Anno 1, numero 1

Nordestnet aggiornamento sanitario

NES

Nord Est Sanità

TRIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE SCIENTIFICO CULTURALE

Primo piano

Braccio di ferro tra la Regione e i Privati, le opinioni a confronto

Focus

Tumore al seno, l'Ulss 16 di Padova ritorna allo screening tradizionale

Rubriche

Primavera, è giunta l'ora della pollinosi

Arte

Un artista di ieri raccontato da un artista di oggi

Provincia di Padova

CALENDARIO CORSI NORDESTNET S.r.l.

- **La Riabilitazione del paziente neurologico**
  Sabato 16 febbraio 2008
  Sabato 15 marzo 2008
  Lunedì 05 maggio 2008
  Lunedì 12 maggio 2008
  Sede degli incontri: CADONEGHE (PD)
  Resp. corso: Dott. Mario Armani

- **Le onde d'urto**
  Giovedì 08 maggio 2008
  Sede degli incontri: MIRA (VE)
  Resp. corso: Dott. Ernesto Amelio

- **Linfodrenaggio manuale secondo Voedder**
  Sabato e Domenica 07-08 giugno 2008
  Sabato e Domenica 13-14 settembre 2008
  Sabato e Domenica 04-05 ottobre 2008
  Sabato e Domenica 08-09 novembre 2008
  Sabato e Domenica 22-23 novembre 2008
  Sabato e Domenica 29-30 novembre 2008
  Sabato e Domenica 20-21 dicembre 2008
  Sede degli incontri: MIRA (VE)
  Resp. corso: Dott.ssa Denisa Giardini

- **Terapie fisiche**
  Settembre 2008
  Sede degli incontri: CADONEGHE (PD)
  Resp. corso: Dott. Giuseppe Carraccio

- **Laserterapia**
  Settembre 2008
  Sede degli incontri: CADONEGHE (PD)
  Resp. corso: Dott. Giuseppe Carraccio

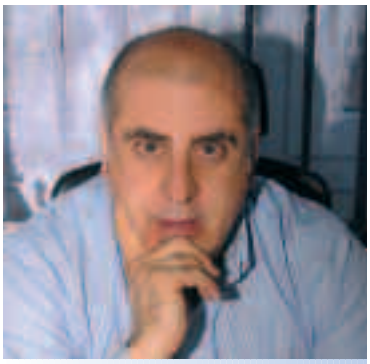
Nordestnet S.r.l.
Via Valgimigli, 6/3 - Padova (Italy)
Telefono +39 049 8872581
Fax +39 049 8870010
E-mail aggiornamento@gvdr.it

Nordestnet

di **Giuseppe Caraccio**

PERCHÈ NES

Avevo un sogno nel cassetto: dare vita ad uno strumento che potesse fare da "tres d'union" tra chi lavora nell'ambito sanitario privato, gli utenti del sistema sanitario regionale e i rappresentanti delle istituzioni. Alla fine il sogno è diventato una scommessa da cui è nato Nes. Siamo parte di un sistema sanitario in continua evoluzione. Cambia il bisogno di salute e di conseguenza devono anche mutare i servizi e le prestazioni da erogare. La nostra sanità deve essere efficace, efficiente ma anche flessibile. Proprio per rispondere alle diverse esigenze che la Regione Veneto suggerisce di anno in anno, anche i privati accreditati si sono spesso messi in discussione dando il via a restyling importanti anche in termini di innovazione tecnologica. Oggi molti parlano di una nuova sanità privata che ha come fulcro della sua ***mission*** *la necessità di erogare prestazioni con alti standard di qualità che garantiscono così la tutela della salute. Il tutto nel pieno rispetto di un'etica economica che tiene conto dell'esigenza dei cittadini. Più passano gli anni, infatti, e più mi sono convinto che il profitto non è l'unica logica a cui rispondere: lo spirito di accoglienza e la tipologia del servizio sono fondamentali per far sì che chi ha bisogno sia posto sempre al centro del sistema sanitario.*



Giuseppe Caraccio*, Direttore Editoriale*

Ecco perché è nato Nes: avevo la necessità di creare uno strumento che mi concedesse la libertà di affrontare la sanità con un nuovo approccio culturale. Un luogo ideale, quindi, dove tutti possano trovare spazio per dare la propria idea su un bene così importante come è quello della salute. Dedico questo strumento a mio padre che mi ha cresciuto nel valore della libertà in una visione cristiana del mondo. Ringrazio tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione della rivista. In particolare, il professor Cosimo Di Maggio, la giornalista Ines Brentan, mia moglie Miriam Zaia e La Squadra.

Sommario

Primo piano
La protesta
La prima volta del privato 2
La storia
Verso l'esamificio 3
Le opinioni
Tutte le "Opinioni a confronto" 4
L'intervista
Viaggio nelle Asl venete 12

Focus
Tumore al seno, lo screening
L'Ulss 16 di Padova ritorna al metodo tradizionale ... 15
Risonanza Magnetica Nucleare
Nuove applicazioni per la senologia 20

Non solo sport
Le associazioni
Quando lo sport è disabile 22

L'angolo delle rubriche
Allergie
È primavera: pollinosi in agguato 24

L'arte raccontata
Elio Armano e Andrea Palladio
Ha inventato l'architettura moderna 26

di **Antonella Prigioni**

LA PRIMA VOLTA *del privato*

I privati protestano, 31 gennaio serrata dei poliambularatori contro le proposte di Palazzo Balbi

Dare un segno del proprio dissenso, scioperando. Il 31 gennaio 2008 è andato in scena il primo atto del braccio di ferro tra strutture private sanitarie accreditate e la Regione Veneto. I laboratori di analisi, radiologia, fisiokinesiterapia e di visite specialistiche in regime di convenzione con il sistema pubblico, hanno chiuso per una giornata. Sono state garantite solo le urgenze. Una protesta contro un piano di riorganizzazione del rapporto pubblico-privato enunciato dalla giunta regionale.

LE PROPOSTE DELLA REGIONE. In sintesi ecco cosa dovrebbe cambiare:

1. Si azzera il budget che la Regione Veneto ogni anno mette a disposizione dei laboratori privati di analisi;
2. Viene ridotta la copertura assistenziale ai cittadini;
3. Alcune importanti competenze regionali passano direttamente ai Direttori Generali delle singole Ulss;
4. Centralizzazione dell'offerta delle strutture, con il sistema di prenotazione gestito dai CUP, i centri di prenotazione unici.

MODIFICHE INACCETTABILI. Modifiche che, secondo le associazioni di categoria ANISAP, a cui aderisce l'80 per cento delle strutture convenzionate, AIOP, ARIS, CONFINDUSTRIA, porteranno inevitabilmente ad un aumento dell'esborso diretto dei cittadini che dovranno metter mano al portafoglio; la chiusura di fatto delle strutture di laboratorio convenzionate; di conseguenza potrà venir meno la garanzia per i cittadini di poter usufruire di uguali e uniformi livelli di assistenza, dettame sancito dall'Art.32 della Costituzione. Non ultimo, sottolineano i rappresentanti delle associazioni di categoria, "sarà inevitabile l'allungamento delle liste d'attesa e l'abbassamento della qualità gestionale dei servizi con la centralizzazione delle prenotazioni presso il Cup".

CONTESTATI CONTENUTI E MODI. In discussione, oltre ai contenuti della bozza di cambiamento, anche il modo con cui è stata presentata senza, ribadiscono le associazioni, concertazione con le parti in causa. Molti provvedimenti, sostengono all'ANISAP, AIOP, ARIS, CONFINDUSTRIA, "sono stati imposti d'autorità senza discussione e quelle rare volte in cui c'è stato il confronto, le intese condivise e concordate sarebbero state disattese o modificate unilateralmente nella loro formalizzazione". Molte disposizioni le associazioni le hanno impugnate, ravvisando elementi di illegittimità. Le associazioni, nell'illustrare le proprie posizioni, si dimostrano consapevoli del difficile compito della Regione Veneto che deve garantire contemporaneamente la sostenibilità economica del sistema sanitario e un alto livello di protezione della salute dei cittadini.

SCENARI FUTURI. Comprendono la necessità dell'esecutivo regionale di riprogrammare e riorganizzare i servizi socio-sanitari, ma ritengono le proposte avanzate non idonee al compito che si prefigge la Regione.
Secondo le associazioni il pacchetto di trasformazione lede il principio di uguaglianza assistenziale: affidare ai Direttori generali alcune competenze significa creare servizi sanitari diversi. La riduzione delle prestazioni erogate limita la copertura assistenziale ai cittadini, in attesa delle deospedalizzazioni del 2010. Un forte timore è poi rappresentato dai project financing utilizzati per la realizzazione di grandi centri sanitari. Un progetto, per ANISAP e le altre associazioni, che porterebbe a forti concentrazioni di offerta su territori limitati e la perdita di un patrimonio di strutture affidabili che coprono e servono gli utenti da anni. ■

Si raccolgono le firme

La parola ai cittadini, ai pazienti: agli utenti del servizio pubblico e del servizio privato accreditato. Il futuro del panorama sanitario regionale è qualcosa che riguarda essenzialmente gli utenti. La riforma sanitaria nel mettere al centro della propria politica il diritto ad un'assistenza e cura uguale per tutti, lo evidenzia con chiarezza. Con altrettanta chiarezza le strutture private accreditate hanno iniziato a raccogliere firme tra i propri assistiti (71 mila in soli due mesi). 136 i centri in Veneto che hanno già riempito fogli di adesioni alla campagna di protesta. Il rapporto tra Regione e strutture va però regolamentato, così com'è non può proseguire, la finanziaria 2007 lo evidenzia chiaramente: il 31 dicembre 2009, le Regioni devono essere autonome economicamente. Va applicata la terza "A" prevista dal passaggio della convenzione all'accreditamento. Ossia si devono sottoscrivere i contratti con le strutture di cui si serve il servizio pubblico. Le strutture private accreditate, da 15 anni, operano infatti in esercizio provvisorio. Il terzo passaggio previsto dalla riforma, il famoso decreto 502/517, non è mai stato eseguito ed ora scadono i termini. In Veneto la legge 22 del consiglio regionale è quella che interpreta le direttive del piano sanitario nazionale. Direttive, che alcune delibere siglate dal segretario regionale della sanità, prevedono una riduzione a zero del budget per i laboratori di analisi ed una drastica riduzione per le altre macroaree. Ne è scaturito un braccio di ferro tra strutture private che hanno protestato con la serrata del 31 gennaio e Regione che sta lentamente riaprendo al dialogo.

VERSO *l'esamificio*

Le tappe del convenzionamento delle Strutture private

Convenzione, accreditamento… esamificio. Passato, presente e forse futuro della sanità privata che opera in regime di convenzione pubblica. Il cittadino non paga, se non il valore del ticket.

LA STORIA. Il regime di convenzione, decade per legge, nel 1997, quando viene introdotto il concetto di accreditamento della struttura. Cambiano i termini, ma cambia pure il metodo. Le strutture private convenzionate, non sono più in relazione con il Ministero della Sanità, ma con le singole Regioni. Sono gli esecutivi regionali ad accreditarle. Prima della riforma sanitaria, legge 833 del 1978, i poliambulatori privati avevano, sin dagli anni cinquanta, la convenzione con le varie mutue, l'Enpdep, l'Enpals, solo per citarne qualcuna. Dal 1978 per tre anni si assiste ad un regime misto in cui i poliambulatori si riferiscono agli enti mutualistici e alle regioni. Una fase di transizione che si esaurisce dopo la delibera del decreto 502 del 1992, che affida alle Regioni la gestione della sanità.
E dà tempo tre anni per la messa a regime del sistema dell'accreditamento per le strutture private. "Nel 1999 con il decreto 229, il famoso decreto Bindi, riforma della riforma, vengono introdotte le tre A", evidenzia facendo la cronistoria del convenzionamento Vittorio Cavaceppi presidente Nazionale dell'ANISAP, l'associazione Nazionale Italiana Strutture Assistenza Privata. Sono i tre steps per arrivare all'accreditamento.

1. Tutte le strutture private devono essere autorizzate all'esercizio dell'attività.
2. Si stabiliscono i requisiti per l'accreditamento di un rapporto di servizio con il settore pubblico.
3. Si contrattualizzano i rapporti tra pubblico ossia la Regione e le strutture private.

Le tappe della Riforma sanitaria

Art. 32 della Costituzione: il diritto alla salute è il diritto fondamentale dell'individuo ma anche interesse per la collettività.

Legge 833-1978: nasce il S.S.N, Servizio Sanitario Nazionale. I cittadini devono avere uguaglianza di cura, terapia ed assistenza. Nasce il fondo sanitario regionale, nascono le Ulss.

Decreto n. 502-1992, n. 517-1993: La riforma della riforma. Regionalizzazione del sistema, nascono le Ulss azienda, non più struttura operativa dei Comuni, ma azienda con riconoscimento di personalità giuridica pubblica.

Decreto legislativo 229-1999 - Riforma Ter - Decreto Bindi: il SSN viene definito quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei SSR, Servizi Regionali, Assistenziali.

***Vittorio Cavaceppi**, Presidente Nazionale ANISAP*

DIRITTO ALLA SALUTE O FEDERALISMO? Ogni Regione è libera di stabilire dei criteri autonomi per l'accreditamento, purchè si facciano salvi i requisiti di qualità. L'art. 32 della Costituzione Italiana, non a caso recita che il diritto alla salute è fondamentale diritto dell'individuo e della collettività. E il cittadino dovrebbe poter scegliere dove farsi curare a tutela massima di questo diritto, nel pubblico o nel privato, senza dover mettere mano al portafoglio.
"Siamo sempre andati in peggio, la libera scelta, di fatto è sempre stata condizionata dai budget a disposizione delle Regioni – commenta Cavaceppi – il federalismo in ambito sanitario sembra essere andato in direzione opposta ai dettami costituzionali, mancano linee guida nazionali, ogni Regione ha un suo sistema sanitario".

IL CASO VENETO. "La Regione Veneto più di altre ha dato spazio alle strutture private – ricorda il presidente dell'Anisap – ha interpretato in modo più morbido la politica nazionale sanitaria, credendo nell'utilità dell'assistenza fornita dai privati. I poliambulatori privati sopperiscono alle carenze pubbliche, favoriscono lo snellimento delle liste d'attesa ed offrono una chance in più al paziente. Oltre al budget stanziato per la sanità privata nel Veneto è stato introdotto un ammortizzatore sociale, la regressione tariffaria della prestazione. Superato il budget, progressivamente diminuiva il costo corrisposto al privato per la singola prestazione".

L'ESAMIFICIO. Dal 31 dicembre 2010, tutto invece cambierà. "Il Veneto – sottolinea Cavaceppi – fa marcia indietro. Non viene escluso il privato, ma cambia il privato di riferimento. Per risparmiare è possibile che si affidino a grandi soggetti, forse delle multinazionali svizzere. Si sradica il sistema capillare nel territorio rappresentato dai poliambulatori di quartiere per arrivare a megacentri, si va – conclude Vittorio Cavaceppi – verso l'esamificio". ■

OPINIONI *a confronto*

MARTINI
"LIBERTA' DI SCELTA PER I CITTADINI, MA DENTRO LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE"

"La libertà di scelta per i cittadini è un diritto condiviso e fondamentale esercitato all'interno della programmazione regionale.
Il privato accreditato convenzionato è certamente parte integrante del Servizio sanitario regionale. Tuttavia gli scenari della medicina stanno profondamente mutando e le richieste di salute della gente sono radicalmente trasformate: le risposte che si devono dare al territorio devono perciò essere modificate e cambiate rispetto al passato sia nel pubblico che nel privato. Si tratta di trasformazioni che la Regione del Veneto vuole condividere e concertare con le sigle maggiormente rappresentative della sanità privata. Il dialogo tra le parti deve essere costruttivo, ma deve esserci sempre la consapevolezza che la pianificazione sanitaria non può restare immobile e immutata con il trascorrere degli anni. La Regione del Veneto investe in sanità i due terzi del suo bilancio. Siamo a credito dallo Stato di un miliardo e 800 milioni di Euro, mentre dalle Regioni per la mobilità dei pazienti avanziamo 600 milioni di Euro. Versiamo per il fondo di perequazione un miliardo e cento milioni. Con risorse nostre e in equilibrio di bilancio assicuriamo livelli di servizi di assoluta eccellenza restando persino sotto il tetto del 13% della spesa farmaceutica imposto dal Ministero della Salute.
Abbiamo introdotto per primi in Italia i codici di priorità su tutte le prestazioni, abbiamo pensato alla figura del Cup manager provinciale per meglio gestire gli accessi, stiamo semplificando il sistema ospedaliero, abbiamo rafforzato i legami tra ospedale e territorio in nome dell'appropriatezza, stiamo creando una rete più efficiente ed efficace della medicina di famiglia, stiamo implementando le strutture intermedie per la fase acuta (ospedali di comunità), stiamo incentivando la nascita di due Utap per Azienda Ulss. Il nostro impegno più forte è il governo della spesa sanitaria. Ciò non vuol dire meno risorse per la salute, ma risorse meglio investite nei servizi e soprattutto con i giusti tempi di erogazione delle prestazioni.
Ai privati accreditati convenzionati della Regione Veneto chiediamo, insomma, di proseguire a lavorare con noi in maniera sinergica." ■

***Francesca Martini**, Assessore Politiche Sanitarie Regione Veneto**

* *Abbiamo deciso di pubblicare l'intervento (datato 25 febbraio) dell'Onorevole Martini pur sapendo che si sarebbe candidata alle Politiche di primavera.*

Gli auguri

***Dr. Leonardo Padrin**, Sottosegretario alla Giunta Regionale del Veneto*

Quando Giuseppe Caraccio e Mirian Zaia mi hanno parlato di questa loro iniziativa ho capito che si trattava di un ulteriore passo in avanti di una struttura moderna, qualificata ma soprattutto della ricerca di una nuova dimensione della comunicazione tra operatori sanitari e cittadini.
Un magazine che informa, che spiega, che accompagna il cittadino-utente in un percorso dove riconosce patologie e terapie di cura, dove c'è la possibilità di conoscere i risultati della ricerca scientifica ed i confini raggiunti dal sapere. Uno strumento a disposizione di tutti ma specialmente della salute, uno strumento che permette di conseguirla o di recuperarla, uno strumento che migliora l'integrazione fra cittadino ed operatore sanitario.
Una modalità nuova che certifica come nel Veneto anche la sanità privata si qualifica non solo come un'attività economica ma anche come un servizio pubblico che non si occupa solo di prestazioni ma anche di cultura sanitaria.

Complimenti e buon lavoro!

GALLO
"VEDO UN FUTURO OTTIMALE NELL'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO"

Tutto costa, dal pane al latte fino alla sanità. È possibile risparmiare sulle prestazioni da erogare senza incidere sulla qualità dei servizi? Se sì, ci dice la sua ricetta?

La risposta secca è no, a meno che non si pensi di scaricare sui cittadini ogni onere derivante dalle riduzioni di spesa.

Se si pensa di risparmiare sulle prestazioni da erogare, alla fine chi ci rimette è esclusivamente l'utenza, che subirebbe sulla propria pelle un abbassamento della qualità dei servizi. In tutta questa partita il nodo centrale sta nel mancato esercizio da parte della Giunta regionale dei propri compiti di programmazione.

È questo vuoto che ha prodotto nel tempo un deficit economico mai più colmato, neppure con la leva fiscale e con l'applicazione dell'addizionale Irpef che la Regione ha messo in atto a partire dal 2001.

È come un tormentone: "la sanità Veneta è la migliore del Paese". Quante volte lo sentiamo dire. Ma ci sono tre cose che secondo lei dovrebbero essere migliorate?

In cima alla lista delle emergenze nella sanità veneta vi sono le lunghissime liste d'attesa per visite ed esami.

Il secondo ambito che necessita di forti miglioramenti è quello della presenza dei presidi territoriali: non a caso da parte del PD e del centrosinistra è arrivata la proposta di attivare in tempi stretti le case della salute e le unità territoriali di assistenza primaria.

Strutture insomma che siano in grado di garantire una presenza di personale medico 24 ore su 24, evitando il ricorso improprio alle strutture di pronto soccorso ospedaliero.

Volendo ragionare in generale, è indispensabile che l'area delle prestazioni venga allargata, sia come fasce orarie che come ambiti specialistici.

Infine c'è il problema della governance della sanità: un modello corretto di gestione è quello che impone ai Direttori Generali delle Aziende ULSS di confrontarsi, nello svolgimento del proprio operato, non esclusivamente col presidente della Giunta regionale, come accade attualmente, ma soprattutto con i sindaci, senza escludere quei soggetti che operano sul territorio, compresi i privati accreditati".

La rotta di collisione di oggi tra Pubblico e Privato è un fulmine a ciel sereno oppure è qualcosa che era nell'aria da tempo?

***Giovanni Gallo**, Consigliere Regionale PD*

Il sistema sanitario regionale poggiava nel passato le proprie basi su un buon equilibrio tra pubblico e privato, dove il privato erogava prestazioni per conto del servizio pubblico e senza aggravi sull'utenza. Era un sistema che dava buoni risultati.

Oggi invece la Giunta si orienta verso i grandi gruppi che investono sulla sanità per ottenere profitti e che voltano le spalle a quella fitta rete di soggetti privati accreditati che finora hanno consentito di garantire un'erogazione capillare e di eccellenza dei servizi integrando, laddove necessario, il servizio fornito dalle strutture pubbliche.

I privati accreditati da tempo lanciano un allarme. "Le nostre strutture sono tutte a rischio", dicono. Secondo lei si supererà questa bufera?

La bufera si supera in un solo modo: mettendo un freno alle politiche della Giunta e a tutto quel processo cui facevo riferimento. Insomma, non devono andare oltre.

C'è, secondo lei, un futuro per il binomio pubblico-privato?

Vedo come scenario futuro ottimale un sistema nel quale il privato concorre nella fornitura di servizi pubblici, con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini un accesso paritario, indipendentemente da dove risiede la singola persona.

Un sistema di garanzia dove tutti i cittadini possano fruire di livelli essenziali di assistenza: in questo il privato ha indiscutibilmente un ruolo importante. ■

OPINIONI *a confronto*

BAZZONI

"SÌ AL FUTURO PUBBLICO-PRIVATO, MA EVITIAMO I DOPPIONI"

***Raffaele Bazzoni**, Presidente V Commissione Sanità Regione Veneto*

Vizi e virtù della sanità veneta…

Elementi peculiari del modello veneto sono la forte integrazione tra sanitario e sociale, che non vuol dire solo aziende socio-sanitarie (a differenza del resto d'Italia) ma anche solidarietà e attenzione ai più deboli; la qualità delle prestazioni erogate, tanto che a livello europeo, e non solo, la sanità veneta è riconosciuta ai primissimi posti; l'elevato livello tecnologico.

Un sistema così avanzato, peraltro, costa più di altri, per cui è inevitabile che la carenza di risorse rappresenti un limite importante; su questo, come è noto, il Presidente da anni conduce una battaglia per vedere riconosciuti dallo stato finanziamenti adeguati a quanto prodotto nel Veneto in termini di salute.

Da luglio in Veneto abbiamo i codici di priorità. Eppure le liste di attesa continuano ad essere lunghe in numerose strutture pubbliche. Si può dire che sono fuorilegge? In caso contrario, perché?

I codici di priorità hanno prodotto un sensibile miglioramento della situazione complessiva.

Grazie anche alla collaborazione dei medici prescrittori, i cittadini del Veneto oggi ricevono nella maggior parte dei casi una prestazione nei tempi giudicati adeguati dal proprio curante.

Certo, la strada è ancora lunga e disagi rimangono, ma l'attuale andamento porta il Veneto tra le regioni di riferimento in questo settore, non certo tra quelle fuorilegge.

I privati accreditati da tempo lanciano un allarme. "Le nostre strutture sono tutte a rischio", dicono. Secondo lei si supererà questa bufera?

Ho ricevuto recentemente, in sede di V commissione, i rappresentanti delle associazioni di categoria e ho quindi ben presenti le loro preoccupazioni. Non c'è alcuna volontà, da parte della Regione, di annichilire il privato, partner prezioso, ma solo di tenere il rapporto all'interno di alcune regole possibilmente condivise.

Siamo in una fase in cui, per la parte ambulatoriale, gli accordi per il 2008 non sono ancora stati definiti, e questo genera qualche tensione. So che la segreteria regionale alla sanità e sociale ha recentemente ripreso le trattative e confido che si giunga in tempi rapidi ad un'intesa in tal senso.

C'è, secondo lei, un futuro per il binomio pubblico-privato?

Certamente. Già oggi la sanità privata costituisce una quota non insignificante della rete sanitaria veneta.

L'importante è che questo binomio non crei competizioni o doppioni, che finirebbero per incrementare i costi senza alcun reale vantaggio per il cittadino, ma complementarietà. L'emergenza-urgenza, ad esempio, è storicamente sulle spalle del pubblico, anche perché molto onerosa, ma nella post-acuzie gli ambiti di collaborazione sono ampi.

2010: "scade la libertà di scelta". Esami e visite solo in ospedale?

Nel 2010 non scadrà la libertà di scelta, anzi: il cittadino potrà scegliere come ora, e forse anche di più, ma solo nell'ambito di strutture pubbliche e private accreditate, cioè strutture riconosciute in possesso di una serie di requisiti specifici tali da garantirne la qualità.

La Regione Veneto è stata una delle prime in Italia ad avviarsi su questa strada, che potrà anche portare ad escludere alcuni centri poco affidabili ma solo a tutela dei propri cittadini. ■

NES
Nord Est Sanità

L'invito lanciato alla Regione da Lia Ravagnin, Presidente Anisap Veneto

RAVAGNIN
"SIAMO PRONTI A PROGETTARE INSIEME".

Qualcosa si muove dopo la vostra serrata del 31 gennaio?
"Sì, stiamo vedendo la volontà di un confronto politico tra il Consiglio Regionale e la Giunta. L'incontro, con il presidente della V commissione sanità Raffaele Bazzoni, ha fatto emergere la disponibilità al dialogo. Noi non ci battiamo per il vile denaro, come qualcuno ha detto, ci battiamo perché non vediamo con chiarezza il disegno programmatico della Regione Veneto in ambito sanitario.
Ci lasciano perplessi i finanziamenti a progetto, il far entrare in progetti strutturali imprenditori che mettono capitali enormi in cambio di contratti di servizio trentennali. Un meccanismo che garantisce una convenienza iniziale, ma non si sa poi alla fine quanto costi di interessi. È vero che le aziende sanitarie non possono indebitarsi, ma il ricorso ai cosiddetti project financing può riservare sorprese che forse non sono state adeguatamente valutate".

La vostra sopravvivenza è a rischio a causa di questi progetti di grandi centri di analisi finanziati da colossi imprenditoriali?
"Il rischio è legato alla proposta di budget per i prossimi anni, assolutamente insufficiente a soddisfare la richiesta di prestazioni assistenziali dei cittadini.
Le tariffe che ci applica il servizio pubblico sono ferme al 1996, ridurle significa metterci nelle condizioni di non poterle più effettuare. È evidente che stanno pensando a strutture realizzate con finanziamenti a progetto che prevedono anche servizi sanitari, quanto meno i laboratori di analisi e la radiologia. Vorremmo, a questo punto, conoscere il piano futuro."

Ma a quale "ratio", dunque, risponde per voi la proposta regionale?
"Francamente ancora non lo abbiamo capito. Modificare la mole e la tipologia di prestazioni da assegnare ai centri convenzionati per noi non deve corrispondere solo alla capacità economica di spesa, ma deve garantire una qualità assistenziale ai cittadini. La Regione deve decidere politicamente cosa assicurare ai cittadini".

Gli ospedali da soli non ce la fanno, eppure vi vogliono ridurre il budget, qualcosa non quadra?
"Siamo consapevoli e ne sono consapevoli anche le singole aziende sanitarie che la nostra presenza sul territorio è fondamentale. La mole di lavoro nell'ambito della diagnostica e della fisioterapia è in aumento,

***Lia Ravagnin**, Presidente ANISAP Regione Veneto*

quindi... E poi anche l'idea di affidare le nostre agende di prenotazioni ai Cup delle Ulss ingenera solo inefficienza. Sono soluzioni che non ci convincono. Siamo l'unica regione in Italia in cui tutti i centri sono certificati. Siamo trasparenti e la qualità è la "mission" del nostro fare impresa. A noi interessa allargare il mercato non fare la cresta sul pubblico. È il cittadino che dice quante prestazioni noi facciamo".

Il futuro non potrebbe essere invece di un rapporto di erogazione di prestazioni, un progettare insieme?
"È quello che chiediamo da anni. Mettere insieme le nostre reciproche esperienze e progettare una sanità moderna che recepisca le istanze degli assistiti. La conflittualità ideologica pubblico-privato è stata superata. E del resto non può essere altrimenti. Il 70% delle prestazioni di fisioterapia riabilitativa è eseguita da privati, il 50% della radiologia, un 20 % la specialistica e le analisi".

Cosa vede e prevede, allora?
"Abbiamo mostrato i muscoli entrambi. Noi la nostra autoanalisi la stiamo facendo, chi credeva di avere una posizione di privilegio con l'accreditamento a vita, sa che può perderlo, ma la Regione sa anche che esistiamo e siamo importanti nella filiera sanitaria pubblica.
Che sia l'inizio di un rapporto di progettualità comune. Insieme possiamo ottimizzare forze e servizi.
Abbiamo molte idee. Possiamo cambiare il rapporto e creare un costruttivo sistema integrato".

OPINIONI *a confronto*

Ancora scenari bui per le strutture accreditate

***Carla Trevisan**, Presidente del comparto Sanità Confindustria*

TREVISAN

"IN QUESTA LOTTA COINVOLGIAMO I CITTADINI"

In attesa di un nuovo confronto con la Regione, cosa state facendo?
Siamo in un momento delicato di transizione dove le nostre energie si stanno concentrando sull'informazione agli utenti. Tutti i cittadini devono sapere che se un giorno noi privati non riusciremo più a erogare con la stessa efficienza di ieri i servizi di cui necessitano oggi, un motivo valido c'è e non dipende da noi e dalle nostre strutture.

È sempre un problema di budget…
In parte lo è, certo. Del resto, è stato proposto il nuovo piano sanitario regionale. Una sanità che mette al centro tre problematiche: la prevenzione, l'invecchiamento della popolazione e, infine, quella legata alla presenza degli immigrati. Ciò significa che anche le prestazioni verranno erogate rispondendo a queste nuove e diverse necessità. Benissimo. Peccato che noi lo dovremmo fare con un budget vecchio. Infatti, la recente proposta della Regione non solo ha stabilito che oggi è il direttore generale dell'Ulss a scegliere il budget da assegnare ad ogni struttura, ma ne definisce il valore economico compreso tra quello del budget 2005 e del budget 2007.

Ma cosa sta succedendo?
Sarebbe bello averlo compreso. Ad oggi ancora nulla ci è chiaro. Stiamo vivendo una situazione davvero surreale. Da un lato capiamo la necessità di rivedere e quindi di rimodificare il sistema sanitario vigente, ma qui sembra che si voglia andar ben oltre: nel 2010 in tutto il Veneto sono a rischio 60 laboratori di analisi accreditati. In questa data è sotteso un chiaro ultimatum. Del tipo: o tu, struttura privata, ti metti in rete promuovendo un unico laboratorio come capofila rispetto agli altri ed effettui uno sconto alle Ulss sulle prestazioni pari al 30%, oppure sei destinato a chiudere la saracinesca.

Ma è così tragica la situazione?
La mattina mi sveglio e mi chiedo cosa abbiamo fatto di male. Siamo preoccupati. Non capiamo perché da un lato ci viene detto che i privati sono parte integrante del sistema sanitario Veneto e dall'altro però le delibere regionali ci penalizzano. Eppure non ci siamo mai tirati indietro. Il nostro tariffario è fermo dal 1996. Diamo impiego come strutture ambulatoriali e ospedaliere, tra medici, paramedici e personale amministrativo, a circa 13 mila persone che, con il 2008, hanno già ottenuto il rinnovo del loro contratto. Siamo pronti e disponibili ad un dialogo con la Regione per raggiungere un accordo che soddisfi entrambi. Se c'è da fare un altro restyling, va bene lo faremo. Sappiamo che dovremo trovare un altro modo di essere privati, anche perché i bisogni di salute cambiano nel tempo. Ecco: noi siamo pronti a dare il nostro contributo alla stesura dei programmi. Chiediamo solamente che ci sia la nostra condivisione e la nostra partecipazione sulle prossime e future pianificazioni.

Ma in questa lotta perché i cittadini dovrebbero mobilitarsi?
In Veneto noi privati rappresentiamo l'8 % della sanità (esclusi i servizi sociali, le case di riposo e la spesa farmaceutica). Siamo distribuiti in modo capillare su tutto il territorio: Anisap rappresenta circa 200 strutture (poliambulatori, laboratori analisi e fisioterapia) mentre Confindustria 40 (grossi centri diagnostici e poliambulatori). Ciò significa che il cittadino è abituato ad avere il servizio, per così dire, sotto casa. Le nostre strutture il più delle volte evitano il disagio di spostamenti lunghi da un paese all'altro. Risparmiano grossi disagi soprattutto se pensiamo alle persone anziane e malate.

Ma potrebbe esserci un altro sciopero simile a quello del 31 gennaio?
Voglio essere ottimista. Sperare che qualcosa si muova nel frattempo che scongiuri possibili prese di posizione. C'è stata una proposta di contratto su cui noi tutti abbiamo espresso molte perplessità. L'audizione in V commissione porterà forse ad un'interrogazione in Consiglio Regionale. Anche lì ci saranno fiumi di parole. Chissà... Incrociamo le dita. ■

Nuovo Coordinatore regionale

È Valerio Alberti, classe 1953, a capo dell'Usl 3 di Bassano, il nuovo coordinatore dei direttori generali delle 24 aziende sanitarie venete. È stato nominato venerdì 14 marzo a Padova dalla conferenza dei Dg, che l'ha scelto come successore di Lino Angelo Del Favero (Usl 7 di Pieve di Soligo).

Pubblico e privato hanno lo stesso obiettivo: offrire qualità nelle prestazioni all'utente

DEL FAVERO
MISSION COMUNE

Più potere ai Direttori Generali delle singole aziende sanitarie equivale a più autonomia nella scelta di come e quanto avvalersi della collaborazione della sanità privata. "In Veneto il privato accreditato è una quota minima, dal 5 al 10 per cento al massimo", precisa Angelo Del Favero, Direttore generale dell'Ulss 7 – Pieve di Soligo, nonché ex Coordinatore Regionale di tutti i Direttori Generali.

Quali sono i criteri di accreditamento delle strutture?
"Esiste una legge regionale, un manuale di accreditamento che stabilisce l'iter. Il 10% avviene per trascinamento di convenzioni storiche. Si valutano aspetti qualitativi, strutturali e organizzativi. E poi, ogni azienda sanitaria nelle proprie scelte applica criteri individuali, legati alle proprie necessità".

Il privato come integra il servizio pubblico?
"Dà risposte veloci, laddove il pubblico non è tempestivo. Il privato occupa gli interstizi del Servizio Sanitario Nazionale. È un aiuto prezioso nella diagnostica, nelle visite specialistiche, nelle urgenze."

Un aiuto per abbattere i tempi delle liste d'attesa ed allora perché dal 2010 la svolta?
"È un contenzioso economico quello che si è aperto tra la Regione e il privato. Sul piatto ci sono gli adeguamenti tariffari e certo si sta pensando alla riorganizzazione strutturale del meccanismo dell'accreditamento. Le strutture si sono, lo dico simpaticamente, sindacalizzate".

Si va verso la "grande distribuzione" della sanità?
"Lo spauracchio delle multinazionali è solo una fantasia. Quello che si sta studiando è un processo di centralizzazione, gli esamifici rispondono ad esigenze di un mercato competitivo, pur rimanendo radicati nel territorio".

Come un Direttore Generale sceglie un partner privato?
"Fatta salva la libertà del cittadino di potersi far curare dove ritiene più idoneo alle sue necessità, stabiliamo accordi sulla base del volume delle prestazioni che ci servono, in quei segmenti di attività dove siamo più carenti. Va anche evidenziato che stiamo vivendo una sorta di consumismo sanitario, vorremmo farci analisi dalla mattina alla sera e subito".

***Angelo Lino Del Favero**, ex Coordinatore regionale Direttori ASL*

È solo una questione di budget?
"In Veneto la sanità pubblica ha alti livelli qualitativi, ha centri di eccellenza. Non ha bisogno di tagliare il contributo privato. Resterà tutto com'è.
Nella mia azienda grazie al concorso di pubblico e privato abbiamo acquistato una risonanza magnetica a tre tesler, superpotente, che serve oltre che per la diagnostica anche per la ricerca. Cambia il modo di collaborare: si fanno piani di lavoro, non concorrenza nello stesso ambito".

Ci fa una mappa dell'impiego del privato nelle varie aziende sanitarie, in Veneto?
"Padova è la realtà che più si affida a centri accreditati, la mole di lavoro e la ricerca legata agli Istituti Universitari sono un grande magnete. Poi c'è Verona, segue Treviso, quindi minima la percentuale di Venezia, a Belluno e Rovigo il privato è quasi assente. L'importante è evitare doppioni.
Io, ad esempio ho comprato in toto un ospedale privato e l'ho integrato con quello pubblico. Ho acquistato edificio, attrezzature, competenze professionali personale".

In una parola pubblico e privato che rapporto devono avere?
"Devono essere partners, non concorrenti. Sono entrambi finanziati dal sistema pubblico, hanno una mission comune, anche se un modo diverso di perseguirla".

OPINIONI *a confronto*

La sanità privata deve esistere, purchè in percentuale bassa

IAZZETTA

OCCUPARE GLI SPAZI VUOTI

Quello che preoccupa Cittadinanza Attiva sono i progetti misti. Analisi, visite specialistiche, esami diagnostici. Il privato è più veloce. Risolve in parte il problema delle liste d'attesa.
La tutela della salute dei cittadini è comunque compito della sanità pubblica.

PICCOLA QUOTA

"In Veneto – dice il Segretario Regionale di Cittadinanzattiva Umberto Iazzetta – la sanità privata rappresenta una quota bassissima, solo il 3 per cento.
Si intende quella accreditata, quella dove il paziente non paga. Un segno questo che gli ospedali, gli ambulatori, i laboratori pubblici funzionano. Si aspetta molto per tac, risonanze magnetiche, radiografie, esami importanti per stabilire malattie gravi e per le quali bisogna intervenire con tempestività.
Ecco allora che il paziente preferisce rivolgersi a strutture private che, di solito, riescono a garantire appuntamenti a breve.

CODICI DI PRIORITA'

"Con l'introduzione del codice di priorità sulle ricette, un provvedimento della scorsa estate, le cose vanno molto meglio, sottolinea Iazzetta. è sufficiente che il medico di base barri la "U" di urgente che il malato ottiene subito al pronto soccorso ogni tipo di indagine. Ogni direttore sanitario ha creato nell'ambito del proprio nosocomio delle corsie apposite per le urgenze.

Importanti cambiamenti sulle ricette

Dal 1 luglio 2007 sulle ricette viene indicato il codice di priorità, che stabilisce l'accesso alle prestazioni a seconda dei bisogni:

U = urgente, intervento immediato

B = breve, prestazioni erogate entro 10 giorni

D = differibile, visite specialistiche effettuate entro 30 giorni ed esami diagnostici entro 60

P = programmabile, prestazioni erogate entro 180 giorni

***Umberto Iazzetta**, Segretario Regionale Cittadinanza Attiva*

Poi ci sono gli altri codici, A, B, D, che indicano i tempi massimi di attesa per un esame che variano dai 10 giorni a 3 mesi. Oltre si contravviene la legge".
"Una quota di sanità privata di riferimento per il comparto pubblico deve esistere sempre, per garantire il confronto, il benchmark, per usare un termine aziendale.
Non credo – afferma Iazzetta – che si arrivi mai all'esonero dei centri accreditati. Non credo nemmeno si possa fare in una logica di libero mercato, dove il pluralismo è garanzia di qualità, concorrenza e stimolo. In Veneto abbiamo percentuali basse occupate dal privato e tali devono rimanere".

PROGETTI MISTI

A spaventare i titolari dei laboratori accreditati più che un probabile decreto regionale, potrebbero essere i project financing misti, tipo quello che ha permesso la realizzazione dell'ospedale di Mestre. Privati che mettono sul tavolo grossi capitali in progetti pubblici.

NUOVO PRIVATO

"La sanità privata – sottolinea Iazzetta – ha capacità di competizione con il pubblico negli spazi vuoti che questo lascia, ma deve essere pronta a mettersi in rete, a proporsi in modo nuovo.
Si sta affacciando all'orizzonte un nuovo privato dalle grandi risorse economiche e produttive." ■

NES Nord Est Sanità

Le prescrizioni degli esami dovrebbero farle gli specialisti

GRECO

"NON SIAMO SCRIBACCHINI, SIAMO MEDICI"

Rivendicano il proprio ruolo i medici di famiglia e puntano il dito contro la mole di burocrazia a loro carico.

Quello che interessa ai medici di famiglia è poter fare diagnosi precise in tempi brevi. Che poi gli strumenti vengano dal pubblico o dal privato accreditato, è secondario.

La velocità di esami e visite specialistiche, anche per la FIMGG, la federazione italiana medici di famiglia, non è proprio la peculiarità del servizio pubblico.

Il privato è invece più attento al paziente, inteso come cliente, è più accogliente e offre le prestazioni in un clima di migliore qualità.

"Inaccettabile la chiusura paventata nel 2010 – dichiara Giuseppe Greco, segretario FIMGG di Padova – inaccettabili anche le proposte di grandi strutture polifunzionali.

EQUITA' E ACCESSIBILITA'

L'equità prevista dal Servizio Sanitario si basa sul favorire l'accessibilità alle prestazioni.

Un paziente deve poter fare una tac, una risonanza vicino a casa , quando gli è più comodo e nel breve tempo possibile.

Al sabato, ad esempio, senza dover chiedere un giorno di ferie al lavoro. E questa efficienza la garantisce solo una presenza di centri nel territorio.

La riorganizzazione che punta alla centralizzazione è solo una questione di budget. Un modo per ridurre la spesa sanitaria, a discapito però del cittadino".

I numeri delle visite mediche

- **Quasi 29 milioni le visite ambulatoriali, all'anno, in Veneto. 3 milioni quelle domiciliari.**
- **Ogni cittadino viene visitato sette volte all'anno di media.**
- **I medici di famiglia gestiscono codici bianchi, verdi e gialli.**
- **Hanno 1000 assistiti a testa, ma possono arrivare fino ad un tetto di 1500.**

***Giuseppe Greco**, Segretario FIMGG di Padova*

LISTE LUNGHE

Le liste d'attesa sono molto lunghe anche nell'efficientissimo Veneto, forse perché si esagera con gli esami.

"Farsi troppi esami è sbagliato, dopo 10 è insito nella natura stessa della scienza medica che avvenga l'errore diagnostico.

Non è nemmeno vero che noi prescriviamo esami a catena, anzi, gestiamo direttamente in ambulatorio codici bianchi, gialli e verdi. Non siamo scribacchini che non visitano più i pazienti.

Siamo costretti a fare gli scribacchini, abbiamo troppi protocolli burocratici da ottemperare. Il paziente è diventato una sorta di fattorino tra il medico di base, lo specialista e gli ambulatori. "

SIAMO MEDICI

Sono 28 milioni e ottocentomila le visite ambulatoriali eseguite in Veneto in un anno, 3 milioni quelle domiciliari, a testimonianza che il medico di base usa ancora lo stetoscopio.

È suo, il rapporto fiduciario con il paziente, di cui è l'unico a conoscerne la storica clinica.

"Gli ospedali dovrebbero occuparsi delle acuzie e nel territorio dovrebbero esserci strutture capaci di gestire le cronicità, il diabete, l'ipertensione….Invece si investe sempre di più nei poli ospedalieri centralizzati per cui si stabilisce una quota fissa per abitante.

Alla fine è solo una questione di conflitto di interessi. Meccanismi distorsivi ci sono ovunque sia nel pubblico che nel privato". ■

di **Ines Brentan**

VIAGGIO *nelle Asl venete*

Parte il viaggio nelle aziende sanitarie del Veneto. Lo scorso gennaio la Regione ha nominato i nuovi manager delle Ulss e delle Aziende Ospedaliere. Fortunato Rao è stato riconfermato alla guida della Ulss 16 di Padova, azienda dalla quale cominciamo il nostro viaggio. In questo lungo itinerario, andremo alla scoperta di pregi e difetti della sanità, descrivendo le eccellenze e sottolineando le problematiche, sempre, mettendoci dalla parte dei cittadini.

RAO
"ORIENTARE I SERVIZI AI BISOGNI DELLA SALUTE"

Ha il "self control" e l'eleganza di un vero inglese. Fortunato Rao, riconfermato lo scorso gennaio alla guida dell'Ulss 16 di Padova, non lo dice apertamente ma dalle sue parole sembra si possa leggere che la sanità veneta potrebbe diventare un modello di riferimento. Magari anche da esportazione. Il tutto grazie a tre concetti: capacità di innovazione, qualità e cultura del servizio, flessibilità di risposta. Gli ingredienti giusti, secondo il direttore generale di Padova, per essere "sempre pronti a orientare i servizi in base ai bisogni dei cittadini".

Come sta oggi, secondo lei, la Sanità veneta?
Gode senz'altro di buona salute. Certo, ci sono ancora delle difficoltà che dobbiamo affrontare, ma rimane indubbio che abbiamo comunque una grossa capacità di innovazione. Oltre a garantire i Lea (livelli essenziali di assistenza, ndr), proponiamo dei servizi sanitari e socio-sanitari che rispondono appieno alle esigenze del cittadino, puntando anche su progetti personalizzati, perché tutto deve ruotare attorno ai pazienti e ai loro familiari. Risposte di qualità le diamo oggi più che mai grazie anche al superamento del concetto di autoreferenzialità, entrando in rete con altre aziende nelle cosiddette "aree vaste". Arrivando cioè a collaborare a livello provinciale in sinergia con altre strutture sanitarie (Ulss 15 di Cittadella e Ulss 17 di Este).

Nota dolente: liste di attesa sempre più lunghe. Ma l'ingresso dei codici di priorità (luglio 2007) non ha migliorato qualcosa?
Certo che sì. L'invenzione della Regione Veneto di erogare i servizi non più in ordine di tempo di prenotazione, ma di urgenza, ci ha permesso di migliorare le nostre liste di attesa. In accordo con le strutture private-accreditate abbiamo "riorientato" le prestazioni in base ai bisogni. C'è necessità di dare una maggiore risposta sul diabete o su oculistica, ecco che orientiamo di conseguenza le prestazioni su questi campi. In questo modo, dopo circa sette mesi di applicazione del metodo dei "codici di priorità", su 100 prestazioni (che coprono circa il 90% degli esami richiesti dai cittadini), siamo solamente fuori di 11. Il punto debole? C'è quando il cittadino si ostina a voler scegliere lo specialista o la struttura dove fare l'esame.

La Regione, dallo scorso gennaio, vi ha consegnato le chiavi delle strutture private accreditate: siete voi Dg che ora decidete quante e quali prestazioni acquistare. Quali i criteri di scelta?
Premetto che a livello locale abbiamo un ottimo rapporto con le 99 strutture private accreditate. Con loro recentemente abbiamo condiviso il piano di adeguamento delle prestazioni ambulatoriali. Perché dobbiamo perseguire tutti lo stesso obiettivo: erogare le prestazioni in base ai bisogni che ci vengono espressi di volta in volta dai nostri utenti. Così, dopo una lettura delle nostre liste di attesa, abbiamo visto che oggi c'è necessità di riorientare alcune prestazioni con la collabora-

FORTUNATO RAO

***Fortunato Rao**,*
Direttore generale Ulss 16 di Padova

Nato a: Messina

Età: 62 anni

Titolo di studio: laureato in Giurisprudenza a Ferrara, con specializzazione in Organizzazione nella Scuola Superiore di Pubblica Amministrazione.

Impiego attuale: Direttore generale dell'Ulss 16 di Padova, nominato il 1° gennaio 2003 (dal 1° gennaio 2008 è stato riconfermato per altri 5 anni).

I numeri dell'ULSS 16 di Padova

- **20 comuni, circa 412.840 abitanti (al 31.12.2007), circa 10 mila utenti assistiti a domicilio**
- **1 ospedale, il Sant'Antonio**
- **5 distretti socio sanitari**
- **99 strutture private accreditate**
- **408 posti letto ospedalieri**
- **445 posti letto convenzionati**
- **8 milioni e 300 mila prestazioni ambulatoriali annue**
- **Bilancio 2007: - 67 milioni di euro**
- **Bilancio 2006: - 83 milioni di euro**

zione proprio delle strutture convenzionate. Prima di tutto riducendo laddove è possibile il ricovero, puntando su prestazioni ambulatoriali. Ci siamo rivolti ai privati per la riabilitazione per gli acuti, oggi più in sofferenza. Quindi abbiamo chiesto che venissero riorientate verso "l'urgenza" alcune prestazioni come la Tac, la Risonanza magnetica e le ecografie. Importante anche la richiesta dell'ecografia ostetrica.

Nel 2010 scadono le convenzioni con le strutture private accreditate: è d'accordo con l'idea di concentrare i servizi sempre più negli ospedali?

Assolutamente no. Credo che gli ospedali devono rivolgere la loro attenzione soprattutto al paziente interno. Poi l'ospedale può avere un ruolo di ricovero diurno, il cosiddetto day hospital o day surgery. Oltre a ciò penso sia importante anche rivolgere molte prestazioni sul territorio, parlo dei privati, ma non solo. Ad esempio penso al nostro Centro sociosanitario ai Colli che oggi è arrivato ad erogare più prestazioni ambulatoriali del nostro ospedale. Un polo attrattivo anche quando pensiamo ai disabili, visto che è facile da raggiungere anche coi servizi pubblici ed è privo di barriere architettoniche. Lì penso che nel prossimo futuro sperimenteremo una sorta di "day service", un'innovativa modalità assistenziale che garantisce all'utente un iter diagnostico-terapeutico ambulatoriale con un unico accesso alla struttura.

Quali sono i servizi dell'Ulss 16 che meritano un potenziamento e quali no? Questi ultimi saranno ridotti entro il 2008?

La nostra fortuna è di avere un ottimo rapporto pubblico-privato e di godere di una buona flessibilità di risposta. Cioè siamo in grado di cambiare, erogando i servizi, laddove emergono nuovi bisogni. Faccio un esempio. L'età della vita si è allungata. Oggi abbiamo molti anziani. Ecco che c'è bisogno di maggiore assistenza che significa fornire un sistema non solo sanitario, ma anche sociosanitario. Ci sono più malati di Alzheimer e disabili. Questo si traduce in un bisogno di assistenza, oggi più che mai richiesta visto "il problema Famiglia".

Si vocifera che lo screening mammografico innovativo che l'Ulss 16 ha attivato nel 2004 potrebbe chiudersi prematuramente già da quest'anno. è vero? Se sì, perché?

La sperimentazione innovativa che abbiamo intrapreso qualche anno fa si concluderà intorno al mese di giugno. Ma questo non deve fare pensare che i frutti che ci ha regalato questa importante esperienza vengano poi dimenticati o dispersi nel nulla. Perché se è vero che ritorneremo ad allinearci agli indirizzi nazionali e regionali di screening con mammografia biennale, è anche vero che non sottovaluteremo l'individualità dei casi. Laddove ci saranno dei rilievi che fanno pensare ad un rischio, i tempi di controllo verranno certamente ridotti anche ad un anno, sei mesi o tre qualora fosse necessario.

Quale servizio d'eccellenza vi dà lustro a livello regionale?

La prima risorsa è quella del personale. La qualità delle persone che lavorano per l'azienda e che lo fanno quotidianamente per dare risposta ai cittadini. Faccio un esempio. C'è stato il boom delle vaccinazioni del meningococco. Io non ho avuto bisogno di fare nessun ordine di servizio: medici e infermieri si erano già riorganizzati rinunciando alle ferie per dare una risposta opportuna alle richieste del momento.

Continua la trasformazione delle Ulss in aziende. Come si fa a rispettare un budget senza incidere negativamente sulla qualità dei servizi da erogare? Voi Dg fate dei corsi formativi "doc" per questo?

Al primo posto mettiamo la gente. Quindi, una volta che la Regione ci ha dato delle indicazioni, ricordiamoci che come aziende pubbliche noi dobbiamo comunque sempre garantire i Lea.

Si può parlare di "sprechi" ancor oggi negli ospedali veneti? E in quello di Padova?

L'organizzazione non sarà mai perfetta, ma faccio fatica a vedere degli sprechi all'interno degli ospedali, soprattutto quando guardo il Veneto. Questo non significa che possiamo abbassare la guardia. L'attenzione dev'essere sempre costante. Dobbiamo vigilare domandandoci continuamente se il servizio che stiamo offrendo risponde in quel momento ai bisogni reali del cittadino.

Gli obiettivi che si è posto per il 2008.

Posso suddividerli in tre parti. Il primo è quello di entrare nell'area vasta in collaborazione con le altre aziende della Provincia per migliorare i servizi e ridurre le spese. Il secondo si concentra sulla realizzazione di alcuni progetti per il territorio, in primis la Salute mentale. Quindi vorrei procedere alla ristrutturazione dell'area ospedaliera, sempre ascoltando le richieste dei cittadini.

Fujifilm:

qualità digitale senza compromessi

L'indagine senologica rappresenta da sempre la prova più impegnativa per ogni sistema di acquisizione, analogico o digitale che sia.
Tutte le maggiori aziende medicali hanno sviluppato, negli ultimi anni, tecnologie e prodotti mirati alla soddisfazione del cliente impegnato nella metodica mammografica.
Per non incorrere in inconvenienti legati alla distribuzione di prodotti inadeguati in un settore tanto delicato della diagnostica per immagini, FujiFilm ha attinto alla propria pluridecennale esperienza per fornire un risultato realmente in grado di offrire il supporto di cui la mammografia necessita.
Negli ultimi anni, la comunità medica ha espresso opinioni piuttosto diversificate nei confronti dell'evoluzione tecnologica, data la presenza sul mercato di sistemi e soluzioni che vengono con difficoltà considerate in grado di sostituirsi alla metodica tradizionale.

Non è questo il caso dei sistemi prodotti e distribuiti da Fujifilm che, oggetto di continue e dettagliate sperimentazioni e validazioni cliniche, portano l'azienda giapponese ad essere considerata l'unica ad oggi in grado di offrire un sistema CR adatto per l'impiego in mammografia, tanto in quella clinica quanto di screening.

La ragione di questo successo trova radici in una profonda e precisa scelta tecnologica: tra le strutture impegnate nello sviluppo di sistemi CR, solo FujiFilm si è dedicata, fin dall'inizio, nella realizzazione di un'apparecchiatura dedicata a questa metodica.

In effetti, l'ottimizzazione dell'insieme hardware/software dei sistemi ideati per la diagnostica scheletrica ha portato al raggiungimento di risultati di assoluto livello, ma oggettivamente inadatti all'impiego nella mammografia clinica, ancor prima che nello screening.
Nonostante gli anni trascorsi dalla comparsa della tecnologia dual-side reading, si può affermare come ancora oggi il brevetto proposto da FujiFilm costituisca l'unico strumento valido per innalzare le prestazioni di sistemi CR, altrimenti incapaci di essere presi a riferimento in mammografia,
I sistemi Profect CS e Profect One sono l'espressione di una tecnologia superiore, tuttora vanto per un'azienda che ha posto la qualità mammografica in primo piano nella propria cultura e tradizione.

A prova di tutto ciò, Fujifilm rimane l'unico operatore in grado di presentare adeguata certificazione ed approvazione alla vendita dei propri sistemi mammografici in tutto il territorio mondiale, anche laddove le normative si dimostrino estremamente restrittive: nonostante rappresenti una realtà giapponese, FujiFilm costituisce tuttora l'unica azienda a poter vantare l'approvazione dell'Health Canada e della Food and Drug Administration (FDA – ente governativo statunitense) per la vendita di sistemi CR indicati per la mammografia, in un panorama che vede aziende americane e canadesi ancora lontane dal raggiungere questo risultato.

Sul territorio statunitense, tale superiorità qualitativa ha trovato conferma nell'impiego delle unità Profect nella sperimentazione clinica operata dal National Cancer Institute (DMIST – Digital Mammography Screening Trial), che rimane la più autorevole opera di analisi e valutazione delle prestazione dei sistemi digitali in ambito mammografico.
Fujifilm FCR Profect CS e FCR Profect ONE: la scelta in grado di superare le più alte aspettative di qualità nell'iImaging Mammografico digitale.

FUJIFILM

FUJIFILM Medical Systems Italia S.P.A.

S.S. n°11 Padana Superiore 2/B
20063 Cernusco Sul Naviglio (MI) - Italy
Tel. +39 02 92974.1

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente da FUJIFILM

NES Nord Est Sanità

L'ULSS 16 DI PADOVA RITORNA *al metodo tradizionale*

Di Maggio: "Ad ogni donna viene offerto il servizio di cui necessita"

NEL 2004 L'AZIENDA SANITARIA PATAVINA AVEVA CAMBIATO LA DIAGNOSI TEMPESTIVA DEL TUMORE AL SENO CON UNO SCREENING INNOVATIVO

La massima aspirazione per un malato è sempre stata quella di essere trattato nello stesso modo degli altri: nell'immaginario collettivo si pensa che se non c'è nessuna distinzione tra le persone, allora ci possono essere anche buone probabilità di ricevere le medesime e "buone" cure. D'altra parte, però, ci sono dei casi in cui essere "democratici" in sanità può non essere una garanzia. Perché non è vero che siamo uguali, ed essere trattati nello stesso modo non sempre fa bene alla salute. È il caso dello Screening clinico-mammografico che ha debuttato nel 2004 all'Ulss 16 di Padova in maniera completamente innovativa, scardinando una regola di uniformità che era in piedi dagli anni Sessanta. Per la prima volta nell'azienda sanitaria patavina si metteva in dubbio una procedura che per decenni è sempre stata la stessa per tutte le donne che venivano coinvolte nel programma, visto che fino a quel momento non si era mai pensato che ci potevano essere delle differenze tra una donna e l'altra tali da presupporre un trattamento diverso. Non si era mai immaginato di cambiare "punto di vista". Da qui lo slogan che diventa poi cavallo di battaglia nella campagna del nuovo Screening mammografico: "Non poco a tutte né tutto a tutte, ma ad ognuna ciò che serve!"

"Nel comune patavino si è avviato uno screening davvero rivoluzionario che ad oggi ha coinvolto circa 30 mila donne", ricorda il promotore e coordinatore del progetto Cosimo Di Maggio, direttore del reparto di Senologia dell'ospedale Busonera di Padova. L'innovativo programma di diagnosi precoce del tumore alla mammella prevede non solo un nuovo tipo di approccio con le donne candidate (tutte incontrano subito un medico radiologo con cui viene stesa la loro anamnesi), ma presuppone anche un trattamento diverso a seconda del tipo di seno che ciascuna possiede: più o meno denso. "È uno screening fatto su misura a seconda delle esigenze – spiega il professor Di Maggio – ad ognuna viene offerto il servizio di cui necessita. Quelle con le mammelle adipose continuano ad essere controllate col vecchio sistema (mammografia ogni due anni), mentre coloro che possiedono delle mammelle dense (difficili cioè da studiare con la mammografia), vengono controllate ogni anno affiancando alla mammografia una visita e un'ecografia". Uno screening che allarga l'età delle donne da esaminare: scende fino ai 45 anni per salire poi ai 75 anni. "Il nuovo programma – aggiunge il professor Di Maggio – ha un altro pregio in più, da non sottovalutare: è il primo screening che viene effettuato solo dopo aver ricevuto il consenso scritto alla sua partecipazione. Quindi prevede maggior informazione e quindi consapevolezza nella donna che vi aderirà". Per lo screening dell'Ulss 16 di Padova, che ha "riunito in rete" centri pubblici e privati preaccreditati, si è registrata un'adesione al primo controllo organizzato pari all'88% (lo screening viene promosso di regola quando supera almeno il 50% nelle adesioni). Tra le donne esaminate, sono stati diagnosticati oltre 7 carcinomi su 1000. Si è trattato comunque prevalentemente di piccoli noduli, forme di tumore non ancora in stato avanzato, che hanno permesso così di evitare alle pazienti interventi invasivi.

"I carcinomi riscontrati nella fascia di età tra i 45 e 49 anni sono stati il 16% di tutti i tumori diagnosticati – continua il professor Di Maggio – a conferma della necessità che l'età di inizio dell'attività preventiva cominci prima dei 50 anni". "L'ecografia utilizzata nei casi di difficoltà diagnostica della mammografia – aggiunge il professore – ha permesso di scoprire oltre il 60% dei carcinomi non visti con la mammografia e quindi il tasso di carcinomi non diagnosticati è stato molto modesto". Tutti i tumori scoperti grazie all'ecografia sono risultati di piccole dimensioni e quindi da ritenere ben

***Cosimo Di Maggio**, Dir. Reparto Senologia Busonera di Padova*

Screening, dagli anni '60 a oggi

Vengono coinvolte le donne di età compresa tra i 50 e 69 anni, per un controllo biennale tramite mammografia.

Dal 2004 il nuovo sistema dell'Ulss 16

Vengono coinvolte le donne di età compresa tra i 45 e 75 anni. I controlli si differenziano a seconda della struttura della mammella. Se è adiposa, si segue il vecchio sistema della mammografia biennale. Se è densa, il controllo diventa annuale con visita, mammografia ed ecografia.

di **Ines Brentan**

L'ULSS 16 DI PADOVA RITORNA *al metodo tradizionale*

curabili fino alla guarigione completa. Questi risultati sono stati raggiunti grazie ad una valida formazione dei radiologi coinvolti e ad un pignolo controllo di qualità delle apparecchiature ottenuto con un innovativo metodo informatizzato, applicato ogni mattina prima di iniziare il lavoro.
"Questa nuova metodologia di screening – precisa il professore – è stata molto gradita dalle pazienti tanto da ottenere un tasso di adesione ai round successivi al primo pari al 99,4%". Un consenso dimostrato anche dalle interviste telefoniche a oltre 350 utenti che hanno evidenziato un elevatissimo indice di gradimento al progetto (l'89 % ha dichiarato di "aver ricevuto informazioni adeguate", oltre il 90 % ha dichiarato "soddisfazione" per la visita senologica espletata dal radiologo nel corso del controllo). "È però probabile – conclude il professor Di Maggio – che questa metodologia di screening non venga più offerta in rapporto alla scelta della Regione Veneto di uniformare la metodologia su tutto il territorio regionale". ■

"PROGETTO MARTINA", PREVENZIONE A SCUOLA
DECINE I MEDICI CHE GIRANO IL VENETO PER FAR LEZIONE CONTRO I TUMORI

Sono già migliaia i ragazzi che hanno "conosciuto" Martina, una 18enne scomparsa prematuramente a causa di un tumore alla mammella. La sua triste storia, il tragico epilogo, hanno sensibilizzato il mondo dell'associazionismo, ed alcune realtà come la "Volontà di vivere" di Padova e il Lions club International hanno deciso di pianificare un'iniziativa che prende il nome proprio da questa giovane donna: "Progetto Martina". Una esperienza cominciata nel 2000 ma che quest'anno è diventata "un progetto": medici diversi – radiologi e senologi, oncologi, urologi, ginecologi e chirurghi

***Cosimo Di Maggio** durante una sua lezione*

– girano gratuitamente le scuole superiori del Veneto per parlare ai giovani dei tumori. "È una lotta contro il silenzio, perché solo informando si aiuta a vivere", sottolinea il professor Cosimo Di Maggio, direttore del reparto di Senologia dell'ospedale Busonera di Padova.
Una lotta che in parte si può combattere, modificando alcuni stili di vita e fattori ambientali, che consentirebbe di ridurre il rischio di ammalarsi del 30%. "È difficile per un adulto cambiare abitudini come smettere di fumare, scegliere una dieta che preveda più frutta e verdura e meno carne, una quotidianità che includa un po' di esercizio fisico. E allora? E allora cerchiamo di fare prevenzione, partendo proprio dai giovani: la prevenzione si basa sulla cultura e la scuola è la culla della cultura". Coi ragazzi, che hanno un'età compresa tra i 16 e 18 anni, si parla di tumore e diagnosi tempestiva per il seno, il collo dell'utero, i testicoli e la pelle (melanoma). "Li sensibilizziamo al controllo e auto-controllo – conclude Di Maggio – e alla fine chiediamo agli studenti di compilare un questionario per capire poi oggettivamente quanto della nostra lezione si porteranno a casa". ■

La storia dello screening

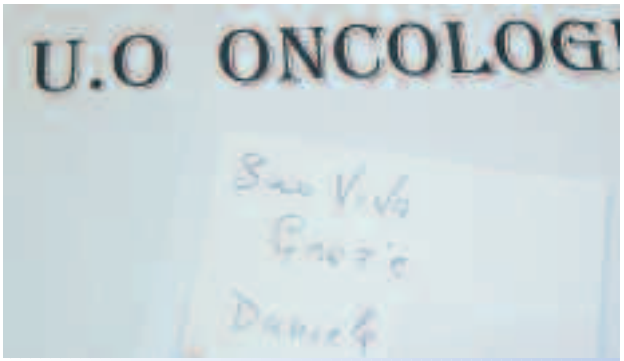
Il primo screening mammografico ebbe luogo a New York e coinvolse circa 60.000 donne con l'offerta, a metà di loro, di un controllo annuale, per 5 anni, con visita senologica e mammografia. In rapporto ai buoni risultati ottenuti, in molti paesi, soprattutto del nord Europa, lo screening fu esteso a larghe fasce di popolazione e successivamente, l'evidenza indiscutibile di efficacia del metodo ha indotto la sanità pubblica a coinvolgere tutta la popolazione considerata a maggior rischio. In rapporto a risultati non più discutibili, il programma di screening mammografico si attua con l'offerta di una mammografia ogni 2 anni alle donne di età compresa fra i 50 ed i 69 anni: la donna riceve una lettera di invito e viene sottoposta alla mammografia in 2 proiezioni. Le mammografie vengono poi interpretate da 2 radiologi; in presenza di reperto negativo la donna riceve la risposta a casa, per lettera; in presenza di segni mammografici di sospetto, la donna viene richiamata e sottoposta a visita senologica, a radiografie supplementari mirate, ad ecografia e, se necessario, anche a prelievo con ago. In rapporto a nuove conoscenze, da alcuni anni vi sono varie sollecitazioni ad aggiornare la metodologia dello screening. L'introduzione di nuove tecniche diagnostiche (es: l'ecografia e risonanza magnetica mammaria) ha permesso di prendere atto dei limiti della mammografia e quindi molti suggeriscono di integrare, nei casi necessari, la mammografia con l'ecografia. Le osservazioni epidemiologiche stanno evidenziando che l'età di inizio dei tumori della mammella è sempre più precoce e che l'attesa di vita delle donne si sta allungando, per cui ci sono varie sollecitazioni ad anticipare l'età di inizio dello screening a 40/45 anni e a prolungare l'offerta del controllo almeno fino ai 75 anni.

Fornasiero: "Oggi, più del 75% delle donne guarisce dal tumore al seno"

1 DONNA SU 4 SI AMMALA DI CANCRO ALLA MAMMELLA
AUMENTANO I CASI DI MORBILITÀ,
MA DIMINUISCONO I CASI DI MORTALITÀ

Una donna su quattro si ammala di cancro alla mammella: se negli ultimi dieci anni si è registrato un aumento di casi di carcinoma al seno è anche vero che c'è stata contemporaneamente una riduzione di mortalità. "Oggi, più del 75% delle donne guarisce dal tumore al seno", precisa il dottor Adriano Fornasiero, primario dell'Unità Operativa di Oncologia dell'Ulss 14. "Si guarisce grazie alla maggiore consapevolezza delle donne – sottolinea Fornasiero – che sono più informate e hanno imparato a conoscere meglio il proprio corpo: nell'80% dei casi è proprio la donna che viene da noi perché si è accorta di un'anomalia al seno mentre si guardava allo specchio o effettuava l'autopalpazione". Questo è il risultato di anni e anni di campagne sulla prevenzione che hanno contribuito alla sensibilizzazione delle donne sul problema. Ma ciò non significa che si smette di ammalarsi. "La malattia c'è e continua ad esserci, anzi oggi è in aumento – conferma il primario di Oncologia – per via dello stile di vita più stressante e non sempre corretto (oggi sono di più le donne che fumano), per l'alimentazione che spesso e volentieri si scorda nella dieta la presenza di frutta e verdura". "Ma c'è anche il fattore genetico – continua il dottor Fornasiero – la cosiddetta familiarità per cui ci sono casi in cui il tumore al seno lo ha avuto la nonna, poi la mamma, la zia e quindi lo spettro della malattia pesa poi sulle figlie". Grazie alla diagnosi precoce, però, diminuiscono gli interventi invasivi come la mastectomia, trattamento chirurgico diffusissimo negli anni 70 e 80. "Oggi nella maggior parte dei casi – spiega Fornasiero – riusciamo ad intervenire prima che la malattia sia già in uno stato avanzato. Ciò ha permesso di affinare anche delle tecniche chirurgiche più conservative e delle terapie farmacologiche più personalizzate". Per evitare interventi più invasivi alcune volte si opta per una chemioterapia pre-chirurgica che permette di ridurre il volume del nodulo nel caso in cui è consistente (più di 2 cm). "In questo modo – dice Fornasiero – il chirurgo potrà intervenire solo localmente ad esempio con un intervento di quadrantectomia". Dopo un intervento chirurgico "conservativo" si opta per la radioterapia che ha il compito di "sterilizzare" il resto della mammella. "Per ridurre la possibilità di diffusione locale e sistemica della malattia – spiega Fornasiero – abbiamo a disposizione la chemioterapia e la terapia ormonale.
Per quanto riguarda la chemioterapia, siamo riusciti col tempo a ridurre gli effetti collaterali di questo trattamento, come la nausea e il vomito, con nuovi farmaci e modalità di somministrazione. Personalizziamo la cura in base al tipo di tumore, ma anche al modo in cui ognuna delle pazienti reagisce al trattamento".
"Evidenze recenti sembrano dimostrare una inversione di tendenza con riduzione di incidenza del carcinoma della mammella. Se questo sarà confermato – conclude Fornasiero – avremmo raggiunto un traguardo importantissimo". ■

***Adriano Fornasiero**, Primario U.O. Oncologia ULSS 14*



Messaggi di ringraziamento al Dr. Adriano Fornasiero

In Veneto circa 4.200 casi nel 2007

Il tumore della mammella rappresenta la neoplasia più frequente e la causa di morte per tumore più importante nel sesso femminile. Si stima, sulla base dei dati del Registro Tumori del Veneto, che nel 2007 in Veneto i nuovi casi di tumore della mammella siano stati circa 4.200, pari al 31% di tutte le neoplasie nelle donne.
Ogni anno i decessi per questa causa sono circa 1.000, il 18% delle morti per tumore nel sesso femminile (Istat).

L'ULSS 16 DI PADOVA RITORNA *al metodo tradizionale*

Bozza: "La mastectomia non scompare, ma cambia concetto"

È L'ORA DELLA CHIRURGIA "ONCOPLASTICA"
DOPO AVER RIMOSSO IL TUMORE SI RICOSTRUISCE LA MAMMELLA

Non diminuiscono gli interventi chirurgici per rimuovere i tumori al seno. Ancora oggi si effettuano le mastectomie. Ciò che cambia però è il concetto: si va verso una chirurgia più conservativa. Ed ecco che viene coniato un nuovo termine, la chirurgia "oncoplastica".
Come dire: prima si toglie (la massa tumorale) e poi si ricostruisce (per restituire armonia alla mammella). "È indubbio che oggi si opta sempre più per interventi chirurgici meno invasivi – conferma il dottor Fernando Bozza, responsabile dell'Unità Operativa di Chirurgia Senologica all'Azienda Ospedaliera di Padova – e a differenza di venti trent'anni fa, abbiamo affinato delle tecniche più conservative. Comunque, anche nelle ipotesi peggiori, si cerca sempre di ottenere il miglior risultato estetico possibile con il minor danno per la paziente, nel rispetto di precisi criteri di chirurgia oncologica onde non inficiare i risultati prognostici". Nella maggior parte dei casi si prediligono gli interventi in day hospital, dove la paziente viene operata e dimessa in giornata. Accanto alla mastectomia, prendono sempre più piede gli interventi più "localizzati" come la quadrantectomia (rimozione del quadrante mammario comprendente il tumore) e la tumorectomia (semplice asportazione del tumore). "I casi di tumore al seno comunque non diminuiscono – dice il dottor Bozza – anzi, l'incidenza sembrerebbe in aumento rapido fino alla menopausa. Peraltro bisogna sottolineare come all'aumento dell'incidenza corrisponde una netta diminuzione della mortalità e ciò è spiegato da vari fattori fra cui la diffusione sempre maggiore degli screening che permettono diagnosi precoci e l'evoluzione dei nuovi trattamenti chirurgici e soprattutto medici". Dal 2000 ad oggi, nella nostra U. O. di Senologia Chirurgica dell'Azienda ospedaliera di Padova

***Fernando Bozza**, Resp. U.O. Chirurgia Azienda Ospedaliera Padova*

si registrano annualmente circa 250 interventi per tumori maligni al seno e circa 300 per quelli benigni. Ovvero circa 600 di cui il 10% è ancora trattato con la metodica, anche se ora più conservativa, della mastectomia.
"A differenza di altri tipi di tumore – continua il dottor Bozza – mi sono accorto che la paziente ha una reazione diversa forse anche più forte nei confronti del carcinoma che interessa il seno. Verosimilmente questo succede perché la mammella è considerata come simbolo della femminilità e l'idea di un intervento chirurgico fa subito pensare ad una menomazione fisica, più visibile e difficile da affrontare e superare. D'altra parte però cerchiamo di dare tutta l'assistenza necessaria alla donna che dovrà subire un intervento così importante: cerchiamo di fornire spiegazioni più complete possibili sulla malattia e sul tipo di intervento programmato. Nel caso in cui il trattamento chirurgico deve essere più invasivo, già le prospettiamo la possibilità della ricostruzione che nella maggior parte dei casi avviene nel corso dello stesso intervento".

Estesi gli screening mammografici in tutte le ULSS della regione Veneto

Ad oggi manca solo l'adesione dell'Ulss 19 di Adria. Il programma regionale intende coinvolgere tutta la popolazione femminile residente di 50-69 anni, pari a circa 580.000 donne, offrendo una mammografia gratuita con cadenza biennale. A inizio 2008 lo screening mammografico è attivo in 20 ULSS ed entro la primavera sarà attivato anche nell'ultima, quella di Adria. Nel 2006, anno per il quale ci sono dati di valutazione consolidati(*), sono state invitate 205.405 donne, pari all'80% della popolazione bersaglio annuale. Questo calcolo non comprende l'attività del programma dell'ULSS di Padova, che è stata essenzialmente rivolta a donne con presentazione spontanea. L'estensione degli inviti, cioè la percentuale delle donne invitate rispetto alla popolazione bersaglio annuale, ha registrato un aumento rispetto all'anno precedente. A livello delle singole ULSS, tuttavia, la situazione è molto variegata: 10 ULSS su 18 hanno invitato nel 2006 almeno l'80% delle donne eleggibili, mentre in alcuni programmi la quota di popolazione invitata rimane del tutto inadeguata rispetto al target annuale (ULSS 1 Belluno, 5 Arzignano e 12 Venezia). Nel 2006 hanno aderito all'invito e sono state esaminate quasi 160.000 donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni e sono stati diagnosticati con lo screening 754 tumori, la maggioranza in fase molto precoce.

(*) Fonte: "I programmi di Screening Oncologici del Veneto", rapporto 2006. Regione del Veneto, Istituto Oncologico Veneto, Registro Tumori del Veneto.

Castellitti: "Le strutture pubbliche dovrebbero avere un servizio di Psiconcologia"

LA MALATTIA SCATENA LA PAURA
NECESSARIO UN SUPPORTO PSICOLOGICO PER LA PAZIENTE E PER LA SUA FAMIGLIA

"Cosa faccio adesso". Questa è una delle frasi ricorrenti delle pazienti a cui è stato recentemente diagnosticato un tumore al seno. Una frase e poi una miriade di sensazioni ed emozioni che difficilmente si riescono a metabolizzare come la paura, la rabbia e l'angoscia. Fino alla depressione e alla tendenza ad isolarsi dai propri cari e anche dal resto della società. "A scatenare queste reazioni – spiega la dottoressa Alessandra Castelliti, psicologa e psicoterapeuta – è la fase del cambiamento che la paziente deve riuscire ad interiorizzare ed elaborare sia col supporto familiare, sociale che terapeutico". Oggi a fianco della terapia verbale (incontri con lo psicologo e psicoterapeuta) si integra in alcuni casi, la terapia corporea con l'ausilio della musica, della danza e di altre forme espressive che diventano utili strumenti terapeutici soprattutto quando insorgono nella paziente delle forme depressive.

"Pensiamo al cambiamento anche fisico che dovrà sopportare la donna – continua la psicologa – come la perdita dei capelli e la variazione del peso corporeo, che in parte compromettono la propria femminilità. Questo cambiamento non solo deve accettarlo lei stessa, ma anche la famiglia e il compagno o marito". In questo senso la terapia assume poi l'aspetto di una "terapia di coppia". "Marito e moglie devono insieme superare questo momento – aggiunge la dottoressa Castelliti – riscoprendo nuovi modi d'amare e di comunicare". Non è semplice accettare e gestire la malattia soprattutto quando la paziente ha dei figli piccoli. "In questo caso spesso e volentieri insorgono nella donna dei sensi di colpa", spiega la psicologa.

***Alessandra Castellitti**, Psicologa e Psicoterapeuta*

Succede infatti che la paziente preferisca non avvisare i propri figli della sua malattia e le sue assenze, dovute spesso a ricoveri ospedalieri, vengano poi interpretati dai suoi bambini come una forma di abbandono.

"Oggi oramai – conclude la psicologa – sarebbe auspicabile che tutte le strutture pubbliche avessero al loro interno il servizio di Psiconcologia, necessario per supportare la paziente e la sua famiglia in questo momento difficile della loro vita".

Il trattamento conservativo del Linfedema post-mastectomia

Si definisce "edema" un aumento visibile e palpabile clinicamente delle dimensioni di un arto o di un distretto corporeo dato dall'accumulo di liquidi. Il linfedema post mastectomia è definito come patologia secondaria.

Si instaura infatti come conseguenza di un intervento chirurgico o radioterapico mirato all'asportazione di linfonodi nello scavo ascellare per patologia neoplastica. Il linfedema si sviluppa nello spazio compreso fra l'epidermide e la fascia aponeurotica superficiale e, lasciato a se stesso senza adeguato trattamento, si espande determinando un aumento del volume dell'arto superiore. Il linfedema trova la sua terapia ideale con l'associazione di "Drenaggio Linfatico Manuale Vodder (DLM)" grazie al bendaggio compressivo e al tutore elastico di mantenimento. Il DLM agisce all'origine dei vasi linfatici, direttamente a livello dei capillari, provocando una trazione meccanica in modo da favorire il riassorbimento del liquido e delle proteine presenti nell'interstizio. Il trattamento si avvale di pressioni leggere e ritmate ed ha una durata media di 1 ora; viene poi seguito dall'applicazione del bendaggio compressivo, che la paziente dovrà tenere per 24 ore. Un ciclo di trattamento prevede almeno 20 sedute e deve essere seguito dall'uso di un tutore elastico che permette di mantenere nel tempo i risultati ottenuti.

***Dr.ssa Denisa Giardini**,*
Presidente dell'AIDMOV con sede a Losanna,
Consulente presso l'A.L.A.O.

a cura di **Luciano Perini***

NUOVE APPLICAZIONI *nella diagnostica senologica*

La risonanza magnetica alla mammella: quando è utile farne uso

L'uso della Risonanza Magnetica nello studio delle mammelle si sta sempre più diffondendo, riscuotendo unanimi consensi nel mondo medico chirurgico, radiologico ed oncologico. L'indagine si affianca alla valutazione senologica convenzionale che si avvale principalmente dell'esame clinico, della mammografia e della ecografia, potendo aggiungere preziose informazioni sia in ambito oncologico che nella valutazione delle complicanze delle protesi. L'esame viene eseguito a paziente prono, in posizione confortevole, con l'utilizzo di una bobina apposita che consente un elevato dettaglio delle immagini ottenute e lo studio contemporaneo di entrambi i seni. La durata dell'esame varia in funzione del protocollo di studio dai 20 ai 30 minuti e prevede necessariamente nello studio per la ricerca di tumori l'impiego di mezzo di contrasto per via endovenosa. L'efficacia della metodica nella ricerca delle neoplasie mammarie si basa sulla elevata sensibilità della metodica nel riconoscere aree a più elevata vascolarizzazione e/o con vasi sanguigni dotati di parete la cui permeabilità sia alterata, come avviene nei vasi neoformati delle neoplasie. In accordo con i dati della recente letteratura internazionale le principali indicazioni all'esame sono:

- valutazione del seno già in precedenza operato, in presenza di protesi mammaria o sottoposto a radioterapia, dove quindi le alterazioni cicatriziali indotte da pregressi atti terapeutici limitano fortemente la interpretazione delle immagini altrimenti ottenute. La capacità di escludere la presenza di neoplasia (valore predittivo negativo) in tali casi è prossimo al 100 %;
- valutazione preoperatoria delle neoplasie mammarie già diagnosticate, con lo scopo di ricercare eventuali altre localizzazioni neoplastiche nel contesto delle mammelle, specie in presenza di seni radiologicamente "densi" e quindi poco esplorabili alla mammografia. I dati della letteratura indicano percentuali di riscontro con RM del 15-20 % di foci neoplastici non altrimenti riconosciuti in fase preoperatoria;
- monitoraggio della efficacia dei trattamenti chemioterapici preoperatori (terapia neoadiuvante) con conseguente corretta stadiazione della neoplasia residua al trattamento subito prima dell'intervento;
- ricerca della neoplasia primitiva in pazienti con lesioni metastatiche accertate istologicamente di origine mammaria, senza il riscontro della neoplasi di origine alle altre metodiche di indagine (es. metastasi linfonodali all'ascella con presenza cellule neolplastiche di origine mammaria, in assenza della dimostrazione del tumore mammario di origine);
- monitoraggio delle pazienti ad alto rischio di sviluppare una neoplasia mammaria per cause genetiche o per elevata familiarità;
- valutazione delle complicanze delle protesi mammarie, risultando la RM l'indagine strumentale più efficace nel riconoscimento delle infezioni delle protesi, degli ematomi periprotesici, delle rotture delle protesi o della patologia della capsula fibrosa che le avvolge.

La elevata sensibilità della metodica alla presenza di alterazioni della permeabilità e della distribuzione vascolare, controindica l'esecuzione dell'esame in presenza di fatti infiammatori (mastiti) o quando il seno sia congesto (al di fuori della seconda settimana del ciclo) quando questo sia ancora presente, ciò per evitare interpretazioni falsamente allarmistiche. In presenza inoltre di formazioni ipervascolazzate di natura benigna, quali ad esempio alcuni tipi di fibroadenomi, papillomi od ascessi, l'indagine può presentare scarse capacità di differenziare tali lesioni con una lesione neoplastica maligne (bassa specificità del metodo a fronte di una elevata sensibilità). Ciascuna lesione sospetta riscontrata all'indagine RM necessiterà quindi di opportuna verifica istologica successiva. La RM mammaria non sostituisce pertanto le indagini senologiche convenzionali, ma ad esse si affianca potendo fornire informazioni preziose alla pianificazione della terapia più efficace. ■

* *Dr. Luciano Perini, specialista in radiologia*

Il Gruppo INIZIATIVA MEDICA:

la Risonanza Magnetica come missione

"Il Gruppo INIZIATIVA MEDICA comprende più strutture sanitarie che erogano servizi rivolti alla persona.
Opera nel campo della diagnostica per immagini,della riabilitazione e della specialistica poliambulatoriale con la finalità di fornire prestazioni elevate sul piano della qualità tecnico-professionale, grazie all'impegno e alla soddisfazione dei professionisti e del personale che vi opera.
Utilizza tecnologie all'avanguardia seguendo linee guida nazionali e internazionali e applica i modelli della certificazione di qualità e dell'Accreditamento Istituzionale.
Vuole garantire la soddisfazione degli utenti-pazienti seguendo principi di eticità, umanizzazione, partecipazione, efficienza ed efficacia."
Così recita la mission del gruppo cui appartiene Iniziativa Medica (azienda principale del Gruppo, con sede a Monselice-PD) che viene oggi considerata il più grande centro di diagnostica RM in Europa. Con l' ultima installazione prevista per il 2008 vanta ben 13 tomografi di risonanza magnetica di cui 2 total body ad alta intensità di campo magnetico (1,5 T) chiuse (una Philips ed una Hitachi), una total body ad alta intensità di campo magnetico aperta (1,0 T), la prestigiosa "Panorama" di Philips, 3 total body aperte a media intensità di campo Hitachi e 7 tomografi settoriali dedicati Esaote tra cui il famoso G-Scan, unico tomografo RM in grado di ruotare il magnete di quasi 90° per effettuare esami "sotto carico" (con il paziente in piedi, ndr) della colonna vertebrale e degli arti inferiori.

Iniziativa Medica conta su una squadra di 11 radiologi (di cui 3 neuroradiologi), 2 anestesisti, 5 infermieri, 21 tecnici sanitari di radiologia medica.
Ogni giorno ad Iniziativa Medica si effettuano oltre 220 esami di risonanza magnetica, grazie ad un'organizzazione precisa e coordinata in ogni dettaglio, dove la tecnologia è sempre all'avanguardia e dove la centralità del paziente impone di continuare ad investire in attrezzature e personale per non aumentare mai i tempi di attesa.
Presso Iniziativa Medica è possibile effettuare qualsiasi esame di Risonanza Magnetica Nucleare e di particolare interesse per questo primo numero di Nordest Sanità è la risonanza magnetica mammaria.
Ne parliamo con il Dr. Luciano Perini, radiologo di grande fama e consulente del Gruppo Iniziativa Medica proprio per la risonanza mammaria.

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente dal Gruppo INIZIATIVA MEDICA

di **Alberto Salmaso**

QUANDO LO SPORT *è disabile*

Carta: "Dovremmo abbassare le aspettative di tutti..."

Presidente, cos'è il Comitato Italiano Paralimpico?
Il Comitato Italiano Paralimpico nasce con Legge dello Stato nell'anno 1993 riconoscendo la valenza sociale dell'organismo che mira a garantire il diritto allo sport in tutte le sue espressioni. È promotore dello svolgimento della pratica sportiva da parte della popolazione portatrice di handicap a qualunque livello e per qualsiasi tipologia di disabilità.

Quali sono i numeri del Comitato?
A livello nazionale ci sono circa 15 mila tesserati e 600 associazioni sportive affiliate: nel Veneto sono 50 e 7 nella provincia di Padova.

Quali sono le principali attività svolte?
Il Comitato indica programmi di coordinamento per svolgere attività sportive e quindi stabilire, per tutti quelli che vi vogliono partecipare, regole certe e condivise. Per quanto riguarda l'attività sportiva, con i suoi atleti, il Comitato partecipa attivamente alle competizioni più rilevanti a livello mondiale ed europeo, compresi i Giochi Paraolimpici. Nella nostra Regione, per citare alcuni esempi, ogni anno partecipa alla Maratona di S. Antonio, (lo scorso anno 197 atleti); nel 2007 ha programmato un torneo internazionale di tiro a segno a Padova ed a Jesolo ha organizzato un torneo internazionale di "tennis in carrozzina" (oltre 100 atleti).

Quanto importante è la fisioterapia per lo sportivo disabile?
Ritengo sia fondamentale: intesa come capacità di recuperare, controllare e mantenere la funzionalità muscolare.

Quindi sport come…
Lo sport deve essere un mezzo per migliorare le proprie capacità, sia fisiche che psicologiche, uno strumento attraverso il quale misurare le proprie abilità nel confronto con gli altri senza che coincida obbligatoriamente con un momento di frustrazione o di solo sacrificio. Deve essere un piacere, un divertimento.
Dovremmo abbassare le aspettative di tutti: se si riesce a divertirsi di più, senza diventare per forza campioni in pochi mesi, magari coinvolgendo più persone, si avrà anche la possibilità che qualcuno possa arrivare in alto.

Un augurio?
È importante sviluppare la tematica dello sport soprattutto nel mondo della scuola, in modo da consentire più ore di educazione fisica, intese come tempo in cui lo studente si diverte, si impegna e frequenta più volentieri! Mi auguro che realmente, Stato e Amministrazioni locali, investano più risorse e più stimoli affinchè lo sport abbia sempre più una giusta collocazione nel vivere sociale.
In Italia ci sono 800 mila volontari che si occupano di sport, ma senza un'incentivazione o un radicamento nel territorio, qualsiasi modificazione della vita, professionale o sentimentale, potrebbe far sì che vengano perse importanti e fondamentali esperienze e risorse. ■

Claudio Carta*, *Presidente regionale del CIP*

* *Claudio Carta, 52 anni, Presidente regionale del CIP, dipendente pubblico e impegnato da 30 anni nel volontariato. Sede del Comitato Italiano Paralimpico presso lo Stadio Euganeo.*

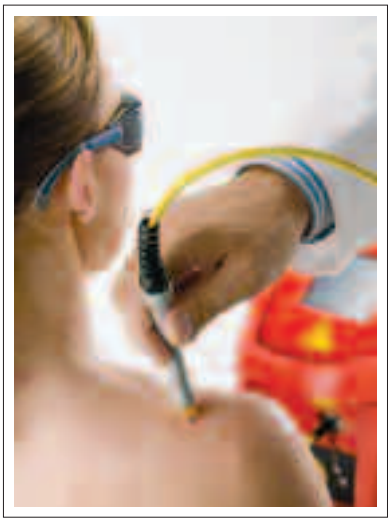
Pittogrammi Olimpiadi Pechino 2008

Alcuni simboli che raffigurano le discipline sportive delle Paraolimpiadi che si svolgeranno a Pechino dal 6 al 17 settembre 2008.

In tutta Italia, Centri Specializzati **Hilterapia**®: risposte concrete per i dolori a muscoli, tendini e articolazioni.

La **Hilterapia**® è l'efficace e avanzata metodica terapeutica in grado di esercitare le sue azioni biostimolanti, antinfiammatorie e antidolorifiche anche in profondità senza provocare danni ai tessuti, grazie all'azione dell'innovativo impulso HILT® (High Intensity Laser Therapy) brevettato in USA.

Caratteristica principale della **Hilterapia**® è la sua estrema efficacia sul dolore, oltre che sull'infiammazione, con conseguente minore necessità di ricorrere ai farmaci. Trova particolare indicazione nel trattamento delle patologie muscolotendinee e osteoarticolari, nelle quali consente di ottenere evidenti risultati in tempi brevi rispetto a quanto avviene con le terapie tradizionali. "In funzione del tipo di patologia da trattare, delle modalità e delle dosi impiegate, la **Hilterapia**® è infatti in grado di funzionare da anestetico" - dichiara il prof. Raoul Saggini, Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa Università - Chieti - "si tratta di un effetto immediato".



Efficacia e assenza di effetti indesiderati rendono la **Hilterapia**® utile nel trattamento di qualsiasi affezione dolorosa, come confermano i risultati degli studi clinici, nei quali la terapia è stata utilizzata nel trattamento di patologie muscoloscheletriche: dalla sindrome del tunnel carpale, alle lesioni dei legamenti articolari, dall'artrosi alla sciatica e alla lombalgia.

La **Hilterapia**® trova applicazione in diverse situazioni traumatiche: dai traumi acuti diretti o indiretti, ai microtraumi ripetitivi, alle patologie da sovraccarico tipiche di chi pratica sport, anche non agonistico e che comprendono tutte quelle patologie tendinee, muscolari o capsulari che si manifestano per l'uso eccessivo dell'apparato locomotore.

"L'esperienza effettuata con la nazionale di rugby ne ha confermato l'utilità per il controllo del dolore in situazioni di emergenza - sottolinea il dott. Gianluca Melegati Primario Centro di Riabilitazione Sportiva Istituto Galeazzi e Responsabile Settore Medico della Nazionale di Rugby -. È il caso dei traumi muscolari, piuttosto che di quelli articolari e delle lesioni muscolari: dalla classica contrattura, alla distrazione, fino allo strappo. La **Hilterapia**® si colloca bene nel trattamento di queste situazioni perché l'applicazione è agile e i tempi di recupero sono veloci. Vengono sfruttati qui tutti i suoi effetti, in primo luogo quello antalgico, in quanto riesce a innalzare la soglia del dolore sia agendo direttamente sulle fibre dolorifiche, sia attraverso altri meccanismi come il rilascio di endorfine". Il trattamento, da eseguire su prescrizione medica, si compone di un ciclo di sedute che possono andare da 3 a 10, a cadenza giornaliera o trisettimanale, a seconda del caso. Ogni seduta ha una durata media di circa 15 minuti e il trattamento viene eseguito da un operatore specializzato.

Maggiori e ulteriori informazioni sul sito **www.hilterapia.it**

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente da ASA

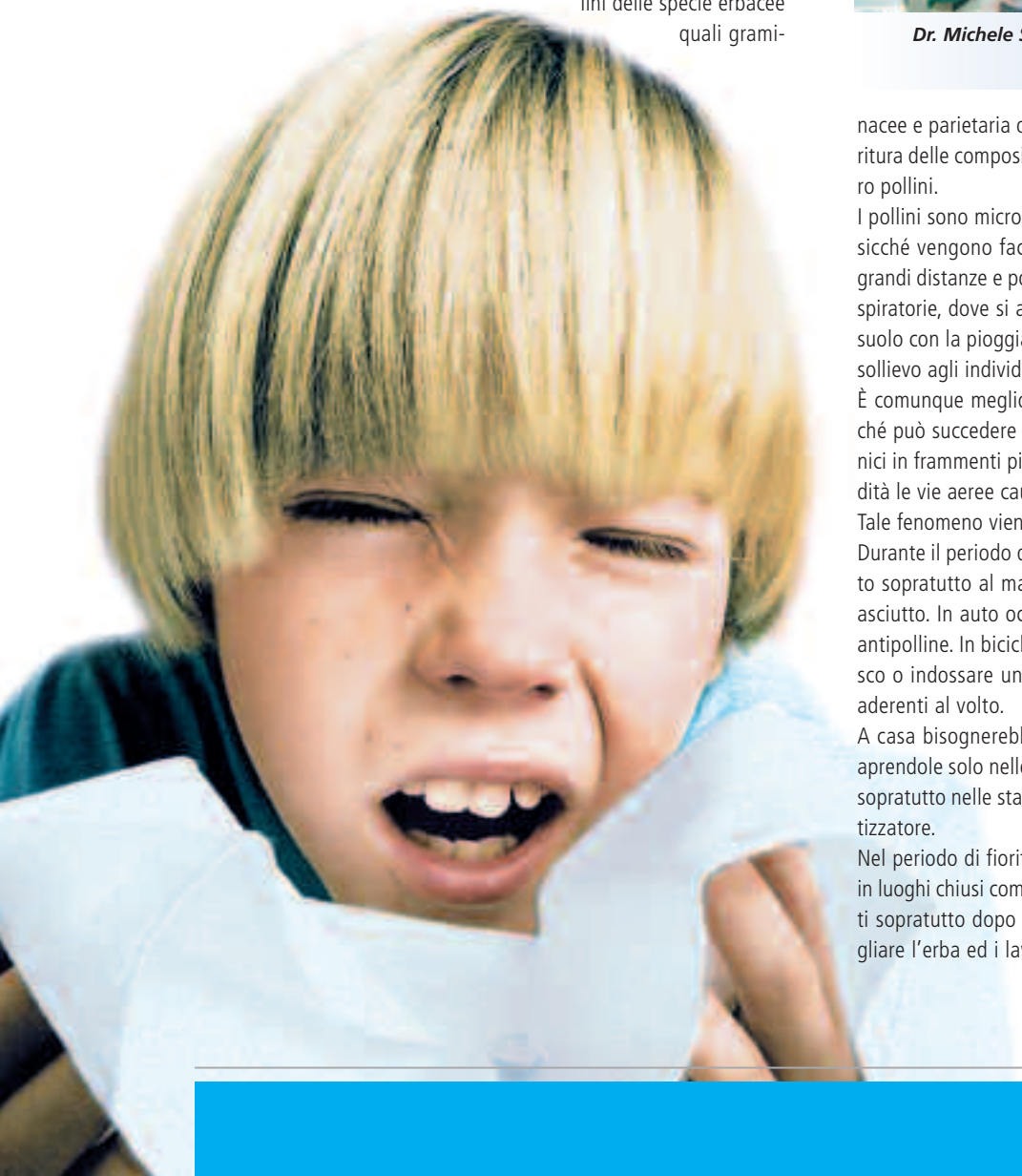
a cura di **Michele Schiappoli**

È PRIMAVERA: *pollinosi in agguato*

Ecco alcuni utili consigli...

Per 5 milioni di italiani e per 400 mila veneti questa stagione è rattristata dalla fastidiosa comparsa di una categoria particolare di allergie respiratorie: le pollinosi, un problema importante non solo per la sua rilevanza numerica ma anche per le ripercussioni sulla qualità di vita di chi ne soffre.
Il respiro incomincia a mancare, il naso si ostruisce e cola, gli occhi si arrossano e lacrimano. Questi sintomi possono comparire già alla fine dell'inverno se si è allergici al polline di specie arboree a fioritura precoce quali cipresso, betulla e nocciolo. In primavera ed estate fanno invece la parte del leone i pollini delle specie erbacee quali graminacee e parietaria oltre al polline delle oleacee. A fine estate è la fioritura delle composite a rendere difficile la vita di chi è allergico ai loro pollini.

***Dr. Michele Schiappoli**, Dirigente Medico U.O. di Allergologia dell'Ospedale Civile Maggiore di Verona*



I pollini sono microscopici (5-20 Ìm di diametro) e molto leggeri, cosicché vengono facilmente trasportati e dispersi dal vento anche a grandi distanze e possono penetrare con la stessa facilità nelle vie respiratorie, dove si attiva la reazione allergica. I pollini precipitano al suolo con la pioggia, che per questa ragione apporta spesso un gran sollievo agli individui allergici.
È comunque meglio evitare di uscire subito dopo un temporale poiché può succedere che le scariche elettriche rompano i granuli pollinici in frammenti più piccoli che raggiungono facilmente e in profondità le vie aeree causando un forte aumento di attacchi di asma.
Tale fenomeno viene definito "asma da temporale".
Durante il periodo della fioritura occorre ridurre il soggiorno all'aperto sopratutto al mattino, nei giorni soleggiati, ventosi e con tempo asciutto. In auto occorrerà tenere i finestrini chiusi e dotarsi di filtri antipolline. In bicicletta o in moto si dovrà chiudere la visiera del casco o indossare una mascherina che copra naso e bocca e occhiali aderenti al volto.
A casa bisognerebbe tenere le finestre chiuse nelle ore soleggiate, aprendole solo nelle ore serali, per ridurre la penetrazione dei pollini, sopratutto nelle stanze da letto, utilizzando preferibilmente un climatizzatore.
Nel periodo di fioritura bisognerebbe praticare sport preferibilmente in luoghi chiusi come palestre o piscine coperte. Evitare giardini e prati sopratutto dopo che è stata appena tagliata l'erba. Evitare di tagliare l'erba ed i lavori di giardinaggio e non sostare nelle vicinanze

Immunoterapia specifica

IL VACCINO CHE COMBATTE LE ALLERGIE RESPIRATORIE E IL VELENO DI IMENOTTERI

L'ITS, nota come vaccino antiallergico, consiste nel somministrare per via sottocutanea, sublinguale o nasale dosi crescenti della sostanza (allergene) che provoca i sintomi fino a raggiungere una dose massima detta di mantenimento, che viene poi ripetuta a intervalli regolari per 3-5 anni.
Attualmente l'ITS si usa per allergie respiratorie e per il veleno di imenotteri. La storia dell'ITS, inizia in modo empirico nel 1911 e bisogna attendere gli anni 60, quando vennero scoperte le IgE, per iniziare a comprenderne il funzionamento. Da allora l'immunologia ha fatto enormi progressi e oggi sappiamo che il meccanismo d'azione dell'ITS è estremamente complesso e coinvolge tutto il sistema immunitario. Più di 100 studi clinici e le loro "meta-analisi" dimostrano l'efficacia dell'ITS nel ridurre i sintomi e il consumo di farmaci per tutte le modalità di somministrazione.
È stato dimostrato che l'ITS agisce anche come terapia preventiva riducendo l'insorgenza di nuove sensibilizzazioni e l'instaurarsi di asma nei soggetti con rinite. Inoltre l'ITS ha la capacità di mantenere tali effetti per 5-7 anni dopo la sospensione rendendola assolutamente diversa da tutti gli altri farmaci, che non hanno né effetto preventivo né a lungo termine. Una volta individuato l'allergene responsabile ed accertato che la patologia sia realmente allergica valutandone gravità e durata, è necessario che la prescrizione dell'ITS venga fatta dallo specialista, dopo un'accurata valutazione globale del paziente.
Purtroppo, a differenza di altre regioni dell'Italia sia settentrionale che meridionale dove i vaccini sono totalmente o parzialmente rimborsati, in Veneto questa terapia è a totale carico dei pazienti ed essendo piuttosto costosa viene scarsamente utilizzata, con riflessi negativi sugli aspetti sia terapeutici che preventivi. Da qualche mese è stata costituita una commissione tecnica che valuti l'opportunità di ottenere un rimborso sia pur parziale anche nella nostra regione. Speriamo bene!

di chi li pratica. Oltre ad evitare l'esposizione all'allergene, quando i sintomi sono più fastidiosi sarà il medico a prescrivere le opportune cure a base in genere di farmaci antistaminici e cortisonici inalatori. Al termine della fioritura sarà opportuno consultare lo specialista allergologo per valutare l'eventuale indicazione ad eseguire il vaccino.
Occorre inoltre conoscere la possibilità di cross-reazioni tra vegetali e pollini che insorgono in circa il 25% dei pazienti allergici a pollini determinando prurito e bruciore della mucosa orale ed edema delle labbra immediatamente dopo l'ingestione di alimenti vegetali.
Tali sintomi caratterizzano la cosiddetta "sindrome orale allergica" e talvolta possono essere associati a sintomi gastrointestinali, orticaria, edema della glottide e shock anafilattico nel caso in cui siano coinvolte proteine termo – e/o gastro-resistenti. È pertanto necessaria un'attenta valutazione diagnostica dello specialista per individuare il tipo di proteina coinvolto che ne determina la prognosi.
Le cross-reazioni più frequenti sono per gli allergici a pollini di betulla e nocciolo con: mela, pera, pesca, albicocca, prugna, ciliegia, banana, noce, nocciola, mandorla, arachide, kiwi, ecc.
Per le graminacee: pomodoro, melone, anguria, kiwi, frumento, pesca, ciliegia, ecc. Per le composite: lattuga, cicoria, tarassaco, camomilla, sedano, finocchio, carota, prezzemolo, miele, ecc.
Per la parietaria: more di gelso, basilico, ortica. Infine il paziente dovrebbe conoscere le piante che liberano i pollini a cui è sensibilizzato e i periodi "critici" determinati dalla fioritura che può verificare consultando un bollettino del polline come quello fornito dall'Arpav sul sito http://www.arpa.veneto.it/bollettini/htm/allergenici.asp. ■

di **Antonella Prigioni**

HA INVENTATO *l'architettura moderna*

500 anni fa, la nascita di Andrea Palladio. Un genio di ieri raccontato da un artista di oggi: Elio Armano.

Artista, politico e di nuovo artista. Elio Armano è una voce fuori dal coro. Un uomo dall'entusiasmo nostalgico e disilluso, che continua a lanciare moniti incisivi alla società con le sue sculture. Teste con aperture a freccia, frecce con fori, fusi, rocoletti, forme in argilla, materia che assorbe e rievoca l'habitat e l'humus della cultura veneta.

Laureatosi all'Accademia di Belle Arti di Venezia, Elio Armano, nato a Padova dove tuttora vive e lavora, sente il richiamo della politica.

Era il 1968. Allievo di Alberto Viani, prosegue la ricerca artistica e l'attività plastica, dal bronzo alla terracotta. Poche le sue mostre. Versatili le sue esperienze: scenografia, restauro, grafica, giornalismo, attività politica, sindaco di Cadoneghe prima, vice-presidente del consiglio regionale poi. Consigliere anche dell'Istituto Ville Venete.

"È stato un pomeriggio diverso". Così mi ha salutato al termine dell'intervista. Un'intervista alla scoperta della sua personale visione di Andrea Palladio. Un'esperienza per me affascinante, far parlare un artista di un altro artista, in un dialogo virtuale tra epoche diverse, uno spazio temporale che il quid dell'arte annulla sull'altare dell'evoluzione espressiva. Palladio ha inventato l'architettura moderna. Non quella contemporanea e nemmeno quella di cinquant'anni fa. Quella moderna, pensata, ragionata ed affermatasi come tale in tutto l'Occidente. Il suo è uno stilema riconosciuto dagli architetti di tutto il mondo, dalle istituzioni.

Il palazzo del congresso americano, parlamenti, edifici pubblici, facciate di musei, ville: hanno una matrice comune che si rifà all'architetto padovano. Nacque a Padova cinquecento anni fa, non a Vicenza, a Vicenza ebbe la sua massima realizzazione come architetto. La sua genialità sta nel recupero degli elementi classici, nel disegnare la teoria del costruire, semplice, possente e razionale.

***Elio Armano**, Artista*

Un impianto che troviamo in una residenza di piccole dimensioni quali "La Poiana" di Villavicentina. Un corpo centrale, due stanze laterali, il cortile. Una struttura che si amplia con committenti più sofisticati che vogliono le barchesse ed il pronao con le colonne.

A Vicenza inizia a lavorare grazie all'amicizia con Trissino: viene scelto lui al posto di Giulio Romano per trasformare un edificio medievale nella Basilica palladiana. Vicenza è una città ricca che vuole architetture moderne e Palladio è fortemente innovativo rispetto alle espressioni tardo gotiche. Ha una committenza ampia, progetta palazzi di città, palazzi di campagna, ville agricole. Pone sempre molta attenzione al paesaggio intorno alle sue costruzioni. A Venezia le sue opere sono una sorta di astronavi calate sull'acqua. È stato un uomo di successo, ha fatto scuola a tal punto che alla sua architettura si ispirano gli edifici importanti nell'800, nel 900 e qualcuno anche oggi. Persino lo stile coloniale sudamericano risente di lui, le ville di "Via col Vento" sanno di Palladio, influssi si scoprono anche in Nordeuropea, Svezia, persino a Sanpietroburgo. Il tempio, le colonne, sono un simbolo di forza.

Anni fa quando ero vice presidente del consiglio regionale andai in viaggio studio in Uruguay: mi chiesero perché non avevamo portato dei modellini in legno delle architetture del Palladio. ■

Nuova 4R
Moltiplica la protezione, riduce le spese.

Allianz Lloyd Adriatico

La polizza RC Auto che protegge al meglio e ti fa risparmiare.

SCONTI sino al 17%*
Se hai una station-wagon, una monovolume o un fuoristrada

SCONTI sino al 15%*
Se l'autovettura è dotata di sistemi di sicurezza quali Airbags multipli, ABS, TCS, ESP

SCONTI sino al 85%*
Se hai installato un Antifurto convenzionato

Inoltre, con Allianz Lloyd Adriatico

- Ulteriori risparmi se il tuo veicolo è stato immatricolato negli ultimi 4 anni o se sei indenne da 5 anni.
- Sconto premio del 15% sugli altri veicoli di proprietà (autovetture, ciclomotori, motocicli o camper) se assicurati con "guida esclusiva".

Grande Novità!

Da oggi puoi pagare la tua polizza auto in 12 comode rate mensili**

* Lo sconto sulla RCA per certi tipi di veicolo e per veicoli dotati di determinati impianti di sicurezza è da intendersi rispetto alla tariffa di Allianz S.p.A. Divisione Allianz Lloyd Adriatico e non rispetto al mercato. Il risparmio su furto e incendio è legato all'acquisto di particolari antifurti digitali o satellitari i cui costi sono reperibili presso i venditori autorizzati Viasat, Blockshaft, GT Auto Alarm, Cobra, Micrusa, MenaSystem, Gemini, Smartsat, Block System, Movitrack.
** Grazie alla carta di credito Allianz S.p.A. - Divisione Allianz Lloyd Adriatico realizzata in collaborazione con Santander Consumer Bank. Le condizioni contrattuali sono pubblicate sui fogli informativi richiedibili presso la tua Agenzia Allianz Lloyd Adriatico. L'emissione della carta è soggetta all'approvazione di Santander Consumer Bank. Per tutte le informazioni in dettaglio consultare le Condizioni Generali.

Passa a trovarci e scopri quanto puoi risparmiare con Allianz Lloyd Adriatico!

Agenzia di Padova Sud
Via Marco Polo, 3 – 35123 Padova – tel. 0498804492 - 0498804714

Uffici di Albignasego (Pd) – L.go degli Obizzi, 19 – tel. 049711986
Uffici di Monselice – (Pd) Via F.lli Cervi, 20 – tel. 0429783150
Uffici di Piove di Sacco (Pd) – Piazza Incoronata, 2 – tel. 0499704125
Ufficio di Torreglia (Pd) – Via Mirabello, 7 – tel. 0495211632

di **Giorgia Iazzetta**

CITTADINANZATTIVA *Veneto*

Partecipazione civica e difesa dei diritti del malato

Dodici assemblee territoriali in ambito regionale e presenza in 18 ospedali veneti con gli uffici del Tribunale per i Diritti del Malato: con questa rete Cittadinanzattiva è radicata da anni nel contesto veneto con un gruppo di volontari attivi in diversi ambiti: scuola, consumo, servizi di pubblica utilità, partecipazione, giustizia. Ma è indubbiamente la sanità il nocciolo duro delle iniziative di Cittadinanzattiva, settore in cui la vigilanza sui diritti dei malati e dei loro familiari è sempre massima.

Il Tribunale, costituito da cittadini comuni e da una rete di professionisti che vi collaborano, è nato negli anni Ottanta per tutelare i diritti dei cittadini nell'ambito dei servizi sanitari e per contribuire a una più umana organizzazione del Servizio sanitario. Ora è riferimento per tanti pazienti che vi si rivolgono per diverse ragioni: i Tdm divulgano le Carte dei Diritti, svolgono attività di monitoraggio, forniscono consulenza e aiuto di fronte ad abusi ed errori medici, sia mediante interventi diretti su strutture e servizi, sia mettendo a disposizione strumenti necessari a tutelarsi. Tra i principali programmi realizzati dal Tribunale per i Diritti del Malato spiccano la campagna Ospedale Sicuro, il programma sulle buone pratiche in sanità, progetti sperimentali per la riduzione delle liste d'attesa, l'Audit civico, la campagna per la diffusione del farmaco equivalente, l'attivazione della rete Pit Servizi (Progetto Integrativo di Tutela) che a livello locale, in Veneto, è aperto a Chioggia. E adesso l'impegno è rivolto all'Europa con la rete Active Citizenship Network, visto che il 18 aprile sarà la Giornata di lancio della Carta Europea dei 14 diritti del Malato. L'attività dell'Associazione è radicata in tutta Italia, grazie a una rete di 76.000 aderenti, la presenza con 19 sedi regionali più la provincia di Trento e 250 assemblee locali.

"A pochi mesi dalla scadenza del mio mandato (il Congresso Regionale è previsto a Padova il prossimo 7 giugno), posso dire che abbiamo raggiunto traguardi davvero importanti in questi anni – afferma il segretario regionale Umberto Iazzetta – siamo stati coinvolti nel programma regionale delle liste d'attesa, nel primo Rapporto della Qualità percepita della Regione, nel progetto di Umanizzazione del Servizio sanitario regionale e nella presentazione del bilancio sociale delle Aziende Sanitarie del Veneto. Stiamo divulgano un'idea nuova di coinvolgimento dei cittadini alle iniziative istituzionali: i cittadini vanno coinvolti prima e non dopo il processo decisionale. Molto va ancora fatto ma sicuramente abbiamo contribuito a un cambiamento culturale importante nella difesa attiva dei diritti dei cittadini".

La Sede regionale è a Palazzo Morari (Calle S. Cristoforo Chioggia – VE). Maggiori informazioni su www.cittadinanzattiva.it. ■

L'immagine del logo è stata tratta dal sito internet di "cittadinanzattiva".

NES
NORD EST SANITÀ

Anno 1, numero 1

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio

Direttore responsabile
Ines Brentan
E-mail: ines.brentan@gmail.com

Editore
Nordestnet S.r.l.,
Via Valgimigli, 6/3 – Padova (Italy)
Partita I.V.A. n. 03538580287
Telefono: +39 049.8872581
Fax: +39 049.8870010
E-mail: aggiornamento@gvdr.it

Progetto grafico e impaginazione
La Squadra di Rufini Giorgio
Lungotevere Testaccio, 9
00153 – Roma (Italy)
Telefono: +39 06.575113
Fax: +39 05.57137647
E-mail: info@la-squadra.it

Comitato editoriale
Area politica, Socio-sanitaria:
Maria Stella Zaia, Alberto Salmaso, Giampaolo Fagan, Walter Rufini, Luciano Babetto
Area Medico-scientifica:
Cosimo Di Maggio, Antonio Di Maggio, Stefano Masiero, Giuseppe Caraccio, Raffaele Scapinelli, Giorgio Galli, Francesco Peruzzi
Area della Cultura e dell'associazionismo:
Elio Armano, Raffaella Zanovello, Maria Stella Zaia,
Area delle Rubriche:
Michele Varotto, Susanna Bottaro, Ambra Masiero

Hanno collaborato in questo numero
Giorgia Iazzetta, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Un rigraziamento particolare a
Dr. Marcello Vettorazzi, Coord. Regionale Screening Oncologici Istituto Oncologico Veneto IRCSS

Fotografie
Archivio La Squadra,
CD immagini free ICP - Milano,
materiale proveniente direttamente dagli intervistati o in allegato ai contributi

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.,
La Squadra di Rufini Giorgio

Fotolito e stampa
Officine Grafiche Calderini
Via Tolara di Sotto, 121/A
44064 – Ozzano dell'Emilia
Bologna (Italy)

Periodicità
Trimestrale

Registrazione
presso il Tribunale di Padova,
n. 2121 del Registro di Stampa

Tiratura
20.000 copie

Chiuso in redazione
il 7 aprile 2008

Finito di stampare
nel mese di aprile 2008

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore.

I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista esclusivamente degli Autori.

La presente rivista è un free-magazine distribuito gratuitamente presso le Strutture Sanitarie aderenti all'iniziativa e inviato per posta ad indirizzi istituzionali pubblici reperiti all'interno delle Pagine Gialle®, i nominativi dell'indirizzario in nostro possesso potranno essere utilizzati, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre comunicazioni inerenti la stessa pubblicazione. Ai sensi della legge 675/96 (e successive modifiche e/o integrazioni) è nel vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

MUTUI

Da CARIPARO nuove flessibilità per venire incontro alle esigenze delle famiglie

Le famiglie italiane mostrano sempre più preoccupazione sul fronte dei mutui e dei prestiti bancari, anche a causa dell'incremento dei tassi registrato negli ultimi mesi. Ne parliamo con Rinaldo Panzarini, direttore generale di Cassa di risparmio di Padova e Rovigo, la banca del gruppo Intesa Sanpaolo che opera in tutto il Veneto.

"È un momento difficile per le famiglie che si apprestano all'acquisto della casa, con costi delle abitazioni sempre molto alti, e per quelle che hanno già in corso mutui a tasso variabile che, con i recenti aumenti dei tassi, hanno visto crescere la propria rata mensile. Una situazione che certamente sta creando delle preoccupazioni sui conti familiari, ma che noi abbiamo cercato di affrontare già da tempo nell'interesse della nostra clientela."

Una situazione preoccupante quella italiana?

"Nel nostro Paese non c'è una situazione come quella che si è venuta a creare negli Stati Uniti con la crisi dei mutui subprime. Il nostro mercato del credito per la casa è molto differente da quello nordamericano, con caratteristiche che tendono ad essere più consolidate e sicure. Ma certamente, per quelle famiglie che hanno contratto mutui a tassi non fissi, nel bilancio mensile si inizia a far sentire l'aumento delle rate provocato dall'incremento dei tassi e proprio per questo motivo come Gruppo e come Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo abbiamo messo a punto delle soluzioni specifiche per questo tipo di clientela."

Come pensate di aiutare le famiglie?

"Abbiamo messo a punto due diverse tipologie di interventi, una per i mutui già in essere ed una per i nuovi mutui che verranno stipulati da oggi. Ai primi abbiamo offerto già da diversi mesi, inviando ad oltre 80.000 clienti di tutto il Gruppo un'apposita comunicazione, la possibilità di rinegoziare gratuitamente il proprio finanziamento, trasformando il tasso da variabile a fisso o allungandone la durata fino ad un massimo di 40 anni. Una opportunità che nel nostro territorio ha già permesso a moltissime famiglie di contenere, o addirittura abbassare, le spese mensili per il mutuo."

E le novità per il 2008?

"I nuovi contratti di mutuo a tasso fisso e a tasso variabile stipulati con Cariparo e con Intesa Sanpaolo, che possono finanziare fino all'80% del valore della casa, conterranno importanti novità sul fronte della flessibilità nei pagamenti, con la possibilità di posticipare gratuitamente alcune rate o di variare la durata del mutuo.

Dopo il rimborso regolare di almeno 24 mensilità, il cliente potrà chiedere di posticipare fino a 6 rate, che corrisponderanno ad un allungamento di pari durata del mutuo.

Tale possibilità, che ribadisco non prevede spese, neppure quelle notarili, potrà essere chiesta con una semplice lettera alla filiale, e potrà essere ripetuta fino a 3 volte nell'arco della durata del finanziamento, purché tra una sospensione e la successiva siano state pagate regolarmente almeno 6 rate."

"L'altra importante opportunità per il cliente è quella di poter prolungare, fino a ulteriori 10 anni, la durata del mutuo a tasso variabile, anche in questo caso senza alcuna spesa, purché entro una durata complessiva massima di 40 anni.

Volendo, la durata del mutuo potrà anche essere ridotta. Anche queste ulteriori opzioni saranno esercitabili con una semplice richiesta scritta alla filiale. Attraverso queste nuove opzioni di flessibilità sui mutui, del tutto gratuite, contiamo di dare maggiore tranquillità alle famiglie che intendono affrontare il finanziamento della casa."

A Padova quali iniziative sono state avviate?

"Da circa un anno e mezzo, abbiamo aperto a Padova il Punto Domus Cariparo, in Via VIII Febbraio. È un "negozio specializzato" dedicato esclusivamente al mutuo casa ed ai prestiti alle famiglie, nel quale personale altamente specializzato è a completa disposizione per la scelta dell'operazione più adatta.

Oltre all'assistenza finanziaria, si possono avere anche informazioni aggiornate sulla normativa fiscale e tutto quanto può servire per decidere il migliore acquisto e finanziamento della casa. Sulla scia dei risultati positivi fin qui riscontrati, sono stati aperti successivamente anche altri tre Punti Domus a Vicenza, Rovigo e Treviso."

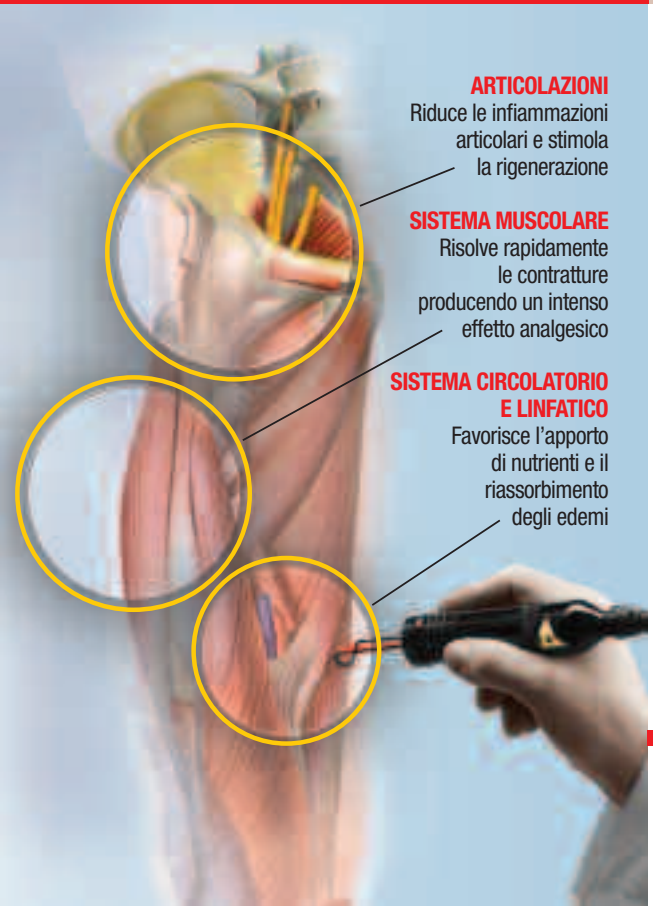
Banca del gruppo INTESA SANPAOLO

CASSA DI RISPARMIO DI PADOVA E ROVIGO

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente da CARIPARO

Hilterapia®

Il trattamento **più evoluto** per le patologie dolorose alle **articolazioni**, ai **muscoli**, ai **tendini** e alle **ossa**.



Hilterapia®, chiedila nei centri specializzati

1. Benefici immediati e prolungati
2. Trattamento rapido, sicuro e indolore
3. Ricerca italiana, certificata FDA (Food and Drug Administration - USA)
4. Risultati validati da documentazioni scientifiche
5. Tecnica terapeutica utilizzata in Italia e all'estero

www.hilterapia.it

ASA Energy for health

ASA srl - via A. Volta, 9 - 36057 Arcugnano (Vi) Italy
tel. +39 0444 289200 - fax +39 0444 289080
asalaser@asalaser.com - www.asalaser.com