



S.O.S. MALNATE

DIRETTORE RESPONSABILE: Cristina Curaggi - SEDE: Associazione S.O.S. Malnate via T. Tasso 4
COMITATO REDAZIONALE: Anna Giudici, Lorenzo Castiglioni, Luigi Furlan, Federico Giannatempo,
Dario Gottardello, Clelia Mantica, Anna Vernocchi, Pier Maria Vernocchi, Luca Bettoni
Quadrimestrale - Periodico gratuito

Stampa: Tipolitografia Alpi - Varese - Aut. Tribunale n° 517/88 del 27/1/88 - Spediz. abb. post. gr. IV/70

n° 7 maggio - agosto 1990

Pre - Nimega 1990

Domenica 27 Maggio, su un percorso di 42 Km., si è svolta la 19ª edizione della Pre-Nimega.

Si tratta di una marcia internazionale competitiva alla quale hanno partecipato circa 2.500 marciatori; il folto gruppo di partecipanti era composto da sportivi di ogni età, italiani e non e da gruppi militari, ciascuno dei quali delegato a rappresentare il corpo di appartenenza.

Quest'anno l'organizzazione del servizio sanitario di assistenza lungo il percorso, è stata affidata all'S.O.S. di Malnate che, sotto l'egida dell'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze «Sezione Regione Lombardia» e attraverso il gruppo di Protezione Civile, ha predisposto l'intera rete di soccorso.

Il piano logistico prevedeva la dislocazione di dieci tende lungo il percorso, di una roulotte e di un centro operativo radio ubicato all'esterno del campo sportivo di Malnate con il compito di collegare via radio le varie postazioni ed organizzare gli eventuali spostamenti dei mezzi di soccorso.

Le ambulanze chiamate ad effettuare i trasporti sono state in totale dodici:

due appartenenti alla nostra Associazione, tre della C.R.I. di Uggiate Trevano, le quali si sono occupate dell'organizzazione del servizio di assistenza lungo il tratto Gaggino Faloppio - Bizzarone - Roderò; le altre messe a disposizione dalle seguenti associazioni volontarie:

S.O.S. Appiano Gentile, S.O.S. Olgate Comasco, S.O.S. Canzo, P.A. Croce Verde Bosisio Parini, P.A. Volontari del Soccorso Colozziocorte, P.A. Croce Blu Gromo. Altri quattro mezzi (un pulmino e tre autovetture), deputati a realizzare un supporto logistico al servizio sanitario, hanno effettuato un rapido collegamento tra i vari centri per la fornitura di materiale e lo spostamento del personale adetto all'assistenza.

Per quanto riguarda più in dettaglio i punti di soccorso nelle località attraversate dalla marcia, essi hanno rappresentato i luoghi di primo intervento per quanti, durante il percorso, hanno accusato malesseri di vari natura.

Ogni tenda disponeva di un medico e sette volontari e del materiale sanitario normalmente in dotazione sull'ambulanza, compresi alcuni medicinali affidati all'utilizzo da parte del medico.

Il fulcro dell'intero sistema di assistenza era posizionato al campo sportivo, dove la tenda all'esterno del campo e gli spogliatoi accanto alla linea di arrivo, hanno funzionato accogliendo il maggior numero di assistiti, alcuni dei quali giunti con l'ambulanza da diversi luoghi del percorso.

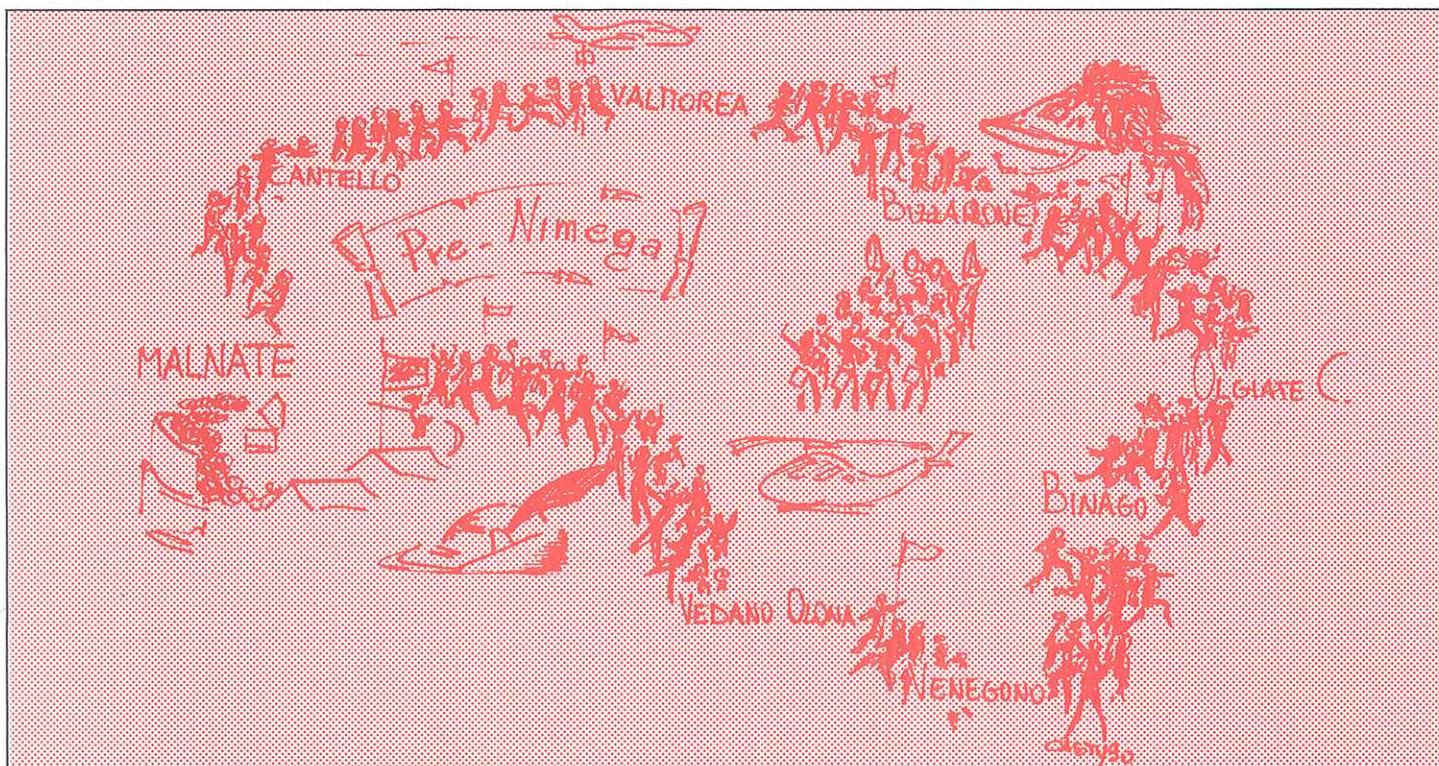
Al campo erano inoltre presenti due medici, uno dei quali il Dott. Gini, direttore sanitario della manifestazione.

Le persone complessivamente soccorse sono state 65 ed i problemi insorti i seguenti:

Crampi muscolari: 34 persone
Vesciche: 12 persone
Dolori ai legamenti, tendinopatie, meniscopatie: 5 persone
Distorsioni: 2 persone
Crisi ipotensive: 4 persone
Malori causati da disidratazione: 4 persone
Colite: 1 persona
Misurazione di pressione: 1

Infine i nostri volontari che per tutta la durata della Pre-Nimega hanno prestato il proprio servizio, sono stati 89. A conclusione della giornata, per ognuno di noi tanta stanchezza, ma anche la soddisfazione di aver lavorato insieme per la migliore realizzazione del servizio.

A. Giudici



A.I.D.S.

Nuove strategie di intervento assistenziale

Sabato 10 Marzo, presso l'ENAI di Varese, ha preso le mosse un corso di formazione professionale per l'assistenza domiciliare ai malati di A.I.D.S., rivolto ad operatori volontari. Tale corso rientra in un progetto sperimentale di assistenza integrata studiato ed organizzato dall'U.S.S.L. n. 3 in collaborazione con l'Ospedale di Circolo di Varese, la Sezione di Psicologia Clinica e il Dipartimento di Chirurgia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia, la Caritas decanale di Varese ed il centro L.I.L.A. di Varese.

Il progetto si articola in tre livelli di intervento (i punti sono stati tratti liberamente dall'opuscolo divulgativo redatto dagli enti promotori):

- 1) Servizio di assistenza domiciliare al malato e di sostegno alla sua famiglia.
- 2) Intervento di sensibilizzazione e di Educazione Sanitaria.
- 3) Realizzazione di una casa-famiglia e mini-alloggi.

Il progetto è destinato, quindi, sia ai malati supportati dalle rispettive famiglie (che hanno tuttavia bisogno di essere aiutate), sia a coloro che al di fuori della struttura ospedaliera non hanno alcun riferimento. Per questi ultimi è stato ipotizzato un ambiente con caratteristiche analoghe a quelle familiari (case-famiglia).

Il servizio nasce dal presupposto che il malato rimanga in famiglia non appena sia possibile, perché essa, intesa come sistema privilegiato, è senza dubbio capace di prendersi cura del congiunto, fornendogli così una migliore qualità di vita, riducendo il periodo di degenza ospedaliera e approfondendo i rapporti intra-familiari e migliorandone la coesione. La famiglia va però seguita, anche oltre il momento del decesso del malato, perché le problematiche legate alla malattia e il dolore per la perdita del familiare, scatenano grandi conflitti con conseguenti difficoltà nella gestione delle relazioni familiari.

Le prestazioni specifiche progettate per il malato e il suo nucleo familiare si differenziano in:

- *servizio al malato*: attività infermieristiche, sanitarie, sociali, riabilitative, psicologiche; compagnia al sofferente; aiuto per l'igiene personale; assistenza sociale;
- *servizio alla famiglia*: aiuto domestico, sociale, psicologico;
- *attivazione o riattivazione delle relazioni con il proprio contesto sociale*.

Gli operatori volontari, riuniti in équipe con figure professionali precise (psicologo, medico, assistente sociale, infermiere professionale, medico di base), si muoveranno in una precisa «area territoriale», in modo da consentire un intervento calibrato secondo le reali ne-

cessità del contesto, previa una preparazione di gruppo che porti all'acquisizione di quelle conoscenze indispensabili legate alle problematiche ed alle risorse del territorio di competenza.

Tutte le équipes territoriali di intervento faranno riferimento alla «Équipe tecnica di coordinamento», che una volta impostate le linee direttive seguirà lo sviluppo del progetto e rappresenterà il punto di riferimento per ogni problema.

Ogni operatore volontario dovrà corrispondere a determinate caratteristiche umane e motivazionali, in modo da svolgere il proprio compito con l'equilibrio e la competenza necessari.

Oltre a questi piani di intervento, gli enti organizzatori hanno considerato l'importanza di un'azione a livello di sensibilizzazione e di educazione sanitaria (livello di intervento n. 2).

Primo passo verso la formazione, è stato il corso di Marzo, che in 7 incontri settimanali ha approfondito tutte le tematiche specifiche; in particolar modo gli esperti intervenuti hanno esaminato l'aspetto medico, psicologico e sociale.

Ogni incontro è stato strutturato in modo da verificare in piccoli gruppi le impressioni e le considerazioni dei partecipanti, dopo aver seguito la relazione sull'argomento del giorno. Infine, al termine dell'incontro, i relatori di ogni gruppo riportavano in assemblea le problematiche emerse.

La prima lezione ha esplorato gli aspetti epidemiologici e clinici della malattia, con l'intervento del Dott. F. Micheletti della Divisione Malattie Infettive dell'Ospedale di Circolo di Varese.

La Capo-sala della stessa divisione, Marilisa Lago, ha quindi esposto le norme di comportamento da attuarsi per l'assistenza ai malati di A.I.D.S.

Nel secondo incontro, il Dott. M. Bellani, psicologo dell'Istituto di Psicologia, Facoltà di medicina e Chirurgia dell'Università di Pavia e il Dott. C. Tosetto, coordinatore del Nucleo Operativo Tossicodipendenze (N.O.T.) dell'U.S.S.L. n° 3 di Varese, hanno approfondito gli aspetti psicologici e sociali della malattia, quindi le reazioni che si possono scatenare nel malato e nella società di fronte all'evidenza della patologia.

Quest'ultimo aspetto è stato ripreso nel terzo incontro, a cura della Dott.ssa M.A. Vicini, psicologa volontaria presso la 2ª Divisione Malattie Infettive dell'Ospedale Sacco di Milano.

In particolare si è parlato dell'impatto che la malattia ha sul nucleo familiare e sugli stessi volontari che prestano assistenza.

Nel successivo incontro, i Dott. Bellani e Tosetto hanno affrontato le dinamiche psicologiche che sorgono nell'as-

sistere un malato terminale.

Nel quinto incontro Don Lattuada, docente presso l'Università Cattolica di Milano, ha introdotto il tema della sessualità e la posizione della Chiesa nei confronti del tema specifico.

Con la penultima lezione si è discusso di problemi etici relativi alla questione e dell'aspetto giuridico del volontariato; relatori sono stati il Dott. P. Cattorini, membro della Commissione Interministeriale per la lotta all'A.I.D.S. e il sig. G. Grassani, Presidente della Federazione Lombarda «Centri di Assistenza alle Famiglie».

Infine, nell'ultimo incontro, il Priore di Bosa, E. Bianchi, ha esposto la questione di come il volontario si deve porre accanto al malato.

Con la conclusione del corso, i partecipanti hanno verificato le proprie attitudini attraverso un test scritto e un colloquio individuale, al fine di determinare per ognuno il ruolo più consona all'interno del progetto.

C. Curaggi
D. Gottardello

«Base a Delta»... «Avanti base».

Quel giorno, il servizio è cominciato così.

Ho sentito parlare di A.I.D.S. centinaia di volte, ho letto opuscoli informativi, seguito trasmissioni televisive, ho discusso di questo argomento in diverse occasioni.

E quel giorno, dopo tante parole, ho dovuto per la prima volta scontrarmi con la realtà di questa malattia.

Nonostante la convinzione che un soccorritore debba essere pronto ad affrontare qualunque situazione si presenti, in quel momento mi sono trovata a dover combattere con la paura; una paura nutrita da un lato dal rischio di un accidentale contatto con il virus e dall'altro dalla difficoltà di trovarmi di fronte ad un ragazzo di ventotto anni che stava morendo.

Spesso nell'avvicinarsi ai malati di A.I.D.S., si è portati a ritenere queste persone in qualche modo responsabili della loro malattia, a causa della scelta di uno stile di vita, o di particolari circostanze che la caratterizzano e che la nostra società condanna.

Eppure qualunque pregiudizio possia-

mo avere non deve farci dimenticare che il malato di A.I.D.S. è un essere umano che soffre e che, almeno per il momento, non ha nessuna prospettiva di vita.

Nella mia esperienza di quel giorno, mi sono resa conto che l'A.I.D.S. è un mondo fatto di paura, di dolore, di devastazione fisica e morale, ma anche di una famiglia che lotta e che ha bisogno di aiuto e di comprensione.

È molto poco ciò che ognuno di noi può fare per andare incontro a chi si trova in una situazione di questo genere.

Tuttavia penso che una buona conoscenza della malattia da un punto di vista medico, aiuti a vincere tante paure spesso infondate e permetta di affrontare l'incontro con il malato di A.I.D.S. in modo più sereno.

È fondamentale, a questo proposito, conoscere le vie attraverso le quali si trasmette il virus ed essere informati delle possibili infezioni opportunistiche di cui è affetto il malato, causate queste ultime dalla drastica riduzione di difese immunitarie.

A questo deve però aggiungersi la disponibilità a comprendere la sofferenza che accompagna questa malattia e il bisogno di contatti umani che diano la forza di superare la solitudine e la paura, la necessità, infine, di essere d'aiuto senza giudicare, ma con il desiderio di contribuire a rendere meno insopportabile il peso di una malattia che oggi non si è ancora in grado di sconfiggere.

Dopo di allora non mi è più capitato di fare servizi di questo genere; temo ancora molto questa malattia ed i problemi ad essa connessi, ma so anche che non è rifiutando di affrontarli che riuscirò a vincere le mie paure.

A. Giudici



VOLONTARIATO IN MALNATE

«Una finestra sull'Africa»

Da circa un anno opera con continuità a Malnate, presso la ex Casa Parrocchiale, un gruppo di lavoro composta da più di cinquanta persone accomunate da un ideale di solidarietà umana verso le popolazioni dei Paesi emergenti, in modo particolare del Burundi.

Il gruppo è nato dall'esperienza maturata da una sua volontaria nell'arco di alcuni mesi proprio nel Burundi, presso una Missione dove è presente il V.I.S.P.E..

Apriamo una parentesi in proposito. Il V.I.S.P.E. (Volontari Italiani per la Solidarietà ai Paesi Emergenti) di Casirate di Lacchiarella (MI), ha iniziato la sua attività negli anni '70 nel Burundi, uno dei paesi più poveri del mondo, situato nell'Africa Equatoriale.

I volontari si occupano di raccogliere e spedire materiale necessario per le opere di sviluppo. Grazie alla loro attività è stata costituita a Mutoyi una comunità composta da un ospedale con circa venti posti letto, un centro per la maternità e per i bambini malati di denutrizione, un centro di promozione agricola e sono state avviate attività lavorative artigianali.

Il gruppo di volontari di Malnate collabora con il V.I.S.P.E. aderendo, per quanto è possibile, alle richieste che vengono di volta in volta avanzate da Mutoyi. L'attività principale consiste nella preparazione di corredi per la maternità confezionati a mano al proprio domicilio e predisposti in pacchetti. Questi corredi una volta raccolti dal V.I.S.P.E. verranno portati al luogo di destinazione insieme ad altre merci (dai trattori ai medicinali), con una periodicità mensile tramite containers. Qui verranno consegnati alle madri che hanno partorito nell'ospedale, dietro un modesto compenso di valore prevalentemente educativo. Si tende, cioè, a non

far dipendere totalmente la popolazione locale dai volontari della comunità.

Oltre alla preparazione di corredi, il gruppo raccoglie e seleziona indumenti e altro materiale che potranno eventualmente essere recapitati a Mutoyi. Ultimamente, inoltre, sono state avanzate tre richieste specifiche.

La prima è tesa a soddisfare il bisogno di abiti per i bambini malnutriti che verranno accolti in un orfanotrofio di prossima apertura sperimentale.

La seconda riguarda la maternità, che necessita di un corredo per ostetriche.

L'ultima — in buona parte e con grande sforzo organizzativo e finanziario del gruppo già soddisfatta — implica la fornitura di ferri da maglia per la lavorazione di una partita di lana ceduta gratuitamente da un maglificio che ha cessato la propria attività.

Ribadiamo l'impegno del gruppo nel rifornimento dalla materia prima (stoffa) o del prodotto finito (ferri da maglia) che devono essere acquistati e che quindi provocano la necessità nel gruppo di autofinanziarsi.

I locali messi a disposizione dalla Parrocchia (che fornisce aiuto in caso di necessità e che mantiene un rapporto di indipendenza nei confronti del gruppo) fungono da «deposito» dei pacchi in attesa della raccolta da parte dei volontari del V.I.S.P.E.

Concludiamo ricordando che ogni lettore interessato è invitato a collaborare sia indirettamente (portando, cioè, materiale vario usato in buono stato) sia direttamente (entrando attivamente nel gruppo) e che a tali fini bisogna presentarsi presso la ex Casa Parrocchiale ogni mercoledì pomeriggio dalle ore 14.00 alle ore 18.00.

Piermaria Vernocchi

CHIAMATE DI EMERGENZA

S.O.S. - MALNATE	Tel. 428.555
C.R.I.	Tel. 281.000
GUARDIA MEDICA (Prefestiva, Festiva e Notturna)	
Ospedale di Circolo	Tel. 265.000
OSPEDALE DI CIRCOLO	Tel. 278.111
OSPEDALE DEL PONTE	Tel. 285.300
PRONTO SOCCORSO	Tel. 278.358
CARABINIERI - PRONTO INTERVENTO	Tel. 112
POLIZIA - PRONTO INTERVENTO	Tel. 113
POLIZIA STRADALE	Tel. 281.030
VIGILI DEL FUOCO	Tel. 115
VIGILI URBANI - MALNATE	Tel. 428.516

Epidemiologia e prevenzione degli incidenti stradali

Si può certamente dire che gli incidenti stradali costituiscono un grave problema di sanità pubblica alla pari di molte malattie, considerando tutte le conseguenze che essi comportano sul piano della salute.

Secondo stime abbastanza recenti sembra infatti che il numero di feriti annui sulle strade italiane si aggiri ormai attorno alle 230.000 unità e che il numero di morti abbia superato abbondantemente la soglia dei 10.000.

Alla base di queste cifre si può pensare che vi sia solamente la fatalità, ma è vero piuttosto che molto spesso si possono rintracciare comuni agenti causati o almeno fattori favorevoli, che ci permettono, una volta identificati, di prevenire o se non altro ridurre la frequenza del fenomeno.

L'età secondo le statistiche è un fattore di rischio importante.

I bambini in età compresa fra i 6 e i 14 anni sono coinvolti negli incidenti specialmente in qualità di pedoni e meno come ciclisti o passeggeri di veicoli a motore. Nel gruppo di età 15-24 anni gli incidenti stradali sono la principale causa di morte specie fra i maschi (il

Altri fattori risultano però incisivi: — lo stato di salute ed in particolare gli eventuali difetti visivi (non solo di acuità ma anche di campo visivo); — la stanchezza; — consumo di droghe, alcool o farmaci che possono interferire con la condotta di guida.

In particolare l'alcool (si è stabilito un limite di riferimento per l'alcoemia = 0,8‰) ha un accertato effetto di depressione psicomotoria, diminuzione del controllo fisico, diminuzione delle capacità critiche e delle percezioni sensoriali riguardo ad esempio alla valutazione delle distanze, ecc.

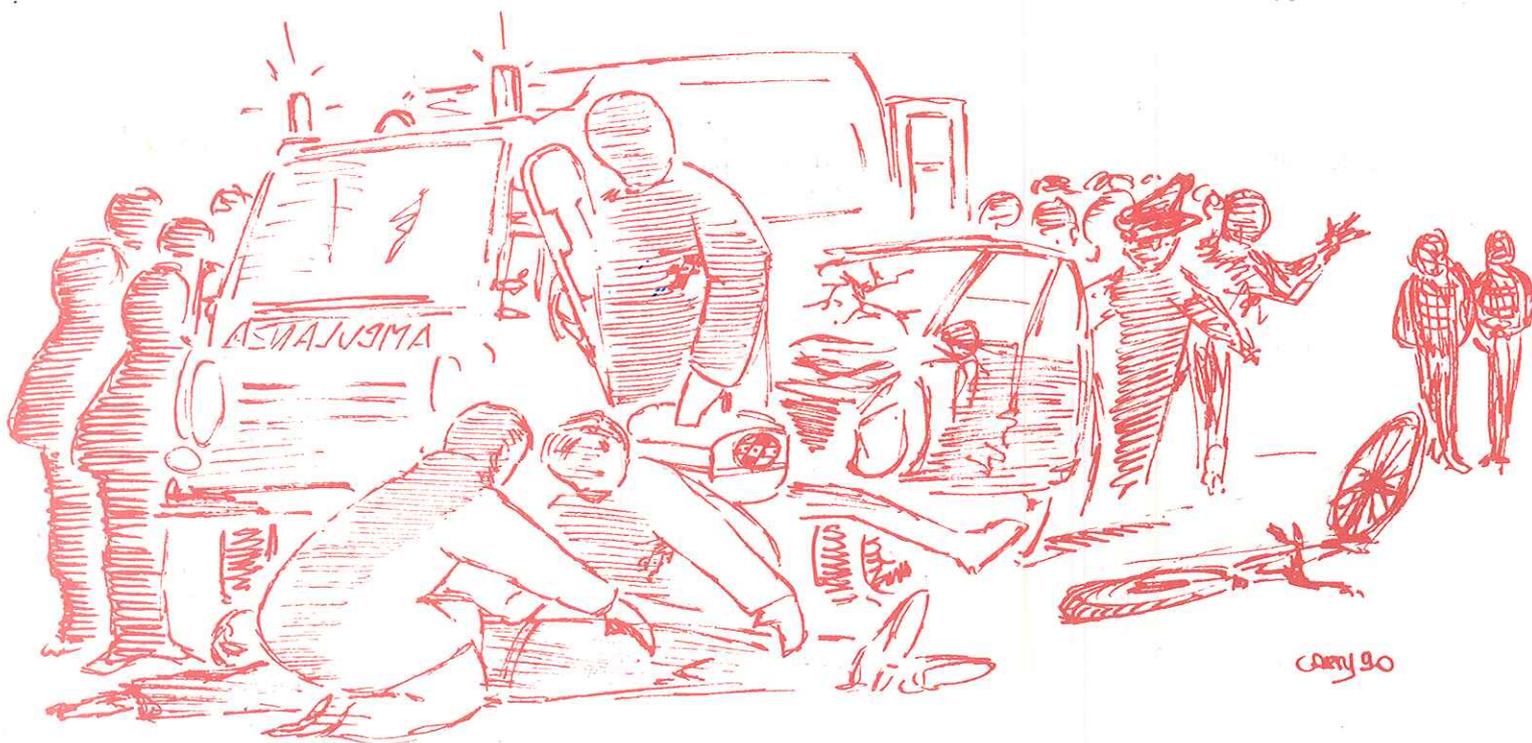
Per quanto concerne i fattori ambientali (condizione delle strade, entità della circolazione stradale, velocità di marcia, ecc.) e psicologico-sociali (manie di esibizionismo o di prepotenza sulle strade, norme di circolazione e dispositivi per la loro applicazione che siano adeguati alla tutela della sicurezza e non solo delle leggi di mercato o di mode deleganti, ivi compresi gli interessi delle case costruttrici automobilistiche) hanno sicuramente un peso notevole nella questione, pur costituendo un ar-

Fanno parte della prevenzione anche tutte quelle misure atte a rendere meno gravi le conseguenze di un incidente: rimozione dai bordi stradali di ostacoli pericolosi in caso di collisione; uso del casco per i motociclisti e delle cinture di sicurezza; immediatezza e buona qualità dell'intervento di primo soccorso, strutture e servizi efficienti di terapia intensiva e riabilitativa, ecc.

Insomma gli incidenti stradali offrono numerosi spunti di studio e di intervento operativo inderogabili per chi è costretto a convivere con una realtà qual'è quella della circolazione su gomma, in continua e, mi si permetta, poco regolata e perciò pericolosa crescita.

Ognuno di noi, per quelle che sono le sue competenze, responsabilità e impegno di volontariato o di lavoro, è chiamato ad arginare un fenomeno che porta nelle nostre famiglie tanti dolori impreveduti e conseguenze invalidanti a lungo termine.

F.L.



rapporto maschi-femmine è di 4:1, ad indicare l'utilità di una condotta di guida prudente, tipicamente attribuita alle donne, pur con qualche eccezione!).

Dopo i 25 anni probabilmente per una maggiore esperienza di guida (ma anche per quella auspicabile stabilità emotiva e senso di matura responsabilità che sono frutto degli anni) i rischi legati al traffico si riducono notevolmente, per poi aumentare ancora in età anziana (anziani investiti ma anche vittime sprovviste di una attività, quale è quella della guida, che richiede massima integrità psico-fisica per poter essere continuata).

gomento complesso d'affrontare.

È possibile oggi fare una politica di prevenzione e sicurezza, agendo prima di tutto sul binario dell'educazione; insegnamento delle norme di comportamento stradale da impartirsi già a partire dalla scuole dell'obbligo; consigli e indicazioni tecniche durante il conseguimento della patente di guida; campagne propagandistiche collettive sulla materia, ecc.

La repressione efficace e continua di tutte le inosservanze del codice stradale dovrebbe essere intesa come il completamento di questo procedimento educativo.

Bibliografia:

IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA (S. Barbuti) - Manduzzi Editore, 1987.

Trauma cranici

Il termine «trauma cranico» indica una lesione legata ad un trauma verificatosi a livello cefalico, la cui possibile evoluzione comporta in maniera spesso imprevedibile, a distanza di minuti, di ore, di giorni o addirittura di settimane dall'evento traumatico, complicazioni neurologiche così gravi da mettere in pericolo la sopravvivenza del paziente.

L'entità della lesione, tuttavia, non sempre è proporzionale all'intensità del trauma: traumi modesti possono provocare un coma immediato mentre traumi intensi possono verificarsi senza perdita della coscienza o determinare un modesto stato confusionale. L'esperienza dimostra altresì che non necessariamente sono presenti fratture delle ossa craniche in traumatizzati gravi.

Queste considerazioni spiegano come la gravità di un trauma cranico possa sfuggire ad un esaminatore poco scrupoloso. Il traumatizzato cranico è sempre un paziente a rischio che necessita, almeno per alcune ore, di una sorveglianza continua, intesa a cogliere immediatamente le eventuali conseguenze e complicazioni.

Particolarmente attenta deve essere la valutazione dei traumi cranici degli etilisti, il cui stato confusionale può erroneamente essere attribuito all'assunzione di bevande alcoliche, sottovalutando l'entità del trauma.

Valutazione del trauma cranico

Si basa sui seguenti parametri:

1) *Stato di coscienza*: è l'elemento fondamentale durante il periodo successivo al trauma. Può accadere che chi ha subito dei colpi al capo possa non manifestare alcun sintomo particolare per un intervallo di tempo variabile da alcuni minuti ad alcune ore, giorni, settimane e addirittura mesi dall'evento (INTERVENTO LUCIDO). Questo accade perché i neuroni, cioè le cellule dell'encefalo che controllano le funzioni vitali, possono essere danneggiati in modo lentamente progressivo. Inoltre possono inizialmente essere interessate zone prive di funzioni. In altri casi ci può essere un disturbo della memoria che riguarda l'incidente e gli avvenimenti che l'hanno preceduto (AMNESIA RETROGRADA) o che sono seguiti (AMNESIA ANTEROGRADA). Il paziente può essere confuso, agitato o irrequieto (COMA VIGILE). In casi più gravi può presentare uno stato di SEMI-COMA o COMA PARZIALE: pur essendo incapace di intendere e di volere può compiere alcuni movimenti soprattutto in seguito a stimoli dolorosi come il pizzicamento della cute.

Di estrema gravità è la comparsa di uno stato di completa incoscienza, con incapacità di reagire agli stimoli sensoriali, immobilità e rilascio degli sfinteri (COMA).

2) *Stato neuro vegetativo*: sono presenti mal di testa, nausea, vomito, dilatazione di una o di entrambe le pupille, respiro difficoltoso con pause di apnea, pallore e impercettibilità del polso indice di uno stato di shock, contrazioni muscolari intermittenti.

3) *Esame locale*: generalmente sono presenti ferite lacerato-conture del cuoio capelluto più o meno gravi, otorragia, rinorragia (rispettivamente fuoriuscita di sangue dalle orecchie e dal naso).

L'emorragia coesiste spesso con la liquorrea (fuoriuscita di liquido limpido sempre attraverso le stesse vie).

Tutti questi sintomi possono presentarsi nel traumatizzato in modo variabile, per cui si è resa necessaria la distinzione di tre quadri clinici particolari.

1) *Stato confusionale*.

2) *Commozione cerebrale*:

È caratterizzato dalla comparsa immediata dei sintomi caratteristici al momento del trauma cranico. Viene sempre interessata una regione specifica dell'encefalo, sostanza reticolare che regola importanti funzioni dell'organismo. Tipico esempio di commozione cerebrale è quello del pedone investito da un veicolo che lo proietta con una brusca accelerazione, seguita dall'urto violento contro il suolo.

Altro esempio è dato da un pugile che ha subito un violento KO.

3) *Contusione cerebrale*:

Non si manifesta necessariamente subito dopo l'incidente. Difatti assai vari ed incostanti sono i sintomi, che dipen-

dono dalla presenza di discontinuazioni della sostanza nervosa e che possono interessare gli emisferi cerebrali in varie aree: è appunto dall'importanza delle funzioni di tali aree che dipende la gravità del trauma.

Il paziente può rimanere illeso o presentare solo alcuni dei sintomi precedentemente descritti.

È importante tuttavia sottolineare che una contusione del cervello può anche dar luogo, se è causa di emorragia, di ematoma e di edema (aumento di liquido nei tessuti cerebrali) a rigonfiamento e compressione all'interno della scatola cranica. Questa compressione inizialmente viene compensata dalle strutture anatomiche dell'encefalo, dopo di che determina una stasi circolatoria e conseguentemente danni cerebrali.

Postumi dei traumi cranici

Una diagnosi immediata e corretta del trauma cranico può permettere la guarigione e la sopravvivenza del malato.

Come conseguenza di irreparabili lesioni cerebrali possono invece residuare:

- emiplegia (paralisi di una metà del corpo) che può essere reversibile, soprattutto nei giovani, a lunga scadenza; paralisi facciale, oculare, sordità;
- disturbi psichici epilettici (nei due anni successivi al trauma).

Luca Bettoni
Emanuela Binda

Bibliografia da testi di:

NEUROLOGIA E PATOLOGIA CHIRURGICA.



Bilancio al 31 Dicembre 1989

STATO PATRIMONIALE (in lire italiane)

ATTIVO

Immobilizzazioni Immateriali	5.228.628
Spese manutenzione da ammortizzare	5.228.628
Immobilizzazioni materiali	226.660.680
Automezzi	190.779.481
Attrezzature sanitarie	7.079.506
Mobili ed arredi	1.367.600
Macchine ufficio	10.413.500
Apparecchiature radio	13.217.808
Attrezzature protezione civile	3.802.785
Scorte materiale sanitario	1.100.000
Clienti	25.492.436
Stato	5.463.500
Acconti d'imposta	1.466.552
Stato c/obiettori	3.625.948
Credito Irpeg	371.000
Altri crediti	13.957.397
Risconti attivi	4.806.468
Cassa	10.522.396
Credito Varesino c/c	4.122.681
c/c Postale	425.890
Totale attività	297.780.076

PASSIVO

Fondi di ammortamento	160.002.248
Automezzi	134.596.572
Attrezzature sanitarie	6.543.138
Mobili ed arredi	1.299.372
Macchine ufficio	6.528.049
Apparecchiature radio	10.844.977
Attrezzature protezione civile	190.140
Fornitori	23.648.681
Ratei e risconti passivi	5.323.225
Ratei passivi	3.313.225
Risconti passivi	2.010.000
Totale passività	188.974.154
Patrimonio netto	
Capitale sociale	27.000
Riserve	101.475.504
Utile d'esercizio	7.303.418
Totale	297.780.076

CONTO ECONOMICO

COSTI

Scorte iniziali materiale sanitario	3.160.000
Acquisti	9.317.714
Materiale sanitario	2.457.567
Materiale di consumo	2.103.687
Indumenti di lavoro	695.902
Beni strumentali c/esercizio	4.060.558
Automezzi	49.580.327
Carburante	12.481.529
Assicurazioni e bolli	10.623.391
Materiale per automezzi	5.148.333
Lubrificanti, materiale consumo e costi gestione automezzi	7.876.071
Manutenzione automezzi	13.451.003
Prestazioni di servizi	16.513.790
Prestazioni professionali	5.831.000
Forza motrice	1.945.275
Gas e acqua	963.270
Lavaggio materiale sanitario	3.361.462
Servizi effettuati da terzi	40.000
Telefono	2.354.386
Manutenzioni varie	2.018.397
Canone concessione radio	879.300
Spede sede	1.142.400
Spese Protezione Civile	6.744.808
Altri costi di gestione	17.086.981
Pubblicità e propaganda	3.501.988
Spese rappresentanza	2.207.130
Cancelleria e stampati	2.433.207
Postali e valori bollati	1.179.050
Vidimazioni	460.500
Spese varie	7.305.106
Ammortamenti ordinari	15.064.615
Oneri finanziari	906.450
Interessi passivi bancari	580.950
Spese bancarie	325.500
Oneri straordinari	542.548
Sopravvenienze passive	522.500
Abbuoni e arrotondamenti passivi	20.048
Oneri tributari	126.960
Tasse dell'esercizio	126.960
Totale costi	121.055.893
Utile d'esercizio	7.303.418
	128.359.311

RICAVI

Prestazioni di servizi	88.431.200
Tessere soci	33.197.000
Interessi attivi	391.840
Credito Varesino	194.120
c/c Postale	197.720
Proventi straordinari	5.239.271
Manutenzioni da capitalizzare	5.228.628
Abbuoni e sconti attivi	10.643
Scorte finali materiale sanitario	1.100.000
Totale ricavi	128.359.311

