza. L'economia dell'autosufficienza delle città-stato dell'antica Grecia e dell'Italia medievale, ha consentito per molti anni un'autonomia politica dei cittadini, ma non li ha protetti da lotte fratricide e dalle dominazioni straniere. In effetti l'autosufficienza racchiude il desiderio e la superbia di escludere l'aiuto degli altri negandone l'utilità e, in alcuni casi l'esistenza. Ecco quindi che il termine di autosufficienza assume un valore negativo in netto confronto con il concetto di sviluppo umano e sociale.

Non si può essere felici da soli, è un vecchio motto del cristianesimo delle origini: occorre condividere la propria esperienza di gioia e anche di dolore con gli altri nella certezza di essere par-te di un contesto sociale. Rivolgendo lo sguardo alla nostra associazione, ritengo che il nemico strisciante dell'autosufficienza blindata abbia già prodotto alcuni guasti che voglio elencare con documentazione argomentativa:

1) Molte sezioni autonome non adempiono ai doveri imposti dallo Statuto, assumendo iniziative autonome non concordate con la Presidenza e il Consiglio Nazionale e adducendo giustificazioni spesso risibili.

2) È mancante una mentalità di proselitismo verso persone non operate che potrebbero essere comunque una risorsa per AI-LAR, in un momento storico dove la vita media è aumentata e si può avere disponibilità di volontari civili che potrebbero affiancare i Presidenti e i Maestri Rieducatori nel loro operato sanitario-assistenziale, ma soprattutto nei rapporti con la società civile in campagne di prevenzione e di divulgazione.

3) Sono note molte situazioni in cui i Maestri Rieducatori titolari dichiarano di non poter "andare avanti" nel loro operato per problemi di salute o di famiglia, per poi scoprire che hanno sempre accentrato le competenze societarie e assistenziali nella propria persona, senza delegare nessun collaboratore e senza mai fatto crescere un adeguato sostituto. La Sede Nazionale ha più volte denunciato questa realtà e invitato a prendere dei provvedimenti; anzi in alcuni casi ha nominato d'ufficio un Maestro di sostegno. Logica conseguenza, un certo rilassamento e la perdita di una collaborazione matura e consapevole della propria validità con il mondo medico-tecnologico. Ho sottolineato più volte e dichiarato pubblicamente che la forza di AILAR e FIALPO risiede nel fatto di fare un volontariato vero con un intervento riabilitativo costante, a differenza di altre Associazioni di volontariato che spesso propongono un sostegno psicologico e un percorso di accompagnamento ai bisogni del malato oncologico. Per questo motivo abbiamo sempre creduto nell'obbligo di fare dei corsi di formazione permanenti al fine di preparare al meglio volontari di varia cultura ed estrazione sociale. Per allargare l'offerta della nostra riabilitazione ho provveduto a formalizzare un corso nella riabilitazione degli aspetti della chirurgia parziale eseguita con laser in ambito fonatorio, deglutitorio e respiratorio. I Maestri Riabilitatori potrebbero quindi eseguire questa riabilitazione in affiancamento ai logopedisti o in maniera autonoma in loro assenza.

Come potete constatare, cari amici, la presunzione di autosufficienza a lungo termine non paga, ma acquisisce un valore negativo e controproducente.

Dott. Maurizio Magnani

La buona sanità

Ricostruiti a un operaio naso e bocca tagliati da un flessibile

Dal quotidiano "L'Arena"

Perfettamente riuscita l'operazione eseguita in serata all'ospedale di Bussolengo dal dr. Stelio Mocella, primario del reparto di otorinolaringoiatria, specialista in interventi chirurgici al naso, come la ricostruzione delle cartilagini nei pazienti che hanno subito gravi menomazioni. Anche il caso di ieri non era facile: nel pomeriggio un operaio di 36 anni, di Cavaion, si era tagliato naso e bocca con il flessibile mentre era al lavoro in una ditta di riparazione di macchinari industriali ad Albarè. Un taglio netto, una sorta di sciabolata, che gli ha aperto in due, in senso verticale, il labbro superiore e il naso. L'uomo è subito stato accompagnato al pronto soccorso di Bussolengo da un collega che lavora con lui. Operarlo subito però non era possibile, perché aveva mangiato poco prima di ferirsi e quindi si è deciso di aspettare qualche ora prima di sedarlo. «Lui però era tranquillo mentre attendeva di entrare in sala operatoria», afferma Stelio Mocella, che ha eseguito l'operazione. «Il sanguinamento, poi, era molto limitato perché la rotazione del flessibile nei tessuti ha cauterizzato i vasi». L'operazione è iniziata alle 18,45 ed è finita alle 20.30. «È stato un intervento molto delicato, con una ricostruzione accurata, per la quale abbiamo usato colle biologiche per far aderire i tessuti», racconta Mocella. «Prima, però, si è resa necessaria una pulizia scrupolosissima della ferita, perché se è vero che il taglio con il flessibile ha cauterizzato i vasi, è anche vero che ha causato delle lesioni nerastre che andavano pulite, perché qualsiasi residuo può provocare infezioni e inficiare il risultato della ricostruzione». L'intervento è riuscito e il dottor Mocella assicura che col tempo le ferite spariranno quasi del tutto. «Un taglio così netto causa danni estetici marginali», sottolinea il primario. Ora il paziente, ricoverato nel reparto di Otorinolaringoiatria, ha un gessetto di plastica che gli protegge il naso e una garza su parte della bocca. Mangiare nei prossimi giorni sarà impossibile, ma potrà bere con una cannuccia. «La ricostruzione immediata riduce molto i rischi di infezione che sono una delle preoccupazioni maggiori nelle ferite di questo tipo», prosegue il dottor Mocella. «Ora vedremo come sarà il decorso post operatorio, ma credo che il paziente si riprenderà bene. Andrà però verificata la sensibilità del labbro tagliato e della punta del naso: il flessibile può aver tagliato le innervazioni delle parti che ha colpito».

Chiara Tajoli

Alla ricerca della voce perduta

Preziosi e utili esercizi che facilitano la rieducazione fonatoria dopo la laringectomia totale

Premessa. Il percorso di riabilitazione fonatoria è tappa obbligata per soggetti sottoposti a laringectomia totale, indipendentemente dal fatto che sia stata posizionata o meno la protesi fonatoria. Presso il nostro reparto di ORL, il protocollo post-operatorio prevede che il trattamento logopedico elettivo sia finalizzato all'apprendimento della voce esofagea, seguendo degli step molto precisi e ben definiti:

- **immediatezza d'intervento**
- **frequenza sostenuta degli incontri.**

Per quanto concerne la tempestività dell'intervento riabilitativo, già in terza giornata dalla data dell'atto operatorio, si procede con una valutazione della motilità oro-facciale. Sia nel caso in cui sia ben conservata che deficitaria, verranno comunque consigliati degli esercizi molto semplici.

DALLA TEORIA ALLA PRATICA. (parte prima)

La finalità dei seguenti esercizi è di migliorare il controllo volontario e intenzionale sulla motilità oro-facciale per utilizzare poi alcuni di questi movimenti come compensatori all'articolazione:

- **fare il sorriso;**
- **mandare un bacio;**
- **gonfiare entrambe le guance;**
- **gonfiare alternativamente una guancia alla volta;**
- **fare lo schiocco del cavallo;**
- **protudere la lingua fuori in basso; poi in alto, come per toccare il naso; lateralmente a destra e a sinistra.**

Il passo successivo prevede l'impostazione della respirazione diaframmatica, facendo particolare attenzione a ridurre al minimo il rumore dello stoma tracheale.

Il paziente dovrà imparare ad: - apprezzare il movimento di abbassamento dell'addome mentre l'aria viene espulsa (**espirazione**); - apprezzare il movimento di innalzamento dell'addome mentre l'aria viene introdotta (**inspirazione**).

Nell'eseguire questi esercizi è necessario procedere con lentezza per permettere al paziente di controllare al meglio il rumore prodotto dal flusso d'aria in uscita dallo stoma tracheale in modo che, quando il soggetto potrà fonare, il rumore non vada a coprire la sonorità prodotta. Solo successivamente si proporrà al paziente di intervallare le due fasi, inspirazione ed espirazione, con una apnea che chiameremo "vuota" dopo l'espirazione, "piena" subito dopo l'inspirazione, secondo questo schema:

- **espirazione lenta (aria espulsa), apnea vuota;**
- **inspirazione lenta (aria introdotta), apnea piena.**

Questo esercizio sarà di fondamentale importanza per dare forza alla produzione di una buona sonorità.

ESERCIZI ARTICOLARI

Ottenuto il controllo del meccanismo respiratorio, si potrà procedere con alcuni esercizi prettamente articolatori quali:

- produrre più volte consecutivamente con le labbra alcune "esplosioni" come per imitare l'articolazione di /PA/

- "grattare" la base della lingua contro la faringe come per produrre una /KA/, ripetendo più volte il movimento;

- appoggiare la punta della lingua sugli alveoli degli incisivi dell'arcata superiore come per dire una /TA/ marcando l'articolazione e producendo una piccola esplosione. A questo punto, **ripetendo** quotidianamente più volte al giorno questi esercizi, già durante la degenza in ospedale si potrà ottenere una minima sonorità (anche se occasionale e non volontaria).

L' **alimentazione** sarà un elemento facilitante, che spesso porta a ottenere delle produzioni sonore più o meno occasionali durante l'arco della giornata e che vanno enfatizzate cogliendo ogni occasione per emettere sillabe o parole semplici bisillabi-che sonorizzandole. (*continua*)

Logopedista:

Dott.ssa Emanuela Rado



Federazione Italiana delle Associazioni di Laringectomizzati e Pazienti Oncologici della Testa e del Collo
Via F.lli Rosselli, 11 - 37138 Verona - Tel/Fax 045/561789 - E-mail: info@arvmdv.it - www.aoionlus.it



Associazione Oncologica Italiana "Mutilati della Voce"
Via F.lli Rosselli, 11 - 37138 Verona
Tel./Fax 045 561789 - www.aoionlus.it - info@arvmdv.it
Federata Fialpo

***Campagna di prevenzione nelle scuole
"contro il fumo - alcool - droga
alimentazione - fattori inquinanti"***



***Se ami i fiori,
non bruciarti la vita, difendila***

Giovanni Paolo II

Il "mio" Papa

Commosi ricordi di incancellabili incontri

E' stato il Papa della mia giovinezza, del mio entusiasmo, della mia gioia! Correva l'anno 1991, quando partecipai alla giornata mondiale dei giovani a Czestochowa e lì, incrociandomi con tanti miei coetanei, provenienti dai più disparati paesi del mondo, non ultimo la Russia che aveva da poco aperto i confini, mi resi conto di quanto Giovanni Paolo II fosse stimato, cercato, amato. Egli aveva un modo genuino e tutto suo di interloquire con i giovani; sapeva improvvisare; sapeva penetrare nel cuore di ognuno con un messaggio carico di speranza: «Non abbiate paura di spalancare le porte del vostro cuore a Cristo. Vi prego, vi supplico: lasciatevi illuminare dal Figlio di Dio, Salvatore del mondo, il quale altro non vuole se non la vostra felicità!». Molti anni dopo, ebbi ancora la grazia di incontrarlo, di incrociarlo nel suo fisico ormai debilitato, di scrutarlo nel suo sguardo ancora penetrante a tradurre una singolare robustezza interiore, uno spessore di umanità che in pochi altri uomini e donne ho mai riconosciuto. Era proprio vero ciò che taluni giornalisti andavano adducendo: quando lo si avvicina, si ha la sensazione che il santo Padre sia lì tutto per te e tu ti senti la persona più importante di questa terra! Correva l'anno 2004 e, per un disegno benevolo della Provvidenza, fui chiamato a frequentare proprio l'Istituto Giovanni Paolo II, voluto dal santo Padre affinché molti preti, consacrati e laici potessero attrezzarsi di strumenti antropologici, psicologici, teologici, pastorali a sostegno e promozione di tante famiglie a loro affidate. Spesso il nostro preside ci richiamava alcune massime del fondatore: «Voi siete qui a Roma per imparare Roma! Studiate sì, ma soprattutto imparate ad amare l'amore umano!». Ed è quanto ho tentato di fare nei preziosi quattro anni romani, anni assai fecondi nei quali ho stretto amicizia con cristiani e famiglie di ogni continente; anni assai ricchi nei quali mi sono dedicato allo studio di Amore e responsabilità e delle Catechesi sull'amore umano, frutto maturo di un grande appassionato della famiglia quale fu papa Giovanni Paolo II. Leggendo i suoi testi, talvolta, mi sembrava di udire il riverbero della sua voce e la mia immaginazione riandava ai gesti semplici ed esemplari con i quali spesso accarezzava i bambini e i malati, o abbracciava i giovani sposi che furono tra le sue cure pastorali fin dai primi anni del suo sacerdozio. In tanti l'abbiamo sentito, gustato, assaporato come un padre: prova ne sono le lacrime che mi scesero copiose il giorno in cui avvenne l'annuncio della sua morte. Ci fu la celebrazione del funerale, assai commovente. Anche qui, per un misterioso disegno della Provvidenza, ebbi la grazia di parteciparvi, in piazza san Pietro, e di sperimentare l'atmosfera di vera devozione che avvolse migliaia e migliaia di giovani e meno giovani disposti a peregrinare una notte intera pur di sfilare dinanzi al loro Papa o papà spirituale. L'omelia dell'allora cardinale Ratzinger fu scandita da un ritornello di cui oggi ne comprendo ancora più il senso: egli si riferì al suo predecessore evidenziando come avesse tutte le qualità per essere un eccellente attore, professore, politico ma, in tutte le occasioni, Karol udì la voce del Signore che gli intimava "Seguimi!" ed egli lo seguì. Furono per me e il mio ministero di prete parole assolutamente incoraggianti e, oggi, sono qui a chiedere con il cuore a questo nuovo beato che mi conceda un po' della sua robusta e coraggiosa fede. Beato Giovanni Paolo II intercedi per tutti noi, in particolare per chi, come te, ha sperimentato la solitudine degli affetti familiari e il dispiacere di vedere i propri cari profondamente segnati dalla malattia. Ripetici ancora: «Non abbiate paura: aprite, anzi spalancate i vostri cuori a Cristo!».

don Cristiano Arduini

delegato vescovile per la famiglia

Prima giornata dell'informazione sui tumori della testa e del collo

La FIALPO, Federazione Italiana delle Associazioni di Laringectomizzati e Pazienti Oncologici, ha deciso di promuovere, con il sostegno incondizionato di Fondazione Cesare Serono, per il prossimo 17 settembre la I Giornata dell'informazione sui tumori della testa e del collo, considerando la scarsa attenzione nei confronti di una patologia oncologica molto sottovalutata. Comunemente associati a stili di vita non corretti, come l'abuso di alcol e di fumo, recentemente è emerso che per i tumori della testa e del collo uno dei fattori di rischio emergente è rappresentato dallo Human Papilloma Virus estremamente diffuso nella popolazione adulta. Nell'ambito di questa Giornata, sono previste le seguenti iniziative:

- 17-18 settembre 2011: in due piazze, a Roma e a Milano, saranno presenti due stand presso i quali medici specialisti saranno a disposizione del pubblico per fornire informazioni e chiarire i dubbi dei cittadini
- Presso i centri aderenti alla FIALPO sarà distribuito materiale informativo sui segnali di allarme, i fattori di rischio, le azioni di prevenzione e l'importanza della diagnosi precoce nei tumori della testa e del collo. Oltre al patrocinio ottenuto dal Ministero della Salute, Assessorato alle Politiche Sociali e alla Salute di Roma Capitale e a quello dal Segretariato Sociale RAI-Radiotelevisione Italiana, la Giornata ha ottenuto i patrocini delle seguenti Società Scientifiche/Associazioni di Pazienti:
- **AILAR** - Associazione Italiana Laringectomizzati Onlus
- **AIOCC** - Associazione Italiana di Oncologia Cervico-Cefalica
- **AIRO** - Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica
- **AOI Onlus** - Associazione Oncologica Italiana Mutilati della Voce Onlus
- **AOOI** - Associazione Otorino-laringologi Ospedalieri Italiani

Ai Centri appartenenti alle Società Scientifiche/Associazioni di Pazienti patrocinatrici, interessati ad aderire in modo attivo, si invierà il materiale informativo relativo alla Giornata da distribuire al pubblico. Inoltre in oltre 50 Centri specializzati si terranno incontri con i medici di Medicina Generale e/o incontri informativi con il pubblico, organizzati in modo autonomo, nell'arco della settimana tra il 17 e il 24 settembre 2011.

I TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO

TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO: CHE COSA SI CONOSCE?

Più della metà della popolazione non sa quali siano i "tumori della testa e del collo" e solo pochi sanno che anche i virus, nello specifico il Papilloma Virus Umano - **HPV**, possono causarne l'insorgenza.

La scarsa informazione è spesso responsabile del frequente ritardo nella diagnosi e conseguentemente nel trattamento di questo importante gruppo di patologie tumorali.

I tumori della testa e del collo sono difficili da curare quando diagnosticati in uno stadio avanzato o quando la malattia si è diffusa ad altri organi.

CHE COSA SONO I TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO?

Con il termine "tumori della testa e del collo" si intende il cancro che colpisce la bocca, la lingua, le gengive, la faringe, la laringe, il naso, i seni paranasali e le ghiandole salivari. L'organo che viene colpito più frequentemente è la **laringe**, seguito da **cavo orale e faringe**.

All'interno di ogni singolo organo è importante conoscere accuratamente la localizzazione precisa del tumore (ad esempio: la faringe si divide in rinofaringe, orofaringe o ipofaringe) per capire la gravità della malattia. La definizione della

terapia più corretta viene decisa da un gruppo di medici esperti in diverse specialità, che includono il chirurgo otorinolaringoiatra, il radioterapista e l'oncologo.

QUALI SONO I PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO?

- **Uso del tabacco (sigarette, sigari, pipa, tabacco da masticare, tabacco da fiuto)** - rappresenta il maggiore e più importante fattore di rischio. Si calcola che l'85% dei casi di tumori di questo tipo siano correlati al tabacco.
- **Assunzione frequente di elevate quantità d'alcool** - segue il fumo, per importanza. Da solo sembra aumentare di 5-11 volte il rischio. L'associazione tra fumo ed alcool aumenta ulteriormente il rischio
- **Marijuana**
- **Fumo passivo, polveri di asbesto, sostanze chimiche di vario genere**
- **Dieta povera in vitamine del gruppo A e B**
- **Scarsa e non corretta igiene orale** in soggetti portatori di protesi dentarie
- **Esposizione papilloma virus umano (HPV)** - questa infezione è attualmente considerata molto importante nella genesi di alcune di queste malattie (specie quelle dell'orofaringe e della bocca). Lo stesso virus è responsabile dei tumori al collo dell'utero e si ritiene che l'infezione si diffonda tramite rapporti sessuali.
- **Virus di Epstein Barr** è associato ai tumori del rinofaringe

L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

Riconoscere i sintomi e diagnosticare i tumori della testa e del collo in fase precoce offre ai pazienti una speranza di guarigione che supera il 90%. Ove possibile, questi tumori vengono trattati con la chirurgia ma spesso vi è il pericolo di interventi demolitivi e invasivi, poiché la malattia è diagnosticata in fase avanzata in 9 casi su 10. L'intervento precoce, che offre maggiori possibilità di ricorso alla chirurgia meno invasiva, consente di preservare la funzionalità della parte colpita dal tumore.

QUALI SONO LE PRINCIPALI TECNICHE DIAGNOSTICHE?

La diagnosi precoce di queste malattie si basa sul riconoscimento dei sintomi iniziali e su un'approfondita visita medica, come ad esempio l'esplorazione del cavo orale. Successivamente, per poter eseguire una diagnosi esatta è necessario effettuare una biopsia e utilizzare indagini strumentali come la fibroscopia, esame endoscopico nel corso del quale è spesso possibile visualizzare il tumore e la sua estensione.

COME SI RICONOSCONO I SINTOMI?

I tumori della testa e del collo sono di lento accrescimento nelle fasi iniziali e ciò vuol dire che i sintomi iniziali possono essere lievi e aspecifici. Questo può causare ritardo nella diagnosi.

Sintomi comuni della malattia, **ma che non devono allarmare in quanto riscontrabili anche in patologie più frequenti e meno gravi**, sono ad esempio:

- ulcera in bocca
- debolezza, anoressia e dimagrimento da malnutrizione dovuta alla difficoltà a deglutire
- emissione di sangue dalla bocca o dalle vie respiratorie
- mal d'orecchie
- deglutizione dolorosa
- comparsa di gonfiore nella regione del collo

La sintomatologia può anche assumere caratteristiche dipendenti dalla sede di origine della malattia:

- **nei tumori della laringe** inizialmente si possono verificare alterazioni della voce; in seguito, la deglutizione diventa difficile e/o dolorosa
- **nei tumori della faringe** si può avere una sensazione di corpo estraneo o dolore alla gola, difficoltà di deglutire, alitosi, voce nasale ed eccessiva produzione di saliva. Molti possono sentire dei noduli sul collo (linfonodi ingranditi). Se il tumore è localizzato alla base del naso, altri sintomi possono essere disturbi uditivi come calo dell'udito, ronzii, fischi, sensazione di orecchio tappato, episodi ripetuti e recidivanti di otite, abbondanti secrezioni nasali, emorragia dal naso. Nelle forme

avanzate, si possono presentare mal di testa, perdita dell'olfatto, ridotta visione e visione sdoppiata

- **nei tumori della bocca** i sintomi iniziali sono lievi come piccole vesciche dolorose, ulcere o ferite che non guariscono, difficoltà nei movimenti della lingua fino all'impossibilità ad aprire la bocca nelle forme più avanzate

- **nei tumori dei seni paranasali** compare spesso l'ostruzione nasale, abbondanti secrezioni nasali ed emorragia dal naso. Dolore, alterazioni della sensibilità del volto, disturbi visivi e deviazione della lingua sono tutti sintomi di malattia avanzata. Risulta, dunque, importante riconoscere i sintomi apparentemente aspecifici, specie quando presenti in soggetti a rischio per lo sviluppo di tumori testa-collo. In presenza di uno o più di questi sintomi che non si risolvono in breve tempo, è bene rivolgersi al proprio medico o ad uno specialista.

Dati epidemiologici

- Si stima che in Europa, i casi di tumore della testa e del collo siano circa 140.000 e oltre 65.000 decessi ogni anno sono legati a questa patologia¹

- In Italia, ogni anno si registrano circa 10.432 nuovi casi tra gli uomini e 1.980 tra le donne²

- I tumori della testa e del collo rappresentano la quinta neoplasia più diffusa in Italia e la stima dei pazienti colpiti da questa neoplasia è di circa 106.7273

- Il Nord Italia è la zona in cui i tumori della testa e del collo sono maggiormente diffusi, con una prevalenza nell'area del Nord Est⁴

- Nel periodo 1998-2002 i tumori della testa e del collo hanno rappresentato il 4,1% di tutte le neoplasie tra gli uomini e l'1,1% tra le donne²

- Nelle donne, l'incidenza è in aumento, legato ad un aumento dei tumori della cavità orale e della faringe

LA MULTIDISCIPLINARIETÀ

Spesso, i pazienti ricevono una combinazione di modalità differenti di trattamenti ed è per questo **fondamentale un approccio di tipo multidisciplinare**. Si intende per approccio multidisciplinare, un approccio che coinvolge più specialisti come il chirurgo, il medico oncologo e il radioterapista che collaborano per il raggiungimento del miglior risultato terapeutico. Nei tumori della testa e del collo, fanno parte di questo gruppo di specialisti anche il nutrizionista, il riabilitatore (logopedista), il terapeuta del dolore, il dentista, lo psicologo e l'assistente sociale⁵.

LE TERAPIE

In questa neoplasia, esistono diverse terapie che possono essere impiegate singolarmente o insieme. Diversi fattori incidono sulla scelta della terapia più appropriata, tra i quali:

- la sede in cui è situato il tumore;
- l'estensione del tumore;
- la rapidità con cui si è diffuso;
- le condizioni di salute generale;
- i risultati estetici e funzionali;
- la preferenza del paziente

Le opzioni di trattamento includono:

LA CHIRURGIA

I pazienti con una patologia localizzata che non si è diffusa, possono essere sottoposti ad un intervento chirurgico del tumore. L'intervento chirurgico può essere seguito dalla radioterapia.

LA RADIOTERAPIA

I pazienti con tumori localmente avanzati e che non possono essere operati, possono ricevere radioterapia da sola, radioterapia in combinazione con una terapia mirata o radioterapia in combinazione con la chemioterapia. La chemioterapia in aggiunta alla radioterapia ha un impatto positivo sulla sopravvivenza, ma è associata ad un aumento delle tossicità acute e croniche.

LA CHEMIOTERAPIA

La chemioterapia può essere usata nei pazienti sottoposti a chirurgia sia prima della procedura chirurgica - quando il tumore è vasto o per ridurre la dimensione o

il numero di metastasi - sia dopo la chirurgia per impedire le recidive. Negli stadi avanzati (metastatici), la chemioterapia è usata come setting palliativo per ridurre la massa tumorale, alleviare i sintomi e il dolore e per allungare la sopravvivenza.

LE TERAPIE MIRATE

Negli ultimi anni, numerose terapie mirate sono state sviluppate per il trattamento dei tumori della testa e del collo. Queste terapie innovative mirano i geni difettosi o le proteine che sono presenti in eccesso nelle cellule di un tumore della testa e del collo, contribuendo alla crescita del tumore e al suo sviluppo. Gli anticorpi monoclonali rappresentano un tipo di terapia mirata che agisce interferendo con quelle particolari molecole che sono necessarie alla crescita del tumore e alla sua proliferazione. Gli anticorpi monoclonali possono essere più efficaci e più tollerabili degli altri trattamenti poiché attaccano specificamente le cellule tumorali, ma non le cellule sane.

La Redazione

Bibliografia

1. GLOBOCAN (www.deep.iarc.fr, accessed May 2008)
2. AIRTUM, I tumori in Italia, Rapporto 2006
3. AIRTUM, I tumori in Italia, Rapporto 2010
4. Licitra L; Olmi P (2011) Tumori della testa e del collo. Integrazione terapeutica nella conservazione della funzione d'organo, Springer
5. Fondazione AIOM, I tumori della testa e del collo
6. Cancer.net www.cancer.net





SEGRETARIATO GENERALE
DELLA PRESIDENZA DELLA REPUBBLICA
SERVIZIO RAPPORTI CON LA SOCIETA' CIVILE



PROTOCOLLO
SGPR 31/08/2011 0103401 P



SCA

SCA/GN/6882-1

Egregio Presidente,

ho il piacere di trasmetterLe l'unita medaglia che il Capo dello Stato ha voluto destinare, quale suo premio di rappresentanza, alla 1^ "Giornata dell'informazione sui tumori della testa e del collo".

L'occasione mi è gradita per farLe giungere, insieme con l'augurio sentito per il successo dell'iniziativa, i saluti più cordiali.

Il Consigliere Capo del Servizio
(Dott.ssa Giovanna Ferri)

All.: 1 MEDAGLIA

Dott. Maurizio Magnani
Presidente della Federazione Italiana delle
Associazioni di Laringectomizzati e Pazienti
Oncologici della Testa e del Collo/FIALPO
Via Fratelli Rosselli, 11
37138 VERONA



Indice

La Sanità	Adriano O. Zanolli
Il Consulto	Giorgio Conconi
L'olfatto e il gusto	Maurizio Magnani
Farmaci al posto del bisturi	G.B. Marchetto
Per Italo Serafini	Marco Luciani
Aiutare il paziente	Luisa Nadalini
Una nuova epidemia: "la Sindrome Metabolica"	Giuseppe Panebianco
«...E se la "piglio"?...»	Federica Zanetti
Un prestigioso passaggio di consegne	Pier Luigi Tornatore
Scienza e coscienza	M.C. Da Mosto
Verso una sanità sostenibile	Adriano O. Zanolli
La "cattiva" comunicazione	Maurizio Magnani
I dolcificanti	Eva Draghi
Indagine e iter diagnostico nelle prime vie V.A.D.S.	Grazia Pisano
Tanto lo so che non sono solo	Maurizio Magnani
Quando l'ansia diventa paura	Monica Cielo
La tracheoaspirazione	Giada Cerminara
Testimonianze	C. Arduini - G. Costa
Tecniche riabilitative dopo laringectomia	Umberto Tassini
Il "linguaggio" dei sintomi	R. Spinato - A. Abramo
Non siamo immortali	Luisa Nadalini
L'autosufficienza	Maurizio Magnani
La buona sanità	Chiara Tajoli
Alla ricerca della voce perduta	Emanuela Rado
Giovanni Paolo II	Cristiano Arduini
Prima giornata dell'informazione sui tumori della testa e del collo	Redazione

Distrex

soluzioni per il benessere delle persone laringectomizzate



Distrex

è impegnata da anni nella
ricerca e proposta dei più avanzati
prodotti ed ausili che possano
migliorare la qualità della vita delle
persone sottoposte a laringectomia, un
lavoro costante che dà risultati tangibili.

PER INFORMAZIONI:

Distrex
PARTNER IN CHIRURGIA

Via P. Donà, 9 • 35129 Padova
Tel. 049/775522 • Fax 049/8073996
www.distrex.it • e-mail: infodistrex@distrex.it