PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno 4, numero **1**
Febbraio / marzo 2011
I.P.

Poste Italiane Spa
Spedizione in abbonamento
postale - 70% CNS PD

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

Alla ricerca del bello

www.nordestsanita.it

▶ ASL VENETE
Tappa all'Ulss 4 Alto Vicentino

▶ FOCUS
Le nuove linee guida della riabilitazione

▶ MINI-FOCUS
Le eccellenze venete: la ginecologia di Dolo

Lovia
Dedicata a chi ti vuole bene

Il bene più prezioso? Le persone che ami

Con **Lovia** puoi dare certezza e continuità ai sogni e ai progetti che condividi con le persone amate.
Lovia è una scelta serena e consapevole, il segno tangibile di un grande amore.

Esempio
Marco ha 35 anni e un reddito netto di circa 2.000 euro al mese. Lovia garantisce alla famiglia di Marco una protezione pari ad alcuni anni del suo stipendio, nell'eventualità di un suo decesso per qualsiasi causa.

Durata	Premio	Protezione garantita:	
		2 anni di stipendio (Capitale assicurato 50.000 €)	4 anni di stipendio (Capitale assicurato 100.000 €)
10 anni	Annuo	95,51 €	161,02 €
	Mensile	8,57 €	14,45 €
20 anni	Annuo	131,57 €	233,14 €
	Mensile	11,81 €	20,92 €

Prima della sottoscrizione leggere il Fascicolo Informativo in formato fac-simile disponibile presso le nostre agenzie e sul sito internet www.allianzlloydadriatico.it.

Il premio può essere finanziato. La rateizzazione è un'iniziativa attuata mediante carta di credito Allianz S.p.A. Divisione Allianz Lloyd Adriatico - Santander emessa da Santander Consumer Bank S.p.A., a discrezione della medesima. Tassi di interesse polizze Allianz S.p.A. Divisione Allianz Lloyd Adriatico: TAN 13,90%; TAEG: 14,82%. Acquisti personali: TAN 14,50%; TAEG 15,50%. Prima della sottoscrizione leggere le condizioni contrattuali della carta di credito.

Allianz Lloyd Adriatico

PADOVA SUD
Via Marco Polo, 3 PADOVA
Telefono: 0498804492 - Fax: 0498804714
Email: info@cdassicurazioni.it

Allianz Lloyd Adriatico

Sommario

NES - Nord Est Sanità

Anno 4, numero 1 - febbraio / marzo 2011

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio (caraccio@gvdr.it)

Vice-Direttore editoriale
Maria Stella Zaia (zaia@gvdr.it)

Direttore responsabile
Ines Brentan (ines.brentan@gmail.com)

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Paola Vescovi, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l.
Via Valgimigli 6/3 – 35125 Padova (Italia)
Partita I.V.A. n. 03538580287
Telefono: +39 049.715203; Fax: +39 049.715203
redazione@nordestsanita.it; segreteria@nordestsanita.it
www.nordestsanita.it

Progetto grafico e impaginazione
Leonardo Bosello per Team Progetti S.r.l., Venezia
www.teamprogetti.net

Raccolta file per pubblicità
grafica@nordestsanita.it

Comitato Scientifico
Giuseppe Caraccio, Lorenzo Bidoli, Antonio Di Maggio, Cosimo Di Maggio, Massimo Dal Bianco, Giorgio Galli, Stefano Masiero, Francesco Peruzzi, Mario Plebani, Massimo Pulin

Comitato Socio-culturale
Maria Stella Zaia, Giampaolo Fagan, Renzo Salmaso, Elio Armano, Umberto Iazzetta, Giampietro Vecchiato

Hanno collaborato in questo numero
Giuliano Gargano
Grazie a tutti coloro che hanno contribuito con passione e professionalità alla realizzazione della rivista.

Fotografie
Materiale proveniente dagli intervistati oppure in allegato ai contributi
Archivio fotografico Team Progetti S.r.l.

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 e tiratura
Bimestrale, 25.000 copie

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

Chiuso in redazione il 14 febbraio 2011

Finito di stampare e distribuito nel mese di marzo 2011

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. La presente rivista è un free-magazine distribuito gratuitamente presso le Strutture Sanitarie aderenti all'iniziativa; 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 196/2003 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 prezzi o nomi di prodotti segnalati sono riportati senza responsabilità a puro titolo informativo come servizio per i lettori.

EDITORIALE
Da NES a "Salute per il Veneto" 1

PRIMO PIANO: CHIRURGIA ESTETICA
Alla ricerca del bello 4
Strutture organizzate 9
Fare ordine 11
Bellezza o bellezze? 12
La mappa mondiale della chirurgia plastica 14
Le macchine della bellezza 15

VIAGGIO NELLE ASL: ULSS 4 ALTO VICENTINO
Angonese: Zaia mi ha scelto per ultimare l'ospedale di Santorso 16

FOCUS: LA RIABILITAZIONE
Disabilità, al centro la persona 18
In Veneto una riabilitazione a macchia di leopardo 21
In Friuli mancano i dipartimenti di riabilitazione 22
I Privati Accreditati guardano al futuro con speranza e preoccupazione 23
Riabilitazione, l'importanza di un intervento umano e multidisciplinare 24
L'associazione ICORA getta un ponte tra Italia e Croazia 25
Quando la fisioterapia non è solo un lavoro 26

MINI-FOCUS: LE ECCELLENZE VENETE
Dove partorire: vi racconto la mia esperienza a Dolo 30
Parto cesareo: a Dolo si pratica il metodo Stark 32
Un reparto controcorrente nella diagnosi prenatale 33
Interventi sempre più in laparoscopia anche per le neoplasie 34

SANITÀ, SALUTE E MEDICINA
Approvati gli obiettivi 2011-2012 per Ulss e Aziende ospedaliere venete 36
Pubblico e privato, le due facce inscindibili della sanità 36
La sanità secondo il Pd: puntare sulla assistenza domiciliare e valorizzare i privati accreditati 38
Mediazione in sanità: di che parliamo? 39
Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto 41
Un fatto positivo da segnalare 42
Un nuovo Distretto nel comune di Selvazzano Dentro 44
Da Ulss 16 e IOV nasce il progetto Rete Mela 46
Le cure palliative: qualche dato e qualità della vita 47
Diagnostica per immagini dell'ictus cerebrale 48
L'ematuria, tipologie e indagini della affezione causale 49
Diagnostica di laboratorio e diabete: cosa c'è di nuovo? 51
Scherma e traumatologia 52
Prevenzione e recupero 54
L'educazione alla bellezza sul viso nella Clinica Odontoiatrica di Padova: l'uso del filler 56
Diritto alla cura e non alla guarigione 57

ATTUALITÀ
Empatia o simpatia? 58
La sottile linea tra vita e morte vista con gli occhi di uno scienziato 60
Il pensiero con le mani: cinquant'anni di sculture in bianco e nero 62
La frittola, regina indiscussa del Carnevale di Venezia 63

SSSsssst!

Il riposo fa bene al sapore.

Stagionato da 9 a 15 mesi

La sua pasta già granulosa ha un gusto delicato: ecco il Grana Padano D.O.P. più giovane, il formaggio da pasto per eccellenza.

Stagionato oltre 16 mesi

Formaggio da grattugia o da tavola? Il Grana Padano D.O.P. oltre 16 mesi risolve ogni dubbio, con il suo gusto pieno, pronunciato ma mai piccante.

Stagionato oltre 20 mesi

Grana Padano RISERVA: la stagionatura prolungata lo rende di assoluta eccellenza. Perfettamente idoneo tanto al consumo da pasto che da grattugia, è una scelta da veri intenditori.

Grana Padano, tre stagionature, tre sapori.

Consorzio Tutela Grana Padano

Da NES a “Salute per il Veneto”

Giuseppe Caraccio, direttore editoriale di NES

Quand’è che si capisce se un progetto è decollato? Quando ci si volta indietro e ci si rende conto della strada già percorsa. E, contemporaneamente, quando davanti a noi si vede che ci sono tanti passi da compiere. Per NES è così. È cresciuto e sta evolvendo. Penso a questo giornale come ad un figlio. Così, quando torno con la mente al 2008, mi emoziono sfogliando il primo numero e le sue 24 pagine (oggi sono 64). In punta di piedi si é fatto strada nel mondo dell’informazione, ha cercato e trovato il suo posto, ed oggi è uno strumento valido che la gente richiede perché ha saputo interpretare le esigenze e la sete di risposte nell’ambito socio-sanitario. Ma la crescita non si ferma: da quest’anno NES diventa un bimestrale (ed è questo il motivo per il piccolo ritardo con cui esce il primo numero, stiamo rivoluzionando tutta la struttura!). Per festeggiare questo traguardo, abbiamo pensato di regalargli un vestito nuovo. Eccolo, quindi, graficamente più accattivante e snello. E ci è sembrato il momento di dare a NES anche un fratellino. Al giornale cartaceo, da qualche mese, si affianca un quotidiano on-line: www.nordestsanita.it, che ha l’intento di stimolare il dibattito affrontando temi di attualità. Intanto NES è sbarcato su Facebook. Non lo sapevate? Affrettatevi a chiedere l’amicizia: ogni giorno vengono segnalate le notizie più interessanti e c’è la possibilità di dialogare con i giornalisti della grande famiglia di NES. Ma la sfida più ambiziosa - nella speranza di offrire non solo informazioni ma anche servizi - è quella del progetto “Salute per il Veneto”. Si tratta di un portale internet per prenotazioni on-line (il cui indirizzo sarà www.saluteperilveneto.it), in cui verranno messe in rete tutte le Asl con le loro “agende”. Lo stesso varrà per le realtà convenzionate: poliambulatori, centri di diagnostica per immagini e fisiokinesiterapia. In questo modo, chi necessita di un esame, potrà velocemente, il tempo di un click, individuare la struttura dove eseguirlo in tempi celeri e contemporaneamente prenotare. Sembra un sogno? Sì, invece sarà presto realtà. Si partirà con questo progetto in primavera, inizialmente con una parte di strutture, ma in sei mesi circa il sistema sarà a regime (l’obiettivo è quello di coinvolgere tutte le strutture pubbliche e private accreditate della regione). Grazie a “Salute per il Veneto”, prenotare sarà facile e veloce. Si potrà dire addio a code, a decine di telefonate, a perdite di tempo.

Alla ricerca del bello

Siliprandi: la chirurgia estetica migliora l'aspetto secondo canoni di armonia

Una sana e legittima voglia di essere più attraenti è la molla di chi ricorre alla chirurgia estetica. Allo specialista serio l'obbligo di parlare con il paziente.

Professore, cos'è la chirurgia estetica?

La chirurgia estetica è la branca della chirurgia plastica che modifica la forma del corpo umano e/o ne corregge difetti congeniti o acquisiti per migliorarne l'aspetto secondo canoni predefiniti di armonia, rispettando le funzioni dei distretti corporei interessati dal trattamento.

Insomma, nuove frontiere della medicina per la salute e il benessere del corpo?

Il progresso tecnologico rende oggi disponibile un'ampia gamma di apparecchiature, ciascuna dedicata ad una particolare finalità

In alto, Siliprandi nel suo studio

> La legge italiana, diversamente da altri stati europei, consente a qualsiasi medico di fare il chirurgo estetico

correttiva. Rughe, lesioni vascolari, pigmentazioni cutanee, cicatrici, eccessiva sudorazione, ipertricosi, tatuaggi, rilassamenti cutanei, adiposità possono oggi essere corretti con metodiche non invasive o minimamente invasive che riducono o annullano la convalescenza e sono dotate di caratteristiche di efficacia, sicurezza e selettività un tempo impensabili.

Professionisti a disposizione delle persone: la figura del chirurgo estetico.

Nonostante la specialità in Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica, che dura 5 anni dopo la laurea in Medicina, sia l'unica a formare chirurghi titolati ad eseguire interventi di chirurgia estetica, la legge italiana, incoerentemente e diversamente da altri stati europei, consente a qualsiasi medico di effettuarli. Ciò crea ai pazienti una certa difficoltà nella scelta. Al di là di tale aspetto, solo colloqui preoperatori non affrettati possono consentire al paziente di acquisire un'opinione personale sulle doti di correttezza, serietà e sensibilità del chirurgo.

Egli dovrebbe "parlare con il paziente" e non semplicemente "parlare al paziente". Sicuramente il chirurgo migliore non è quello che esprime solo certezze e promette risultati eccezionali senza sacrifici e senza rischi. Non è quello che visita gratuitamente, che guadagna solo se il paziente decide di subire un trattamento e potrebbe per questo essere spinto ad invogliarlo nella scelta senza esporre esaurientemente i limiti e le possibili complicanze.

Chi è Luca Siliprandi

Luca Siliprandi si è specializzato con lode in Chirurgia Plastica all'Università di Padova nel 1987 e fino al 2001 è stato Dirigente presso l'Istituto di Chirurgia Plastica della stessa Università, ove tuttora è professore a contratto. Dal 2007 al 2009 membro del Consiglio direttivo della Società Italiana di Chirurgia Plastica, Ricostruttiva ed Estetica. Si dedica alla chirurgia estetica da più di vent'anni ed esercita presso la Clinica Città Giardino di Padova.

Chi si rivolge al chirurgo estetico?

Schematizzando, tre fondamentali categorie di persone: chi non accetta la propria immagine corporea a causa di particolari anatomici devianti dalla forma considerata "normale" e quindi a disagio nelle proprie esperienze sociali e professionali; chi desidera risultare più attraente; chi non accetta i segni dell'invecchiamento.

Quali sono gli interventi che vengono offerti?

La tipologia di interventi è molto ampia. Si va dalla chirurgia estetica vera e propria (e che riguarda praticamente ogni parte del corpo) a quella plastica (per esempio la correzione di cicatrici), dalla chirurgia dermatologica ai trattamenti laser, fino alla medicina estetica.

Risultati della Chirurgia Estetica: certezze o no?

Il risultato estetico prevedibile non può mai essere assicurato in assoluto. Le condizioni generali di salute del paziente, la sua età, il tipo di pelle, la quantità di grasso sottocutaneo e le influenze ormonali ed ereditarie condizionano, insieme ad altri fattori, la variabilità del risultato finale. Dev'essere inoltre ricordato che, come in qualsiasi altro tipo di chirurgia, esistono possibili errori e complicanze. I primi, imprevedibili ed indesiderabili e le seconde, prevedibili e a volte inevitabili, rientrano fra i rischi che ogni paziente deve responsabilmente considerare prima dell'intervento.

Come funziona la Clinica Città Giardino di Padova?

È la realizzazione della mia filosofia professionale, che va oltre la chirurgia e la medicina estetica: consentire di coniugare l'aspetto esteriore e la salute offrendo un servizio personalizzato.

È inutile, se non dannoso, far apparire più bello un corpo non sano. Per tale motivo presso Clinica Città Giardino operano spesso in stretta relazione sullo stesso paziente, diversi Specialisti (Chirurghi Plastici, Dermatolgi, Angiologi, Ginecologi, Dietologi ed Endocrinologi) che utilizzano metodologie e strumenti d'avanguardia. ■

In questa pagina alcune fasi di interventi di chirurgia estetica

Il vademecum della chirurgia estetica

Chi sono i chirurghi estetici
Per legge tutti i laureati in Medicina e Chirurgia regolarmente abilitati possono svolgere la professione di medico ed in teoria dedicarsi a qualsiasi specialità ad eccezione della Radiologia e dell'Anestesia. Succede quindi con una certa frequenza che la Chirurgia Estetica venga praticata anche da medici non specialisti in Chirurgia Plastica.
Esiste una Specialità Universitaria in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica, della durata di cinque anni, alla quale si accede dopo aver perseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia.
La chirurgia estetica è parte integrante della chirurgia plastica.
Gli specialisti italiani in chirurgia plastica appartengono ad un'unica Società scientifica, la SICPRE (Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica), affiliata alla Società Internazionale di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica.

I pazienti... estetici
- Soggetti che non hanno mai accettato la propria immagine corporea a causa di particolari anatomici devianti dalla forma considerata "normale" e quindi a disagio nelle proprie esperienze sociali e professionali;
- soggetti che richiedono l'accentuazione di alcune caratteristiche per risultare più attraenti;
- soggetti che accettano la propria immagine corporea, desiderano conservarla e non accettano i segni dell'invecchiamento.

Come scegliere il chirurgo
Sottoporsi ad un intervento significa in primo luogo potersi fidare del chirurgo. Solo nel corso di una visita non affrettata il paziente ha la possibilità di esporre il proprio problema, le proprie aspettative e necessità, di valutare se il medico offre garanzie di professionalità tali da consentire di poter stabilire un rapporto di fiducia per una scelta così particolare. Il chirurgo deve "parlare con il paziente" e non semplicemente "parlare al paziente". Il chirurgo migliore non è sicuramente quello che promette risultati eccezionali senza sacrifici e senza rischi e che esprime solo certezze.

Candidato ideale
Il paziente ideale è, oltre ad essere sano, quello che ascolta ciò che gli viene detto, che presta attenzione anche alle informazioni "scomode", quelle relative alle attenzioni da prestare nel periodo post-operatorio, alle possibili complicanze o incertezze del risultato. E' quello che, prima di decidere per il trattamento, considera con attenzione le proprie attese e ne discute, esprimendo dubbi e ponendo quesiti. In sintesi il paziente ideale è quello che richiede un miglioramento del proprio aspetto, non la perfezione.

Come scegliere la struttura?
La scelta della struttura ove eseguire l'intervento chirurgico dipende da:
- condizioni generali di salute del paziente;
- preferenze del paziente;
- complessità della procedura;
- tipo di anestesia utilizzabile;
- tipo di assistenza necessaria nel postoperatorio.

Consigli per la sicurezza
1. Consultare più di uno specialista in Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica per informarsi adeguatamente. Non accontentarsi degli articoli dei giornali o degli spot televisivi.
2. Richiedere esplicitamente qual è l'esperienza del chirurgo nella soluzione del problema specifico: numero di casi trattati, risultati ottenuti.
3. Al termine della prima visita il professionista deve aver dettagliatamente informato il paziente su: programma chirurgico, modalità tecniche d'esecuzione, tipo di anestesia utilizzabile, possibili esiti, limiti e complicanze, condizioni nel corso della convalescenza, eventuali alternative di trattamento.
4. Dubitare di chi promette troppo, di chi minimizza i problemi, di chi garantisce i risultati, di chi prospetta "bellezza pronta e subito", dei "maghi del bisturi", dei "chirurghi viaggiatori".
5. Non è sufficiente desiderare un risultato per ottenerlo: considerare e riflettere sui limiti richiamati dallo Specialista e ricordare che la chirurgia spesso può correggere un difetto, non eliminarlo. La chirurgia estetica può aumentare l'autostima, non "cambiare le persone".
6. Non riferirsi a modelli irraggiungibili.
7. Non dare il risultato per certo e non "prendere alla leggera" l'esperienza di un intervento chirurgico.
8. Prepararsi all'intervento seguendo le indicazioni del Professionista per quanto riguarda sia le prescrizioni preoperatorie, sia le attenzioni da osservare nel corso della convalescenza.

Vincenti in Open MRI

OASIS™

il Superconduttivo **1,2 Tesla**

esaote
Creativity in Healthcare

ESAOTE SpA 16153 Genova - Via Siffredi, 58 - Tel. 010 6547.1 - Fax 010 6547275
50127 Firenze - Via di Caciolle, 15 - www.esaote.com

di **Antonella Prigioni**

Strutture organizzate

Tre i livelli, in cui la Regione Veneto ha classificato ambulatori e cliniche, per gli interventi estetici

Una normativa regionale, dal 2002, regolamenta le strutture idonee per i trattamenti di chirurgia e medicina estetica. Individuate tre tipologie.

L'ambulatorio chirurgico è quello adatto alle piccole asportazioni chirurgiche eseguite in anestesia locale (tipo asportazione di nevi), poi c'è l'ambulatorio chirurgico con sala chirurgica, in cui si possono effettuare interventi alla presenza dell'anestesista e che prevedono anestesia loco regionale e sedazione. Infine c'è la struttura chirurgica extraospedaliera, l'unica tipologia autorizzata per le operazioni in anestesia generale che richiedono la presenza dell'anestesista e la costante reperibilità del chirurgo dopo la dimissione e in cui si esegue la quasi totalità delle operazioni di chirurgia estetica. La sala operatoria ha le stesse dimensioni di quella ospedaliera, ha la stessa impiantistica: dispone di una stanza per la sterilizzazione, di una stanza per il risveglio del paziente e la preparazione pre-operatoria e di una sala per l'osservazione post intervento. Il paziente è operato in day surgery e viene sempre dimesso. «È stato un dispendio di forze sia economiche che organizzative, ma a noi chirurghi plastici ha dato una certificazione qualitativa estremamente importante - commenta Antonio Corezzola - chirurgo plastico della prima struttura extraospedaliera di chirurgia plastica di Mestre - un passaggio assolutamente positivo soprattutto per l'utilizzo di alcuni farmaci anestesiologici, come gli oppiacei e gli stupefacenti che prima i liberi professionisti non potevano usare se non in ospedale». In modo simile al Veneto, hanno legiferato Lombardia ed Emilia Romagna. Nella struttura extraospedaliera c'è tutta la strumentazione per gestire ogni tipo di emergenza o complicazione che può insorgere durante un intervento. Per essere riconosciuta, in quanto tale, la struttura extraospedaliera, deve ottenere l'autorizzazione dall'Asl di riferimento. L'accreditamento invece si ottiene se si è interessati a fornire servizio di sale chirurgiche alla Regione, ossia agli ospedali pubblici. È un caso abbastanza raro. Viceversa qualche professionista chiede di poter operare in libera professione utilizzando le strutture dell'ospedale. Il paziente paga all'Asl il costo dell'intervento e l'Asl la prestazione al professionista.

Antonio Corezzola, chirurgo plastico

Tre livelli

- Ambulatorio chirurgico: adatto alle piccole asportazioni chirurgiche eseguite in anestesia locale (tipo asportazione di nevi);
- Ambulatorio chirurgico con sala chirurgica, in cui si possono effettuare interventi alla presenza dell'anestesista e che prevedono anestesia loco regionale e sedazione;
- Struttura chirurgica extraospedaliera, in cui si esegue la quasi totalità delle operazioni di chirurgia estetica. E' un vero e proprio blocco chirurgico che riproduce le stesse caratteristiche della piastra chirurgica che si trova in ospedale.

SEI SICURO DI ESSERE IN REGOLA CON LE NORME CEI ?

Europe Service Sas, con sede a Padova, affiancata da Aziende affermate nel settore, le quali hanno permesso la formazione di personale specializzato, si presenta oggi nel settore della sanità pubblica e privata sul territorio Triveneto. Perseguendo i seguenti obiettivi:

- Ottimizzare la produttività, l'efficienza e i costi relativi alle tecnologie medicali del cliente pubblico e privato
- Erogare i servizi ad un livello qualitativo tale da far crescere il livello di soddisfazione del cliente.
- Accesso semplificato e personalizzato ai servizi da parte di tutti i clienti piccoli e grandi.
- Affidabilita' e puntualita' nei lavori.
- Riduzione dei tempi dei disservizi dovuti al "fermo macchina" per rottura o malfunzionamento degli apparecchi elettromedicali.

PRESENTAZIONE NUOVA NORMA ITALIANA CEI EN 62353

La presente norma viene applicata su apparecchi e o sistemi elettromedicali costruiti secondo le prescrizioni della IEC 60601-1 per i seguenti casi:

- prima della loro messa in servizio
- durante le operazioni di manutenzione, ispezione,assistenza
- dopo la riparazione tenendo in considerazione il livello di intervento svolto e nel rispetto delle linee guida applicabili indicate dal fabbricante .

in occasione delle prove periodiche, effettuate per valutare la sicurezza di tali apparecchi

La nostra Società svolge i seguenti servizi :

Manutenzione ordinaria di apparecchiature elettromedicali con contratti secondo normativa CEI 62-122 e straordinaria per la semplice riparazione e certificazione anche di poche unità.

- Verifiche di Sicurezza elettrica **(Norme CEI EN 62353)**
- Possibilità di scaricare dal nostro sito i certificati di sicurezza elettrica, certificati funzionali, offerte.
- Gestione informatizzata delle apparecchiature tramite software, siamo in grado di storicizzare tutti gli interventi sulle apparecchiature e scadenzare le verifiche di sicurezza elettriche, avvertendo il Cliente quali apparecchiature sono bisognose della Certificazione secondo la normativa in vigore.
- Consulenza tecnica su acquisizione di nuove apparecchiature elettromedicali. Gestione globale del parco apparecchiature, revisioni e collaudi, trasferimento di apparecchiature, ricondizionamento di apparecchiature usate.
- Attività di vendita nel sanitario in genere: Materiale monouso da fisioterapia. Arredo di ambulatori in genere, elettromedicali (Fisioterapia, Cardiologia, medicina del Lavoro e dello Sport).

La Europe Service Sas si avvale di personale tecnico altamente specializzato e costantemente aggiornato a mezzo di appositi corsi professionali, oltre alle conoscenze acquisite sul campo da anni di esperienza.
I tecnici sono quindi in grado di intervenire con successo su varie tipologie di apparecchiature quali:

- ECG, spirometri, apparecchi per elettroterapie, Laser, Magnetoterapia, Onde corte, Ipertermia, Radar Terapia, Tecar Terapia, Ultrasuono Terapia, misuratori automatici non invasivi della pressione, defibrillatori, ecc.

CONTATTACI SUBITO PER QUALSIASI INFORMAZIONE

EUROPE SERVICE SAS
Via Delle Molle, 9
35129 PADOVA
C.F./P.IVA 04012430288
Tel./Fax n. 049 8647133
www.europeservice.info
e-mail: info@europeservice.info

Fare ordine

Gli Ordini dei medici di Venezia e Padova propongono una regolamentazione per l'esercizio della medicina estetica

Un documento con alcuni punti chiave, determinanti nel definire l'ambito di competenza di chi opera in medicina estetica. Una proposta che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia ha discusso in un tavolo che ha preceduto la valutazione a livello nazionale. Una necessità condivisa anche dai colleghi di Padova. La questione esiste: la sempre crescente richiesta di interventi estetici, spinge molti laureati in odontoiatria a valutare l'ipotesi di poter agire nel distretto periorale a fini estetici. La commissione nazionale dell'Ordine dei Medici, vuole quindi analizzare e stabilire i requisiti di competenza. Chirurghi plastici e medici estetici, rivendicano professionalità e formazione acquisita con specifici studi ed anni di esperienza diretta e mal tollerano che colleghi con altre specializzazioni invadano campi a loro non propri. Ne va della salvaguardia della salute e della sicurezza dei cittadini. La medicina estetica, essendo una branca non convenzionale, non è stata ancora regolamentata. «Il dibattito è in corso, io sono stata incaricata – dice Caterina Boscolo, segretario dell'Ordine dei Medici di Venezia – di portare a Roma il documento con le indicazioni per stabilire dei paletti e delle caratteristiche con cui è possibile identificare un medico estetico. Tra i requisiti essenziali c'è quello di comprovare lo sviluppo e l'acquisizione di competenza, attraverso un idoneo iter di formazione teorico-pratico. E qui bisognerà discutere quali sono i parametri per il riconoscimento di professionalità, dall'aver conseguito una specialità in dermatologia o chirurgia plastica ricostruttiva o al diploma di master in entrambe. Inoltre va valutata la pratica, con un limite minimo di esercizio, senza dimenticare l'attenzione alle strutture in cui vengono effettuati i trattamenti. Infine anche i trattamenti andrebbero definitivamente classificati. L'Ordine di Venezia ha sicuramente stimolato l'avvio del processo di regolamentazione». Tra medico estetico e paziente valgono le norme del codice del consumo. In medicina estetica il rapporto è assimilabile a quello tra professionista e consumatore. Il medico deve infatti rilasciare la certificazione di ciò che impianta, per garanzia della qualità dei prodotti e tracciabilità delle prestazioni eseguite.

Classificazione dei trattamenti

- Trattamenti iniettivi
- Trattamenti chimici
- Trattamenti fisici con apparecchiature elettromedicali
- Trattamenti con materiale di origine biologica

Bellezza o bellezze?

Simmetria di forme e volumi. La rivincita dell'aspetto naturale

«Il chirurgo plastico è specializzato del tutto e del niente. La sua materia si divide in ricostruttiva ed estetica. Potrebbe scegliere una zona, un distretto anatomico su cui intervenire: i nasi, piuttosto che i glutei, piuttosto che i seni, ma non è così. Le nuove tecnologie endoscopiche – evidenzia Alessandro Casadei, chirurgo plastico – hanno indirizzato la chirurgia estetica verso un concetto di generale modellamento del corpo senza aggressività. Le cicatrici sono sempre più piccole e meno visibili. L'abilità tecnica del chirurgo è fondamentale. I pazienti non vogliono la convalescenza, vogliono poter tornare alla loro attività quotidiana il più presto possibile».

È pensabile un futuro della chirurgia estetica senza il bisturi?

Non credo. La pelle è come una pianta, se vuoi che cresca rigogliosa e fresca la devi potare. Se tocchi la pelle con una piuma, il ricambio cellulare avviene in modo meno efficace. Questo non significa che non ci siano altri metodi di rinfrescamento meno invasivi, anzi sono in aumento. Nell'ambito della ricostruzione dei glutei, ad esempio, alle protesi che lasciano cicatrici importanti, ora sono preferite le iniezioni di acido ialuronico. I pazienti chiedono risultati meno evidenti, ma che diano un miglioramento complessivo all'aspetto, li facciano sembrare più giovani, non vogliono più apparire come delle maschere. Nei grandi lifting della fronte, in passato tiravamo la pelle, la pelle tirata non ha un aspetto giovane e soprattutto priva di espressione il volto. Ora cerchiamo di ridare simmetria ai volumi di un viso, se una donna ha 60 anni, ricreiamo un'armonia tra le parti, donandole un'immagine fresca e curata ma sempre di sessantenne. Certe esagerazioni sono state spesso il frutto delle richieste di alcuni pazienti, che alcuni chirurghi hanno assecondato.

> «Certe esagerazioni sono state spesso il frutto delle richieste di alcuni pazienti»

Come si valutano i pazienti?

Quelli buoni sono quelli che hanno una forte autostima, equilibrati e maturi e che vogliono semplicemente eliminare una caratteristica fisica che li disturba. Quelli che hanno un'immagine positiva di sé prima e dopo l'intervento. Quelli problematici, da evitare, sono quelli che non hanno autostima di sé e credono che alla base di questo malessere ci sia un difetto fisico. In realtà vorrebbero che li liberassimo da un disagio che può avere altre cause. Io propongo sempre ai miei pazienti il gioco dello specchio:

da come si vedono, decido se tenerli o lasciarli.

In aumento le richieste di metodiche reversibili?

Sì. E di conseguenza i pazienti devono fare attenzione a chi si rivolgono. Gli interventi reversibili prevedono l'impiego di filler e tossina botulinica, sostanze che hanno aperto un mercato al business. Non a caso è in elaborazione un decreto per la stesura di un elenco certificato dei filler, dopo quello approvato, ma non ancora in vigore delle protesi mammarie. Ci sono tre o quattro aziende al mondo che producono filler garantiti. Inoltre bisogna sempre fare riferimento a chirurghi plastici o medici estetici, professionisti iscritti a due società la SICPRE e la SIME. Scegliendo tra questi si ha la garanzia di competenza, professionalità e sicurezza.

SICPRE: Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica.
Fondata nel 1936, è l'unica associazione di categoria riconosciuta dal Governo Italiano ed è parte integrante della Confederazione Internazionale delle Società di Chirurgia Plastica (Ispras) e di quella Europea (Espras).
www.sicpre.org

SIME: Società Italiana di Medicina Estetica.
www.lamedicinaestetica.it

Chi è Alessandro Casadei

Membro della Società Italiana di Chirurgia Plastica, dopo gli studi in Medicina e la Specialità in Chirurgia Plastica presso l'Università di Padova ha ottenuto il Master in Chirurgia Estetica presso l'Università di Pavia. Svolge attività libero professionale a Venezia-Mestre dove è titolare di uno Studio Chirurgico e nell'ospedale "Villa Salus"; inoltre presta la sua consulenza presso l'ospedale di Padova.

La mappa mondiale della chirurgia plastica

I dati del primo sondaggio sulla diffusione dei trattamenti chirurgici estetici

Un monitoraggio dei chirurghi e delle procedure in 25 Paesi e regioni del mondo, in cui la chirurgia plastica è più diffusa. E' il prezioso lavoro realizzato dall'ISAPS l'associazione internazionale della chirurgia plastica estetica (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, ISAPS). Al termine di una raccolta dati durata un anno, l'associazione ha prodotto l'ISAPS Biennial Global Survey (TM), un sondaggio biennale grazie al quale, per la prima volta, sono emersi risultati affidabili sulla chirurgia plastica a livello internazionale. L'associazione è stata fondata presso le Nazioni Unite da un gruppo di chirurghi plastici preoccupati delle sorti di questa specialità e desiderosi di darsi una struttura.

Tendenze geografiche.

L'ISAPS Global Survey ha evidenziato una nuova gerarchia dei Paesi nei quali si effettua il maggior numero di procedure cosmetiche chirurgiche e non chirurgiche. Sebbene gli Stati Uniti si confermino al primo posto in questa graduatoria, Paesi non tradizionalmente associati alla chirurgia plastica stanno emergendo in modo prepotente.

Le procedure chirurgiche più popolari.

La liposuzione negli ultimi dieci anni è diventata il trattamento più diffuso. Ha rappresentato il 18,8% delle procedure chirurgiche, soppiantando la mastoplastica addittiva 17,7%. Seguono la blefaroplastica (lifting della palpebra inferiore o superiore) con il 13,5%, la rinoplastica (ritocco del naso) con il 9,4% e l'addominoplastica (riduzione dell'addome) con il 7,3%. La popolarità relativa delle varie procedure chirurgiche è risultata diversa di Paese in Paese. E Brasile, Stati Uniti, Cina, Messico, India e Giappone sono risultati i Paesi dominanti per le cinque procedure più diffuse. Il numero delle procedure non chirurgiche eseguite da chirurghi plastici è risultato superiore a quello delle procedure chirurgiche, fenomeno che riflette sia i progressi compiuti in questo campo che la popolarità dei trattamenti meno costosi.

Le procedure non chirurgiche più diffuse.

Le cinque procedure non chirurgiche più popolari sono risultate le seguenti: iniezioni di tossine o neuromodulatori (Botox, Dysport) (32,7%), iniezioni di acido ialuronico (20,1%), rimozione dei peli tramite laser (13,1%), innesti di grasso autologo (trasferimento di grasso da una zona

La classifica dell'ISAPS Global Survey

Ecco la graduatoria dei 25 Paesi nei quali si effettua il maggior numero di procedure cosmetiche chirurgiche e non chirurgiche

1. Stati Uniti
2. Cina
3. Brasile
4. India
5. Messico
6. Giappone
7. Corea del Sud
8. Germania
9. Turchia
10. Spagna
11. Argentina
12. Russia
13. Italia
14. Francia
15. Canada
16. Taiwan
17. Regno Unito
18. Colombia
19. Grecia
20. Thailandia
21. Australia
22. Venezuela
23. Arabia Saudita
24. Paesi Bassi
25. Portogallo

del corpo del paziente a un'altra) (5,9%) e trattamento al laser IP (4,4%).

La classifica dei Paesi nei quali le procedure non chirurgiche sono risultate maggiormente popolari vedono ai primi posti Stati Uniti, Brasile, Messico e Cina, seguite a una certa distanza da Giappone, Ungheria, Corea del Sud, India e Germania.

Numeri.

I chirurghi plastici sono, secondo le stime del sondaggio, 30.817 unità. La proiezione del numero totale di procedure chirurgiche è di 8.536.379, mentre quelle non chirurgiche ammonterebbero a 8.759.187, portando il totale mondiale complessivo delle procedure chirurgiche e non chirurgiche eseguite da chirurghi plastici regolarmente certificati a 17.295.557 (questa cifra non tiene conto delle procedure chirurgiche e non chirurgiche eseguite da figure diverse dal chirurgo plastico). L'ISAPS Biennial Global Survey è stato compilato, tabulato e analizzato da Industry Insights, Inc. una società indipendente di ricerca con direzione in Ohio, negli Stati Uniti.

Le macchine della bellezza

Dal laser alla tecnica cavitazionale, per risultati con meno sacrifici

Il laser, la luce pulsata, la radiofrequenza e gli ultrasuoni hanno "deviato" in senso estetico la loro applicazione, creando un vero e proprio settore a metà strada tra la medicina (ovvero le "punturine") e la chirurgia (l'amato/odiato bisturi). E la medicina applicata all'estetica è diventata una delle discipline in più rapida evoluzione.

Le tecnologie Laser e Luce Pulsata.

La luce agisce attraverso meccanismi variabili che vanno dal riconoscimento di colori come il rosso e il marrone (eliminazione di capillari e macchie) alla creazione di una sorta di effetto "grattugia" (si creano microscopici buchi invisibili a occhio nudo che vengono poi a riempirsi di pelle neoformata dando un effetto levigante e ringiovanente) alla vaporizzazione degli strati più superficiali delle pelle (che poi ricresce più nuova e più liscia). Indicata per viso, collo e decoltè.

La Radiofrequenza

"riscalda" il derma (il 2° strato della pelle) determinando nel tempo (ci vuole qualche mese) un compattamento della cute con effetto lifting.Va bene per il viso e il collo cadenti, ma anche per l'addome rilassato e l'interno cosce.

La cavitazione.

«L'utilizzo degli ultrasuoni - spiega Stefano Toschi, chirurgo plastico specializzato in questa tecnica - ha dato luogo ad un nuovo genere di effetto denominato cavitazione, in pratica infiltrando con acqua il tessuto da trattare, nello specifico i cuscinetti di grasso eccedente, si ottiene la liberazione di microbolle che rompendosi creano un'onda energetica in grado di frantumare le cellule contenenti grasso (e solo quelle) realizzando un'emulsione che viene lentamente (qualche settimana) riassorbita dall'organismo con iduzione/scomparsa degli odiati cuscinetti».

Angonese: Zaia mi ha scelto per ultimare l'ospedale di Santorso

Il nuovo polo ospedaliero verrà ultimato quest'anno e, il prossimo, andrà in regime

Non è un caso che il governatore Luca Zaia gli abbia affidato la guida di una delle migliori aziende sanitarie del Veneto, la Ulss 4 alto vicentino. Ermanno Angonese ha un curriculum da far paura a qualsiasi manager della sanità. Sessantun anni e alle spalle una vasta esperienza nel campo sanitario, che parte dal 1980 quando le Ulss erano 36 e non c'erano i Direttori generali, ma degli ospedali amministrati da un unico comitato di gestione di cui lui fu, per un certo periodo, il vicepresidente. Angonese ha poi rivestito negli anni il ruolo di Dg di diverse aziende come l'Ulss 3 di Bassano, la 20 di Verona e la 1 di Belluno, per approdare, dallo scorso mese di novembre, alla Ulss 4 Alto Vicentino. Inoltre non è nuovo alla costruzione di grandi ospedali: basti ricordare quello di Bassano del Grappa, che più di qualcuno definisce come "uno dei più belli d'Europa", e l'ospedale S. Bonifacio di Verona.

Si dice che l'Ulss 4 sia una delle migliori del Veneto, perché?

E' vero e a riconoscerlo è anche la stessa Giunta regionale, che ha preso proprio questa Ulss come punto di riferimento per stilare i nuovi obiettivi per le Aziende sanitarie venete. In pratica tutti gli indicatori che si trovano nella delibera degli obiettivi 2011-2012, come ad esempio il tasso di ricovero, le liste di attesa, la spesa per l'assistenza ospedaliera e il numero delle prestazioni specialistiche, sono costruiti su misura sulle performance di questa Ulss.

Guidare questa Ulss è quindi un onore, ma richiede sicuramente anche molto impegno.

Certo. Ed è per questo che il mio sogno è quello che, allo scadere del mio mandato, nel 2012, i cittadini di questa Ulss riconoscano che la sanità dell'alto vicentino è migliorata ulteriormente.

Direttore, mi fotografi l'Azienda Ulss 4 come è oggi e come sarà tra due anni, quando scadrà il suo mandato.

Ho ereditato (Angonese è subentrato a Domenico Mantoan, che è diventato segretario regionale alla sanità, ndr) una meravigliosa Azienda, frutto della capacità e perizia di chi l'ha guidata prima di me, ma anche della bravura e dedizione di tutto il personale che condivide la "mission" aziendale. Detto ciò, oggi questa Azienda è una realtà dove c'è davvero sinergia e integrazione tra servizi ospedalieri e quelli territoriali per la gioia e soddisfazione della nostra utenza. Non è un caso che abbiamo poche "fughe": i nostri cittadini, infatti, non si fanno curare fuori Ulss. Domani avremo un'Azienda diversa per il fatto che al posto di due ospedali (Thiene e Schio), ne avremo uno solo, quello di Santorso, con un vantaggio importante per l'utenza, perché avrà un unico riferimento per le attività ospedaliere e non dovrà pertanto passare da un ospedale all'altro a seconda del servizio di cui necessita.

In queste pagine: l'ospedale di Santorso in costruzione,
© Servizio Tecnico Ulss n. 4

Quindi a breve ci sarà un nuovo ospedale. Quando per l'esattezza e cosa accadrà dei due rimanenti?

L'ospedale di Santorso, che sorge in un'area di circa 180.000 mq, a metà strada tra Thiene e Schio, verrà ultimato entro quest'anno e per il prossimo sarà funzionante. E' una grande sfida per me, anche perché si tratta di un polo ospedaliero all'avanguardia, sia architettonicamente (è una struttura che si sviluppa non in verticale come i monoblocchi tradizionali, ma in orizzontale), che a livello organizzativo. I 460 posti letto saranno più che sufficienti a soddisfare il bisogno di ricovero, in quanto l'ospedale non sarà più diviso in reparti, ma in dipartimenti per intensità di cura. Quando il nuovo ospedale sarà a regime, verranno dismessi gli altri due di Thiene e Schio per essere riconvertiti in strutture che ospiteranno servizi socio-sanitari e attività ambulatoriali. Sicuramente, nell'ex plesso ospedaliero di Thiene, sorgerà la nuova sede della direzione generale.

In attesa del nuovo ospedale mi evidenzia le eccellenze e le criticità dei servizi ospedalieri attuali?

Tutte le attività ospedaliere lavorano egregiamente con punte di eccellenza. Ma se devo segnalarne una in particolare, decido per Ginecologia e Ostetricia, e spiego il perché. Registriamo circa 2.100 nascite all'anno e questo mi pare un dato significativo, soprattutto per una Ulss che non è capoluogo di provincia. Se il Ministero della Salute afferma che sono più sicuri i punti nascita che registrano 1.000 parti all'anno, questo vuol dire che da noi la partoriente deve stare più che tranquilla.

E le criticità?

Siccome sono appena arrivato, non le ho ancora trovate.

Questa Giunta regionale ha in programma il nuovo Piano socio-sanitario, che manca da quindici anni. Come dovrebbe essere secondo lei?

Prima di tutto va detto che c'era bisogno di un nuovo Piano. Sarebbe necessario che nella programmazione futura venisse ridotto il numero dei posti letto per una maggiore attenzione al territorio. Perché la domanda di sanità nasce nel territorio e va governata nel territorio dotandolo di mezzi, risorse, strutture. Operando in questo modo è possibile coniugare risposte qualificate a costi sostenibili.

Crede nell'integrazione Pubblico-Privato?

Un sistema totalmente Pubblico o un sistema totalmente Privato, a mio avviso non funziona. Un sistema dove il Privato è integrativo del Pubblico e governato dal Pubblico, in base alle esigenze assistenziali, è una ricchezza per tutti.

L'ospedale di Santorso, che ha preso il via con la posa della prima pietra nell'ottobre 2008, verrà ultimato nel 2011 e andrà a regime nel 2012. Sorge in un'area di circa 180mila mq, situata a metà strada tra Thiene e Schio. Ha una superficie di 73mila mq, si articola in 4 piani fuori terra. Prevede 460 posti letto (divisi per intensità di cura e non per reparto), 15 sale operatorie, 8 sale endoscopiche, 12 sale per terapie intensive. Costo dell'opera è di oltre 125.000.000,00 euro.

Nome: Ermanno Angonese
Nato a: Mason Vicentino (Vicenza)
Età: 61 anni
Titolo di studio: Laurea in Ingegneria Elettronica all'Università di Padova
Impiego: Direttore generale dell'Ulss 4 alto vicentino dal 17 novembre 2010. Precedentemente ha ricoperto il ruolo di Direttore generale all'Ulss 1 di Belluno.

I numeri dell'Ulss 4

- 32 comuni di competenza e circa 188mila residenti
- 2 ospedali: Thiene e Schio (tra un anno ce ne sarà uno solo, quello nuovo di Santorso)
- 2 distretti socio-sanitari
- 3 associazioni evolute di medici di medicina generale: Utap "Mediconte" di Zugliano (13 medici e circa 16.800 assistiti); Utap "Medivalli" di Arsiero (6 medici e 7.250 assistiti); Medicina di gruppo integrata "Kos" di Malo (10 medici e quasi 13.000 assistiti)
- 8 strutture private convenzionate
- 22.634 ricoveri nel 2009 (17.525 ricoveri ordinari e 5.109 diurni)
- 490 posti letto ospedalieri
- 2.386.699 prestazioni ambulatoriali erogate nel 2009
- Il bilancio consuntivo 2009 ha chiuso con un utile di 5.201.929,08

Disabilità, al centro la persona

Il sottosegretario alla Salute Francesca Martini illustra il nuovo "piano di indirizzo"

Le precedenti linee guida in materia di disabilità risalgono al 1998. Un aggiornamento quanto mai necessario?

Il Gruppo di lavoro che ha aggiornato le linee guida ha svolto una approfondita analisi delle criticità emerse dall'applicazione difforme e, in alcuni casi, incerta, del vecchio strumento, fermo a un'organizzazione, a una operatività e ad una sensibilità datate di 12 anni. Era necessario trasferire questo diverso approccio culturale, che è concreto patrimonio di questo decennio, in uno strumento condiviso (per questo sono state coinvolte le Regioni, le Società scientifiche, gli Irccs, i maggiori esperti a livello nazionale) e in una previsione di carattere normativo. Anche solo definire l'esito del lavoro come "piano di indirizzo" piuttosto che "linee guida" dimostra un approccio e un metodo di lavoro differente.

Quali sono le differenze più significative rispetto al passato?

Il punto di partenza è stata proprio la volontà di intercettare le necessità emergenti, legate all'evoluzione epidemiologica e demografica, allo sviluppo di nuove tecnologie e alle criticità post-acute nei casi di grave disabilità. Al centro del sistema è collocata la persona con disabilità e il suo contesto familiare; sono favorite le interazioni, con l'ambiente sociale e con le istituzioni, indirizzando tutte le attività rispetto a questa priorità e verificandone, nel tempo, i risultati. Le indicazioni proposte dal nuovo piano parlano di un "percorso riabilitativo unico", "individuale" e portato avanti da "un team multidisciplinare" di cui fa parte a pieno titolo la figura del "caregiver", cioè un familiare o la persona di riferimento coinvolta nella presa in carico del paziente. Per quanto riguarda invece la continuità della riabilitazione ospedale-territorio, elemento da sempre critico, vengono creati Dipartimenti ad hoc per la riabilitazione in grado di garantire una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati, eventualmente presenti sul territorio, secondo principi di efficienza e di appropriatezza. Ogni singola Regione potrà stabilire la tipologia organizzativa o gestionale del Dipartimento per garantire una continuità tra ospedale e territorio che coinvolgerà tutta l'offerta (pubblico e privato convenzionato). Diventa parte integrante del percorso riabilitativo anche l'attività fisica, perché facilita l'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia. Non è stato trascurato l'indispensabile ruolo dei servizi sociali e il coinvolgimento delle associazioni di volontariato. Ed infine, in un momento di tagli alla sanità e piani di rientro per le Regioni, abbiamo considerato il capitolo dei risparmi e della razionalizzazione dell'offerta. Non è vero che una sanità migliore deve necessariamente costare di più. Ri-orientando il sistema riabilitativo creeremo un risparmio economico e un miglioramento della qualità dell'assistenza.

Quando diventerà operativo il nuovo piano?

Il Piano d'indirizzo è già stato condiviso in sede tecnica e formalmente

approvato, sotto forma di Accordo, dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 febbraio. È un programma di lungo respiro e, su richiesta delle stesse Regioni, abbiamo previsto l'istituzione a livello centrale "di uno strumento adeguato di osservazione e monitoraggio delle fasi di implementazione" del Piano, che affiancherà quelli delle singole amministrazioni regionali. Per vedere gli effetti operativi del nuovo piano, tuttavia, potrebbe volerci più tempo. Resta comunque fondamentale impegnarci per applicare gli orientamenti delle nuove linee guida.

Quanto è importante la creazione di una rete di strutture specializzate sul territorio?

Lo scopo della riabilitazione è quello di recuperare la maggiore quantità di funzioni ed attività perdute in seguito alle lesioni o all'insorgenza di patologie. Dobbiamo mettere al centro dell'interesse la persona con disabilità e rispondere alle sue specifiche esigenze piuttosto che limitarci ad affrontare il danno d'organo che ha determinato la menomazione. In questo senso, deve essere vista la necessità della continuità assistenziale, e per realizzarla non esiste altro modo che costituire, in alcuni casi implementare, una rete fitta e interattiva di strutture che dialoghino tra loro senza reticenze, senza personalismi o gelosie professionali e con spirito collaborativo per poter offrire con tempestività risposte alle persone con disabilità.

Quanto importante è il ruolo delle strutture private accreditate?

L'integrazione e la cooperazione tra le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale e quelle private accreditate è ormai un dato acquisito. È fondamentale il collegamento con il territorio, che deve essere in grado di esercitare una funzione attiva. Quando un paziente esce dall'acuzie, non può essere lasciato alla ricerca di una soluzione in tema di riabilitazione: un malato di cuore deve essere ricoverato in cardiologia, ma poi deve avere una riabilitazione pronta ed adeguata, così il malato oncologico e quello neurologico. La grande sfida sarà quella di dimensionare la riabilitazione in relazione alle necessità, partendo da una corretta e appropriata valutazione dell'incidenza di tali patologie. Dagli ultimi dati dell'ISTAT, risulta che la popolazione di persone con disabilità ammonta a circa 2 milioni e mezzo di soggetti. E se a questi numeri, già importanti, si aggiungono i circa 200mila pazienti residenti nei presidi socio-sanitari, la dimensione della domanda di riabilitazione moderna ed efficace si presenta in tutta la sua urgenza.

I numeri

- Persone con disabilità: 2.609.000
- Residenti in presidi socio-sanitari: oltre 200.000
- Totale numero di ricoveri nel 2008: 12.128.678
- Riabilitazione: 361.391
  di cui:
  - Regime ordinario: 294.644
  - Day Hospital: 64.747

Le novità delle Linee Guida per la Riabilitazione

Le Linee Guida del 1998 oggi hanno dei punti deboli: in particolare, la continuità assistenziale è spesso ottenuta attraverso la somma di molti interventi singoli e non coordinati, persiste confusione o sovrapposizione tra lungodegenza e riabilitazione estensiva, e i volumi di attività e la distribuzione dei servizi sono molto sbilanciati fra le diverse regioni.

Le nuove Linee Guida propongono una maggiore continuità della riabilitazione Ospedale -Territorio. Per la complessità dei percorsi assistenziali appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione. Lo snodo diventa il Dipartimento di Riabilitazione, al quale devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili.

Diventa fondamentale il "modello bio-psico-sociale", che pone al centro del sistema il cittadino disabile e il suo contesto familiare nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni orientando conseguentemente tutte le attività rispetto a tale priorità e verificandone i risultati.

GIPO GESTIONE INTEGRATA POLIAMBULATORI

La soluzione software integrata ideale per il vostro poliambulatorio

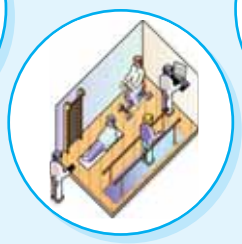
GIPO è il gestionale di settore **più utilizzato** in Italia ed è l'unico in grado di coprire realmente tutte le esigenze di prenotazione, accettazione, refertazione e fatturazione. Ogni anno nelle strutture gestite da GIPO **vengono prenotati** complessivamente oltre **due milioni di appuntamenti**, scritti più di **cinquecentomila referti** ed emesse oltre **un milione di fatture** senza alcun problema e con notevole risparmio di tempo.

Organizza
la sala d'aspetto

Controlla
gli accessi

Velocizza
l'accettazione

Aiuta il terapista
nel lavoro



Semplifica
l'amministrazione

Facilita
la Refertazione

GIPO COMPIE 10 ANNI

IN DIECI ANNI OLTRE 120 STRUTTURE HANNO SCELTO DI LAVORARE CON NOI

GIPO è lo strumento di gestione che si adegua più facilmente a tutte le esigenze del vostro poliambulatorio. La logica del sistema aperto e la comunità degli utenti di **GIPO** contribuiscono a fare crescere il sistema. Le personalizzazioni in fase di installazione e nella prosecuzione dell'utilizzo consentono di adattare **GIPO** a tutte le circostanze, anche le più specializzate, della vostra struttura grande o piccola. Ogni anno più di 150 aggiornamenti contenenti novità e ottimizzazioni vengono pubblicati ON-LINE e scaricati in automatico dal sistema per tenere il vostro **GIPO** sempre aggiornato. Con questa logica **GIPO** in dieci anni di continua crescita ha integrato la conoscenza e la pratica quotidiana della sua community.

VISITATE IL NOSTRO SITO INTERNET ALL'INDIRIZZO

www.gipo.it

PER SCOPRIRE TUTTE LE NOVITÀ E LE RISPOSTE ALLE VOSTRE DOMANDE

NON ESITATE A CONTATTARCI PER UNA DEMO DEL NOSTRO PRODOTTO

CONTATTI

E-mail: info@gipo.it • *Telefono:* +39 051.546701

In Veneto una riabilitazione a macchia di leopardo

Daniela Primon

Circa il 40% delle Ullss venete ha il Dipartimento di riabilitazione. È un dato incoraggiante in vista delle nuove linee guida sulla riabilitazione, ma non esaustivo per garantire una risposta equa a tutti i cittadini del territorio. «Possiamo affermare che in Veneto, in tema di riabilitazione, abbiamo una situazione soddisfacente, anche se meritevole di qualche considerazione», dice Daniela Primon, segretario regionale per il Veneto della SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa). «In particolare - continua il segretario - per quanto riguarda l'attività di degenza sono contemplati tutti i setting riabilitativi (estensivo, intensivo ed alta specialità come le mielolesioni e le gravi cerebro lesioni, nonché le unità per riabilitazione cardiologica), i posti letto sono presenti sia in ambito di sanità pubblica che nel privato accreditato, anche se non siamo ancora arrivati allo standard previsto di 0,6-0,7 per mille abitanti». Rimane la sperequazione territoriale. «Ci sono Ullss - continua il segretario - come ad esempio Belluno, Adria, Dolo-Mirano e Chioggia che non hanno letti di riabilitazione intensiva e altre, come ad esempio Verona o l'Ulss di Mestre-Venezia, che complessivamente arrivano a superare il migliaio di posti letto (prevalentemente nel privato-accreditato)». Fondamentale, inoltre, per essere in linea col nuovo piano, è l'istituzione del Dipartimento laddove non esiste e l'eventuale potenziamento dove c'è già. «Il Dipartimento di riabilitazione non è presente in tutte le Aziende sanitarie - dice Primon - e pertanto è un aspetto che andrebbe potenziato per permettere la migliore gestione possibile della rete riabilitativa. Il territorio costituisce la naturale continuità del percorso assistenziale del paziente con disabilità e comprende sia l'attività riabilitativa ambulatoriale che il reinserimento domiciliare e sociale. Ogni ospedale della nostra regione fornisce assistenza ambulatoriale in ambito riabilitativo, sia per i pazienti dimessi dai reparti (che rappresentano i casi più complessi, spesso con menomazioni e disabilità importanti) che per gli utenti che presentano patologie di minore impegno, ma che richiedono comunque la presa in carico con un programma riabilitativo dedicato. Alle strutture ospedaliere si affiancano quelle extraospedaliere (in maggior parte afferenti al privato-accreditato, compresi gli ex. art. 26), che contribuiscono in modo rilevante al completamento della rete, anche per quanto riguarda l'ambito della età evolutiva».

In Friuli mancano i dipartimenti di riabilitazione

In Friuli non ci sono i Dipartimenti di riabilitazione. Anche se, già da molti anni, ci sono dei protocolli tra l'ospedale e il territorio, in particolare per l'area ortopedica e neurologica, che assicurano la continuità assistenziale del paziente. «Il piano che illustra le nuove linee guida per la riabilitazione è davvero interessante - dice Antonietta Zadini, direttore della struttura complessa di Medicina riabilitativa dell'Azienda ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti di Trieste - perché dà certezze e maggior sicurezza al paziente che, al momento della dimissione dall'ospedale, sa già a chi rivolgersi per la riabilitazione». Nella riabilitazione c'è spazio anche per il privato accreditato, ma in Friuli, a differenza del Veneto, prevale il lavoro del pubblico. «Qui da noi - spiega la dottoressa - il privato non ha grandi dimensioni. Per quanto riguarda l'ospedalità privata ci sono pochi letti. Circa 90 unità, secondo gli ultimi dati Istat, contro le 200 del servizio pubblico». Il pubblico segue i casi complicati. «Il privato sceglie soprattutto i pazienti meno impegnativi - dice Zadini - mentre i casi più complessi, neurologici e ortopedici, sono presi in carico dal pubblico». La Zadini entra poi nel vivo del nuovo piano evidenziandone le potenzialità. «Non solo auspico che la nostra Regione - dice - recepisca la strutturazione in Dipartimenti, ma anche tutto il ragionamento che emerge attorno al trattamento delle diverse patologie».

> "Nella riabilitazione c'è spazio per il privato accreditato, ma in Friuli prevale comunque il lavoro del pubblico"

a cura del dottor **Giorgio Galli***

I Privati Accreditati guardano al futuro con speranza e preoccupazione

Nel territorio veneto le strutture private accreditate di Medicina Fisica e Riabilitazione rappresentano una realtà importante e preminente nell'offerta di servizi ai cittadini veneti.

La stragrande maggioranza delle prestazioni di Riabilitazione nella Regione Veneto vengono infatti erogate da queste Strutture che, da anni, cercano di lavorare in sinergia con le Strutture Pubbliche affinché a tutti i cittadini portatori di un qualche grado di disabilità, venga garantita la necessaria risposta di continuità riabilitativa assistenziale. È a questo punto necessario fare una seria riflessione sulle necessità emergenti legate all'analisi epidemiologica e demografica e conseguentemente sui costi che queste determinano sul sistema sanitario regionale: infatti l'accusa ricorrente che ci viene acriticamente posta è che, stante la distribuzione a macchia di leopardo delle nostre Strutture nel Veneto, è statisticamente provato che dove le Strutture sono più rappresentate, maggiore (ovviamente) è la quantità di prestazioni erogate. Non ci si può peraltro focalizzare sull'aumento della spesa sanitaria "indotto" dalla presenza degli Ambulatori di Fisioterapia senza, di contro, analizzare quanto sia il risparmio in termini di spesa farmaceutica, di riduzione delle giornate di degenza ospedaliera, della procrastinazione dei ricoveri in case protette (case di riposo), e, non ultimo, della riduzione del numero di giornate di lavorative perse. Il compito delle Strutture Anisap è di integrare il servizio offerto dalla Sanità a gestione pubblica, o di costituirlo ove non esista, al fine di creare una rete di strutture fra di loro interagenti in modo da garantire l'indispensabile continuità assistenziale dell'iter Riabilitativo: dalla dimissione dai reparti per acuti al trattamento ambulatoriale fino alla guarigione o alla stabilizzazione della disabilità e, infine, alla compensazione dell'handicap residuo in ambito famigliare, sociale e lavorativo. Sono convinto che un Sistema Sanitario migliore non comporti necessariamente costi più alti poiché le risposte e le soluzioni che questa rete integrata fra Pubblico e Privato Accreditato può e deve fornire, porterà finalmente a scavalcare dualismi, egoismi professionali e dissinergie, responsabili tutti del provocare disservizi e antieconomicità. Le Strutture Sanitarie accreditate hanno dimostrato negli anni non solo di saper aumentare il loro standard di qualità, tecnologia e professionalità , ma anche di poter offrire un ottimo rapporto qualità-prezzo delle prestazioni erogate. Per mantenere questi obiettivi raggiunti è necessario che il nuovo nomenclatore tariffario regionale tenga conto non solo della multidisciplinarietà della fisiatria ma anche del costo della prestazione, affinché questo strumento sia giustamente remunerativo per gli erogatori pubblici e privati.

**Il dottor Giorgio Galli è coordinatore dipartimento medicina Fisica e Riabilitativa Anisap Veneto.*

Riabilitazione, l'importanza di un intervento umano e multidisciplinare

Ma in futuro occorrerà utilizzare le nuove tecnologie

L'associazione ICORA getta un ponte tra Italia e Croazia

In questa foto Massimo Pulin e Roberto Postiglione

Riabilitazione vuole dire spesso ortopedia. E sviluppare l'interscambio di tecnologie e di esperienze nel settore ortopedico tra Italia e Croazia è l'obiettivo di ICORA, "Italian Croatian Ortopaedics Rehabilitation Association", una associazione d'imprenditori italiani e croati fondata lo scorso dicembre a Zagabria alla presenza dell'ambasciatore italiano Alessandro Pignatti Morano di Custoza. Un'iniziativa nata da un'idea dell'imprenditore italiano Massimo Pulin, tecnico ortopedico e titolare di Orthomedica, che ha già registrato l'adesione di altre sette aziende (Podartis, Mto, Nuova Blandino, Alps Italia, Tenortho, Ortomaks, Ortomed).

«Il mercato ortopedico croato è molto interessante per le aziende italiane - spiega Pulin - c'è una richiesta importante di ausili e presidi sanitari, anche a causa della dolorosa guerra che nella storia recente ha afflitto il Paese. Il mercato è regolato da un sistema sanitario nazionale simile al nostro, in particolare per quanto riguarda le norme relative alla protesica, ma nel settore ortopedico la tecnologia è arretrata di almeno 10 anni, non esistono scuole per la specializzazione in tecnica ortopedica e sono soltanto 7 oggi i

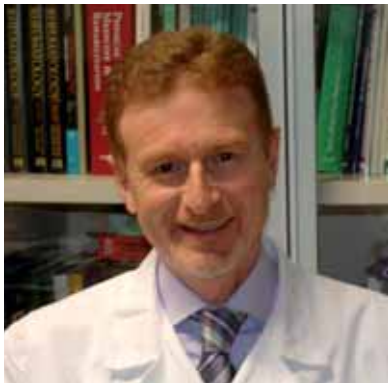
di **Ines Brentan**

L'azione umana è fondamentale per la riabilitazione, ma in futuro bisognerà ricorrere sempre di più alle nuove tecnologie. È la tesi di Stefano Masiero, professore aggregato di Medicina Fisica e Riabilitativa all'Università - Azienda Ospedaliera di Padova, secondo il quale «ci sono studi che dimostrano quanto importante sia l'utilizzo delle nuove tecnologie nella riabilitazione e quanto incidano in un recupero maggiore e più veloce».

Intanto però il motore di quel lavoro è tutto umano.

«Si tratta di un intervento multidisciplinare - continua Masiero - che viene svolto da un team di professionisti: fisiatra, fisioterapista e terapista occupazionale, talvolta anche altre figure come il logopedista, lo psicologo, il neurologo, l'ortopedico e il reumatologo». Si fa riabilitazione per vari motivi: dopo un incidente o un intervento chirurgico, a causa di una disabilità motoria o neuropsicologica, oppure per un handicap conseguente ad una malattia cronica come, l'artrite reumatoide, la sclerosi multipla, l'ictus. «Riabilitare - aggiunge Masiero - significa portare una persona che ha una disabilità a raggiungere il miglior livello di vita possibile sia sul piano fisico che funzionale, sociale ed emozionale». La disabilità causa delle limitazioni nelle attività della vita di tutti i giorni e provoca una restrizione alla partecipazione della vita familiare e sociale. «Grazie alla riabilitazione - continua il medico - si possono recuperare le attività motorie perdute e riprendere quella funzionalità necessaria per una piena integrazione sociale».

La riabilitazione si distingue in pediatrica e dell'età adulta. La pediatrica viene trattata soprattutto dal centro "La nostra famiglia", un'associazione di natura ecclesiastica che ha sedi disseminate in tutto il Paese e anche in Veneto. C'è poi la riabilitazione destinata agli adulti che si divide in varie branche a seconda della parte del corpo che necessita di essere riabilitata: neurologica, ortopedica, reumatologica, cardiologica, respiratoria. L'ultima distinzione è tra riabilitazione intensiva (quando l'intervento richiesto comporta un ricovero) ed estensiva (quando la riabilitazione è più lieve e può essere svolta anche ambulatorialmente). Anche se in Veneto, oggi, la riabilitazione gode di "buona salute", cioè ci sono strutture a sufficienza che rispondono opportunamente alle diverse esigenze, domani ci sarà bisogno di una nuova programmazione. «Oggi si vive di più - conferma Masiero - non solo aumenta il numero degli anziani ma anche il numero dei malati cronici, per cui in futuro ci sarà sicuramente sempre maggior richiesta di riabilitazione, anche con l'ausilio di nuove tecnologie, a partire dai robot per la riabilitazione assistita».



Stefano Masiero

di **Alberto Salmaso**

tecnici ortopedici in Croazia».

Ecco perché è nata ICORA. «Mi è sembrata la risposta più adeguata alla mia esigenza di operare concretamente per lo sviluppo di questo settore. Non si tratta di un cartello di aziende unite per fare business, ma di un'associazione che vuole promuovere la cultura e la tecnica ortopedica in Croazia e attraverso di essa veicolare il made in Italy in questo Paese».

La prima iniziativa organizzata da ICORA è stata la predisposizione di un corso triennale di formazione in tecnica ortopedica presso l'Università di Pola, «che permetterà - aggiunge Pulin - a partire dal 2012 (anno di ingresso della Croazia nella Unione Europea), di esercitare la professione in tutti i Paesi della Comunità».

Ma è anche fondamentale il supporto giuridico e amministrativo che ICORA fornisce a chi si associa. «E inoltre stiamo promuovendo interscambi universitari per consentire ai giovani medici croati di completare il loro percorso formativo in Italia, ma anche a medici e professori affermati di tenere lezioni negli atenei dei due Paesi. Le iniziative non mancano… e sempre con l'obiettivo di far conoscere l'eccellenza del nostro made in Italy attraverso le aziende associate a ICORA».

In queste foto, da sinistra, varopodometria computerizzata; collaudo di un ausilio; realizzazione di un calzare ortopedico.

Quando la fisioterapia non è solo un lavoro

L'esperienza di una veneziana in Sudan

Scegliere di fare il fisioterapista è una cosa seria: la riabilitazione per le persone che hanno difficoltà motorie è una terapia fondamentale. Se i disabili sono bambini, questo lavoro diventa ancora più impegnativo e nobile. Ma se si sceglie di fare il fisioterapista per bambini disabili in Sudan, vuol dire proprio che ci troviamo di fronte a persone speciali.

Serena Bello, della provincia di Venezia, fresca di laurea specialistica in Scienze della Riabilitazione all'Università degli Studi di Padova, è una di queste.

«Non è una scelta coraggiosa - si schernisce lei - prima non sono riuscita a farlo perché ero impegnata con lo studio, e poi perché aspettavo l'assunzione a tempo indeterminato dalla mia Ulss. Così ho potuto prendere l'aspettativa obbligatoria, visto che il progetto che sto seguendo è registrato e riconosciuto dal Ministero degli Affari Esteri, e ho potuto pensare di dedicarmi per un anno a questa esperienza, certa di avere il mio lavoro quando tornerò in Italia».

Sarà, ma decidere di mollare tutto - anche se "solo" per un anno - e di affrontare le difficoltà che sicuramente si possono trovare in un contesto come questo, non ci sembra un gesto da sottovalutare. Serena è in Sudan dal luglio del 2010, per conto dell'Organismo di Volontariato per la Cooperazione Internazionale OVCI la Nostra Famiglia, un'organizzazione non governativa italiana attiva in diversi Paesi in via di sviluppo. Fin dalla sua costituzione (nel 1982), OVCI la Nostra Famiglia attua numerosi progetti dedicati principalmente alla riabilitazione di bambini disabili, in Sudan, Marocco, Palestina, Brasile, Ecuador e Cina.

«Mi occupo - spiega Serena - del coordinamento di due centri, uno ad Omdurman (nella periferia di Khartoum), dove sorge un centro di riabilitazione, ed uno a Dar el Salaam, un sobborgo periferico, più arretrato anche dal punto di vista culturale, privo di servizi socio-sanitari dove vivono 300mila persone. Qui c'è un asilo, una scuola superiore per disabili "vocational training center" (con laboratori per esprimere le vocazioni, come la musica o la panetteria), una clinica con un ambulatorio medico, una palestra per la riabilitazione e un piccolo servizio di chirurgia. Non sto mettendo in pratica solo gli aspetti sanitari dei miei studi, ma anche quelli organizzativi e di insegnamento».

La trasmissione delle nozioni è infatti fondamentale. «Sì, il lavoro è molto diverso rispetto all'Italia. Non c'è spreco di risorse, si cerca di ottimizzare tutto. Ci sono persone che percorrono anche 100 km (spesso con mezzi di fortuna) per venire dal fisioterapista. In questi casi tutto quello che si insegna ai bambini e alle loro famiglie è preziosissimo, perché dovranno ri-

Il Sudan è vasto 2.500.000 km2 (8 volte più grande dell'Italia), con una popolazione di 34 milioni di persone. La lingua ufficiale è l'arabo, la religione prevalente quella musulmana sunnita (74%). Nel Paese persiste un clima di tensione, dovuto alle criticità esistenti nell'attuazione dell'Accordo di pace tra Nord e Sud Sudan ed alla crisi in Darfur, con frequenti episodi di banditismo ed alto rischio di sequestri di persona, anche a danno di operatori umanitari. Nel Sud del Paese sono stati segnalati nel mese di novembre 2010 numerosi casi, con decine di decessi, di persone colpite da leishmaniosi viscerale (fonte: Ministero degli Esteri).

fare tutto a casa: molti di loro infatti non possono tornare prima di molti mesi al Centro».

Anche perché il personale è quello che è: con Serena ci sono Maria, un'altra fisioterapista italiana, due assistenti sudanesi, e solo a metà febbraio sono arrivate due persone dall'Italia grazie al Servizio Civile Internazionale. Tre persone che visitano circa 500 persone al mese. Per questo esiste anche una rete di volontari (cbr, community based rehabilitation, composta da una trentina di persone) che si recano direttamente a casa dei bambini, nelle aree di Dar El Saalam, Buga e 'Abbasiya. È un lavoro non solo sanitario (perché si incontrano non solo i disabili fisici, ma anche quelli psichiatrici, o bimbi ciechi, autistici, o con altre patologie) ma anche e soprattutto di inclusione sociale. «Per ignoranza, spesso, la disabilità viene vissuta con vergogna, mentre con il nostro intervento le famiglie e la comunità capiscono che si tratta di una malattia e che si può affrontare».

A metà della sua esperienza in Sudan Serena ha già raccolto un bel bagaglio di esperienze. «Si tratta di un lavoro non facile, ma bellissimo. È stimolante, dal punto di vista umano e lavorativo. Per descrivervi quello che provo, posso dirvi che io sono un'appassionata giocatrice di pallavolo: ecco, la mattina, quando inizia la giornata lavorativa, ci metto la stessa gioia e passione che metterei se andassi in campo a praticare il mio sport preferito!».

Inutile chiederle le differenze tra il lavoro in Italia e quello in Sudan. «È tutto veramente diverso, dalle strutture alla mentalità. Quello che mi colpisce e che mi fa amare questo lavoro è la gratitudine che ti dimostrano i bambini e le loro famiglie. Da noi la sanità è vissuta come una certezza, le persone quasi pretendono che le cose vengano fatte. Qui invece c'è quella considerazione e quel rispetto per il lavoro che fai che rendono tutto più gratificante».

Chi è OVCI la Nostra Famiglia

OVCI la Nostra Famiglia si costituisce con atto notarile il 4 maggio del 1982. Nasce dall'iniziativa del Gruppo Amici di don Luigi Monza in accordo con l'associazione "La Nostra Famiglia", come braccio operativo nei Paesi in Via di Sviluppo. La sede centrale è a Ponte Lambro (CO). L'impegno prioritario dell'Organismo di Volontariato per la Cooperazione Internazionale OVCI la Nostra Famiglia è rivolto ai bambini con particolare situazione di disagio sociale e di disabilità. L'organismo realizza i suoi obiettivi umanitari attraverso interventi di: riabilitazione, formazione, assistenza sociale, medicina di base, educazione allo sviluppo e sensibilizzazione. Per maggiori informazioni, il sito internet è www.ovci.org.

In questa pagina, alcune immagini dell'attività in Sudan

WORKSHOPCARE

www.workshopcare.com

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

Workshop Care distribuisce e vende in Veneto e Friuli Venezia Giulia:

Tecar gain without pain
Chattanooga Group a Reable company
Compex
TecnoBody
ASA Energy for health
EMS Electro Medical Systems
hosand. Optimize your life

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

T +39 0481 60328
F +39 0481 631932
E info@workshopcare.com

COMPEX 3
PROFESSIONAL

La tecnologia sulla punta della dita

Vero concentrato d'innovazione e di tecnologia, il **COMPEX 3** si integra perfettamente alla vostra gestione quotidiana delle terapie.

- Dispone della technologia *muscle intellegence*™, e può funzionare con 4 sensori.
- Permette di pianificare una lista di pazienti, di conservare uno storico, di creare dei programmi personalizzati e di controllare la buona esecuzione dei trattamenti.
- Guide cliniche, formazioni, consulenti e un sito web pro, interamente dedicati all'elettroterapia, sono a vostra disposizione per aiutarvi.

Tecnologia mi

- Il trattamento diventa personalizzato
- Il paziente partecipa attivamente
- L'antalgica si regola automaticamente
- L'energia si autocontrolla

CefarCompex

UNITING ENERGIES FOR A BETTER LIFE*

www.cefarcompex.com

Nouveau Monde D D B Nantes P27746-1T *Uniamo le nostre energie per vivere meglio domani
mumbledesign

Dove partorire: vi racconto la mia esperienza a Dolo

Un reparto dove l'umanizzazione è una realtà

Quando si parla di umanizzazione in sanità penso al reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale di Dolo, nel veneziano. Lo affermo per esperienza diretta: proprio qui, infatti, ho dato alla luce il mio piccolo tesoro, Gregorio. Mi sono trovata così bene a Dolo che ancora oggi ricordo i giorni della mia degenza come momenti sereni e tranquilli. Non solo lì ho incontrato medici professionali ed efficienti, ma ho avuto modo di notare che tutta l'équipe, dalla caposala alle infermiere, dalle ostetriche al personale del Nido, lavora intensamente per far sì che le nuove mamme vivano il reparto come se si trovassero a casa propria. E non è un caso, perché questo tipo di attenzione rientra nella filosofia del reparto. Il primario, Solvenio Caroti, sostiene infatti: «Noi non vogliamo portare la sala parto a casa, non sarebbe nemmeno sicuro, ma piuttosto la familiarità all'interno del nostro reparto». Ma partiamo dall'inizio, cioè da come sono capitata a Dolo. Ho scelto questo ospedale non solo perché è vicino alla mia abitazione, ma anche perché ho provato sulla mia pelle alcune prestazioni delicate, come ad esempio la villocentesi. Se è vero che ci sono molte aspettative su alcuni nuovi studi che, una volta formalizzati, potrebbero far accantonare una volta per sempre esami invasivi di screening prenatale come l'amniocentesi e la villocentesi - in quanto verrebbero sostituiti da un semplice prelievo del sangue materno - è anche vero che per ora questi esami rimangono gli unici test certi per diagnosticare anomalie cromosomiche. Quindi è importante avere a che fare

I numeri

- 1.200 ricoveri ordinari nel 2009
- 600 ricoveri diurni
- 917 parti nel 2010 (746 donne residenti dell'Ulss 13 e 171 extra Ulss)
- 928 nati (11 parti plurimi)
- 240 epidurali (32,72%), sfociate in 44 tagli cesarei (18,33%)
- 1.584 interventi ordinari nel 2010
- 911 interventi in day surgery

con personale competente in grado di fornire tutte le informazioni necessarie che permettano alla donna di fare la scelta più giusta per lei e il suo bambino. Nel reparto di Ginecologia e Ostetricia c'è un ambulatorio di genetica e diagnosi prenatale con personale dedicato. È qui che la coppia riceve un profilo genetico-cromosomico, e informazioni utili sulla diagnosi prenatale, e può richiedere consulenze genetiche (preconcezionali, prenatali e post natali). «Qui da noi - ribadisce Michele Cacco, responsabile dell'ambulatorio di genetica e diagnosi prenatale - è favorita una scelta informata. Puntiamo a giungere ad una decisione condivisa tra medico e paziente. La coppia che accede al servizio è messa al corrente, grazie al prezioso lavoro della genetista Isabella Mammi, di tutto ciò che si può fare oggi anche in termini di diagnosi prenatale invasiva». Un reparto all'avanguardia che scommette sull'innovazione delle tecniche chirurgiche con l'impiego di metodiche mininvasive come la laparosocopia e l'endoscopia nelle patologie ginecologiche, il metodo Stark nel taglio cesareo e che punta sull'umanizzazione della gravidanza e del parto tanto da aspirare al riconoscimento dell'Unicef come "Baby Friendly Hospital". «Contiamo su diversi punti di eccellenza - dichiara il primario Caroti - primo tra tutti la totale sicurezza in sala parto garantita dalla presenza costante di un anestesista, dell'ostetrica, del ginecologo e del pediatra. Altro fattore importante è la possibilità di richiedere l'anestesia epidurale 24 ore su 24, anche nei giorni festivi, e per questo abbiamo ricevuto un bollino rosa dall'Osservatorio nazionale sulla salute della donna». «Inoltre - continua Caroti - diamo la possibilità alle mamme che hanno avuto un primo parto cesareo, di optare per un secondo parto naturale, laddove non esistano comunque delle controindicazioni: tra le precesarizzate che scelgono il parto vaginale, ben il 50% ci riesce». «La nostra struttura, inoltre - aggiunge - promuove l'allattamento materno e l'approccio madre-neonato ("skin to skin", cioè il contatto pelle a pelle) anche dopo un taglio cesareo. Qui da noi si pratica il "rooming in" 24 ore su 24 - la madre sta col bambino nella propria stanza - permettendo così alle neo mamme di non far ritorno a casa impreparate». Ho detto poco sopra che ho scelto di partorire in questo ospedale perché ho conosciuto e provato di persona i servizi del reparto. Ma è anche vero che fondamentale nella scelta è stata per me la professionalità che ho riconosciuto nello staff medico e infermieristico, la sensibilità e attenzione che ho ricevuto da tutto il personale, anche quello presente in sala operatoria.

Vuol dire molto per chi è malato o deve sottoporsi ad un intervento o ad esami invasivi ricevere parole di conforto ed essere incoraggiato. A Dolo non mi sono sentita un utente, ma una donna che si stava preparando a diventare mamma, con tutte le paure e la fragilità che contraddistinguono questo importante momento, e in quanto tale compresa e accompagnata per mano in questa straordinaria avventura. A Dolo non mi sono mai sentita abbandonata a me stessa.

In questa pagina, in alto: da sx, la puericultrice Gianna Nicolussi, la capo ostetrica Franca Marcomin e l'ostetrica Laura Rampado.
In basso: una puericultrice all'opera

Parto cesareo: a Dolo si pratica il metodo Stark

Nei parti cesarei viene impiegato il metodo Stark (definito anche come "taglio cesareo dolce"), meno invasivo, con una minore perdita di sangue e un decorso post operatorio più corto. In particolare, i vantaggi di questa tecnica possono essere riassunti in questo modo:

- ridotto dolore per la donna
- minimo danno ai tessuti
- rapido recupero post-operatorio
- rapida ripresa dell'attività intestinale e dell'alimentazione
- tempi operatori dimezzati

La tecnica Stark affida buona parte dell'apertura dell'addome e dell'utero alle mani del chirurgo, che favorisce così l'apertura del tessuto lungo linee di cedimento naturali. In questo modo, cioè, limitando il taglio dei tessuti con bisturi e forbici, i tessuti aperti risultano meno danneggiati e sanguinanti, e la loro chiusura richiede pochissimi punti di sutura.

Chi è Solvenio Caroti

Dopo essersi laureato nel 1973 in Medicina e Chirurgia, si specializza, nel 1977, in Ostetricia e Ginecologia e, nel 1982, in Chirurgia Generale. In questi anni svolge attività didattica e di ricerca presso la Clinica ostetrica e ginecologica di Pisa. Completa la sua formazione in chirurgia pelvica, vaginale e oncologica presso diversi istituti europei. E' autore di diverse pubblicazioni su riviste di fama internazionale, è membro di società scientifiche. In servizio presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Dolo dal 1976 prima come assistente, poi come aiuto e, dal 2001, come primario. Negli ultimi anni, per una particolare attenzione rivolta verso una umanizzazione della gravidanza e del parto, sta portando il proprio reparto al riconoscimento da parte dell'Unicef come "Baby Friendly Hospital".

Lo staff medico

Salvatore Scardino, vicario; direttore U.O.S. di "Endoscopia Ginecologica"; responsabile della sezione di Ginecologia; responsabile valutazione dell'attività; referente del "rischio clinico."
Michele Cacco, responsabile della sezione di Ostetricia; responsabile dell'ambulatorio di Genetica Medica e Diagnostica Prenatale; responsabile della sicurezza; facilitatore LR 22/02.
Giovanna Calzà, referente della U.O per lo screening Colpocitologico di 2° livello.
Rosetta Di Pasquale, responsabile delle cartelle cliniche; responsabile dell'organizzazione del Day Surgery.
Riccardo Favero, responsabile del Centro di P.M.A.
Alfonso Ferrara, responsabile della Oncologia Ginecologica; responsabile della Qualità; responsabile del sito web; facilitatore LR 22/02.
Giuseppe Giglietta, responsabile dell'ambulatorio di Ecografia; Genetica Medica e Diagnostica Prenatale.
Kimta Nanhornguè, ambulatorio di Ecografia; Genetica Medica.
Federica Lauri, Centro Ambulatoriale di Diagnosi e terapia delle patologie del basso tratto genitale; screening colpocitologico di 2° livello; Uroginecologia.
Giuseppe Vitale, responsabile del Centro Ambulatoriale di Diagnosi e terapia delle patologie del basso tratto genitale; coordinamento gruppo ambulatoriale.
Manuela Busato, Centro di P.M.A.; Ambulatorio di Ecografia.
Isabella Mammi, Genetista responsabile dell'Ambulatorio di Genetica Medica del Centro di Genetica Medica e Diagnostica Prenatale.

Un reparto controcorrente nella diagnosi prenatale

Michele Cacco

Chi è diventata mamma dopo i 35 anni lo ha sentito dire: meglio l'amniocentesi che la villocentesi. Meglio perché, a detta di alcuni ginecologi, l'esame viene effettuato dopo la 15esima settimana di gravidanza, quando cioè diminuisce considerevolmente il rischio di un aborto spontaneo. Non è un caso quindi imbattersi soprattutto in donne che si sono sottoposte ad un'amniocentesi piuttosto che ad una villocentesi, ma le cose stanno cambiando, a tal punto che ora tutto appare capovolto. La villocentesi viene rivalutata a tal punto da risultare un esame diagnostico prenatale ancor più sicuro dell'amniocentesi. «Di questo avviso è anche un guru nel campo della ginecologia come Gianluigi Pilu, professore associato di Ginecologia e Ostetrica all'Università degli Studi di Bologna», afferma Solvenio Caroti. Ci si domanda il perché di questo radicale cambiamento di opinione e la risposta del ginecologo Michele Cacco è tanto sorprendente quanto disarmante: «La villocentesi era considerata l'esame più pericoloso perché, in quanto tecnica più giovane, ha dovuto pagare lo scotto dell'inesperienza». «Nella villocentesi - spiega il medico - viene eseguito un prelievo della placenta che, oltre ad avere un'alta capacità rigenerativa, non è l'ambiente del bambino. È con l'amniocentesi che il prelievo viene effettuato dentro un contesto prettamente fetale, sicuramente più delicato». «Premesso che è sempre la donna a scegliere - continua il primario Caroti - noi siamo in grado di effettuare, con la stessa capacità e professionalità, entrambe le metodiche. Detto ciò, qui da noi, dal 2008 ad oggi sono prevalsi più gli esami di villocentesi che quelli di amniocentesi e ciononostante i dati abortivi risultano incoraggianti». Se a livello mondiale si conta lo 0,5-0,8% di rischio abortivo per l'amniocentesi e l'1% per la villocentesi, a Dolo si registra lo 0,22% per l'amniocentesi e lo 0,4% per la villocentesi.

Amniocentesi e villocentesi: test di diagnosi prenatale

C'è subito da dire che entrambi gli esami, amniocentesi e villocentesi, sono definiti "invasivi" perché c'è comunque il rischio di perdere il bambino. Questi test di diagnosi prenatale vengono solitamente proposti alle donne che hanno superato i 35 anni di età, per cui è più alto il rischio genetico, oppure per quelle coppie che hanno già un bambino con una patologia cromosomica. L'amniocentesi è il prelievo del liquido amniotico, che viene effettuato dopo la 15esima settimana di gravidanza. La villocentesi è il prelievo dei villi coriali che si trovano nella placenta. Questo esame viene eseguito dopo l'11esima settimana di gravidanza. Dopo l'estrazione dell'ago, in entrambi gli esami, si effettua una ecografia di controllo per visualizzare il battito cardiaco fetale.

I numeri

- Dal 1998 ad oggi, 5.000 prelievi
- 500 prelievi all'anno
- 183 villocentesi nel 2010
- 145 amniocentesi
- 530 consulenze genetiche

Interventi sempre più in laparoscopia anche per le neoplasie

Tumore al collo dell'utero, alle ovaie ed endometriosi

Anche nel campo della ginecologia oncologica si opera sempre meno in laparotomia (la cosiddetta chirurgia "a cielo aperto", scelta negli stadi avanzati di tumore) e si interviene sempre di più in via laparoscopica e vaginale. «Si stima che ben l'80% degli interventi tradizionali oggi si possa tranquillamente effettuare per via laparoscopica, e questo si traduce in un plurimo vantaggio per la paziente», dichiara Alfonso Ferrara, responsabile dell'ambulatorio oncologico del reparto di Ginecologia e Ostetricia di Dolo. «Innanzi tutto con la laparoscopia - spiega il medico - vengono effettuate delle piccole incisioni che si traducono in ridotte perdite ematiche e minor trauma chirurgico che, di conseguenza, influiscono positivamente anche nel decorso post operatorio». Chi è stata operata con la tecnica laparoscopica accusa meno dolore di chi ha subito un'incisione laparotomica e mostra un più veloce recupero. «Da noi arrivano donne con tumore al collo dell'utero o alle ovaie - dice il medico - il primo è più aggressivo ma si evidenzia più facilmente col pap test, il secondo, invece è più subdolo e, non esistendo uno screening specifico, purtroppo si diagnostica tardi; molte donne lo scoprono quando sono al terzo o quarto stadio. Qualche donna scopre prima di altre di avere un cancro ovarico per caso, con una ecografia, oppure perché insospettita da qualche sintomo come gonfiore, dolore e un senso di peso addominale». Ruolo importante lo ha sempre la prevenzione, per cui lo specialista consiglia, soprattutto in caso di familiarità, controlli annuali: visita ginecologica, pap test e, laddove suggerito, anche una ecografia. Ma di screening è difficile, se non impossibile parlare, quando la patologia da trattare si chiama endometriosi. «Purtroppo ancora oggi - continua Ferrara - non si è ancora in grado di precisare la vera natura dell'endometriosi né le cause che la provocano, anche se qualcuno avanza l'ipotesi dell'inquinamento e di un'influenza genetica». L'endometriosi, che colpisce le donne in età fertile tra i 18 e 45 anni, causa forti dolori, ma non solo. Provoca anche infertilità. «È una malattia infima - dice Ferrara - fortemente invalidante per la donna, tanto che chi ne è affetta riesce a ricevere una diagnosi solo dopo 4 anni, dopo aver consultato più medici, tra cui il neurologo». «Inoltre - aggiunge il medico - l'endometriosi ci spiazza per la sua natura ambigua; basti solo pensare che causa l'infertilità e che, per curarla, la donna dovrebbe tentare di rimanere incinta». Nella Riviera del Brenta si registra un'importante presenza della malattia. «Se in Italia si conta che è colpita il 10% della popolazione femminile - chiarisce Ferrara - qui da noi è almeno il 15%».

Da sx l'infermiera Rita Pelizzari, l'oss Laura Zoggia, il ginecologo Alfonso Ferrara, l'infermiera Elisabetta Baldan

I numeri dell'Endometriosi

- In Italia le donne con diagnosi di endometriosi sono 3 milioni
- In Europa, 14 milioni
- Nel mondo, 140 milioni
- In Italia l'endometriosi colpisce il 10% delle donne, in Riviera del Brenta il 15%

Tua figlia sembra tua sorella.
Ma cosa mangi per restare così?

GRANA PADANO DOP. UN CONCENTRATO DI QUALITÀ.

Bastano 50 grammi di Grana Padano al giorno per avere una buona dose di nutrienti del latte: **Calcio, proteine, minerali e vitamine, con solo 196 calorie.** Per questo, insieme ad un'alimentazione varia ed equilibrata, è **un grande alleato** per chi vuole rallentare gli effetti degli anni che passano.

UN FORMAGGIO UNICO.

Grana Padano è un concentrato di latte fresco proveniente solo dalla Valle Padana, parzialmente scremato, per questo apporta importanti percentuali di nutrienti e poche calorie.

IMPORTANTI NUTRIENTI CONTENUTI IN 50 GR DI GRANA PADANO DOP

Calorie Kcal 196		Proteine 16 gr	Calcio 600 mg	Zinco 5,5 mg	Fosforo 346 mg	Vit. A (R.E.) 112 mcg	Vit. B12 1,5 mcg
Percentuale di apporto in nutrienti raccomandati (LARN*) derivanti dall'assunzione giornaliera di 50 gr di Grana Padano							
FEMMINE							
Età	Peso						
18-29	56	30%	60%	78%	34%	18%	75%
30-49	56	30%	75%	78%	43%	18%	75%
50+	56	30%	50%	78%	34%	18%	75%

** Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di nutrienti per la popolazione italiana. Fonte SINU.*

50 gr di Grana Padano apportano meno del **10%** delle calorie che in media consuma al giorno una donna (2.000 Kcal) ma tutti i nutrienti del latte e **solo 54,5 mg di colesterolo**. Le proteine, il Calcio e le vitamine del latte sono molto piu assimilabili perché provenienti da un alimento naturale.

QUANTO SONO IMPORTANTI I NUTRIENTI PER LA DONNA?

Occorrono 15 litri di buon latte per fare un chilo di Grana Padano, per questo è un concentrato di nutrienti essenziali, quelli che possono essere assunti solo con gli alimenti. La **grande quantità di Calcio** contenuta in Grana Padano **aiuta a mantenere la massa ossea e a rallentare l'osteoporosi; le proteine nobili rinnovano i muscoli, gli antiossidanti come lo Zinco e la vitamina A proteggono le cellule dai radicali liberi.** Per questo i nutrienti di Grana Padano, insieme ad una regolare attività fisica, aiutano la donna a mantenersi in forma.

SE SAI COSA MANGIARE SCEGLI GRANA PADANO

IN REGALO per te un manuale di 24 pagine per imparare a nutrirti bene e rallentare i segni del tempo, più tante ricette gustose ed equilibrate. Vai sul sito: **www.granapadano.info**

GRANA PADANO

Consorzio Tutela Grana Padano

Approvati gli obiettivi 2011-2012 per Ulss e Aziende ospedaliere venete

Consentire la graduale convergenza di tutte le Aziende del servizio sanitario regionale verso modelli organizzativi che rappresentino il meglio delle esperienze presenti sul territorio, con un occhio di riguardo al soddisfacimento dei bisogni della gente e al contemporaneo raggiungimento di migliori performance economiche. Il tutto collegato ad un quadro di riforme il cui cardine è il passaggio dei finanziamenti dal criterio della spesa storica a quello dei costi standard. È questo lo scenario che la Giunta regionale ha delineato approvando gli obiettivi per gli anni 2011 e 2012 alle Ullss e Aziende Ospedaliere del Veneto. È un documento di grande rilievo per molti motivi. Viene compiuto un nuovo importante passo verso l'introduzione in Veneto dei costi standard; vengono valorizzate e prese come punto di riferimento le best practices già presenti in varie strutture territoriali, che non si vede perché non possano essere mutuate da tutti; si danno importanti indicazioni in materia di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e dell'erogazione dei farmaci; si dà un forte impulso all'informatizzazione come elemento di semplificazione del rapporto con i cittadini e di contenimento dei costi; si rafforzano gli obiettivi nella sempre sensibile materia delle liste d'attesa. Mantenere il livello della qualità e contenere quello dei costi non è facile, ma è possibile, ed è questo che la Regione chiede ai suoi manager sanitari, offrendo loro, come sempre, collaborazione e assistenza. La delibera approvata indica complessivamente una trentina di obiettivi.

Pubblico e privato, le due facce inscindibili della sanità

È in corso un dibattito intenso in questo periodo sulla sanità, quella privata in particolare, nel Veneto dal quale emergono opinioni ed informazioni spesso contraddittorie ed incomplete.

Va premesso che nella nostra regione la sanità privata è una diretta emanazione del pubblico, ne attua le linee programmatiche, rientra nella programmazione regionale ed eroga la maggior parte delle prestazioni in nome e per conto del pubblico, dal quale viene retribuita. Questo è necessario spiegarlo perché se un soggetto è la diretta emanazione di un altro, non può il secondo disconoscere il primo senza una diretta assunzione di responsabilità. Altra cosa sono le eventuali irregolarità o le truffe delle quali uno o più soggetti privati possono rendersi protagonisti, di queste risponderanno in sede amministrativa e penale. Venendo però alla concretezza dell'analisi è ragionevole e documentabile affermare oggi che la sanità privata rappresenta una grande risorsa nel Veneto dal punto di vista sanitario, economico ed occupazionale. Questo perché rientrando nella programmazione regionale è un erogatore di servizi sanitari pubblici, intendendo con questo che il cittadino riceve prestazioni con le stesse regole (pagamenti) che incontrerebbe se si rivolgesse ad un ospedale o struttura pubblica. Dal punto di vista economico la sanità privata, negli ultimi dieci anni, è stata protagonista di un trend positivo di "attrazione" di pazienti dalle altre regioni italiane in quanto si è passati dalle 17.835 unità del 2001 alle 28.102 del 2009 con un incremento di ben 10.267, questo ha significato non solo la "vendita" di prestazioni e servizi sanitari dirette ma anche avere un beneficio da tutto

di **Luca Coletto***

Tra questi spiccano l'ottimizzazione del numero dei ricoveri, fissato ad una soglia non superiore a 140 per mille (attualmente è attorno al 155); la razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera con un costo per residente pesato (per fascia d'età) tra 616 e 626 euro; la piena applicazione della delibera 600 sulle liste d'attesa con percentuali di rispetto dei tempi previsti tra l'80 ed il 100%; l'ottimizzazione del numero di prestazioni specialistiche (esclusa la diagnostica di laboratorio) fissato in una media di 4 per abitante; l'introduzione di un sistema di check up a pagamento per i cittadini che lo richiedano e lo desiderino; il consolidamento dei tassi legati agli screening di prevenzione fissati al 60% per quello citologico, al 65% per quello colonrettale, all'80% per quello mammografico; implementazione di un sistema di monitoraggio del rischio clinico rilevando gli eventi avversi (incident report) e analizzando gli eventi avversi o "quasi errori" per individuare le modalità per una loro riduzione. Grande rilievo viene dato all'informatizzazione dell'intero sistema. Vi si prevede la firma digitale per tutta una serie di analisi e referti con soglie tra l'85 ed il 95% per consentire ai cittadini e ai medici di famiglia di scaricarli direttamente dal proprio pc semplificando così al massimo il rapporto con le strutture sanitarie; la gestione telematica delle prescrizioni e prestazioni specialistiche e farmaceutiche (e-prescription) da raggiungere al 45% nel 2011 e al 90% nel 2012; l'informatizzazione delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici applicando uno specifico software di tracciabilità dell'intero percorso documentale e amministrativo degli interventi programmati; l'adozione di un software unico regionale per la scelta e revoca del medico di famiglia e per la gestione delle esenzioni; la creazione di una rete finalizzata all'appropriatezza delle prescrizioni ed al monitoraggio dell'utilizzo dei farmaci innovativi e ad alto costo.

**Luca Coletto è assessore Sanità Regione Veneto.*

Palazzo Balbi, sede della Giunta Regionale del Veneto

di **Leonardo Padrin***

l'indotto che a questo movimento di persone è collegato.

Conseguentemente va analizzato anche l'impatto occupazionale che la sanità privata garantisce nel Veneto, complessivamente si possono stimare in oltre 15.300 gli occupati diretti ai quali vanno aggiunti i lavoratori dell'indotto. Partendo da questi presupposti è indubbio che il futuro della sanità privata è un percorso parallelo a quella pubblica, di grande integrazione e di condivisione di metodi ed obiettivi. Questo perché molti anni fa si è scelto un modello (che condivido) nel quale il pubblico ha garantito, forse con qualche limitazione della libertà di impresa, la maggior coincidenza possibile fra i bisogni ed i servizi offerti evitando che nel Veneto si verificasse una situazione, presente in molte regioni italiane, nella quale il privato è di qualità ma riservato a coloro che possono accedervi a pagamento mentre il pubblico, gratuito, è scadente.

In previsione della nuova programmazione diventa importante riconoscere il patrimonio sanitario veneto, composto da pubblico e privato, che è e deve restare non solo la migliore risposta ai bisogni dei nostri cittadini ma anche un fattore importante di sviluppo economico ed occupazionale. Senza sprechi, senza privilegi, con trasparenza ma anche senza preconcetti ideologici che appartengono al passato e che potrebbero compromettere il futuro.

**Leonardo Padrin è Presidente V Commissione Sanità Regione Veneto.*

di **Piero Ruzzante***

La sanità secondo il Pd: puntare sulla assistenza domiciliare e valorizzare i privati accreditati

Più che da lacrime e sangue, come ama definirla il presidente Zaia, la manovra di bilancio regionale 2011 segna il distacco definitivo tra quello che Lega e PdL hanno promesso in campagna elettorale e la realtà. I numeri sono impietosi: con i paladini del federalismo al governo, in un solo anno il Veneto perderà 358 milioni di euro di finanziamenti statali (pari al 33% in meno rispetto al 2010) con un taglio complessivo delle risorse disponibili che supera il 40% e l'azzeramento di ogni capacità economica di investimento nei prossimi anni. Un quadro dunque drammatico su cui pesa come ulteriore macigno il deficit della sanità che si avvicina alla cifra già da noi denunciata di un miliardo, peraltro confermata dallo stesso libro bianco presentato nei mesi scorsi dalla Giunta regionale. Sul buco della sanità incidono indubbiamente i costi delle strutture amministrative che stanno in capo ad alcune Ulss ed aziende ospedaliere. Un'evidenza che tuttavia la nuova Giunta regionale sembra non voler cogliere: le ultime notizie parlano infatti della nomina di un nuovo super manager che verrà affiancato al direttore generale di settore e che costerà la bellezza di 240mila euro per due anni di consulenza. Con scelte di questo tipo difficilmente riusciremo ad uscire da una crisi finanziaria cronica del sistema sanitario veneto. Anzi, la strada che si sta imboccando potrebbe, nel giro di poche settimane, portare direttamente al commissariamento. Un fatto questo che avrebbe nell'immediato due conseguenze. In primo luogo l'avvio di un'operazione di spoil system con una spartizione di nomine dei manager nelle Ulss a favore della Lega. Non ci stancheremo mai di opporci a questi metodi di selezione basati sull'unico criterio della fedeltà di partito: quando la politica sceglierà finalmente di affidarsi a persone competenti sarà sempre troppo tardi. In secondo luogo, il commissariamento comporterà il rischio che l'addizionale Irpef raddoppi abbattendosi sui redditi fino agli 8mila euro. Si tratterebbe, anche in questo caso, di una clamorosa smentita alle promesse del centrodestra sulla riduzione della pressione fiscale. Il PD, anche in sede di discussione sul bilancio 2011, insiste invece su un diverso percorso che può aiutare la nostra sanità ad uscire dal vicolo cieco in cui si trova. Innanzitutto si deve puntare con decisione sul modello dell'assistenza domiciliare, sicuramente meno costoso e più efficace di quello ospedaliero, riducendo al contempo la moltiplicazione dei primariati e concentrando i servizi sul territorio.

Va quindi intrapresa un'azione forte sul versante della prevenzione e dell'educazione sanitaria dei cittadini, affidandosi maggiormente alla medicina di base, in modo da ridurre i costi generali della spesa farmaceutica come è già avvenuto in Toscana. Infine, bisogna valorizzare le convenzioni con le strutture private più efficienti, in modo da generare un positivo sistema di competizione con il pubblico ed elevare così la qualità e l'economicità dei servizi. A partire proprio dal drammatico bilancio 2011 il PD si batterà per difendere queste proposte e tutelare la qualità della nostra sanità, purtroppo meno eccellente di un tempo.

**Piero Ruzzante è Consigliere regionale PD e vice presidente commissione Bilancio.*

di **Umberto Iazzetta***

Mediazione in sanità: di che parliamo?

Un tentativo di risolvere le controversie tra medico e paziente prima di ricorrere al tribunale.

Certo è un po' difficile immaginare che un errore medico, o presunto tale, possa essere trattato alla stregua di una lite condominiale oppure di una questione ereditaria, tant'è che un decreto legislativo varato dal Consiglio dei Ministri prevede l'obbligatorietà della mediazione prima di ricorrere al giudice civile. È chiaro che vi è l'intento di alleggerire il lavoro dei tribunali civili, considerati gli attuali tempi biblici per ottenere giustizia, ma come funziona? In attesa del parere non vincolante delle Commissioni giustizia della Camere e del Senato, proviamo a capire prima di tutto a chi il cittadino potrà rivolgersi: intanto si deve trattare di una persona competente, un professionista, per intenderci, iscritto ad un elenco che dovrebbe essere istituito dal ministero della giustizia, e dunque, sicuramente al di sopra delle parti. E se non si raggiunge l'accordo? In questo caso, trascorsi 120 giorni utili se una delle parti non ha accettato la proposta del mediatore, cioè non ha conciliato, e se il giudice la fa propria, nel senso che la considera equa, le spese del processo sono tutte a carico della parte che non ha accettato la proposta del mediatore. Certo all'inizio i cittadini che ritengono di aver subito un danno dovuto ad un intervento errato (malpractice) avranno sicuramente difficoltà e non si sentiranno più "adeguatamente" tutelati, in quanto, per esempio, non potranno più rivolgersi ad un loro legale di fiducia. Però una soluzione bisogna pur trovarla se desideriamo ridurre tempi e costi della giustizia e della salute. Non a caso negli ultimi anni si è molto diffuso tra i medici un atteggiamento piuttosto difensivo, quello di prescrivere a volte esami oppure farmaci, giustificati solo da eccesso di prudenza. E d'altra parte chi può dar loro torto? Dal punto di vista del paziente, anche sulla base delle 16mila segnalazioni giunte al Tribunale per i Diritti del Malato nel 2009, un comportamento più umano, un'adeguata informazione, un maggior coinvolgimento nel percorso di cura e un comportamento più corretto (il 9% di chi si è rivolto a noi lamenta comportamenti scorretti) potrebbero ridurre sensibilmente il contenzioso tra medico e paziente. Francesca Moccia, Coordinatrice Nazionale del tribunale per i Diritti del Malato afferma: «Mancata umanizzazione è chiamare un paziente con il numero di letto, o passare vicino al dolore senza accorgersi di chi sta soffrendo. Non si può generalizzare ma il problema esiste e non va sottovalutato. La cortesia non è un favore, è un dovere professionale».

**Umberto Iazzetta è presidente regionale di Cittadinanzattiva e Tribunale per i diritti del malato.*

LAN & WAN SOLUTIONS

SOLUZIONI INFORMATICHE PER RETI LOCALI E GEOGRAFICHE

IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO DI GVDR

Più servizi per gli utenti grazie al progetto di Lan & Wan Solutions

Il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione nasce nel 2007 e si occupa di fisiatria, neurologia, visite mediche, riabilitazione e diagnostica per immagini. Il gruppo è formato dal Centro Fisioterapico Padovano e Radiologia Scrovegni a Mejaniga di Cadoneghe, FisioGuizza a Padova e Fisiovicentina a Barbarano Vicentino. Nel 2009, in concomitanza con l'avviamento della nuova sede di Mejaniga, la direzione di GVDR decide di rivedere il proprio sistema informativo.

L'IT MOTORE VITALE DELL'AZIENDA

Negli ultimi anni i sistemi informativi svolgono sempre di più un ruolo fondamentale nella gestione di un'azienda e sono un fattore chiave per il successo del proprio business e per l'ottimizzazione delle risorse interne. Proprio per questo, il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione decide di avvalersi di una collaborazione con Lan & Wan Solutions, System House con sede a Vigodarzere, Padova.

IL PROGETTO

L'ambizioso progetto ha avuto come obiettivo principale quello di aumentare il livello di servizio dei sistemi informativi garantendone continuità, accessibilità e sicurezza.
La soluzione proposta ha previsto la centralizzazione dei sistemi attraverso l'implementazione di un ambiente operativo virtuale realizzato in un sistema hardware ridondato. La virtualizzazione ha garantito a GVDR maggiore flessibilità di gestione dell'hardware sottostante e l'allocazione dinamica delle risorse di elaborazione. Per ottenere questi vantaggi l'ambiente virtuale è stato interfacciato ad una soluzione SAN (Storage Area Network) EMC2 come storage unificato e di una rete di trasmissione dati e di comunicazione unificata basata su tecnologie Cisco.
La nuova infrastruttura di rete prevede un elevato grado di prestazioni e di espandibilità ai fini di garantire il miglior supporto alle applicazioni voce, dati e video e sarà in grado di integrarsi con situazioni future quali per esempio ambienti wireless.
Su questa infrastruttura sono stati implementati gli ambienti medicali come Pacs ed Eris, i gestionali come Gipo, l'ambiente Terminal Server, il sistema di posta elettronica Microsoft Exchange, gli impianti di controllo, automazione e di comunicazione.
L'operatore accede agli applicativi con l'ausilio di postazioni Thin Client verso un ambiente centralizzato e protetto, basato su un pool di server Windows Terminal 2008 R2, anch'essi virtuali.
Si è inoltre ottimizzata l'accessibilità delle postazioni di fisioterapia con l'ausilio di monitor touchscreen. Tali soluzioni comportano un notevole risparmio nella gestione e nell'operatività delle postazioni.
I dispositivi di controllo accessi, tramite i badge forniti ai clienti, permettono di accedere alle diverse aree previa autorizzazione, oltre che visualizzare, sui touchscreen, le prestazioni da eseguire in giornata e i referti medici.

I SERVIZI LAN & WAN SOLUTIONS

Nella realizzazione del progetto Lan & Wan è intervenuta in tempi record interfacciandosi direttamente con le aziende fornitrici degli ambienti medicali, piuttosto che del software gestionale Gipo di Ianiri Informatica.
A progetto avviato Lan & Wan Solutions ha continuato e continua tutt'ora ad affiancare GVDR fornendo servizi di assistenza sistemistica e servizi di monitoraggio da remoto. Il sistema di monitoraggio vigila costantemente sul corretto funzionamento del sistema informativo aziendale e sulla piena fruibilità delle sue applicazioni.
Lan & Wan Solutions fornisce inoltre a GVDR l'opportunità di avvalersi di un servizio tecnico qualificato, avendo così un utile strumento a sostegno dello staff e riducendo al minimo l'impatto negativo sulla produttività.

Lan & Wan Solutions S.r.l.

È una system house giovane e dinamica, con varie competenze tecnologiche in ambiti di infrastrutture di reti locali e geografiche che spaziano dal cablaggio all'Information Technology, attiva con servizi di consulenza, progettazione, fornitura, installazione e manutenzione post vendita per soluzioni di cablaggio, impianti di rete dati e fonia, telematici ed informatici.

Info
Via dell'Artigianato, 62
35010 – Saletto di Vigodarzere, PD (Italy)
Teefono: +39 049.8843198
Fax: +39 049.8843206
www.lanewan.it

LAN & WAN SOLUTIONS

a cura della dott.ssa **Annamaria Mussi**

Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto

I controlli dell'attività sanitaria erogata dalle strutture ospedaliere ed ambulatoriali della Regione Veneto rappresentano un momento strategico fondamentale nel governo del sistema sanitario regionale. I controlli hanno infatti come obiettivo principale quello di verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate e la loro corretta rappresentazione ai fini della relativa remunerazione. Il sistema dei controlli è stato recentemente aggiornato con la Delibera di Giunta Regionale n° 3444 del 30/12/2010 e presentato a tutti gli operatori del settore nel corso di un incontro organizzato presso Villa Nievo Bonin di Montecchio Precalcino in data 16/02/2011. I controlli vengono effettuati, sulla base di quanto previsto dalla normativa regionale in merito, da operatori esperti in materia, organizzati all'interno delle Aziende pubbliche e delle strutture private accreditate nei cosiddetti "Nuclei Aziendali di Controllo". Esistono due tipologie di controlli: 1) controlli interni, che ciascuna Azienda pubblica, ospedale privato accreditato e struttura ambulatoriale effettua al proprio interno (certificazione interna); 2) controlli esterni, che le Aziende ULSS eseguono presso altre strutture pubbliche e private accreditate per verificare l'appropriatezza e correttezza della erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali nei confronti dei propri assistiti. I controlli vengono attuati principalmente attraverso l'analisi della documentazione prodotta a seguito dell'erogazione di prestazioni (cartella clinica, scheda ambulatoriale, ricette, referti). Esistono inoltre altri organismi di supervisione e vigilanza dell'attività di controllo sia a livello provinciale che a livello regionale; si tratta del "Nucleo Provinciale di Controllo", composto dai Direttori Sanitari delle Aziende Pubbliche e dai rappresentanti delle strutture private accreditate di ciascuna provincia e del "Nucleo Regionale di Controllo", composto da un coordinatore e 10 componenti particolarmente esperti in tema di verifiche di congruenza e appropriatezza delle prestazioni sanitarie. I Nuclei Aziendali di Controllo hanno come punti di riferimento prima di tutto il Nucleo Provinciale di Controllo del proprio territorio e, per i casi più critici e complessi, il Nucleo Regionale di Controllo, quest'ultimo coadiuvato dal Coordinamento regionale per i controlli sanitari che ne rappresenta il "braccio operativo". Tali organismi hanno il compito di supportare gli operatori dei Nuclei Aziendali di Controllo nella realizzazione delle verifiche sul campo e di fornire loro consulenza, linee di indirizzo, formazione periodica. I principali obiettivi dei controlli sono relativi alla verifica dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, all'accertamento dell'appropriatezza e della corretta modalità di prescrizione ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche, prestazioni strumentali), alla valutazione delle problematiche relative ai tempi di attesa delle visite specialistiche e delle prestazioni, in particolare di quelle che presentano maggiore richiesta ed impatto sociale. I risultati dei controlli vengono costantemente valutati e monitorati sia a livello provinciale che regionale.

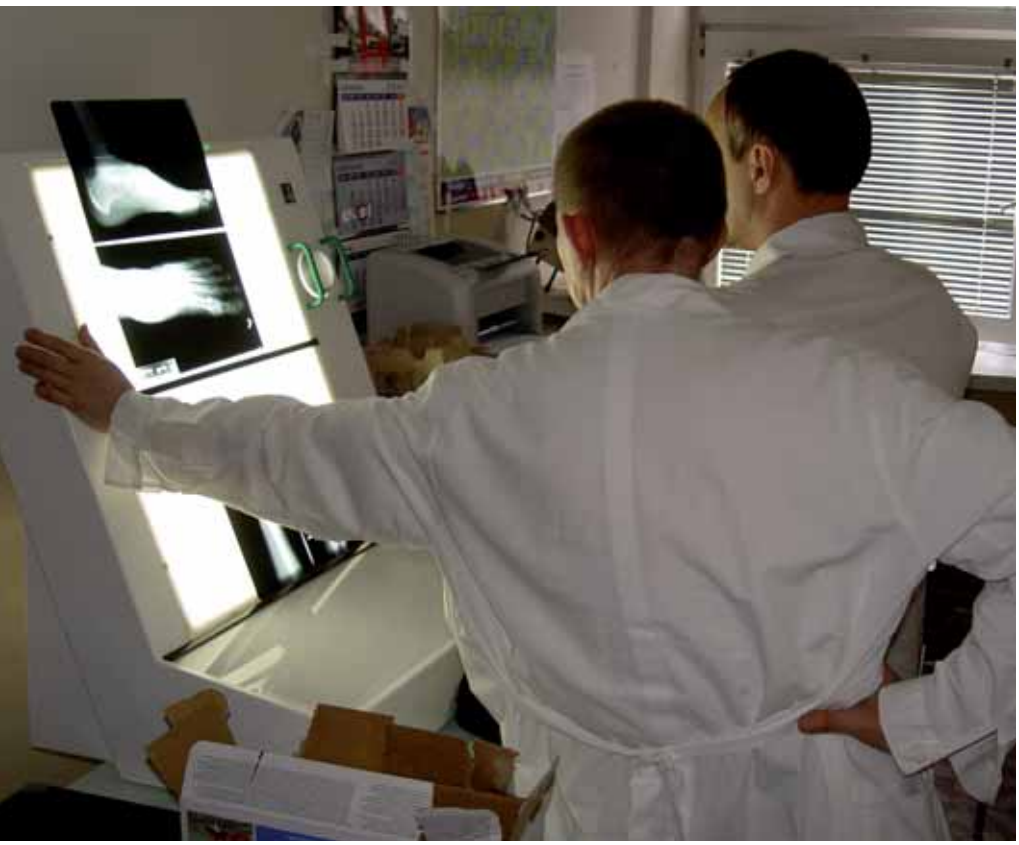
**Direzione Controlli e Governo SSR, Coordinamento Regionale Controlli Sanitari, Appropriatezza e liste di attesa (Regione Veneto).*

ANISAP Veneto

a cura di **Michele Clementi***

Un fatto positivo da segnalare

In occasione dell'ultimo articolo scritto per NES – Nordest Sanità, avevo citato e criticato le modalità di acquisto, per dispositivi destinati all'Assistenza Protesica, adottate dalla Azienda Sanitaria 16 di Padova, modalità per nulla adeguate rispetto alla natura e ai destinatari dei dispositivi stessi. Oggi invece, desidero segnalare con piacere un evento di segno contrario e dunque estremamente positivo, a riprova del fatto che Assortopedia, ed i suoi Associati, segnalano con uguale enfasi le situazioni deteriori come quelle virtuose. È di poche settimane fa un articolo apparso su un quotidiano locale (*La Regione striglia l'Asl. «Deve fornire le protesi»*, Il Gazzettino di Venezia, 19 dicembre 2010), che riportava una notizia che va sicuramente in controtendenza rispetto a quelle cui siamo abituati: la "Direzione per la programmazione sanitaria" della Regione Veneto, nella persona di un proprio funzionario, ha contestato la ASL 13 di Dolo-Mirano colpevole di aver introdotto delle nuove modalità in merito alla fornitura di plantari e di calzature ortopediche. Pur lodando gli intenti della riforma e la scientificità di alcuni passaggi, la Regione Veneto non si è potuta esimere dal criticare questo nuovo documento (criticato da gruppi di genitori, visto che i plantari e le scarpine per bambini non venivano più erogate) in quanto contiene alcune anomalie abbastanza gravi. Prevede infatti elenchi di aventi diritto diversi da quelli previsti dal Nomenclatore Tariffario, introduce un elenco di prescrittori medici attualmente non previsti nel testo normativo, stabilisce criteri per l'erogazione dei plantari più restrittivi, non rispetta l'istituto del "rinnovo" previsto nel Decreto Ministeriale numero 332. In parole povere, la Regione ha richiamato una ASL al rispetto del testo fondamentale del settore dell'Assistenza Protesica, vale a dire il Nomenclatore Tariffario. La notizia è abbastanza singolare, in quanto rilevare una tale autocritica all'interno della stessa Parte Pubblica, non è frequente. Il rispetto della normativa vigente è un dovere di tutte le parti coinvolte (Ministero, Azienda Sanitaria, Utenza, Fornitore), non deve essere solo un attacco dell'una verso l'altra. Le aziende fornitrici infatti si controllano reciprocamente per evitare comportamenti ascrivibili alla concorrenza sleale e all'abuso della professione, e così devono fare Asl e Regione quando una di loro introduce regole che, in nome del risparmio o della razionalizzazione, comprimono i diritti dei cittadini o fanno erogare prodotti di scarsa qualità.



**Michele Clementi è segretario di Assortopedia.*

Assortopedia
Associazione Nazionale Aziende Ortopediche

orthogold100

Unità portatile per la terapia extracorporea dei tessuti molli e ossei, trattamento dei trigger point e delle ferite di difficile guarigione con onde d'urto focalizzate

Orthogold 100, è un litotritore portatile di nuova concezione, dotato della più recente tecnologia ASWT (Advanced Shock Wave Technology), che garantisce semplicità d'uso, versatilità d'impiego e trattamenti di altissima qualità. Orthogold 100 dispone di tre diverse sorgenti terapeutiche che gli permettono di operare, con la massima efficienza terapeutica, in un vasto range di patologie in Ortopedia, Medicina dello Sport ,Vulnologia e Andrologia.

Eccellenza terapeutica senza compromessi

INDICAZIONI:

Ortopedia, Fisiatria, Medicina dello Sport

- Epicondilite radiale
- Borsite del grande trocantere
- Ginocchio del saltatore (Tendinite rotulea)
- Achillodinia
- Fascite Plantare
- Fratture da stress
- Mancate o ritardate consolidazioni di fratture
- Necrosi avascolari della testa del femore
- Stati iniziali di osteocondrosi dissecante
- Epicondilite ulnare
- Sindrome dell'adduttore
- Sindrome della zampa d'oca
- Sindrome del tendine peroneale
- Sindrome miofasciale (escluse le fibromialgie)
- Spasticità
- Apofisite (Osgood Schlatter)
- Trattamento dei Trigger Points

Dermatologia, Vulnologia:

- Lesioni acute e croniche non guaribili
- Lesioni post-traumatiche
- Difficoltà di guarigione di lesioni post-operatorie
- Ulcere venose e arteriose
- Ulcere da decubito
- Sindrome del piede diabetico
- Ustioni.

Andrologia:

- IPP—Induratio Penis Plastica

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

di **Fortunato Rao***

Un nuovo Distretto nel comune di Selvazzano Dentro

Recentemente, alla presenza dell'Assessore regionale alle politiche Sanitarie Luca Coletto, l'Ulss 16 di Padova ha inaugurato, in Via De' Claricini a Selvazzano Dentro, la nuova sede del Distretto Socio-Sanitario n. 4. La nuova struttura è frutto di un progetto innovativo che associa alla gradevolezza estetica e a materiali che le assicurano la "Classe A" in termini di risparmio energetico, una filosofia costruttiva improntata all'accoglienza dei cittadini. Una delle caratteristiche fondamentali della nuova sede distrettuale è stata il coinvolgimento degli operatori nella fase di progettazione, che ha permesso così di realizzare una struttura che sia allo stesso tempo funzionale per chi ci lavora e accogliente per gli utenti, ai quali è stato orientato lo sviluppo dei volumi della struttura.

In questa foto, un momento della inaugurazione della nuova sede; in basso, la sede del Distretto di Selvazzano.

Oltre a questo, va sottolineata anche la contiguità del Distretto con il nuovo "polo socio-sanitario" progettato dall'Istituto di Riposo per Anziani, costituito da un centro diurno con 30 posti ed una struttura residenziale per anziani, dotata di 120 posti letto. Le superfici a disposizione hanno consentito di accentrare attività che prima risultavano disperse in diversi edifici o addirittura in sedi situate in ambiti comunali. La nuova sede ospita attualmente tutti i principali servizi previsti per un distretto. Vi è una area dedicata al poliambulatorio, che ospita le specialità di Cardiologia, Oculistica, Dermatologia, Chirurgia, Otorino, Ginecologia e Ostetricia, Diabetologia, Foniatria, l'Ambulatorio Obesità Infantile e l'Ambulatorio Infermieristico. Vi è un'area dedicata alle Vaccinazioni, Igiene Pubblica, Pediatria di Comunità, Progetto "Primi giorni" e Massaggio Infantile. Il cittadino può accedere poi agli sportelli per l'attività amministrativa, come il rilascio della tessera sanitaria, la scelta e revoca del medico, il rilascio delle esenzioni ticket o l'erogazione di protesi ed ausili. Vi trovano spazio anche un Centro unico per le prenotazioni e lo sportello del Punto Unico di Accoglienza, per la distribuzione diretta dei farmaci o per attivare i servizi territoriali (assistenza domiciliare, ingresso in casa di riposo, ecc..).

In particolare, infine, proprio nel Distretto 4 è stato sviluppato il progetto In.Te.Se. (Integrazione territoriale dei servizi) che attualmente è in via di attivazione anche negli altri Distretti dell'Ulss 16. Tale progetto prevede la dotazione agli infermieri domiciliari di piccoli computer che, in connessione con la rete aziendale dell'ULSS permettono l'accesso ai dati dei pazienti, e l'utilizzo di strumenti utili ad ottimizzare i percorsi ed il lavoro.

**Il dottor Fortunato Rao è Direttore Generale Ulss 16 di Padova*

ORTHOMEDICA

La filiale di Verona

Continuando la via verso il rinnovamento, Orthomedica ha cambiato completamente volto alla sua filiale di Verona spostandosi in **via Campagnol di Tombetta 11/B**.

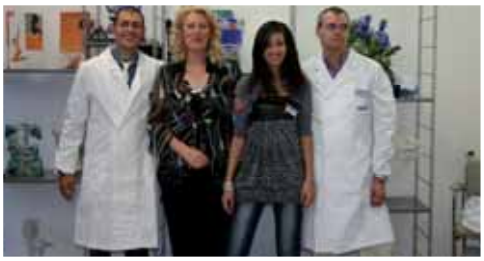
La nuova location si trova in prossimità del Policlinico Borgo Roma e da questo è facilmente raggiungibile tramite l'autobus N° 72, la cui fermata è proprio di fronte al nostro ingresso.

E' stata realizzata una struttura all'avanguardia con un angolo gioco dedicato ai più piccoli e ben tre ambulatori dotati di attrezzature innovative.

Come sempre il nostro personale altamente qualificato, composto da due tecnici ortopedici e due impiegate, è a vostra disposizione tutti i giorni dal

ORTHOMEDICA, I NUMERI:

Orthomedica ad oggi occupa 21 addetti impiegati tra la sede di Padova e le filiali. Nel 2010 ha realizzato circa 800 busti per patologie vertebrali, 2200 plantari per patologie podaliche, 600 paia di calzature su misura e realizzato quasi 200 protesi di arto inferiore. Questa è la dimostrazione di come sia possibile coniugare i volumi di produzione di cui un'impresa ha bisogno, con l'attenzione alla qualità. Orthomedica è un'impresa che ha il dovere di fare utile, ma è anche composta da tecnici attenti che hanno come compito quello di migliorare la qualità della vita degli assistiti.



SEDE LEGALE PADOVA
ORTHOMEDICA SRL
OFFICINA ORTOPEDICA

Via Savelli, 25 – 35129 Padova
Tel 049 7808125 – Fax 049 7927899
CAP. Sociale 84.000,00 Int. Versato
C.F. e P. IVA 03570080287
info.orthomedica@orthomedica.it

FILIALE VERONA

Via C. di Tombetta, 11/B
37134 Verona
Tel 045 8200444
Fax 045 8200855
verona@orthomedica.it

FILIALE VICENZA

Viale Rodolfi, 36
36100 Vicenza
Tel/Fax 0444 928438

vicenza@orthomedica.it

FILIALE TRIESTE

Via L. Stock, 2/2A
34125 Trieste
Tel 040 411028
Fax 040 4260200
trieste@orthomedica.it

FILIALE MONTEBELLUNA

Via Monte Valbella, 2
31044 Montebelluna (TV)
Tel/Fax 0423 499803

montebelluna@orthomedica.it

Da Ulss 16 e IOV nasce il progetto Rete Mela

Una rete per la diagnosi e la cura delle lesioni pigmentate della cute e del melanoma cutaneo

L'incidenza del Melanoma Cutaneo nella Regione Veneto è pari a circa 16 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti e questo tumore occupa il 12° posto tumore per frequenza; tuttavia se consideriamo la popolazione di età inferiore ai 44 anni, risulta il secondo più frequente nella donna ed il terzo nell'uomo. Sebbene negli ultimi decenni sia stato registrato un costante aumento dell'incidenza, è risultata aumentata anche la sopravvivenza a cinque anni (85%), grazie alla sempre maggiore attenzione prestata alla diagnosi precoce di questa neoplasia, che sta determinando in molti casi l'anticipo del trattamento e la conseguente guarigione. La prevenzione primaria contro il melanoma maligno è basata sull'educazione della popolazione a ridurre un'eccessiva esposizione solare; la prevenzione secondaria si basa invece sul miglioramento della diagnosi precoce, per cui la modalità più adeguata consiste nella presenza di una rete di ambulatori "dedicati", dove opera personale specificamente preparato dotati di attrezzatura idonea. Tale modello di rete deve coinvolgere tutte le risorse nel territorio, per realizzare percorsi omogenei di presa in carico del paziente, ottenere una migliore accessibilità per l'utenza ed un miglioramento quantitativo-qualitativo delle prestazioni.

Grazie all'impegno congiunto dell'azienda Ulss 16 e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) è nato così il progetto "Rete Mela", il primo tentativo di realizzare concretamente nel Veneto una rete dedicata ad un tumore. Il progetto affronta la gestione delle lesioni pigmentate a tutto tondo, dalla prevenzione secondaria, al trattamento chirurgico e multidisciplinare, con un approccio condiviso da tutti i nodi della rete (medici di famiglia, dermatologi, chirurghi ospedalieri e del territorio, specialisti dell'Unità Operativa Melanoma e Sarcomi). Uno dei punti di forza del progetto è infatti proprio la forte partecipazione di tutte le risorse presenti nel territorio dell'Ulss 16 di Padova, sia pubbliche (Ulss 16, Azienda Ospedaliera, IOV) che private preaccreditate. Il progetto, a regime, prevede che il Medico di Medicina Generale attivi la rete richiedendo una "visita dermatologica per nei", che verrà prenotata in uno qualsiasi dei diversi nodi della "Rete Mela". Tutti gli eventuali passaggi successivi (visita chirurgica, biopsia, follow up) saranno programmati automaticamente nell'ambito della rete, senza che il cittadino si debba preoccupare di nulla. È possibile anche prenotare la visita direttamente tramite il sito web dell'Ulss 16 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Un supporto di fondamentale importanza per la rete è il sistema informativo, che permette agli specialisti in tempo reale la condivisione delle immagini e delle informazioni cliniche, la prenotazione delle visite e la visualizzazione dei referti. Questo modello, che al momento è in fase sperimentale, risulta potenzialmente esportabile anche ad altre realtà della Regione e, se ulteriormente sviluppato ed implementato, potrebbe portare alla realizzazione di una reale rete oncologica strutturata per patologia, con obiettivi sia assistenziali che di ricerca.

di **Monica Maccari***

Le cure palliative: qualche dato e qualità della vita

In attesa dell'evoluzione culturale nei confronti delle cure palliative, sia della società che degli operatori professionali, queste sono state inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29/11/2001 con entrata in vigore il 23/02/2002. I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Sistema Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket (compartecipazione alla spesa).

Di recente la legge 38/2010 del 15 marzo imprime una ulteriore svolta, essa tutela e garantisce il cittadino che ha diritto a ricevere un trattamento adeguato in tutto il territorio nazionale. Cita l'Art. 1 paragrafo 1. "La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore".

Viene, altresì, indicato un periodo di tempo di un anno dall'entrata in vigore, per il monitoraggio dell'esistente e se risulta essere secondo i parametri indicati dalla Legge, ciò che non sarà attuato a livello assistenziale, sarà considerato illegale. Destinatari delle cure palliative sono i pazienti affetti da una malattia evolutiva irreversibile, nel loro ultimo periodo di vita, quando le cure specifiche non trovano più indicazione o quando i pazienti stessi, consapevoli della loro situazione, lo richiedono. Le cure palliative attivano le potenzialità della famiglia in relazione ai bisogni del paziente. Il rispetto della volontà del malato, in ordine alle cure e l'attenzione globale alla sua persona, che in linea di principio apparterrebbero all'intera medicina, ma spesso sono disattese nella prassi. Nelle cure palliative costituiscono elemento essenziale, senza la cui realizzazione effettiva non si può parlare di tali cure: il malato, per sviluppare le sue potenzialità e rispondere alle sue esigenze; la famiglia, per sviluppare le sue potenzialità mettendola in condizione di affrontare la malattia e la perdita del parente; la società, con l'educazione sui temi della malattia e della morte; la relazione tra gli operatori dell'assistenza, il malato, la famiglia e la società. Per la complessa attuazione di tale assistenza è necessaria una evoluzione dell'atto medico che coincide con una vera e propria rivoluzione culturale. Per venire al tema è importante notare le frasi: quando le cure specifiche non trovano più indicazione; quando i pazienti stessi lo richiedono; il rispetto della volontà del malato e l'attenzione globale alla sua persona. Sono dichiarazioni di un peso notevole. C'è di più, queste sono affermazioni che non fanno parte del nostro concetto di medicina tradizionale, del suo bagaglio culturale o comunque della sua prassi, vale a dire non si riferiscono a ciò che la medicina generalmente mette in atto, per raggiungere certi obiettivi: la guarigione, il ristabilirsi della salute, le terapie eroiche e tecnologicamente più all'avanguardia.

Con questo si può subito arrivare a sostenere che le cure palliative non sono medicina, come comunemente l'intende la società e il corpo medico.

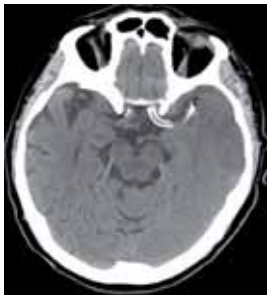
Questa è un'affermazione di fondamentale importanza, perché dalla sua comprensione e consapevolezza derivano la piena accettazione di un modo di atteggiarsi, di comportarsi e di stringere un'alleanza con il malato ed i suoi familiari assolutamente distanti dalla tradizionale prassi terapeutica.

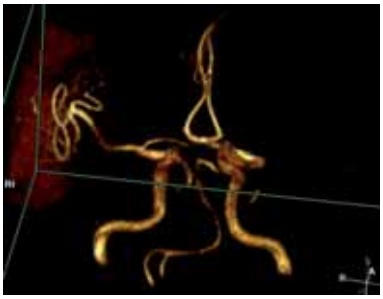
** Monica Maccari è Medico palliativista*

di **Pietro Amistà***

Diagnostica per immagini dell'ictus cerebrale

L'ischemia cerebrale ("ictus") è tra le principali cause di disabilità e morte nei paesi industrializzati ed è determinata dalla riduzione dell'apporto ematico al cervello, più frequentemente a causa dell'occlusione di un vaso arterioso. A metà degli anni novanta a seguito della pubblicazione di un importante trial su New England Journal of Medicine, è stato approvato l'utilizzo dell'rtPA (attivatore tissutale del plasminogeno ricombinante) per via endovenosa nel trattamento di questa patologia. Da quel momento la ricerca ha continuamente cercato di migliorare le strategie diagnostiche e terapeutiche finalizzate alla gestione di tutti quei pazienti nei quali compaiono i segni neurologici di ischemia cerebrale acuta (difficoltà ad articolare la parola, debolezza o difficoltà nel muovere gli arti). L'interruzione della perfusione ematica cerebrale priva il tessuto nervoso dell'ossigeno e dei nutrienti, danneggiandolo. Attualmente le linee guida riportano che il danno subito dal cervello è correlato al fattore tempo ed è direttamente proporzionale al numero di ore che trascorrono prima che venga iniziato il trattamento; di qui deriva il "motto" "time is brain", ovvero il tempo è cervello, filosofia che tuttora condiziona le strategie diagnostiche/terapeutiche che devono necessariamente essere messe in atto nel più breve tempo possibile. In particolare, se un paziente arriva all'osservazione del personale medico (neurologo, neuroradiologo) entro le 3-4,5 ore il farmaco può essere somministrato per via endovenosa; oltre le 3 ore ma entro la sesta ora può essere somministrato per via arteriosa. Se inizialmente la diagnostica per immagini e in particolare la Tomografia Computerizzata avevano come principale funzione prima di un eventuale trattamento farmacologico, quella di escludere la presenza di emorragia cerebrale (controindicazione al trattamento), il ruolo dell'imaging oggi è decisamente più articolato. Oltre a definire la presenza/assenza di emorragia ci consente di: identificare i segni precoci di ischemia; rilevare la presenza di un'occlusione di un grosso ramo arterioso (stenosi carotidea o intracranica); definire la presenza della penombra ischemica, ovvero quel tessuto cerebrale a rischio di infarto irreversibile, ma potenzialmente recuperabile in quanto ancora vitale; monitorare il trattamento (follow-up) e predire/escludere eventuali complicanze del trattamento stesso. Per valutare un paziente con ischemia cerebrale, disponiamo di apparecchiature come la tomografia computerizzata e la risonanza magnetica. Per entrambe sono disponibili tecniche avanzate ovvero studi di perfusione e metodiche angiografiche, che ci consentono la valutazione dei fenomeni fisiologici e metabolici che hanno luogo nel tessuto nervoso che va incontro ad ischemia. Tomografia computerizzata e risonanza magnetica hanno sostanzialmente analoga sensibilità, ma più frequentemente si preferisce la TC in quanto più facilmente accessibile nelle diverse realtà ospedaliere, più veloce, più semplice e più sicura in quei casi di claustrofobia, pace-maker, presenza di dispositivi corporei metallici ferromagnetici, elementi che controindicano in modo assoluto l'esecuzione dell'indagine di risonanza magnetica. L'imaging e in particolare le tecniche avanzate sopracitate ci hanno permesso in questi anni di capire che in realtà la possibilità di salvare il tessuto nervoso che subisce un danno ischemico non è legata solamente al fattore tempo; già molti studi in letteratura ci indicano che ogni paziente è diverso dall'altro ed in particolare la resistenza delle cellule nervose varia da persona a persona. Pertanto, in un futuro non troppo lontano con molta probabilità saremo in grado di allargare la finestra terapeutica oltre le 3/4.5/6 ore e tutto questo sarà reso possibile da studi approfonditi di TC e RM. Queste informazioni sono utili non solo per indicare quali pazienti andranno al trattamento farmacologico o all'intervento per via endovascolare dove il neuroradiologo procede alla rimozione del coagulo per via endovascolare utilizzando dei farmaci tromboliti o dei "cestelli". Con tutte queste opportunità terapeutiche, forti del bagaglio diagnostico su descritto, andranno ad ampliare il numero di pazienti che potranno essere curati.





In questa pagina: TC post-disostruzione; angio RM trombosi arteria cerebrale

Il dottor Pietro Amistà è direttore SOC Radiologia e Neuroradiologia Asl 18 Rovigo.

di **Massimo Dal Bianco***

L'ematuria, tipologie e indagini della affezione causale

Con il termine Ematuria si intende la presenza di sangue nelle urine. Può essere macroscopica, quando le urine sono di colore rosso e quindi chiaramente visibile, o microscopica quando le urine mantengono il colore normale ma ad un esame del sedimento urinario risulterà la presenza di 5 o più Globuli Rossi per campo microscopico. Da un punto di vista delle cause possiamo distinguere:

- ematuria da cause mediche: correlata a patologie di ordine generale (diatesi emorragiche primitive e secondarie, malformazioni) o di ordine nefrologico (glomerulonefriti acute o croniche, processi flogistici, sforzo fisico intenso);
- ematuria da cause chirurgiche: causata da patologie dell'apparato urinario. La più frequente è rappresentata dalla calcolosi urinaria (circa 20 per cento), seguita dalle neoplasie delle vie escretrici, in particolare della vescica, dall'ipertrofia prostatica, dal tumore del rene, in una piccola percentuale dei casi dal tumore della prostata e dell'uretra e dai traumi.

Ogni episodio di ematuria impone l'immediata ricerca dell'affezione causale. Non esiste correlazione tra entità dell'ematuria, microscopica o macroscopica che sia, e la gravità della patologia associata. Una volta escluse le false ematurie il medico si può avvalere delle seguenti indagini preliminari per identificarne la causa:

1. L'anamnesi: l'età, il sesso e le abitudini del paziente possono dare un iniziale orientamento diagnostico; l'associazione con sintomi quali stranguria, pollachiuria e tenesmo orientano verso patologia vescicale; disturbi di lato, lombalgia o franca colica renale orientano invece verso patologia dell'alto apparato urinario. Una ematuria totale monosintomatica, ovvero priva di sintomi concomitanti, è invece espressione di patologie tanto urologiche (le più varie), quanto nefrologiche o di ordine generale.
2. Tipo di ematuria: le diverse tonalità dell'urina possono orientare nell'identificazione della sede della causa (scura-renale; rosso brillante-vescicale). Inoltre quando l'ematuria è in corso si invita il paziente a raccogliere il mitto iniziale, quello intermedio e quello finale in 3 calici di vetro (prova dei 3 bicchieri). Ematuria prevalentemente iniziale orienta per patologie uretro-prostatiche, ematuria terminale per patologie vescicali; l'ematuria totale non ha valore di localizzazione.
3. Esame urine con o senza microscopio a contrasto di fase (test di Farley): valutando la morfologia dei globuli rossi è in grado di discernere tra ematuria da causa nefrologica o da causa urologica.
4. Sedimento urinario: l'associazione con leucocituria o proteinuria e cilindruria orienta per una patologia infettiva o una nefropatia.
5. Urinocoltura.
6. Citologia urinaria spontanea in 3 campioni.
7. Ecografia renale-pelvica: permette nella maggioranza dei casi l'individuazione della sede e della causa aiutando nella diagnosi differenziale tra patologia litiasica e neoplastica (vedi foto. 1)

Ulteriori accertamenti di approfondimento andranno stabiliti di caso in caso secondo determinati algoritmi diagnostici. Essi sono rappresentati dalla Urografia e.v. e dalla TC addome con o senza mdc che permettono di valutare la funzionalità renale, lo stato delle vie escretrici e l'eventuale presenza di difetti di riempimento endoluminali nonché la loro natura con elevata specificità e dalla Cistoscopia che grazie ad una visualizzazione diretta permette di porre diagnosi di malattie del basso apparato urinario con estrema accuratezza (vedi foto 2).

**Il dott. Massimo Dal Bianco è Primario di urologia dell'Ospedale S.Antonio di Padova.*

Foto n. 1: immagine ecografica di neoformazione vescicale

Foto n. 2: visione endoscopica di neoformazione vescicale

Michelli impianti s. n. c.

IMPIANTI ELETTRICI E TECNOLOGICI

ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE

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 **Mario Plebani***

Diagnostica di laboratorio e diabete: cosa c'è di nuovo?

La medicina di laboratorio ha sempre avuto un "rapporto privilegiato" con il diabete. La storia ci ha tramandato immagini antiche del medico - anche se il termine è improprio - che assaggia e osserva la matula contenente l'urina dolce (da qui il termine di diabete "mellito") di un paziente. E, nel tempo, generazioni di professionisti hanno sviluppato metodi per la determinazione sempre più accurata e rapida del glucosio nei liquidi biologici, quale parametro essenziale per la diagnosi. Ma, oltre alla diagnosi, il laboratorio clinico gioca un ruolo sempre maggiore nella identificazione del rischio, nella diagnosi precoce, nella prevenzione delle complicanze, nel monitoraggio della terapia e nella sorveglianza nel lungo termine del diabete. Gli sviluppi attuali della medicina di laboratorio in diabetologia possono essere schematizzati in alcune grandi aree: a) la prima è legata alle conoscenze sul ruolo della genetica e sul rischio genetico; b) la seconda, è legata alla ormai solida conoscenza della natura autoimmune della malattia e sulle possibilità di diagnosi precoce; c) la terza è legata alla ri-definizione dei criteri diagnostici. Benché gli sviluppi della genetica e dell'autoimmunità siano importanti e forse decisivi per combattere l'epidemia diabetica, probabilmente, l'elemento di maggior clamore mediatico è rappresentato dalla decisione dei diabetologi americani di inserire come terzo criterio diagnostico la determinazione dell'emoglobina glicata. Finora i due criteri diagnostici erano e rimangono i valori di glicemia a digiuno (FPG) del glucosio e i valori del glucosio a 2 ore dopo carico orale con 75 grammi di glucosio (OGTT). Alcuni decenni fa, il National Diabetes Data Group (NDDG), esaminando la distribuzione dei valori di glucosio nella popolazione e in base al rischio di sviluppare diabete sintomatico, sviluppò i criteri diagnostici che si basavano su una glicemia a digiuno uguale o superiore a 140 mg/dL (7.8 mmol/L) e di un valore di glicemia 200 mg/dL (11.1 mmol/L) dopo 2-ore dal carico. Nel 1997, un gruppo di esperti rivalutò i criteri, avendo le prove che il valore di glicemia a 2 ore dal carico era più "sensibile" del valore dello stesso parametro a digiuno e raccomandò pertanto di adottare come criterio diagnostico 126 mg/dL (7.0 mmol/L). A questi due criteri si aggiunge oggi, o meglio dal 2010 per la proposta dell'American Diabetes Association, un valore di 6.5% di emoglobina glicata. L'emoglobina glicata è un parametro ben conosciuto ed utilizzato per il monitoraggio del diabetico ed è un indicatore di controllo metabolico che, considerando la vita media del globulo rosso, indica il "valore medio" di glicemia nei 120 giorni precedenti il prelievo. Ma, questo parametro di indiscusso valore per il monitoraggio può divenire realmente un ulteriore criterio diagnostico? I pareri ed i dibattiti sono contrastanti e la sintesi difficile. Certamente, però, una cosa è certa. Attualmente nei Paesi sviluppati e con servizi di diabetologia ben organizzati, l'emoglobina glicata viene sempre richiesta, assieme ad altri parametri nel percorso diagnostico, oltre che di monitoraggio. E, visto che nessuno dei tre criteri diagnostici è "perfetto", l'aggiunta del terzo parametro può servire per non classificare in modo scorretto alcuni pazienti.

Ma, alla fine a chi affidarsi nel sospetto o in caso di familiarità diabetica? Il medico di famiglia ed il diabetologo rimangono gli interlocutori privilegiati e saranno loro ad indirizzare la richiesta di test di laboratorio. E quale laboratorio scegliere? Mai come oggi, possiamo con decisione proporre alcuni criteri: laboratori che collaborano strettamente con i clinici (diabetologi) e che, oltre ai vari requisiti previsti dalle Leggi regionali sull'accreditamento, nel caso specifico, determinino l'emoglobina glicata secondo gli standard proposti dall'IFCC (Federazione delle Società di Medicina di Laboratorio), includano nei referti i risultati in modi appropriato rispetto ai criteri diagnostici e partecipinino a programmi di valutazione esterna di qualità.

**Prof. Mario Plebani, Dipartimento Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliera-Università di Padova.*
Fondazione Leonardo, Ospedale Civile, Abano Terme Padova.

Scherma e traumatologia

Definita per antonomasia sport nobile, la Scherma è la disciplina sportiva che ha portato più medaglie al nostro paese durante competizioni ufficiali e vanta un numero di iscritti in continuo aumento con picchi massimi durante l'anno olimpico, essendo tra le altre cose la più seguita durante questa importantissima manifestazione mondiale. Si suddivide in tre armi fioretto, spada e sciabola, ognuna con peculiarità diverse ma con un obiettivo comune, toccare per primo il corpo dell'avversario aggiudicandosi la stoccata. E proprio per questo in pedana capita a volte di dover fare i conti con eventi traumatici che costringono lo schermidore a pause forzate. Va detto che la scherma è una disciplina che sviluppa la coordinazione e la velocità di movimento, così come il carattere e le qualità psicologiche tanto che se ne consente la pratica non agonistica già all'età di 5 - 6 anni, fino a raggiungere i 10 anni dove l'atleta passa all'attività agonistica. Unico neo di questa disciplina completa è la sua asimmetria che può comportare "squilibri" all'apparato muscoloscheletrico; per questo motivo si associa una preparazione atletica che compensa e sollecita i distretti corporei meno utilizzati. Negli atleti professionisti dobbiamo fare attenzione soprattutto a patologie croniche che insorgono per l'intensità di allenamento giornaliero e per gli impegni sportivi ravvicinati, resi ancora più difficoltosi dal jet lag, dalle condizioni climatiche, dallo stress psicofisico della stagione in corso; tendinopatie o contratture

muscolari, sovraccarichi con dolore e flogosi nei distretti articolari come mano, polso, ginocchio, spalla, rachialgie a carico di tutta la colonna vertebrale. Risulta sicuramente fondamentale un intervento preventivo e conservativo che scongiuri un intervento riabilitativo post infortunio, tanto da mettere a rischio una intera stagione. Nei giovani atleti che cominciano un percorso a metà tra l'attività amatoriale e quella professionale (i cosiddetti campioni del domani), dobbiamo fare attenzione soprattutto a patologie acute: la voglia di mostrarsi, di verificare la propria bravura, di non rispettare i programmi di allenamento e preparazione per errori di valutazione, porta al rischio di lesioni muscolari, lesioni capsulo legamentose, traumi contusivi da impatto. In questo caso l'intervento è sicuramente volto a riabilitare l'atleta cercando di riportarlo in tempi breve alla ripresa dell'attività sportiva.

«Una buona diagnosi e un buon percorso riabilitativo-preventivo attraverso anche ausili elettromedicali ci permettono di lavorare sempre con ottimi risultati - riferisce il Dott. Alessandro Pagliaccia, Medico della Nazionale di Scherma - nel nostro sport abbiamo bisogno che gli atleti siano sempre al 100% e, grazie all'utilizzo della Hilterapia®, prodotta da ASA, possiamo intervenire immediatamente, abbreviando tempi di recupero con massima efficacia in piena sicurezza. Il rapporto tra la Scherma e l'Hilterapia® è divenuto ormai un "leitmotiv". Oltre all'efficacia del trattamento, supportata anche da un importante lavoro scientifico, per noi è un porta fortuna: l'abbiamo utilizzata nel 2008 prima e durante le Olimpiadi e ci ha portato la medaglia d'oro a Pechino, poi siamo andati a medaglia ad Anthalia nel 2009 e così Parigi 2010. Termino quindi dicendo: forza Azzurri e forza Hilterapia®». ■

> "grazie alla Hilterapia®, possiamo intervenire immediatamente, abbreviando tempi di recupero con massima efficacia"

Nella pagina accanto: il dr. Alessandro Pagliaccia, medico della Nazionale di scherma e il suo staff

Prevenzione e recupero

La fisioterapia diventa sempre più accessibile: dallo sport professionistico di alto livello, al benessere quotidiano di tutti

Negli ultimi anni si è intensificato il numero di eventi agonistici nei quali sono impegnati, nel corso dell'anno, squadre, federazioni e atleti delle diverse discipline sportive. Molteplici sono le esigenze e criticità che caratterizzano questo tipo di dinamiche, sempre più comuni e trasversali a tutti gli sport ma che riguardano maggiormente il mondo del calcio. Gli appuntamenti agonistici molto ravvicinati si accompagnano ad allenamenti particolarmente intensi e sono in contrasto con i naturali tempi di recupero e l'esigenza di smaltire la fatica in tempi più brevi, abbassare il livello di stress/tensione ma soprattutto con l'obiettivo, comune ad ogni sportivo, di riprendere ad allenarsi e tornare sul campo di gara nel minor tempo possibile, in caso di infortunio. Questi sono stati alcuni dei temi affrontati durante una tavola rotonda recentemente organizzata nel Centro Sportivo di Milanello da Unibell Italia, azienda presente da numerosi anni con il brand Human Tecar nell'ambito della medicina sportiva e della riabilitazione, in collaborazione con lo staff sanitario del Milanello Training Center Medical Equipment. Oltre alla squadra rossonera, sono numerosi gli atleti, squadre e federazioni che si avvalgono di Human Tecar per ridurre al minimo i tempi di ripresa dopo un infortunio ma anche in fase di prevenzione e recupero muscolare, nella

preparazione del sistema muscolo scheletrico, nel raggiungimento di espressioni di forza e velocità, nella facilitazione di coordinazione intra-muscolare. Tutto questo per mettere gli atleti nelle condizioni di potersi sempre allenare al meglio e fare così la differenza in gara. Si tratta di una tecnologia brevettata capace di stimolare in profondità, selettivamente e in modo non invasivo, le diverse tipologie di tessuti attraverso un principio mai adottato in campo biologico: l'utilizzo di un segnale di radiofrequenza (0,485 Mhz non variabile) applicato al corpo mediante elettrodi capacitivi e resistivi. I due differenti elettrodi consentono un'azione selettiva e geometricamente ben definita su tessuto molle e tessuto resistente. Stimolando energia direttamente dall'interno dei tessuti e attivando risposte biologiche quali incremento del micro-circolo, vasodilatazione e aumento della temperatura, si accelerano i normali processi riparativi e anti-infiammatori con risultati rapidi e stabili nel tempo. Numerosi sono gli ambiti di applicazione in cui la Terapia Human Tecar supporta lo staff sanitario del Milanello Training Center Medical Equipment e di altre realtà sportive. Sicuramente il ginocchio rappresenta una zona particolarmente delicata per chi gioca a calcio. Quando a causa di un trauma si ha una lesione permanente delle strutture anatomiche, la biomeccanica del movimento viene modificata e spesso l'atleta non è più in grado di effettuare gesti sportivi specifici che richiedono destrezza, velocità, potenza e stabilità articolare. In tutti questi casi in cui diventa quindi inevitabile il ricorso all'intervento chirurgico, con Human Tecar è possibile agire nell'immediato post-operatorio inducendo un locale incremento del microcircolo con conseguente apporto di nutrimento ed ossigeno, rapida asportazione dei cataboliti pro infiammatori, rapido drenaggio della raccolta linfatica e immediato effetto antalgico. Successivamente, in fase subacuta, si vanno a creare le condizioni vascolari e di temperatura per favorire una mobilizzazione dell'articolazione e velocizzare il processo di recupero funzionale. Si tratta di un approccio terapeutico e di modalità di trattamento fisioterapico che vengono adottati sia a livello di prima squadra che di settore giovanile. Numerosi sono a tal proposito gli studi scientifici e le evidenze cliniche che ne validano i benefici sull'organismo umano e l'assoluta assenza di controindicazioni anche per gli sportivi adolescenti e i ragazzi nel pieno della fase evolutiva giovanile.

Oggi, attraverso una rete di Centri Specializzati diffusi capillarmente sul territorio, questo know-how e la pluriennale esperienza acquisita sul "campo" da Human Tecar vengono messi a disposizione di una fisioterapia rivolta ad un pubblico sempre più vasto per la cura e la prevenzione di numerose patologie relative a muscoli, articolazioni e sistema veno-linfatico: cervicalgie, lombalgie, strappi, contratture, sovraffaticamento, stiramenti, tendiniti, tenosinoviti, borsiti, slogature, distorsioni, presenza di aderenze, tendinosi, artrosi, infiammazioni croniche, ritenzione idrica, gambe pesanti, insufficienza venosa, insufficienza arteriosa, linfedemi solo per citarne alcune. Tre sono le logiche di intervento in risposta alle possibili esigenze terapeutiche: un trattamento anti-infiammatorio localizzato, fondamentale per eliminare in maniera rapida l'infiammazione e quindi il dolore; un'azione curativa-intensiva per agire non solo sulla zona direttamente interessata ma anche sulle aree periferiche coinvolte, recuperando la piena funzionalità e garantendo una soluzione definitiva; un trattamento di prevenzione e mantenimento, ideale per assicurare al corpo uno stato generale di equilibrio e di benessere, recuperando energie e vitalità ed evitando l'insorgenza di problematiche legate ad un lavoro usurante, un gesto ripetuto o una postura scorretta. Dallo sportivo fino al disabile, coinvolgendo le diverse fasce di età, le diverse professioni e i diversi ambiti sportivi, gli Specialisti e i Centri Human Tecar adattandosi alle specifiche necessità del paziente, consentono a ognuno di vivere, lavorare e praticare sport nelle migliori condizioni possibili. In questo modo tutti possono essere trattati come i grandi campioni dello sport perché quando si mette in moto l'energia, il benessere è sempre a portata di mano. ■

In queste pagine: uno Specialista esegue dei trattamenti di Terapia Human Tecar mediante l'utilizzo della tecnologia e di tecniche manuali avanzate
Sotto: un componente dello staff Unibell assieme al medico sociale del Milan, il dr. Maurizio Gevi

di **Alberto Salmaso**

L'educazione alla bellezza sul viso nella Clinica Odontoiatrica di Padova: l'uso del filler

Da un paio d'anni la Clinica Universitaria di Padova, diretta dal professor Gian Antonio Favero, ha istituito un master universitario in Estetica Dei Tessuti Orali e Periorali. Polo di avanguardia nella ricerca di metodiche cliniche e materiali, la Clinica Odontoiatrica di Padova apre le porte all'insegnamento della bellezza intesa come cura del viso e del sorriso. Il master istituito si pone come obiettivo il trattamento degli inestetismi sul volto, la scomparsa di rughe integrando tecniche di medicina estetica con tecniche di odontoiatria estetica. Spesso nel parlare comune si intende definire bello ciò che presenta perfezione generale mettendo da parte la componente forse più importante che rende bella una persona, il suo viso. Poter sorridere dimostrando serenità e sicurezza di sé sono piccole cose, però determinanti per ognuno… possono fare la differenza. Molto spesso al giorno d'oggi i pazienti si rivolgono all'odontoiatra chiedendo di ridefinire il sorriso e di rifinire il trattamento a livello periorale. Ecco allora che si rende necessario per l'odontoiatra stesso l'essere in grado di perfezionare il trattamento. Il master è rivolto a tal proposito a tutti i laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria e ai laureati in Medicina e Chirurgia iscritti all'albo degli Odontoiatri e Medici Chirurghi. Mettendosi dalla parte del paziente, in cosa consistono i trattamenti sui tessuti orali e periorali? E che materiali sono utilizzati? Si parla di "filler", ovvero materiali che vengono iniettati in modo sicuro e non doloroso nel derma o nel tessuto sottocutaneo allo scopo di riempire una depressione o di aumentare i volumi. Possono avere effetto transitorio, cioè quando l'effetto cosmetico-clinico scompare nel tempo, o permanente. I materiali adoperati nella Clinica Odontoiatrica sono materiali conosciuti e sicuri, già sottoposti a studi clinici, che ne hanno definito le caratteristiche. Nello specifico viene utilizzato l'acido ialuronico, uno zucchero presente in tutte le specie animali che non richiede un test specifico prima dell'inoculazione oppure il collagene. Entrambi hanno effetti transitori. Grazie a queste tecniche si possono correggere piccoli inestetismi o piccole rughe presenti sul viso in un ambiente, quale la Clinica Odontoiatrica, che si rifà a standard precisi. Qualità del servizio e delle metodiche, buon rapporto costo/beneficio e un seguire costantemente il paziente associato a un continuo punto di incontro tra Professori Universitari e ricerca, caratterizzano la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Padova. Oltre ad essere un centro per le cure odontoiatriche di base (conservative ed estrazioni dentarie) vengono effettuate anche altri tipi di prestazioni che prevedono una riabilitazione orale di varie tipologie di pazienti. Con il costante monitoraggio di anestesisti e medici specializzati pazienti che desiderino o che necessitino, affrontano gli interventi in sedazione cosciente. Il tutto a prezzi accessibili creando un valido compromesso tra l'esigenza del paziente stesso e la qualità delle prestazioni. Insomma un valido polo di riferimento per qualità, sicurezza ed efficienza. La ricerca scientifica continuamente portata avanti nella Clinica permette di adottare nuove metodiche di intervento anche nel campo della medicina estetica applicata all'Odontoiatria. In tal modo gli specialisti che intraprendono il master ricevono una solida base su cui poter esercitare una continua educazione alla bellezza, ricevendo continui aggiornamenti sugli ultimi passi in avanti compiuti in questo campo della scienza medica, dove si punta a soddisfare il paziente. Soddisfare e soddisfazione: due termini che vanno in parallelo in quanto il benessere del paziente che riceve il trattamento di filler, nel veder sistemato quel piccolo difetto sul viso o sentirsi più sicuro di sé, stimola il personale medico stesso a continuare a migliorarsi attraverso studi e ricerche. Binomio presente nei principi della Clinica Odontoiatrica e che guida il master universitario in Estetica dei Tessuti Orali e Periorali. Perché, prendersi cura di sé vuol dire saper portare un sorriso sul viso.

di **Antonella Prigioni**

Diritto alla cura e non alla guarigione

Un convegno organizzato dall'oncologo Cosimo Di Maggio. Grazie al contributo del Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione e del Gruppo Pavanello

«Ricordo che una collega ricoverata per un banale episodio, fu sottoposta ad un check up assurdo, un'infinità di esami per escludere ogni tipo di malattia. Quando lei chiese il motivo di tanti accertamenti, le risposero, che con il lavoro che faceva, ossia il magistrato, era da pazzi dimetterla senza prima avere fatto tutte le analisi. Questo è un amaro esempio - sottolinea Carlo Nordio, sostituto procuratore della Repubblica a Venezia - delle aberrazioni che produce la medicina difensiva. Quella medicina a cui molti professionisti sono costretti per l'aumento esponenziale di cause nei loro confronti da parte di pazienti insoddisfatti o convinti di essere stati vittima di casi di malasanità. La distorsione nasce dalla pretesa di avere il diritto alla guarigione, un diritto che non è garantito e non dipende dall'uomo, mentre è sacrosanto solo il diritto alla cura».

Soluzioni

Ci sono delle soluzioni per ristabilire quel rapporto di fiducia tra chi cura e chi deve essere curato, senza per questo essere accompagnato sempre dal suo legale. Per il magistrato fondamentale avvalersi di una perizia collegiale, mai affidarsi ad un solo perito che andrebbe scelto tra quelli presenti in un elenco certificato. Andrebbe inoltre introdotta la perizia certificata qualificata ossia con la garanzia del fondamento della denuncia.

Scarsità di chirurghi

La medicina difensiva sta provocando un crollo delle vocazioni: tra qualche anno si rischia di avere pochi chirurghi. Un problema non da poco, sottolinea nella sua relazione, Maurizio Maggiorotti, presidente di AMAMI, l'associazione per i medici accusati di Malpractice ingiustamente. «Dal 2004 abbiamo proposto un disegno di legge, per la tutela dalla malpractice. Ingiusto che un medico debba risarcire, in caso di evento terapeutico imprevedibile. Gli ospedali sono costretti ad assicurazioni obbligatorie con premi altissimi. E paradossalmente le strutture che non sono assicurate e pagano di tasca propria, hanno meno cause. L'ipotesi della conciliazione obbligatoria, non risolve, è un sistema pieno di errori. Siamo favorevoli alla depenalizzazione - dichiara Maggiarotti - la chiediamo da tanti anni, anche se bisogna passare attraverso la ridefinizione di "atto medico"». L'ortopedia e la chirurgia sono le due specialità che rischiano di pagare il conto più salato, un prezzo alto soprattutto per i pazienti, che per paura che un intervento possa avere complicazioni, lo evitano con conseguenze anche maggiori. Ad aver creato questo circolo vizioso per il professor Davide D'Amico, luminare di chirurgia toracica all'ospedale di Padova, è il rapporto di sfiducia che si crea tra il medico e l'assistito. «Non c'è più quel timore reverenziale - dice - ma nemmeno il riconoscimento della professionalità dello specialista».

Confronto aperto

Per Paolo Benciolini, medico legale, andrebbe innovato il codice di deontologia medica e l'attività del medico legale non dovrebbe essere influenzata da alcuna pressione extratecnica. A conclusione del seminario formativo, l'invito di Antonella Agnello, vice-presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Padova, di trovare una soluzione per salvare la sanità italiana, attuando delle lobbies efficaci.

Qui accanto: il prof. Cosimo Di Maggio

a cura di **Giampietro Vecchiato***

Empatia o simpatia?

Il prof. Giampietro Vecchiato

L'appartenenza / non è lo sforzo di un civile stare insieme / non è il conforto di un normale voler bene / l'appartenenza è avere gli altri dentro di sé. Sono le prime strofe della "Canzone dell'appartenenza" di Giorgio Gaber (1996). Non so se il grande cantautore conoscesse il significato del termine "empatia", ma di una cosa sono certo: l'altro era "dentro" di lui. Avere la consapevolezza di se stessi, dei propri sentimenti, porta alla capacità di sapersi mettere "nei panni" dell'altra persona: questa capacità viene chiamata dagli psicologi "empatia" (dalle parole greche "sentire" e "dentro"). I cinesi traducono questo termine con "entrare dentro l'altro". Attraverso l'atteggiamento empatico siamo in grado di vedere la presenza dell'altro e possiamo entrare dentro di lui per sentire che sentimenti prova. Entrando nella persona possiamo sentire il suo dolore, i suoi sentimenti; così riusciamo a comprenderla e non faremo o non diremo niente che possa ferirla inutilmente. Saper captare i segnali che riguardano la vita personale dei pazienti e che possono influenzare il trattamento medico non è cosa da tutti. Solo i medici più attenti riescono a farlo e a proporre delle terapie personalizzate che tengano conto di questi fattori. Ma è sempre possibile imparare, dicono i ricercatori dell'Università dell'Illinois a Chicago, e bisogna farlo sin dai banchi dell'università. Lo conferma uno studio pubblicato lo scorso settembre su JAMA (Journal of the American Medical Association) e che ha coinvolto studenti di medicina al quarto anno. Gli studenti sono stati divisi in due gruppi: il primo gruppo ha seguito quattro brevi workshop che insegnavano a riconoscere i problemi dei pazienti a partire dai discorsi fatti durante le visite e a tenerne conto al momento della prescrizione della cura. Il resto del campione, invece, non ha seguito alcun corso. I due gruppi sono stati poi messi a confronto mentre visitavano quattro pazienti, interpretati da attori professionisti. Mentre gli studenti facevano la diagnosi e decidevano la terapia, i ricercatori valutavano la loro capacità di rapportarsi al paziente, riconoscere determinate situazioni e di individualizzare le cure. I workshop, secondo la ricerca, si sono dimostrati utili allo scopo: gli studenti che avevano seguito i corsi hanno saputo riconoscere e trattare correttamente i pazienti con situazioni personali complicate molto meglio rispetto ai membri del gruppo di controllo. Essere empatici significa "capire cosa c'è dietro" ad un comportamento e questo richiede lo sviluppo della capacità di leggere e decodificare i segnali non verbali della comunicazione: un improvviso cambiamento nel tono di voce, una smorfia del volto, il movimento della mano. Ma l'empatia serve anche da filtro per le nostre emozioni negative, aiuta a frenare gli impulsi, moderare gli eccessi, arginare la rabbia: se riesco a vedere per un attimo le cose con gli occhi del malato, se riesco a percepire i suoi sentimenti, se mi chiedo quali sono le vere motivazioni anche di fronte a un comportamento irritante e sgradevole, più difficilmente perderò il controllo. Ma se non siamo in grado di fare questo per noi stessi, se non vediamo le nostre formazioni mentali, come possiamo vedere quelle di un altro? È la consapevolezza di se stessi che porta all'empatia, quindi la prima cosa da fare è essere consapevoli di noi stessi; solo così potremo produrre la vera gentilezza amorevole e la vera compassione. Se alcuni confondono "empatia" con "simpatia" l'errore non è poi tanto grave: la parola empatia, come abbiamo visto, nasce dalle parole "sentire" e "dentro", mentre la parola sim-patia significa "sentire insieme". Affermare che un medico deve essere "anche" simpatico non è poi così banale.

**Il professor Giampietro Vecchiato è Vicepresidente FERPI - Federazione Relazioni Pubbliche Italiana*

ALICE
35 anni
Residente a:
Milano
Cittadinanza:
Italiana
Professione:
Ricercatrice

Segni particolari:
lavora con abiti
noleggiati Elis

Elis offre soluzioni ottimali nel campo sanitario con articoli creati appositamente per proteggere e, nello stesso momento, garantire il massimo confort all'operatore. In più il Noleggio Full Service di Elis vi solleva da ogni preoccupazione nella gestione delle divise da lavoro e calzature antinfortunistiche, garantendo la personalizzazione degli articoli, il lavaggio, il ritiro e la consegna presso la vostra struttura.

Noleggio Full Service di Elis, sicurezza certa a costi certi.

Per maggiori informazioni visita il sito **www.elis.com**

Rentex Spa Milano - Padova - Fiano Romano - Pomezia

elis

SEDE DI PADOVA
Via Caldonazzo, 6 - 35035 - Mestrino (PD)
Tel. +39 049 5082416 - Fax +39 049 9004852

La sottile linea tra vita e morte vista con gli occhi di uno scienziato

"Esperienze di premorte": così si intitola l'appassionante saggio di Enrico Facco, che spazia da testimonianze all'analisi fenomenologica, da aspetti neurochimici alla neurologia e psicologia delle NDE (near-death experiences – esperienze di premorte), per proseguire in un'interessante "iter" tra scienza, coscienza e cervello, Io, inconscio, anima, vita e morte.

Perché ha approcciato tali materie non solo scientifiche?

Mi aveva affascinato e allo stesso tempo mi aveva lasciato perplesso il libro di Moody ("La Vita oltre la Vita"), che avevo letto negli anni Settanta. La mia attività professionale si è svolta poi per oltre venti anni in terapia intensiva neurochirurgica, occupandomi prevalentemente della valutazione e della prognosi del coma, dello stato vegetativo e della diagnosi di morte cerebrale: aspetti importanti della relazione, per alcuni versi ancora misteriosa, tra mente, cervello e realtà esterna, che pongono concretamente il quesito fondamentale della condizione umana, ovvero quello del significato della vita e della morte. Così dal 2000 ho cominciato - devo dire un po' per caso - a studiare il problema delle esperienze di premorte.

Che cosa sono le NDE (Near Death Experiences) e le OBE (Out of Bodies Experiences)?

Sono esperienze che si sviluppano in condizioni critiche (arresto cardiaco, coma, stati di shock, ecc.), oppure nelle cadute in montagna ma anche, se pur raramente, in determinati stati psicologici, come ad esempio la meditazione yoga.

Le NDE sono esperienze di carattere apparentemente trascendente con una costellazione di elementi tipici, quali la visione di un tunnel, una luce con caratteri soprannaturali, comunicazione con entità: in passato erano considerate una forma di autoscopia (allucinazione in cui il soggetto si vede

sdoppiato). Oggi invece è chiaro che la fenomenologia delle OBE è nettamente diversa dal quadro clinico classico di autoscopia: infatti il paziente vede il proprio corpo inanimato dall'alto mentre viene assistito dai medici con una sensazione di grande lucidità e la coscienza chiaramente centrata nel punto di osservazione, al di fuori del corpo.

In due casi, documentati nella letteratura scientifica, i pazienti hanno successivamente riferito quello che è successo durante la fase della OBE, in cui erano incoscienti.

C'è molto scetticismo attorno a queste tematiche, qual è il suo atteggiamento?

La risposta è complessa: queste esperienze contraddicono la versione corrente/dominante su temi come la vita, la morte, la realtà stessa, soprattutto se si parte da una visione di tipo materialistico. Le NDE, come fenomeno, non sono oggetto di credere o meno: sono semplicemente fatti, con una chiara epidemiologia e fenomenologia clinica. Poi, cosa possano significare è tutt'altra cosa. Io ho adottato una posizione rigorosamente scettica: ovvero di non accettare nulla a priori, ma anche il suo versante opposto, e cioè non escludere nulla a priori.

Ma allora cos'è la Coscienza e cos'è l'Io?

In poche battute è davvero difficile dirlo, ma è un argomento davvero importante ed interessante: in gran parte coincidono. In senso lato si può pensare all'io come il fondamento della coscienza e della soggettività, cioè il principio da cui origina l'individuo come tale e dalla cui percezione intuitiva prende origine il pensiero e la conoscenza. Il concetto di coscienza è molto ampio e complesso e definirne compiutamente natura, origine, è estremamente arduo quanto appassionante.

Cosa è vero o meno dunque in base alle nostre convinzioni?

La realtà ci sfugge molto di più di quanto siamo inclini a ritenere; la stessa verità scientifica è in continua evoluzione, il che significa che in ogni momento storico alcune conoscenze scientifiche sono corrette altre saranno smentite da fatti o scoperte successive.

Le nostre convenzioni, le credenze sono spesso più forti della realtà stessa e la storia della scienza è costellata di detrattori, che si sono opposti inesorabilmente alle teorie che sconvolgevano la loro visione del mondo o lo stesso 'status quo', e che poi invece si sono affermate. Come diceva Schopenhauer "la verità nasce come paradosso e muore come ovvietà".

Perché ha scritto questo libro?

Volevo fare un'analisi critica di un fenomeno clinico reale che negli ultimi decenni è stato "rimosso" perché incompatibile con la visione convenzionale del mondo. Infatti le NDE sono state spesso considerate a priori eventi di dubbia ed improbabile esistenza, significato ed importanza, fatti onirici o semplici fenomeni allucinatori di competenza psichiatrica. La mia speranza è quella di poter fornire una base di riflessione - il più possibile sgombra da pregiudizi - sugli aspetti scientifici, psicologici, filosofici che queste esperienze necessariamente pongono.

Ma allora secondo lei esiste un'esistenza dopo la morte?

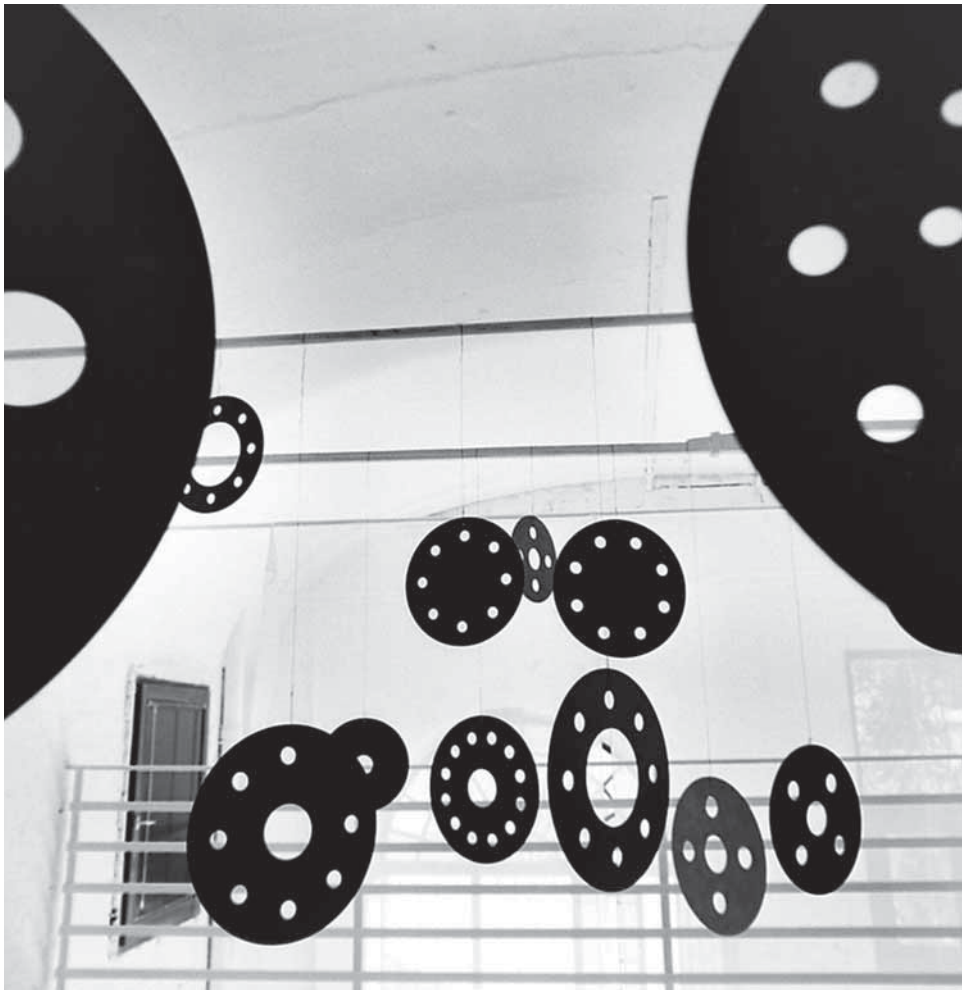
La risposta non posso e non voglio fornirla io, perché questo è il mistero fondamentale della condizione umana di tutti i tempi ed ognuno deve dare la propria personale risposta.

Enrico Facco

Chi è Enrico Facco

Enrico Facco è professore di Anestesiologia e Rianimazione all'Università di Padova; è inoltre specialista in Neurologia ed esperto in terapia del dolore, agopuntura e ipnosi clinica. Ha condotto numerose ricerche su coma, morte celebrale, stato vegetativo ed è autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche.

Il pensiero con le mani: cinquant'anni di sculture in bianco e nero



Alcuni scatti di Giovanni Umicini all'opera di Elio Armano

«Anche in mie sculture molto diverse tra loro e lontanissime nei tempi di realizzazione, se viste a posteriori si trova un filo conduttore inconsapevole e costante.»

E quel sottile filo rosso, che lega Elio Armano all'arte del plasmare la materia da cinquant'anni, si snoda nell'elegante silenzio dei 250 scatti in bianco e nero che Giovanni Umicini ha fatto dell'opera dell'amico Elio. «Una biografia per immagini, un bilancio, uno zibaldone, raccolto in un libro, un volume pregiato» sottolinea Armano. Una sorta di suo diario personale scritto, a quattro mani e due colori, con Umicini. E che ora può essere letto da tutti. "Elio Armano, pensare con le mani, cinquant'anni di scultura fotografata da Giovanni Umicini", edito da Antiga edizioni. Un regalo per i 65 anni di un personaggio che ha segnato la storia contemporanea di Padova e non solo. «Era la Pasqua del 1967, ero sul sagrato della Basilica del Santo, c'era una piccola manifestazione, parallelamente ad altre in tutta Europa, contro i bombardamenti in Vietnam. Con me c'erano alcuni intellettuali che dispensavano ramoscelli di ulivo a chi usciva dalla messa. Fu in quell'occasione che conobbi Giovanni. Da allora nacque un sodalizio, lui mi ha fatto varie volte delle foto mentre lavoravo nel mio vecchio studio. E ha fissato sulla pellicola analogica, le mie opere. Di molte rimangono solo i suoi scatti. Il volume raccoglie un'attenta selezione di una produzione enorme».

Il libro è dedicato al padre Bruno, «colui - scrive Armano - che mi ha insegnato a rubare con gli occhi e pensare con le mani».

«i miei figli mi chiamavano il *comunista* per descrivere un lavoro anomalo rispetto a quello della maggior parte dei padri»

Qualche appunto sparso di un'intervista immaginaria, che lo scultore fa a se stesso:

«Desidererei trasportare in riva al mare il mio studio, la vecchia casa fatta costruire da mia nonna fuori dalle mura. Lavorare l'argilla sotto una tenda davanti al mare montagnoso della Croazia o disegnare su una spiaggia della Sicilia sarebbe il massimo della fortuna, e non ci sarebbero successo o denaro sufficienti con cui barattarla».

«Non so cosa sia la maturità. Penso che non lo sappia nessuno. Forse la maturità è il punto che precede il disfacimento: vale per la materia così come per gli esseri viventi e pensanti».

«Qualcuno mi ha detto che, a volte, parlo della mia scultura come un erudito professore che disserta con distacco di cose altrui... E allora sarò sincero: se mi costringessero a scegliere cosa buttare giù dalla torre, ciò che terrei nel modo più convinto è il lavoro artistico».

«"Il comunista!" Così rispondevano i miei figli bambini alla fatidica domanda, non trovando miglior definizione per descrivere un lavoro sicuramente anomalo rispetto a quello della maggior parte dei padri dei loro coetanei».

a cura di **Maria Stella Zaia**

La frittola, regina indiscussa del Carnevale di Venezia

Dalla festa dell'Epifania, sei gennaio, al mercoledì delle Ceneri cade il tempo che contrassegna il Carnevale. Questa festività ha più di una etimologia, in latino significa "carnem levare" letteralmente "togliere la carne".

Già in epoca romana esisteva una festa in onore di Saturno detta "festa dei carnalia", in cui il popolo si mescolava alle classi più importanti della società mascherandosi e assumendo personalità diverse dalla propria. Era un periodo nel quale era permesso mettere alla gogna politici e potenti con lazzi e anche scherzi feroci.

Questa tradizione ci è stata quindi tramandata attraverso i secoli, e anche oggi nel periodo carnevalesco è usanza mettere alla berlina personaggi famosi e dello spettacolo.

Nella nostra regione, il carnevale più famoso è sicuramente quello di Venezia, che, nel periodo che va dal giovedì al martedì grasso, è invasa da una moltitudine di maschere provenienti non solo dall'Italia ma anche da tutta Europa. È sicuramente un'atmosfera magica: le calli e i campielli si riempiono di un'umanità che, anche se per poche ore, vuole dare sfogo alla voglia di travestimento, alla voglia di dimenticare le proprie angosce, alla voglia di vestire i panni di qualcun altro in un crescendo catartico che ha la capacità di liberare la voglia di gioco e sogni che risiedono in ogni essere umano.

Indiscussa regina di questo periodo è la frittola ("la fritola") che fin dal '600 è considerata il dolce principe della Serenissima Repubblica Veneta. Questo dolce, preparato dalla congregazione dei frittoleri e distribuita al popolo veneziano, è ancora oggi cucinato nella nostra regione.

La ricetta è la seguente:

Ingredienti

½ litro di latte, 100 gr. di uvetta, 150 gr. di semolino, 6 uova intere medie, 50 gr. di burro, 1 bustina di lievito per dolci, 300 gr. di farina bianca, 10 cucchiai di zucchero, la buccia grattugiata di un limone e di un'arancia, un pizzico di sale, un bicchierino di grappa e/o rum o liquore di anice, 50 gr. di pinoli, olio per friggere (preferibilmente di semi), zucchero a velo.

Preparazione

Per prima cosa mettere a bagno l'uvetta nella grappa e/o nel rum e lasciarla in ammollo per almeno due ore. Nel frattempo fare una "polentina" con il latte, il semolino, il sale e il burro, farla cuocere per un decina di minuti e poi farla raffreddare completamente. Quando l'impasto è freddo, aggiungere un uovo alla volta mescolando energicamente, poi lo zucchero, il lievito, la farina bianca e le bucce grattugiate del limone e dell'arancia. Continuare a mescolare energicamente ed aggiungere l'uvetta strizzata e infarinata, un paio di cucchiai di grappa e/o rum o liquore di anice, pinoli ed eventualmente altra farina "00" se l'impasto risultasse troppo liquido. Alla fine l'impasto se preso con il cucchiaio deve scendere lentamente e pesantemente con lunghe lingue (per staccare la pasta dal cucchiaio è necessario aiutarsi con due cucchiaini).

L'impasto va fatto riposare per almeno tre ore prima di passare alla frittura. Versare il preparato nell'olio bollente con l'ausilio di due cucchiaini da caffé. Poi far ruotare le palline che si sono formate nell'olio per cucinarle e, quando sono uniformemente dorate, toglierle dalla padella con un mestolo forato (ragno). Posizionarle su una griglia per dolci o su carta assorbente per farle scolare dall'eccesso di olio e successivamente cospargerle con zucchero a velo.

Buon appetito!

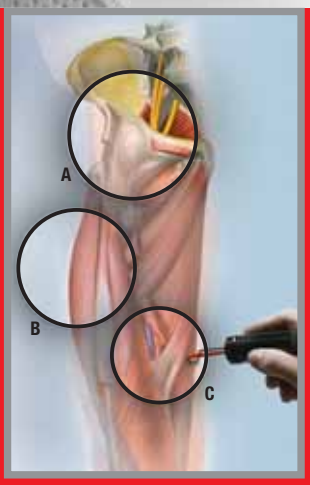
DYNART pn

Hilterapia®

conosce la tua artrosi!

Artrosi, distorsioni, gomito del tennista, gonalgia, mal di schiena, sciatica, sindrome del tunnel carpale, tendiniti, ...

Per il trattamento delle patologie dolorose alle articolazioni, ai muscoli e ai tendini, oggi puoi contare su una innovativa e unica tecnologia.



A) ARTICOLAZIONI
Riduce le infiammazioni articolari e stimola la rigenerazione

B) SISTEMA MUSCOLARE
Risolve rapidamente le contratture producendo un intenso effetto analgesico

C) SISTEMA CIRCOLATORIO E LINFATICO
Favorisce l'apporto di nutrienti e il riassorbimento degli edemi

1. Benefici immediati e prolungati
2. Trattamento rapido, sicuro e indolore
3. Ricerca scientifica internazionale, risultati documentati
4. Brevettata negli Stati Uniti
5. Certificata dalla FDA (Food and Drug Administration - USA)
6. Praticata in centinaia di Centri Specializzati in tutta Italia

ASA Energy for health

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

CHIEDI AL TUO SPECIALISTA E RIVOLGITI A UN CENTRO SPECIALIZZATO HILTERAPIA®

www.hilterapia.it

Zip comprime i costi del conto corrente.

Online ancora di più.

Riservato a nuovi clienti o non correntisti da almeno 6 mesi

MPS Conto **Zip**
Il conto corrente leggero

Entra nel Gruppo Montepaschi con ContoZip e scopri tutti i suoi vantaggi.

Con ContoZip puoi comprimere i costi del tuo conto ed accedere a condizioni vantaggiose a tanti altri prodotti. Attiva ContoZip entro il 31 marzo 2011: il canone è gratuito per un anno. Dal 17 gennaio al 31 marzo 2011, con il concorso "ContoZip - Ancora più vantaggi", riceverai in premio la tracolla A.G. Spalding & Bros.
Se sei già cliente della Banca e presenti un amico che attiverà ContoZip, per te la possibilità di ricevere la tracolla o l'esenzione dei bolli sul tuo conto corrente per un anno.

Partecipa inoltre all'estrazione finale di 10 iPhone!

ANTONVENETA
GRUPPOMONTEPASCHI
www.antonveneta.it

Conto Zip - Ancora più vantaggi: concorso misto a premi valido dal 17 gennaio al 31 marzo 2011. Estrazione dei vincitori entro il 30 luglio 2011. Regolamento integrale sul sito www.antonveneta.it

Fogli informativi in Filiale e sul sito web della Banca - Gruppo Bancario Monte dei Paschi di Siena - Codice Banca 05040.1 - Codice Gruppo 1030.6
Febbraio 2011 - Pubblicità