Anno 2, numero 1
Marzo 2009
I.P.

Poste Italiane SpA
Spedizione
in Abbonamento
Postale - 70% CNS/PADOVA

NES

Nord Est Sanità

TRIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

Primo piano

Sabino Acquaviva:
"l'uomo si sente immortale"

Personaggi

Il padovano Gino Gumirato
alla corte di Barack Obama

Intervista

Il viaggio nelle Asl venete:
a Monselice con Giovanni Pavesi

Focus

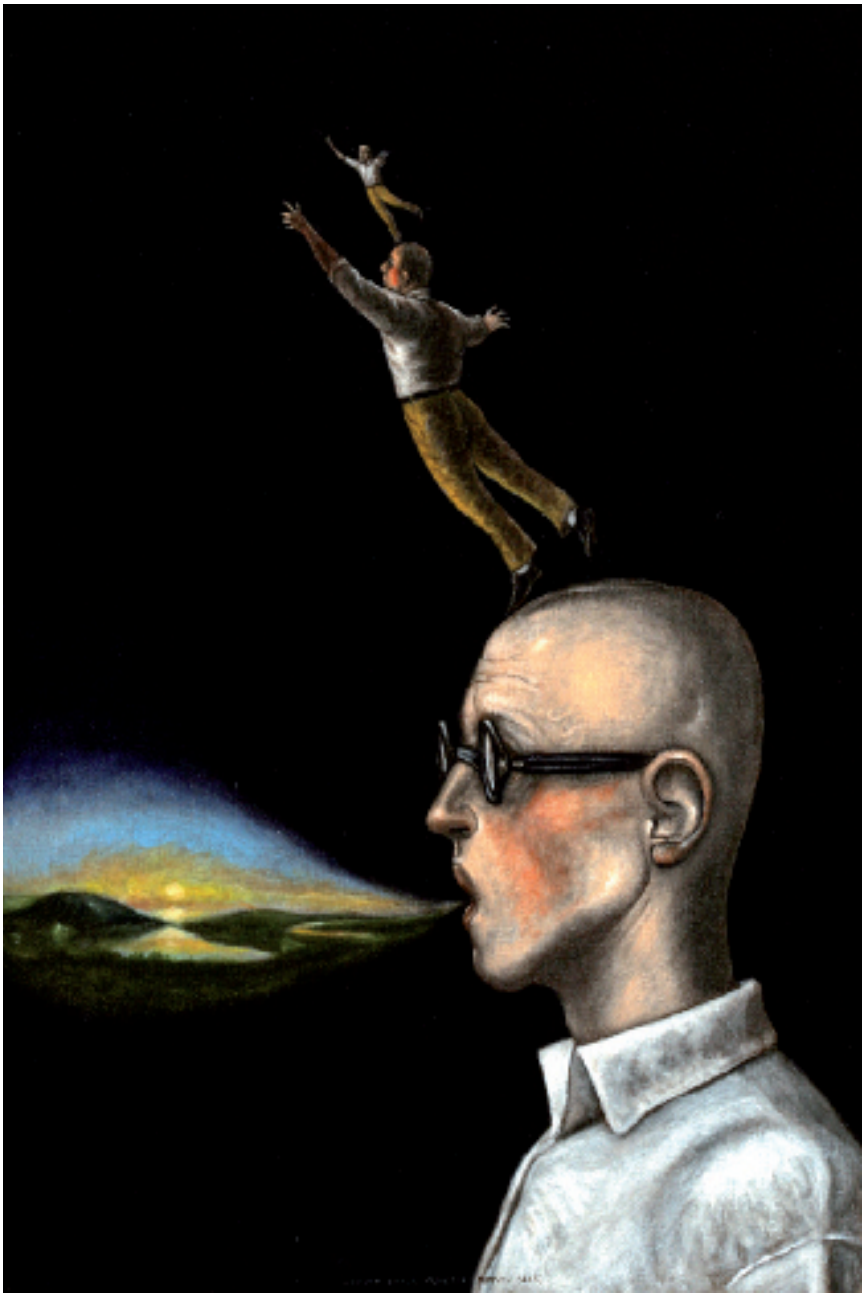
Al via il progetto obiettivo
contro il diabete promosso
dalla Regione Veneto

Mini-Focus

Allergie e intolleranze alimentari

Arte e cultura

Il racconto di Elio Armano
I due volti di Silvia Favaretto
L'housing sociale in corso a Venezia



È un'iniziativa di
Nordestnet

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 o 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 rivenditori autorizzati Viasat, Blockshaft, GT Auto Alarm, Cobra, Microsat, MetaSystem, 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 **Giuseppe Caraccio**

LA MEDICINA
e il mito dell'immortalità

La medicina, grazie al progresso scientifico degli ultimi decenni, ha avuto un enorme sviluppo. Le vecchie frontiere del sapere sono cadute e il medico, grazie alle nuove tecnologie, sta acquisendo un potere sulla morte, impensabile fino a qualche anno fa. Nel sentire comune, è diventato il "sacerdote della vita", anche grazie all'amplificazione che i mezzi di comunicazione mettono in atto ogni volta che si parla di malasanità e morte. Sta passando l'erroneo messaggio che la morte sia uno stato innaturale, la cui responsabilità – quando subentra – è da imputare a qualcuno. Purtroppo non è così. La morte fa inderogabilmente parte della vita di ognuno di noi. Ogni vita che inizia nell'hic et nunc, ovvero in un ambito spazio-temporale, ha anche una fine. Indipendentemente dalle possibilità concesse dalle nuove frontiere della scienza. La medicina non regalerà mai all'uomo l'immortalità. La fonte dell'eterna giovinezza resterà una tra le pagine più belle della mitologia, ma pur sempre un mito!

Eppure davanti alla vita e alla morte, o meglio davanti alla possibilità di dare, restituire o togliere la vita, le certezze dell'uomo vacillano e lui barcolla e cade. La società ha bisogno di appoggiarsi alla stampella dell'etica, della morale, della religione. Ecco allora che negli anni Settanta nasce la bioetica, proprio dall'esigenza dell'uomo di darsi un codice etico universale, in grado di armonizzare conoscenze scientifiche e umanistiche. Una rosa di norme che faccia da ponte tra scienze sperimentali e umane, ma che soprattutto sia in grado di rispondere a questioni etiche vicine all'uomo, ma riguardanti anche l'ambiente e l'intera biosfera del pianeta. Oggi la bioetica, nata dal guizzo intuitivo dell'oncologo americano Van Rensselaer Potter, deve confrontarsi con le nuove possibilità offerte dal sapere scientifico (clonazione, utilizzo delle cellule staminali, ingegneria genetica, procreazione assistita, sperimentazione clinica di farmaci, trapianti d'organo, IVG, accanimento terapeutico, eutanasia, ecc.) e deve offrire codici comportamentali che valgano per tutti. Un compito difficilissimo affidato in Italia al Comitato nazionale per la bioetica (nato nel 1990), un organo consultivo della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nonostante il brainstorming di questo team di medici e scienziati, professori ed esperti di psicologia clinica, filosofia, sociologia, giurisprudenza e teologia, casi come quello di Eluana Englaro scuotono le coscienze nel profondo e non trovano ancora una soluzione universalmente accettata. ■

Il Direttore Editoriale
Dr. ***Giuseppe Caraccio***

I Lettori di NES aspettano il tuo annuncio

FATTI CONOSCERE!

Chiama il numero ***+39 049.8872581***

Per informazioni invia una e-mail all'indirizzo ***aggiornamento@gvdr.it***
oppure visita il nostro nuovo sito intenet ***http://www.nordestnet.net***

pubblicità redazionale

IL NUOVO MEZZO IBRIDO *della Croce Verde di Padova*

È stata inaugurata, il 3 febbraio 2009, alla presenza del Presidente della Pia Opera Croce Verde di Padova Giorgio Ortolani e del Presidente della BCC Alta Padovana Leopoldo Costa, l'ambulanza n° 161 mezzo IBRIDO. Si tratta di un nuovo mezzo della Croce Verde di Padova ad energia elettrica più diesel finanziato dalla Banca di Credito Cooperativo dell'Alta Padovana e allestito per il trasporto di persone disabili in Padova e provincia. Il mezzo, grazie all'utilizzo di batteria al litio, è stato così progettato per zero emissioni acustiche e zero emissioni gas inquinanti. L'autoveicolo è un Iveco Daily, furgone combinato progetto in versione bimodale: l'abbinamento di due motorizzazioni, elettrico e diesel, permetterà di soddisfare le più svariate esigenze, risolvendo inoltre le problematiche legate alla salvaguardia dell'ambiente. La modalità diesel sarà usata per la normale viabilità, quella elettrica per ambiti dove sia richiesto un impatto ambientale basso o nullo. La motorizzazione elettrica è di avanzata tecnologia – con batteria ad alta autonomia – ed è prevista la ricarica in marcia delle batterie viaggiando in modalità endotermica. "Il nostro Istituto – dice Leopoldo Costa, Presidente della Banca Alta Padovana – ha sentito importante e significativo l'impegno di poter contribuire e aiutare una realtà come la Croce Verde, che ha al suo attivo migliaia di volontari che prestano generosamente soccorso a tutta la cittadinanza di Padova e della provincia. Questa associazione fa un lavoro che non solo è utile socialmente ma è quanto mai indispensabile per aiutare persone in difficoltà come malati, incidentati, disabili. I valori umani e sociali di cui la Croce Verde è espressione sono valori che da sempre il nostro istituto condivide. Non è stato dunque difficile poter dare un sostegno concreto a chi, ogni giorno, accorre in soccorso di tutti noi". ■

ALLERGY DAY *al Teatro Sociale di Cittadella*

Il 31 gennaio scorso, presso il Teatro Sociale di Cittadella, in provincia di Padova, si è tenuto l'Allergy Day, un'importante manifestazione dedicata ai genitori dei bambini allergici e di altri che potrebbero diventarlo in futuro. L'evento ha avuto lo scopo di sensibilizzare i cittadini sulla rilevanza delle malattie allergiche pediatriche – che rappresentano la vera epidemia del terzo millennio – ed è stato organizzato dall'Unità Operativa Autonoma di Pediatria e Patologia Neonatale dell'ospedale di Cittadella. Nel corso della mattinata, i medici dell'ospedale e del territorio hanno istruito i genitori su come riconoscere precocemente i sintomi di allergia dei propri figli e su come prevenire le allergie stesse; inoltre, sono state date informazioni riguardo alle strutture e i servizi esistenti per i bambini allergici e sui corretti percorsi per la diagnosi precoce e per la prevenzione, in modo tale da assicurare il miglior futuro possibile agli adulti di domani. L'evento è stato realizzato in mattinata presso il Teatro Sociale di Cittadella con il contributo della Banca di Credito Cooperativo dell'Alta Padovana, da sempre sensibile ad iniziative sociali importanti che hanno come destinatario il mondo dei più piccoli. Sono intervenute numerose famiglie del territorio, segno del successo dell'iniziativa. ■

Energia ai Valori

Scatta l'investimento vincente...
...investi nelle obbligazioni della Banca partecipi al concorso MITO
e puoi vincere un'Alfa Romeo MITO.

partecipa al concorso e potrai vincere una Alfa Romeo MITO
Prima dell'adesione leggere il prospetto informativo. Prospetto depositato in Consob, disponibile gratuitamente presso tutte le filiali della Banca e nel sito www.altapd.it
Regolamento del concorso disponibile nel sito www.altapd.it

Per maggiori informazioni rivolgersi al personale di sportello o consultare i fogli informativi a disposizione del pubblico presso i locali della Banca o sul sito www.altapd.it

Banca di Credito Cooperativo dell'Alta Padovana
Via Caltana, 7 35011 Campodarsego (PD) - www.altapd.it info@altapd.it
ALTA PADOVANA
Insieme nei momenti che contano

NES Nord Est Sanità

NES · *NORD EST SANITÀ*

Anno 2 • Numero 1 • Gennaio-Marzo 2009

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio

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

Editore
Nordestnet S.r.l.,
Via Valgimigli, 6/3 – 35125 Padova (Italy)
Partita I.V.A. n. 03538580287
Telefono: +39 049.8872581; Fax: +39 049.8870010
E-mail: aggiornamento@gvdr.it; www.nordestnet.net

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; www.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
Cristiana Boggian, Giuliano Gargano, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Grazie a tutti coloro che hanno contribuito con passione e professionalità alla realizzazione della rivista

Fotografie
Archivio La Squadra, CD Immagini Free ICP - Milano, www.fotolia.it, materiale proveniente dagli intervistati oppure in allegato ai contributi

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

Fotolito e stampa
Tipolito Moderna S.r.l.
Via A. De Curtis 12/A – Terradura – 35020 Due Carrare (PD), Italy

Periodicità
Trimestrale

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

Tiratura
25.000 copie

Chiuso in redazione
il 10 di marzo 2009

Finito di stampare
nel mese di marzo 2009

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; l'Editore pertanto non risponde dell'opinione espressa dagli autori degli articoli pubblicati. 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. Gli eventuali prodotti o le Aziende segnalate sono da ritenersi una libera iniziativa della Redazione. Gli eventuali prezzi o nomi di prodotti segnalati sono riportati senza responsabilità a puro titolo informativo come servizio per i lettori.

La foto di copertina è tratta da un dipinto del pittore veneziano David Dalla Venezia, n. 465, olio su tavola intelata, cm.27x22, 2006
© David Dalla Venezia – www.daviddallavenezia.com

Primo piano

- **Sulle ali della dignità: riflessioni sulla vita e la morte** 4
- **La morte, questa sconosciuta**
  Per il sociologo Acquaviva: l'uomo crede di essere immortale 5
- **La top six della "malpratica"**
  Ortopedia, Oncologia, Chirurgia, Ginecologia, Odontoiatria e Oculistica 6
- **In sanità, i cittadini cercano prima di tutto la corretta informazione** 8
- **Sale l'aspettativa della salute?**
  Sì, e anche quella della vita 10
- **Presunzione di innocenza**
  Tra medico e paziente deve tornare il sereno 11
- **Si può dare di più**
  I risultati del monitoraggio in un convegno a cura dell'Arss 12
- **Parametri scientifici per la qualità** 13
- **Il padovano Gino Gumirato alla corte di Barack Obama** 14

Viaggio nelle Asl Venete

- **L'Ulss 17 attende il nuovo ospedale**
  Intervista a Giovanni Pavesi 18

Focus

- **Un progetto obiettivo contro il diabete**
  Lo annuncia l'Assessore Regionale alla Sanità. L'avvio prima dell'estate 20
- **Diabete: malattia cronica ma controllabile** 22
- **Il diabetico a tavola con Giorgio Calabrese** 23
- **Sì al trapianto per contrastare il diabete** 24
- **Quando il trapianto non è di tipo chirurgico** 25
- **L'esempio sardo** 26

Allergie e intolleranze

- **Paese che vai... allergie che trovi**
  Dipendono da abitudini alimentari che cambiano da Paese a Paese 28

Le rubriche di politica e sanità

- **Il punto di vista** 30
- **Le Associazioni** 32

Le rubriche di medicina

- **La scoliosi idiopatica adolescenziale** 38
- **I corsetti nel trattamento della scoliosi** 39
- **La colonna vertebrale e i suoi punti deboli** 41
- **La chirurgia mininvasiva in implantologia** 43
- **Test anti-dipendenze contro gli incidenti sul lavoro** 44
- **Medicina sportiva: radici e futuro** 46

Arte e cultura

- **Il racconto di Elio Armano** 50
- **I due volti di Silvia Favaretto** 53
- **Housing sociale, la casa per il ceto medio** 54

SULLE ALI DELLA DIGNITÀ

Riflessione sulla vita e la morte di Antonella Prigioni

Se vivessimo con l'angoscia di morire, non faremmo progetti, non avremmo speranza, non faremmo figli

Avrò avuto cinque anni. Chiesi a mia mamma, tra un misto d'angoscia e voglia di sapere, perché si doveva morire… "Perché questa è la vita", rispose. Ed aggiunse: "Non ti preoccupare, si muore quando si è vecchi". Crescendo mi resi conto che non c'è un'età per morire. Accade, è come giocare alla "roulette", non sai mai quando esce il numero maledetto. E ti accorgi che ogni giorno che vivi è uscito il numero fortunato. Si può vivere per tantissimo tempo, si muore in un secondo.

È indubbio, a prescindere da quello in cui si crede ci sia dopo la morte, che la vita, nonostante le tribolazioni, sia qualcosa di bello, mentre la morte è per tutti una fine, un mistero, qualcosa che spaventa o può spaventare. L'uomo sa di dover morire, ma vive pensandosi eterno: questo è un miracolo dell'essere umano.

Se vivessimo con l'angoscia di morire, non faremmo progetti, non avremmo speranza, non faremmo figli. Invece ogni giorno sfidiamo la morte e viviamo la vita. C'è una sorta di dovere morale nel farlo, che può essere inteso come diritto alla felicità. Eppure la morte non è qualcosa di lontano, fa parte della vita stessa, della quotidianità.

C'è la morte degli incidenti, c'è la morte violenta degli omicidi, quella della guerra, quella della disperazione di chi non ce la fa più a vivere, c'è quella lenta di chi si ammala e non guarisce. C'è la morte dei sogni, delle idee, delle speranze, degli ideali, ma ciascuna di queste situazioni è legata a doppia mandata alla vita. La vita di chi resta, di chi deve convivere e metabolizzare un lutto, deve andare avanti originando nuova vita, nuovi sogni, nuove idee, nuove speranze, nuovi ideali.

La morte è logica perché non grazia nessuno, ma non c'è logica in come colpisce: perché prima un bambino, di un anziano malato? Perché centinaia di bambini in una guerra di adulti, prima di una donna che vive da 17 anni in stato vegetale? Non c'è una risposta sola a queste domande, ce ne sono tante, tutte legittime.

C'è sempre un perché, anche se non lo capiamo "la vita è sacra", ma comprende anche la morte. ■

Sabino Acquaviva, chi è?

Sabino Acquaviva (Padova, 1929) è sociologo, giornalista e scrittore. Ha insegnato sociologia alla Facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Padova, di cui è stato preside dal 1977 al 1978 e direttore del Dipartimento di Sociologia dal 1985 al 1988.

È considerato tra i maggiori studiosi dei problemi dell'esperienza religiosa, ed è ritenuto "il più importante studioso di sociologia della religione".

Ha diretto la struttura cultura della RAI, collaborando a numerose trasmissioni televisive, tra le quali "La notte della Repubblica" di Sergio Zavoli.

Ha pubblicato più di trenta volumi e quasi centocinquanta pubblicazioni scientifiche e culturali italiane e internazionali.

Attualmente é membro del comitato scientifico (Conseil de Perfectionement) dell'Institut Européen des Hautes Etudes Internationales della Facoltà di Legge ed Economia dell'Università di Nizza.

di **Antonella Prigioni**

LA MORTE, QUESTA SCONOSCIUTA

Si è persa la percezione della fine

Per il sociologo Acquaviva: l'uomo crede di essere immortale

La morte ci appare davanti agli occhi più volte al giorno. La sua immagine è stata sdoganata, non fa quasi più impressione. La si considera comunque come qualcosa di lontano, molto lontano, qualcosa che non ci riguarda. Quando però ci tocca direttamente, scatta il rifiuto e vogliamo che la scienza medica faccia l'impossibile, ci salvi da lei. Non si accetta la morte, elemento insito nella vita e si colpevolizzano i medici che non hanno saputo combatterla. Dimenticando che in medicina quello che non è mai scontato sono la guarigione e la salvezza.

È cambiato l'atteggiamento umano di fronte alla morte. Come? Lo spiega il sociologo Sabino Acquaviva. "L'uomo non è più consapevole della morte. Un tempo, i cimiteri erano luoghi dove si faceva di tutto, si banchettava, si appendevano agli alberi gli eretici. La morte in diretta era una presenza costante della vita. Si moriva di più, era più naturale. Una ricerca dell'Inghilterra del '700 evidenzia come la metà dei nati, fosse morta già a venticinque anni. Oggi non ci si accorge della morte se non a cinquanta, sessant'anni, prima non si vede, non si incontra. Eccezion fatta per chi vive lutti improvvisi. La durata media della vita si è allungata, si vive come se fosse eterna, si vive con la convinzione di avere sempre molto tempo davanti per fare qualsiasi cosa, quando arriva poi non si accetta più con naturalità, ma come un evento imprevedibile che viene vissuto come un incidente".

La perdita della fede religiosa ha una responsabilità, in questo processo mentale?

La religione è sempre stata un rimedio alla paura della morte ed uno strumento per la sua accettazione. Nel Medioevo esistevano libri sulla tecnica per vivere la morte degli altri e la propria. Ci scateniamo, ce la prendiamo con i medici che ci aiutano a vivere, perché rifiutiamo l'idea che negli ospedali si muoia. Crediamo all'equivoco che la vita durerà sempre più a lungo. Un biologo americano ha ipotizzato che i bambini che nascono oggi vivranno fino a quattrocento anni. Questo allungamento della vita si trasforma in un senso di eternità. Ipotesi di questo tipo, spingono sempre di più l'uomo ad allontanarsi dai rituali religiosi concepiti per consolazione dalla morte. La paura della morte è comunque nel genoma umano, l'uomo sa che deve morire e quando la religione entra in crisi, la risposta laica diventa un pannicello caldo. Fare figli è un modo per non morire, si esorcizza la paura anche vivendo al massimo ogni momento della vita.

*Il sociologo **Sabino Acquaviva**, in una fotografia tratta dal sito internet: http://www.finesettimana.org*

Ha paura della morte?

Ho paura. È nel codice genetico dell'essere umano, anche nel mio. Non ci penso però. Sono convinto che debba esserci qualcosa dopo la morte, c'è un Dio, altrimenti che ci faccio qui, in questo mondo? Il panteismo infinito, l'eterno come visione di Dio è la concezione del divino meno antropomorfica e più adatta alla società contemporanea.

Vita e morte spesso coesistono. La separazione non è così netta. Chi decide e come decidere?

Io sono convinto che dovrebbe esserci il testamento biologico. Ogni individuo dovrebbe avere la libertà di decidere di se stesso. Il discrimine, per me, tra vita e morte è la presenza nell'essere di funzionalità cerebrale. Mi chiedo, poi, perché non si possono usare quegli stessi strumenti tecnologici che ti aiutano a vivere, per aiutare a morire. Se l'uomo dovesse seguire le leggi della natura non dovrebbe nemmeno curarsi.

L'uomo diventerà mai immortale?

Io sono troppo vecchio per scoprirlo. Io no. Certo il progresso della scienza rompe sempre di più il confine tra naturale ed artificiale. E comunque non sarà un uomo: l'uomo è tale perché sa che deve morire. Sarà un altro essere senza percezione della morte.

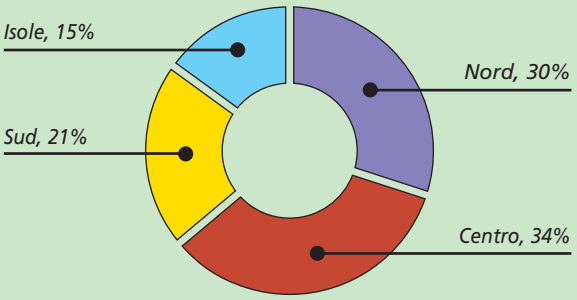
di **Ines Brentan**

LA TOP SIX DELLA "MALPRATICA"

Ortopedia, Oncologia, Chirurgia, Ginecologia, Odontoiatria e Oculistica

Al primo posto si colloca l'Ortopedia (18%), seguita da Oncologia (12%), Chirurgia generale (9%), Ginecologia-Ostetricia (7%), Odontoiatria e Oculistica (5% ciascuno). Continuano le segnalazioni di episodi di malasanità o "malpractice" da parte dei cittadini italiani, anche se Cittadinanzattiva e il Tribunale per i diritti del malato riconoscono un trend discendente che comincia dal 2005 e che vede nel 2007 un ulteriore ribasso pari ad un 2% in meno di segnalazioni rispetto all'anno precedente.
A sostenerlo è il Rapporto PIT Salute del 2007 (un servizio di informazione, consulenza e intervento istituito dal Tribunale per i diritti del malato nel 1996, ndr), che conferma come il presunto errore dei camici bianchi succede soprattutto all'interno delle sale operatorie. Se il 66% delle segnalazioni è frutto di sbagli durante interventi chirurgici, solo il 28% vengono fatte per errori nella diagnosi. Intanto, i casi di malasanità continuano a capitare soprattutto in ospedale (69%), invece che nei poliambulatori accreditati (10%) o nelle strutture private (13%).

Le segnalazioni, da dove?



Il 64% delle segnalazioni di "malpractice" arrivano dal Nord e Centro Italia, mentre il Sud e le Isole si spartiscono quasi equamente la restante fetta del 36%. In pole position c'è il Lazio che prevale di poco dalla Lombardia. Dal Sud e dalle Isole il maggior numero di segnalazioni giungono da Campania, Puglia e Sicilia.

Fonte: Cittadinanzattiva e Tribunale per i diritti del malato, 2007

ORTOPEDIA

Si sbaglia soprattutto durante interventi all'anca (15%), al ginocchio (14%), al piede (11%) e alla colonna vertebrale (10%). Al quinto posto si collocano gli errori commessi durante operazioni alla mano (9%). Seguono quelli alla spalla (7%), al braccio e al polso (6% ciascuno). L'ultimo posto della classifica con un 1% di segnalazioni, è conquistato dalle operazioni alla clavicola. Rispetto al 2006, però, si colgono maggiori segnalazioni per operazioni al ginocchio e alla spalla (+4% ciascuno), seguiti da mano e polso (+3% ciascuno). Per i cittadini spiccano gli errori di valutazione e di intervento (29%), che comprometterebbero la ripresa naturale dell'uso dell'arto. C'è poi la diagnosi errata o avvenuta in ritardo (20%), quindi, l'insorgenza di infezioni (15%), gli errori di immobilizzazione e protesi inadeguata o difettosa (11% ciascuno). Mentre gli interventi effettuati sull'arto sbagliato riguarderebbero solo l'1% delle segnalazioni.

ONCOLOGIA

Le maggiori segnalazioni avvengono per presunti errori durante operazioni sugli apparati genitali femminili (27%), seguiti da quelli effettuati sugli apparati gastrointestinali (21%) e i polmoni (11%). Se da un lato aumentano le segnalazioni che riguardano gli interventi per tumore al fegato (+3%) e all'utero (+2%), dall'altro si legge una diminuzione per quelli effettuati per tumore alla mammella e al polmone (-3% ciascuna). In particolare, i cittadini denunciano soprattutto una mancata diagnosi tempestiva dovuta alla sottovalutazione dei sintomi segnalati, la prescrizione di accertamenti poco idonei o la mancata prescrizione di accertamenti quando sarebbero stati invece opportuni.

*In questa immagine la copertina del **"Rapporto PIT Salute"**, anno 2007*

Rapporto PIT di Cittadinanzattiva: le segnalazioni di malasanità nel 2007 calano di un 2% rispetto al 2006

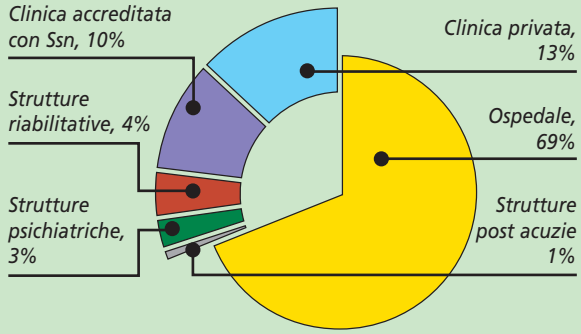
CHIRURGIA GENERALE

Una buona fetta delle segnalazioni (43%) che vengono puntualmente fatte dai cittadini riguardano le operazioni in Chirurgia generale, anche se non viene specificata la tipologia dell'intervento. Un 25% riguarda gli interventi di chirurgia addominale, un 7% quelli su ernia. Nel 2007, rispetto all'anno precedente, si registra una crescita del numero delle segnalazioni per interventi addominali (+10%) e di colecisti (+3%), mentre si scopre una diminuzione per le operazioni di ernia (-4%), prolassi (-3%), noduli e cisti (-1%), mano (-3%), tiroide (-3%). Il trend cala soprattutto per gli interventi gastrici (-6%).

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Una leggera flessione delle segnalazioni tocca invece il ramo ginecologico dove comunque le segnalazioni fatte riguardano soprattutto interventi non riusciti (40%), problemi per la partoriente e il nascituro (25%), errate diagnosi per patologie ginecologiche (10%). Rispetto al 2006 sono aumentate del 14% le segnalazioni di complicanze che si sono verificate durante interventi ginecologici e l'assistenza al parto (+3%). Una considerevole diminuzione riguarda però le segnalazioni effettuate per problemi che il nascituro avrebbe incontrato durante il parto (-12%) e le errate diagnosi di patologia prenatale (-4%). Nessuna segnalazione invece per eventuali errori in merito alla procreazione assistita e all'amniocentesi.

Le strutture interessate



Fonte: Cittadinanzattiva e Tribunale per i diritti del malato, 2007

OCULISTICA

Una leggera inflessione si avverte in campo oculistico, dove gli interventi alla cataratta registrano una diminuzione del 12% rispetto al 2006, alla retina del 3% e alla cornea dell'1%. Un calo considerevole di segnalazioni, pari cioè ad un -6%, riguarda i casi di miopia. Le segnalazioni evidenziano rottura della capsula, problemi inerenti l'anestesia, lenti posizionate male, fastidiosi fenomeni visivi, danni retinici.

ODONTOIATRIA

Il 13% delle segnalazioni in campo odontoiatrico riguarda bambini e ragazzi fino ai 18 anni. Il 68% persone con un'età media pari ai 60 anni e il restante 16% sono over 75. Sono soprattutto gli uomini (65%) a rivendicare disagi e disservizi: le donne riguardano solamente un 35%. Nel 2007 l'Odontoiatria ha totalizzato il 24,2% di segnalazioni per presunti errori. I cittadini evidenziano inoltre la difficoltà (15,6%) a reperire la documentazione clinica nel momento in cui viene fatta la richiesta. In aumento è la denuncia di carenze strutturali e organizzative dei servizi pubblici (13,3%). Il 63% delle segnalazioni riguarda presunti errori compiuti dai dentisti, l'11% la difficoltà ad ottenere il risarcimento del danno e la carenza di igiene. ■

La malpractice è soprattutto anglosassone

In Inghilterra le vittime di malasanità sono aumentate del 60% negli ultimi due anni. Cioè più di 3.000 persone nello scorso anno e nella sola Inghilterra sono morte a causa di errori della sanità pubblica. Secondo i dati raccolti dai liberaldemocratici, i decessi, 3.645 in tutto, rappresentano un aumento del 60% rispetto agli ultimi due anni.
Errori di valutazione, nelle diagnosi e nei test sono stati la causa di 156 decessi, 309 le persone morte per infezioni e quasi 500 pazienti si sono suicidati mentre erano sotto la supervisione dei medici.

Fonte: ANSA

di **Umberto Iazzetta**
Presidente Cittadinanzattiva Regione Veneto

IN SANITÀ, I CITTADINI CERCANO *prima di tutto la corretta informazione*

Quando si scrive oppure si parla di sanità in Veneto, se si desidera fare "obiettiva" informazione, non bisogna mai omettere di ricordare il buon livello delle prestazioni che nella nostra regione vengono erogate. Come Cittadini Attivi, impegnati nella tutela sanitaria e non solo, possiamo però aggiungere - e senza timore di essere smentiti - che la risposta sanitaria Pubblica sul territorio non è ben spalmata. Ci sono indubbiamente zone più o meno fortunate, e ciò dipende certamente dalla consistenza del bacino di utenza ma anche dalla "capacità politica e numerica" dei propri rappresentanti in Regione, dalla dirigenza aziendale e infine, cosa molto importante, dalla presenza di volontari nella struttura. Insomma, per certi versi possiamo ancora affermare che "chi ha più Santi va in paradiso". Anzi no, vive meglio e più a lungo!
Diverso è invece il discorso quando parliamo di Sanità Privata, convenzionata, accreditata ecc. Il privato non può permettersi di erogare cattiva sanità, primo perché sarebbe destinato al fallimento e poi perché ormai in tutta Italia i cittadini sanno di essere tutelati da associazioni e da studi legali.

GLI STRUMENTI PER MISURARE LA QUALITÀ

Premesso che i termini di confronto pubblico/privato, dal punto di vista della qualità, sono incomparabili, in quanto il sistema pubblico è generalista e pertanto risponde alla totalità del bisogno di salute, il privato invece ha facoltà di scelta delle specialità e ciò avviene, naturalmente, anche sulla base del rientro economico. Il metodo più semplice è la somministrazione di questionari utili a rilevare il grado di soddisfazione e della qualità percepita dall'utente.
Quando si tratta invece di una struttura pubblica i sistemi di valutazione devono essere necessariamente più complessi e non possono limitarsi alla fotografia di quel momento. Cittadinanzattiva sin dal 2001 ha sperimentato l'Audit Civico che consiste in una analisi critica e sistematica dell'azione delle aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche. L'Audit Civico nasce sulla base dell'esperienza del Tribunale per i Diritti del Malato e la sua applicazione prevede la partecipazione congiunta di personale volontario e rappresentanti dell'Azienda.

Il Dott. ***Umberto Iazzetta****,*
Presidente Cittadinanzattiva - Veneto

I BISOGNI EMERSI

Spesso si è portati a pensare che le persone, quando si ammalano, vorrebbero tutti i medici e gli infermieri a loro disposizione. Non è così! Solitamente dall'analisi attenta dei risultati, emerge innanzitutto che esiste un enorme bisogno di informazione: capire cosa ci sta accadendo aiuta ad affrontare meglio la malattia. In secondo luogo, gi utenti hanno bisogno di capire se la struttura alla quale si sono rivolti è in grado di rispondere al meglio al problema. Dopo, in regime di ricovero, emergono altri fattori importanti: il rispetto della persona, innanzitutto, il rispetto dei tempi (che notoriamente sono diversi da quelli che viviamo quando stiamo bene), la riservatezza, e infine, il diritto di evitare le sofferenze inutili. Il timore dell'errore medico ci assale solo al momento di entrare in sale operatoria.

APPROPRIATEZZA E QUALITÀ

In chiusura, proporrei una riflessione, sul concetto di appropriatezza delle cure. Il termine è divenuto tema centrale nelle Politiche Sanitarie Nazionali e Regionali, considerato come integrazione del concetto di efficacia (rapporto tra risultati attesi e conseguiti), efficienza (rapporto tra risultati conseguiti e risorse utilizzate), equità (grado di accessibilità ai servizi assistenziali da parte dei cittadini) e opportunità (capacità di individuare le priorità).
L'appropriatezza può dunque essere definita componente principale della qualità assistenziale e può certamente contribuire al rapporto costo/benefici, tanto caro agli amministratori regionali pressati da richieste di contenimenti dei costi da parte dello Stato centrale e dalle esigenze di salute espresse dai cittadini in termine di richieste di esami, visite specialistiche e quant'altro utile anche a scopo preventivo. Prevenire è meglio che curare e costa meno! ■

Michelli impianti s. n. c.

IMPIANTI ELETTRICI E TECNOLOGICI

EURO-SOA

SINCERT ISO 9000/2001

MICHIELLI IMPIANTI s.n.c.
VIALE SVEZIA, 12
35020 Z.I. RONCAJETTE
PONTE SAN NICOLÒ (PD)
Tel. 049 8962771
Fax 049 8966136
www.michielliimpianti.com
e-mail: mchimp@tin.it

LA NOSTRA AZIENDA SI OCCUPA DI:

• PROGETTAZIONE • INSTALLAZIONE • MANUTENZIONE ANCHE PROGRAMMATA
• ANALISI DELLO STATO DI EFFICIENZA DEGLI IMPIANTI,
VERIFICA DI RISPONDENZA ALLE NORMATIVE VIGENTI E PROPOSTA DI SOLUZIONI PER L'ADEGUAMENTO

NEL SETTORE DEL:

• PUBBLICO • CIVILE • INDUSTRIALE • COMMERCIALE • TERZIARIO IN GENERE

- IMPIANTI ELETTRICI IN GENERE
- QUADRI DI DISTRIBUZIONE E COMANDO MT/BT
- AUTOMAZIONE • ANTIFURTO
- CABLAGGI STRUTTURATI, RETI TELEMATICHE E TELEFONICHE
- ANTINCENDIO, RILEVAZIONE FUMI
- IMPIANTI TV TERRESTRE, SATELLITARE E CIRCUITO CHIUSO
- IMPIANTI SPECIALI IN GENERE QUALI CITOFONIA, DIFFUSIONE SONORA ECC.
- IMPIANTI FOTOVOLTAICI

di **Ines Brentan**

SALE L'ASPETTATIVA DELLA SALUTE?

Sì, e anche quella della vita

Non si fanno più errori di una volta, è l'attenzione che è maggiore

Gli errori medici? Ci sono sempre stati. Ma oggi, a differenza di trenta, quarant'anni fa, sono diventati un tabù. Persino l'espressione che li connota attualmente ha assunto un'accezione più negativa della parola originaria. Se gli anglosassoni e gli americani parlano di "malpractice" (malpratica), invece per noi italiani è più di uso comune parlare di "malasanità", quasi a voler sostenere che esiste anche una sanità malvagia. Ma gli errori, si sa, non sono una novità, ci sono sempre stati, ed i medici non hanno iniziato a sbagliare negli ultimi anni: la differenza sta nel fatto che oggi gli errori medici hanno conquistato un'attenzione maggiore. Perché? Perché è aumentata la nostra aspettativa di vita, che è in continua crescita: due mesi ogni due anni. Se circa trent'anni fa la popolazione veneta di 65 anni era pari al 9%, ora è del 22%. La medicina ha fatto passi da gigante e si vive di più, tanto "da avvertire una certa sensazione di immortalità". Eppure i cittadini sembrano più scontenti di un tempo… "Se parliamo di errori medici o di «malpratica» – spiega il dottor Maurizio Benato, presidente dell'Ordine dei Medici di Padova – dobbiamo distinguere tra quell'errore che è intrinseco nella stessa arte medica e che dipende quindi dalla cognizione che io possiedo oggi di una patologia, che non può essere quella che avevo dieci o vent'anni fa, e l'errore inteso come sbaglio, dovuto ad imperizia, negligenza e talvolta, ahimè, anche da stanchezza". "Succede che un medico sbagli – conferma il dottor Benato – ma in realtà molto meno di quello che si pensa. A sbagliare è soprattutto il sistema organizzativo. Mi spiego meglio: si cade in errore quando c'è il passaggio di consegne, quando c'è il cambio turno o quando nascono dei "qui pro quo" per cui un medico scarica l'azione fatta su un altro collega. Poi ci sono gli errori nei Pronto Soccorso, spesso intasati da tanti codici bianchi. Diciamolo senza paura: oggi la nostra è una società medicalizzata. L'accesso alle strutture e alle prestazioni sanitarie è esponenziale. Si perde di vista il concetto di appropriatezza a cui tanto ora si cerca di aggrapparsi". Ed ecco che la gente è sempre più scontenta. "Certo, ci si aspetta sempre di più, ma non solo – aggiunge il dottor Benato – oggi, infatti, viviamo il paradosso della medicina moderna dove si vive di più, ma dove pure è in atto una forma di spersonalizzazione del paziente. È vero che il medico si sforza sulla malattia di più che sul malato, la sua attenzione viene talvolta catturata più dal male. Si è persa quell'empatia che regolava il rapporto medico paziente, quel pathos e comunicazione di cui più di ogni altra cosa necessita l'ammalato". "E allora, in questo meccanismo sbagliato – continua il presidente dell'Ordine dei Medici di Padova – la cura prende il posto del paziente". E intanto i "doveri" del medico cambiano col tempo. Questo non significa che si viene meno al "giuramente di Ippocrate" per cui si giura di fare tutto il bene per la persona in cura, ma che anche la figura stessa del medico ha subito una trasformazione. Se quarant'anni fa esisteva il "medico della persona", oggi c'è il cosiddetto "terzo pagante". Sono lo Stato e la Regione, che si interpongono tra medico e paziente e fanno da garanti per una salute di qualità. Il medico moderno diventa quindi colui che dà al paziente prestazioni giuste, eque, appropriate e di qualità. Tra i suoi doveri fa la sua comparsa anche l'aggiornamento professionale, visto che la sua conoscenza è relativa e sempre sottoposta ad evoluzione. Inoltre, un medico non deve mai cadere nell'accanimento terapeutico, ma nemmeno promuovere l'eutanasia. "Sul testamento biologico – dichiara il dottor Benato – si sente la necessità di varare una legge che metta fine a questa zona d'ombra che c'è tra il rispetto dell'autonomia del paziente e quelli che sono i doveri del medico. La nostra categoria è a favore sì dell'autonomia del malato, ma gli conferisce un diritto "limite". Ciascuno di noi può manifestare l'obiezione di coscienza". ■

Sopra, nella foto, il Dr. ***Maurizio Benato,*** *Presidente dell'Ordine dei Medici di Padova*

di **Antonella Prigioni**

PRESUNZIONE DI INNOCENZA

Tra medico e paziente deve tornare il sereno

AMAMI: non un invito a sentimenti intensi, ma un acronimo per indicare l'associazione per i medici accusati ingiustamente di "malpractice". Un organo di difesa di quei medici, spesso messi alla gogna per errori non commessi. Ci delinea un quadro Antonella Agnello, consigliere nazionale dell'associazione.

*La Dr.ssa **Antonella Agnello**, Vice Presidente dell'Ordine dei Medici di Padova e Consigliere nazionale AMAMI*

Stando ai dati raccolti dall'associazione, quanti sono i casi di malasanità, di disfunzioni mediche e quant'altro, "fittizi" in Veneto?
È con i numeri che bisognerebbe confrontarsi, ma questo, non è possibile perché mancano i dati reali che diano la vera misura del problema. Le assicurazioni, tramite l'ANIA, pubblicano solitamente il numero dei sinistri registrati. Dietro ad unico caso magari ci stanno 15 denunce di sinistro all'assicurazione, ma contano 15 non 1! Anche i dati del Tribunale del malato sono una raccolta di qualsiasi tipo di reclamo, anche se poi non è seguita la denuncia. Da anni Amami ha chiesto alle istituzioni di creare un osservatorio nazionale in raccordo con le regioni per formare una banca dati che identifichi e distingua il numero di casi di contenzioso, eventi sentinella ed errori, tutti elementi diversi che però concorrono a fotografare realmente il problema "malasanità", oggi spesso artificiosamente gonfiato perché fa notizia.

Quali sono le problematiche più frequenti?
È evidente che la problematica più frequente è la denuncia infondata, e soprattutto a pagare in tal senso nella "hot list" sono gli ortopedici, gli ostetrici, i chirurghi plastici… Ma in realtà oggi nessuno è risparmiato.

Come avvengono i risarcimenti?
Infondate richieste di risarcimento e denunce che si risolvono dopo anni di calvari giudiziari con un nulla di fatto… I risarcimenti richiesti sono cifre iperboliche e qualcuno non li ha pagati ai pazienti, ma sicuramente spese dopo anni di parcelle ai migliori avvocati che hanno potuto trovare per poter sopravvivere.

È sempre colpa dei medici?
Non è sempre colpa dei medici, non dobbiamo dimenticare che spesso si confonde malasanità con "malpractice". Bisogna liberarsi dal vecchio concetto di responsabilità professionale legata alla figura del medico libero professionista. Oggi emergono il ruolo e la responsabilità della struttura non solo per il rapporto organico con il medico operante per essa, ma anche come responsabilità autonoma nel senso di disservizio e disfunzione organizzativa.

Quale il sistema di garanzia e tutela del medico ed anche del paziente?
Ad oggi poche sono le garanzie per medico e paziente. È giusto che ci sia come per ogni altro "contratto" la possibilità di conciliazione presso organismi adeguati che ristabiliscano il dialogo interrotto in occasione dell'accaduto, che permettano al cittadino di avere le risposte chieste, capire perché un fatto può essere successo.
Questa conciliazione evita di frequente, come sperimentato, la via giudiziaria. È giusto che ogni sistema sanitario metta in atto ogni misura che dia garanzia al paziente per l'eliminazione delle situazioni potenzialmente a rischio: è ora che ci siano veri sistemi di "risk management" e non ulteriori unità per sistemare qualcuno.

Come si difende un medico?
Oggi spero che abbiamo tutti imparato che colloquiare con il paziente è la strada più giusta, far firmare un consenso ad un intervento senza spiegarlo non serve. Oggi i pazienti vogliono essere partecipi del processo diagnostico e terapeutico.

C'è il rischio che la paura di conseguenze giudiziarie condizioni la cura?
Oggi la medicina difensiva è causa di tante prescrizioni inappropriate che servono solo al medico a tutelarsi e incrementano le liste di attesa, la spesa sanitaria. Ma le conseguenze sono anche altre: già per alcune specialità non si trovano iscritti.

AMAMI, che messaggio vuole dare?
Oggi l'associazione si è trasformata in APS, Associazione di Promozione Sociale, e vuole lottare per restituire serenità al rapporto medico paziente per il bene di ognuno di noi. ■

dalla nostra inviata **Antonella Prigioni**

SI PUÒ DARE DI PIÙ

I risultati del monitoraggio in un convegno a cura dell'Arss

Obiettivi mirati per migliorare la qualità del servizio socio-sanitario del Veneto

L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto ha un compito tutt'altro che teorico. È un centro studi, una fucina di elaborazione dati sulla base dei quali vengono tracciate le linee di orientamento della politica sanitaria regionale. Sapere cosa serve ai cittadini, quali sono le priorità di un territorio, implica un miglioramento della qualità del servizio reso, un grado di maggior soddisfazione del paziente e, non sembra possibile, anche una minore spesa. La qualità di un sistema sanitario c'è quando è garantito un servizio omogeneo in tutto il territorio. In tutto il Veneto deve esserci lo stesso tipo di garanzia di assistenza e cura. Il primo passo per verificare la qualità della sanità in una regione è quello di misurarla. Questo è il compito dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria. La valutazione avviene analizzando più fattori.

Si considerano la dimensione degli ospedali, le tecnologie in uso, l'andamento degli interventi clinici con il rischio di morte, infine si esegue un'indagine tra i cittadini. Grazie ad un sistema denominato "incident reporting", è possibile individuare eventuali sbagli in corsia che vedono coinvolti sia il personale medico che quello infermieristico. Errori che vanno dall'errata somministrazione di farmaci, alla mancata applicazione di procedure standard. L'ultima indagine dell'Arss è il risultato di interviste realizzate su un campione di 3.400 veneti, cittadini consapevoli e competenti, ascoltati dopo un ricovero in una delle strutture ospedaliere. "L'indagine tra i pazienti propone un quadro molto confortante della sanità veneta, che si conferma, a livello di qualità della cura e dell'assistenza, tra i più alti non solo d'Italia, ma d'Europa. La sanità veneta – sottolinea il direttore dell'Arss veneta, Antonio Compostella, durante la presentazione del Rapporto annuale che si è tenuta a Padova – è una sanità d'eccellenza. Pero' ci sono delle criticità che vanno superate. Un esempio che rende l'idea. Il 50% dei medici non si lava le mani tra la visita di un paziente e l'altro. Sembra una piccola cosa, ma ha una fondamentale importanza per l'igiene in ambienti che dovrebbero essere sterili quali gli ambulatori. A denunciarlo i cittadini, che sono tutt'altro che degli sprovveduti. I pazienti sono sempre più consapevoli e competenti e per questo richiedono un servizio sempre più accurato e puntuale." La spesa sanitaria è una delle voci del bilancio regionale più consistente. Soldi in cassa ce ne sono pochi, eppure, si parla di interventi per migliorare la qualità del servizio. Legittimo pensare che a fronte di tagli significativi invece, sia proprio la qualità a rimetterci e quindi il paziente. L'investimento in indagini e monitoraggi potrebbe apparire al profano una spesa evitabile. "Invece – spiega il direttore di Arss – le nostre analisi servono proprio a far risparmiare. Spendere meglio porta anche a spendere meno. I monitoraggi che facciamo ci indicano dove intervenire in modo mirato ed efficace. Si evitano gli sprechi e gli investimenti a pioggia in ambiti poco richiesti. Le analisi aiutano a suggerire soluzioni di maggiore qualità e a strutturare piani di adeguamento ed investimento. Stabilire delle priorità serve a risparmiare non riducendo i servizi, ma migliorandoli". ■

Il Dr. ***Antonio Compostella****, Direttore Arss veneta, durante la presentazione del Rapporto annuale a Padova*

NES
Nord Est Sanità

PARAMETRI SCIENTIFICI
per la qualità

Raffaele Bazzoni, presidente della V Commissione sanità del Veneto, mette tra gli obiettivi del piano sanitario, il riconoscimento della meritocrazia

Cosa serve e quanto costa. Sono due domande semplici ma fondamentali, quando bisogna programmare qualsiasi spesa. E la spesa sanitaria è tra le più delicate di un sistema di servizi al cittadino. La sanità veneta funziona e non spreca denaro. Un livello di eccellenza per mantenere il quale però, bisogna lavorare anche attraverso un'oculata e sapiente programmazione. L'ottimo sistema sanitario veneto, ha anch'esso qualche punto di debolezza. "Che sia di buon livello non preclude che possa migliorare – afferma Raffaele Bazzoni, presidente della V commissione sanità in Consiglio Regionale.

La ricerca della qualità dei servizi va perseguita nonostante evidenti criticità. Le principali sofferenze per il comparto sanitario sono la carenza di risorse economiche e il ritardo nell'applicazione del federalismo fiscale. Il monitoraggio del servizio e l'analisi del gradimento della popolazione sono l'essenza di questo miglioramento progressivo." Servono strumenti scientifici di valutazione, proprio come un medico fa gli esami per arrivare alla diagnosi e quindi alla terapia, così il sistema sanitario deve essere sottoposto a verifiche per intervenire laddove davvero necessita I parametri di giudizio devono basarsi su scienza e matematica. "Le indagini statistiche, direi, sono fondamentali. Non dobbiamo limitarci a slogan che propinano la qualità – dichiara Bazzoni – vorremmo veri e propri parametri scientifici di valutazione. Un'analisi sistemica mette in evidenza le situazioni di difficoltà oggettiva, offrendo la conoscenza del problema da risolvere e quindi favorendo l'intervento di risoluzione. Se so dove sbaglio, so anche come correggere l'errore. Conoscere i punti deboli del sistema significa rispondere meglio alla domanda dell'utenza e quindi miglioramento del servizio offerto."

Nella foto,
Raffaele Bazzoni,
Presidente della V Commissione Sanità della Regione Veneto

Tra gli utenti comunque serpeggia un certo malcontento, anche in Veneto. Liste d'attesa troppo lunghe, scarsa organizzazione e troppi sprechi, sono le principali obiezioni sollevate al servizio pubblico.

"La gente quando dà un giudizio sui servizi sanitari, solitamente è condizionata dal momento emozionale che sta vivendo. L'approccio al sistema sull'onda dell'emozione legittima le obiezioni, soprattutto quelle relative alla spesa del servizio sanitario nazionale. Gli studi e le ricerche sono spese utili per il miglioramento dell'assistenza offerta, per cui non credo che il cittadino le ritenga superflue."

Se si accettano le indagini, anche se qualcuno a muso duro, quello che proprio non va giù alla maggior parte, è il trattamento economico dei direttori generali delle aziende sanitarie. L'erogazione di un premio produzione, sembra davvero troppo.

"Sono contrario ad incentivi elargiti a tutti, senza stabilire una scala meritocratica. Inoltre il merito non si deve valutare solo sulla base della gestione economica di un direttore generale. Va premiata – conclude il presidente della V commissione – anche la qualità del servizio erogato."

Farmaci in rete

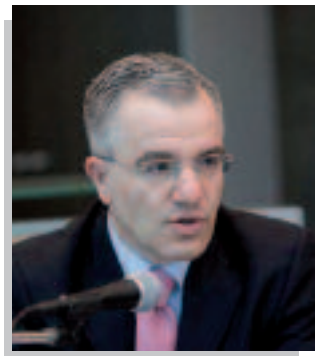
Ogni anno, nei magazzini degli ospedali del Veneto si accumulano farmaci in scadenza per 120 milioni di euro. Uno spreco a cui l'Ulss 8 di Asolo, in cinque anni, ha posto rimedio allestendo un innovativo sistema logistico che le ha permesso di dimezzare l'esborso per l'acquisto dei farmaci da 9 milioni a 4 milioni e 700 mila euro all'anno.Grazie ad un accordo siglato tra la Regione Veneto con Assologistica sarà definita una strategia di intervento unitaria per tutte le 24 aziende sanitarie del Veneto per ottimizzare la filiera del farmaco. Il modello a cui si pensa è basato sulla concentrazione degli attuali 90 magazzini in un unico centro servizi (hub), a livello di area vasta, ove concentrare tutto quello che oggi è disperso in sedi polverizzate. L'obiettivo è avere cinque macro punti di rifornimento farmaci, gestiti da un sistema elettronico a cui sono collegate tutte le Asl.

di **Ines Brentan**

IL PADOVANO GINO GUMIRATO
alla corte di Barack Obama

Il manager veneto tra gli esperti chiamati dal nuovo Presidente per far rinascere la Sanità americana

Prima di tutto diradiamo la coltre di incertezza che aleggia ancora sul caso, dopodichè raccontiamo nel dettaglio una storia che sembra uscita da una favola, moderna però. Si comincia rassicurando il pubblico che non si tratta di una "bufala". Gino Gumirato, 43 anni, padovano, per quasi quattro anni alla guida della Asl 8 di Cagliari (Sardegna), sarà uno dei dieci esperti voluti da Barack Obama per far rinascere la sanità statunitense. Ha già compilato e spedito la domanda, vale a dire un questionario di venti pagine, quasi duecento domande, che mettono a nudo il candidato. Non un semplice "curriculum vitae". No di certo. Per entrare nello staff che rivoluzionerà la sanità degli Stati Uniti, devi raccontare tutto, proprio tutto, dalla tua formazione, le tue esperienze, fino ai tuoi comportamenti, che devono essere stati sempre trasparenti ed etici. Se hai avuto problemi di natura etica, ad esempio sei inciampato sulla legalità, allora è davvero probabile che non potrai far parte della commissione sanitaria di Obama. Gumirato invece ce l'ha fatta. Ma partiamo dall'inizio. "A dicembre scorso – racconta Gumirato – sono stato a Londra per ritirare un premio come ex alunno della "London School of Economics and Political Science" e lì ho incontrato Peter Orszag, anche lui ex alunno come me, oggi responsabile del dipartimento amministrazione economica del presidente degli Stati Uniti; mi ha proposto di fare parte del pool di dieci esperti non statunitensi che hanno il compito di supportare il Governo nelle linee guida per la modifica del sistema sanitario Usa".



*Sopra, il Dottor **Gino Gumirato**, che attualmente ricopre il ruolo di Amministratore Delegato presso la "Kinetica Holding S.p.A.". Sotto, una foto del neo-presidente degli Stati Uniti d'America, **Barack Obama***

Questo fa pensare che anche lei ha tifato Obama…

E chi non lo ha tifato? Il neo presidente Obama in campagna elettorale ha posto una serie di questioni sull'ammodernamento del Paese che sono totalmente condivisibili. Non credo si tratti solamente di un approccio mediatico come qualcuno afferma.

Perché Obama dovrebbe scegliere un italiano, visto che il nostro sistema sanitario viene bocciato nell'immaginario americano?

Non si tratta di scegliere un italiano, si tratta di capire con profondità un sistema diverso dal proprio, è stato questo il loro atteggiamento. Anche se per molti statunitensi il nostro sistema (inteso come sistema pubblico) è un disastro. È decisamente un punto a loro favore mettersi comunque a confronto.

E come sarebbe la loro visione di sanità?

In linea generale la sanità americana è fondata da un lato sulle assicurazioni e due grandi fondi pubblici (uno per gli anziani, uno per i bambini e i soggetti fragili) e, dall'altro, sul libero mercato. L'approccio del libero mercato in sanità è drammatico perché non assicura né la qualità/appropriatezza delle prestazioni né un costo basso: in Italia la spesa sanitaria è pari a circa l'8% del PIL, negli Usa la spesa sanitaria tocca circa il 16% del PIL e lascia completamente scoperti più di 50 milioni di cittadini.

E allora come deve essere, invece, la sanità secondo lei?
Deve essere regolata da una "Governance" pubblica, indipendentemente dal soggetto che materialmente eroga le prestazioni (che può essere indifferentemente pubblico o privato). La quantità, la qualità, l'appropriatezza delle prestazioni e soprattutto della loro integrazione nelle diverse reti di offerta dev'essere pensata e controllata dal pubblico: il cittadino va "preso in carico" nella molteplicità delle reti di assistenza, altrimenti "chi può" vaga tra decine e decine di prestazioni, "chi non può", cioè non ha le conoscenze tecniche, sta ai margini dei servizi.

Tornando all'incarico da Obama, quale sarà la prima cosa che proporrà per ridisegnare la nuova sanità americana?
Qualsiasi amministrazione ha il dovere innanzitutto di capire in maniera profonda come, dove e quanto i cittadini consumino, assorbano i servizi sanitari: è necessario comprendere il modello di consumo dei servizi. Poi, come anticipato, lavorare sulla qualità e l'appropriatezza delle prestazioni. Il che può anche significare avere servizi per acuti (ospedali) meno vicini a casa e, viceversa, dei servizi territoriali più vicini. È valido l'assioma che afferma: "più lontano stai dalla sanità, meglio stai".

Potrebbe sembrare un controsenso…
Invece non lo è. Il cosiddetto mercato della sanità ha delle regole completamente diverse dagli altri mercati: è l'offerta dei servizi che determina la domanda, non il contrario. È dunque il numero di ospedali, il numero di medici, il numero di centri privati, che determina l'offerta di prestazioni sanitarie. A Cagliari come a Piacenza abbiamo dimostrato che in molti paesi della periferia (ad esempio in montagna, lontano dagli ospedali) i cittadini consumano mediamente molto meno farmaci, si ricoverano mediamente di meno, consumano molte meno risorse sanitarie rispetto al centro città. Cionondimeno molto spesso hanno aspettative di vita alla nascita ed un'età media di morte molto più favorevoli che in città.

Lei ha lavorato sia nel Nord Italia che nel Sud, quali sono i limiti delle due sanità, se di dualità si può parlare?
L'eterogeneità del livello del servizio sanitario a seconda delle città e soprattutto tra alcune regioni del Sud ed il Nord è davvero una criticità imbarazzante. In alcune regioni del Sud si sono fatti passi avanti notevoli in alcune specialità, ma mediamente il divario è ancora grande.

Gino Gumirato, chi è?

Gino Gumirato è nato a Camposampiero, in provincia di Padova, nel 1965. Si laurea nel 1992 in Scienze Politiche con indirizzo Economico all'Università di Padova. La sua formazione si approfondisce all'estero dove Gumirato frequenta alcuni prestigiosi corsi e seminari. Tra i Master più significativi, si segnalano quelli compiuti alla London School of Economics and Political Science dal titolo "Master of International Economics and Management" e alla Università Bocconi di Milano, dove ha frequentato un Master di management sanitario. Ha ricoperto il ruolo di Direttore amministrativo in alcune Asl del Veneto. Ha collaborato con strutture private convenzionate. Per tre anni e otto mesi è stato alla guida dell'Asl 8 di Cagliari (Sardegna), incarico che ha concluso nel dicembre del 2008. Da gennaio 2009 è Amministratore Delegato della "Kinetica Holding Spa".

E al Nord? In Veneto ad esempio?
Nessuno discute la qualità complessiva della sanità veneta. Ma non si può vivere solo dei fasti del passato, mi pare che il rischio principale sia rappresentato dalla perpetuazione dell'autoreferenzialità. Solo per fare un esempio, i medici che vanno all'estero a confrontarsi con i colleghi (almeno una volta ogni cinque anni, per almeno una settimana) sono circa lo 0,01%: 1 su 1.000.

Tornando alla questione Obama, ora che è stato scelto si trasferirà negli States?
No. In realtà la base operativa della commissione sanitaria potrebbe essere Copenaghen, già sede europea della Organizzazione Mondiale della Sanità. A Washington ci andrò solo per gli incontri formali della commissione.

E nel frattempo?
Da tre mesi ho assunto l'incarico di amministratore delegato di un neo costituito gruppo privato della sanità, il cui obiettivo è quello di acquisire e gestire ospedali e cliniche private. Vede, oggi la sanità privata italiana è ancora di piccole e piccolissime dimensioni. Dall'altro lato il pubblico assume dimensioni sempre più rilevanti, anche attraverso processi di integrazione non istituzionale (le Aree Vaste tra Asl, ad esempio). Per sopravvivere, il privato dovrà arrivare a dimensioni e a standard di eccellenza comparabili con i grandi gruppi europei e mondiali. Noi puntiamo a questo.

TERAPIA IN PISCINA

In ambito medicale l'idrochinesiterapia e, in generale, il movimento guidato in piscina consentono di sviluppare ottime sinergie nei percorsi di recupero e riabilitazione, in quanto integrano le proprietà fisiche dell'acqua con quelle terapeutiche del movimento.
Le piscine fisioterapiche però non sono vasche qualsiasi ma devono possedere delle caratteristiche tecniche molto precise visto che devono soddisfare al massimo un'utenza particolarmente esigente.
La lunga esperienza maturata e una grande attenzione alla settorialità hanno fatto di **CEMI** un'azienda punto di riferimento per la realizzazione di impianti destinati a centri riabilitativi.
Le piscine terapeutiche **CEMI** sono strutture innovative dove l'aspetto tecnologico riveste un ruolo di primaria importanza. Realizzata con la tecnologia STEELA, Steela Salus è una piscina autoportante che permette anche la realizzazione fuori terra rendendo così minima la barriera tra paziente e terapista. La struttura Steela Salus ha una sezione di carpenteria di 30 cm, ciò consente di realizzare piscine anche in spazi angusti e disagevoli. Viene realizzata con pannelli in acciaio inox e può essere rivestita completamente in telo PVC, oppure parzialmente in telo PVC e il bordo superiore in ceramica. L'impianto di filtrazione è progettato e realizzato secondo la normativa vigente in materia ma soprattutto tenendo conto delle diverse tipologie di utenza.
Realizzata inizialmente con sistema di tracimazione a skimmer, **CEMI** – per la prima volta in assoluto – ha introdotto nel mondo delle piscine terapeutiche anche il bordo a sfioro, unendo funzionalità e design.
Fondamentali sono, in fine, gli accessori che vanno a completare una piscina terapeutica **CEMI**. Per esempio, il materassino a cellule chiuse Easy Walk, che garantisce una maggiore stabilità a chi entra in piscina; gli idromassaggi e le sedute effervescenti per il massaggio in acqua; il nuoto controcorrente. Poi ancora il water tapis roulant, la water bike e il sollevatore automatico, creato per coloro che hanno problemi motori con la conseguente difficoltà di entrare in piscina.
Le piscine terapeutiche **CEMI** sono qualcosa di più di un semplice strumento di lavoro! ■

Per ulteriori informazioni
CEMI PISCINE SERVICE S.r.l.
Via delle industrie, 31
30020 – Eraclea (VE) Italy
Telefono: +39 0421.232844
Sito web: **http://www.biotron.it**

CEMI®

water pleasures on you

pubblicità redazionale

PRONTO IN VENETO

nuovo "Progetto Cure Primarie"

Sandri: "Rafforziamo l'attenzione alla medicina territoriale con al centro il cittadino"

Gli uffici regionali hanno ultimato la bozza del Progetto Cure Primarie, che consentirà alle Ulss venete di sviluppare strategie comuni per garantire e migliorare i livelli essenziali di assistenza sul territorio. "Si tratta – sottolinea con soddisfazione l'Assessore regionale alla Sanità Sandro Sandri – del primo Piano organico d'intervento per l'Assistenza primaria, attraverso il quale rilanciare e sostenere il sistema della medicina territoriale: per quanto mi riguarda, è un impegno prioritario per l'attività da realizzare in questo 2009, che avevo in parte anticipato e che ora passa alla fase della concretizzazione".

Il modello di riferimento del Progetto prevede lo sviluppo contemporaneo di vari elementi: gli obbiettivi, come la gestione integrata dei pazienti tra ospedale e territorio e la continuità assistenziale; le azioni, come il Piano attuativo locale per le Cure Primarie e i Patti Aziendali; i modelli organizzativi, come la Rete nella quale inserire i Team Funzionali, la Medicina di Gruppo Integrata e le Unità Territoriali di Assistenza Primaria UTAP; le risorse, derivanti dagli Accordi a livello nazionale e regionale; i tempi, indicati in 3 anni.

"Un vero e proprio nuovo corso – fa notare Sandri – basato su due elementi essenziali: il governo della programmazione con il Piano Attuativo per le Cure Primarie, e l'individuazione ed organizzazione della Rete Territoriale". Quest'ultima è composta da 53 Distretti con un bacino di 100.000 abitanti operativi 24 ore su 24; dall'Assistenza dei medici di base in rete, in gruppo od organizzati in 42 UTAP; dall'Assistenza Domiciliare; dagli 8 Ospedali di Comunità; dalle 269 Strutture Residenziali Extraospedaliere; e dai 16 Hospices. "In tale contesto organizzativo – sottolinea Sandri – il fulcro centrale sono i cittadini, che dovranno poter trovare una risposta sanitaria appropriata rispetto al loro problema nell'arco massimo di 24 ore".

*Nella foto, **Sandro Sandri**, Assessore regionale alla Sanità*

I due principali "attori" di questa nuova strategia regionale sono il Distretto Socio-Sanitario e i Medici convenzionati. Il Distretto come luogo più vicino alla popolazione e di primo accesso per l'utenza, per potenziare la relazione con la famiglia in termini di qualità e anche di rapporto; la Medicina convenzionata con la quale mettere a punto strumenti condivisi per garantire una gestione 24 ore su 24 della risposta ai bisogni socio-sanitari del territorio di competenza, e la continuità delle cure, in particolare nella dimissione o nell'ingresso in ospedale degli utenti.

"Su questi obbiettivi – dice Sandri – abbiamo lanciato una proposta forte di collaborazione con tutti i circa 6.000 medici convenzionati veneti: Medici di Famiglia, di Continuità Assistenziale, Pediatri di Famiglia e Specialisti Ambulatoriali Interni". In questo senso si sono già mossi i Pediatri di Famiglia, che hanno siglato con l'Assessorato alla Sanità una specifica pre-intesa; seguiti dagli Specialisti Ambulatoriali Interni il cui maggiore sindacato (il SUMAI) ha siglato un analogo documento in gennaio. ■

Visitate il nostro nuovo sito internet

http://www.nordestnet.net

potrete scaricare in formato elettronico tutto l'archivio delle riviste pubblicate

di **Ines Brentan**

VIAGGIO NELLE ASL VENETE:
l'Ulss 17 attende il nuovo ospedale

Intanto potenzia il territorio con l'arrivo di tre Utap

Di ospedali ora ne ha quattro, ma ben presto uno nuovo di zecca prenderà il posto di due. Mentre i due rimanenti continueranno a svolgere un'attività di lungodegenza e riabilitazione. Ha un territorio frammentato, composto per la maggior parte da comuni da 2000 abitanti, e dove il numero di anziani supera la media regionale. Di fronte ad uno scenario di questo tipo sono due le cose che Giovanni Pavesi, nuovo manager alla guida dell'Ulss 17 di Monselice-Este, punta a fare: lavorare sul territorio e sull'appropriatezza delle prestazioni. Sul territorio sta promuovendo un'evoluzione della tradizionale medicina di base dando il via a tre Utap (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), una a Conselve, una a Due Carrare e l'ultima ad Este, aperte dodici ore al giorno e con reperibilità telefonica dei medici di famiglia nelle altre dodici ore. E sempre sul territorio, sta facendo prevenzione, con una buona risposta da parte della popolazione, che partecipa numerosa agli screening di diagnosi tempestiva del tumore. Nel frattempo, in attesa del nuovo ospedale, il polo esistente continua a garantire efficienti servizi alla cittadinanza. Da qui l'impegno del direttore generale a fare dell'appropriatezza il "suo pane quotidiano".

Direttore, se dico "etica sanitaria", lei cosa mi risponde?
Dico sostanzialmente due cose. Primo, umanizzazione, cioè che il paziente deve essere al centro dei percorsi di cura, e che con lui instauro una sorta di patto etico. Secondo, questo patto lo estendo anche a tutta la comunità, assicurando di usare in maniera attenta le risorse che ci vengono assegnate.

Gode di buona salute, secondo lei, la sanità veneta?
Sì. In Veneto, per quanto riguarda la mia conoscenza delle strutture ospedaliere e dei colleghi, posso affermare con certezza che le persone vengono prese in carico in maniera appropriata. Qui il sistema è solido.

Se parliamo di cattiva o buona sanità, può fare degli esempi?
È buona sanità quella che crea una filiera virtuosa tra ospedale e territorio. Cioè quella che punta sull'appropriatezza nella diagnosi e cura del paziente. In parole semplici: quando si ricovera quando ce n'è davvero bisogno, quando si effettuano il numero di esami che davvero servono per una diagnosi.

Viceversa per la cattiva sanità, giusto?
Beh, sì… ma anche quando si ha un atteggiamento superficiale col paziente. E quando c'è una spesa farmaceutica non controllata, si fanno cinque lastre radiologiche quando ne sarebbero opportune due. Anche il cittadino ha comunque le sue responsabilità e può promuovere la cattiva sanità…

Nome: Giovanni Pavesi
Nato a: Verona
Età: 46 anni
Titolo di studio: laurea in Economia e Commercio all'Università "Bocconi" di Milano
Impiego attuale: Direttore generale dell'Ulss 17 di Monselice-Este (nominato il 1 gennaio '08). Prima di questa esperienza è stato dirigente della multinazionale olandese "Corporate Express", che ha sede a Milano.

Che vuol dire?
So di essere un po' provocatorio, ma ribadisco che anche il cittadino può fare della cattiva sanità quando ad esempio non conduce uno stile di vita corretto, quindi fuma, abusa con alcol, non fa movimento e predilige una dieta carica di grassi. Tutti comportamenti scorretti che incidono poi molto sulla spesa sanitaria e sulla sua presa in carico.

Ormai è una linea regional-nazionale quella che punta a ridurre gli ospedali per acuti a favore di un potenziamento del territorio. Lei è d'accordo?
Sono convinto che il successo del nostro sistema sanitario regionale si gioca proprio sul territorio che deve mantenere una sinergia con le attività ospedaliere, le quali saranno sempre minori di numero, ma efficienti nell'erogazione dei servizi. Anche

*Nella foto in basso, il **Nuovo Ospedale di Monselice**, i cui lavori di costruzione saranno completati entro il 2012. La prima pietra verrà posata entro la fine 2009, in località Schiavonia, a cavallo tra i due comuni di Monselice ed Este. L'area che verrà occupata sarà di circa 250 mila mq, con un costo stimato di 165 milioni di euro per un totale di 447 posti letto.*

noi qui stiamo puntando molto sul territorio grazie alla realizzazione di una forte rete distrettuale, dove un ruolo importante ce l'hanno le Utap, la medicina primaria e di base, le quali devono tutte lavorare insieme ed essere collegate all'ospedale sempre più tecnologico.

E i quattro vostri ospedali?
Detta così, fa quasi paura! Ma vediamo qual è oggi lo scenario della sanità della Bassa Padovana e come sarà tra qualche anno. Attualmente abbiamo due ospedali per acuti (Monselice ed Este), e due dedicati alla lungodegenza e riabilitazione (Conselve e Montagnana). Tra circa quattro anni, i due presidi per acuti cederanno il posto al nuovo polo ospedaliero la cui prima pietra verrà posata entro la fine di quest'anno.

Quali le eccellenze e le criticità di questa Ulss?
Le eccellenze sono la Radiologia, che ha raggiunto un ottimo livello di digitalizzazione e informatizzazione (ad esempio, al paziente viene dato il referto in Cd e non più sotto forma di lastra), e il Laboratorio, che mostra attenzione all'appropriatezza delle analisi. Altro fiore all'occhiello sono sicuramente le campagne di screening per la prevenzione dei tumori. Per lo screening mammografico abbiamo raggiunto una copertura pari all'85%, per quello del Papilloma virus oltre l'80% sulla coorte delle dodicenni. Anche per lo screening del tumore al colon retto siamo circa all'80% di copertura. Infine, molto forti risultano anche le coperture vaccinali tradizionali che si stagliano ad un 90% di copertura su chiamata attiva. Ma aspetti: dimenticavo la nostra sperimentazione.

Ulss 17 di Monselice

- **46 comuni, 185.535 residenti assistiti**
- **4 ospedali: i presidi di Monselice ed Este per acuti, mentre quelli di Conselve e Montagnana per lungodegenza e riabilitazione**
- **2 distretti socio-sanitari**
- **9 strutture private convenzionate**
- **21.308 ricoveri nel 2007**
- **524 posti letto ospedalieri**
- **1.044 posti letto convenzionati**
- **2.724.538 prestazioni ambulatoriali annue (erogate in proprie strutture Ulss 17)**
- **Bilancio consuntivo 2008: -11 milioni di euro (circa)**

Di che si tratta?
Di uno screening cardiovascolare, quindi il primo che viene effettuato di "non oncologico". Una sperimentazione che stiamo facendo con la collaborazione delle tre Utap e la medicina di base che coinvolge oltre seimila cittadini tra i 50 e 59 anni della Bassa Padovana.

E le criticità?
Dobbiamo lavorare di più sull'appropriatezza delle prestazioni. Se non si riesce a rispettare le richieste del paziente, infatti, non sempre dipende dalla carenza di personale.

Quindi, tempi di attesa lunghi... Nessuna ricetta per controllarli?
Le liste di attesa si fanno sentire soprattutto per le richieste radiologiche, in particolare la mammografia. Per ridurle avremo bisogno di qualche mammografo in più, di più personale, ma anche di un lavoro diverso, mi spiace ripetermi, sull'appropriatezza delle richieste e sui codici di priorità per l'accesso alla struttura ospedaliera.

Il privato convenzionato che ruolo gioca nel vostro territorio?
Devo dire che non ci sono molte strutture da noi. Ecco perché l'ospedale ha un carico di lavoro più forte rispetto ad altre situazioni venete.

Tre obiettivi che si pone da qui a fine anno 2009.
Primo, cantierare il nuovo ospedale. Secondo, mettere a regime un rapporto di monitoraggio con la medicina di base. Terzo e ultimo obiettivo: fare più comunicazione. Cioè far conoscere al territorio le eccellenze di cui sono dotate le nostre strutture. ■

di **Antonella Prigioni**

UN PROGETTO OBIETTIVO *contro il* DIABETE

Lo annuncia l'assessore regionale alla Sanità. L'avvio prima dell'estate

I pazienti diabetici in Veneto sono in aumento. Il 3,8% della popolazione soffre di questa malattia. Sono 170 mila le persone diabetiche. Ma quello che preoccupa è l'incidenza della patologia. Ci sono 20 mila nuovi casi ogni anno. A soffrirne di più è la popolazione tra i 60 e i 64 anni (8,1%), segue la fascia tra i 55 e i 59 anni (6%), tra i 45 e i 54 anni la percentuale è del 2,9%, mentre si attesta allo 0,2% tra i 25 e i 34 anni ed è dello 0,1% tra 0 e 14 anni.
I 20 mila nuovi malati hanno più di 40 anni. È in aumento però il diabete in età evolutiva, se fino al 1993 c'erano 60-70 nuovi casi all'anno, oggi ce ne sono 13, ogni 100 mila abitanti, e si prevede che la percentuale raddoppierà nei prossimi 20 anni.

"L'incidenza di questa malattia è molto preoccupante. – sottolinea l'assessore regionale alla sanità Sandro Sandri – Una realtà che stiamo affrontando con numerose azioni di tipo epidemiologico, di prevenzione primaria, di diagnosi precoce, di prevenzione delle complicanze croniche, di individuazione di una efficace rete socio-assistenziale e con l'attività di un organismo altamente specializzato come la Commissione Regionale per le Attività Diabetologiche. Ma vogliamo fare di più – aggiunge Sandri – perché l'impatto sulle persone e sulle famiglie di questa malattia è molto forte." Durante la Prima Conferenza Regionale sul Diabete, che si è svolta a Verona lo scorso mese di dicembre, sono stati individuati sette punti cardine che saranno i fondamenti di un Progetto Obiettivo. "I risultati raggiunti dalla conferenza – annuncia Sandri – saranno la base di realizzazione del progetto che avrà durata quinquennale e costituirà le linee di programmazione per migliorare l'assistenza a tutti i pazienti diabetici della Regione. Intendiamo affrontarlo coinvolgendo tutti gli attori del sistema: le società scientifiche, le associazioni di malati e del volontariato, tutta la medicina territoriale a partire dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.Contiamo che il progetto possa concretizzarsi entro l'estate 2009".
I fondanti del progetto prevedono l'attivazione di un costante monitoraggio delle dimensioni del problema per adeguare la rete assistenziale; l'impegno a organizzare modelli di sistemi di cura diversi a seconda della complessità dei pazienti trattati; l'impegno a garantire omogenei standard di cure su tutto il territorio; l'individuazione di un network specificatamente dedicato all'assistenza ai pazienti in età pediatrica fortemente collegato con il sistema dei pediatri territoriali; l'individuazione di poli specialistici in grado di affrontare le complesse problematiche poste dai pazienti affetti da complicanze particolarmente impegnative, così come la necessità di individuare percorsi specifici di cura per le complicanze circolatorie agli arti inferiori, che spesso conducono questi pazienti a gravi interventi mutilativi (pazienti affetti da piede diabetico); l'impegno a sviluppare linee guida in grado di offrire uguali livelli di assistenza a tutta la popolazione diabetica della Regione del Veneto, unitamente all'impegno a verificare l'adeguatezza dell'assistenza farmaceutica; infine, l'impegno ad intervenire nella fase pre-

Nel 1985, nel mondo, si contavano 30 milioni di casi di diabete, nel 2001 i casi sono arrivati a quota 177 milioni. La previsione del 2030 è di 370 milioni. In Veneto, secondo i dati Istat del 2006, ci sono 185 mila diabetici "conosciuti".

ventiva per ridurre la comparsa precoce del diabete, soprattutto giovanile, attraverso adeguate modalità informative ed educative da svilupparsi anche in collaborazione con le scuole per l'età giovanile.
Un'emergenza sanitaria anche di carattere economico: i costi di spesa sanitaria in Veneto per il diabete sono di 600 milioni di euro all'anno, che diventano un miliardo e 500 milioni di euro se si valutano i costi totali, diretti e indiretti. Senza dimenticare che il diabete quadruplica il rischio di morte tra 0 e 44 anni, lo triplica tra i 45 e i 54 anni, lo raddoppia tra i 55 e i 74 anni. ■

La Commissione Regionale

La Commissione Regionale per le Attività Diabetologiche del Veneto è stata istituita con apposita delibera nell'ottobre 2004. In attesa di essere rinnovata, la Commissione continua ad operare in regime di "prorogatio" per definire il Progetto Obiettivo sul Diabete il cui lavoro è già iniziato e si dovrebbe concludere tra i mesi di maggio e giugno. E' composta dal Prof. Antonio Tiengo, responsabile del Centro Regionale sui Microinfusori di Padova; dal Prof. Leonardo Pinelli, responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica dell'Ulss 20 di Verona; dal Prof. Riccardo Bonadonna in rappresentanza della Società Italiana di Diabetologia; dal dott. Luciano Zenari (Associazione Medici Diabetologi); dal dott. Bruno Franco Novelletto e dal dott. Franco Mancini (Associazioni dei Medici di Medicina Generale); dal dott. Lorenzo Stocchero (Associazione Pediatri di Libera Scelta); da Maria Grazia Torelli dell'Associazione Infermieri OSDI; da Marisa Scapolo dell'Associazione Dietisti ANDID; da Giuseppe Monico, designato congiuntamente dalle Associazioni dei Pazienti Diabetici Adulti; e da Paolo Forti, designato dalle Associazioni Pazienti in Età Evolutiva.

DIABETE: LE FORME PIÙ DIFFUSE

Si può curare e controllare, ma non si guarisce dal diabete che rimane una delle patologie in aumento nei Paesi industrializzati. Una malattia silente che ancora oggi viene diagnosticata tardi perché il paziente non si accorge subito di essere malato: su tre diabetici noti, ne rimane uno sconosciuto. Una patologia antichissima, le cui origini si riscoprono nel termine stesso che deriva dal greco "διαβαίνειν", il cui significato "passare attraverso" rimanda, per alcuni esperti, al frequente bisogno di urinare causato dalla malattia. In realtà quando si parla di diabete si pensa al "mellito" (le urine contengono grandi quantità di zuccheri), la forma più diffusa, che si divide in tipo 1 e tipo 2. Ma le forme di diabete sono molte, c'è ad esempio anche il diabete "'insipido", una forma meno frequente, dove le urine eliminano solo acqua. Tra queste forme, non ne esiste una migliore o peggiore dell'altra: ci si ammala da giovani, ma anche in età matura. E oggi sempre di più, visto che sembra che questa malattia aumenti pari passo col nostro benessere: ci si ammala anche perché conduciamo stili di vita scorretti.

DIABETE DI TIPO 1 O "GIOVANILE"

È dovuto alla carenza o totale assenza di insulina nell'organismo. Non a caso si chiama anche "insulino-dipendente". I pazienti per vivere, infatti, hanno necessità di introdurre giornalmente l'insulina. Colpisce il 10% dei malati.

DIABETE DI TIPO 2 O "ADULTO"

Questa forma di diabete, che insorge in età adulta, viene spesso considerata una conseguenza del benessere, in quanto concorrono in modo decisivo alla sua comparsa l'alimentazione eccessiva e la sedentarietà. In questa forma di diabete, l'insulina è prodotta a ritmo rallentato, in quantità quasi normale, ma è poco attiva sulle cellule. Le cause scatenanti alla base dell'insorgenza della malattia vanno generalmente ricercate in fattori ereditari ed ambientali. Colpisce il 90% dei malati.

di **Antonella Prigioni**

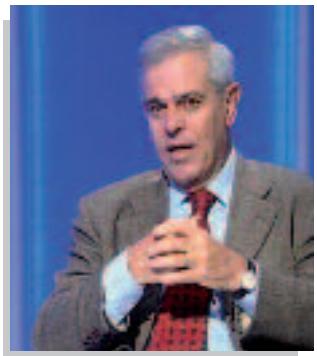
DIABETE:
malattia cronica ma controllabile

Attività fisica, dieta ricca di fibre, autogestione terapeutica: le regole del paziente diabetico

Una malattia del benessere. Il diabete è una patologia in forte aumento e le cause di questa impennata sono la vita sedentaria e l'alimentazione povera di fibre e ricca di grassi animali e zuccheri semplici. In Italia, ogni anno, c'è un incremento dei malati del 3,4% fino al +5,6% registrato in altre popolazioni mondiali. È una delle tre emergenze sanitarie individuate dall'Oms (Organizzazione Mondiale della Sanità).

OBESI A RISCHIO

"L'obesità si può considerare il trampolino di lancio del diabete. Il 90% dei malati è sovrappeso, una percentuale che denota come la prevenzione ed una corretta alimentazione, associate a movimento, possano avere un notevole effetto sulla riduzione dei casi e dell'evoluzione della malattia. Solo un 10% delle persone affette da diabete – dichiara Antonio Tiengo, direttore della Divisione di Malattie del Metabolismo e del Servizio di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova – è affetto da diabete di tipo 1, ossia quello di origine autoimmune e che comporta una distruzione più o meno rapida delle cellule che producono insulina. Con il tipo 1 è inevitabile la terapia insulinica per la sopravvivenza del paziente, poiché l'origine della malattia è genetica. In quello di tipo 2, invece, esiste un problema sia nella quantità che nell'efficacia biologica dell'insulina, che viene secreta, ma a seconda dei casi, si estrinseca in una variabile combinazione di deficit di secrezione insulinica e di insulina resistenza. Ossia fegato, muscoli o tessuto adiposo resistono all'insulina. E poi ci sono le malattie cosiddette di pre-diabete. Glicemie non diabetiche ma superiori alla norma. Quando la glicemia nel sangue ha un valore compreso tra 100 e 126 milligrammi per decilitro, siamo in questa fase, oltre i 126 milligrammi è diabete."



Nella foto, il Prof. ***Antonio Tiengo****, Direttore della Divisione di Malattie del Metabolismo e del Servizio di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova*

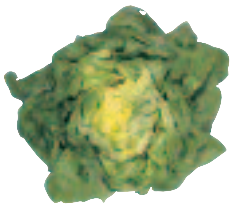
PREVENZIONE E CURA

I vari tipi di diabete 2 e le iperglicemie si curano con una terapia farmacologica complessa. A disposizione ci sono una dozzina di varietà di insulina, altrettante varietà di analoghi dell'insulina e analoghi del GLP_1 per la terapia iniettiva, 6 classi diverse di farmaci per la terapia orale. "È importante la prevenzione sin dall'età adolescenziale. Se il 15% dei bambini è in sovrappeso significativo, è corretto – sottolinea Tiengo – sottoporli a verifica. Basta un esame semplice del sangue per valutare la curva glicemica, un piccolo prelievo di una goccia di sangue che si fa dal dito. Intervenire in tempo significa scongiurare complicanze e bloccare l'evoluzione della malattia. I fattori predittivi del diabete sono un aumento dell'adipe nella fascia addominale, alterazioni dei grassi nel sangue, aumento dei trigliceridi, aumento della pressione sanguigna e diminuzione del colesterolo buono. Un paziente diabetico in cura, ha molte meno probabilità di sviluppare le complicanze gravi quali le neuropatie agli arti inferiori che provocano la cosiddetta sindrome del piede diabetico. La mancanza di irrorazione sanguigna nel piede, lo rende insensibile a microabrasioni ed ulcerazioni, che possono infettarsi e nei casi più gravi portare alla cancrena e quindi obbligare all'amputazione dell'arto. Si tratta comunque di rischi ridotti negli ultimi anni del 60%" ■

I vantaggi di essere vegetariani

"Essere vegetariani ha i suoi vantaggi: meno incidenza dei casi di diabete e di obesità, ma anche meno problemi coronarici", assicura Bernard Guy-Grand, vicepresidente dell'Istituto francese per la nutrizione e Fernand Lamisse, professore emerito di nutrizionismo. "Non bastano, però, le verdure: il segreto è associarle a legumi e cereali, un binomio che produrrebbe proteine molto simili a quelle presenti nella carne. Studi hanno rilevato che i vegetariani soffrono meno di ipertensione, problemi coronarici, diabete e obesità."

Fonte: ANSA



di **Ines Brentan**

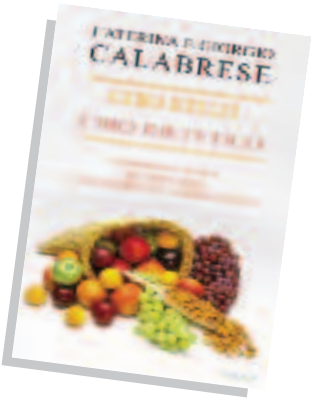
IL DIABETICO
a tavola con Giorgio Calabrese

Fare attenzione ai grassi e agli zuccheri senza rinunciare alla buona cucina

La salute comincia a tavola, soprattutto se a partecipare al quotidiano rito conviviale è una persona affetta da diabete. Questo non significa che il diabetico debba fare penitenza e rinunciare alle gioie della buona cucina, ma piuttosto che debba farsi guidare dal buon senso e dal giusto equilibrio per la scelta dei cibi, magari con l'aiuto di un bravo dietologo. Perché il diabetico "non è che non deve mangiare, ma deve sapere ciò che non deve mangiare". Parola di Giorgio Calabrese, specialista in Scienza dell'Alimentazione, consulente scientifico del Ministero della Salute e di molte trasmissioni televisive della Rai.

Quali sono, professore, le tre cose che un diabetico deve assolutamente evitare?
Prima di tutto deve regolarsi sulla quantità sia di calorie che di cibo da assumere giornalmente. Come secondo divieto, poi, non dovrebbe scendere sotto i 20 grammi di fibre al giorno, che aiutano a far assorbire meno zuccheri e meno grassi all'intestino. Infine, il diabetico deve sempre ricordare che il dolce, in generale, è un'eccezione e mai la regola.

Niente torte allora…
Sarebbe meglio evitare o, al massimo, optare per un tipo di dolce che è stato fatto con prodotti un po' più ricchi di proteine e meno di zuccheri semplici. Tanto per fare un esempio, meglio una torta con farina integrale guarnita da frutta fresca di stagione che un Profiterol.



Il diabetico, quindi, non è costretto a fare una penitenza a pranzo…
No, certo che no. Il diabetico mangia un po' di tutto. Il segreto per non star male è solo quello di non esagerare né coi grassi né con gli zuccheri semplici. Non deve eccedere nelle quantità, per questo sarebbe opportuno che il paziente venisse seguito da un dietologo piuttosto che affidarsi ad una sorta di dieta "fai da te".

Tanto per farci un'idea, ci fornisce un esempio di dieta standard per chi è malato di diabete?
Può prepararsi un buon primo piatto, 50 grammi di pasta o di riso, con un ragù di pomodoro insaporito con un filo d'olio extravergine, completato da un velo di parmigiano. Oppure può optare per una pasta ai fagioli: un piatto davvero completo. Come secondo piatto, invece, può sbizzarrirsi con carni bianche, rosse, uova o pesce. Se ama il formaggio, meglio optare per quelli stagionati che sono poveri di lattosio. Nella dieta di un diabetico ottimi sono i legumi e tutti i tipi di verdure, lesse, al forno, fresche. Meglio non fritte. Il pane migliore è quello integrale.

*Il Prof. **Giorgio Calabrese**, laureato in Medicina e Chirurgia, Specialista in Scienza dell'Alimentazione, è anche Consulente dietologo della Juventus. Qui, in una foto ripresa dalla copertina del libro intitolato: "Cibo etico. Cibo dietetico"; scritto insieme alla moglie Caterina*

Quindi, di quante calorie parliamo al giorno?
Se la persona ha un peso normale, per l'uomo non più di 2.000, mentre per la donna non più di 1.800. Se parliamo di persone obese, non più di 1.800 calorie per l'uomo e non più di 1.600 per la donna.

Un diabetico non solo deve mangiar bene, ma anche vivere bene, vero?
Certo. Fondamentale è condurre dei regolari e corretti stili di vita. Non fumare, ad esempio, perché il fumo altera il ph del sangue e porta verso l'acidosi. Il diabetico non dovrebbe bere alcolici, superalcolici e le bevande zuccherate. Importante è poi il movimento: consiglio di fare almeno 10mila passi al giorno, cioè circa 4 chilometri. Serve infatti ad abbassare la glicemia. Altra regola fondamentale per star bene è cercare di condurre una vita regolare anche negli orari, limitando il più possibile gli "sballi". ■

di **Alberto Salmaso**

SÌ AL TRAPIANTO PER CONTRASTARE *il diabete, ma non per tutti*

Solo per i pazienti molto gravi e affetti da diabete di tipo 1

Non tutte le forme di diabete possono essere trattate col trapianto del pancreas. I candidati devono essere affetti dal diabete di tipo 1, quello "giovanile" per intenderci, o insulinodipendente, e la patologia deve aver raggiunto una fase di gravità tale da non essere più controllabile dal paziente con la normale terapia insulinica. Detto ciò, attualmente, la maggioranza dei trapianti di pancreas viene eseguita insieme al trapianto di rene, perché il paziente si trova oramai in una condizione di insufficienza renale che spesso lo costringe alla dialisi. Il diabete rimane infatti una patologia gravissima che può sfociare in complicanze altrettanto gravi come la nefropatia (malattia dei reni, ndr), la vasculopatia (malattia dei vasi sanguigni, ndr), con danni ischemici agli arti, la neuropatia (malattia che colpisce il sistema nervoso, ndr) e può anche portare alla cecità. Ecco che il trapianto, in questi casi limite, può migliorare la qualità della vita del diabetico e restituirgli una quotidianità normale di impegni lavorativi e familiari come qualsiasi altra persona.

"Padova è l'unico centro di riferimento per i trapianti di pancreas nel Veneto – dice il chirurgo Paolo Rigotti, responsabile del Centro Trapianti del pancreas e dei reni all'Azienda Ospedaliera di Padova – ad oggi, da quando è partita l'attività nei primi anni Novanta, sono un centinaio gli interventi di trapianto di pancreas che abbiamo effettuato e oltre mille di rene". In Italia, il numero dei Centri si contano sulle dita di una mano, eppure rimangono numerose le persone che sono in lista per un trapianto: circa 200 per il pancreas e ben 7.000 per i reni.

"Non tutte le aziende sanitarie effettuano il trapianto di pancreas – spiega il professor Rigotti – perché rimane ad oggi un intervento complesso e delicato. Inoltre, il pancreas è un organo che si deteriora facilmente e, a differenza dei reni, necessita di donatori giovani". Il trapianto permette di evitare le complicanze del diabete, ma non si esercita indiscriminatamente a tutti i diabetici. "È vero – conferma il professor Rigotti - che la persona trapiantata gode di evidenti benefici, ma è altrettanto vero che deve fare i conti con un'altra faccia della realtà, quella della terapia immunosopressiva, cioè quella antirigetto che, una volta effettuato il trapianto, deve essere somministrata per tutto il resto della propria vita". "È una terapia pesante – aggiunge il professor Rigotti – che presenta ancora degli effetti collaterali. È ovvio che, se un domani, questi effetti dovessero ridursi e risulteranno più leggeri per il paziente, anche l'ago della bilancia che incide sulla scelta del fare o meno un trapianto, potrà pendere più verso la scelta dell'intervento chirurgico". ■

Nella foto il Prof. ***Paolo Rigotti****, Responsabile Centro Trapianti del pancreas e dei reni, Azienda Ospedaliera di Padova*

In basso, all'interno del box di approfondimento, una foto del Dr. Antonio Secchi, autore dell'articolo e Direttore del Programma ricerca strategica trapianti dell'Istituto San Raffaele di Milano

L'intervento

Il trapianto riduce le complicanze tipiche del diabete

In letteratura sono numerosi gli studi che hanno confermato i positivi effetti del trapianto di pancreas sul metabolismo e sull'evoluzione delle complicanze del diabete. Per quanto riguarda gli effetti metabolici, dopo il trapianto, il pancreas è in grado di produrre insulina immediatamente con una conseguente normalizzazione sia dei valori della glicemia nell'arco dell'intera giornata ma anche dei valori di emoglobina glicosilata, prova di un effettivo buon controllo del tasso degli zuccheri nel sangue. Contempora-

QUANDO IL TRAPIANTO
non è di tipo chirurgico

Curare il diabete con iniezioni di cellule pancreatiche

Nella foto il Dr. ***Emanuele Cozzi****, Responsabile Unità Operativa Semplice di Immunologia dei Trapianti Azienda Ospedaliera di Padova*

Un'iniezione per curare il diabete. Non stiamo parlando di fantascienza, ma di nuovi approcci terapeutici che man mano vengono effettuati su alcuni pazienti diabetici, ritenuti candidati a questa innovativa forma di trapianto. In questo caso non si parla di intervento chirurgico, ma di vere e proprie iniezioni di cellule pancreatiche in un grosso vaso, ossia la vena porta, che possono liberare una volta per tutte il diabetico dall'insulina dipendenza. "Fermo restando – spiega il dottor Emanuele Cozzi, responsabile dell'Unità Operativa Semplice di Immunologia dei Trapianti all'Azienda Ospedaliera di Padova – che l'intervento chirurgico col trapianto di pancreas rimane la metodica con cui oggi si ottengono i migliori risultati clinici, cominciano ad affacciarsi nuovi tipi di intervento, in particolare mi riferisco all'iniezione di cellule". "Si tratta – continua il dottor Cozzi – di un approccio mini-invasivo, che viene eseguito con un controllo costante radiografico, durante il quale vengono iniettate al paziente cellule pancreatiche che produrranno insulina capace di mantenere normale il tasso di zuccheri nel sangue". L'intervento viene eseguito in day hospital, con uno o due giorni al massimo di degenza, e garantisce al paziente tempi velocissimi di recupero. Ma questa metodica è ancora poco diffusa. "Se per un trapianto di pancreas – spiega il dottor Cozzi – c'è bisogno di un solo organo, nel caso delle iniezioni di cellule, si necessita di due o anche tre organi. Un limite certo importante per questo tipo di intervento". I criteri di selezione dei pazienti è rigidissimo come nel caso in cui si decide per l'intervento di tipo chirurgico. Comunque sia, rimane sempre lo specialista colui che consiglia il trattamento terapeutico migliore per il malato a seconda dei casi che non devono mai essere standardizzati. Ma le nuove frontiere in campo di cura per il diabete non finiscono qui. "C'è ancora un forte "gap" – conclude il dottor Cozzi – tra i malati in attesa di trapianto e gli organi disponibili. Qui, un ruolo sicuramente importante potrebbero averlo le cellule staminali. Mi auguro di poter vedere coi miei occhi novità in questo senso". ■

neamente si è vista una normalizzazione anche di altri importanti prodotti del nostro metabolismo definiti metabolici intermedi (piruvato, lattato e butirrato). Attraverso la normalizzazione dei parametri metabolici il trapianto di pancreas è in grado di influenzare positivamente l'evoluzione delle complicanze secondarie al diabete. Gli studi eseguiti nel tempo hanno confermato, dopo il trapianto di pancreas, un miglioramento del danno a carico delle fibre nervose (neuropatia) ed una stabilizzazione del danno retinico (retinopatia). A dieci anni dall'intervento, nei pazienti trapiantati di solo pancreas si è osservata una regressione delle lesioni renali che si erano nel frattempo create. Importanti sono anche gli effetti sulla funzione cardiaca e sui vasi. Nei pazienti con trapianto di pancreas funzionante vi è una minor incidenza di ipertensione, un miglioramento di alcuni indici relativi alla capacità di contrazione del cuore (funzione diastolica) ed un miglioramento dei fattori di rischio dell'aterosclerosi. Gli effetti sull'apparato cardiovascolare sono tali per cui la mortalità dei pazienti sottoposti a trapianto di rene e pancreas è ridotta rispetto a quella dei pazienti diabetici di tipo 1 trapiantati di solo rene o non sottoposti a trapianto e rimasti in dialisi. Un discorso a parte merita il trapianto di isole. Si tratta di una procedura che consente l'infusione nel fegato, in anestesia locale, di isole pancreatiche estratte da pancreas di donatori deceduti, ottenendo nel 70-80% dei pazienti uno stato di insulino-indipendenza.

La condizione di insulino-indipendenza si perde in alcuni di questi pazienti dopo qualche anno dal trapianto, anche se permane un vantaggio importante: l'assenza di ipoglicemie, condizione che costituisce per questi pazienti un importante elemento di instabilità e di incertezza. Come nel caso del pancreas il trapianto di isole, quando efficace, è in grado di migliorare le complicanze croniche del diabete, quali neuropatia, malattia cardiovascolare, retinopatia e nefropatia. ■

di **Giuliano Gargano**

L'ESEMPIO SARDO:

alla Clinica Tommasini di Jerzu è nato il Day Service per la diagnosi e la cura del Diabete

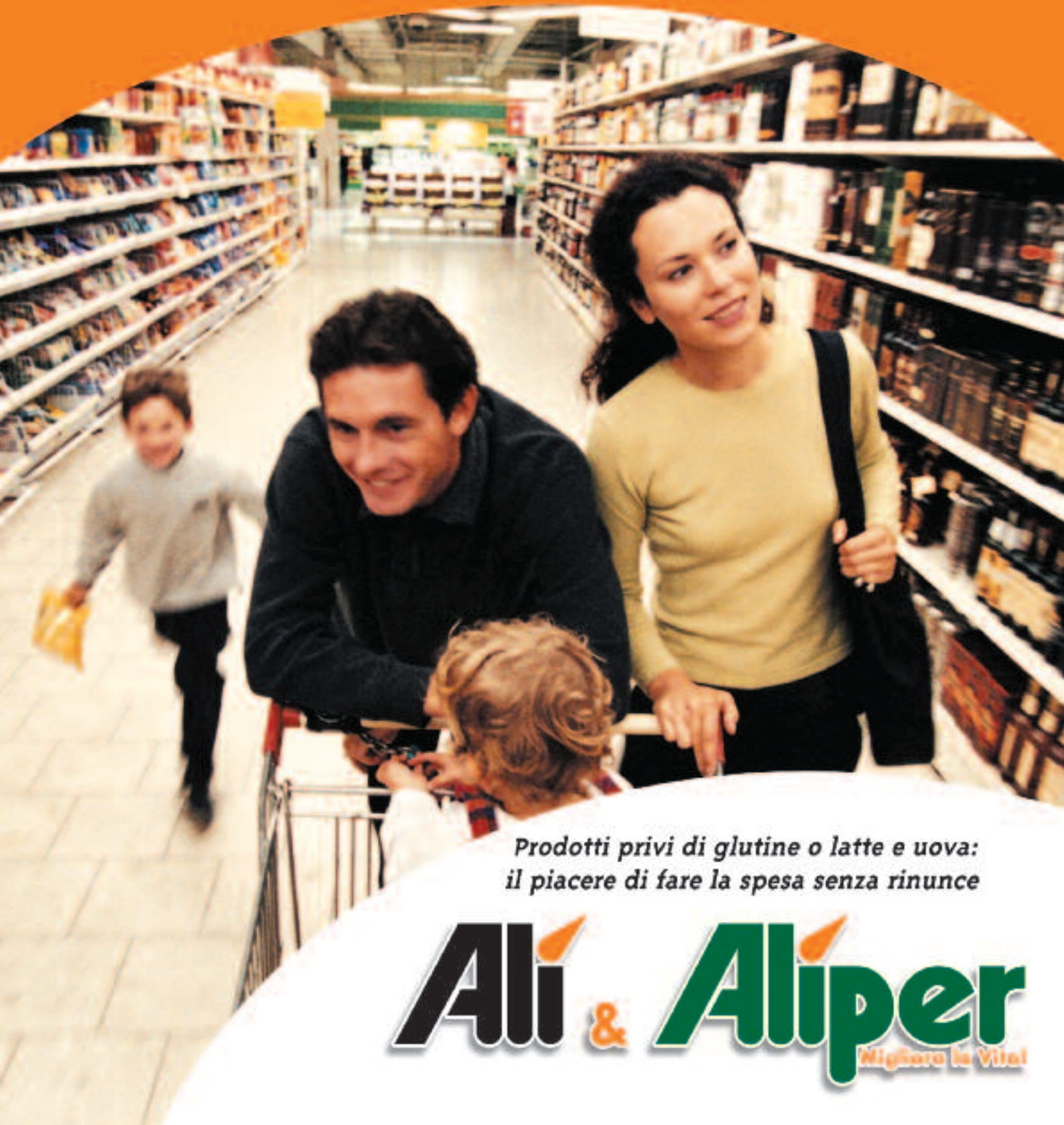
Da un anno è attivo alla Clinica Tommasini di Jerzu (Sardegna) il "Day Service" per la diagnosi e la cura del Diabete e di alcune sue complicanze. La Tommasini è tra le prime strutture private accreditate della Sardegna che, su richiesta dell'Asl 4, e, in risposta alle linee guida regionali, ha dato il via a questa nuova ed innovativa modalità assistenziale, chiamata "Day Service", che garantisce all'utente un iter diagnostico-terapeutico ambulatoriale con un unico accesso alla struttura. "Il Day Service - spiega l'Amministratore Delegato della "Tommasini", la dottoressa Roberta Tassinari – ci consente di raggiungere nell'immediato due risultati. Primo: di eseguire le prestazioni necessarie con un unico accesso alla struttura riducendo al massimo il disagio al paziente. Secondo: di velocizzare l'esito diagnostico e terapeutico". Basta una giornata trascorsa alla Tommasini per eseguire tutte le visite e gli esami strumentali richiesti ed arrivare ad una diagnosi, evitando al paziente il disagio di dover effettuare tutti gli esami necessari in più strutture diverse. L'accesso al Day Service avviene in modo programmato tramite impegnativa erogata dal proprio medico di famiglia o dallo specialista ambulatoriale. Nella Tommasini, intanto, sono stati attivati il Day Service per le patologie tiroidee, per l'ipertensione e, infine, il pacchetto dedicato al diabete. Il pacchetto base per quest'ultima patologia comprende ben quattro consulenze specialistiche, con un lavoro di équipe che viene affrontato in piena sinergia e collaborazione tra un cardiologo, un oculista, un diabetologo e infine un dietologo. E una serie di esami, come quelli di laboratorio, gli ematochimici (glicemia, HbA1c, esame urine, C-peptide, creatinina, uricemia, ALT, AST, gamma GT, fosfatasi alcalina, elettroforesi delle proteine, emocromo, colesterolo tot, HDL, trigliceridi), l'elettrocardiogramma, la visita cardiologica, la visita oculistica con fundus e tonometria, la visita diabetologica e una terapia educazionale di almeno 30 minuti con consulenza dietologica. Il diabete diagnosticato oggi giorno interessa circa il 3% della popolazione (nella Sardegna si contano circa 1 milione e mezzo di abitanti). In Veneto colpisce il 3,8% della popolazione, vale a dire ben 170 mila cittadini. Oltre al diabete noto, esiste una quota pari al 3% della popolazione che è affetta da diabete non ancora diagnosticato.

*Sopra, la Dott.ssa **Roberta Tassinari**, che attualmente ricopre il ruolo di Amministratore Delegato della Clinica Tommasini a Jerzu (foto sotto), nella Provincia dell'Ogliastra (Sardegna)*

La Tommasini è pronta tra qualche mese ad attivare anche altri due pacchetti per le complicanze neurologiche e cardiovascolari che prevedono, oltre agli esami già indicati nel pacchetto base, l'elettromiografia, la consulenza neurologica (complicanze neurologiche) ed il doppler arterioso (complicanze cardiovascolari). ■

Libertà di mangiare!

Intolleranze e allergie alimentari



Prodotti privi di glutine o latte e uova: il piacere di fare la spesa senza rinunce

Alí & Aliper

Migliora la Vita!

di **Ines Brentan**

PAESE CHE VAI...
allergie che trovi

Le allergie e le intolleranze alimentari dipendono dalle abitudini alimentari che cambiano da Paese a Paese

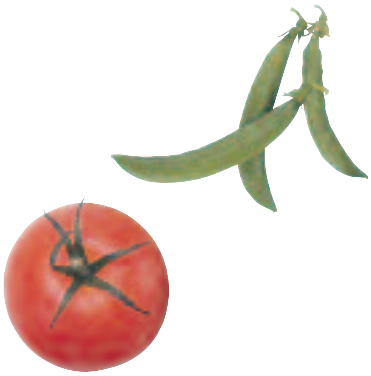
Le allergie alimentari cambiano con la geografia. Dipendono cioè dalle abitudini alimentari, che variano da Paese a Paese. Ma oggi, per la verità, proprio a causa della cosiddetta "globalizzazione", qualche interferenza con altre tradizioni culinarie c'è. La nostra dieta mediterranea, ad esempio, si arricchisce di altri alimenti che pian piano entrano a far parte della nostra tradizione: è il caso delle arachidi. Come lo sappiamo? Semplice: aumentano le allergie degli italiani e dei veneti verso questo tipo di alimento che fino a ieri era prettamente americano. E questa novità modifica un po' la scaletta delle nostre allergie alimentari: le noccioline passano in "pole position", prima del sedano e della carota. Non prendono però il posto dei crostacei e del latte, che rimangono gli alimenti che scatenano più allergie tra gli italiani, seguiti subito dopo dalla frutta secca. A fianco delle allergie, però, ci sono anche le intolleranze alimentari, che provocano delle reazioni sistemiche meno gravi di quelle provocate da vere e proprie allergie, come l'asma bronchiale e lo shock anafilattico. Casi gravi che si manifestano raramente e di solito per una puntura d'insetto o per un farmaco: ad oggi 1 persona su 100.000 può essere vittima di uno shock anafilattico. Per sopravvivere alla crisi

Il Dr. Andrea Zancanaro

Gli alimenti che più frequentemente provocano delle reazioni

- **RICCHI DI ISTAMINA:** pomodoro, birra, formaggio stagionato e fermentato, spinaci, funghi, cioccolato, tonno in scatola.
- **ISTAMINO LIBERATORI:** fragole.
- **TENDENZIALMENTE ALLERGIZZANTI:** pesce, arance, uova, soia, latte vaccino, pesche, kiwi, crostacei.
- **CIBI CHE PIÙ FREQUENTEMENTE CAUSANO INTOLLERANZA:** latte e latticini, lieviti, frumento, olii vegetali, olio di oliva.

Il 30 marzo si tiene la Giornata Nazionale delle Allergie Alimentari: le aziende sanitarie venete colgono l'occasione per sensibilizzare il cittadino con la distribuzione di materiale informativo sulla corretta diagnosi e cura dell'allergia agli alimenti



dello shock non c'è altro modo che iniettarsi velocemente una fiala di adrenalina tramite una puntura sulla coscia. Non ci sarebbe il tempo, infatti, di arrivare in pronto soccorso. "Le persone che possono subire uno shock di questo tipo – spiega il dottor Andrea Zancanaro, specialista in Allergologia e Immunologia Clinica all'ospedale dell'Angelo di Zelarino dell'Ulss 12 Veneziana – solitamente hanno già vissuto un'esperienza grave precedentemente, per cui viaggiano provviste di questa puntura all'adrenalina che, all'occorrenza, si devono iniettare senza perdere tempo, con gli abiti addosso". Se il 2% dei veneti è allergico a qualche alimento, il 5% ne è invece intollerante. Ma qual è la differenza? "Le intolleranze alimentari – spiega il dottor Zancanaro – hanno solitamente origine genetica e dipendono dall'incapacità di digerire un certo alimento a causa di difetti metabolici che possono essere causati dallo stile di vita o anche da stati emotivi alterati. Si manifestano con stanchezza, cefalea, gonfiori addominali postprandiali, prurito, dolori articolari, diarrea, rossore, gonfiore e perdita di peso". In genere, si può essere ipersensibili a cibi ricchi di Istamina (un enzima) come le fragole, il pomodoro e i funghi. O ad altri alimenti e bevande: l'alcol, per esempio, contiene etanolo e solfiti. Quando si è intolleranti ad un cibo non si arriva mai comunque a reazioni violente come succede, al contrario, se si è allergici". "In questo caso – continua lo specialista – si parla di un'infiammazione che è provocata da una reazione immunitaria specifica". Le allergie, come le intolleranze alimentari, colpiscono soprattutto in età pediatrica: ben l'8% dei bambini ne è colpito. Ma il fenomeno non è preoccupante: in molti casi l'allergia scompare crescendo. Ma di allergia alimentare qualche volta si guarisce da adulti quando per un quinquennio si evita quel determinato alimento. Pare infatti che il nostro organismo "dimentichi" col tempo che quel cibo era nocivo per la nostra salute e, automaticamente diventi consumabile senza più rischi di reazioni violente. Ma per essere certi che si è allergici o intolleranti ad un determinato alimento, esistono dei test specifici, indolori, che il paziente può effettuare su prescrizione del proprio medico di famiglia. Prima di effettuare il test ("prick test" con estratti di alimenti) viene registrata l'anamnesi del paziente. In questo modo si può ipotizzare quale alimento provoca allergia o intolleranza, permettendo così di effettuare dei test mirati. ■

Quando l'allergene si nasconde in altri cibi

- **NOCI, MANDORLE, ARACHIDI:** gelati, dolciumi, salse per pasta e carne, zuppe, liquori, ricette con verdura.
- **UOVO:** condimenti per insalate, salse, vino bianco, salsicce, ripieni di carne, scatolette.
- **LATTE:** insaccati, pane, margarina, formaggio di soia, sughi, creme, pesce in pastella.
- **SOIA:** succhi di frutta, yogurt, tonno in scatola, pane, cioccolato, hamburger, caramelle.

Le allergie per Paese

- **EUROPA**
  Proteine vegetali di frutta e verdura, noci, cereali, proteine di latte, pesce, uova, carni

- **PAESI MEDITERRANEI**
  Crostacei e molluschi

- **USA**
  Arachidi

- **FINLANDIA**
  Pesce

- **PORTOGALLO**
  Lumache

- **SVIZZERA TEDESCA**
  Sedano

LIBERTÀ DI SCELTA IN SANITÀ

di **Leonardo Padrin**

La sanità è sicuramente uno degli indicatori più significativi del livello di civiltà di una società. Condividendo totalmente questo principio mi è difficile comprendere come mai le merci possano circolare liberamente mentre non possono farlo le persone che cercano la cura migliore per la propria malattia. Perché nell'Unione Europea le merci godono del diritto di libera circolazione mentre questo diritto non esiste per le persone. Anzi, ci sono delle difficoltà anche nella mobilità tra regioni italiane ed anche all'interno delle stesse. Questo avviene perché chi ha la responsabilità gestionale e finanziaria della sanità (pubblica o convenzionata non cambia) ritiene che ci debba essere una coincidenza fra i servizi che vengono offerti in un determinato territorio e le esigenze dei cittadini che in quel territorio risiedono. Il principio è condivisibile ma la domanda alla quale bisogna dare una risposta è questa: perché un cittadino che ha bisogno di cure non si rivolge alla struttura sanitaria più vicina ma va da un'altra parte, logisticamente più scomoda? La risposta è molto semplice: ci sono motivi per i quali quella più vicina è meno conveniente ma se questo per una azienda privata vuol dire ridurre l'attività, gli introiti e quindi anche i guadagni, in una azienda pubblica potrebbe voler dire solamente "lavorare meno". Esiste una tendenza a limitare non solo queste situazioni ma anche la cultura (o meglio la sottocultura) che le genera, una nuova forma di gestione dei servizi pubblici che abbia la propria centralità negli utenti e non nel personale che lavora nella struttura. Ed è proprio in questa logica che assume un grande significato il giudizio (e quindi la scelta) del cittadino, perché se preferisce un ospedale ad un altro vuol dire che uno funziona meglio dell'altro. Il futuro, quindi, deve essere proprio la piena e libera circolazione della persona anche nelle strutture sanitarie nazionali ed europee. Così sarà evidente dove la sanità funziona e dove invece costa solamente senza dare ai cittadini quei servizi ai quali hanno diritto. Allora la civiltà di una società si misura anche dal fatto che le persone non possano avere meno libertà di circolazione delle merci all'interno dell'Unione Europea, di uno Stato ed ancor meno all'interno della stessa regione. Senza questa centralità della persona si corre il rischio che la sanità serva in modo prevalente ai propri lavoratori, ai propri fornitori e in modo secondario alla cura delle persone. ■

Sopra, ***Leonardo Padrin****,*
Consigliere Regionale del Veneto

L'ETICA POLITICA

L'opinione di **Mirco Gastaldon**

L'etica in politica esiste ed è rappresentata dal tanto volontariato che giovani e meno giovani fanno in campo, appunto, politico. È il tentativo personale di dare il proprio contributo, cercando di migliorare l'ambiente per sé e la collettività. Un impegno verso gli altri di natura spontanea e gratuita.

Per il politico esiste come per i medici una sorta di "giuramento di Ippocrate"?
No, non esiste più dalla riforma Bassanini, ma secondo me non è nemmeno necessario. Già i partiti stessi, infatti, e le persone che li costituiscono, si richiamano ad una scala di valori etici per cui trovo superata qualsiasi forma di giuramento alla Repubblica.

Un esempio di buona e di cattiva politica…
Sarebbe opportuno fare la domanda a chi è lontano dalla politica… Comunque per me è un buon esempio di politica saper ascoltare ed è un cattivo esempio di politica dire sempre di sì. A questo proposito mi viene in mente un bel libro, dedicato ai genitori, dal titolo "I no che aiutano a crescere". Bene: il volume fa capire quanto a livello educazionale sia importante il "no" nella crescita di un figlio. Lo stesso direi per i cittadini.

Quale consiglio si sente di dare a chi vuole avvicinarsi al mondo della politica?
Di interrogarsi molto e di non essere assolutamente superficiale. Di approfondire sempre ciò che sente e vede per la prima volta. ■

Nella foto, ***Mirco Gastaldon****,*
attuale Sindaco di Cadoneghe (PD)

IL PARTITO DEMOCRATICO

per un'integrazione tra servizi sociali e sanitari

di **Giovanni Gallo**

Dopo che per lungo tempo principi quali l'equità, l'efficienza e la trasparenza hanno rappresentato le fondamenta sui cui è sorto e si è sviluppato il sistema sanitario nel nostro Paese, da quando il centrodestra ha assunto la guida del Veneto, questi concetti sono stati messi gradualmente in soffitta. Al loro posto, appunto, si è fatto strada uno stile di gestione oligarchico e spartitorio, che ha perso di vista l'interesse collettivo. Non è un caso se negli ultimi 12 anni la Giunta regionale non ha mostrato la volontà di provvedere a una riprogrammazione della sanità. E non è un caso se dal 2005 ad oggi la Giunta Galan ha avvicendato ben tre assessori, tutti e tre leghisti e tutti e tre veronesi: come se la sanità fosse un feudo elettorale di esclusiva proprietà del Carroccio, dove, indipendentemente dalle competenze, può assumere il timone il Tizio, il Caio o il Sempronio di turno. La scelta politica chiara messa in atto dal centrodestra è quella di restringere gli spazi di confronto e di democrazia all'interno del sistema sanitario, escludendo da ogni processo decisionale soggetti istituzionali come il Consiglio regionale, le conferenze dei sindaci e gli amministratori locali, nonché gli operatori della sanità che lavorano sul campo, compresi i privati accreditati. Un disegno questo che si è esplicitato anche negli ultimi giorni con la delibera della Giunta del 30 dicembre che accentra in capo alla segreteria regionale della sanità gli appalti per l'acquisto di beni e servizi, esautorando i direttori generali e gli organismi territoriali da ogni ruolo. Questa separatezza tra un gruppo ristretto di potere e chi svolge i servizi sanitari sta provocando un pericolosissimo corto circuito del sistema. Per arrestare questa deriva il PD ha presentato un progetto di legge che costituisce un vero e proprio Piano, basato su una forte integrazione tra servizi sociali e sanitari, tra strutture e territorio. La stagione del governo verticistico della sanità, deve cedere il passo ad una maggiore orizzontalità nelle decisioni. Pena l'esplosione di un'emergenza sociale i cui segnali, tra inefficienze e liste d'attesa chilometriche, sono peraltro già perfettamente visibili. ■

*Sopra una foto di **Giovanni Gallo**, Capogruppo PD del Consiglio Regionale Veneto*

L'UTAP... In breve

"L'Unità Territoriale Assistenza Primaria (UTAP) si basa sull'assoluta garanzia del mantenimento del rapporto fiduciario tra assistito e medico curante, potenziando le capacità diagnostiche e terapeutiche grazie una rete di integrazione delle informazioni con le Unità Operative Ospedaliere, il Pronto Soccorso, la Continuità Assistenziale (ex Guardia medica), il Distretto e Servizi Sociali dei Comuni. Tutte le funzionalità attualmente sperimentate sono state progettate quali pacchetti integrativi assistenziali che potranno essere estesi anche alle altre forme associative (Medicine di Gruppo e di Rete), al fine di consentirne l'accesso al maggior numero di assistiti. L'UTAP punta a facilitare il processo assistenziale mediante diagnostica di 1° livello, a garantire la disponibilità assistenziale per tutto l'arco della giornata (apertura ambulatorio dalle ore 8 alle 20 con disponibilità continuativa telefonica di un medico di famiglia per le consulenze), ad individuare nel territorio una struttura intermedia rispetto al Pronto Soccorso per i codici bianchi".

*Dr. **Gabriele Angiolelli**, Direttore del Distretto socio-sanitario di Mira (Ulss 13)*

SONO VENT'ANNI CHE ANISAP

da' voce alle strutture private convenzionate

ANISAP
Veneto

Sono vent'anni che è attiva sul territorio nazionale con ben diciassette sedi regionali; parliamo di ANISAP, l'Associazione Nazionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private, che è nata negli anni Ottanta per dare voce alle strutture ambulatoriali. Nel corso degli anni, ANISAP ha saputo dimostrare all'apparato sanitario pubblico, pur tra non poche difficoltà, che i benefici derivanti dall'erogazione delle prestazioni ambulatoriali sono così rilevanti, in termini sanitari ed economici, da poter candidare l'ambulatorietà privata a pilastro di una strategia di rinnovamento dell'intero servizio sanitario perché capace di adeguare velocemente la propria offerta alle aspettative di salute dei cittadini anche grazie alla sua capillare presenza sul territorio, considerata una vera opportunità per i cittadini e per il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale. Le sedi Regionali dove ANISAP è presente sono: la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia, il Piemonte, il Veneto e Trentino Alto Adige, la Liguria, l'Emilia Romagna, la Toscana, le Marche, l'Umbria, l'Abruzzo, la Campania, la Puglia, la Basilicata, la Calabria, le isole della Sardegna e Sicilia e il Lazio (dove, a Roma, è ubicata la sede nazionale). Ad essa sono iscritte oltre duemila strutture, con decine di migliaia tra dipendenti e professionisti che operano per la tutela della salute, che rimane un diritto fondamentale di ogni cittadino. Nella nostra realtà regionale, l'Anisap Veneto e Trentino Alto Adige ha sede a Padova, coordina circa settanta strutture, tutte certificate secondo le norme UNI EN ISO, che danno lavoro ad oltre duemila dipendenti e centinaia di professionisti e collaboratori specializzati. L'Associazione è inoltre presente, quale principale interlocutrice, ai tavoli di confronto e di trattativa con la Regione su temi inerenti la tutela della salute dei cittadini e sulla erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali da loro richieste, oltre che fornire un puntuale aggiornamento sulla legislazione sanitaria nazionale e regionale. Solo nel 2007 sono stati più di tre milioni i cittadini veneti che hanno scelto il servizio ambulatoriale privato convenzionato, che ha erogato così quindici milioni di prestazioni. Tra i servizi attivi si segnalano: **Laboratori di analisi** di patologia clinica, di chimica clinica e tossicologia, di microbiologia e sieroimmunologia, di ematologia, di citoistopatologia, di diagnostica molecolare e di genetica medica; **Poliambulatori** che forniscono prestazioni di Medicina del Lavoro, Medicina dello Sport e Visite Specialistiche; **Centri di Terapia Fisica e di Riabilitazione**, forniti delle più moderne tecnologie e metodologie di terapia; **Gabinetti di Radiologia e Diagnostica per immagini**, dotati di apparecchiature all'avanguardia. ■

*In alto a destra, il Logo ANISAP Veneto (**www.anisap.veneto.it**); a sinistra, un momento del l'ultimo Convegno Regionale; sotto, la piantina dell'Italia con l'indicazione di tutte le Sedi regionali dell'associazione.*

GRAZIE AL PROGRAMMA BOCCASANA

si può tornare a sorridere

Un servizio di assistenza odontoiatrica studiato dall'Ansoc

Per dimezzare i costi delle prestazioni odontoiatriche, degli interventi di implantologia, dell'acquisto di protesi fisse e mobili e di apparecchi ortodontici, non serve prendere un aereo e recarsi nei Paesi dell'Europa dell'Est! È sufficiente iscriversi al "Programma Boccasana", un servizio di assistenza odontoiatrica messo in piedi due anni fa dall'Ansoc (l'Associazione Nazionale Studi Odontoiatrici Convenzionati) e fornito attraverso una rete integrata di studi dentistici distribuiti su tutto il territorio nazionale.
Oltre alla convenienza per l'utente e all'indiscussa qualità delle cure, il Programma Boccasana punta alla prevenzione e alla sicurezza. Opera infatti secondo una logica di prevenzione continua e di diagnosi precoce delle malattie del cavo orale.
Affinché la cura possa essere tempestiva e appropriata, contenendo l'impatto terapeutico e quindi il disagio e la spesa per i pazienti. Per quel che concerne la sicurezza, il Programma Boccasana si pone l'obiettivo di ristabilire un contatto con tutti quei cittadini che, per spendere meno, finora si sono rivolti a strutture sanitarie dell'Europa dell'Est, sottovalutando l'aspetto della sicurezza e della qualità dei trattamenti, nonché i pericoli derivanti dalle scarse norme igienico-sanitarie adottate nei presidi di cura. Aderire al Programma Boccasana è molto semplice.
L'utente può comporre il numero unico **199.199.059** o collegarsi al sito **www.programmaboccasana.it** per annotare lo studio professionale a lui più vicino e prenotare una visita specialistica gratuita. Riceverà un preventivo secondo le tariffe del Programma Boccasana e, se soddisfatto del piano di trattamento, potrà aderire al servizio. Basterà effettuare l'iscrizione annuale, che comporta una spesa di 180 euro. Un costo ad personam che può essere diminuito attraverso la sottoscrizione di piani dedicati alla famiglia, alle aziende o alle associazioni. L'iscrizione annuale dà diritto a una visita specialistica e a controlli periodici gratuiti; a una seduta di igiene orale completa; e all'abbattimento del prezzo di tutte le prestazioni odontoiatriche (inclusi restauri protesici fissi e mobili; apparecchi ortodontici per correggere le malocclusioni dentarie; gli interventi di implantologia).
Per l'opera di sostegno e contributo al fabbisogno di cure dentarie delle famiglie, l'Ansoc ha ricevuto dalla Regione Veneto il "Marchio Famiglia", un prestigioso riconoscimento ufficiale!

Sopra, nella foto, il Presidente Dr. ***Walter Di Fulvio*** *in basso sulla destra, una schermata del sito internet del* ***Programma Boccasana.*** *Subito sotto il titolo, il logo dell'Ansoc*

a cura di **Michele Clementi**

L'ASSISTENZA PROTESICA
e la riforma del settore

1.400 imprese si occupano in Italia di prodotti su misura, 97 di queste sono nel territorio Veneto

L'Assistenza Protesica costituisce uno dei capitoli più delicati dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nella sua accezione più ampia, riguarda aziende che trattano prodotti su misura, ausili di serie e altri dispositivi acquistati direttamente dalle Asl. Le imprese italiane che si occupano espressamente di prodotti su misura sono circa 1.400, di cui 97 nel Veneto.
Ora analizziamo i numeri della disabilità. In Italia contiamo circa 6 milioni di persone con disabilità. In Veneto la percentuale di non autosufficienza fra gli anziani supera il 20% e sfiora il 4% dell'intera popolazione regionale. In Italia, come in Veneto, la spesa per protesi e ausili, al netto dell'incontinenza, rappresenta lo 0,5 % del costo del Servizio Sanitario Nazionale.
I numeri del settore farebbero pensare ad un'inevitabile crescita delle aziende del comparto, vista la maggior durata media della vita, la pretesa di una qualità superiore della stessa e il progresso tecnologico che continuamente ci stupisce con soluzioni che offrono al disabile una vita dignitosa. Eppure le cose non stanno così.
Le aspettative – della popolazione diversamente abile e delle imprese del settore – rischiano di essere vanificate dal ritardo con cui il Legislatore sta disciplinando una riforma tanto attesa. Infatti, il Nomenclatore Tariffario, che contiene gli elenchi dell'erogabile e le regole per l'erogazione, risale al 1999 e le sue tariffe sono ancora più vecchie. Negli ultimi dieci anni abbiamo assistito a due crisi economiche mondiali, alla crescita del costo del lavoro e delle materie prime. E le aziende oggi versano in condizioni di oggettiva difficoltà. Oltre a ciò le Asl, in nome di un risparmio spesso fittizio, impongono lo strumento della gara come modalità d'acquisto anche su quei prodotti che dovrebbero esserne esentati. Inutile ogni commento sui tempi di pagamento delle Asl.

*Sopra, **Michele Clementi**, Segretario Assortopedia*

Serve una riforma che rinnovi le modalità di fornitura imponendo regole chiare e non soggette ad interpretazione, che ammoderni il Nomenclatore e introduca nuovi incrementi tariffari. Sarebbe anche auspicabile che uno dei capisaldi della riforma fosse l'accreditamento delle aziende fornitrici, unica soluzione all'abusivismo.
L'obiettivo deve essere quello di creare un volano positivo in cui il medico prescrive correttamente, la Asl acquista senza sprechi (risparmiare sulla protesica è una follia: un'assistenza protesica intelligente evita il fenomeno dell'ospedalizzazione, vera causa del tracollo del S.S.N.), l'azienda ortopedica ritrova i margini per formare il personale, investire in R&S. E il diversamente abile potrà godere di prodotti di qualità. ■

Assortopedia
Associazione Nazionale Aziende Ortopediche

Nel cuore della natura…

…**Rigoni di Asiago** da sempre sta dalla parte della natura.
Ha scelto l'*agricoltura biologica* che ha un impatto ambientale inferiore rispetto a quello dell'agricoltura tradizionale e produce alimenti senza sostanze chimiche con il massimo dei principi nutritivi.
Per il tuo bene e per il bene della natura fai anche tu questo tipo di scelta.
E ricorda che i prodotti Rigoni di Asiago sono sani, ecosostenibili, come tutti i prodotti biologici, e anche molto buoni, perché da sempre abbiamo…

…la natura nel cuore

Rigoni di Asiago

www.asiago

HMT High Medical Technologies

L'evoluzione delle tecnologie per lo sviluppo dei sistemi ad onde d'urto elettroidraulici, già apprezzati per le applicazioni in Ortopedia, Fisiatria, Riabilitazione, e Medicina dello Sport, ha permesso l'utilizzo degli stessi in nuovi campi d'impiego. Grazie agli investimenti nella ricerca effettuati dal gruppo TRT Tissue Regeneration Techologies, azienda multinazionale statunitense di cui HMT è distributore esclusivo per l'Italia, sono stati ottenuti importanti riconoscimenti e successi nell'uso della terapia ESWT in Dermatologia, Vulnologia e Cardiologia tra i quali:

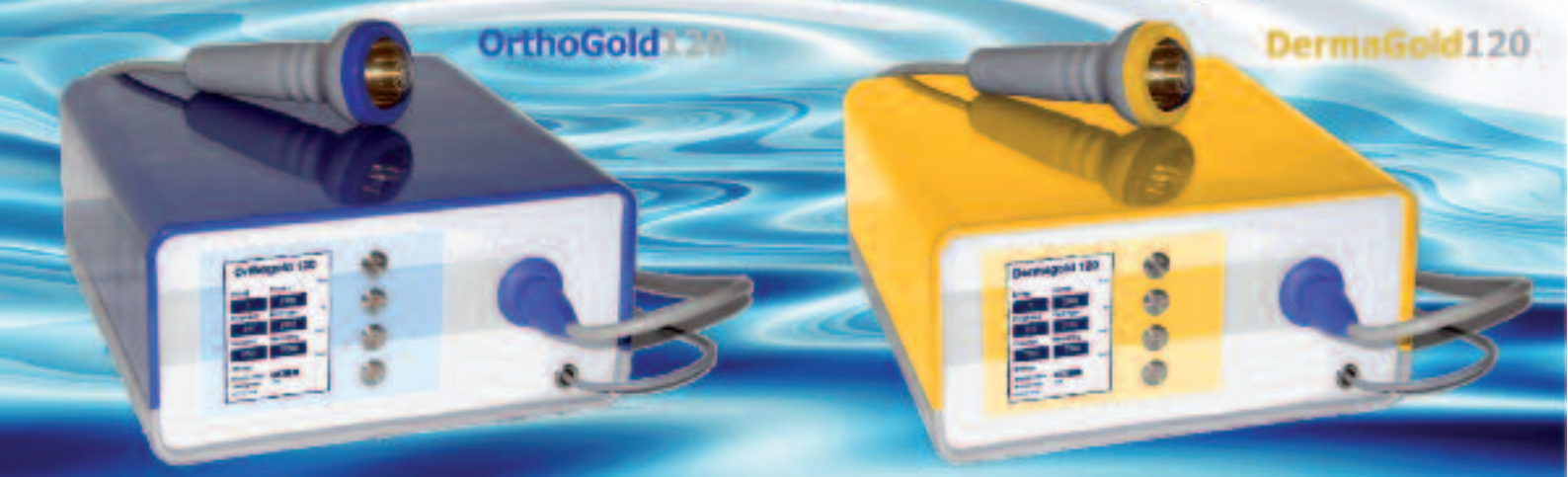
- Sperimentazione FDA (Food and Drug Administration) per il trattamento, con il sistema **DERMAGOLD**, delle ferite subite da militari nel corso di operazioni belliche. Per questo studio sono stati stanziati 10 milioni di dollari dal Congresso U.S.A. (*2007 Walter Reed Army Medical Center, Washington D.C.*).
- Ammissione alla procedura **FDA** per la commercializzazione negli Stati Uniti del prodotto ORTHOGOLD 280, sistema per il trattamento con onde d'urto di pseudoartrosi e ritardi di consolidazione.
- Sperimentazione e ricerca per la rigenerazione del tessuto miocardico infartuato. (*2007 Allgemeinen Krankenhaus , Vienna*)
- Primi trattamenti, con onde d'urto dell'infarto miocardico umano durante intervento di chirurgia a cuore aperto. *(2008 University of Vienna).*

HMT High Medical Technologies S.r.l., leader nel mercato di sistemi ad onde d'urto in Italia, è in grado di offrire una gamma completa di apparecchi di litotrissia ad onde d'urto focali per uso ortopedico, dermatologico e urologico.

I nuovi sistemi portatili della serie 120 rappresentano la più recente evoluzione della tecnologia elettroidraulica che uniti all'efficacia clinica ed al più basso indice di ritrattamento caratterizzano i prodotti commercializzati da HMT. La serie 120 si avvale di nuove teste terapeutiche più ergonomiche e maneggevoli oltre ad un nuovo software operativo su display LCD a colori.

OrthoGold 120, con una dotazione di quattro teste terapeutiche con diversi range di penetrazione focale è dedicato al trattamento delle patologie ortopediche quali tendiniti, epicondiliti, epitrocleiti, fascite plantare, pubalgie, borsiti e contratture muscolari.

DermaGold 120, dotato di una testa terapeutica speciale, a focalizzazione attenuata con ampio diametro del volume focale e a bassa densità di flusso di energia, è un sistema dedicato alla terapia di patologie dermatologiche quali ulcere venose, ulcere del piede diabetico, ferite da traumi, Piaghe da decubito e ritardi di guarigione delle ferite chirurgiche;



VI ASPETTIAMO AL 13° CONGRESSO INTERNAZIONALE DI ONDE D'URTO ISMST - SORRENTO 1 - 4 Aprile 2009

International Society for Medical Shockwave Treatment - www.ismst.com

Leader nel mercato dei sistemi ad onde d'urto

La serie 100, caratterizzata da un design esclusivo, è il risultato della più recente tecnologia ASWT (Advanced Shock Wave Technology), che garantisce onde d'urto perfettamente costanti per una qualità di trattamento ottimale. Lo schermo touch-screen e l'innovativo sensore touch-wheel assicurano una semplice e intuitiva interfaccia con l'operatore.

OrthoGold 100, per le applicazioni ortopediche, dispone di due teste terapeutiche rispettivamente ad alta focalizzazione per le patologie muscolo-scheletriche e a bassa focalizzazione per la terapia dei trigger points.

DermaGold 100 è un sistema specificatamente progettato per l'utilizzo in Dermatologia, Vulnologia, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva. E' dotato di una speciale testa terapeutica a larga focalizzazione che permette di trattare, con evidenti risultati clinici, un'ampia gamma di patologie dermatologiche (quali piaghe da decubito, ulcere e ferite estese).

OrthoGold 280 è un sistema ad alta energia per la terapia con onde d'urto ideato per trattare efficacemente tutta la gamma delle patologie ortopediche, da quelle del tessuto osseo (Pseudoartrosi, Ritardi di consolidazione, Osteocondrosi dissecante, Necrosi avascolare della testa del femore) a quelle del tessuto muscolo tendineo. **OrthoGold 280** assicura pieno successo nella terapia delle patologie ossee con un unico trattamento. I risultati clinici sono supportati dalla più vasta e valida ricerca scientifica.

hmt

Per approfondimenti sulla terapia con onde d'urto visita www.ondedurto.org

HMT High Medical Technologies
Viale F. Caprilli 11 - 20148 - Milano
Per informazioni:
Tel. 0248713447 email: mail@hmt.it

TRT
Tissue Regeneration Technologies

a cura del Prof. **Claudio Ferraro**

LA SCOLIOSI IDIOPATICA *adolescenziale*

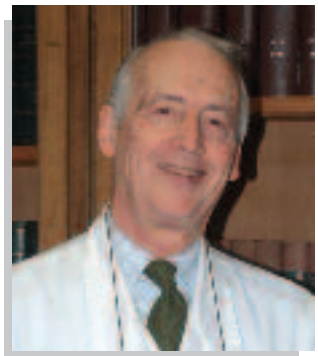
Una deformità della colonna vertebrale che si evidenzia dai 10 anni e progredisce durante lo sviluppo puberale

Se la prende soprattutto col gentil sesso, colpendo 4 femmine per ogni maschio. Comprese le forme lievi, riguarda circa il 2-3% degli adolescenti. Parliamo della scoliosi idiopatica adolescenziale, una deformità della colonna vertebrale che si evidenzia dai 10 anni in poi e progredisce durante lo sviluppo puberale. Perlopiù interessa il piano frontale, ragion per cui la colonna vertebrale cresce incurvandosi di lato. La curvatura della colonna comporta asimmetrie della schiena e dei fianchi, nonché lo slivellamento delle spalle. In caso di scoliosi idiopatica adolescenziale inoltre è tipico che la colonna si sviluppi torcendosi attorno al suo asse verticale. Di conseguenza le costole sono spinte a crescere all'indietro su di un lato, dando origine al "gibbo", una salienza posteriore della schiena adiacente alla colonna vertebrale.

La diagnosi precoce è fondamentale ai fini della cura. Accorgersi delle anomalie compete in primis al pediatra, al medico di base e a quello sportivo. Con un sospetto diagnostico di scoliosi idiopatica l'adolescente viene rinviato allo specialista: ortopedico o fisiatra. Spetta a questi medici l'onere della diagnosi, ricorrendo all'indagine radiografica della colonna. La radiografia infatti consente di misurare in gradi la curvatura laterale.

L'intervento strategico da adottare dipende dall'entità della curvatura. Fino a 20° è utile ricorrere alla ginnastica medica o cinesiterapia. Recenti studi la ritengono efficace per contrastare e ritardare la progressione della scoliosi, purché fatta in maniera continuativa. Essendo "idiopatica", ovvero non conoscendone la causa, è difficile suggerire esercizi specifici di ginnastica medica. Ma tali esercizi debbono riguardare la sfera dell'equilibrio e della coordinazione motoria, andando a rinforzare i muscoli che sostengono la colonna.

Oltre i 20° è bene ricorrere al corsetto correttivo, movibile. Solo con la ginnastica si rischierebbe una progressione della deformità, che purtroppo nelle forme più severe non si può completamente escludere nemmeno con l'uso del corsetto. Una curvatura superiore ai 50°, deve essere trattata chirurgicamente, per non causare importanti limitazioni funzionali della colonna in età adulta. L'operazione consiste nel prelevare dei trapianti di osso dal bacino, che vengono sistemati tra le vertebre interessate dalla scoliosi. In attesa che si formi un collo osseo unico, vengono applicate delle aste metalliche, utili a correggere stabilmente la curvatura della colonna. Oggi raramente si ricorre al gesso o busto inamovibile, mal tollerato dagli adolescenti. Lo si fa solo per curve severe, già in odore di intervento. ■



Il Prof. ***Claudio Ferraro,***
Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche presso Università degli Studi di Padova Sezione Clinica Ortopedica.
Il professore è rintracciabile presso l'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera Università di Padova, Via Giustiniani 3 - 35128 Padova.
Oppure telefonicamente ai seguenti numeri: 049.8213353 (studio); 049.8213330 (portineria della Clinica Ortopedica); 049.8756158 (segreteria didattica).
E-mail: claudio.ferraro@unipd.it

Claudio Ferraro, chi è?

Il dottor Claudio Ferraro, classe '42, si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova nel 1969 con punti 110 su 110 e la lode. Successivamente si è specializzato in Ortopedia e Traumatologia nel 1973, e in Medicina Fisica e Riabilitazione nel 1979. Ha preso l'idoneità a Primario di Rieducazione Funzionale dei Motulesi e dei Neurolesi nella sessione di esame del 1989. Dal 1973 al 1986, è Assistente universitario di ruolo di Ortopedia e Traumatologia presso la Clinica Ortopedica dell'Università di Padova. Dal 1986 fino al settembre 2007, è Dirigente medico II livello presso l'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera dell'Università di Padova. Dal 1985 è Professore Associato in Medicina Fisica e Riabilitativa (MED 34) presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova. Oggi è Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera – Università di Padova.

a cura di **Massimo Pulin, Tecnico Ortopedico**

I CORSETTI
nel trattamento della scoliosi

L'evoluzione dei corsetti ha subito negli ultimi anni un enorme balzo in avanti in senso migliorativo e nei contenuti; che comunque ha portato a una realizzazione dei corsetti molto più ergonomici. Il compito del tecnico ortopedico è realizzare il corsetto dopo prescrizione del medico specialista il quale dopo attenta visita indica il corsetto più idoneo al quel tipo di scoliosi.
L'esperienza che abbiamo accumulato in questi anni mi ha permesso anche di avere un senso critico nelle ortesi che più comunemente realizziamo. I corsetti moderni hanno beneficiato dei progressi dopo la seconda guerra mondiale.

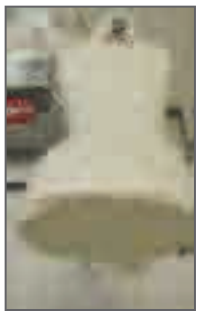
- Nel 1945 Blount e Schmidt propongono il Milwaukee.
- Nel 1949 Stagnara realizzo' la prima ortesi polivalve regolabile in cuoio ed acciaio.
- Nel 1960 sempre stagnarà realizza il primo corsetto in plastica denominato Lionese.

E poi gli altri corsetti di concezione moderna come il Boston, lo Cheneau e così tanti altri corsetti.
Tre modi di azione sono stati ricercati dagli ortesisti:

1. La trazione nell'asse della colonna sia per elongazione al livello cefalico; o per sospensione cefalica, o per estensione tra un appoggio pelvico ed uno contro appoggio sotto ascellare. La trazione nell'asse è efficace nelle forme di scoliosi di grande angolazione, è limitata sulle curvature di piccolo angolo.
2. L'inflessione laterale per cinghia o placca di appoggio laterale agisce sulle vertebre tramite le coste o le trasversi lombari. Ad ogni appoggio corrisponderanno talvolta due contro appoggi Oppositori difficili da ottenere a livello toracico alto. L'inflessione laterale è più efficace nelle curvature di debole angolazione.
3. La derotazione si esercita vicino al corpo vertebrale, ha l'inconveniente di favorire il dorso piatto. Può essere ottenuta al livello lombare in posizione bassa tramite un appoggio paravertebrale sulle trasverse della convessità.

Per realizzare un corsetto si parte da un calco gessato (figura 1), il quale viene poi riempito di gesso, lasciato ad asciugare viene poi stilizzato (figura 2) in maniera tale da scaricare i punti, quali le salienza ossee e togliere materiale dove andremo a realizzare le spinte correttive. In base al tipo di corsetto che dobbiamo realizzare anche la stilizzazione avviene in maniera diversa.
La termoformazione è la fase in cui in base al tipo di corsetto andiamo a immettere nel forno la plastica da modellare sul calco di gesso positivo. Il taglio del corsetto nel caso dei corsetti con appoggio sottoascellare (cheneau) avviene sempre partendo da altezze rilevate sul foglio misure, mentre nel caso del lionese il montaggio dei montanti laterali e delle barre articolate laterali sono determinati dalla termoformazione delle placche in plexiglas (figura 4).
La parte più importante è la prova e consegna del corsetto che ritengo debba essere fatta nella stessa giornata se possibile , e soprattutto in casi di scoliosi importanti (figre 5 e 6).
Una parte fondamentale alla consegna del corsetto è dare indicazioni nell'uso del corsetto, ed è per questo che è fondamentale dare alla famiglia uno schema dettagliato sulle precauzioni, tempi dei controlli tecnici ed indicazioni che riguardano l'alimentazione, pulizia e tante altre piccole cose che dal lato pratico possono alleviare il ragazzo/a ad utilizzare il busto. ■

1


2

3

4

5

6

BIOTRON:
"l'angelo custode" della Sanità

Assicura assistenza tecnica e manutenzione H24 in Emilia Romagna, nel Triveneto e le Marche

Assolve al ruolo di "angelo custode" di quelle strutture sanitarie pubbliche o private che necessitano di assistenza tecnica in caso di guasti ad apparecchiature o manutenzioni. Ad ingaggiare la Biotron s.r.l. di Bologna, nata nei primi anni Ottanta, sono gruppi importanti e conosciuti nel panorama nazionale e internazionale, mai concorrenti tra loro. Aziende che, dopo aver fornito una strumentazione, necessitano di professionisti in grado di monitorare 24 ore su 24 lo stato della macchina, capaci di intervenire con tempestività ed efficacia in caso di rottura. "Fondamentale nel nostro lavoro è la serietà e la velocità con cui lo svolgiamo: da qui nasce la fiducia delle aziende che continuano a rinnovarci la collaborazione", sottolinea Walther Monti, direzione commerciale e tecnica della Biotron. Nella loro zona di competenza sono poche le agenzie che svolgono l'attività di assistenza, e non tutte hanno scelto di specializzarsi. "Fare troppo non sempre diventa produttivo – aggiunge il signor Monti – noi abbiamo scelto di concentrarci in alcuni settori: li abbiamo studiati nel dettaglio, ci siamo preparati e oggi siamo in grado di coprire, oltre all'Emilia Romagna, il Triveneto e le Marche con ben venticinque tecnici". Il personale dipendente è altamente qualificato e, grazie ad una pluriennale esperienza nel settore ospedaliero, è capace di eseguire assistenza tecnica e installazioni su un ampio campo di apparecchiature della Radiologia, il Laboratorio analisi, la Cardiologia e gli Elettromedicali in genere. Inoltre, la Biotron esegue verifiche di sicurezza elettrica e manutenzione preventiva su un vasto numero di strumentazioni, effettua controlli, sostituzione di filtri, decontaminazione su cappe a flusso laminare, chimiche e aspiranti. Ma come agisce? In due modi sostanzialmente. Per quelle aziende che lo hanno richiesto, la Biotron fornisce un "presidiante" e un servizio H24, vale a dire un tecnico che vive, per così dire, accanto alla strumentazione, pronto ad agire subito in caso di necessità. In questo momento sono nove i cosiddetti "presidianti" che l'azienda bolognese ha sul campo veneto e non solo. Si tratta soprattutto di Ulss che hanno bisogno di tempestività, nel caso un macchinario si fermi all'improvviso. Una corsa contro il tempo, dove appunto diventa fondamentale che sul posto ci sia già una persona qualificata e capace di intervenire. Per le aziende che non lo hanno richiesto, il "presidiante" non c'è, ma questo non significa che l'intervento non venga effettuato con la celerità e la prontezza che sono proprie della Biotron. In tal caso, la chiamata di richiesta di assistenza viene presa da un call center opportunamente formato che avvisa immediatamente il tecnico pronto ad intervenire in tempi rapidi. "Siamo sempre pronti – afferma Monti – del resto, la sanità non si ferma mai". ■

*Nelle due immagini di questa pagina: sopra, il marchio della **Biotron S.r.l.**; sotto, la Home-Page del sito internet aziendale*

Per ulteriori informazioni
BIOTRON S.r.l.
40054 Budrio (Bologna), Via Avati 43
Telefono: 051.6920277
Fax: 051.803642
http://www.biotron.it

pubblicità redazionale

a cura del Dr. **Francesco Peruzzi**

LA COLONNA VERTEBRALE
e i suoi punti deboli

La "scoliosi": anomala curvatura laterale della colonna vertebrale

La colonna vertebrale è una molla fatta a S, composta di ventisei vertebre tra le quali si interpongono i dischi intervertebrali, che hanno la funzione di assorbire gli urti. La colonna sostiene il corpo, forma una struttura di sospensione per gli organi interni e protegge il midollo spinale ed i nervi dagli insulti compressivi. Con il termine "scoliosi" si indica l'anomala curvatura laterale della colonna vertebrale sul piano frontale. La scoliosi infantile (prima dei 4 anni), si risolve da sola nella maggior parte dei casi, mentre quella giovanile, fra i 4 e i 10 anni, tende invece a progredire. La scoliosi dell'adolescente, infine, individuata tra i 10 anni e l'età della maturità scheletrica, è la forma di scoliosi più frequente, non ha generalmente una causa specifica e colpisce le femmine più dei maschi.

Perché fare a un giovane un esame radiografico della colonna nei casi di scoliosi? Per escludere che sia causata da alterazioni della forma delle vertebre e per misurare l'angolo di scoliosi, che è importante per scegliere il trattamento, che va dalla semplice intensificazione dell'attività motoria, alla ginnastica posturale, alla ginnastica correttiva, fino al trattamento attivo con corsetto o chirurgia. I dolori vertebrali che compaiono nei giovani, al dorso, sono spesso dovuti a un'alterazione benigna, a componente degenerativa, della colonna vertebrale, nota come malattia di Scheuermann, che può evolvere e causare un aumento della curvatura del dorso.

L'esame radiografico della colonna vertebrale e, quando necessario, la risonanza magnetica (RM), permettono di fare diagnosi e di tranquillizzare il paziente. Nel corso degli anni, complici la cattiva o obbligata postura che altera la posizione e la meccanica delle vertebre, il sovrappeso, la predisposizione famigliare e altro, si può instaurare un'alterazione prevalentemente degenerativa della colonna vertebrale, l'artrosi, che può manifestarsi con dolore e rigidità. L'esame radiografico della colonna mostra bene le alterazioni ossee, fa individuare quali parti delle vertebre sono interessate e aiuta a scegliere il trattamento più conveniente per ciascun paziente. La RM e la TC mostrano le alterazioni degenerative dei dischi intervertebrali, meglio evidenziano le alterazioni ossee e fanno riconoscere una complicanza invalidante come il restringimento (stenosi) del canale vertebrale. Il mal di schiena a insorgenza improvvisa, o anche quello cronico, spesso irradiato al gluteo o all'arto inferiore, è un evento frequente sia nei giovani sia nelle persone di media età, che può essere causato da un'ernia discale.

La risonanza magnetica permette un'ottima visualizzazione dell'ernia discale, della sua sede e delle sue caratteristiche e dimensioni e dell'eventuale compressione delle radici nervose. L'esame RM non comporta l'uso di radiazioni ionizzanti e può essere fatto con apparecchiature "aperte" che evitano la sensazione di claustrofobia. Il mal di schiena dell'anziano invece può essere causato da una frattura vertebrale dovuta all'osteoporosi.

La diagnosi di osteoporosi è possibile con la Densitometria Ossea, che consente di individuare le persone a rischio di frattura vertebrale o del femore e di istituire un trattamento preventivo. ■

*Il Dr. **Francesco Peruzzi**, medico radiologo e membro della Società Europea di Radiologia Scheletrica*

CENTRO SPECIALISTICO
di Oderzo

Nella foto sopra,
Rolando Furlan

Gentile Lettrice, caro Lettore,
sono Rolando Furlan titolare del Centro Specialistico di Oderzo.

Centro specialistico è il laboratorio odontotecnico che corre a stretto contatto con l'odontoiatra e le sue sfide quotidiane.

Sorge naturale chiedersi come sia possibile supportare al meglio queste sfide. La risposta più appropriata è: avere un buon prodotto.

Un prodotto è reso valido quando gli standard operativi che lo rendono individuale, funzionale, estetico e sicuro sono rispettati.

Per la nostra Azienda queste esigenze unite al servizio di ritiro/consegna su vasto raggio d'azione sono elementi chiave nella missione quotidiana.

Negli ultimi anni ci siamo adoperati affinché le nuove tecnologie quali **Cad/Cam**, **Laser sinterizzazione** e la non nuova **Elettrodeposizione** applicata a materiali altamente estetici diventassero partner indispensabili per la produzione di protesi dentarie atte a riabilitare difetti in modo **totale** o **parziale**.

Questo nostro modus operandi ci consente di avere un'alta possibilità di successo nonché di soddisfazione da parte del clinico ma anche e soprattutto da parte del paziente.

Impegno, affidabilità e risultato sono le pietre miliari del nostro lavoro.

Per maggiori informazioni sono a vostra disposizione ai seguenti recapiti:
telefono e fax, **0422.852082**; oppure via e-mail, **rolando.furlan@virgilio.it**.

Cordialmente
Rolando Furlan

Nella foto al lato:
la "equipe di lavoro" ripresa in una foto all'interno del
Centro Specialistico *di Oderzo*

pubblicità redazionale

a cura del Dr. **Walter Di Fulvio**

IMPLANTOLOGIA MININVASIVA:

una procedura standard in Programma Boccasana

Quando il paziente presenta sufficiente gengiva aderente, è possibile eseguire il posizionamento degli impianti senza ferita, senza bisturi e senza suture

Le tecniche chirurgiche sono in continua evoluzione così come le metodiche di riabilitazione implantologica rincorrono i progressi tecnologici sia nell'ambito diagnostico ed applicativo sia per quanto riguarda l'uso di nuovi materiali biocompatibili. La costante ricerca e sperimentazione di innovative superfici di contatto e di forme implantari più ritentive hanno reso possibile ed attuabile il carico immediato sugli impianti appena inseriti, dando al paziente una funzionalità completa ed un'estetica eccellente subito dopo la fase operatoria. Quando il paziente presenta sufficiente gengiva aderente nel sito edentulo, è possibile eseguire il posizionamento degli impianti senza neppure aprire un lembo, cioè senza ferita, senza bisturi e senza suture. Questa tecnica di chirurgia mininvasiva (flapless) consente al paziente una ripresa immediata delle proprie attività sociali, limitando l'infiammazione postoperatoria ed evitando il fastidio e l'imbarazzo della tumefazione e dell'ematoma. Negli ultimi anni si sono sviluppate metodiche diagnostiche sempre più attendibili e dettagliate che consentono di eseguire una pianificazione precisa dell'intervento chirurgico, garantendo al paziente la massima sicurezza e la migliore cura dell'estetica. Tutto ciò è reso possibile dalla ricostruzione virtuale al computer dell'anatomia ossea del paziente, ottenuta attraverso la rielaborazione informatica delle scansioni di una Tac dei mascellari. Lavorando sulle immagini tridimensionali dell'anatomia ossea reale si può simulare al computer l'inserzione degli impianti in varie posizioni diverse fino a trovare una collocazione ideale per quella specifica riabilitazione. Una volta realizzata al computer la pianificazione desiderata si potrà costruire, con la tecnica cad/cam, una guida chirurgica in resina dura con dei fori rivestiti da cilindri metallici, che fungono da tragitto obbligato per l'inserzione degli impianti, la cui posizione e profondità saranno esattamente le stesse realizzate virtualmente al computer. Tale metodica consente l'uso della chirurgia flapless con estrema sicurezza e precisione, riducendo sensibilmente i tempi operatori, evitando al paziente grandi disagi postoperatori ed offrendo la possibilità di uno sfruttamento immediato delle viti inserite. L'obiettivo finale di fornire al paziente una funzione masticatoria idonea ed ottimale si accompagna alla ricerca di un'estetica del sorriso ideale, in una cornice di tessuti periorali freschi e distesi, corretti se necessario con l'ausilio di fillers biocompatibili. Le tecniche operatorie e le riabilitazioni protesiche descritte ed illustrate sono comprese e proposte dal Programma Boccasana (www.programmaboccasana.it), nell'intento di rendere più accessibile ai cittadini edentuli e portatori di dentiere il ricorso ad un restauro su impianti e con un sorriso senza imbarazzo. ■

Nella foto sopra, il Dr. ***Walter Di Fulvio***

Per informazioni
Telefono: **199.199.059**
Sito internet: **http://www.programmaboccasana.it**

Nelle 4 foto sopra:
la simulazione e l'analisi del caso al computer,
la simulazione dell'inserimento degli impianti con tecnica nobelguide,
la simulazione di consegna protesi dopo inserimento impianti.
A destra, in alto: *esempi di protesi fissa a 2 impianti e a 4 impianti.*
Sotto, a destra: *esempi di riabilitazione protesica su impianti.*

a cura di **Franco Sarto**

TEST ANTI-DIPENDENZE
per contrastare gli incidenti sul lavoro

Non ci sono solo le stragi del sabato sera

È vero che si continua a morire per strada, ma questi incidenti non succedono solo durante il weekend e non mietono solo vittime giovani. Si muore per strada anche mentre si sta lavorando, pensiamo ad esempio ai camionisti. A perdere la vita non è sempre e solo il conducente del mezzo, talvolta vengono coinvolte nel drammatico incidente anche altre persone: donne, uomini e bambini, famiglie intere!

In una quota non indifferente di casi si è constatato che il vero nemico degli incidenti, accanto all'alta velocità o alla distrazione, è l'abuso di sostanze psicoattive, droghe, ma anche alcol. Per arginare questi eventi tragici, il Coordinamento Stato/Regioni, con il Provvedimento n. 99 del 30 ott. 2007, ha reso operativa la Legge n. 131/2003 sull'accertamento di assenza di tossicodipendenza; l'articolo 41, comma 4 del Decreto Legislativo 81/2008 riprende questo tema e ne pone i relativi adempimenti in capo al datore di lavoro. È quindi il datore di lavoro, che ha le mansioni previste dall'allegato 1 del Provvedimento, che deve dotarsi di un medico competente che esprima il giudizio di assenza di tossicodipendenza prima di adibirlo alle mansioni specifiche. Tra le mansioni più frequenti che necessitano di questo esame si ricordano: ***gli addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci; i conducenti di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria C, D, E e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose; gli addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti, gli operatori e i responsabili della produzione, del confezionamento, della detenzione, del trasporto e della vendita di esplosivi***.

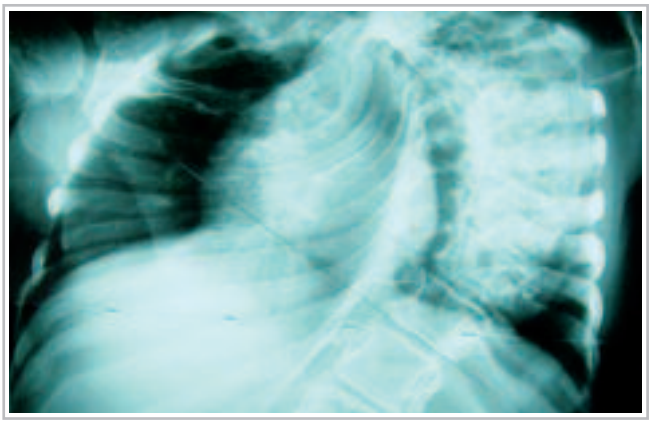
Dopo aver individuato i lavoratori che svolgono mansioni di questo tipo, il datore di lavoro deve comunicare l'elenco al medico competente, che deve accertare la loro idoneità con visita preventiva e periodica annuale e con opportuni test di laboratorio su campioni di urina che escludano l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope. Il prelievo può essere effettuato dal Sert (per es. il Sert di Padova si è reso disponibile) o anche da altri laboratori pubblici e privati accreditati. In caso di negatività dei test, il medico esprime il giudizio di idoneità. In caso di positività o di risultati dubbi, invece, vengono effettuati altri accertamenti e, nel caso si verifichino le condizioni, viene attivato un percorso di terapia e riabilitazione. ■

*Nella foto, **Franco Sarto**, Direttore Spisal Ulss 16 di Padova*

Nella foto a destra, una foto di repertorio che mostra un grave incidente stradale sul lavoro

ORTHOMEDICA principalmente è rivolta alla realizzazione apparecchi ortopedici su misura come i corsetti per il trattamento della scoliosi, non tralasciando la costruzione di calzature su misura, tutori per arto inferiore e plantari personalizzati. Orthomedica fornisce due tipologie di clienti:

- **Cliente pubblico** (A.S.L., Case di cura) che attraverso il sistema sanitario nazionale provvede a fornire agli aventi diritto i dispositivi medici;
- **Cliente diretto**, ciò il paziente che utilizzerà il dispositivo fornitogli dall'ortopedia.



VARITEKS
PODartis
Ortomed doo

ORTHOMEDICA Specializzati nella costruzione di corsetti ortopedici

ORTHOMEDICA
SEDE LEGALE PADOVA

ORTHOMEDICA SRL
OFFICINA ORTOPEDICA
Via Savelli, 25
35129 - Padova (Italy)
Telefono +39 049.78.08.125
Fax +39 049.79.27.899
E-mail info.orthomedica@orthomedica.it

FILIALE VERONA
Stradone S. Lucia, 39/L
37100 - Verona (Italy)
Telefono +39 045.82.00.444
Fax +39 045.82.00.855
E-mail verona@orthomedica.it

FILIALE TRIESTE
Via Lionello Stock, 2/2A
34100 - Roiano, Trieste (Italy)
Telefono +39 040.41.10.28
Fax +39 040.42.60.200
E-mail trieste@orthomedica.it

FILIALE MONTEBELLUNA
Via Monte Val Bella, 2
31044 - Montebelluna - Treviso (Italy)
Telefono e Fax +39 0444.92.84.38
E-mail montebelluna@orthomedica.it

FILIALE VICENZA
Viale Rodolfi F., 36
36100 - Vicenza (Italy)
Telefono e Fax +39 0444.92.84.38
E-mail vicenza@orthomedica.it

Specializzati nell'Ortopedia su Misura

www.orthomedica.it

a cura di **Camillo Norbiato**

MEDICINA SPORTIVA:
radici e futuro

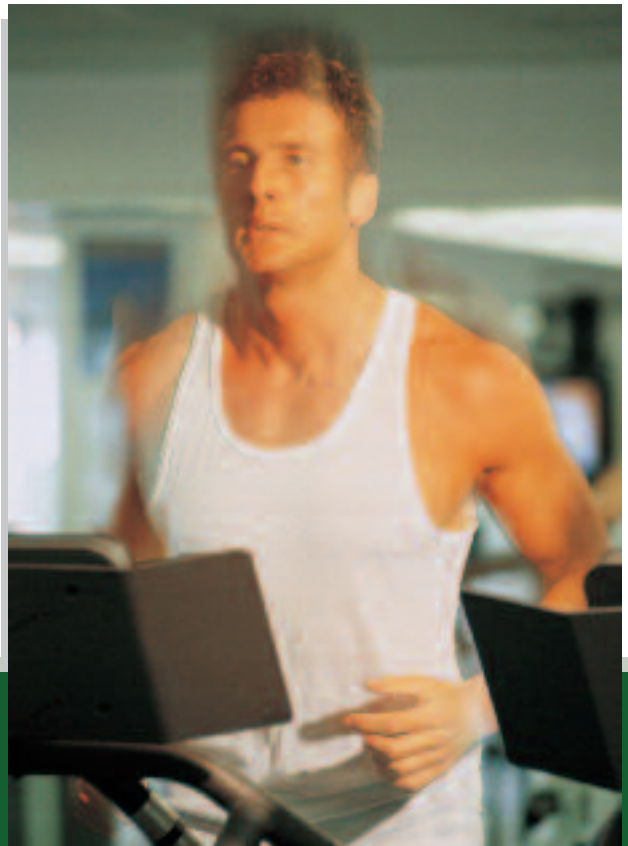
Dalle prime ricerche medico sportive del 1925 alla "prevenzione"

Le prime ricerche medico sportive risalgono al 1925 e già nel 1930 il CONI (Comitato Olimpico nazionale Italiano) approvava il 1° statuto della FMSI. Numerose disposizioni legislative hanno regolato nel tempo l'azione del medico dello sport, qualificandone principalmente la funzione preventiva.
Attualmente la medicina dello sport si occupa di:

1) trattamento dei problemi medici relativi all'attività fisica ed allo sport e tutela della salute dello sportivo;
2) ottimizzazione della performance degli atleti;
3) prescrizione dell'esercizio fisico come prevenzione, cura e riabilitazione;
4) promozione della salute pubblica.

Spesso, da parte dei genitori, familiari e dirigenti sportivi ci si sente richiedere il motivo per cui debba essere consultato un medico per un soggetto che "sta bene". La risposta, banale ma sincera, può essere: "perché si vuol bene al figliolo e non si vorrebbe che, per attuare uno sport, andasse incontro a problemi fisici nel futuro".
Ma, allora, lo sport può far male? Per rispondere a questa interrogazione è necessario ricordare alcuni elementi propri di ogni gesto sportivo.
È comprovato che l'attività fisica, anche competitiva, è indispensabile in quanto favorisce l'adeguamento dei vari apparati corporei, oltre che preparare il soggetto alla vita. Basta tener conto che nelle centinaia di migliaia di anni che sono occorsi per l'evoluzione umana, solo il movimento ha consentito all'essere umano di svilupparsi e progredire. È sufficiente pensare al bisogno di movimento di un bambino per regolare le sue funzioni neuromuscolari indispensabili per la vita corretta. Negli ultimi decenni, il medico sportivo si è preoccupato principalmente di valutare l'idoneità o la non idoneità ad un'attività sportiva, sia essa agonistica o meno. E tutto ciò avvalendosi di accertamenti medici diretti, dell'ausilio di analisi di laboratorio o di una collaborazione fra vari specialisti. Ora esiste un altro grande campo in cui viene impegnato il medico sportivo: quello della prevenzione, cura e riabilitazione delle possibili lesioni causate da un addestramento sportivo, mediante l'attuazione di esercizi fisici appropriati. Un impegno notevole dovrà essere assunto dal medico sportivo se si vorranno raggiungere gli obiettivi che la Federazione indica come prioritari per lo sviluppo corretto di un ragazzo. Lo si può far rinunciare piuttosto a un dolce o a un giocattolo, ma non al movimento. Quando si parla di prevenzione si ha l'impressione di essere una persona poco gradita, ma spero che il bene dei nostri giovani sia sempre un valore fondamentale per la famiglia, il medico e il legislatore. ■

Sopra, Dr. ***Camillo Norbiato****, Presidente Commissione Regionale d'Appello Medicina Sportiva*



LA SCHERMA AZZURRA
abbraccia l'Hilterapia®

La Federazione nazionale di Scherma dalle Olimpiadi di Pechino della scorsa estate, ha fornito allo staff medico HIRO, macchina indispensabile per irradiare **Hilterapia®**, nuova cura per dolori osseo tendineo muscolari incentrata sul raggio laser Nd: YAG pulsato, frutto degli studi del prof. Leonardo Masotti, Ordinario di Ingegneria Elettronica all'Università di Firenze, grazie alla quale molti atleti – di differenti discipline sportive – dal rugby al calcio passando a quelle individuali, come la scherma, sono stati rimessi in forma o curati in tempi rapidi.
Lo staff medico degli azzurri di scherma, coordinato dal dr Alessandro Pagliaccia, ha usato in Cina Hiro in formato "miniaturizzato" per averlo sempre a disposizione negli spazi ridotti delle sale di scherma e usarlo negli allenamenti precedenti le sessioni agonistiche, nelle sedute di richiamo sull'atleta e nelle intense giornate di gara.
La scherma è tra gli sport che più mette in movimento il corpo in modo asimmetrico e che determina elevate sollecitazioni sulle articolazioni degli arti inferiori e, soprattutto, sulla colonna vertebrale. "Rispetto ad altre discipline sportive, gli eventi traumatici diretti sono fortunatamente rari, ad eccezione di quelli muscolari" – precisa il Dott. **Alessandro Pagliaccia** responsabile del settore medico della Nazionale di Scherma –.
"In questo sport i problemi sono rappresentati da patologie croniche, infiammazioni tendinee o muscolari, sofferenze delle articolazioni, della colonna vertebrale, dei dischi intervertebrali e dei muscoli lungo la colonna. Per i nostri atleti la **Hilterapia®** viene utilizzata sia a scopo preventivo, che riabilitativo. Con l'approccio preventivo andiamo a stimolare l'attività muscolare cercando di aumentarne la vascolarizzazione con l'intento di prevenire eventuali lesioni durante l'attività" – sottolinea il dott. Pagliaccia –. "L'impiego principale della **Hilterapia®** riguarda la riabilitazione che è d'aiuto per curare il danno e per recuperare l'atleta in tempi brevi".
Hilterapia® – certificata dal FDA (Food and Drug Administration) statunitense, evento raro per un'apparecchiatura ideata e realizzata in Italia – ha al suo attivo molti studi clinici che attestano la sua intensa attività biostimolante, antinfiammatoria e antidolorifica, che penetra in profondità, senza provocare effetti termici indesiderati. ■

pubblicità redazionale

Workshop Care risponde alle vostre esigenze selezionando solo prodotti delle migliori marche che rispondono agli standard più elevati.
Ciò garantisce risultati certi per soddisfazione vostra e di chi sceglie di farsi curare da voi.
Le metodiche di cui Workshop Care si occupa sono: laserterapia, magnetoterapia, elettrostimolazione, Tecarterapia®, elettroterapia, onde d'urto.

Formazione

Workshop Care è attenta alle necessità formative del proprio personale, dei propri collaboratori e dei propri clienti. L'approfondita conoscenza e l'utilizzo delle apparecchiature richiedono anche un aggiornamento continuo sulle ultime novità offerte dal mercato.

Servizi e Assistenza

- Verifiche funzionali;
- Verifiche di sicurezza CEI 62-5;
- Contratti di manutenzione personalizzati;
- Assistenza all'acquisto.

800-628-772

WORKSHOPCARE
www.workshopcare.com

Workshop Care s.r.l.
Via Fiande, 2/b
34071 Cormòns (GO) - I

T +39 0481 60328
F +39 0481 831632
E info@workshopcare.com

WORKSHOP CARE DISTRIBUISCE E VENDE IN VENETO E FRIULI VENEZIA GIULIA:

TECAR®
La Tecar® è una forma avveniristica di terapia considerata novità assoluta nel mondo della prevenzione degli infortuni e della riabilitazione.

COMPEX®
Apparecchiature di elettrostimolazione per il trattamento del dolore, il rafforzamento muscolare e la riabilitazione.

ASA
Le più innovative tecnologie in Laserterapia: Hilterapia® e MLS Terapia. Gamma completa per la Magnetoterapia.

HOSAND
Società che sviluppa strumenti intelligenti per la misurazione di parametri fisiologici, rilevazione della Frequenza Cardiaca in Telemetria, Adipometro digitale.

CHATTANOOGA
Apparecchiature per Elettroterpia ed Ultrasuoni, Lettini Elettrici per Manipolazione e Chiropratica.

TECNOBODY
Sistemi per la valutazione e la rieducazione motoria, Pedane Propriocettive e Stabiometriche, Valutazione e Riabilitazione Spalla.

EMS DOLORCLAST®
Azienda Svizzera, leader mondiale nella produzione di apparecchiature per la Terapia ad Onde d'Urto che tratta patologie dell'apparato muscolo scheletrico.

Tecar · compex · ASA · hosand. · Chattanooga Group · TecnoBody · EMS

di **Antonella Prigioni**

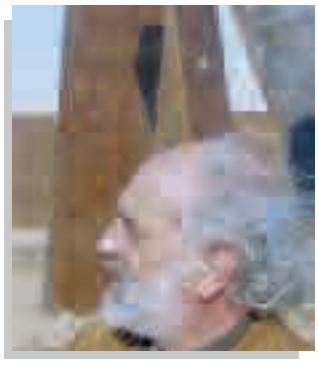
IL RACCONTO DI ELIO ARMANO: *un ospedale in Mali*

Un gruppo di padovani, in aiuto al Paese più povero del mondo

La missione è compiuta, l'operazione continua. La missione è quella compiuta da un gruppo di padovani che è riuscito, in meno di un anno, a costruire, in un villaggio impervio del Mali, in Africa, un centro di primo intervento sanitario. Un piccolo ospedale. L'inaugurazione di quello che può essere considerato una sorta di miraggio, è avvenuta l'8 febbraio alla presenza dei diciannove benefattori che hanno creduto in questo progetto. E sono arrivati nel villaggio carichi di medicine e attrezzature sanitarie. Tra i componenti della spedizione c'era anche Elio Armano, artista e politico veneto.

"Il Mali è uno dei Paesi più poveri del mondo, se non addirittura il più povero". È un Paese straordinario, di una bellezza incredibile per varietà di luoghi e culture. A nord c'è Timbouctou, al centro il Delta interno di uno dei fiumi più grandi del mondo, il Niger. In Mali ci sono città favolose come Djenne, la città con la mitica moschea di fango. In Mali si svolge il Festival di musica acustica etnica e contemporanea, alle sonorità maliane si ispirano i rockettari moderni. Il Mali è una repubblica indipendente e democratica da dieci anni, per le sue ricchezze e la sua cultura è una meta turistica molto apprezzata. Dalla regione del Dogon, provengono quelle sculture che hanno rivoluzionato la pittura contemporanea attraverso Picasso.

"E proprio in un villaggio di questa regione è nato il centro sanitario costruito dai padovani. Tre anni fa Paolo e Marina Menè, una coppia di Padova, in uno dei loro viaggi alla scoperta del mondo, finirono nel villaggio di Werè, comune di Bamba, regione di Dogon. Uno sperduto agglomerato di capanne di paglia e fango in mezzo alla grande falesia dell'interno del Mali. In mezzo a due gradoni sorge quest'ampia spaccatura, una specie di grande canyon dove esistono insediamenti umani da mille anni. Qui però non ci sono strutture sanitarie, l'unico ospedale che c'è, a centinaia di chilometri da questa zona, versa in condizioni igienico sanitarie precarie, da qui l'idea audace, pazzesca, di aprire un centro di prima emergenza sanitaria. Un progetto realizzato dalla passione e dalla testardaggine dei coniugi Menè. A differenza di altri interventi in Africa, questo centro si è avvalso del coinvolgimento dei nativi, l'hanno costruito proprio gli abitanti del villaggio. I padovani hanno voluto realizzare un modulo sanitario esattamente conforme a quelli adottati dal governo maliano, hanno chiesto l'autorizzazione e si sono impegnati a gestirlo per i prossimi tre anni. In una decina di mesi è stato realizzato, in sintonia con la comunità locale, il sindaco, il consiglio degli anziani.



*Nella foto, **Elio Armano**, artista padovano*

"Io sono stato coinvolto – racconta Elio Armano – perché mi avevano chiesto di donare una delle mie opere e di metterla all'asta per ricavare dei fondi. Sfruttando la mia passata esperienza di amministratore pubblico, ho pensato di battere cassa alla Regione del Veneto, alla Provincia ed al Comu-

L'ideatore del "Progetto Mali" è Paolo Menè. Per maggiori informazioni visitate il sito internet: www.progettomali.org.

ne di Padova. Con meno di 100 mila euro si è fatto il centro, tre blocchi di muratura di fango e paglia, circondati da un muro di isolamento. L'acqua è conservata in un serbatoio ed è attinta, con una pompa a mano, da una falda a sessanta metri di profondità. I due rubinetti del serbatoio sono diventati le fontane del villaggio. La luce è fornita da due pannelli solari costruiti in Mali. Nel presidio operano un'ostetrica e due infermieri. Il giorno dell'inaugurazione si sono rivolte al punto sanitario una ventina di persone, cinquecento in una settimana. È stata un'esperienza straordinaria. Gli abitanti ci hanno riservato un'accoglienza incredibile. Ci hanno ricevuto organizzando una processione in cui cantavano e ballavano. Io sono tornato in Italia con un compito preciso: quello di lavorare per riuscire, il prossimo anno, a costruire un ponte che colleghi il poliambulatorio al territorio. Quando piove, in Mali tutto si allaga, si trasforma in palude. Ci vogliono 25 mila euro. Poi vogliamo erigere una foresteria per giovani medici italiani che vogliano vivere un'esperienza professionale qui per un paio di settimane. Infine, abbiamo il sogno di realizzare una diga di trattenimento dell'acqua, che crei un effetto Nilo e garantisca l'irrigazione delle terre per la coltivazione degli ortaggi. Questo primo centro può essere un punto di riferimento per più di un villaggio di questa parte interna del Paese, possiamo diffondere una metodica di assistenza sanitaria. In attesa poi che il governo locale se ne faccia carico, noi dobbiamo gestirlo finanziandolo. Vorremmo anche adottare a distanza i bimbi delle famiglie di Werè".

Il progetto fino ad ora si è completamente autofinanziato, attraverso donazioni, contributi spontanei, iniziative di raccolta fondi. Perché l'operazione continui servono maggiori risorse e nuovi canali di generosità. La missione di creare un punto medico base, laddove non c'era nemmeno una cassetta del pronto soccorso, è compiuta, l'operazione aiuto per la regione del Dogon continua… ■

Nella pagina precedente e qui in basso, alcune immagini scattate durante la spedizione.

CARTA DEI SERVIZI E OPUSCOLI DELLE PRESTAZIONI GVDR:
un nuovo modo di comunicare ai pazienti

Da poco rivista e riprogettata, la **Carta dei Servizi** del **Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione** è un opuscolo tascabile di facile consultazione che guida l'utente nella fruizione dell'ampia rosa di servizi offerti dalle strutture sanitarie del Gruppo. Parla in italiano ai connazionali e in inglese ai pazienti di altra madrelingua.

Questa Carta "è l'espressione della volontà di Gvdr di andare incontro alle aspettative degli utenti, coinvolgendoli in un processo continuo di miglioramento della qualità erogata e percepita. (…) Il cittadino infatti, con spirito collaborativo e nel rispetto reciproco, avrà la possibilità di presentare reclami, suggerimenti e sottolineare disservizi", dichiara Umberto Iazzetta, presidente Cittadinanzattiva – Tribunale per i Diritti del Malato della Regione Veneto. Periodicamente, verranno anche effettuate interviste a campione, strettamente riservate, per monitorare quali sono i punti in cui l'organizzazione delle strutture Gvdr deve essere migliorata.

Nella Carta dei Servizi vengono illustrati, passo dopo passo, gli step che consentono al paziente di ritirare – senza intoppi – i referti degli esami specialistici, passando attraverso la prenotazione, l'accettazione e l'erogazione della prestazione. Nella stessa Carta vengono presentati i principi fondamentali che il team Gvdr applica quotidianamente nel proprio lavoro: **uguaglianza, imparzialità, rispetto, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia, rapidità**.

I numeri Gvdr – Il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione ha maturato un'esperienza ventennale. Lo staff di **80 operatori sanitari** – che lavora nelle 3 strutture di **Cadoneghe** (Piazza Insurrezione, 8/B – Mejaniga di Cadoneghe; Telefoni 049.8872581 e 049.8874111; e-mail: radiologia@gvdr.it, oppure centrofisioterapico@gvdr.it), **Padova** (Via Valgimigli, 6/3 - Guizza; Tel. 049.8803767; e-mail: fisioguizza@gvdr.it) e **Barbarano Vicentino** (Via Adelchi Carampin, 10; Tel. 0444.776074; e-mail: fisiovicentina@gvdr.it) – annualmente eroga: quasi **15.000 visite specialistiche**, all'incirca **25.000 indagini di diagnostica per immagini** e sfiora le **360.000 prestazioni di fisiochinesiterapia**. A completamento della Carta dei Servizi sono a disposizione dell'utente anche 8 nuovissimi opuscoli, che contengono utili informazioni per ciascun gruppo di prestazione: **Poliambulatorio; Terapie fisiche strumentali; Riabilitazione e Massoterapia; Terapia a onde d'urto; I vantaggi della Laserterapia; Elettromiografia; Diagnostica per immagini; Radiologia Scrovegni per una più precisa ed efficace diagnostica dentaria**. Assieme alla Carta dei Servizi, questi tascabili si prefiggono l'obiettivo di guidare il paziente, passo dopo passo, nel panorama delle prestazioni. Senza mai lasciarlo solo. ■

GVDR
Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

www.gvdr.it

Strutture Certificate UNI EN ISO 9001:2000

pubblicità redazionale

I DUE VOLTI
di Silvia Favaretto

La giovane poetessa veneziana sta sbancando in America latina

Non è figlia d'arte, ma l'arte le si è insinuata dentro da bambina, quando non aveva ancora il dono della scrittura. Eppure se qualcuno la interrogava sul suo destino, lei, allora bimba di cinque anni, non aveva dubbi e raccontava, con la freschezza che le è propria ancora oggi, la sua voglia di scrivere ciò che le scaturisce dentro, in fondo nell'anima. Perché la poesia per la giovane veneziana Silvia Favaretto non è tanto il frutto dell'ispirazione, ma piuttosto della "traspirazione". "La poesia – afferma la scrittrice – è qualcosa che sudo fuori". Sembra quasi una cacofonia ascoltare questo pensiero, ma in realtà Silvia Favaretto non potrebbe rendere più viva e quasi tangibile l'idea di poesia, impossibile altrimenti da descrivere. Ma come è nato questo amore? "Dal profumo del pane", risponde subito Favaretto. "Mio nonno Carlo – racconta la poetessa – era panettiere ed è proprio l'odore del pane, così poetico, che mi ha avvicinato all'arte della poesia". Così, fin da giovanissima, Silvia annotava pensieri e piccole frasi su qualsiasi cosa su cui poteva scrivere. Frasi che nascevano all'improvviso. Parole che rilette giorni dopo o, alcune volte, anche solo poche ore dopo, non riconosceva come proprie. "Era una continua manifestazione – spiega Favaretto – un continuo stupore per la genuinità del lavoro che producevo, che mi spiazzava più il tempo passava". Poi, la presa di coscienza. "Annotavo ciò che mi veniva fuori dall'animo – continua la giovane poetessa – senza freni o pregiudizi su qualsiasi supporto cartaceo, anche i biglietti dell'autobus, persino le salviettine dei bar dove mi fermavo per un caffé. E poi col tempo ricomponevo il mosaico da cui prendevano forma racconti poetici, le mie poesie". Silvia Favaretto ha capito che la sua strada non sarebbe stata quella dei genitori, ragionieri entrambi, solo quando è sbarcata in America latina. Lì, c'è andata la prima volta nei primi anni del 2000 a trovare dei familiari, oramai trapiantati da qualche generazione. In Argentina scoppia il colpo di fulmine. Si accorge, infatti, che a differenza dell'Italia, in questo Paese come del resto in gran parte dell'America del sud, la poesia e l'arte in genere, ha una sua precisa identità e dignità. Se si organizza un Festival, non vi partecipano solo una manciata di persone, ma centinaia. Il suo primo libro lo pubblica e presenta in Colombia all'età di 23 anni: "La carne del tiempo". Da quel giorno confeziona altre sei pubblicazioni. Oltre alla poesia alterna anche lavori di narrazione e saggistica, ma nulla riesce ad emozionarla come un testo poetico. Per lo più si tratta di frasi impregnate di tragicità. Eppure nell'incontrarla, mai si potrebbe immaginare tanto dolore e complessità dietro a quel sorriso. "I pezzi più forti – racconta la scrittrice – li ho maturati durante un periodo difficile dove mia madre si era gravemente malata". Una tragicità che tocca nel profondo e angoscia il lettore per la crudezza delle descrizioni. Un testo a singhiozzo dove le pause che si alternano nevroticamente ti fanno quasi mancare il respiro.

*La giovane **Silvia Favaretto**, poetessa veneziana*

Silvia Favaretto, chi è?

Silvia Favaretto è veneziana di nascita (1977), ma argentina di adozione. Affianca la sua passione per la poesia con l'insegnamento della lingua spagnola. La sua prima raccolta di poesie dal titolo "La carne del tiempo" è stata presentata in Colombia nel 2004. Ha partecipato al Festival di letteratura in Europa e America Latina. Nel 2007 viene data alle stampe la sua ultima opera di poesia risultata vincitrice al concorso Ibiskos di A. Risolo: "Parole d'acqua/Palabras de agua". Nel 2008 la casa editrice messicana Atemporia di Alejandra Peart pubblica un'antologia di tutta la sua opera.

*A destra la copertina del libro: **Parole d'acqua/Palabras de agua** tratta dal sito internet della Casa Editrice*

di **Ines Brentan**

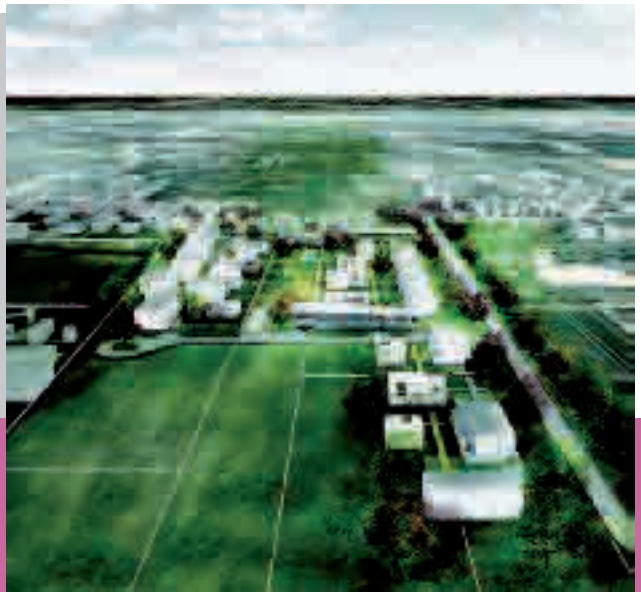
HOUSING SOCIALE,
la casa per il ceto medio

A Mestre innovativa iniziativa dell'Immobiliare Veneziana: nei prossimi anni 1500 appartamenti a canone calmierato

La crescita dei valori immobiliari e la frenata dei redditi hanno dato vita, in questi ultimi anni, ad una nuova zona grigia del disagio abitativo. Si tratta di una fascia di popolazione – il cosiddetto ceto medio – che si pone a livello intermedio tra il relativo benessere e l'indigenza: giovani coppie, persone singole, famiglie con anziani a carico, lavoratori precari, che guadagnano abbastanza per non poter accedere al mercato dell'edilizia economico-popolare, ma che hanno sempre più difficoltà a confrontarsi con i prezzi del libero mercato. Non sono poveri, ma alimentano e fanno crescere una domanda sempre più pressante di abitazioni a prezzi accessibili. Secondo uno studio commissionato al Coses dalla Immobiliare Veneziana (società controllata al 97% dal Comune di Venezia e presieduta dal prof. Ezio Micelli), sono 11.000 i nuclei familiari veneziani potenziali che determinano questa domanda. Ed è a questa domanda che intende rispondere IVe, con un vasto progetto di social housing. Grazie a questa formula, si vogliono immettere sul mercato alloggi a canone calmierato ed eventualmente commercializzare alloggi a prezzi del 30-40% inferiori a quelli di mercato. Case che quindi abbiano prezzi praticabili, non da speculazione. E che siano di qualità: costruite bene, secondo i criteri di una progettazione e di una esecuzione ambientalmente sostenibile.
La sfida, ambiziosa ma non impossibile, viste anche le analoghe e consolidate esperienze nel resto d'Europa, è di fungere da calmieratore dei prezzi, intervenendo comunque con progetti di valore. IVe dispone di quattro aree destinate ai progetti di social housing: Asseggiano, Vallenari, Ca' d'Oro e Pertini. Le aree si estendono per una superficie territoriale di circa 170.000 mq, e il costo complessivo degli interventi è valutato in circa 92 milioni di euro, con la previsione di poter realizzare circa 1.150 alloggi. Il primo bando, quello di via Pertini, è stato vinto dalla cordata DNG Spa, Zuanier Associati e Glass Architettura Urbanistica, perché rispondeva ai criteri di qualità stabiliti: l'integrazione con il verde, la composizione dei volumi, i livelli di finitura dei materiali, le soluzioni tecnologiche, il risparmio energetico. Gli appartamenti previsti dal progetto vincitore sono 159, un terzo dei quali (52 per la precisione) verranno ceduti ad IVe per l'immissione sul mercato del canone calmierato. Ma l'attività di IVe non si ferma: è stato già approvato il piano di lottizzazione per via Asseggiano, che permetterà di ricavare circa 220 alloggi (l'importo complessivo dell'operazione si aggira sui 25milioni di euro) e lanciati i concorsi di idee per le due aree rimanenti. "Essere riusciti, nel giro di pochi mesi, a far decollare due progetti per quasi 50 milioni di euro è un bel risultato – conclude Micelli – ma c'è ancora molto lavoro da fare per realizzare il piano di social housing che ci ha affidato l'Amministrazione Comunale". ■

Il Prof. ***Ezio Micelli****,*
Presidente dell'Immobiliare Veneziana

Due delle 4 aree destinate ai progetti di social housing: sopra, l'area ***Pertini****, a destra* ***Asseggiano****.*



Perchè la nostra
più grande
soddisfazione
è farti sentire
finalmente a casa.
FINALMENTE CASA
360° floors and furniture di gianni furlan
I PAVIMENTI, I RIVESTIMENTI E I COMPLEMENTI D'ARREDO.
viale dell'industria 60 35129 padova | t. 049 777 123 | finalmenteacasa.com
FINALMENTE CASA 360° FLOORS AND FURNITURE DI GIANNI FURLAN SPA

RILASSATI CON NOI... **ANCHE LA DOMENICA**

LUNEDÌ		
MARTEDÌ	9.30 - 12.30	17.00 - 21.30
MERCOLEDÌ		14.30 - 21.30
GIOVEDÌ	-	17.00 - 21.30
VENERDÌ	9.30 - 12.30	17.00 - 21.30
SABATO	10.00 - 16.00	
DOMENICA	10.00 - 16.00	

Piazza San Nicolò, 11/2
30034 MIRA (VE)
Tel. 0414 265 851
Fax 0414 266 115
www.alsaada.it

Nordestnet
aggiornamento sanitario

IL PIEDE NEL MIRINO

Sabato, 9 maggio 2009

Via Ponte della Fabbrica, 3/A • 35031 Abano Terme (PD)

c/o Auditorium Fidia farmaceutici S.p.A.

Direzione del corso: ***Dott. Antonino Volpe***

Programma del Corso

Ore: **8.00 • 9.00**
Registrazione dei Partecipanti

Ore: **9.00 • 9.45**
"Anatomia, biomeccanica, fisiologia del piede e della caviglia con analisi della marcia"
Dott. Antonino Volpe

Ore: **9.45 • 10.30**
"Inquadramento clinico e trattamento dei principali disturbi del piede"
Dott. Davide Varotto

Ore: **10.30 • 11.00**
"Lesioni legamentose acute e croniche della caviglia"
Dott. Andrea Postorino

Ore: **11.00 • 11.15**
Coffee Break

Ore: **11.15 • 12.00**
"Ruolo dell'imaging nella diagnosi delle patologie del piede"
Dott. Francesco Peruzzi

Ore: **12.00 • 13.00**
"Role Playing sui casi clinici"

Ore: **13.00 • 14.00**
"Le patologie degenerative e post-traumatiche delle tibio tarsiche: stato dell'arte"
Dott. Bruno Magnan

Ore: **14.00 • 15.00**
Pausa pranzo

Ore: **15.00 • 16.00**
"Le condropatie della tibio-tarsica: diagnosi e terapia con acido ialuronico. Tecnica e pratica infiltrativa"
Dott. Massimo Toffolo

Ore: **16.00 • 16.30**
"Nuovi approcci riabilitativi nel trattamento dell'instabilità della caviglia"
Dott. Stefano Masiero e Dott. Antonio Stecco

Ore: **16.30 • 18.00**
Esercitazioni e compilazione questionari

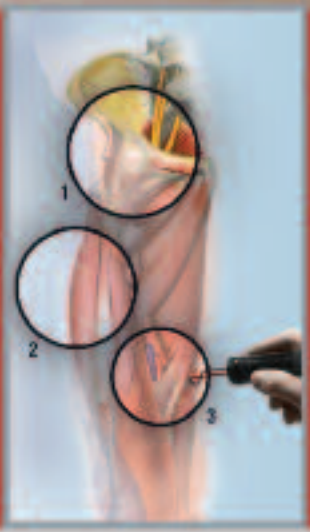
Quota d'iscrizione: Euro 120,00 + IVA
Per gli specializzandi la quota di iscrizione è di: Euro 60,00 + IVA
La quota d'iscrizione comprende il "Light lunch" ed il "Coffee break"

Segreteria Organizzativa: *Tel. 049.8874111 • Fax 049.8870010 • E-mail: aggiornamento@gvdr.it*

www.nordestnet.net

IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM

artrosi
cervicale
epicondilite
mal di schiena
gonalgia



Hilterapia®

Riduce le infiammazioni articolari e stimola la rigenerazione

Risolve rapidamente le contratture producendo un intenso effetto analgesico

Favorisce l'apporto di nutrienti e il riassorbimento degli edemi

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

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. Presenti in oltre 200 Centri Specializzati in tutta italia

Cerca i centri specializzati su
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