PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **6**, numero **1**
Gennaio - Febbraio 2013
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

www.nordestsanita.it

PRIMO PIANO
I TAGLI ALLA SANITÀ CONVENZIONATA

MINIFOCUS
I 35 ANNI DELLA LEGGE BASAGLIA

LE GUIDE DI NES
L'ARTROPROTESI E LA RIABILITAZIONE POSTPROTESICA

ad comunicazione Alberto Buzzanca photographer

PITTARELLO

pittarello.com

Questione di cuore.

Prossimamente tutte le novità primavera/estate 2013.

Scoprile nel punto vendita più vicino a te.

NES - Nord Est Sanità - Anno 6 - numero 1 - gennaio - febbraio 2013

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

Attualità
E' arrivato il nuovo Nes On Line 5

Editoriale
Un popolo di santi, navigatori, tuttologi ed epidemiologi 7

Primo piano: i tagli alla sanità convenzionata
5 milioni di prestazioni in meno per i cittadini veneti 8
Lente di ingrandimento sui numeri 10
Stralcio della delibera 2621 del 18.12.2012 14
Politica miope 16
Tutti insieme 18
Zaia e Coletto: troveremo una soluzione 20
La svolta del privato 21
Il provvedimento regionale è spropositato 22
Sindaci, l'allarme è trasversale 23
La sfida per i nuovi direttori generali 26
Fuori orario 28
La sanità pubblica non ce la fa da sola 30
La protesta dei lavoratori 32
Troppe decisioni ingessate dalla latitanza della politica 35

Le guide di Nes: gli interventi di artroprotesi
La Chirurgia protesica articolare 37
Unità Operativa di Chirugia del Ginocchio Policlinico Abano Terme 38
Quando è necessaria una protesi all'anca 40
Unità Operativa Complessa di Ortopedia e di Traumatologia 41
dell'ospedale di Cittadella - Ulss 15 Alta Padovana 42
L'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale di Camposampiero 44
L'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova 45
Chirurgia Protesica - UOC di Ortopedia Azienda Ulss 17 Este 46
La Riabilitazione Post Protesica nelle strutture del Gvdr 47
Riabilitazione post chirurgica nell'artroprotesi di ginocchio 48

Minifocus: i 35 anni della legge 180
Anche la mente può guarire 50
La mente non si cura solo con i farmaci 54
San Servolo, l'isola dei pazzi 56
Paura dei folli? Meglio averla degli assassini 58
Lavoriamo per garantire un ritorno alla vita normale 59

Attualità
Approccio clinico e riabilitativo all'incontinenza urinaria femminile 60
La neuro-modulazione sacrale 61
Riabilitazione del Pavimento Pelvico 62
Questo stimolo impellente 63
L'accesso alle cure non è uguale per tutti 64

Rubriche
Il paziente al centro 66
«Vecchio», caro gesso 67

Attualità
Lacrime o un abbraccio? 74
La New York di Campigotto 76
Venezia, un sogno 77
Dalle elementari all'università 100mila studenti stranieri 78
Essere giovani è un lavoro sporco 80
Frittelle di mele 81
Vampiri e medici di fiducia 82

Gerenza

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio (editore@nordestsanita.it)
Vicedirettore editoriale
Maria Stella Zaia (editore@nordestsanita.it)

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

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Raffaele Rosa, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via Santa Maria Assunta n. 3I - 35125 Padova
Partita IVA 03538580287
Telefono: 0498874111 int. 2
Sito internet: www.nordestsanita.it
Facebook: www.facebook.com/nordestsanita
Email: redazione@nordestsanita.it

Progetto grafico e impaginazione
Giuliano Gargano

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 a questo numero
Margherita De Nadai, Davide Zanella

Fotografie
Francesca Bottazzin
L'immagine di copertina è di Davide Zanella

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)

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 25.000 copie

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 3 dicembre 2012

La riproduzione e la ristampa, anche parziale, di articoi e immagini sono vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. La presente rivista è distribuita gratuitamente presso le Strutture Sanitarie che hanno fornito il proprio assenso. I nominativi dell'indirizzario in nostro possesso potranno essere utilizzati, oltre che per l'invio della rivista, anche per 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 o la cancellazione dei dati in nostro possesso.
Gli eventuali nomi di prodotti e prezzi segnalati sono riportati a puro titolo informativo e non commerciale.

RONCATO

The Culture
of the Travel.

UNO ZIP Collection

È arrivato
il nuovo Nes On Line

Restyling grafico per il nostro quotidiano on line

Grosse novità per il nostro quotidiano on line "www.nordestsanita.it" che dopo tre anni dalla sua nascita, cresce e migliora, per offrire a tutti i lettori nuovi argomenti e spunti per informarsi e discutere assieme di Salute e Sanità.
Il nuovo progetto di Nes On Line, che potremo chiamare "Versione 2.0", riguarda non solo la parte grafica ma soprattutto le tematiche e gli argomenti trattati.
Dal punto di vista grafico, il restyling ha riguardato la parte superiore della Home Page che ha visto in copertina una notizia principale, supportata in basso da altre due notizie.
Rimarranno poi presenti i "Primi Piani", e le altre notizie in basso che saranno, altra novità, tutte accompagnate da fotografie.
Altra idea è la creazione di un canale su Youtube che permetterà di caricare e far vedere servizi video o eventi promossi ed organizzati da Nordestnet, società editrice di Nes – Nordest Sanità e Nes On Line.
Infine sarà costruita una Newsletter che invierà con continuità via e-mail, a chi interessato, le notizie principali di Nes On Line.
Dal punto di vista strettamente giornalistico, la novità più interessante di Nes On Line può contraddistinguersi con la parola "inchiesta".
La nostra redazione di giornalisti andrà infatti "oltre la notizia", cercando di capire veramente come stanno le cose e cercando, con i

suoi articoli, di poter essere occhi e e orecchie di tutti i cittadini.
Non solo eventi, inaugurazioni e proposte, ma anche analisi e segnalazioni su cose che non vanno o che dovrebbero essere migliorate.
Nes On Line vuole quindi diventare un vero e proprio strumento dove tutti i cittadini potranno trovare e cercare informazioni su Salute e Sanità non solo a livello regionale ma anche nazionale.
Nell'ultimo anno Nes On Line ha raggiunto il suo record di visite e contatti con oltre 150mila pagine web visitate, 1,7 milioni di accessi e oltre 20 gigabyte di banda usata. Molti anche i navigatori che hanno voluto visualizzare le versioni Pdf di Nes – Nordest Sanità Cartaceo che sono presenti nell'apposita sezione "Rivista".
Con la creazione poi della sezione Pianeta Giovani e del nostro spazio su Facebook e Twitter abbiamo voluto anche coinvolgere sempre più le nuove generazioni.

I nostri contatti

Il sito internet
www.nordestsanita.it

La pagina Facebook
www.facebook.com/nordestsanita

L'account Twitter
@nordestsanita

FEASR

REGIONE DEL VENETO

Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale: l'Europa investe nelle zone rurali

Meglio fidarsi di chi ha una storia antica.

Il Grana Padano DOP è fatto solo in Val Padana, con il nostro latte e nei nostri caseifici. Da sempre il nostro marchio ti garantisce sicurezza, gusto e tanti nutrienti per la tua salute.

GRANA PADANO

Consorzio Tutela Grana Padano

Grana Padano DOP, tutta un'altra storia.

I formaggi veneti: tradizione, qualità e sicurezza.

ASIAGO FORMAGGIO D.O.P.

MONTASIO

Provolone Valpadana

formaggio piave D.O.P.

CASATELLA D.O.P. TREVIGIANA

MONTE VERONESE FORMAGGIO DOP

Mozzarella STG

Veneto Tra la terra e il cielo
www.veneto.to

Iniziativa finanziata dal Programma di Sviluppo Rurale per il Veneto 2007-2013
Organismo responsabile dell'informazione: Grana Padano e gli altri formaggi veneti di qualità
Autorità di gestione designata per l'esecuzione: Regione Veneto - Direzione Piani e Programmi Settore Primario

Un popolo di santi, navigatori **tuttologi ed epidemiologi**

di Giuseppe **Caraccio**
Direttore Editoriale di NES

Fino ad ora gli italiani sono stati considerati un popolo di santi,navigatori ed eroi. Con l'evolversi dei secoli, come potrete constatare, è diventato anche un popolo di tuttologi e di epidemiologi.
Tutti sono convinti di essere depositari della verità e del buon senso.
Nei vari colloqui con alcune amministrazioni regionali, mi sono sentito dire che non è vero che dove si fanno più visite e prestazioni e quindi più prevenzione (aggiungo io) ci sia una speranza di vita più lunga, che è inutile tenere sotto controllo il colesterolo o la glicemia o eseguire controlli cardiologici o mammografie, perché il risultato dipende per la stragrande parte soltanto dai propri geni e dalla fortuna individuale.
Lo stesso funzionario ha portato ad esempio le popolazioni delle zone montuose della nostra regione, dove le prestazioni pro-capite di cui la popolazione usufruisce sono di gran lunga inferiori a quelle di un comprensorio come il padovano, ma che queste popolazioni hanno una speranza di vita uguale a dove si fa più prevenzione e dove si spendono più soldi, con buona pace di tutti gli studi scientifici che sia a livello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) che dell'Unione Europea (U.E.) sono stati diffusi.
Valutando i dati del Registro Tumori del Veneto non ho evidenziato nessuna diversità sull'incidenza della malattia neoplastica fra le zone ritenute più salubri e quelle meno salubri. Inoltre ho evidenziato che la diagnosi precoce determina certamente sempre una maggiore e migliore speranza di vita.
Capisco che in tempi di crisi sia necessario ripensare alla spesa ed anche al welfare, ma è fondamentale ricordare che scopo di tutti i sistemi nazionali sanitari è la promozione ed il miglioramento della condizioni di salute dei cittadini, che non può che attuarsi tramite l'educazione ad appropriati modelli di vita, la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.
Sarebbe importante ricordare a voi lettori ed anche e soprattutto agli amministratori della cosa pubblica che è la politica che ha il dovere di mediare fra le risorse che sono rappresentate dall'economia ed il bisogno che è rappresentato dalla salute.
E' dannoso che chiunque senza un'opportuna cultura si erga a epidemiologo, come possono fare certi nostri pensionati che nei bar, davanti all'ennesimo quartino di rosso, pontificano affermando che tanti tumori sono conseguenza dell'inquinamento dell'aria e dell'acqua, senza pensare che sono gli stili di vita che incidono sicuramente in maniera maggiore sulla mortalità.
Gli amministratori della "Res Publica" dovrebbero essere l'espressione di una volontà e di una cultura politica che hanno come scopo prioritario quello di salvaguardare la salute di tutti i cittadini veneti, programmando e governando il sistema sanitario al di sopra e al di fuori di ogni logica di interesse e di parte.
Le prestazioni di diagnostica ambulatoriali non possono cambiare gli stili di vita, non possono cambiare i nostri geni, non possono ridurre l'inquinamento, ma possono certamente indicare qual è il nostro stato di salute e possono indicarci le strategie per sottrarsi il più possibile alla malattia, migliorando la nostra qualità di vita.

5 milioni di prestazioni in meno per i cittadini veneti

Liste d'attesa che si allungano e meno prestazioni in convenzione per i pazienti

a cura di Antonella **Prigioni**

La scure dei tagli alla sanità non risparmia gli erogatori privati che operano in regime di convenzione con il servizio sanitario pubblico.
Di fatto sono sanità pubblica a gestione indiretta, tramite società private.
Sono parte integrante di un sistema misto capace di assicurare assistenza e cura ai cittadini.
Sono complementari alle strutture pubbliche e contribuiscono ad accorciare le liste d'attesa per esami, visite specialistiche, radiografie, risonanze magnetiche, tac, mammografie, fisioterapie, che anche nell'eccellentissimo Veneto, alle volte sono troppo lunghe.
Alle casse della Regione Veneto però nel 2013 arriveranno dallo Stato, per effetto della spending review, 250 milioni di euro in meno per la sanità, quindi tutti i componenti della macchina assistenziale sono invitati e obbligati a tirare la cinghia, mantenendo la qualità dei servizi.
E le strutture private accreditate, quelle aderenti ad Anisap, (l'80 per cento) Federlab, Ansoc, Confindustria Veneto Comparto sanità, Cuspe (per il restante 20 per cento) sono pronte a fare la propria parte.

L'allarme delle strutture convenzionate: «Pagheranno i cittadini»

L'associazione di categoria: «Taglio drastico dei fondi regionali»

SANITÀ. Allarme sulla delibera di Giunta che prevede un taglio del 30% sulla specialistica ambulatoriale

La scure sui laboratori convenzionati

Gli ambulatori Budget ridotto del 32%

Tagli ai privati, saltano 5 milioni di prestazioni «Così rischia il posto un dipendente su tre»

Diagnosi private: licenziamenti e più oneri

Ma conti alla mano, qualcosa non torna. Le strutture private accreditate ambulatoriali, quindi escludendo le strutture private accreditate ospedaliere, subiranno una riduzione del budget, assegnato per quest'anno e per il prossimo, di 60 milioni di euro, a fronte di un'attività erogata nel 2011 di quasi 190 milioni di euro, secondo dati diffusi dalla stessa Regione Veneto.

Meno soldi meno prestazioni al cittadino, all'Anisap calcolano una riduzione delle prestazioni in convenzione ai cittadini, pari al 30 per cento.

Una percentuale destinata ad aumentare anche per effetto dell'abolizione dell'incremento finanziario che la Regione riconosceva alle strutture come aumento dei costi di produzione, dato che le tariffe delle singole prestazioni sono ferme al 1996.

E' evidente che le associazioni che raggruppano laboratori e poliambulatori privati siano sul piede di guerra. Rischiano di assorbire da soli un quarto del taglio nazionale imposto alla sanità veneta, in una voce di bilancio che è di 8 miliardi e 200 milioni di euro. Rappresentano l'1,5% del sistema sanitario regionale e i loro budget saranno decurtati del 20-25%, anche se coprono il 20 per cento del fabbisogno regionale di specialistica ambulatoriale, 16 milioni di prestazioni dei 73 milioni fornite all'anno in Veneto.

E non ci stanno e se non troveranno un accordo con la Giunta regionale per aggiustare un minimo il tiro, sono pronti ad impugnare la delibera che ritengono ingiusta e penalizzante. La riduzione del budget ai privati accreditati, per le prestazioni ambulatoriali ha come diretta conseguenza per il cittadino liste d'attesa più lunghe o sarà costretto a pagare per accelerare i tempi di una visita o di un esame. Molti pazienti potrebbero addirittura rinunciare alla prestazione con effetti sulla propria salute, non sempre gli esami si fanno per un controllo, ma perché servono.

Meno prestazioni significa per la Regione meno entrate tra ticket e costo fisso della ricetta.

E non è da sottovalutare nemmeno la ricaduta occupazionale di chi opera nei centri accreditati, più di 3000 addetti tra diretti ed indiretti, per alcuni dei quali il futuro professionale potrebbe essere a rischio, a breve termine.

I numeri

189.976.000 euro
attività erogata strutture private accreditate ambulatoriali nel 2012

36.961.000 euro
la quota dell'attività pagata dai cittadini con il ticket

140.448.000 euro
budget stanziato per il 2013-2014

30%
le prestazioni che le strutture private calcolano, saranno costrette a tagliare per la riduzione del budget

3000
addetti del comparto

2%
la percentuale rappresentata dal comparto nel Sistema Sanitario Pubblico del Veneto

- 20%
il taglio del budget stanziato dalla Regione Veneto

Lente d'ingrandimento **sui numeri**

La genesi del taglio contestato

© Can Stock Photo Inc. / picturepartners

Quasi 190 milioni di euro, il valore dell'attività erogata nel 2012 dalle strutture private accreditate in appoggio alle strutture pubbliche. In sostanza un volume di milioni di prestazioni assicurate al cittadino in regime di convenzione, con qualità e rapidità.
Prestazioni che gli ambulatori delle aziende sanitarie riescono a fornire in tempi, spesso, troppo lunghi.
L'accreditamento di strutture private ha proprio la funzione di avere soggetti che partecipano alla sanità pubblica, fungendo da complementari laddove c'è necessità. In sostanza gli erogatori privati sono parte del servizio pubblico oltre ad essere un pungolo per il comparto pubblico diretto. In Veneto la sanità privata ambulatoriale, rappresenta una minuscola fetta, solo il 2 per cento dell'attività sanitaria regionale. La Regione Veneto , ogni anno assegna un budget a queste realtà , che per il 2013 -2014, sarà ridotto di 60 milioni di euro.
Effetti legittimi della spending review, che ha indotto la Giunta regionale ad inserire nella delibera 2621, approvata il 18 dicembre 2012, dedicata al taglio della spesa, anche nuovi parametri di calcolo per il budget della sanità privata. Il meccanismo adottato per definire i nuovi tetti economici, prevede una riduzione del 10 per cento del budget del 2011 a cui viene aggiunta per la prima volta la quota ticket, quella pagata dai cittadini.
I budget assegnati dalle Ulss nel 2011 ammontano a 129.477.415 euro, spiegano all'Anisap , la principale associazione che raggruppa le strutture del comparto privato ambulatoriale, ma le prestazioni effettivamente eseguite dalle strutture accreditate venete hanno prodotto un'attività per 153.317.000 euro.
In sostanza sono state fornite un milione e mezzo di prestazioni in più, in regressione tariffaria (ossia a tariffa super scontata), per un valore di 23.537.585 euro che per effetto di contrattazioni regionali, sono state pagate dalla Regione Veneto 2.550.000 euro e dai cittadini con il ticket per un ammontare complessivo di 11.772.000 euro.
La Regione ha risparmiato per queste prestazioni nove milioni e mezzo di euro, pagandone ciascuna, a poco più del 10 per cento della tariffa assegnata, che è bloccata dal 1996.
Un costo irrisorio e sicuramente inferiore a quello che dovrebbe affrontare un ospedale aprendo di notte per visite ed esami.

PRIVATI ACCREDITATI ESCLUSIVAMENTE AMBULATORIALI			
		BUDGET 2013-2014 (INCLUSO TICKET)	
		PER MACROAREA (€)	TOTALE (€)
ULSS 1	LAB	491.000	2.547.000
	FKT	-	
	RAD	2.056.000	
	ALTRO	-	
ULSS 2	NON PRESENTI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI ESCLUSIVAMENTE AMBULATORIALI		
ULSS 3	NON PRESENTI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI ESCLUSIVAMENTE AMBULATORIALI		
ULSS 4	LAB	347.000	926.000
	FKT	-	
	RAD	349.000	
	ALTRO	230.000	
ULSS 5	LAB	800.000	1.418.000
	FKT	-	
	RAD	300.000	
	ALTRO	318.000	
ULSS 6	LAB	1.397.000	15.770.000
	FKT	2.563.000	
	RAD	9.774.000	
	ALTRO	2.036.000	
ULSS 7	LAB	-	1.817.000
	FKT	-	
	RAD	438.000	
	ALTRO	1.379.000	
ULSS 8	LAB	-	3.954.000
	FKT	-	
	RAD	3.838.000	
	ALTRO	116.000	
ULSS 9	LAB	431.000	5.641.000
	FKT	1.830.000	
	RAD	469.000	
	ALTRO	2.911.000	
ULSS 10	LAB	149.000	5.212.000
	FKT	728.000	
	RAD	3.289.000	
	ALTRO	1.046.000	
ULSS 12	LAB	3.045.000	9.493.000
	FKT	3.113.000	
	RAD	1.926.000	
	ALTRO	1.409.000	

Sommando le varie voci fin qui illustrate, Palazzo Balbi ha liquidato al privato ambulatoriale 168.961.000 euro per il 2011.
Cifra sulla quale, stando alla delibera, si sarebbe dovuto fare il calcolo per il taglio, portando il nuovo budget 2013 a 153.317.000 euro. Invece la stessa delibera stanzia 140.448.000 euro, quasi 11 milioni in meno, del risultato matematico indicato dal provvedimento.
Esaminando il prospetto di cifre fornito dalla Regione, Anisap evidenzia che la decurtazione teorica del 10 per cento però non è lineare e uguale per tutte le specializzazioni.
I laboratori di analisi sembrano essere i più penalizzati, subiscono una contrazione del 19 per cento, la fisioterapia del 25 per cento e a sorpresa la radiologia ha un incremento del 4 per cento, un aumento del 5 per cento è stabilito per una voce non meglio identificata come "altre".
Da proporzioni e calcoli fatti all'Anisap, emerge che il budget preso a riferimento per i nuovi parametri ha tenuto conto anche di pacchetti di prestazioni extra budget fornite nel 2012 alle Ulss 4, 5,7,8,15 e 21, per un ammontare a spanne che varia dai 3 ai 5 milioni di euro.

I TAGLI ALLA SANITÀ CONVENZIONATA

		BUDGET 2013-2014 (INCLUSO TICKET)	
		PER MACROAREA (€)	TOTALE (€)
ULSS 13	LAB	1.548.000	8.444.000
	FKT	4.308.000	
	RAD	1.175.000	
	ALTRO	1.413.000	
ULSS 14	LAB	710.000	3.468.000
	FKT	778.000	
	RAD	1.408.000	
	ALTRO	572.000	
ULSS 15	LAB	699.000	1.776.000
	FKT	48.000	
	RAD	595.000	
	ALTRO	434.000	
ULSS 16	LAB	7.961.000	52.151.000
	FKT	13.801.000	
	RAD	23.193.000	
	ALTRO	7.196.000	
ULSS 17	LAB	406.000	4.663.000
	FKT	723.000	
	RAD	3.427.000	
	ALTRO	107.000	
ULSS 18	LAB	379.000	5.414.000
	FKT	2.174.000	
	RAD	2.304.000	
	ALTRO	557.000	
ULSS 19	NON PRESENTI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI ESCLUSIVAMENTE AMBULATORIALI		
ULSS 20	LAB	3.361.000	13.486.000
	FKT	1.607.000	
	RAD	7.726.000	
	ALTRO	792.000	
ULSS 21	LAB	1.624.000	2.410.000
	FKT	765.000	
	RAD	-	
	ALTRO	21.000	
ULSS 22	LAB	408.000	1.858.000
	FKT	-	
	RAD	-	
	ALTRO	1.450.000	
TOTALE REGIONE		**140.448.000**	**140.448.000**

1.730 €

E' il riparto procapite (per il 2011) della spesa della Regione Veneto per ogni abitante della Ulss 19 di Adria. Si tratta, escluse le aziende sanitarie di montagna e quella veneziana (che paga i costi del centro storico), della quota più alta in tutta la regione, ben al di sopra della media di 1.586 euro tra tutte le Ulss. Ebbene, nel territorio della Ulss 19 di Adria non sono presenti strutture erogatrici private accreditate esclusivamente ambulatoriali: dove non c'è il privato, la sanità costa di più.

1.457 €

E' il riparto procapite (per il 2011) della spesa della Regione Veneto per ogni abitante della Ulss 15 Alta Padovana. Il territorio è ricco di strutture convenzionate, e il costo per la Regione è molto al di sotto della media. Si tratta della quota più bassa in tutto il Veneto: dov'è c'è il privato, la sanità costa meno.

Da oggi con Allianz la quotazione RC Auto è veloce come un sms.

Manda un sms al 393 800 3000
e scopri quanto puoi risparmiare con Allianz.

Invia un sms con targa e data di nascita dell'intestatario dell'auto (es: AB123CD gg.mm.aaaa) e scopri quanto puoi risparmiare. Ti basteranno pochi secondi per ricevere una quotazione a un prezzo tra i più competitivi sul mercato*, con tutta la qualità di Allianz. Vieni in agenzia per partecipare al concorso, puoi vincere un iPad 2 a settimana.

Puoi chiedere la tua quotazione anche su www.allianz.it

Il numero di cellulare sarà utilizzato da Allianz per un solo invio di sms relativo alla quotazione. Costo sms in base al proprio piano tariffario, senza spese aggiuntive. Il servizio è disponibile per autovetture ad uso privato. La quotazione comprende: RC Auto + Incendio, Furto e Assistenza.

*Fonte: Quattroruote – Libretto Rosso ed. novembre 2011

Powered by Fastquote

Allianz

La informiamo che i dati che ci fornirà (es. numero di targa, data di nascita, numero di telefono cellulare) verranno utilizzati esclusivamente per erogarle il servizio di quotazione veloce. La nostra risposta le verrà fornita allo stesso recapito e con lo stesso mezzo da lei utilizzato per inviarci la richiesta. Per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali può rivolgersi ad Allianz S.p.A., titolare del trattamento. Può consultare l'informativa privacy completa sul sito www.allianz.it. Durata del concorso: 28 febbraio - 28 ottobre 2012. Valore totale montepremi: 17.424 euro, IVA inclusa. Eventuale estrazione finale entro il 30 novembre 2012. Dettaglio premi e regolamento completo su www.allianz.it

Ti aspettiamo:

C&D Assicurazioni Srl, Via Polo Marco 3 - Padova (PD)
Tel 049 8804492 - Fax 049 8804714 - E-mail info@cdassicurazioni.it
Orario; Lun - Ven, 8.30 -17.30

Stralcio della delibera **2621 del 18.12.2012**

Ecco cosa dice il provvedimento della Regione Veneto

...Inoltre la DGR 2088/2011 prevede che, a partire dal 2013, le Aziende ULSS siano assegnatarie di un budget unico da utilizzare per le strutture private accreditate ambulatoriali, che deve essere approvato dalla Giunta Regionale secondo un percorso che prevede quanto segue:

- ogni Direttore Generale elabora una proposta motivata di programma di acquisizioni di prestazioni ambulatoriali dai soggetti privati accreditati;

- il Segretario regionale per la Sanità provvede alla verifica della coerenza - anche sotto il profilo economico - delle suddette proposte sia con la programmazione regionale, sia con i principi di valorizzazione della territorialità e della qualità, e a sentire le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del settore a livello regionale (AIOP, ANISAP, ARIS, Confindustria).

Si è evidenziato che, tenuto conto della necessità di contenimento della spesa, il budget regionale destinato agli erogatori privati dell'assistenza specialistica ambulatoriale sarà in diminuzione ed è prevista una riduzione del 10% del budget lordo programmato 2011, cioè del budget programmato 2011 comprendente il corrispondente ticket incassato.

Tali budget 2013 e 2014, considerati a livello aziendale, costituiscono la disponibilità massima assegnata, per ciascuna annualità, ai Direttori Generali per il pagamento degli erogatori privati accreditati, espressi al lordo del ticket. Essi, infatti, includono anche la quota di partecipazione alla spesa che costituisce un anticipo di pagamento.

Come previsto dalla DGR 2088/2011, i budget dei singoli erogatori saranno assegnati da ciascuna Azienda ULSS sulla base delle esigenze locali, tenendo conto anche della mobilità storica tra ULSS, secondo valutazione delle necessità, nel rispetto delle disposizioni della Giunta Regionale ed applicando quanto previsto dalla DGR 1765/2012 in tema di accordi contrattuali.

Tali accordi contrattuali devono prevedere, in applicazione dell'art. 1 dell'Allegato A alla citata DGR 1765 del 28 agosto 2012, una calendarizzazione delle prestazioni a budget articolata in dodicesimi nell'anno solare e, in applicazione dell'art. 2 del medesimo Allegato A, l'obbligo di gestire tutte le agende dell'erogatore unicamente attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'Azienda ULSS di riferimento mediante agende informatizzate e, in applicazione della DGR 863 del 21/6/2011 - che ha recepito il Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa - con una calendarizzazione distinta per classi di priorità dove sono previste prestazioni "traccianti", cioè soggette al monitoraggio regionale dei tempi d'attesa.

Tali singoli budget costituiranno il limite massimo invalicabile per ciascun erogatore anche nel caso sia contrattata una quota di abbattimento tariffario e dovranno essere assegnati entro il 28.2.2013.
Il programma di ogni singola ULSS con i sopracitati budget dei singoli erogatori, e complessivo regionale, come previsto dalla DGR 2088/2011, saranno sottoposti alla Quinta Commissione del Consiglio Regionale per l'acquisizione del relativo parere. Eventuali quote extra budget potranno essere autorizzate solamente con provvedimento della Giunta Regionale.

SUROS® Sapphire

HOLOGIC™
The Women's Health Company.

Il dispositivo Suros Sapphire® è la console innovativa per effettuare biopsie VABB. Si tratta di un sistema versatile all-in-one, utilizzabile sotto stereotassica, ecografica, imaging molecolare (PEM) e RM in cui è leader mondiale.

Veloce

Riduce al minimo il tempo totale della procedura, permettendo di focalizzarsi al massimo sulla paziente.

Sicuro

Sistema completamente "chiuso": non si ha esposizione ai fluidi biologici ed i frustoli vengono raccolti automaticamente senza dover essere maneggiati durante la procedura.

Semplice

Il sistema viene preparato in meno di un minuto, e gli aghi sono già completamente assemblati.

Manipoli

Il dispositivo Suros Sapphire® viene utilizzato in combinazione con due tipologie di manipoli: Eviva® e ATEC® .

Manipolo Eviva®

Questo manipolo è stato progettato da Hologic per lavorare sotto guida stereotassica, migliorandone la prestazione. Lo sparo è pneumatico. Il suo design permette di recuperare spazio in direzione della parete toracica. La guaina trasparente montata sull'ago facilita il perfetto posizionamento della clip.

Manipolo ATEC®

Questo manipolo lavora con tutte le tipologie di imaging. Si tratta di un dispositivo molto leggero e maneggevole, il più leggero nella sua categoria.

TECHNO LOGIC

Lungo Dora Voghera 34, 36/A - 10153 Torino - Tel: 011 6601159; Fax: 011 6600146
email: technologic@hologicitalia.com

Politica **miope**

Meno soldi alle strutture private convenzionate, meno salute al cittadino, meno introiti per la Regione Veneto

di Antonella **Prigioni**

Il termine ultimo è il 28 febbraio. Poi la delibera regionale 2621 diventa legge e i tagli alla sanità privata inderogabili. Una difesa legittima quella che sta facendo il comparto delle strutture private ambulatoriali che nel 2013 avrà complessivamente 60 milioni di euro in meno e che sollecita la Regione a rivedere il provvedimento. A inserire dei protocolli che rendano la decurtazione meno drastica.
"Siamo assolutamente consapevoli - spiega Lia Ravagnin, presidente di Anisap Veneto, Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige - del fatto che tutti, responsabilmente, debbano compartecipare ai sacrifici imposti dalla cosiddetta spending review. Ma questa partecipazione dovrebbe essere equa, proporzionata, ponderata. Le scelte compiute sono invece antieconomiche, controproducenti e a tutto svantaggio dei cittadini".
Su una spesa sanitaria regionale di poco più di 8 miliardi di euro l'anno, lo stanziamento per le prestazioni ambulatoriali (pari a poco meno di 190 milioni di euro nel 2011 e ridotto a 140 milioni per il 2013 e il 2014) pesa per circa l'1,5%, ma le prestazioni erogate sono il 20% del totale sul territorio regionale (16 milioni su 73 milioni l'anno).

A rimetterci potrebbe essere il cittadino, che non potendo più usufruire in convenzione del laboratorio o del poliambulatorio sotto casa per farsi una visita, un esame, una terapia, potrebbe trovarsi a peregrinare tra le strutture pubbliche dove c'è posto e dove effettuano la prestazione. Il sistema sanitario regionale veneto si sa è efficientissimo, ma la stessa Regione riconosce che le liste d'attesa sono troppo lunghe e non si tratta di ottimizzare il lavoro, evidentemente il sistema è insufficiente a soddisfare in tempi accettabili per la salute la domanda di un esame o di una visita.
"Nei centri aderenti ad Anisap, in Veneto, entrano ogni giorno circa 12mila persone - evidenzia Lia Ravagnin - possiamo dire che ogni cittadino veneto una volta nella vita si è rivolto alle nostre strutture. Evidentemente i pazienti hanno capito che siamo parte integrante del sistema sanitario regionale, che siamo servizio pubblico. Ma se i budget stabiliti per noi per il 2013 rimangono quelli elencati nella delibera 2621, saremmo costretti a ridurre le prestazioni in convenzione del 30 per cento. Si tratta di analisi del sangue, radiografie, ecografie, mammografie, risonanze magnetiche, esami tra i più comuni e diffusi. Al paziente non resta che aspettare o pagare di tasca propria.
E chi non ha i soldi e non può attendere? Gli verrebbe meno il diritto alla cura e alla salute sancito dalla Costituzione. E' vero che in qualche caso si esagera con le prescrizioni di esami, ma sono situazioni schizofreniche di medicina difensiva che non sono la norma. L'appropriatezza della diagnostica di laboratorio è una questione che andrebbe valutata a tutti i livelli anche negli ospedali. E poi non capisco la miopia di un'amministrazione che rinuncia ad avere prestazioni a tariffe al 10 per cento del valore, solo perché deve ridurre la spesa.
Nel 2011 abbiamo erogato un milione e mezzo di visite, terapie, esami, per un valore di più di 23 milioni di euro, al costo effettivo per Palazzo Balbi di 2

milioni e mezzo di euro. Non va dimenticato che alla spesa sanitaria il cittadino partecipa pagando il ticket, ovunque vada.
Per cui se pensano che per ridurre le liste d'attesa basta far lavorare gli ambulatori degli ospedali e delle Ulss di notte (in realtà dalle 20.00 alle 24.00) e spendere meno, credo non abbiano fatto bene i conti. Dovevano almeno prevedere un protocollo di esenzione per patologia, non applicare tagli indifferenziati. Il budget della fisioterapia è stato ridotto del 25 per cento, ma per i malati neurologici la riabilitazione ha una valenza terapeutica essenziale, oltre che scongiurare costi sociali enormi".
Le associazioni di categoria, comprendono la decurtazione dei budget , ma contestano modalità e ammontare. La delibera 2621 stabilisce delle nuove regole che fanno salire al 30 per cento effettivo il taglio del 10 per cento espresso a chiare lettere nel provvedimento. I budget per ciascuna azienda sanitaria sono fissi, ma sono distribuiti ad ogni singola struttura dal direttore generale che ne decide l'importo. La delibera inoltre cancella l'incremento finanziario delle tariffe che veniva riconosciuto come compenso per l'aumento dei costi di produzione e il budget assegnato a ciascun centro diventa il limite massimo invalicabile che può ricevere. Eventuali pacchetti di prestazioni extrabudget dovranno essere autorizzati da una delibera della Giunta regionale, mentre prima poteva decidere in autonomia il direttore generale, a seconda delle necessità.
"Se si sommano le perdite causate da tutte queste clausole, il taglio complessivo al budget della sanità privata ambulatoriale è del 30 per cento, non lineare per tutti però. Una politica di razionalizzazione che rischia di mettere in crisi le nostre imprese che saranno costrette a ridimensionare organico e consulenti. Imprese che si troveranno con investimenti avviati secondo un previsione di entrate che all'improvviso saranno ridotte senza nemmeno sapere in quale misura. Almeno avessero pianificato la delibera sei mesi fa, avremmo potuto correre ai ripari come imprenditori.
Saremmo costretti ad impugnare il provvedimento. Noi siamo disposti a collaborare con la Regione, potremmo essere un'opportunità soprattutto seguendo le direttive del nuovo Piano socio sanitario che vuole una sanità con pochi posti letto negli ospedali e molti servizi di assistenza delocalizzati. Noi siamo già nel territorio, possiamo offrire una sinergia a costi concorrenziali.
Ho calcolato inoltre - conclude la Ravagnin - che con il 30 per cento di prestazioni in meno nelle casse di Palazzo Balbi non entreranno 25 milioni di euro di ticket. A chi giovano questi tagli, allora?".

Tutti **insieme**

La mobilitazione delle associazioni delle strutture ambulatoriali specialistiche private convenzionate

Cinque milioni di prestazioni sanitarie non più disponibili in convenzione, due milioni di accessi negati ai cittadini, centinaia di addetti della sanità ambulatoriale privata a rischio occupazione. Anisap, Federlab, Ansoc, Confindustria Veneto comparto sanità e Cuspe insieme, hanno indetto una conferenza stampa, giovedì 31 gennaio 2013, presso la sede Anisap a Padova, per informare i cittadini delle dirette conseguenze dei tagli alla sanità previsti dalla Regione e invitare però, al tempo stesso, presidente del Veneto ed assessore regionale alla Sanità a rivedere la delibera 2621 , per rendere l'impatto meno pesante per la salute dei veneti. Propongono anche delle soluzioni per abbattere, insieme, i costi e mantenere il servizio nel rispetto del diritto alla cura.

"Saremo costretti a bloccare il libero accesso ai laboratori, rinunciare alla nostra peculiarità quella di essere sempre pronti a rispondere alle richieste dei nostri pazienti", sottolinea Donatella Pregel, presidente di Federlab Veneto, l'associazione che riunisce i laboratori di analisi. "Se per le altre specialità ambulatoriali ci sarà un allungamento della lista d'attesa, per noi è difficile contingentare chi viene a farsi un

esame del sangue, delle urine, un tampone. Io mi chiedo e chiedo agli estensori di questo atto, se hanno pensato ad esempio ad un paziente oncologico che si fa l'emocromo perché l'indomani ha la chemioterapia, come fai a dirgli che abbiamo raggiunto il limite massimo di prestazioni e che deve ripassare domani o addirittura la prossima settimana? Noi abbiamo sempre garantito la continuità assistenziale, non ce la sentiamo di rifiutarli, i nostri pazienti li conosciamo, non sono un numero, hanno un nome ed un cognome, conosciamo la loro storia clinica e personale, non possiamo dire loro di no. Dobbiamo per forza arrivare ad una modifica di questa delibera".

"Ci troviamo in un bivio, da un lato la richiesta di cure odontoiatriche in regime di emergenza aumenta, perché la popolazione è sempre più povera e può sempre meno pagarsi un libero professionista, dall'altro i fondi si riducono. Ma noi – evidenzia Walter Di Fulvio, presidente dell'Associazione Nazionale di Assistenza Odontoiatrica Convenzionata - siamo medici ed abbiamo l'obbligo di curare i pazienti che arrivano da noi con accesso diretto per emergenza, come previsto dai Lea, i Livelli essenziali di assistenza".

E questa volta il fronte del disaccordo verso i tagli è compatto, anche le strutture private convenzionate aderenti a Confindustria Comparto Sanità (solitamente in posizione filogovernativa) hanno sottoscritto l'invito a Luca Zaia a rivedere la spending review. "Troppi tagli,

in tempi brevi, che avranno un impatto immediato sui cittadini e sull'occupazione. Troppi tagli lineari ad un comparto capace in quanto a gestione più snella, di garantire un'ottimizzazione delle prestazioni. Non siamo contrari alle aperture di notte degli ospedali, anzi è una buona idea a cui va però affiancata una sinergia con noi. Non approviamo il fatto che non sia stata fatta una programmazione dei budget secondo dei criteri precisi di territorialità, servizi offerti, qualità dei servizi. Confindustria è favorevole ad una pianificazione territoriale dei contributi. La sforbiciata - conclude Marco Dal Brun, presidente di Confindustria Comparto Sanità Veneto - andava fatta ma non un giorno per un altro. In Veneto i cittadini hanno sempre avuto un'alta qualità delle prestazioni in convenzione, perché i tariffari sono i più remunerativi, ora come in altre Regioni rischiano di dover metter mano al portafoglio per avere garantito lo stesso trattamento e non sono abituati". Illustrate le proprie ragioni le associazioni di categoria hanno ufficializzato l'intenzione di impugnare la delibera al centro del contendere. "La impugniamo per motivi tecnici, abbiamo tempo fino al 28 febbraio, ma poi le delibere che si impugnano, se si trova un accordo si possono sempre ritirare", dichiara Lia Ravagnin, presidente Anisap Veneto, al termine dell'incontro con i giornalisti.

facebook

Appena conosciuto l'esito della conferenza stampa organizzata da Anisap, Federlab, Ansoc, Confindustria Veneto comparto sanità e Cuspe, il consigliere regionale ed ex assessore alla Sanità Sandro Sandri ha pubblicato questo suo commento sulla pagina Facebook di NES - Nordest Sanità.

"BASTA, BASTA, BASTA CON LA SANITA' FATTA COL PALLOTTOLIERE !!! BASTA FAR PAGARE AI PIU' DEBOLI GLI SPRECHI ED I DISSERVIZI !!! La delibera di cui si parla nell'articolo promette un ulteriore taglio, probabilmente del 30%, ai budget già scarni delle strutture private convenzionate per le prestazioni ambulatoriali. Tanto per intenderci, parliamo dei laboratori di analisi, situati di solito nei quartieri delle nostre città, dove in particolare gli anziani vanno ad effettuare analisi di laboratorio (sangue, urine, ecc.). A seguito di questa delibera, gli anziani ed i più deboli saranno costretti, se vogliono utilizzare le strutture esistenti, a pagarsi gli esami, oppure a recarsi presso gli ospedali, sovraccaricando di lavoro i reparti, creando file chilometriche, in alcune occasioni (come a Verona) con enormi difficoltà di parcheggio e di accesso alle strutture. Solo disagi, per risparmiare quattro denari, perchè alla fine si tratta di quattro denari. Non è questo il modo per gestire virtuosamente la sanità del Veneto, presidente Zaia, assessore Coletto! Perchè anche se sappiamo bene che il pubblico ha la possibilità materiale di eseguire tutti gli esami che in convenzione dà al privato, dall'altra parte andare ad uccidere una parte dell'economia veneta e centinaia di posti di lavoro, e creare enormi disagi agli utenti anziani ed ai più bisognosi di cure, rischia di creare addirittura un perverso effetto del quale forse non si è tenuto conto: non andranno più a farsi gli esami, con il risultato che aumenteranno successivamente i ricoveri. Con buona pace dei conti che si vogliono risanare. Presenterò al più presto un Ordine del Giorno in Consiglio Regionale che impegni la Giunta a ritirare questa scandalosa delibera e ad individuare altri mezzi di risparmio".

Inoltre Sandri ha presentato un ordine del giorno, che sarà discusso dopo le elezioni in Consiglio Regionale, per il ritiro della deilbera.

Zaia e Coletto: **troveremo una soluzione**

I tagli sono inevitabili, ricordano Presidente del Veneto ed Assessore alla Sanità

di Antonella **Prigioni**

Presidente, cosa risponde all'appello della sanità privata ambulatoriale accreditata?
Rispondo che il rapporto pubblico e privato è inevitabile nella nostra Regione, io credo che una buona sana competizione tra pubblico e privato ci voglia, fa bene anche a noi come pubblico. Detto questo, non trascureremo mai i privati, perché anche loro è giusto che abbiano risposte dall'amministrazione, troveremo una soluzione, in un momento che è però di difficoltà. Le leggi non le ho fatte io a livello nazionale, le ha fatte il Governo e se oggi governiamo con un bilancio che è un terzo di due - tre anni fa è colpa di qualcun altro, non nostra.

Assessore, cosa significa evitare il piano di rientro?
Questi sono tagli che si sono susseguiti di anno in anno. La spending review, la Regione Veneto la fa da dieci anni. Abbiamo avuto dei tagli orizzontali dal Governo centrale che non ha tenuto conto delle razionalizzazioni susseguite negli anni. Dobbiamo evitare, a tutti i costi, il disequilibrio di bilancio e che la Regione Veneto vada in piano di rientro. Siamo stati costretti a toccare tutti gli ambiti del bilancio della sanità. I servizi ad oggi non sono diminuiti e la nostra volontà è quella di non farli diminuire, la realtà dei fatti è che nei prossimi tre anni avremmo un miliardo di euro in meno. Questo significa rischiare il piano di rientro, che vorrebbe dire che, per legge nazionale, la Regione Veneto debba applicare l'Irpef al massimo. Un balzello che varrà circa quattrocento milioni di euro. In più ci sarà il taglio automatico degli extra lea che varranno altri 125 milioni di euro, per un totale di 525 milioni di euro, che cadranno in maniera indiscriminata su tutti i cittadini veneti. Dobbiamo evitare che ciò accada. Fatta questa premessa , la porta è sempre aperta, la soluzione la troviamo e con i privati e con i pubblici

Conviene aprire gli ospedali di notte e ridurre le prestazioni ai privati?
Coletto: E' una questione di ticket, ricordo che gli ha voluti applicare il governo centrale l'anno scorso. Abbiamo fatto ricorso alla Corte Costituzionale, purtroppo abbiamo perso, perché la materia legata alla tassazione è materia esclusiva dello Stato. E' il ticket che fa la differenza. Dovrebbe andare a rimpinguare quello che è il Fondo Sanitario Nazionale, ma non è stato così. Con il ticket ci sono state meno visite e si è incamerato meno danaro fresco, ciò significa che se continuiamo con la politica dei ticket c'è il pericolo concreto che la gente non si curi e questo non deve accadere. La Costituzione dice che la sanità italiana deve essere su base universalistica.
Zaia: lo chiederei ai veneti se vogliono i nostri ospedali aperti di notte o se vogliono che mandiamo tutti nelle strutture private. Plaudo al direttore generale dell'Ulss12, Giuseppe Dal Ben, che dal 3 febbraio ha aperto le radiologie di sera, il sabato pomeriggio e la domenica mattina. Un esempio che sarà seguito a breve da tutti gli altri direttori.

Inevitabili liste d'attesa più lunghe...
Coletto: Spesso quando uno deve farsi una visita specialistica, sceglie lo specialista, sa che è presso quell'ospedale e di conseguenza si allungano le liste d'attesa. Se si prenota al Cup provinciale si hanno risposte in tempi brevi. Di specialisti convenzionati sul territorio ce ne sono molti, capaci di dare risposte come gli altri

Cosi' non c'è più libertà di scelta del medico?
Coletto: La libertà di scelta, data dal governo pubblico della sanità, è quella di avere a disposizione uno specialista che segue una determinata patologia.

La svolta **del privato**

Padrin: "Il cambiamento è necessario ma deve essere condiviso"

di Ines **Brentan**

In Italia la sanità privata convenzionata può essere sostitutiva o addirittura concorrenziale a quella pubblica, in Veneto è un pezzo del pubblico». Leonardo Padrin, presidente della V Commissione regionale della sanità veneta, rimarca il ruolo determinante della sanità privata in convenzione ricordando che è "di fatto il partner di quella pubblica". Detto ciò, però, non tralascia di evidenziare che oggi si è giunti ad un punto di svolta anche nella sanità in convenzione. «C'è la necessità di un cambiamento – dice – quello che era stato convenzionato dieci anni fa, infatti, oggi è anacronistico».
Cambiamento sì, ma con dei tempi e modalità concordati. Cosa che non sarebbe avvenuta invece con la delibera 2621 che la giunta regionale ha licenziato in fretta e furia il 18 dicembre scorso. Se ne è accorto pure Padrin che successivamente ha chiesto alla Regione di rivedere le carte e valutare le possibili conseguenze e l'impatto territoriale della riduzione di budget imposto alle Ulss venete. «Sulla logica che ispira la delibera sono d'accordo – dichiara – il sistema deve cambiare e adeguarsi ai bisogni di oggi che sono in parte diversi da quelli di ieri. Ma è chiaro che un cambiamento di questo tipo non può avvenire di colpo, ma deve essere il risultato di un percorso condivi-

so da entrambe le parti (Regione Veneto e privati convenzionati)». L'oggetto del contendere, la delibera 2621, impone dei tagli importanti alle risorse messe a disposizione dalla Regione alle singole aziende sanitarie per l'acquisto di prestazioni in convenzione. Se dovesse diventare operativa, c'è il pericolo che le strutture private convenzionate non siano più in grado di fornire il servizio di prima, ovvero non ci sarebbero più prestazioni per tutti. «Stabilire un percorso – continua Padrin – ci dà tempo per spiegare il cambiamento ai cittadini (che fino a ieri erano stati indotti dalla stessa Regione a rivolgersi alle strutture in convenzione per alcune prestazioni) e, nel contempo, permette ai privati di riattualizzarsi dove sarà necessario». Del resto è lo stesso presidente della V Commissione della sanità a ricordare che le prestazioni erogate dal privato costano di meno del pubblico. Fatto comprensibile visto che il pubblico deve garantire tutto a tutti, mentre il privato può scegliere quello che vuole erogare. «Il privato è utile al pubblico – aggiunge – perché non utilizzarlo al meglio? Facciamogli fare quello di cui si ha bisogno». E per quanto riguarda la sanità veneta in generale, per Padrin siamo ormai giunti ad un punto di non ritorno. «Bisogna garantire i servizi con minori risorse», sottolinea. «A questo punto l'ancora di salvezza arriva, più che dal Piano sociosanitario, dalle schede ospedaliere che di fatto ridisegnano gli ospedali (numero di medici, reparti, per evitare i doppioni e l'inappropriatezza) – conclude Padrin – e poi la grande sfida sarà sul territorio, che va riorganizzato e potenziato. E' qui che dobbiamo puntare. Se infatti non diamo l'alternativa è ovvio che qualsiasi cittadino continuerà a rivolgersi all'unico posto che oggi dà garanzie, cioè l'ospedale».

Il provvedimento regionale **è spropositato**

E il Piano Socio Sanitario non viene applicato per incapacità e paura

di Claudio **Sinigaglia**,
Vicepresidente Quinta Commissione Sanità Regione Veneto

Il DGR 2621 del 18/12/2012 è un provvedimento che non convince. Produce l'ennesima confusione tra tagli e risparmi… leggiamone le premesse.

Gli ambiti operativi sui quali interviene la L. 135- spending review – riguardano: il personale del SSR, l'assistenza specialistica ambulatoriale ed ospedaliera acquistata da soggetti privati accreditati, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri, la Medicina Convenzionata e la spesa farmaceutica... appare utile fornire indicazioni operative, con l'obiettivo del perseguimento dell'equilibrio economico del sistema sanitario per il 2012 e seguenti.

Come bisognerebbe intervenire nei confronti dei soggetti privati accreditati ovvero dell'assistenza specialistica ambulatoriale?
Il comma 14 dell'articolo 15 del D-L 95/2012, convertito in legge 135/2012, dispone che:

"A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012… per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dello 1% nel 2013…".

Ed invece il DGR 2621 recita:

Si è evidenziato che, tenuto conto della necessità di contenimento della spesa, il budget regionale destinato agli erogatori privati dell'assistenza specialistica ambulatoriale sarà in diminuzione ed è prevista una riduzione del 10% del budget lordo programmato 2011, cioè del budget programmato 2011 comprendente il corrispondente ticket incassato.

Sicuramente l'intervento appare spropositato rispetto a quanto richiesto dalla L. 135 e produrrà danni all'erogazione del servizio specialistico e quindi alla cittadinanza che invece dell'assistenza convenzionata dovrà rivolgersi alla privata "pura" per trovare risposte soprattutto d'urgenza, ma pagandole profumatamente.

Altro intervento deliberato dalla 2621 riguarda le rette per le strutture residenziali per stati vegetativi, hospice, Alzheimer, psichiatria. Tutte in forte e significativa riduzione. Ma nulla si dice sugli standard! Come è possibile ridurre il costo senza intervenire sugli standard? Ed è proprio necessario intervenire sulle situazioni di estrema sofferenza come stati vegetativi ed hospice? L'idea di una sanità che invece di potenziare i servizi territoriali pensi solo alla cassa e produca solo tagli riducendo il diritto alla salute delle persone, c'è tutta!
Eppure chi governa la Regione ha uno strumento valido ed innovativo da applicare per risparmiare e mantenere intatta la qualità dei serizi: il nuovo piano socio sanitario! Ma all'orizzonte non si intravedono scelte né sugli ospedali né tantomeno sul territorio. Per incapacità, per paura delle scelte politiche, per la forte conflittualità tra Lega e Pdl. Irresponsabili!

Sindaci, l'allarme **è trasversale**

I pareri di Orsoni (Venezia), Gobbo (Treviso), Zanonato (Padova) e Gastaldon (Cadoneghe)

di Raffaele **Rosa**

Venezia e la sua specificità, anche nel sistema sanitario. In una città dove tutto è più difficile, soprattutto quando si parla di Laguna, i tagli annunciati dalla Regione Veneto alla sanità convenzionata, provocano delle ricadute che vanno a pesare sulla già oltremodo difficile sostenibilità del sistema pubblico. Lo pensa e lo sostiene anche il primo cittadino lagunare, il sindaco **Giorgio Orsoni** che conosce profondamente pregi e difetti non solo morfologici di Venezia ma anche dei suoi abitanti, oltre alla composizione dei residenti, per lo più anziani. Una città che, però, diventa un catino di accoglienza di milioni di persone da tutto il mondo e nella quale, dunque, in molti periodi dell'anno anche l'offerta non solo culturale deve andare oltre le quotidiane necessità. «L'insularità della Città Antica, l'incidenza di patologie specifiche di una popolazione anziana, ma soprattutto la domanda di servizi sanitari per gli oltre venti milioni di turisti che ogni anno arrivano in città e chiedono qualità ed efficienza portando con sé l'immagine del Veneto e del nostro Paese – dice il sindaco Orsoni - La programmazione sanitaria regionale deve riconoscere la specialità di Venezia, deve prendere atto che questa è una realtà nella quale sono presenti dinamiche che difficilmente

si generano in altre città, anche dimensionalmente più consistenti: è proprio in ragione di questa specialità che il Piano sanitario regionale e le schede di riferimento dovrebbero essere costruiti».
Per Orsoni sono stati compiuti dei passi avanti ma non bastano per considerare la situazione sotto controllo sotto ogni punto di vista.
«Un passo è stato fatto, ma gli annunciati tagli – dove Venezia è fra le più penalizzate - non consentiranno di dare le risposte adeguate alla cittadinanza e agli ospiti. Sono inoltre convinto che debba essere fortemente difesa la sanità convenzionata, che in queste ore vive un momento di profonda incertezza. Questi servizi, molto bene integrati con la sanità pubblica, sono una risorsa importante per il nostro territorio perché costituiscono un presidio fondamentale nell'ottica di una maggiore prossimità dei servizi e una più efficiente capillarità nel territorio». Il sindaco avvocato non fa nomi ma il riferimento alla difficile vicenda del Policlinico San Marco (solo per fare un esempio) è senza dubbio la punta dell'iceberg di una più complessa situazione che mette a rischio attualmente posti di lavoro (15) e ne costringerà altri (una

sessantina circa) a lavorare con contratti di solidarietà.
Giampaolo Gobbo sta con il privato. Lo sostiene e lo difende perché funziona e perché il Veneto ha dimostrato di saperlo usare. E per il sindaco di Treviso un eventuale taglio di 30 milioni di euro porterebbe un danno non solo al privato ma anche e soprattutto al servizio sanitario pubblico che, soprattutto per quanto riguarda l'osservatorio trevigiano, non può sostituirsi in alcune prestazioni e così facendo subirebbe unicamente un allungamento delle liste d'attesa. «E' indubbio che quando vengono effettuati dei tagli, come quelli consistenti che sono stati annunciati sul piano sanitario ci sono ripercussioni anche a livello lavorativo e occupazionale – è il commento del primo cittadino della Marca - io spero che si facciano le cose con coscienza. Bisogna essere seri e avere determinate convinzioni prima di incidere così pesantemente su questo settore. Il Veneto, del resto, è sempre stata una regione in ottima posizione per quanto riguarda l'offerta e la qualità del servizio sanitario sia pubblico che privato, così come a Treviso noto che il livello delle prestazioni offerte sia decisamente buono».
Servizio privato ambulatoriale, spesso molto di più di una alternativa per gli utenti trevigiani e veneti. «Io sono a favore del privato, anzi, penso che il pubblico in alcune occasioni dovrebbe prendere esempio per il buon funzionamento di alcune strutture. Certo, servirebbe un bilanciamento maggiore: il Veneto è una delle Regioni che ha meno convenzioni private, seconda solo alla Lombardia. Ritengo che il nodo della questione sia nel controllo di alcune strutture. Per quanto riguarda invece il problema dell'occupazione, certo, i tagli creerebbero dei problemi che non so quanto poi il pubblico sia in grado di assorbire. Manca forse una logica precisa di procedere in grado di evitare che si creino dei buchi occupazionali di cui, in questo momento storico, non abbiamo assolutamente bisogno».
«Un taglio così importante ai budget delle Ulss venete si fa solo come ultima ratio. Prima si deve tentare l'impossibile per trovare altre strade per risparmiare, soprattutto quando il campo d'intervento è quello sanitario. Meno soldi significa meno prestazioni e servizi di qualità e a pagare, lo sappiamo, saranno sempre i cittadini». Per il sindaco di Cadoneghe **Mirco Gastaldon** la Regione Veneto, che ha tagliato il budget alle Ulss per l'acquisto delle prestazioni specialistiche dai privati convenzionati, ha fatto una scelta inop-

portuna che poteva senza ombra di dubbio essere evitata se avesse optato per quella riforma complessiva della macchina burocratica, di cui si parla da tempo ma su cui non ci sono ancora certezze. Gastaldon si riferisce alle Ulss provinciali e alla centralizzazione dei servizi amministrativi. «Da tempo - spiega il primo cittadino - si dice che verranno ridimensionate le Ulss, che non significa che si debbano chiudere ospedali, ma solo ridurre il numero delle aziende sanitarie concentrando e uniformando il personale amministrativo, e da tempo si pensava anche ad un ridimensionamento del numero dei manager della sanità. Ma anche questa volta, anche se questa Giunta regionale si spacciava per una realtà politica diversa e innovativa, non ha messo sul tavolo carte nuove, ma ha solo rimescolato quelle di prima. A fine anno, infatti, il governatore Zaia non ci ha annunciato grandi cambiamenti: il numero delle Ulss è lo stesso e anche quello dei direttori. Se invece si fosse fatta una scelta coraggiosa, di grande rinnovamento e razionalizzazione, certamente non ci sarebbe stato bisogno di fare un taglio del 30% ai privati convenzionati». Gastaldon ricorda l'ultimo rapporto Censis, secondo il quale molti anziani - per problemi economici - hanno rinunciato a visite e prestazioni specialistiche non mutuabili.

Non mancano anche a Padova i problemi per i tagli sanitari. La città del Santo è uno dei centri veneti più attrezzati per quanto riguarda l'assistenza sanitaria sia pubblica che privata. Particolare, questo che non sfugge all'analisi del sindaco **Flavio Zanonato** preoccupato per i tagli annunciati dalla Regione.

«La situazione dei conti pubblici

italiani obbliga tutte le Istituzioni, sia a livello locale che a livello nazionale, ad una politica di austerità senza la quale rischieremmo di tornare nella situazione critica di appena un anno fa. Nello scegliere come e dove ridurre la spesa pubblica occorre però molta oculatezza per evitare di compromettere servizi fondamentali per i cittadini. La salute è un diritto irrinunciabile e le politiche di bilancio sia del Governo che delle Regioni non possono prescinderne. Si può, dunque, risparmiare con l'applicazione dei costi standard, ma non limitare la possibilità di prevenzione e di cura delle persone. Per queste ragioni mi preoccupano gli ulteriori tagli decisi dalla Regione Veneto che rischiano di allungare ulteriormente le liste di attesa, che già oggi rappresentano un problema che fatichiamo a risolvere». Le preoccupazioni del sindaco patavino, però, sono anche altre, e legate ad un progetto da tempo annunciato per far compiere un salto di qualità alla città del Santo. «Come sindaco di Padova desidero esprimere un'altra preoccupazione, che riguarda un tema più ampio: la realizzazione del nuovo Ospedale. Sono passati anni dal primo impegno assunto dall'allora presidente Galan e non si è ancora mosso nulla, se non da parte del Comune, che ha individuato l'area di Padova Ovest e approntato tutti gli strumenti urbanistici necessari. Abbiamo recentemente anche svolto un Consiglio comunale per lanciare un allarme: tra qualche anno l'attuale Ospedale, che già oggi presenta diverse difficoltà, non potrà più svolgere un servizio all'altezza dell'eccellenza che ha sempre caratterizzato la medicina padovana. Si tratta – conclude Zanonato - della più importante azienda cittadina, con migliaia di dipendenti qualificati. Dobbiamo convincere tutti insieme (Istituzioni, addetti ai lavori, semplici cittadini) la Regione ad attivarsi per far compiere ad una buona idea i primi decisivi passi in avanti, senza i quali la qualità della cura che l'Ospedale fornisce ai pazienti veneti e di tutto il Paese e il livello della ricerca medica portata avanti dalla nostra Università saranno gravemente compromessi».

La sfida per i nuovi **direttori generali**

Chiamati a fare quadrare i conti con decine di milioni di euro in meno

Sono freschi di nomina, un incarico reso ancora più complicato da direttive che impongono risparmio e qualità della cura. I nuovi direttori generali delle aziende sanitarie regionali, sono chiamati a fare quadrare i conti con decine di milioni di euro in meno, rispetto ai budget a disposizione dei loro predecessori.
Nelle Ulss venete, la razionalizzazione e l'ottimizzazione dei costi, sembrano avviate da anni, ma la decurtazione dei trasferimenti si fa sentire e impone programmazioni oculate e gestione delle risorse con umanità e management. Tagliare i costi ma anche le liste d'attesa, la sfida dei nuovi manager della sanità che non potranno più ricorrere all'acquisto indiscriminato di pacchetti di prestazioni presso privati, ma dovranno attenersi ai budget assegnati dalla giunta regionale.
A loro, il compito di suddividere l'ammontare tra le strutture secondo esigenze di tipologia di prestazione e territorialità.
Da Treviso è sbarcato a Padova, a coordinare l'Azienda Ospedaliera di Padova: un ritorno nella città del Santo per **Claudio Dario**, dieci anni fa è stato direttore sanitario.
Un'azienda complessa per cui riserva ai prossimi mesi le prime dichiarazioni sul programma di gestione, prima deve conoscere la macchina. E rimanda anche la sua analisi, comunque di necessaria compartecipazione, sul rapporto con i privati accreditati.
Nel segno della continuità, è impostato il mandato di **Giorgio Roberti** neo direttore generale dell'Azienda

Ulss 9 di Treviso, continuità con 20 milioni di euro in meno. Chiudere in pareggio il 2013 l'obiettivo che si è prefissato, ma in un'ottica che tiene conto delle richieste dei pazienti e della qualità delle prestazioni, riducendo le attese. "Un ambito su cui da subito cercheremo di raggiungere ulteriori progressi è quello delle radiologie, con l'acquisizione di nuove apparecchiature di ultima generazione. A breve sarà in funzione una nuova tac - annuncia Roberti - ed è già stata fatta richiesta di autorizzazione per l'acquisto di un'altra ad elevato livello di prestazioni. Migliorare le liste d'attesa significa aumentare l'efficacia del servizio, la nostra radiologia funziona tutti i giorni fino alle 21.00. Il ruolo che avrà il privato convenzionato dipende dall'analisi dei costi, per trovare un punto di equilibrio". E a Treviso, è prossima l'apertura dei cantieri per la Cittadella della Salute, un nuovo polo sanitario all'avanguardia, in project financing. Dialogo aperto agli erogatori privati anche all'Ulss 20 di Verona. "Abbiamo aperto dei tavoli di confronto al fine di integrarsi con la rete territoriale dei servizi in modo congruo, afferma il direttore generale, tra i riconfermati per un secondo mandato, **Maria Giuseppina Bonavina**. Per quel che riguarda l'apertura notturna degli ospedali per visite ed esami - aggiunge- la materia è complessa, vanno verificate l'appropriatezza e la fattibilità".

Antonella Prigioni

VIBRAZIONI
MECCANO-SONORE SELETTIVE

Vibra
A DIFFERENT VIBE

Neuro riabilitazione

Terapia del dolore

Sport

Post operatorio

Terza età

Medicina estetica

TERAPIA VIBRA

...RIDUCE I TEMPI
...MIGLIORA LA QUALITA'

a circle

www.terapia-vibra.it
www.a-circle.it

Fuori **orario**

Un'azienda sanitaria complessa: l'Ulss 12 è la prima ad avviare gli esami in orario serale

L'ironia della sorte ha voluto che il primo paziente a beneficiare di una radiografia dopo cena, all'ospedale dell'Angelo di Mestre, fosse proprio un carpentiere, che aveva lavorato nel cantiere per la costruzione del nosocomio dalla grande vela. L'annuncio dell'apertura degli ospedali in orario serale e festivo, per ridurre le liste d'attesa, non è stato una sparata della politica, tempo un mese dall'insediamento, i nuovi direttori generali delle aziende sanitarie venete hanno organizzato il servizio di esami diagnostici, al calar del sole. Prima della classe, l'Ulss 12 di Venezia e Mestre, guidata da Giuseppe Dal Ben.

"Ho semplicemente dato attuazione all'indirizzo indicato dal Presidente e dalla Giunta Regionale a inizio mandato. Siamo riusciti ad avviare gli esami di sera in tempi brevi, lavorando insieme ai professionisti e ai medici

della Diagnostica per immagini e delle Radiologie di Mestre e Venezia. L'apertura serale e festiva dei servizi sanitari è stata uno dei primi impegni che ho assunto con i cittadini dell'Ulss 12, per ridurre le liste d'attesa. E' un modo concreto per rispondere alle esigenze della comunità e per rispettare le indicazioni di priorità, sulle richieste di prestazioni avanzate dai medici di famiglia".

All'ospedale di Mestre, il nuovo orario serale per radiografie, risonanze magnetiche, tac, raggi ed indagini senologiche, è dalle 20 alle 23 dal lunedì al giovedì e il sabato pomeriggio. All'ospedale Civile di Venezia apertura extra anche la domenica mattina. Ogni sera vengono trattati dai 6 agli 8 pazienti, a cui si aggiunge la cinquantina seguita in orario diurno ed ordinario.

"I pazienti hanno accolto con molto entusiasmo l'iniziativa, abbiamo riempito parecchie serate con le prestazioni di classe b, quelle che vanno erogate dopo trenta giorni dalla richiesta del medico di base. Abbiamo riorganizzato i turni del personale utilizzando totalmente i normali strumenti contrattuali, che permettono flessibilità".

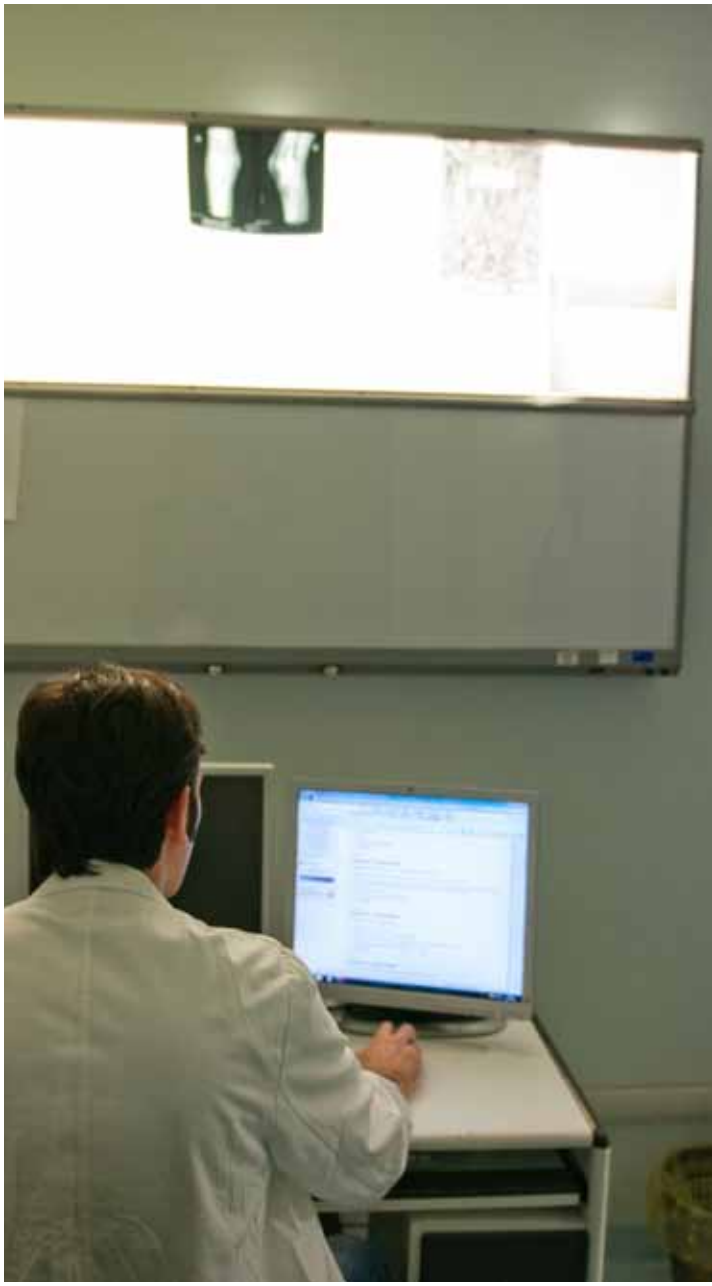
Il direttore generale dell'Ulss 12 non entra nel merito della pole-

tipolito MODERNA industria grafica

STAMPATI COMMERCIALI E PUBBLICITARI
CATALOGHI
DEPLIANTS
GIORNALI
RIVISTE
LIBRI
IL CENTRO DEI TUOI SERVIZI
STAMPA OFFSET E ROTOOFFSET - PROGETTAZIONE GRAFICA
CONFEZIONAMENTO - POSTALIZZAZIONE
LAVORAZIONE CONTO TERZI
Via Antonio De Curtis 12/A - 35020 Due Carrare (PD) (dietro Cineplex)
Tel. 049.9125947 - 9125959 - Fax 049.9126108
info@tipolitomoderna.com - www.tipolitomoderna.com

All'ospedale di Mestre, il nuovo orario serale per radiografie, risonanze magnetiche, tac, raggi ed indagini senologiche, è dalle 20 alle 23 dal lunedì al giovedì e il sabato pomeriggio. All'ospedale Civile di Venezia apertura extra anche la domenica mattina.

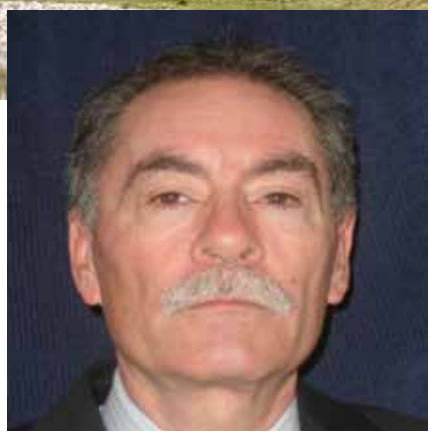
mica sollevata dagli erogatori privati delle prestazioni in convenzione, che sottolineano un costo maggiore per la gestione di esami fuori orario, rispetto a quello offerto da strutture private accreditate, ma evidenzia la necessità di una sinergica integrazione tra pubblico diretto e privato convenzionato, per offrire i migliori servizi sanitari alla comunità.
"Ci sono privati convenzionati sia sul fronte ospedaliero che ambulatoriale, lavoriamo insieme, cerchiamo di utilizzare al meglio le risorse totali che abbiamo a disposizione. Ci vuole armonizzazione e organizzazione tra i servizi, che vanno usati in modo appropriato quando servono, come servono, per il tempo che serve. Non ci sono tagli, lavoriamo insieme con le risorse che abbiamo".
Sul bilancio dell'Ulss 12 pesa la rata del project finincing sottoscritto per la costruzione dell'ospedale dell'Angelo: "Abbiamo un ospedale ottimo, funzionale, all'avanguardia per metodica, è stato realizzato grazie al project? Cercheremo tutte le opportunità offerte dal piano di finanziamento, ricontratterò qualche servizio per avere prestazioni più efficaci. L'ospedale civile di Venezia, ha una struttura chirurgica ottima, all'avanguardia per tecnologia e professionalità. Lì dobbiamo intervenire sulle strutture. Abbiamo fatto ripartire i lavori del Padiglione Iona per creare una sede adeguata all'area medica, di ostetricia e ginecologia. Mi preme, infine, sottolineare l'importanza del ruolo dei medici di medicina generale, la vera porta d'accesso al sistema sanitario per il cittadino. Senza condividere con loro i percorsi diagnostici e terapeutici di un paziente, non si va da nessuna parte".
Dal Ben approda all'Ulss 12 e mantiene la direzione dell'Ulss 14 di Chioggia. "È un incarico che mi dà molto entusiasmo, l'azienda sanitaria veneziana è molto importante e particolare. Chioggia deve restare separata da Venezia, insieme però devono rispondere al meglio alle richieste delle persone".



La sanità pubblica **non ce la fa da sola**

Ha bisogno del privato convenzionato

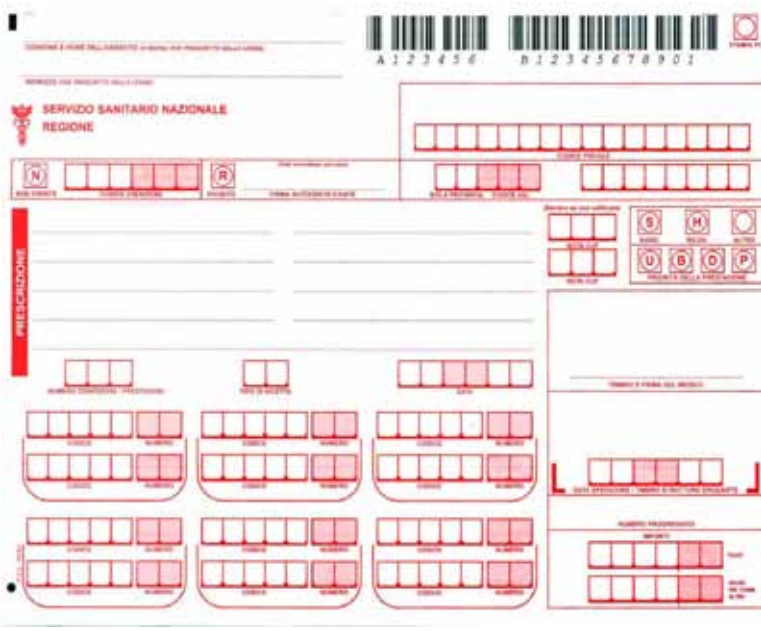
di Umberto **Iazzetta**



Ci voleva Monti a ricordare che il nostro sistema sanitario di questo passo non è più sostenibile. In Veneto se n'è discusso in più occasioni, ovvio, considerato l'aumento della domanda di prestazioni sanitarie dovuta principalmente all'invecchiamento demografico. Tutto sta a capire quali altri "tagli lineari" si vogliono applicare. Nonostante ciò, alcune Regioni virtuose sono riuscite a garantire una buona sanità e il pericolo, quello vero, è che la politica scelga sempre la strada più facile: mi rivolgo al privato, che mi finanzia, in questo modo la sanità resta pubblica, ed io ho risolto il problema. No, non si fa così. Prima si migliora l'efficienza del sistema: maggiore attenzione e dunque prevenzione alla salute delle persone anziane, si incentiva l'assistenza primaria (medici di base e servizi territoriali) e l'assistenza integrata, si fa uso crescente delle nuove tecnologie, si promuovono protocolli per ottimizzare le capacità professionali di medici, infermieri e operatori.
Si razionalizza la rete ospedaliera e relativi servizi, come affermato anche dal presidente della Regione Veneto Luca Zaia. Sapete cosa succede quando ci rivolgiamo al privato per finanziarci? E' molto semplice: il privato va in banca, chiede un finanziamento che paghiamo noi, ci aiuta a costruire un nuovo ospedale e si garantisce una remunerazione sul capitale investito; si chiama *project financing*.
Non finisce qui. Prende in gestione tutta una serie di servizi, per un certo numero di anni (fa

Non si può giocare a ribasso sulla pelle dei cittadini, quanto meno non al ribasso sulla qualità delle prestazioni erogate.

parte dell'accordo), per il nuovo ospedale di Mestre (Venezia) il direttore generale paga un canone annuo di 54 milioni di euro per 30 anni. Avete capito bene, trent'anni. E si paga anche l'aria che si respira. Il personale che vi lavora, per risparmiare sul parcheggio, approfitta del centro commerciale vicino, pare ovvio. Stessa cosa per Castelfranco e Montebelluna, canone annuo 44.557.040; e Santorso 30.472.733. Non sarebbe stato più semplice per l'ente pubblico finanziarsi direttamente dalla banca - senza intermediari - visto che comunque dobbiamo pagare noi? Troppo facile: non si sarebbe foraggiato più il privato, ma soltanto la banca. Certo se lo chiediamo a chi ha fatto queste scelte troverà tantissimi modi per spiegare che era la strada migliore. Anzi l'unica! Diverso è quando ci rivolgiamo alla sanità privata (quella convenzionata per intenderci), la sanità che spesso sopperisce alle lunghe liste di attesa di quella pubblica. Da un'indagine svolta anche in alcuni studi e laboratori di analisi mediche del Veneto non di rado, capita che la prestazione richiesta su ricetta rossa dal nostro medico curante, se pagata per intero (tanto per intenderci su ricetta bianca) risulta per l'assistito più conveniente del ticket che si pagherebbe in convenzione. A questo punto si taglino pure le convenzioni ai privati se si ritiene, però, siamo sicuri che in questo modo si otterrebbero risparmi? Se il privato fornisce alcune prestazioni a costi inferiori del pubblico, la cosa diventerebbe assai difficile.



Non si può giocare a ribasso sulla pelle dei cittadini, quanto meno non al ribasso sulla qualità delle prestazioni erogate. Non si gioca a ribasso neppure sui diritti sociali ed economici di impiegati e professionisti che dalla sanità privata traggono il loro sostegno economico. Se ci sono sprechi, se c'è cattiva organizzazione che generano inefficienza e in appropriatezza, si intervenga pure con decisione. Ho l'impressione che non c'è alcuna volontà di mantenere un sistema sanitario pubblico a cui si possano rivolgere tutti, ricchi e poveri e un sistema sanitario privato/convenzionato utile e ben integrato anche per far fronte a esigenze che nel pubblico possono risultare meno convenienti e meno immediate.

Continuando a ridurre trasferimenti alle Regioni si ottengono solo tagli lineari e i costi per sostenere i soggetti in condizione di fragilità ricadranno solo e soltanto sulle famiglie. In ogni caso ha ragione Cittadinanzattiva, sede nazionale, quando afferma che "la visione della sanità solo come costo porta a interpretarla come insostenibile". Penso valga lo stesso per questa classe politica: oramai i cittadini la vedono solo come costo. Dobbiamo incominciare a pensare ad una nuova forma di finanziamento anche per loro, magari rivolgendoci a privati.

La protesta dei **lavoratori**

Nasce il Comitato di Crisi della Sanità Veneta

di Raffaele **Rosa**

Un comitato nato in meno di 48 ore, per tutelare il diritto alla cura e i posti di lavoro. E' quello organizzato con il passaparola, facebook e twitter, dagli operatori delle strutture private sanitarie accreditate. Una risposta corale ai tagli ai budget, che metteranno seriamente a rischio centinaia di posti di lavoro. Detto fatto e l'8 febbraio il neonato Comitato di Crisi Regionale della Sanità Veneta, ha indetto a Padova la prima Assemblea Pubblica.

"Sono arrivate più di 700 persone da tutta la regione, abbiamo dovuto trasferirci in una sala più grande ed allestire persino uno spazio per chi è rimasto fuori e potesse comunque assistere al dibattito - commenta Letizia Ingrosso, vice presidente del Comitato - ci siamo guardati intorno e spontaneamente, abbiamo sentito l'esigenza di incontrarci per scambiare qualche opinione. Il nostro obiettivo è quello di mobilitare tutti gli stakeholder della sanità veneta in un'unica associazione di operatori sanitari, collaboratori, professionisti, fornitori con i loro familiari, utenti e cittadini al fine di contrastare questa deriva verso lo scadimento della sanità veneta".

"Difendiamo la nostra sanità" è lo slogan dell'associazione, che ha votato tre azioni di sensibilizzazione. Il Comitato ha intenzione di programmare una serie di incontri con i sindaci e la cittadinanza in ogni provincia del Veneto, ha rivolto un invito agli amministratori delle aziende del comparto per capire le reali conseguenze della riduzione dei fondi regionali, per la cura dei pazienti e l'occupazione.

Votata all'unanimità infine la proposta di una manifestazione di protesta a Palazzo Balbi, sede della Giunta regionale, che si è svolta venerdì 15 febbraio. Rumoroso, colorato, con addosso gli strumenti di lavoro oltre agli striscioni e agli slogan contro il taglio previsto dalla delibera del 18 dicembre. Così si è presentato a Venezia il 15 febbraio il piccolo esercito di circa 400 tra operatori e cittadini in rappresentanza del Comitato di Crisi Regionale della Sanità Veneta. Uno solo l'obiettivo: quello di lanciare il loro grido d'allarme direttamente a chi l'allarme l'ha provocato (la Regione) e con un obiettivo bene preciso: quello di dare voce a chi sta rischiando di vedere perso il posto di lavoro non perché la sua azienda non funziona oppure ha dei problemi finanziari ma per una scelta governativa.

Il Comitato di Crisi venerdì mattina è giunto a Venezia con i rappresentanti delle 150 strutture sanitarie convenzionate che contano 3.300 operatori per raggiungere la sede della Giunta regionale del Veneto e venire ricevuta dall'assessore alla sanità Luca Coletto. Un lungo ser-

pentone che dopo il raduno nel piazzale della stazione ferroviaria lagunare di Santa Lucia è proceduto verso il ponte della Costituzione e quindi si è diretto verso la sede regionale di San Tomà.
Alessandro Burlani, presidente del Comitato di Crisi è contento dell'esito della manifestazione. «Forse questo comitato avrebbe potuto nascere prima per tutelare tuti quei lavoratori che non hanno alcuna rappresentanza sindacale e che rischiano di restare senza lavoro e non avere alcun ammortizzatore sociale. Confidiamo in una revisione della delibera e soprattutto di un confronto».

I contatti

Per chi volesse aderire al Comitato di Crisi della Sanità Veneta sono a disposizione una pagina di facebook da cui scaricare i moduli di adesione
www.facebook.com/CdcComitatoDiCrisiSanitaVeneta
e una e-mail:
c.crisi.sanitaveneta@gmail.com ;
twitter:
#taglisaluteveneto

Sei tu il responsabile a livello legale della sicurezza del tuo ambulatorio!

Il proprietario o il direttore sanitario, è considerato a livello penale il responsabile della sicurezza sulle apparecchiature elettromedicali all'interno della sua struttura.

In tutta Europa è in vigore la Direttiva CEI EN 60601-1 con classificazione 62-5 terza edizione relativa alla sicurezza degli apparecchi elettromedicali posti all'interno di una struttura sanitaria.
Dal primo di ottobre 2010 è entrata in vigore la nuova norma CEI EN 62353 che va a sostituire la Guida tecnica CEI 62-122:2002-07 (Guida alle prove di accettazione ed alle verifiche periodiche di sicurezza e/o di prestazione dei dispositivi medici alimentati da una particolrare sorgente di alimenatzione).
Così come la Guida tecnica CEI 62-122:2002-07 prevedeva l'esecuzione delle misure delle correnti di dispersione con riferimento alla Norma CEI EN 60601-1, anche la presente norma prevede l'esecuzione delle misure delle correnti di dispersione con riferimento alla Norma CEI EN 60601-1.

Per gli apparecchi elettromedicali sono di primaria importanza, sia la sicurezza fondamentale, sia la precisione dei dati di ingresso e di uscita verso il paziente, poichè da questi dati dipendono decisioni legate alla salvaguardia della sua salute.

Europe Service sas., con sede a Padova, affiancata da Aziende affermate nel settore, ha sempre effettuato le certificazioni di sicurezza elettrica facendo in prima istanza un'analisi visiva del rischio dell'apparecchiatura elettromedicale (obbligatoria per la IEC 62353) e solo dopo avere consultato le istruzioni annesse all'apparecchiatura stessa (obbligatorie).
I valori di riferimento per le varie misure effettuate sull'elettromedicale sono stati da noi scelti in base alla CEI EN 62353.
Da un'attenta lettura dei nostri certificati, il cliente può constatare lo stato dell'apparecchiatura analizzata sia per quanto riguarda l'integrità dell'involucro, delle etichette, dei cavi di alimentazione e cavi paziente, nonchè la sicurezza elettrica dei dispositivi di protezione (fusibili, interruttori, ecc).

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, magneto terapia, onde corte, ipertermia, radar terapia, tecar terapia, ultrasuono terapia, misuratori automatici non invasivi della pressione, defibrillatori, ecc.

Europe Service sas persegue i seguenti obbiettivi:
> 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.
> Affidabilità e puntualità nei lavori.
> Riduzione dei tempi dei disservizi dovuti al "fermo macchina" per rottura o malfunzionamento degli apparecchi elettromedicali.

La nostra Società svolge i seguenti servizi:
> Manutenzione ordinaria di apparecchiature elettromedicali con contratti secondo normativa CEI EN 62353 e straordinaria per la semplice riparazione e certificazione anche di poche unità.
> Verifiche di Sicurezza elettrica **(Norma CEI EN 62353)**.
> 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 su quali apparecchiature siano 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, elettromediacali (fisioterapia, cardiologia, medicina del lavoro e dello sport).
> Certificazioni scaricabili on-line dal nostro sito.

europe service

EUROPE SERVICE s.a.s.
Via Garibaldi 7 - 35020 Ponte S. Nicolò (PD)
Tel. / Fax +39 049 8647133
e-mail: info@europeservice.info
www.europeservice.info

Troppe decisioni ingessate dalla latitanza della **politica**

Cgil, Cisl e Uil non nascondono la preoccupazione

di Raffaele **Rosa**

Assunta Motta, segretario regionale della Funziona Pubblica della Cgil, non nasconde la preoccupazione per quanto sta accadendo nel settore della sanità convenzionata e degli sviluppi poco edificanti a cui stanno portando i tagli della Regione.
Un'analisi, quella delle segretaria regionale della Fp Cgil che non si limita a due casi simbolo, quelli mestrini di Villa Salus e del Policlinico San Marco ma che analizza la situazione a più ampio raggio.
«Siamo molto preoccupati – spiega Motta - rispetto alla situazione del Policlinico San Marco e Villa Salus, soprattutto, non c'è certezza di continuità e quindi garanzia dei servizi. Abbiamo chiesto più volte incontri con la Segreteria regionale alla Sanità e con la Giunta regionale.
La situazione è nebulosa: si profilavano una settantina di esuberi al Policlinico San Marco, vorremmo tentare un contratto di solidarietà ma non pare possibile per tutti. Una quindicina resterebbero fuori. E questo per il sindacato non è concepibile e faremo di tutto per evitarlo.
Adesso vedremo cosa succede, noi abbiamo chiesto un incontro con Zaia che ha delegato l'assessore Coletto».

Conseguenze che si avranno a pioggia anche su tutto il territorio regionale. I tagli aprono un fronte che potrebbe creare un effetto domino sull'impiego degli ambulatori privati convenzionati.
«Il problema è complessivo: bisogna capire cosa succederà nella sanità pubblica con le schede ospedaliere. Tutto è ingessato dalla politica. Speriamo che dopo le elezioni si sblocchi qualcosa: in questo momento la politica promette ma noi aspettiamo di capire se le promesse possono concretizzarsi in fatti tangibili.
Per esempio prendiamo la mobilità a ttiva e passiva: è abbastanza alta quella del Veneto. Ma nel campo dell'assistenza privata ambulatoriale serve capire qual è l'effettiva esigenza: la medicina territoriale deve essere riorganizzata e ripartire con criteri diversi».

Sabrina Dorio, segretario regionale della Cisl del Veneto per il settore Welfare analizza il problema partendo dalla base. Cioè da quando sono iniziati a fiorire gli ambulatori che offrivano prestazioni convenzionate nel Veneto. Per Dorio, il problema tagli, incide e inciderà ma poteva essere risolto se alla base ci fossero state delle scelte diverse in partenza.
«In questi anni con tutto il beneficio occupazionale che c'è stato nessuno ha controllato di quante prestazioni e ambulatori c'era bisogno – spiega Dorio - Anche le tariffe delle prestazioni sono sfuggite ad un controllo rigoroso. Tutto questo sia nel pubblico che nel privato, non vorrei che ci fossero distinzioni di sorta. Tagliare 30 milioni di euro è sbagliato, crea un problema occupazionale e di liste d'attesa, su questo non ci piove e presto ce ne accorgeremo.

In Veneto non siamo così esosi come in altre regioni ma prima di alzare la scure e colpire bisogna capire cosa tagliare al privato che il pubblico mi può poi dare».
Secondo Sabrina Dorio quello che fino ad oggi non è stato affrontato è un «problema di riorganizzazione che non c'è mai stato. Oltre ad una carenza di programmazione che la Regione affronta di volta in volta in base alle emergenze e scontenta tutti e che porta ad un risultato: gli utenti hanno ricevono meno prestazioni e meno qualità. Il privato è complementare ma se alla base non si sa quante sono le prestazioni che servono il banco rischia, come sta facendo, di saltare».
Questione laboratori convenzionati. Un tasto dolente per Dorio. «La nascita di tanti nuovi laboratori convenzionati ha sicuramente aumentato l'offerta ma, come dicevo prima, senza un calcolo sulla reale necessità della prestazione che la Regione non ha controllato. Ecco così imbattersi in casi di centri che fatturano meno di quanto serve per sopravvivere e rischiano la chiusura».

«Non c'è nessuna proporzione tra quanto deciso dalla Regione e l'effettivo costo della sanità convenzionata».

E' il commento del segretario generale della Uil Veneto, **Gerardo Colamarco**.
«Il caso sollevato non è molto diverso da quello che accadendo, per esempio, a Villa Salus e al Policlinico San Marco: la Regione, che fa della Sanità un suo fiore all'occhiello, taglia poi in modo indiscriminato e ingiustificato le risorse. La giustificazione che tutto ciò sia dovuto alla spending review o a minori trasferimenti da parte dello Stato, non regge: ci sono infatti sacche di sprechi e di sperpero di denaro pubblico da colpire, prima di mettere a repentaglio sia il lavoro del personale che opera nelle strutture convenzionate, sia - soprattutto - i servizi ai cittadini».
Colamarco ribadisce la ricetta che la Uil Veneto propone da mesi. «Tutto deriva da un Piano Socio Sanitario salutato come rivoluzionario, ma che invece langue senza nessun effetto, a partire dalla razionalizzazione delle sedi.

Pur prevedendo che il bacino di utenza delle ULSS dovrà essere compreso tra i 200mile e i 300 mila abitanti, si rinvia nel tempo il taglio delle Ulss. Tutti ricordiamo che il presidente Zaia aveva auspicato una riduzione ad addirittura sette Ulss, una per provincia. Noi l'avevamo sfidato a realizzare questo obiettivo, "accontentandoci" di una riduzione a 10-12 Ulss. M
a di questa razionalizzazione non c'è traccia. Il nostro timore è che prevalgano alla fine interessi di campanile, mentre un semplice dimezzamento delle aziende sanitarie comporterebbe nell'immediato risparmi per alcuni milioni di euro (pari cioè al costo delle direzioni generali e degli staff).
Nel piano si rinvia inoltre la definizione delle nuove schede di programmazione ospedaliera e territoriale, quelle che dovranno indicare dettagliatamente, azienda per azienda, la dotazione dei servizi ospedalieri e territoriali. Si tratta di una grave lacuna, che rende poco o per nulla efficace il Piano. Ed è all'interno di questo piano che non si valorizza adeguatamente il lavoro delle strutture convenzionate: con il risultato che ci ritroviamo con un fiore all'occhiello pronto ad appassire».

3. Gli interventi di Artroprotesi e la Riabilitazione Post Protesica nel territorio padovano

Il terzo numero delle "Guide di Nes" è incentrato sugli interventi di Artroprotesi e sulla Riabilitazione Post Protesica del padovano. Per questo opuscolo ci siamo affidati ad alcuni dei migliori esperti ortopedici del territorio che hanno approfondito le varie tipologie di intervento di Artroprotesi (Anca, Ginocchio, Spalla e Caviglia) oltre a presentare le varie Unità Operative del padovano dove vengono effettuati oltre 3400 interventi di Artroprotesi all'anno su pazienti di ogni età.

Nel testo viene approfondita la tecnica mini-invasiva, conosciuta come "tissue sparing surgery", che ha contribuito alla diffusione e al perfezionamento della chirurgia protesica, oltre a ridurre i tempi di recupero per i pazienti.

La Guida si conclude poi con la presentazione di due strutture che svolgono la Riabilitazione Post-Protesica nel territorio padovano con l'illustrazione dei piani riabilitativi e dell'approccio medico.

La Chirurgia Protesica Articolare

a cura del dottor Sergio **Candiotto**,
Direttore UOC di Ortopedia e Traumatologia
Ospedale S. Antonio di Padova ULSS 16

Attualmente in Italia vengono applicate circa 170.000 protesi articolari e, fra queste, oltre 100.000 riguardano l'anca. Le patologie più frequentemente in grado di danneggiare in maniera grave l'articolazione e causare i noti disturbi, come il dolore, la zoppia e l'incapacità funzionale, sono rappresentate dall'artrosi, dalla necrosi ossea, dalla malattia reumatoide o dalle fratture articolari.
I grandi progressi delle biotecnologie, lo sviluppo delle ricerche di nuovi materiali in grado di offrire un'elevata biotollerabilità e una grande resistenza meccanica, i nuovi design protesici, l'introduzione delle ceramiche e la diffusione delle conoscenze in tema di chirurgia protesica hanno consentito di ottenere dispositivi protesici efficaci e affidabili, in grado di assolvere per un lungo periodo, stimato in tutto il mondo sui 13-15 anni, al compito di sostituire un'articolazione malata e renderla invece funzionante e senza dolore.
La più recente introduzione della tecnica mini-invasiva, la cosiddetta ***"tissue sparing surgery"***, ha ulteriormente contribuito alla diffusione e al perfezionamento della chirurgia protesica. La consapevolezza del minor tempo necessario per l'intervento chirurgico, il poter ridurre il danno chirurgico ai muscoli e ai tendini, la ridotta sofferenza per il paziente, le minori perdite ematiche, il minore bisogno di trasfusioni ematiche (oltre il 40% in meno), il poter operare pazienti pur con elevato rischio operatorio e la più rapida ripresa funzionale sono i fattori che maggiormente spiegano il grande vantaggio (anche in termini di economia sanitaria) della chirurgia mini-invasiva.
Nel nostro reparto attualmente oltre il 40% dei primi impianti protesici dell'anca viene effettuato con la tecnica chirurgica mini-invasiva ma è nostro convinto obbiettivo di arrivare, entro il prossimo triennio, al 90% di protesi d'anca applicate con questa particolarmente vantaggiosa tecnica.
La chirurgia protesica mini-invasiva può essere utilizzata, con sicuri vantaggi, anche per la sostituzione protesica del ginocchio e della spalla e tale indirizzo è da tempo perseguito nel nostro reparto.
Un'attenzione di rilievo è data inoltre all'importante capitolo della **chirurgia di revisione** delle protesi, procedura questa pesante per il paziente e sempre di particolare impegno chirurgico, da riservare ai casi, sempre più numerosi, di esaurimento funzionale della protesi per mobilizzazione, infezione o fratture.
Il **Reparto di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale S. Antonio di Padova (ULSS 16)** ha da tempo intrapreso e fortemente sviluppato un programma di chirurgia protesica, in particolare per l'anca, il ginocchio e la spalla. Contestualmente una forte spinta è stata riservata alla collaborazione con i fisiatri, i terapisti del dolore e i reumatologi, che sono le altre figure professionali che ci accompagnano nel trattamento delle patologie articolari.

A sinistra: Esempio di artroprotesi d'anca (applicata applicata con la tecnica mini-invasiva).
Le due figure in basso: Raffigurazione della piccola incisione cutanea utilizzata nella tecnica chirurgica mini-invasiva

Nel **corso del 2012** sono stati effettuati nel reparto ortopedico dell'ospedale S. Antonio di Padova **520** interventi di sostituzione protesica (malattie degenerative e infiammatorie). Le sedi maggiormente interessate sono state l'anca, il ginocchio, la spalla e il gomito. A queste vanno aggiunte quelle applicate per la frattura del collo femorale.
L'incremento nell'ultimo biennio, è stato di oltre il 30% rispetto ai dati del biennio precedente.
La consapevolezza di avere a disposizione un eccellente gruppo di anestesisti, un'efficiente unità di terapia intensiva post-operatoria e un reparto di riabilitazione di livello superiore, capace e sempre disponibile, ci aiuta nel progettare per il futuro prossimo un rafforzamento organizzativo che ci consenta di aumentare notevolmente il numero di interventi chirurgici di artroprotesi.
Dal punto di vista clinico noi chirurghi ortopedici del S. Antonio dobbiamo sempre garantire la qualità delle procedure operatorie, facendo valere sempre di più i grandi concetti di **"mini-invasività chirurgica"** e di **"forte controllo del dolore post-operatorio"**, aspetti questi che garantiscono la **"minor sofferenza per il paziente"**.
D'accordo con la Direzione Generale dell'ULSS 16, che è sempre stata di stimolo e apertura ai nostri progetti, stiamo elaborando dei piani di riorganizzazione del lavoro che ci permettano di **aumentare in maniera considerevole il numero di questi interventi** e di rispondere adeguatamente al **forte aumento delle richieste dei pazienti** affetti da gravi patologie articolari dell'anca, del ginocchio, della spalla e così via.
Entro il prossimo triennio, cosa possibile pur con le attuali contingenze politiche e economiche, potremmo effettivamente raddoppiare il numero di questi interventi. In tal modo potremmo rispondere quasi totalmente ai fabbisogni di chirurgia protesica della città di Padova e dell'hinterland cittadino, senza costringere i pazienti sofferenti di queste gravi patologie articolari a lunghe e dolorose attese o a rivolgersi ad altre strutture ospedaliere, pubbliche e private. Tale squilibrio, è bene ricordarlo, è anche alla base di un rilevante dispendio economico per la nostra ULSS, che potremmo almeno in larga parte correggere.
Il nostro scopo è di creare su basi solide e scientificamente emancipate un Centro di Alta Specializzazione di chirurgia protesica, fatto questo che molto bene si adatterebbe al prestigio e alle tradizioni di una città come Padova, che ha sempre avuto nel settore della medicina e chirurgia un ruolo di grande valore di risposta medica e di formazione professionale.

A sinistra: esempio di protesi completa di ginocchio.
A destra: esempio di protesi monocompartimentale di ginocchio

A sinistra: esempio di protesi di spalla

Unità Operativa di Chirurgia del Ginocchio Policlinico Abano Terme

a cura del dottor Roberto **Nardacchione** e del dottor Emanuele **Furlan**,
Unità Operativa di Chirugia del Ginocchio Policlinico Abano Terme

Le protesi articolari hanno rivoluzionato il trattamento di malattie assai invalidanti quali l'artrosi primaria e secondaria (a patologia reumatica, esiti traumatici, ecc) che sono causa di fenomeni distruttivi delle superfici cartilaginee articolari e che provocano dolore e limitazione funzionale, spesso gravemente invalidante. La protesi di ginocchio, nell'accezione attuale, è entrata nella pratica clinica circa trenta anni fa. Negli ultimi anni, le conoscenze acquisite sulla biomeccanica di tale articolazione e l'evoluzione tecnologica ha permesso lo sviluppo di modelli protesici che consentano di riprodurre al meglio la fisiologia articolare e strumenti chirurgici meno invasivi e più precisi. Protesizzare il ginocchio significa sostituire la superficie articolare logorata e causa di importante limitazione funzionale, mediante il posizionamento di componenti artificiali metalliche e di polietilene. I materiali utilizzati e i disegni protesici attualmente in uso consentono una lunga sopravvivenza del'impianto protesico nel tempo: il 90-95 % degli impianti funziona oltre 10-15 anni dall'impianto. Al termine della sopravvivenza di un impianto protesico, quando intervengono fenomeni di usura e di mobilizzazione dello stesso, si deve procedere alla cosiddetta revisione, ovvero alla sostituzione dello stesso. Scopi della protesi sono rimuovere il dolore, fornire un'articolazione una buona capacità di movimento e stabilità, correggere le deviazioni assiali. Dopo un intervento di protesizzazione del ginocchio va iniziata immediatamente la riabilitazione con concessione immediata del carico, al fine di diminuire al massimo il periodo dell'allettamento (uno, massimo due giorni) e di recuperare l'autonomia il più velocemente possibile. La precisa valutazione preoperatoria del paziente e delle sue condizioni generali, tecniche anestesiologiche moderne i la procedura chirurgica rigorosa, permettono di ridurre al minimo l'incidenza di complicanze perioperatorie e postoperatorie.

L'Unità Operativa di Chirurgia del Ginocchio del Policlinico di Abano, attiva dal gennaio 2008, è organizzata come reparto autonomo con 24 posti letto e si avvale di una équipe di medici specialisti dedicati al trattamento chirurgico delle patologie del ginocchio.

Il volume settimanale di lavoro in sala operatoria ammonta ad una ventina do interventi di chirurgia maggiore (o chirurgia protesica) e ad una trentina di chirurgia varia, soprattutto artroscopia.

Per garantire il miglior servizio al paziente, l'Unità operativa, fiore all'occhiello del Policlinico di Abano Terme, dispone di sale operatorie tecnologicamente molto avanzate sia per quanto riguarda l'attrezzatura chirurgica sia per quel che concerne l'approccio anestesiologico. Per il trattamento chirurgico della patologia artrosica ed artritica ci si avvale di metodiche innovative utilizzando artroprotesi di moderna concezione applicate servendosi, quando possibile, di un approccio chirurgico mininvasivo e, in alcuni selezionati casi della cosiddetta tecnica PSI (patient specific instrument). Particolare cura viene posta agli interventi di revisione protesica che implicano l'utilizzo di impianti complessi, appositamente costruiti.

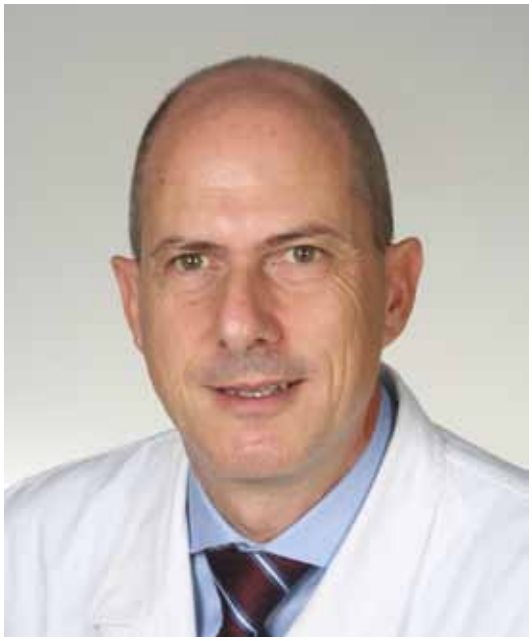
Dopo la seduta di sala operatoria, il paziente viene seguito in reparto con una precoce riabilitazione e, alla dimissione, indirizzato a un idoneo centro rieducativo per il prosieguo del trattamento. Nell'ultimo anno abbiamo protesizzato circa 1000 ginocchia, di cui un 20% erano monocompartimentali ed un 10% erano interventi di riprotesizzazione (revisione protesica).

Il personale medico dell'Unità Operativa del GInocchio.

Quando è necessaria una protesi dell'anca

a cura del dottor Alvise **Marton**,
specialista in Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Protesica dell'Anca.
Responsabile U.O. di Ortopedia e Traumatologia Policlinico Abano Terme

La protesizzazione totale dell'anca è divenuta il trattamento più efficace nelle patologie degenerative per la risoluzione del dolore e delle limitazioni funzionali. Indicata quando risultano inefficaci i trattamenti conservativi come i farmaci, la terapia fisica o riabilitativa o quando la funzione articolare risulta gravemente compromessa da non soddisfare le necessità del paziente. Il dolore cronico all'articolazione dell'anca può risultare invalidante per persone di ogni età, rendendo difficile e doloroso lo svolgimento di normali atti quotidiani come indossare le calze, allacciare le scarpe, alzarsi da una sedia e camminare anche solo per brevi tragitti.
La principale causa di dolore cronico è rappresentata dal deterioramento della cartilagine, la cui funzione è quella di rendere scorrevoli le superfici articolari. La causa più frequente di deterioramento della cartilagine è rappresentata dall'artrosi; altre cause sono le artriti; la necrosi asettica della testa femorale; postumi di fratture; la displasia congenita dell'anca.
Una protesi d'anca è un'articolazione artificiale realizzata in lega metallica (generalmente di titanio) accoppiata con materiali plastici o ceramiche, che sostituisce l'anca ammalata, eliminando la fonte del dolore in modo efficace e permanente. Il punto cruciale di una protesi d'anca è l'accoppiamento articolare che rappresenta il vero cuore dell'impianto e ne determina la durata. La mobilizzazione asettica causata dai detriti liberati nell'articolazione dall'usura delle componenti è attualmente la complicanza più frequente che determina lo scollamento dell'impianto e la necessità di revisione. Le protesi di ultima generazione, rendono disponibili accoppiamenti articolari con materiali che offrono un'alta resistenza all'usura e grande stabilità articolare. Con le componenti in ceramica è possibile ridurre ulteriormente l'usura e la liberazione di particelle, questo è tanto importante quanto più giovane ed attivo è il paziente. Ogni accoppiamento articolare presenta comunque dei lati negativi che non sono ancora risolti, in particolare per gli accoppiamenti ceramica su ceramica la fragilità intrinseca del materiale espone al pericolo di rotture con necessità di revisione dell'impianto. La moderna chirurgia dell'anca con una tecnica mini invasiva che rispetta i tessuti muscolari minimizzando il sacrificio osseo oltre a ridurre in maniera importante la cicatrice chirurgica, offre ulteriori notevoli vantaggi come diminuzione del dolore post-operatorio; minor perdita di sangue; riduzione significativa del rischio di lussazione; precoce ripresa delle attività quotidiane; ridotta degenza ospedaliera; riabilitazione in tempi brevi. Al policlinico di Abano Terme la particolare attenzione rivolta a questo tipo di chirurgia, grazie ad un sistema organizzativo al cui centro viene posta la soddisfazione del paziente, sono stati raggiunti importanti obiettivi come la minimizzazione delle complicanze, il controllo del dolore postoperatorio, il rapido ripristino dell'autonomia motoria. Attualmente vengono eseguiti circa 350 interventi di protesi d'anca, normalmente il paziente effettua in regime di Day Hospital tutti gli esami necessari e un pre deposito di sangue per un'eventuale autotrasfusione. Dopo l'intervento, la degenza media presso il reparto è di 4 giorni. Il paziente viene in seguito trasferito al reparto di rieducazione funzionale ove e si dà inizio a una terapia rieducativa personalizzata che può continuare a domicilio.



Il dottor Alvise Marton

Unità Operativa Complessa di Ortopedia e di Traumatologia dell'ospedale di Cittadella – Ulss 15 Alta Padovana

a cura del dottor Giovanni Francesco **Grano**,
direttore dell'Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale di Cittadella e membro delle Società Scientifiche SIOT, SIA, SICSeG.

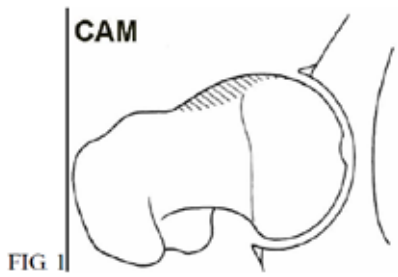
L'Unità Operativa Complessa di Ortopedia e di Traumatologia dell'Ospedale di Cittadella, afferente all'Ulss 15 Alta Padovana, è un Centro Regionale Veneto specializzato per la prevenzione, diagnosi e cura dell'artrosi deformante dell'anca. Il centro, che dirigo dal marzo 2010, dotato di 39 posti letto e di un equipe di nove medici, si pone l'obiettivo di prevenire e trattare l'artrosi che è una malattia degenerativa, cronica e progressiva dell'articolazione dell'anca. L'articolazione dell'anca deve il suo buon funzionamento alla perfetta congruenza tra la testa del femore e l'acetabolo.
Può succedere che questa congruenza venga alterata e la conseguente alterazione del delicato equilibrio di forze che agiscono sull'articolazione determina l'insorgenza del processo artrosico.
L'artrosi dell'anca può essere "primitiva" o "secondaria".
La forma "primitiva" è sostanzialmente dovuta ad alterazioni genetiche che determinano delle mutazioni a carico delle fibre collagene della cartilagine.
Le forme "secondarie" possono essere la conseguenza di:

1. ALTERAZIONI DELLO SVILUPPO:
- displasia congenita dell'anca
- malattia di Legg-Calvè-Perthes
- epifisiolisi acuta e cronica
- Fai: impingement femoro acetabolare.

2. PATOLOGIE DESTRUENTI
- necrosi asettica della testa del femore
- artrite settica
- malattie autoiimunitarie : artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico, psoriasi, spondilite anchilosante,

3. TRAUMI:
- Fratture dell'acetabolo
- Fratture e lussazioni del femore prossimale.

In particolare il Fai è una nuova entità anatomopatologica che può interessare il collo del femore (Cam) e/o il versante acetabolare (Pincer).
Il "Cam" è una protuberanza ossea che si forma al passaggio tra la testa ed il collo femorale. E' più frequente nel sesso maschile nella fascia di età compresa tra i 25 ed i 35 anni.(fig.1)
Il "Pincer",invece, è dovuto ad un'eccessiva copertura da parte dell'acetabolo e si manifesta maggiormente nel sesso femminile tra i 30 ed i 35 anni.(fig.2)
Nei 2/3 dei casi l'impingement femoro-acetabolare si presenta in forma mista,cioè, sono presenti sia il Cam che il Pincer.
Ci sono degli studi che dimostrano come la pratica di alcune attività sportive (basket, golf, calcio, arti marziali e hockey su ghiaccio) nell'età adolescenziale espone il paziente al rischio di formazione del Cam.

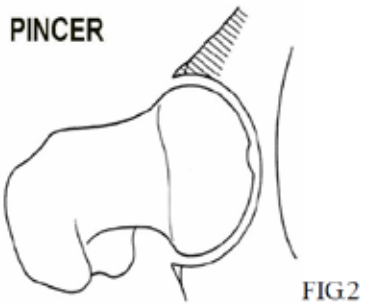


"Cam" protuberanza ossea che si forma al passaggio tra la testa e il collo femorale

La nostra attività è mirata ad attuare una "prevenzione primaria" selezionando lo sportivo, in quanto non tutti gli sportivi sono adatti a tutti gli sport.
Tale prevenzione va attuata attraverso uno screening della popolazione giovanile che pratica sport.

In presenza di condizioni anatomiche particolari andrebbero rivalutate,
per esempio, alcune metodiche di allenamento.
Un corretto esame clinico supportato da una radiografia e da una RMN con mezzo di contrasto dell'anca, ci permettono di fare diagnosi di Impingement femoro-acetabolare.
La "prevenzione secondaria", invece, diventa necessaria quando la patologia si presenta in fase conclamata.
La nuova frontiera è rappresentata dall'artroscopia dell'anca. Si tratta di una metodica poco invasiva che permette di trattare sia le alterazioni anatomiche come il "Cam" e/o il "Pincer" ma anche le lesioni del cercine acetabolare e gli eventuali danni cartilaginei.

Quando, purtroppo, ci troviamo di fronte ad un quadro di artrosi avanzata dell'anca con conseguente limitazione funzionale, l'intervento di elezione è la protesi d'anca
Esistono vari tipi di protesi, che si distinguono per il disegno e le caratteristiche biomeccaniche, che devono essere adottate a seconda del paziente.
L'avvento di nuove tecnologie nella produzione dei materiali, la particolare lavorazione delle superfici protesiche,che hanno migliorato l'osteointegrazione, il miglioramento dei disegni protesici e l'affinamento della tecnica chirurgica hanno contribuito a migliorare l'affidabilità dell'impianto protesico.
Da qualche anno si è affermata la filosofia della "Tissue Sparing Surgery".
Ispirandosi a tale filosofia il compito dell'ortopedico è quello di eseguire l'intervento di protesi d'anca risparmiando il più possibile le strutture anatomiche e le relative funzioni.
Il rispetto di tessuti quali la cute, i muscoli, il sangue e l'osso non solo favoriscono un decorso post-operatorio meno doloroso ed un più rapido recupero funzionale ma garantiscono un'eventuale revisione chirurgica meno impegnativa.
Oltre ad interventi di protesi dell'anca, nell'unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Cittadella vengono eseguiti interventi di chirurgia protesica della spalla, del ginocchio, e della caviglia.
Nell'ultimo anno abbiamo realizzato 370 interventi di protesi all'anca, 40 reimpianti di anca, 120 protesi di ginocchio, 25 protesi di spalla, 3 protesi di caviglia.



"Pincer" è dovuto ad un'eccessiva copertura da parte dell'acetabolo e si manifesta maggiormente nel sesso femminile

L'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'ospedale di Camposampiero - Ulss 15 Alta Padovana

a cura del dottor Gian Ernesto **Vendemiati**,
direttore dell'Unità Operativa di Ortopedia Traumatologia dell'ospedale di Camposampiero

L'Unità Operativa di Ortopedia Traumatologia del P.O. di Camposampiero ULSS 15 Alta Padovana è attiva dall'anno 1970 ed è da me diretta dal 2000. L'impegno di tutto il personale è teso ad offrire un trattamento chirurgico delle patologie ortopediche e traumatiche il più possibile qualificato ed aggiornato per soddisfare le necessità della popolazione nel rispetto dei diritti del paziente. La mia équipe è formata da otto medici, dr. Bongiorno, dr Brunettin, dr Facchinelli, dr Fiume, drssa Lazzarini, drssa Paredes, dr Riva, dr Volghi, in grado di affrontare la traumatologia di base e con indirizzi specifici nell'ambito della ortopedia specialistica: chirurgia protesica, dell'arto superiore-spalla, gomito, mano, dell'arto inferiore e della chirurgia della colonna, con tecnica micro chirurgica per il trattamento della patologia discale lombare e delle instabilità vertebrali lombari. L'attività prevede il trattamento anche dei traumi complessi quali fracassi diafisari, fratture esposte, fratture di bacino, avvalendosi, ove ve ne fosse bisogno, della consulenza di specialisti qualificati. Nell'ambito delle lesioni da sport utilizziamo anche tecniche artroscopiche nella chirurgia del ginocchio e della spalla, nella instabilità della spalla e nelle lesioni della cuffia dei rotatori. Nell'ambito delle patologie articolari un ruolo preminente è rivestito dalla chirurgia protesica. Per chirurgia protesica, come è noto, si intende la sostituzione di una articolazione danneggiata con un'articolazione artificiale. Tale intervento, alla prova degli anni e dei risultati, é un intervento di elevata efficacia che migliora in maniera significativa la qualità della vita, con risoluzione dei sintomi e ripristina la funzione articolare, la mobilità e l'indipendenza. Le articolazioni che beneficiano di questo intervento sono soprattutto le articolazioni sottoposte a carico: anca e ginocchio in particolare, ma un certo spazio si può individuare per la spalla, raramente il gomito e le dita delle mani. Nel mio Centro si eseguono, per anno, circa 180 protesi totali di anca (includendo anche i casi di frattura), 70 protesi totali di ginocchio, 80 protesi monocompartimentali di ginocchio. Nel ginocchio, infatti, è possibile in casi di artrosi limitata ad una sola porzione della articolazione, conservare la porzione sana e sostituire solo la parte danneggiata.

Per quanto concerne le protesi di anca si utilizzano da alcuni anni, ove possibile, tecniche mini invasive, sia come accesso chirurgico e risparmio del tessuto muscolare, sia nel risparmio del tessuto osseo. L'utilizzo di modelli protesici in Titanio, l'accoppiamento ceramica-ceramica di grande diametro permette al paziente di ritornare ad avere una funzione articolare pressoché normale con la possibilità di tornare ad una vita attiva anche sotto il profilo di attività sportiva (beninteso "cum grano salis"). In genere il recupero postoperatorio è rapido: si inizia il carico e la deambulazione con stampelle già in seconda-terza giornata postoperatoria e il paziente viene dimesso dopo circa sette-dieci giorni in grado di affrontare le scale per poter reinserirsi nella propria vita quotidiana. Questo tipo di intervento ha ottimi risultati tanto che molti pazienti, ai controlli successivi, si chiamano pentiti di non aver eseguito l'intervento più precocemente. É però importante ribadire che la scelta dell'intervento é strettamente personale e che noi "non operiamo una radiografia", quindi ciò che conta sono le condizioni e la convinzione del paziente per la buona riuscita dell'intervento.

Foto di alcuni medici di Ortopedia di Camposampiero. Seduti: Bongiorno, Vendemiati. In piedi da sinistra: Facchinelli, Lazzarini ,Volghi,Fiume.

L'Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova

a cura del dottor Antonio **Olmeda**,
direttore U.O.C. Ortopedia e Traumatologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova

L'Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova nasce all'inizio degli anni '80 e da 2005 è diretta dal dottor Antonio Olmeda. Le degenze del reparto contano su 35 letti, compresa una stanza per bambini sotto i 12 anni. L'Unità dispone ogni settimana di 13 sedute operatorie (9 presso la Piastra operatoria dell'Ortopedia, 3 presso il Centro multidisciplinare di Day Surgery, 1 o 2 presso la Piastra della Chirurgia pediatrica). Nel 2012 abbiamo trattato 1545 pazienti, ed eseguito 1405 interventi chirurgici (928 ad Ortopedia, 274 al Day Surgery, 203 al reparto di Chirurgia Pediatrica). Fra questi gli interventi di protesi sono stati circa 150 eseguiti per la maggior parte su pazienti ad alto rischio. I medici del nostro reparto hanno una media di 900 prestazioni ambulatoriali al mese. La nostra Unità Operativa oltre alla comune traumatologia del bacino di utenza padovano, costituisce un punto di riferimento per tutto il Veneto. Confluiscono nella nostra struttura le malattie ossee e le malformazioni dell'infanzia, i tumori ossei e delle parti molli degli arti, i traumatizzati che richiedano competenze polispecialistiche al massimo livello. Fra le varie tipologie d'intervento che eseguiamo, oltre le attività come la fissazione interna delle fratture e la protesizzazione dei vari distretti, spicca la correzione delle deformità infantili e la ricostruzione di parti anatomiche che siano state demolite a seguito di tumori o traumi. Ormai scomparsi la poliomielite e il rachitismo, ci troviamo ora di fronte alla correzione di deformità derivanti da malattie genetiche, di displasie evolutive a origine ignota, di difetti ossei o deviazioni di varia natura. Esistono poi le manifestazioni osteoarticolari di tutte le malattie infiammatorie e metaboliche dell'infanzia. Durante l'età giovanile, le sostituzione protesica è una soluzione praticabile solo nei tumori o in altri casi eccezionali. Qualsiasi impianto ha infatti una sua usura e dopo un certo numero di anni entra in crisi il rapporto fra il materiale impiantato e l'osso, per cui la protesi si comporta come un corpo estraneo, viene circondata da una membrana reattiva e si mobilizza. Gli interventi correttivi, sempre molto precisi e delicati, devono quindi sfruttare il potenziale di crescita dell'osso, in modo che questo venga indirizzato a correggere esso stesso le proprie deformità. Negli adulti le perdite di sostanza possono essere sostituite con protesi da grandi resezioni, innesti da cadavere, oppure una combinazione di entrambe le tecniche. L'innesto massivo da cadavere risulta in alcune sedi insostituibile, allo scopo di consentire la reinserzione di tendini e gruppi muscolari che non potrebbero attecchire sul metallo della protesi. Gli innesti massivi vengono prelevati e conservati a bassa temperatura dalla Banca dell'Osso di Treviso e vengono forniti anche su misura per qualche situazione particolare. Si riesce in questo modo a fare sostituzioni sub-totali di tibia e totali di femore, con buona funzionalità dell'arto interessato. Interventi di tale portata richiedono l'apporto di numerose altre competenze, sia nella fase diagnostica, che in quella più propriamente chirurgica. È importante soprattutto la collaborazione con una chirurgia plastica di alto livello, perché nessuno di questi interventi sostitutivi potrebbe funzionare senza la copertura con lembi vascolarizzati, muscolari o cutanei. In futuro, si potrà forse arrivare alla ricostruzione di segmenti ossei in laboratorio, a partire dalle cellule del paziente.

Il dottor Antonio Olmeda

L'Unità Operativa Complessa di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale di Este - Ulss 17 di Este

a cura del dottor Giovanni **Padovani**,
Responsabile UOC di Ortopedia e Traumatologia
Ospedale di Este

La stragrande maggioranza delle attività di Ortopedia dell'Azienda ULSS 17 riguarda la traumatologia (curare le fratture) e la chirurgia programmabile finalizzata a restituire all'individuo la propria autonomia e capacità motoria. In questo contesto, la chirurgia protesica rappresenta una parte importante dell'attività dell'UO di Ortopedia e Traumatologia dell'Ulss 17: vengono eseguite circa 350 protesi d'anca, 150 di ginocchio e 40 di spalla all'anno. Chirurgia protesica dell'anca: l'intervento consiste nell'asportazione della testa femorale danneggiata e nell'inserimento di uno stelo in titanio nel femore a cui si associa una testa in ceramica e si procede quindi al rivestimento dell'acetabolo (la coppa che accoglie la testa femorale) con una protesi in titanio rivestita anch'essa in ceramica o polietilene a seconda dell'età e delle esigenze funzionali del paziente. In genere 2 giorni dopo l'intervento è consentita la stazione eretta e successivamente la deambulazione con carico progressivo. Eseguiamo inoltre interventi di riprotesizzazione per la sostituzione di vecchie protesi. L'intervento è più complesso e possono essere necessari innesti ossei che vengono in genere presi dalla banca dell'osso.

La chirurgia protesica di ginocchio spazia da impianti protesici monocompartimentali per le artrosi localizzate dove si voglia preservare la parti sane del ginocchio (come legamenti e superfici articolari integre) ad impianti totali dove viene sostituita tutta la componente articolare tibiale e femorale. Presso la nostra UO tutta la chirurgia protesica di ginocchio è computer assisitita con navigatore che permette al chirurgo di eseguire tagli sempre più precisi e con maggior risparmio d'osso. La sostituzione protesica di spalla può essere a risparmio d'osso (cosidetta "di rivestimento") o anatomica quando le condizioni locali non permettano il rivestimento dell'omero prossimale. Sono candidati i pazienti più giovani con integrità della cuffia dei rotatori. Qualora non ci sia adeguata funzione tendinea, di solito nei pazienti con più di 70 anni, si ricorre ad una particolare protesi che sfrutta la forza del muscolo deltoide che si chiama protesi inversa. Sia nella patologia protesica di anca ma soprattutto di ginocchio e di spalla è indispensabile il costante aggiornamento, l'intesa e collaborazione con l'equipe riabilitativa per iniziare prima possibile con il recupero articolare e funzionale dell'arto operato. Presso l'ULSS 17 sono a disposizione dei nostri utenti due centri riabilitativi dislocati nei due estremi del territorio (Conselve e Montagnana). L'UO è inoltre un riferimento del nord-est per il trattamento chirurgico dei tumori ossei dove spesso dopo l'asportazione della malattia la ricostruzione viene con una protesi chiamata da grandi resezioni. Si tratta di una chirurgia superspecialistica che viene eseguita in pochi centri in Italia e che si pone come obiettivo un contributo importante alla guarigione della malattia preservando l'arto ammalato e la sua funzione.

Responsabile UOC di Ortopedia e Traumatologia
dr. Giovanni Padovani
Equipe Medica:
dr. ssa Tatiana Agrò, dr. Luigi Balla, dr. Nicola Bellon, dr. Gianluca Bisinella (Responsabile UOS Traumatologia), dr. Antonio Calabrese, dr. Maurizio Coppo, dr. Fabio Vincenzo Delle Donne, dr. Nunzio Isceri, dr. Alessandro Pettenà, dr. Fabio Pezzoli, dr. Enrico Visonà, dr. Antonio Vitella (Responsabile UOS Artroscopia).

La Riabilitazione Post Protesica nelle strutture del Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

a cura delle dottoresse Elisa **Gomiero,** Elisabetta **Corato**
Medici fisiatri del Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione (www.gvdr.it)

Le protesi articolari sono dispositivi meccanici creati per sostituire in parte o in toto un'articolazione interessata da patologie degenerative altamente invalidanti, al fine di ottenere un'articolazione indolente, mobile e stabile. Dopo l'intervento, la riabilitazione può iniziare già in regime di ricovero, al fine di prevenire complicanze come trombo-venulo-patie, contratture in flessione e riduzione antalgica dell'escursione articolare. Lasciato il Reparto Ospedaliero il programma riabilitativo prosegue presso Strutture riabilitative specializzate come il Centro Fisioterapico Padovano, il Centro Medico Fisioguizza e la Fisiovicentina. Al fine di elaborare un piano terapeutico personalizzato, il paziente che accede presso le nostre strutture esegue una visita fisiatrica con attenta valutazione del range articolare, delle autonomie raggiunte in regime ospedaliero e di eventuali segni di flogosi o di trombosi venosa profonda, con raccolta scrupolosa di precedenti anamnestici. A seconda del tipo di protesi impiantata, alla tecnica chirurgica eseguita e alla sede articolare viene elaborato un piano terapeutico personalizzato sempre con il rispetto dei nostri protocolli come l'inizio precoce, il trattamento indolore, e il recupero dell'articolarità. Il piano terapeutico globale si sviluppa secondo una serie di cicli terapeutici, ciascuno della durata di 10 giorni, durante i quali il paziente viene attentamente seguito dal team di riabilitazione al fine di recuperare un completo range articolare inizialmente passivo, avvalendosi anche di una di apparecchiatura elettrica come il "mobilizzatore passivo" che consente di programmare la velocità e l'arco di movimento. Vengono poi gradualmente introdotti gli esercizi di mobilizzazione attiva in tempi diversi a seconda del tipo di protesi avendo sempre cura di trattare eventuali infiammazioni o versamenti con terapie fisiche manuali quali laserterapia, tecarterapia, magnetoterapia ed elettroterapia antalgica eventualmente associate a massoterapia decontrattante. In assenza di dolore si provvede a migliorare la stabilità articolare con esercizi specifici propriocettivi, gradualmente si passa ad un programma di rinforzo muscolare il tutto nel pieno rispetto della postura. Nel caso di interventi di protesi all'anca, ginocchio o caviglia molta attenzione viene posta al recupero dello schema del passo secondo carichi graduali progressivi stabiliti dal collega ortopedico. Rispettando i tempi di guarigione della ferita chirurgica il programma prevede inoltre un lavoro attivo-passivo guidato presso le piscine presenti nel Centro Fisioterapico Padovano, la cui temperatura di 32° permette di sfruttare tutti i benefici dell'acqua. In particolare le proprietà di galleggiamento, pressione idrostatica e viscosità facilitano i movimenti, rendendoli più fluidi e armonici accelerando la presa di coscienza del proprio arto e il recupero dell'escursione articolare. La pressione esercitata dall'acqua stimola il flusso circolatorio linfatico e riduce gli edemi, la temperatura di 32° permette di ottenere un importante effetto miorilassante-decontratturante. Presso le nostre piscine inoltre vengono utilizzati vari ausili e attrezzi come l'Idrobike e il Water trekking per aumentare la resistenza offerta dall'acqua e facilitare il recupero del tono e della forza muscolare. Nel 2012 sono stati trattati quasi 400 utenti che sono stati sottoposti ad intervento di Artroprotesi. Dopo la piano terapeutico di Riabilitazione Post Protesica la stragrande maggioranza degli utenti hanno avuto miglioramenti nell'estensione articolare, nel recupero funzionale e una diminuzione della sintomatologia dolorosa mentre la rimanenza ha mantenuto una stabilità.

Riabilitazione Post Chirurgica nell'Artroprotesi di Ginocchio

a cura del dottor Giorgio **Galli**,
medico fisiatra – consulente del Centro Medico di Fisioterapia di Padova

La presa in carico del Paziente operato di protesi di ginocchio avviene al massimo entro 24/48 ore dalla richiesta dello stesso e si realizza con la visita dello Specialista Fisiatra che, rilevata la situazione clinica di ingresso (grado di tumefazione del ginocchio, articolarità attiva concessa, tono trofismo della muscolatura dell'arto, dolorabilità secondo scala analogica del dolore) e presa visione delle specifiche indicazioni del Chirurgo, redige il Progetto Riabilitativo Individuale e il conseguente Programma Terapeutico che vengono trasmessi al Fisioterapista dedicato e altamente specializzato, operante nel settore riservato (Palestra del Ginocchio) dotato delle attrezzature più specifiche e all'avanguardia.

Obiettivi del trattamento riabilitativo: controllo del dolore, recupero dell'articolarità, recupero/potenziamento della muscolatura, rieducazione alla deambulazione autonoma con/senza ausili.

Il Paziente giunge alla nostra struttura mediamente in 7°/10° giornata dall'intervento ed inizia un Programma così articolato.

I settimana - Obiettivo: riduzione del dolore – riduzione della tumefazione – recupero articolare.

Tipologia terapie: laserterapia, correnti interferenziali, crioterapia; esercizi passivi: mobilizzazione in Kinetec; esercizi attivi: contrazioni isometriche del quadricipite, rinforzo del vasto mediale; esercizi propriocettivi; deambulazione controllata con bastoni canadesi e carico a tolleranza del dolore

II settimana - Obiettivo: raggiungimento articolarità 90° in flessione, 0° in estensione, miglioramento dell'autonomia di cammino.

Tipologia terapie: mobilizzazione in Kinetec; mobilizzazione attiva assistita in estensione e flessione del ginocchio in catena cinetica aperta; prosegue terapia fisica per la riduzione della tumefazione e del dolore; elettrostimolazione del quadricipite; esercizi attivi di rinforzo adduttori, abduttori, quadricipite, ischio crurali; esercizi propriocettivi; Cyclette se raggiunta articolarità in flessione 90°; Training deambulatorio con canadesi; Mediamente alla fine della seconda settimana viene raggiunto un range articolare 0° - 90°.

III settimana - Obiettivo: raggiungimento della massima articolarità possibile (generalmente 0° – 120°)

Tipologia terapie: Mobilizzazione in Kinetec, fino a raggiungere i 120°; Proseguono esercizi attivi di potenziamento con schemi più complessi, combinando la flesso/estensione del ginocchio e la flessione dell'anca; Esercizi attivi con elastici a bassa/media resistenza e pesi; Elettrostimolazione di quadricipite, vasto mediale e laterale; Deambulazione alle parallele con ostacoli alti, scale; Cyclette; Esercizi propriocettivi in piedi; Training stabilometrico; Deambulazione con un canadese in contro laterale (solo se flessione maggiore di 90° ed estensione completa); Esercizi in catena cinetica chiusa (flessioni in bi podalico, in carico, entro i 90°); Mobilizzazione in scollamento della cicatrice e della rotula, dopo desutura; Esercizi di allungamento della catene posteriori. Dopo la desutura, se la ferita lo consente, il Paziente può essere trattato anche in idrokinesi terapia con particolare indicazione per Pazienti con soglia del dolore particolarmente bassa.

IV settimana - Obiettivo: raggiungimento della completa autonomia deambulatoria senza ausili e recupero totale dell'autonomia nella cura della propria persona e nell'attività della vita quotidiana.

Tipologia terapie: Training deambulatorio senza ausili con particolare cura ad eventuali residui deficit di estensione; Flessioni in bipodalico, in carico, oltre i 90°; Prosecuzione, se necessario, degli esercizi attivi di potenziamento muscolare.

Nel nostro Centro viene considerato risultato soddisfacente il raggiungimento di un range articolare 0°-120°. La durata media di trattamento si attesta sulle 20/30 sedute, se possibile quotidiane dal lunedì al venerdì; in Pazienti labili anche a giorni alterni.

NES

Nord Est Sanità

Grossa novità per tutti i lettori di NES – Nordest Sanità,
che anche quest'anno potranno ricevere comodamente a casa la propria copia della rivista con il solo pagamento delle spese di spedizione. NES – Nordest Sanità infatti ha deciso di andare incontro alle richieste dei lettori creando un nuovo e comodo mezzo di ricezione che va ad affiancarsi alla tradizionale distribuzione gratuita tramite i quotidiani locali e nei più importanti centri medici del territorio.

Anche il costo di questa offerta è decisamente vantaggioso perché si potranno ricevere i 6 numeri di NES - Nordest Sanità al solo prezzo di spedizione di 18,50 euro (Iva inclusa).
L'importo dovrà essere versato sul conto corrente postale numero: 1001883311.

A chi fosse interessato chiediamo di compilare il coupon sottostante e di inviarlo insieme alla copia della ricevuta del pagamento a:
Nordestnet Srl, via Santa Maria Assunta 31, 35125 Padova.

Per informazioni: www.nordestsanita.it

Sono interessato alla ricezione di NES - Nordest Sanità

Privato ☐ Azienda ☐

Nome ..... Cognome ..... Sesso M F

Codice Fiscale ..... Partiva IVA .....

Indirizzo ..... N. ..... CAP .....

Comune ..... Provincia .....

Tel. ..... E- mail .....

.....
FIRMA

I dati da Lei forniti saranno utilizzati esclusivamente al fine dell'invio della rivista /D. Lgs. 196/2003)

.....
FIRMA

Anche la **mente** può guarire

In Veneto 70mila utenti psichiatrici, l'83% curato nel territorio

a cura di Ines **Brentan**

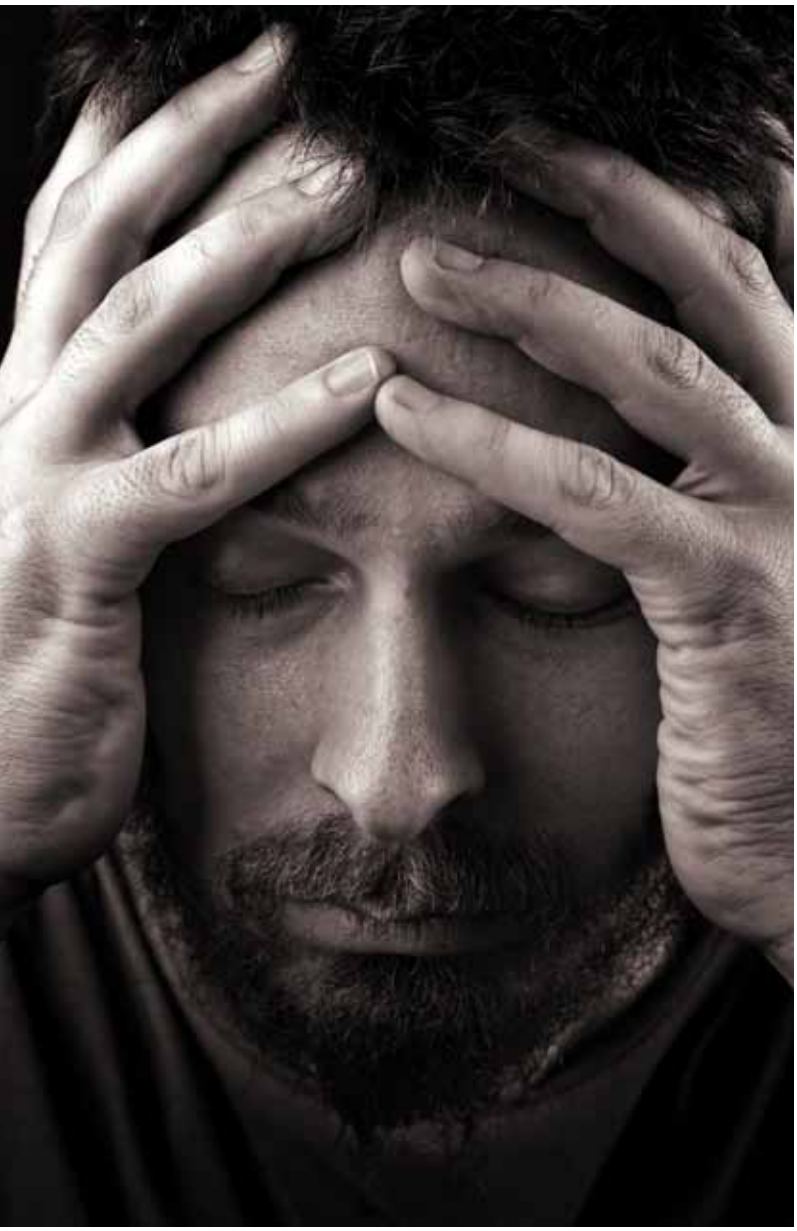
Il linguaggio talvolta vuol dire molto. Può fare la differenza tra l'emarginazione e l'accoglienza in famiglia e in società. In questo minifocus non parleremo di pazzia, bensì di disturbi mentali, sempre ricordando che il malessere può insinuarsi nella vita più normale e monotona di chiunque per destabilizzarla. Ma attenzione: possiamo curarci. Prima interveniamo, più efficaci risulteranno i trattamenti terapeutici. Prima ci rivolgiamo ai medici e alle strutture competenti, più possibilità avremo di guarire. Perché sì, anche la mente può guarire.
Sono 70mila gli utenti psichiatrici in Veneto con un'età media che si aggira attorno ai 40-50 anni. In rapporto alla popolazione di età superiore a 17 anni, gli utenti psichiatrici sono 17,2 per mille residenti; in particolare, 19,3 utenti per mille residenti di sesso femminile e 14,9 per mille residenti di sesso maschile. Negli ultimi anni, a partire dal 2009, vengono curanti più nel territorio che in ospedale (l'83% dell'utenza psichiatrica rispetto al 17%). Sono solo alcuni dei dati che emergono dal rapporto regionale 2010 su "La tutela della salute mentale nel Veneto" che, dopo aver fornito una connotazione epidemiologica, punta l'attenzione sulla rete assistenziale.

Utenti dei servizi psichiatrici territoriali per mille residenti di età maggiore di 17 anni. per patologia. Veneto, anno 2009.

SCHIZOFRENIA E PSICOSI FUNZ.	**3,4**
Psicosi schizofreniche	2,1
Stati paranoidi	0,6
Altre e non specif. psicosi	0,8
DISTURBI AFFETTIVI	**5,0**
Mania	0,2
Depressione maggiore	1,2
Sindrome bipolare	0,5
Depressione nevrotica	1,9
Reazione depressiva	0,6
Dist. depressivo non specif.	0,2
Altre psicosi affettive	0,4
SINDROMI NEVR. E SOMATOFORMI	**2,6**
Stati di ansia	1,5
Sindromi fobiche	0,1
Sindr. ossessiva-compulsiva	0,2
Ipocondria	0,0
Reazione acuta allo stress	0,1
Altre nevrosi e dist. somat.	0,6
DIST. PERSONALITA' E COMPORT.	**1,3**
ALTRI DISTURBI PSICHICI	**2,4**
Alcolismo e tossicomanie	0,3
Demenze, dist.ment. organici	0,7
Ritardo mentale	0,4
Altri disturbi psichici	1,0

Identikit del paziente territoriale.
Gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali sono circa 64.400 e uno su dieci nell'anno è stato dimesso da un ospedale per disturbi psichici. I pazienti hanno un'età compresa tra i 40-50 anni in entrambi i sessi. Le donne prevalgono in tutte le classi di età e tale disparità si accentua con l'aumentare dell'età: in particolare, quando superano i 64 anni sono più numerose (30%) dei coetanei maschi (22%).
Il 93% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali ha una diagnosi di disturbo psichico, il 5,3% ricorre ai servizi territoriali per problemi psichici non precisati o per sottoporsi a esami psichiatrici e il rimanente 1,4% presenta altri tipi di patologie (prevalentemente malattia di Alzheimer). Nel dettaglio: le pa-

© Can Stock Photo Inc. / dundanim



tologie più frequenti sono la schizofrenia (23%), la depressione senza sintomi psicotici (18%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18%) e le psicosi affettive (16%).
Tra gli utenti più giovani dei servizi territoriali prevalgono le sindromi nevrotiche e somatoformi e i disturbi del comportamento alimentare. La prevalenza dei pazienti con psicosi schizofreniche è massima intorno a 50 anni, mentre i disturbi affettivi aumentano progressivamente in tutte le età; al contrario, la prevalenza degli utenti con sindromi nevrotiche e somatoformi o con disturbi della personalità e del comportamento tende a ridursi con l'età.

Identikit del paziente ospedaliero.

Sono circa 12.000 gli utenti psichiatrici dimessi dagli ospedali, pari a 3,0 utenti per mille residenti di età superiore a 17 anni.
Per entrambi i sessi la prevalenza degli utenti psichiatrici aumenta con l'età fino a 50 anni, con un picco

Il luogo di cura dipende dalla patologia

- **schizofrenia e altre psicosi funzionali**: gli utenti risultano seguiti quasi esclusivamente (87%) dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici;
- **psicosi affettive**: gli utenti sono dimessi quasi esclusivamente dai reparti psichiatrici (93%), prevalentemente degli ospedali pubblici (62%);
- **depressione senza sintomi psicotici**: la metà (55%) degli utenti ospedalizzati ha almeno una dimissione nell'anno dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici, il 31% non è mai dimesso dai reparti psichiatrici;
- **sindromi nevrotiche e somatoformi**: la metà degli utenti (53%) non entra in contatto coi reparti psichiatrici, gli altri sono seguiti soprattutto (40%) dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici;
- **disturbi della personalità e del comportamento**: quasi tutti gli utenti (98%) sono dimessi dai reparti psichiatrici; la metà (49%) è dimessa solo dai reparti psichiatrici delle strutture private, mentre un altro 9% entra in contatto anche coi reparti psichiatrici degli ospedali pubblici;
- **alcolismo e tossicomanie senza riabilitazione**: quasi tutti gli utenti (95%) sono dimessi dagli ospedali pubblici; la metà (54%) è dimessa solo dai reparti non psichiatrici, mentre il 41% entra in contatto coi reparti psichiatrici degli ospedali pubblici;
- **alcolismo e tossicomanie con riabilitazione**: gli utenti sono trattati prevalentemente (66%) negli ospedali pubblici e non entrano in contatto coi reparti psichiatrici (93%); demenze e disturbi mentali organici: tre utenti su quattro (74%) sono dimessi solo dai reparti non psichiatrici degli ospedali pubblici; la gran parte degli utenti (86%) non entra in contatto coi reparti psichiatrici;
- **ritardo mentale e altri disturbi psichici**: la metà degli utenti (54%) sono seguiti dai reparti psichiatrici degli ospedali pubblici; più di un terzo (38%) non entra in contatto coi reparti psichiatrici.

Fonte: Rapporto 2010 "La tutela della salute mentale nel Veneto"

più pronunciato nelle donne. Gli utenti psichiatrici assistiti negli ospedali vengono dimessi prevalentemente (78%) dagli ospedali pubblici. Nei reparti di psichiatria (pubblici e privati) si concentra il 69% dei casi. Per quanto riguarda l'assistenza dei servizi ospedalieri pubblici, due utenti su tre sono dimessi almeno una volta nell'anno dai reparti psichiatrici e i rimanenti esclusivamente dai reparti non psichiatrici; questi ultimi sono prevalentemente persone affette da demenza o con dipendenze.
Le patologie più frequenti sono la schizofrenia (22%), le psicosi affettive (22%), le demenze (17%) e i disturbi della personalità e del comportamento (12%).
L'assistenza nel territorio. Le prestazioni che vengono erogate dal servizio di Salute Mentale si dividono in ambulatoriali e non. Al primo posto c'è il colloquio di informazione e sostegno, seguito dalla visita di controllo e dalla somatoterapia psichiatrica. Mediamente ogni utente che afferisce al servizio di Salute Mentale viene visitato 2,9 volte ed ha 1,0 colloquio all'anno. Il colloquio è fondamentale nel trattamento di tutte le patologie. Le visite di controllo vengono effettuate soprattutto per i disturbi affettivi (27%) e per le sindromi nevrotiche e somatoformi (25%).
Nel territorio le prestazioni vengono erogate dai centri diurni, dai day hospital o dalle Comunità terapeutiche. I primi due servizi sono strutturati in maniera semiresideniale Qui, la metà degli utenti ha trascorso non più di

Utenti dimessi dagli ospedali con diagnosi di disturbo psichico per tipo di struttura. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anni 2007, 2008 e 2009.

	2007		2008		2009	
Tipo di struttura di dimissione	**Utenti**	**%**	**Utenti**	**%**	**Utenti**	**%**
Solo ospedali pubblici	9.236	73,6	9.013	72,6	8.742	72,1
Ospedali pubblici e strutture private	695	5,5	694	5,6	720	7,9
Solo strutture private	2.620	20,9	2.715	21,9	2.669	22,0
Totale	12.551	100,0	12.422	100,0	12.131	100,0

Utenti dimessi dagli ospedali con diagnosi di disturbo psichico per unità operativa di dimissione. Età maggiore di 17 anni. Veneto, anni 2007, 2008 e 2009.

	2007		2008		2009	
Unitò operativa di dimissione	**Utenti**	**%**	**Utenti**	**%**	**Utenti**	**%**
Solo reparti psichiatrici	8.233	65,5	8.147	65,6	8.080	66,6
Psichiatria e altri reparti	312	2,5	291	2,3	243	2,0
Solo reparti non psichiatrici	4.016	32,0	3.984	32,1	3.808	31,4
Totale	12.551	100,0	12.422	100,0	12.131	100,0

I sintomi della malattia mentale

I disturbi mentali si possono riconoscere da alcuni sintomi. I più frequenti sono quelli di tipo depressivo ed ansioso (ansie, fobie, attacchi di panico, sintomi ossessivi e compulsivi). Atri sintomi facilmente comprensibili riguardano il comportamento alimentare o la dipendenza da alcol, da altre sostanze o da attività come il gioco d'azzardo. Ci sono poi sintomi più rari e difficili da riconoscere che si dicono psicotici e si distinguono in due categorie: alcuni strani ed evidenti come pensieri sconnessi, allucinazioni, sentire le voci o avere visioni o deliri. L'altro gruppo di sintomi è caratterizzato dalla tendenza all'isolamento e alla chiusura ai rapporti interpersonali, inerzia e mancanza di iniziativa, povertà di emozioni e di affetti. E' importante comunque ricordare che avere uno o più sintomi di questo tipo non significa per forza che si soffre di un disturbo mentale. Perché si possa parlare veramente di disturbo mentale bisogna che questi sintomi siano presenti per un certo periodo di tempo e associati in varia misura tra loro.

Chi soffre di schizofrenia è pericoloso?

Le persone che soffrono di schizofrenia per lo più sono miti e indifese, spesso anche depresse, e sono molto più spesso vittime che autori di reati. E' anche frequente che commettano suicidio. Chi soffre di schizofrenia deve essere trattato come qualsiasi altra persona.

20 giorni. Il 57% delle giornate riguarda utenti con schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 16% utenti con disturbi affettivi e il 14% utenti con disturbi della personalità e del comportamento. Nelle Comunità terapeutiche residenziali, invece, sono state assistite 931 persone, pari all'1,4% degli utenti dei servizi psichiatrici territoriali. Più della metà degli utenti ospitati (60%) vi ha trascorso almeno 6 mesi. Il 64% delle giornate è erogato a utenti con schizofrenia e altre psicosi funzionali, il 13% a utenti con disturbi della personalità e del comportamento e l'11% a utenti con disturbi affettivi.

L'ospedalizzazione. Nel 2009 sono stati ricoverati 14.300 utenti per disturbi psichici; di questi circa un quinto è stato ricoverato più di una volta nell'anno (in media 1,4 ricoveri per utente).

Per quanto riguarda i ricoveri di residenti al di fuori del Veneto, sono 2.546 le dimissioni riferibili a 2.143 cittadini provenienti dalle altre regioni (prevalentemente Lombardia 29%, Friuli Venezia Giulia 16% e Provincia di Trento 13%) o residenti all'estero (8,5%). L'80% dei ricoveri di cittadini provenienti da altre regioni avviene presso le strutture private e solo l'8,5% nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici. Mentre l'80% dei ricoveri di cittadini residenti all'estero avviene nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici. Le patologie maggiormente trattate sono la schizofrenia, le psicosi affettive seguite dai disturbi della personalità e del comportamento.

Prestazioni erogate dai Centri Salute Mentale per tipo di prestazione (%). Veneto, anno 2009.

La "malattia mentale"

Si parla di malattia mentale quando siamo di fronte ad un particolare disturbo mentale o meglio ad un gruppo di disturbi che sono noti come sindromi schizofreniche. La schizofrenia è caratterizzata dalla presenza e dalla persistenza nel tempo di alcuni sintomi psicotici. Può essere curata, come lo dimostrano alcuni studi, soprattutto se si interviene precocemente quando il disturbo si è appena manifestato. I deliri e le allucinazioni possono essere eliminati o comunque tenuti sotto controllo con trattamenti farmacologici e talvolta è la persona stessa che può imparare a fronteggiarli con opportune strategie. La chiusura e la perdita di motivazione possono essere alleggerite aiutando la persona che ne soffre a definire obiettivi concreti e a realizzarli. Molte persone che soffrono di schizofrenia, che hanno perso il lavoro o hanno smesso di studiare, possono riprendere la loro vita normale, anche se con un livello meno impegnativo.

La mente non si cura **solo con i farmaci**

A Dolo la riabilitazione è fatta di colloqui e attività creative come la pittura

di Ines **Brentan**

La Psichiatria di Dolo, nel veneziano, è nata subito dopo la chiusura del manicomio nel 1978, proprio in concomitanza con la Legge 180, meglio conosciuta come legge Basaglia. In Italia e in Veneto questo comune della Riviera del Brenta è stato tra i primi a conformarsi alle nuove "rivoluzionarie" direttive sulla cura e assistenza dei pazienti psichiatrici e ad aprire sul territorio una Comunità terapeutica. Con la nuova legge, infatti, chi soffriva di un disturbo mentale, non era più qualcuno da rinchiudere, isolare, "punire" con strumenti di contenimento come l'elettroshock, ma era una persona che poteva essere curata e reinserita nella società. "Tre pazienti della nostra Comunità terapeutica hanno riacquistato la "cittadinanza": recentemente hanno affittato insieme un appartamento e stanno lavorando". Il racconto di Adriana Del Borrello, direttore facente funzioni della Psichiatria di Dolo, parte da un esempio positivo e confortante e cioè che chi soffre di disturbi mentali può ritornare ad una quotidianità più o meno normale. Ovviamente dipende anche dalla gravità della malattia, ma questo non preclude la possibilità di una riabilitazione che può aiutare il paziente a riappropriarsi della sua autonomia. "Chi soffre di un disturbo mentale – spiega la dottoressa – arriva da noi perché inviato dal proprio medico curante o accompagnato dalla famiglia o ancora segnalato dai servizi sociali. Anche per il trattamento di questa malattia, la guarigione di-

pende molto dalla diagnosi precoce. Prima si interviene e migliori sono i risultati che si possono raggiungere per la salute del paziente. A fare la diagnosi è un'équipe multidisciplinare. Non è detto, infatti, che chi soffre di allucinazioni nasconda una malattia organica. Prima si escludono altre patologie e poi, grazie a dei test e dei colloqui, dove viene anche coinvolta la famiglia, si può inquadrare il caso". "La malattia mentale – continua la Del Borrello – è una malattia democratica. Colpisce tutti, senza distinzione di sesso, estrazione sociale ed età. Chi ne soffre è sempre vittima di un insieme di fattori negativi che alla fine gli hanno fatto perdere l'equilibrio. Se, ad esempio, una persona già fragile, perde il lavoro, poi il padre e la fidanzata lo lascia, questo può essere già sufficiente per destabilizzarla". La riabilitazione non è fatta solo di farmaci. "Conosciamo i nostri pazienti – continua la responsabile del servizio - e per ciascuno abbiamo disegnato un programma di riabilitazione specifico. La cura non è la stessa per tutti. Inoltre, in reparto ci siamo attrezzati con laboratori di pittura e attività varie come la giornata del gioco con le carte o la serata dedicata alla proiezione di un film. Poi ci sono i colloqui, sia singoli che di gruppo". E la prevenzione? "E' difficile parlare di prevenzione primaria in Psichiatria, ma si può fare quella secondaria, cioè diagnosticare precocemente il disturbo, trattarlo ed evitare le recidive grazie ai controlli periodici del paziente. In tutto questo, fondamentali per il successo sono la partecipazione della famiglia e l'aggiornamento professionale del nostro personale sanitario".

Le patologie in percentuale

Schizofrenia e disturbi correlati	3.1%
Disturbi affettivi	4.6%
Ansia, dist. somat. e personalità	3.3%
Abuso di sostanze / dipendenze	0,3 %
Disturbi organici senili	0,5 %
Abuso alcool e tossicodipendenza	0.3 %
Altri dist. psichici	0.3%
Ritardo mentale	0.4%

Le percentuali diagnostiche si articolano in prevalenza per 1000 abitanti per gruppi e sottogruppi di patologie (anno 2009 solo diagnosi psichiatriche).

L'identikit dell'assistito dell'Ulss 13

- Età: i 2/3 degli assistiti hanno una età inferiore o uguale a 60 anni e 1/3 supera i 60 anni. La fascia di età più rappresentata è quella tra i 21 e i 40 anni.
- Sesso: tra gli assistiti predominano le donne rispetto agli uomini con un rapporto di 2:1. Questo non è più riscontrato dai 75 anni in poi quando i maschi superano le donne con prevalenze maggiori.
- Scolarità: tra gli utenti prevalgono con lo stesso valore percentuale, circa il 40 %, le due scolarità più basse (elementare e scuola media inferiore). Il 7 % è costituito da analfabeti o alfabeti senza titolo e il resto da laureati o diplomati.
- Stato civile: i pazienti sono soli: liberi, vedovi e separati rappresentano il 60 %, e inoltre il 20 % abita da solo.
- Lavoro: i disoccupati sono la categoria più rappresentata circa il 30 % mentre gli occupati, compresi quelli con lavoro saltuario non superno il 25 %.

San Servolo, **l'isola dei pazzi**

Nella laguna di Venezia una delle più famose strutture italiane. Oggi ospita il Museo del Manicomio

Jonathan A Jones

Due isolotti della Laguna di Venezia, tra la città storica e il Lido, hanno ospitato per alcune centinaia di anni due manicomi. Quello femminile era ubicato presso l'isola di San Clemente. Durante la dominazione austriaca, nel 1880, venne qui stabilito "Manicomio Centrale Femminile Veneto". A poche decine di metri a nordest, si trova un'altra isola, quella di San Servolo. Oggi lì trovano sede diverse realtà legate al mondo culturale, ma nella sua storia fu anche un manicomio maschile. Visitiamo l'isola grazie alla sapiente ricostruzione che Alberto Toso Fei, scrittore veneziano, fa nel suo ultimo libro "101 tesori nascosti di Venezia" (ed. Newton Compton):
"Ed è a partire dagli strumenti storici di diagnosi e cura rimasti sull'isola (che conobbe anche un periodo di abbandono) che è stato allestito un piccolo museo "della Follia", suggestivo e terribile. Si tratta di un'esposizione costituita da oggetti e immagini che raccontano l'evolvere della terapia psichiatrica attraverso le vicende personali di migliaia di persone, visitabile su richiesta lungo le sale e i corridoi che corrono nel chiostro che circonda la storica chiesa dell'isola. Tra gli oggetti esposti, in mostra vi sono quelli usati nei metodi di contenzione e di cura ottocenteschi (come catene, manette, camicie di forza e docce forzate) ma anche i materiali di laboratorio; i manufatti realizzati negli anni dagli ospiti dell'isola e le strumentazioni utilizzate nella cura della malattia mentale negli ultimi centocinquant'anni; vi è poi una selezione del vasto archivio del complesso (con il primo documento del 1725, con cui il Consiglio dei Dieci invia sull'isola «L'Illustrissimo Signor Lorenzo Stefani [...] come pazzo») così come dei semplici oggetti usati dai pazienti nel loro vivere quotidiano. Tra le particolarità scientifiche, la presenza di alcune apparecchiature per l'elettroshock; una pratica sicuramente conosciuta, ma quanti sanno che si tratta di un'invenzione italiana? "Padre" del sistema fu

Vi è poi una selezione del vasto archivio del complesso (con il primo documento del 1725, con cui il Consiglio dei Dieci invia sull'isola «L'Illustrissimo Signor Lorenzo Stefani [...] come pazzo»)

infatti il neuropsichiatra romano Ugo Cerletti, che la utilizzò per la prima volta nel 1938; l'esposizione veneziana può vantare anche alcuni rarissimi pletismografi auricolari e a forma di mano di Luigi Patrizi, che servirono ai primi del Novecento a rilevare la variazione della circolazione del sangue in funzione delle emozioni che si cercavano di suscitare nel paziente: in pratica, lo stesso principio che molto più tardi starà alla base della creazione della macchina della verità. Nella stessa sala si trovano esposti anche alcuni oggetti di sapore lombrosiano, come dei craniometri utili alla misurazione delle proporzioni sulla base dell'antropometria.
A completare il percorso una sala anatomica delicatamente scorporata dal resto del Museo, che mostra crani (tra cui un microcefalo), cervelli e un lettino anatomico ottocentesco, visibili solo a chi sceglie di farlo".
San Servolo cessa di essere istituto manicomiale dopo oltre 250 anni di attività, il 13 agosto 1978, in seguito alla approvazione della legge n. 180/1978. Successivamente nell'autunno del 1979, per volontà del Consiglio Provinciale di Venezia, viene istituita la Fondazione San Servolo I.R.S.E.S.C. (Istituto per le Ricerche e per gli Studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale).
La sua finalità principale è la promozione di ricerche e studi di carattere interdisciplinare su ogni forma di disagio e di emarginazione sociale e culturale in Italia e all'estero.
Il Museo del Manicomio di San Servolo, che raccoglie i reperti appartenuti all'ospedale psichiatrico, curato per l'aspetto scientifico e storico dai professori Diego Fontanari e Mario Galzigna mentre per la parte espositiva dall'architetto Barbara Accordi, è stato inaugurato il 20 Maggio 2006.

Giuliano Gargano

Fondazione San Servolo Irsesc

La legge 180 sulla chiusura dei manicomi ispirata dallo psichiatra veneziano Franco Basaglia

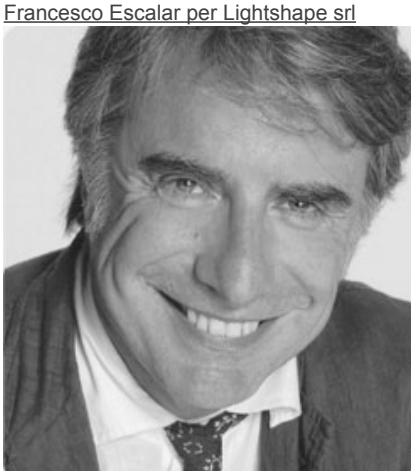
Si deve ad uno psichiatra veneziano, Franco Basaglia, la legge che porta alla chiusura dei manicomi in Italia.
Basaglia era nato a Venezia l'11 marzo del 1924. Dopo tredici anni di lavoro all'università di Padova, nel 1961 vinse il concorso di direttore nell'ospedale psichiatrico di Gorizia, dove avviò l'esperienza di apertura del manicomio divenuta nota attraverso due libri, Che cos'è la psichiatria? (Einaudi 1967) e L'istituzione negata (Einaudi 1968). Nell'agosto del 1971 divenne direttore del manicomio di Trieste. Basaglia istituì subito, all'interno dell'ospedale psichiatrico, laboratori di pittura e di teatro. Nacque anche una cooperativa di lavoro per i pazienti, che così cominciarono a svolgere lavori riconosciuti e retribuiti. Ma ormai Basaglia sentì il bisogno di andare oltre la trasformazione della vita all'interno dell'ospedale psichiatrico: il manicomio per lui andava chiuso ed al suo posto andava costruita una rete di servizi esterni, per provvedere all'assistenza delle persone affette da disturbi mentali. Nel 1973 Trieste venne designata "zona pilota" per l'Italia nella ricerca dell'OMS sui servizi di salute mentale. Nel gennaio 1977 venne annunciata la chiusura del manicomio "San Giovanni" di Trieste entro l'anno. L'anno successivo, il 13 maggio 1978, in Parlamento venne approvata la legge 180 di riforma psichiatrica. Alla legge ci si riferisce comunemente tramite l'associazione al nome di Basaglia, promotore della riforma psichiatrica in Italia). Estensore materiale della legge fu lo psichiatra e politico democristiano Bruno Orsini. Ispirandosi alle idee dello psichiatra ungherese Thomas Szasz, Basaglia si impegnò nel compito di riformare l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale, proponendo un superamento della logica manicomiale.
(foto di Harald Bischoff)

Paura dei folli?
Meglio averla degli assassini

Paolo Crepet: Se la legge Basaglia è fallita, è tutta colpa della politica

di Ines **Brentan**

Francesco Escalar per Lightshape srl



Prima di tutto bisogna sfatare i luoghi comuni. Basta pensare che uno schizofrenico o un ansioso sia pericoloso per gli altri. E' più facile che lo sia più per se stesso. Ma guai a cercare definizioni: "In Psichiatria spiega il prof. Paolo Crepet in questa intervista - nulla è definitivamente circoscrivibile".

Si può definire la pazzia?
Direi proprio di no. E' sconsigliabile cercare una definizione di pazzia perché sarebbe alla fine una forzatura. Quello che per me è folle, lo può essere per lei, ma non per qualcun altro. Ci sono sei miliardi di persone, tutte diverse, con caratteristiche e caratteri diversi. La malattia in Psichiatria non può essere circoscritta come se parlassimo di una frattura del femore. Lì non ci sono equivoci: frattura significa che si è rotto un osso. Non si può essere così "precisi" quando in gioco c'è la mente.

Cosa la genera: L'ambiente? Il Dna?
In Psichiatria è facile parlare o pensare per luoghi comuni. Sono diverse, numerose e non uguali per tutti, le cause che scatenano la pazzia. Ogni caso è a sé. Non è detto che sia l'ambiente a far perdere l'equilibrio di una persona, ma certo può influire insieme ad altri fattori. Ciò che posso affermare con certezza, invece, è che i casi più gravi, solitamente, sono il frutto di una componente sociale e biologica insieme, mentre nei casi meno gravi quella biologica è meno importante. Ansia e schizofrenia sono entrambi disturbi mentali, ma diverse e opposte come la luce e la notte.

A distanza di 35 anni qual è il suo giudizio sulla Legge Basaglia?
E' stata una riforma necessaria, fondamentale. Dò un giudizio assolutamente positivo anche pensando agli intellettuali e agli operatori che hanno voluto questo cambiamento. Poi, se ci si domanda se i risultati si vedano o meno, cioè se si conferma un fallimento dell'intento, qui dobbiamo guardare ad un difettuccio tipico del nostro Paese: la politica. D'altra parte Basaglia non era un ingenuo, non aveva grandi aspettative, sapeva come girava il mondo. Non ci sono i risultati che ci si aspettava? Guardiamo alla politica e alla sua capacità o meno decisionale. Di sicuro, oggi, le ristrettezze economiche in campo sanitario non aiutano, però è anche vero che è da dieci anni ormai che mancano stanziamenti orientati in questo campo.

Con la chiusura dei manicomi non sono scomparsi i malati di mente, la società come vive questa situazione?
La società? Intende le famiglie. Bella domanda. Dipende da cosa è stato fatto per loro in questi anni, per aiutarle ad affrontare anche situazioni complesse e difficili. Ritorno sul punto dolente, la politica che può fare moltissimo ma anche disfare in pochissimo tempo. I politici sono responsabili del fatto che sia stata applicata o meno la riforma. Sarebbe opportuna una riflessione.

Un crimine efferato è legato ad un disturbo mentale?
Se fosse così, tutti i mafiosi sarebbero degli schizofrenici. Non è così. E' più facile che sia una persona normale a ucciderne un'altra. Avere paura di un malato di mente è tipico di un sentimento ancestrale, da che mondo è mondo. Perché chi soffre di disturbi mentali è poco rassicurante, va contro ogni logica e contro la razionalità dell'uomo. Chi ha ancora queste paure è bene che comprenda che bisogna preoccuparsi più degli assassini che dei pazzi.

Lavoriamo per garantire un ritorno alla **vita normale**

Presso il centro BrainCare di Padova una serie di servizi per disabili, normoabili e iperabili

Per chi soffre di molti generi di disturbi, una soluzione può essere la palestra. Ma non parliamo di panche e bilanceri, bensì di palestra cognitiva, emozionale e del benessere psicologico. Sono solo alcuni dei servizi offerti dal centro BrainCare.

«Ci appassioniamo - spiega la prof.ssa Anna Cantagallo, fisiatra, neurologa, neuropsicologa, e Direttore Scientifico della struttura - nel fare recuperare ai nostri pazienti le funzioni neuropsicologiche indispensabili alle attività della vita quotidiana, di riportarli alla vita precedente, con un reinserimento nella famiglia, nel lavoro, nella scuola, nello sport.

Questo vale per chi si trova in stato di disabilità (che a sua volta può insorgere all'improvviso, cioè in seguito ad un trauma, o lentamente in seguito a malattia neurodegenerativa) ma anche per i normoabili e per gli iperabili. Si tratta di terapie personalizzate. Partiamo da standard generali, basati sui principi della EBM (*evidence based medicine*) ma poi creiamo "abiti tagliati su misura", cioé terapie ad hoc, perché sono importanti l'ambiente, gli interessi, lo stato di scolarità, il tipo di disturbo e non ultimo il supporto familiare: cerchiamo di coinvolgere sempre le famiglie, perché l'attività condotta qui va poi integrata e ripetuta all'interno dell'habitat familiare».

Tra i servizi di neuropsicologia offerti, quelli relativi a invecchiamento e demenze, trauma cranico, ictus, Parkinson, sclerosi multipla, con interventi per la valutazione e la riabilitazione delle funzioni neuropsicologiche quali l'attenzione, la memoria, il linguaggio, le funzioni esecutive, le abilità prassiche, l'esplorazione spaziale e la funzione olfattiva.

«Inoltre, a tutti - aggiunge Cantagallo - può essere utile migliorare o allenare alcune funzioni. Facciamo un esempio quello della cosiddetta *working memory*, che ci permette di mantenere nella nostra mente alcune imformazioni e per un tempo limitato, quello necessario per comprendere gli altri ("ripetimi il numero che mi hai appena dato"), per comprendere la lettura, per organizzare un discorso ("ma cosa stavo dicendo?").

Ebbene, la *working memory* è una funzione utile a tutti, a tutte le età, nello studio o al lavoro. Noi abbiamo studiato un programma che dura cinque settimane e che può essere svolto benissimo da casa o dal posto di lavoro.

Abbiamo progettato in collaborazione con l'università di Dublino una ricerca negli ultrasessantenni sani, in condizioni normali, che utilizzano un servizio all'avanguardia, la telestimolazione a distanza».

«E stiamo lavorando - conclude Cantagallo - ad alcune APP per tablet e smartphone che segneranno un nuovo traguardo nel potenziamento a distanza e soprattutto che entreranno nella vita della persona».

Nelle foto: la prof.ssa Anna Cantagallo, neurologa e fisiatra, direttore scientifico BrainCare. Accanto, la sede BrainCare a Padova è nella prestigiosa fornace Morandi di recente restaurata. Per informazioni o per prenotare un colloquio si può chiamare lo 049 8176700 o scrivere a info@braincare.it.

Approccio clinico e riabilitativo all'incontinenza urinaria **femminile**

Un problema "nascosto", ma con soluzioni possibili

a cura del dottor Gianfranco **Lamberti**,
Direttore S.C. Neuroriabilitazione - Unità Stati Vegetativi e di Minima Coscienza, Direttore S.C. Medicina Riabilitativa Ulss 1 di Cuneo, e della dottoressa Donatella **Giraudo**

Non è complesso definire un singolo episodio di incontinenza urinaria (IU): è il passaggio - non mediato dalla volontà - delle urine attraverso l'uretra. Non è possibile peraltro identificare una prevalenza "generale" nella popolazione: nei diversi studi varia dal 2% al 55%: nella donna al di sotto dei 60 gli episodi giornalieri sono presenti circa nel 5% dei casi, mentre questa percentuale sale sino al 14% nelle donne tra 60 e 85 anni. Nella donna anziana istituzionalizzata la prevalenza raggiunge il 55%, mentre nella donna in stato di gravidanza la prevalenza varia tra il 35% ed 60%. Nell'uomo la prevalenza stimata varia dal 5% al 25%. L' IU è per definizione uno dei sintomi riferibili al basso tratto urinario (L.U.T.S. lower urinary tract symptoms), correlabili a disfunzione della muscolatura pelvica, unitamente a quelli relativi al tratto retto-anale, al dolore ed al prolasso di organi pelvici. Solo la corretta identificazione del sintomo e della condizione fisiopatologica sottostante consentono una corretta diagnosi e, di conseguenza, una mirata strategia terapeutica. Nell'ambito della IU non neurogena, a seconda delle modalità di presentazione del sintomo, possiamo distinguere una forma da urgenza (IUU), una da sforzo (IUS) ed una forma di tipo misto (nella quale coesistono le due situazioni precedenti).
Sono infine stati descritti alcuni fattori di rischio per la IU: accanto alle situazioni iatrogene (utilizzo di farmaci compromettenti il livello di vigilanza e/o diuretici), i più importanti sono, nella donna, sicuramente legati alla gravidanza ed alla menopausa ed alla conseguente situazione disfunzionale muscolare pelvica.

© Can Stock Photo Inc. / pressmaster

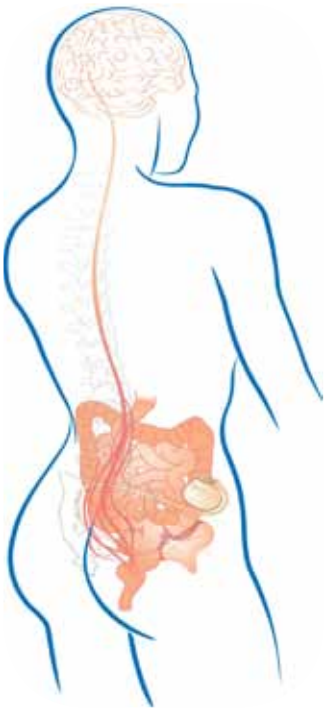
Le linee-guida individuano come prima linea di trattamento nelle forme di IU non neurogena l'approccio comportamentale, il trattamento riabilitativo ed il trattamento farmacologico: è verosimile considerare come la corretta combinazione delle diverse strategie possa ottimizzare l'outcome atteso. La proposta di eseguire esercizi di rinforzo muscolare del pavimento pelvico (PP) per il miglioramento della sintomatologia secondaria ad IU femminile compare in letteratura fin dagli anni '40; a fronte di percentuali di dimostrata efficacia diverse, i dati attualmente portano a considerare la cinesiterapia come lo strumento fondamentale alla soluzione del problema.
L'utilizzo delle tecniche di biofeedback (BFB) in riabilitazione pelviperineale è storicamente legato alla cinesiterapia: La metodica consente di coscientizzare istantaneamente e di registrare attività fisiologiche non apprezzabili a livello di coscienza in condizioni normali o diventate non più apprezzabili per un processo patologico.
L'utilizzo della Stimolazione Elettrica Funzionale (SEF) nel trattamento delle diverse forme di IU è tuttora condizionato dalla difficoltà nel reperire adeguate evidenze scientifiche in letteratura: tale difficoltà sembra peraltro più legata alla mancanza di possibilità di confronto tra i diversi protocolli proposti che alla provata inefficacia della metodica.

La neuro-modulazione **sacrale**

Per risolvere l'incontinenza urinaria, la ritenzione e il dolore pelvico cronico

di Giuseppe **Tuccitto**
Primario di Urologia
all'ospedale di Chioggia, Ulss 14

La neuro modulazione sacrale è una tecnica mini-invasiva di stimolazione delle radici dei nervi sacrali deputati all'innervazione della vescica, dell'uretra e della muscolatura perineale. Il meccanismo d'azione della metodica non è ancora del tutto noto. E' ipotizzabile che la stimolazione delle radici nervose sacrali determini una regolarizzazione/stabilizzazione della conduzione degli impulsi sia a livello del sistema nervoso centrale che periferico. La tecnica di impianto del neuro modulatore sacrale (cosiddetto pace-maker vescicale) prevede un primo intervento in anestesia locale con applicazione di un elettrocatetere nel terzo forame sacrale collegato ad uno stimolatore esterno. Dopo circa 1 mese di stimolazione continua viene valutata l'entità del risultato clinico e si decide se procedere o meno all'impianto dello stimolatore definitivo. Tale impianto avviene anch'esso in anestesia locale e prevede, la rimozione dello stimolatore esterno e l'impianto di un pace-maker sotto la pelle al di sopra di un gluteo collegato mediante cavo all'elettrocatetere. La durata complessiva di ciascun tempo dell'impianto è di circa 30 minuti. Tale pace-maker, attivato dall'esterno, esercita una stimolazione continua sul nervo sacrale. Non è necessaria una sua attivazione o disattivazione con le minzioni. Solo di rado viene effettuata la regolazione dei parametri elettrici di stimolazione mediante un programmatore esterno che viene dato in dotazione al/alla paziente.



Si tratta di una terapia che viene applicata nelle seguenti condizioni cliniche:

- Incontinenza urinaria preceduta da urgenza minzionale che non risponde ad un trattamento farmacologico o riabilitativo;
- Ritenzione d'urina da causa non ostruttiva ma da difetto funzionale vescicale e uretrale (mancata contrazione vescicale o incoordinazione tra vescica e uretra o tra vescica e piano perineale);
- Dolore pelvico cronico (addome inferiore e genitali) intrattabile con terapia farmacologica e altre terapie non invasive.

Vista l'innervazione comune dei due distretti urinario e fecale, la neuro modulazione sacrale viene impiegata con buoni risultati anche in casi selezionati di incontinenza fecale e di stipsi da rallentato transito. Una volta impiantato il pace maker è attivo per circa 5-7 anni, passato tale periodo viene sostituito tutto lo stimolatore con un intervento della durata di 10 minuti eseguito in anestesia locale. I risultati clinici della neuro modulazione sacrale sono soddisfacenti considerando che si tratta di una terapia di seconda scelta per una patologia in cui le opzioni terapeutiche sono poche. In particolare in soggetti con incontinenza preceduta da urgenza minzionale la percentuale di pazienti con beneficio evidente è intorno al 75%. La ripresa delle minzioni in soggetti affetti da ritenzione d'urina su base funzionale avviene nel 50 - 70% dei casi. Dal 30 al 50% dei soggetti affetti da dolore pelvico cronico ricevono un beneficio clinico di grado variabile dalla neuro modulazione sacrale. Per concludere la neuro modulazione sacrale rappresenta una valida opzione terapeutica per soggetti con incontinenza urinaria da urgenza, ritenzione d'urina su base funzionale e dolore pelvico cronico qualora siano fallite le terapie convenzionali farmacologiche e riabilitative e prima di avviare questi soggetti verso una terapia chirurgica invasiva.

Riabilitazione del **Pavimento Pelvico**

I danni a carico di questa muscolatura interessano una larga parte di popolazione, soprattutto femminile

a cura dei dottori Silvia **Secco**, Simonetta **Fracalanza** e Massimo **Dal Bianco**,
U.O.C. Urologia – Ospedale Sant'Antonio di Padova

Il pavimento pelvico o perineo è l'insieme di muscoli e strutture connettivali che chiudono inferiormente la pelvi femminile e maschile. Essi svolgono un ruolo fondamentale nel sostegno degli organi pelvici, nel mantenimento della continenza urinaria e anorettale nonché nell'espulsione del feto durante il parto.

I sintomi legati alla comparsa di alterazioni a carico del pavimento pelvico possono essere distinti in: urinari (perdita involontaria di urina, urgenza e frequenza urinaria, difficoltà a svuotare completamente la vescica), vaginali (senso di peso causato da prolassi, dolore post-parto o causato da rapporti sessuali), anorettali (perdita involontaria di gas e/o feci, urgenza alla defecazione, stitichezza, dolore anale e/o perineale).

I danni a carico di questa muscolatura interessano una larga parte di popolazione, soprattutto femminile. I dati epidemiologici disponibili dimostrano come la sintomatologia a carico del perineo si manifesti sino nel 50% delle donne ma sia frequente anche fra gli uomini, in particolare in coloro che si sottopongono ad interventi chirurgici (es. prostatectomia radicale).

Enorme appare quindi l'importanza di tali patologie in termini di impatto sulla qualità di vita e di spesa sanitaria.

La riabilitazione del pavimento pelvico aiuta a prevenire e a correggere alcuni tra questi disturbi. Essa consiste in un insieme di tecniche conservative, non chirurgiche né farmacologiche, volte ad aumentare la consapevolezza ed il controllo di questa regione anatomica.

Le principali tecniche di riabilitazione sono la chinesiterapia, l'elettrostimolazione funzionale, il biofeedback.

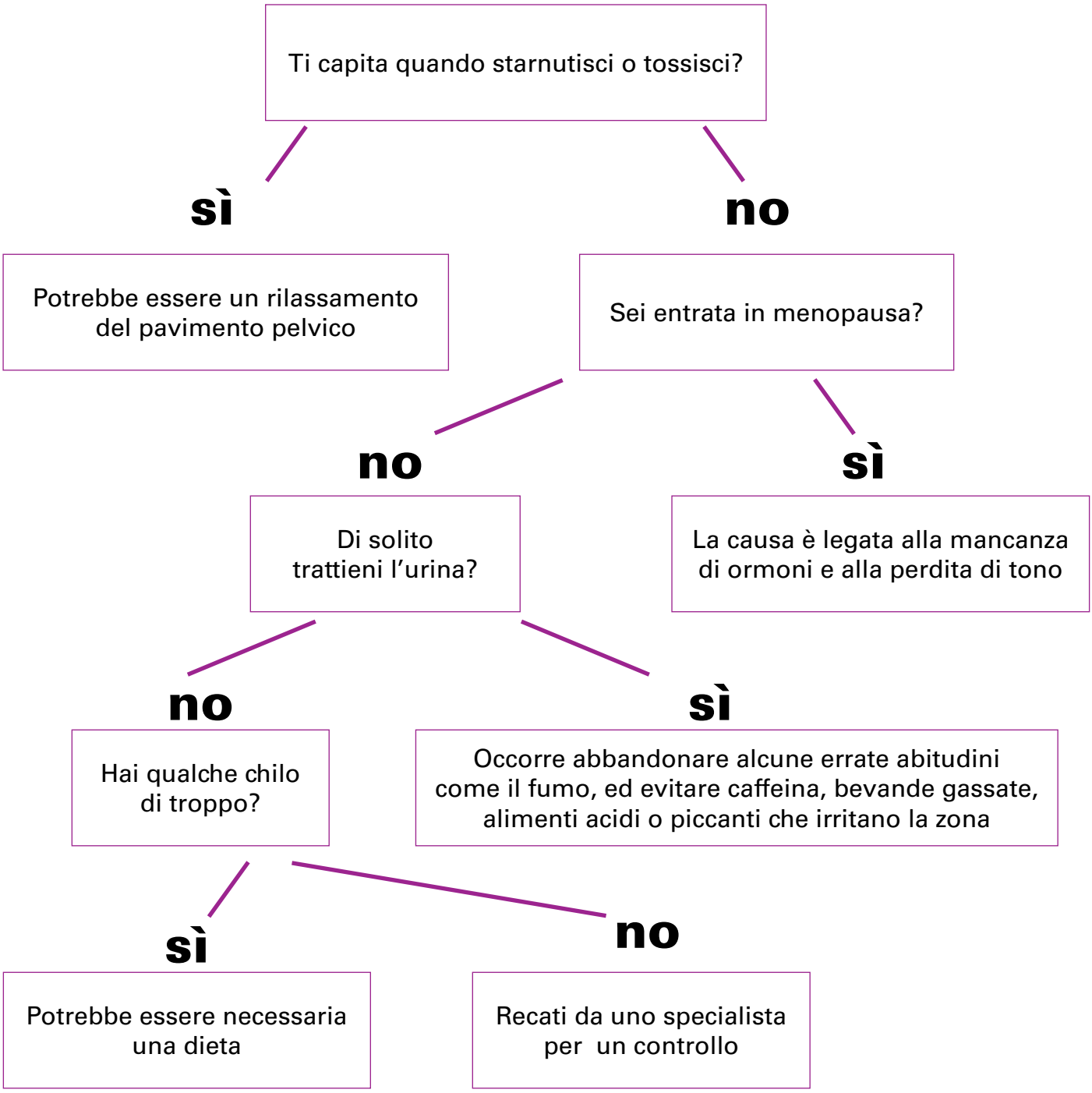
- La chinesiterapia rappresenta la tecnica basilare della rieducazione perineale e mira a far eseguire al paziente esercizi di contrazione e rilassamento dei muscoli del pavimento pelvico (muscoli pubo-coggicei e sinergici). Tali esercizi vengono svolti inizialmente sotto la guida ed il controllo del terapista per poi essere ripetuti dal paziente a domicilio, dopo essere stati correttamente appresi.
- L'elettrostimolazione funzionale è una metodica rieducativa passiva che si avvale di apparecchiature in grado di erogare delle correnti i cui parametri elettrici (durata dell'impulso e frequenza) variano a secondo del tipo di patologia. Essa può essere proposta ai pazienti i cui muscoli perineali non sono in grado di contrarsi in modo adeguato o volontario.
- Le tecniche di Biofeedback sono eseguite grazie a specifiche sonde poste a livello intravaginale o intranale collegate ad uno strumento in grado di registrare l'attività muscolare del pavimento pelvico, trasformata poi da un computer in un segnale visivo e/o uditivo. Lo scopo di questi apparecchi è di evidenziare anche minime contrazioni e di aiutare il paziente ad avere una percezione tangibile della propria muscolatura.
- Per specifiche patologie si può ricorrere anche del bladder training, tecnica di trattamento comportamentale per insegnare al paziente a ritardare o inibire lo stimolo di urgenza minzionale, programmando degli svuotamenti vescicali ad intervalli sempre più distanti fra loro.

La riabilitazione del pavimento pelvico va adattata alla patologia ed alle esigenze di ogni singolo paziente.

La collaborazione tra paziente, medico e fisiatra è alla base del successo della terapia.

© Can Stock Photo Inc. / bds

Questo stimolo **impellente**



Per Pavimento Pelvico si intendono, nella donna, i muscoli che sostengono vescica, utero, canale vaginale, retto e ano; mentre nell'uomo, la prostata, i dotti deferenti e le vescichette seminali. E' importante mantenere in "allenamento" questa parte per migliorare le condizioni cliniche di chi soffre di incontinenza (da sforzo, da urgenza o mista) o per evitarne una eventuale comparsa.

L'accesso alle cure non è **uguale per tutti**

a cura di Umberto **Iazzetta**,
Presidente Cittadinanzattiva -
Tribunale per i Diritti del Malato Regione Veneto

© Can Stock Photo Inc. / Andres

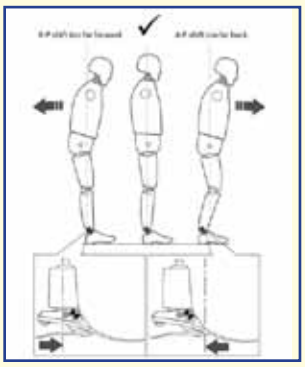
L'accesso alle cure non è mai stato uguale per tutti, i ricchi si sono sempre curati meglio. Lo sa bene la nostra classe politica che ha 2 opzioni: si può rivolgere al sistema sanitario pubblico oppure al privato, quando non addirittura all'estero. Per loro è lo stesso, tanto paghiamo noi. La crisi economica e conseguente spending review ha aggravato la situazione e l'uso del termine sostenibilità/insostenibilità ha fatto il resto. Fateci caso, nessuno ha proposto l'adeguamento del finanziamento del sistema sanitario nazionale, indispensabile per almeno due ragioni: invecchiamento della popolazione e dunque alla maggiore aspettativa di vita; e ricerca continua ed evoluzione del sistema. Si insiste col termine insostenibile perché opprime e genera sensi di colpa riducendo la propensione a rivolgerci al medico.

L'OCSE ha analizzato in 19 Paesi - non in Italia - le differenze di accesso alle cure in base al reddito, solo tre Paesi non discriminano: Gran Bretagna, Repubblica Ceca e Slovenia. Una volta - incongruenze di alcune aree del sud a parte - il nostro Paese poteva vantare una buona risposta sanitaria; in alcune aree addirittura eccellente. Poi le cose sono peggiorate, 25 miliardi di euro di tagli al servizio sanitario nazionale in 3 anni aggiunti all'aumento della compartecipazione alla spesa hanno allontanato le persone, che rinunciano alle cure mediche per ragioni economiche e rinunciano pure al dentista per una visita di controllo; il 49% lo fa solo nel giorno della prevenzione gratuita o quando la situazione è improrogabile. Stando alle dichiarazioni dei vertici regionali (da prendere con le pinze considerato il periodo elettorale), l'assessore Coletto ha detto: "Non si sospenderà l'erogazione dei servizi di assistenza aggiuntiva, almeno ai ceti più deboli ma, semplicemente, non siamo più in grado di garantire l'offerta generalizzata". Personalmente non ho motivi per non credere alle sue affermazioni. Però le difficoltà restano. Cittadinanzattiva su tutto il territorio nazionale continua l'azione di coinvolgimento dei vertici aziendali proponendo l'adozione delle carte qualità in chirurgia e in medicina interna e molti ospedali le hanno già adottate; come pure la carta europea dei 14 diritti del malato, proprio allo scopo di prevenire cali di attenzione e rispetto che devono continuare a essere garantiti nei nostri ospedali. L'ultima riflessione in chiusura può essere considerata un invito ai vertici aziendali di prevedere sempre per le partorienti, l'applicazione della legge 38/2010 sul dolore, e non solo in orario diurno e nei grossi centri ospedalieri. Molte mamme di un bimbo/a da noi interpellate hanno risposto che il "dolore del parto è rimasto indelebile nella loro memoria", e anche per questa ragione aggiunta ad altre motivazioni di carattere economico e sociale, non avrebbero pensato ad una seconda gravidanza. I bambini sono una ricchezza enorme per la società e un evento così meraviglioso non può essere ricordato solo per la sofferenza subita durante il parto.

Il piede elettronico ÉLAN

A cura del Presidente di Orthomedica Massimo **Pulin**
e dell'ing. Chiara **Monticone**

Specializzati nell'Ortopedia su Misura
ORTHOMEDICA



L'Élan (Electronic Ankle) è l'unico piede regolato da un microprocessore biomimetico, in grado di riconoscere il tipo di terreno e di rispondere in modo progressivo, utilizzando una caviglia idraulica e lamine in E-Carbon che si adattano al suolo e che assicurano un grande ritorno di energia. Il corpo umano ha una velocità di camminata naturale che è determinata da quanto efficientemente i muscoli riescono a convertire le calorie e l'energia in movimento e lavora in modo da raggiungere questo bilanciamento nella maniera più efficace possibile; per imitare al meglio il comportamento fisiologico dell'articolazione, l'Élan è dotato di una funzionalità propulsiva programmabile, che modifica la risposta del piede per aumentare il ritorno di energia e, nel caso degli amputati trans-tibiali, consentire un rotolamento più veloce.
Il dispositivo misura ogni passo, e si adatta ai cambiamenti: in salita (o salendo le scale) il tallone si indurisce, l'avampiede si muove verso l'alto e la flessione dorsale si ammorbidisce per facilitare la progressione della tibia e il rotolamento del piede. La salita diventa, così, efficiente dal punto di vista energetico e se la velocità o la pendenza aumentano, l'Élan si adatta al cambiamento. In discesa, invece, il tallone diventa più morbido e l'avampiede si irrigidisce per fornire un supporto sicuro e controllare la discesa, mentre nella fase oscillatoria si comporta esattamente come il piede umano: la punta rialzata aiuta a superare gli ostacoli e mantenere la schiena nella posizione naturale. Grazie una connessione bluetooth e una funzione di auto apprendimento, il software intelligente di Élan calibra il piede in base alle specifiche caratteristiche del passo del paziente; inoltre una connessione senza fili consente di eseguire una precisa programmazione dallo schermo del computer, senza limitazioni. In questo modo Il tecnico ha il controllo totale dei parametri di regolazione e, mentre il paziente cammina alla sua andatura preferita, la schermata grafica rende possibile ottenere una programmazione accurata in maniera molto semplice. La regolazione del dispositivo avviene attraverso alcuni semplici passi:
1. Allineamento a banco, in cui si segue la flessione naturale del moncone, facendo indossare una calzatura normale, in modo da consentire 3° di flessione dorsale e 6° di flessione plantare.
2. Allineamento statico, fase in cui si agisce solo sull'allineamento della protesi, fino a che il paziente non si sente stabile, e si verifica che, a una dolce flessione del ginocchio corrisponda un movimento analogo della caviglia.
3. Collegamento al computer, semplice processo di connessione bluetooth al software.
4. Vettore allineamento dinamico, in cui si conferma la ripartizione della gamma totale di movimento tra flessione dorsale e plantare, regolando il rapporto desiderato.
5. Impostazioni di resistenza di base, cioè la regolazione della flessione plantare, fino a ottenere un buon appoggio del tallone, e della flessione dorsale affinché si giunga ad un passaggio omogeneo alla fase di distacco delle dita da terra.
6. Calibrazione della camminata, durante la quale il paziente esegue tre camminate in piano.
L'Élan è stato progettato per garantire elevate prestazioni di camminata e, proprio per questo, la selezione delle lamine e dell'olio è basata sul peso e sul livello dell'attività del paziente.

Attività	Modalità élan	Resistenza	Effetto sulla lamina
Camminata in piano	Maggior fless. dorsale nella fase oscillatoria	Regolazioni di base	Sollevamento della punta per superare ostacoli, risposta equilibrata delle lamine
Camminata veloce (transtibiali)	*Supporto* Assicura un momento più elevato durante il ciclo del passo	Resistenza in fless. plantare aumentata, resistenza in fless. dorsale ridotta per un facile rotolamento.	Tallone più rigido, avampiede più morbido, maggior immagazzinamento e restituzione di energia.
Camminare in salita con moderata inclinazione	*Supporto* Consente una salita più facile	Cambiamenti progressivi; aumenta la resistenza della flessione plantare e riduce la resistenza in fless. dorsale	Tallone più rigido, avampiede più morbido, maggior immagazzinamento e restituzione di energia
Camminare in discesa	*Effetto frenante* Aiuta a controllare la spinta in avanti e assicura una maggiore stabilità del ginocchio e sicurezza	Cambiamenti progressivi; riduce la resistenza della flessione plantare e aumenta la resistenza in fless. dorsale	Tallone più morbido, avampiede più rigido, minor immagazzinamento e restituzione di energia
Batteria scarica	*Sleep* Ritorna alle regolazioni di base (camminata in piano)	Funziona come un piede Echelon (senza regolazioni del microprocessore)	Sollevamento della punta per superare ostacoli, risposta equilibrata delle lamine

Il paziente **al centro**

Armonizzazione e standardizzazione degli esami di laboratorio

di Mario **Plebani**
Dip. Medicina di Laboratorio,
Azienda Ospedaliera Università di Padova

È frequente che un paziente si senta dire dal medico curante, dopo la lettura di un referto di laboratorio "per favore, vada a ripetere questi esami presso il Laboratorio....." oppure che lo stesso curante inviti preventivamente il paziente ad utilizzare una determinata struttura.
La domanda che sorge spontanea è "ma come è possibile che nel 2013 gli esami eseguiti da una struttura di laboratorio non diano risultati uguali a quelli di altre strutture", e perchè un paziente che può viaggiare per lavoro o diletto deve essere costretto ad utilizzare sempre e solo una struttura di laboratorio?
La domanda è legittima, la risposta complessa.
Benchè da anni, siano avviate importanti iniziative di standardizzazione (ossia di messa a punto di metodi e materiali di riferimento) e di armonizzazione (ossia di ricerca della concordanza fra metodiche diverse), la corrispondenza fra risultati, o meglio informazioni, di laboratorio è ancora un'utopia, tanto che è stata definita la ricerca del "Santo Graal".
La standardizzazione è un processo complesso che coinvolge numerose entità, a partire da enti di ricerca e di produzione di materiali standard, a laboratori di riferimento, ai produttori di reagenti e strumentazioni e, infine, ai laboratori clinici (*end-users*).
La complessità ed il costo della standardizzazione sono tali che solo per un numero modesto di parametri (circa una quindicina su un menù di test che supera 500 esami) esistono metodi e materiali standardizzati.
L'armonizzazione analitica, che è meno indaginosa e costosa, è invece ritardata da fattori quali la scarsa propensione dei produttori a ricalibrare i loro metodi, spesso perchè questo determina ulteriori documentazioni da presentare agli Enti di regolamentazione. Infine, c'è la scarsa comprensione da parte della comunità dei medici e dei laboratoristi della necessità di superare i problemi che sono causa della mancata concordanza fra esami eseguiti da strutture e con metodi diversi.

© Can Stock Photo Inc. / keeweeboy

Un esempio virtuoso, far i tanti, è stata la proposta di refertare il tempo di protrombina, uno degli esami di coagulazione più richiesti e necessario per il monitoraggio dei pazienti in terapia con anticoagulanti orali, con un indice (INR-international normalized ratio) che permette di "correggere" le differenze che i laboratori possono incontrare utilizzando metodi, reagenti e strumentazioni diverse.
Ma, negli ultimi tempi, a fronte delle prove sull'errore di laboratorio, si è compresa la necessità di un approccio "globale" al tema dell'armonizzazione, prendendo in considerazione tutte le variabili che possono determinare discrepanze e non-concordanza fra i risultati forniti da strutture diverse.
Per tutte queste ragioni, si terrà a Padova il 25 ottobre prossimo venturo l'International Conference on Laboratory Medicine "Harmonization in Laboratory Medicine: the complete picture". Per saperne di più, è sufficiente consultare il sito
www.lccongressi.it/laboratorymedicine2013.
L'esigenza di identificare tutte le possibili cause di errore e di non-concordanza fra risultati ottenuti da laboratori diversi, superare le criticità identificando dei percorsi virtuosi potrà definire standard procedurali che garantiscano qualità, concordanza e sicurezza. Questo percorso permetterà non solo di soddisfare i bisogni dei pazienti, ma di ridurre ingiustificati costi per il Sistema Sanitario dovuti alla ripetizione di esami per scarsa affidabilità e armonizzazione.

«Vecchio», caro **gesso**

I gessisti italiani erano conosciuti come i migliori al mondo

di Giovanni **Munaron**
(U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia,
Ospedale Sant'Antonio di Padova, direttore dottor Sergio Candiotto)

Tutti conoscono il gesso, come strumento di immobilizzazione in caso di fratture, distorsioni, lesioni tendinee, artriti.
Fu Mathissen medico militare, che nell'800 introdusse questa metodica, dapprima in campo militare, successivamente vi fu la diffusione anche in campo civile.
In Italia con la nascita dell'Istituto Ortopedico Rizzoli a Bologna nel 900, l'apparecchio gessato divenne addirittura arte, infatti i gessisti italiani erano conosciuti come i migliori del mondo, plasmavano apparecchi gessati modellati e resistenti atti a curare numerose problematiche in campo ortopedico e traumatologico.
Gesso che doveva essere leggero e resistente con il guscio di un uovo, insegnava il professor Ferdinando Vigliani già direttore della Clinica Ortopedica di Padova, il quale propugnava anche l'uso di bende gessate grandi.
Naturalmente non doveva mai stringere in maniera eccessiva perché potenziale ostacolo alla circolazione. Per chi non l'avesse mai visto fare, il confezionamento dell'apparecchio gessato prevede il bendaggio con cotone del segmento scheletrico da immobilizzare, comprese le articolazioni a monte e a valle e quindi l'avvolgimento con benda gessata preventivamente immersa in acqua dello stesso tratto, quindi benda molle e in pochi minuti il tutto si consolida con reazione esotermica; naturalmente ci vogliono parecchie ore perché si asciughi completamente.

© Can Stock Photo Inc. / Bepsimage

Seguono le raccomandazioni, arto in scarico, controllo di gonfiore, sensibilità, colorito delle dita dell'arto in gesso.
Molte persone quindi sono passate per la sala gessi che non è altro che il luogo dove vengono confezionati gli apparecchi gessati, dal medico Ortopedico aiutato dagli infermieri gessisti. La tendenza dell'ortopedia-traumatologia moderna tuttavia ha ridimensionato l'utilizzo del gesso, in quanto si tende spesso ad intervenire chirurgicamente mediante osteosintesi interne con placca e viti e si è diffuso l'utilizzo dei fissatori esterni, le immobilizzazioni gessate quindi diventano spesso superflue, tuttalpiù si confeziona per brevi periodi una doccia gessata che è il "mezzo gesso", vi sono inoltre ditte che producono tutori ortopedici geniali, di tutte le fogge e per qualsiasi necessità.

HILTERAPIA®
risposta efficace alle distorsioni

testo a cura del
Dottor Alessandro **Valent**
Specialista in Fisiatria

La primavera invita alla ripresa dell'attività fisica per recuperare la forma. Lo scarso allenamento invernale può però creare qualche problema alla caviglia, prima vittima di distorsioni. Il dottor Alessandro Valent ne approfondisce diagnosi e terapia.

E' tra i traumi più comuni nelle attività sportive tanto da lasciare sul campo circa 50.000 italiani ogni giorno (dati Croce Bianca, ndr): la distorsione alla caviglia si aggiudica il podio tra i traumi muscolo-scheletrici più frequenti (20%) tra chi pratica pallavolo (56%), basket (55%), calcio (51%) e corsa(40%). Con l'arrivo della primavera, il numero dei casi sarà però in ascesa (35%) complice la ripresa di pratiche come lo jogging e la corsa praticate da chi ha poco allenamento nelle gambe. La distorsione della caviglia non colpisce però solo lo sportivo.

DISTORSIONE: COME AVVIENE

Per motivi anatomici e per la prevalenza nella popolazione del piede cavo-supinato, circa l'85% delle distorsioni avviene in inversione (rotazione interna e flessione plantare del piede), il che comporta un interessamento prevalente del compartimento esterno della caviglia. Direttamente coinvolte nella maggior parte dei traumi acuti sono le strutture capsulo-legamentose, mentre meno frequentemente si assiste ad un'associazione di fratture o lesioni cartilaginee. Il legamento più interessato da lesione è il Peroneo-Astragalico Anteriore. Meno frequenti sono le distorsioni del comparto interno causate da un esagerato movimento di rotazione esterna e flessione dorsale della caviglia e che interessano il legamento Deltoideo, più robusto del legamento Peroneo-Astragalico Anteriore. Più rari i casi di interessamento della sindesmosi tra tibia e perone e frattura o lesione alla cartilagine dopo distorsione.

FATTORI DI RISCHIO: DALLA MORFOLOGIA ALLO SPORT

Tre sono i fattori di rischio che determinano la distorsione della caviglia e hanno a che fare con la conformazione del piede (particolarmente esposto alla possibilità di fare i conti con la distorsione è quello cavo-supinato), la condizione dei legamenti (a causare dèbacle sono quelli lassi) e il tipo di sport che viene praticato. Considerato il diverso grado di dolore che le caratterizza e le varie lesioni che possono determinare, le distorsioni hanno una doppia scala di valutazione. Se, dal punto di vista anatomopatologico, si identificano quattro distinti gradi - stiramento (Grado 0), lesione parziale del Legamento Peroneo Astragalico Anteriore (Grado 1), lesione del Peroneo-Astragalico Anteriore e del Legamento Peroneo Calcaneare (Grado 2) e lesione del Peroneo-Astragalico Anteriore, del Legamento Peroneo Calcaneare e del Legamento Peroneo Astragalico Posteriore (Grado 3) - scegliendo il fattore "tempo" a metro di valutazione, tre sono i piani di classificazione (acute, recenti su traumi distorsivi precedenti o croniche in soggetti predisposti).

SINTOMI, DIAGNOSI E TERAPIA: DOLORE PROTAGONISTA

Mai sottovalutare le complicanze di una distorsione alla caviglia e nemmeno sminuirne i sintomi che eleggono il dolore vivo e localizzato a livello della zona anteriore del malleolo peronale a principale interprete. Se la sofferenza è un segnale del trauma avvenuto, la tumefazione, modesta o rilevante a livello periarticolare, e la limitazione funzionale dovuta al dolore avvertito nel compiere movimenti, non sono secondarie.

Un'attenta anamnesi e un esame obiettivo con l'ausilio di valutazioni strumentali (ecografia, radiografia tradizionale e risonanza magnetica nucleare) sono alla base di una diagnosi puntuale. I risultati acquisiti dopo queste valutazioni cliniche portano alla definizione della terapia più corretta che, nella maggior parte dei casi, è conservativa (quella chirurgica è riservata ai casi di distorsione di 3° grado) e si suddivide in tre fasi: acuta (durata 3-7 giorni), subacuta (7-15 giorni) e guarigione (15-30 giorni). Nella fase acuta i presidi da applicare consistono in riposo, astensione dal carico, utilizzo di ghiaccio e bendaggio compressivo per alcuni giorni. Utili anche i farmaci antiinfiammatori, le terapie strumentali ed i massaggi di scarico. Tra le terapie strumentali più utilizzate **Hilterapia®**, grazie ai suoi effetti analgesico, decontratturante ed antiinfiammatorio, è particolarmente efficace poiché è in grado di diminuire in maniera significativa la sintomatologia dolorosa e ridurre gli edemi post-traumatici, migliorando la funzionalità articolare. In fase subacuta, quando edema e dolore sono in fase regressiva, con l'ausilio di cavigliere a gusci laterali si procede ad un carico progressivo e all'introduzione di esercizi di mobilizzazione articolare - prima passivi e poi attivi su tutti i piani – e propriocettivi con l'utilizzo di asciugamano e tavolette instabili da svolgere con carichi progressivi partendo dalla posizione seduta. Scomparso il dolore si prosegue con il rinforzo muscolare con esercizi isometrici, isotonici con l'impiego di elastici e con alzate sui talloni e sulle punte. Durante la guarigione, infine, dopo aver autorizzato la corsa rettilinea e i cambi di direzione, si introducono esercizi pliometrici (salti), balzi laterali e attività sportive specifiche.

facebook

Seguici su Facebook, c'è Hilterapia®!

Lo sapevi che Hilterapia® ha la pagina ufficiale su Facebook? Collegati e fai clic su "Mi piace": potrai condividere con professionisti, con esperti ma anche con noi, informazioni, approfondimenti, eventi e curiosità, sulla Hilterapia®. Ti aspettiamo!

Benessere psicologico

Perchè sono così rari i momenti in cui ci sentiamo veramente bene? E perchè durano così poco?

La confusione più comune è quella che mescola il concetto di felicità con quello di benessere: mentre la prima è uno stato momentaneo di gioia, privo di sofferenza e stati d'animo negativi, il secondo si concretizza in una condizione di equilibrio fra la persona con le sue necessità e le sue risorse, e l'ambiente in cui vive. È un equilibrio dinamico, risultato di adattamenti continui, che può essere preso in esame solo con una valutazione globale della propria qualità della vita, a prescindere dal singolo momento.
Esistono diversi "nemici" alla nostra percezione di benessere: la malattia, lo stress al lavoro, le incomprensioni familiari, le difficoltà a relazionarsi con le altre persone, la solitudine. Come fare allora a cercare il benessere nonostante questi "nemici"? Ci da una risposta Fabio Tonello, psicologo presso BrainCare: "Il benessere implica la costruzione di una nuova concezione di noi stessi, deve diventare un **BEN-ESSERE**, nel significato di sapere e ricercare un'esistenza con un significato, con delle direzioni verso cui ogni giorno ci muoviamo. Vi faccio un esempio: pensiamo ad un padre di famiglia costretto a fare un lavoro massacrante per poter garantire sostentamento alla famiglia; questo potrà cercare il ben-essere ricordando l'importanza che per lui ha il valore famiglia, trovando forza e serenità in esso, nonostante i momenti di fatica e di scoraggiamento". Ma come si fa?
I più moderni approcci psicologici ci indicano che il primo passo è interrogarci e diventare **consapevoli** dei nostri desideri più profondi rispetto a ciò che vogliamo essere e a ciò che vogliamo realizzare nella nostra vita. Nonostante sembri una domanda banale, spesso trascorriamo lunghe fasi della nostra vita senza avere una chiara visione di essi e concentrandoci sugli avvenimenti del presente. Una volta scoperti i nostri scopi e valori potremo renderli i fari che ci indicano la direzione per avvicinarci a quanto più desideriamo al mondo. A questo punto, il passo successivo è assaporare al massimo quello che facciamo, essere pienamente coinvolti in qualsiasi cosa stiamo facendo.
Lo scopo della psicologia è dunque quello di cambiare il modo in cui la persona si relaziona con il malessere (ansia, stress, insonnia, depressione, ecc.) in modo che questi non gli impediscano di realizzare i suoi desideri. In questo modo ci si concentra sulla nostra capacità di agire per realizzarci, senza lasciarci bloccare dalle emozioni negative e sul modo in cui la nostra mente si rappresenta le diverse circostanze che ci troviamo ad affrontare.
"Il benessere psicologico, come mostra un vastissimo numero di studi, ha implicazioni di massima rilevanza sulla nostra salute, sulla nostra capacità produttiva e sulla possibilità di avere relazioni soddisfacenti con le persone. E pertanto è il nostro obiettivo primario nella presa in carico di ogni persona. La decisione di coltivarlo non è segno di malattia, ma della scelta di raggiungere un equilibrio per vivere al meglio la propria vita e di fare il possibile per la realizzazione di ciò che desideriamo", sottolinea il Direttore Scientifico di BrainCare, la prof.ssa Anna Cantagallo, neurologo e neuropsicologo.
Apprendere come mantenere l'**equilibrio tra desideri e difficoltà** è un modo per utilizzare la nostra mente in tutte le sue potenzialità e non trattarla come una sconosciuta che ogni tanto ci impedisce di proseguire sul nostro cammino. E' un percorso di cui tutti possono giovare e che, una volta avviato con la guida di un professionista, può essere condotto per tutto il resto della propria vita in piena autonomia, raggiungendo grandi risultati.
BrainCare, centro psicologico con sede a Padova, è in prima linea nella ricerca e nella promozione proprio di quel Ben-Essere che significa serenità, attività, crescita per un **Ben-Fare** con Buoni Risultati e **Ben-Avere**.
Per maggiori informazioni e chiarimenti o per prenotare un colloquio si può chiamare lo **0498176700** o scrivere a **info@braincare.it**.

Nella foto in alto a sinistra: la prof.ssa Anna Cantagallo, neurologa e fisiatra, direttore scientifico BrainCare, dott.ssa Francesca Tebaldi, psicologa e psicoterapeuta , dott. Fabio Tonello, psicologo e psicoterapeuta.

Brain Care®
DRIVE YOUR MIND

Brain Food®

con il patrocinio di

Comune di Padova

cittàsane
rete italiana OMS

presentano

Cibo per la Mente

LE SERATE DI BRAINCARE CHE NUTRONO IL TUO DESIDERIO DI CONOSCERE

Psicologia e Scrittura

Giovedì 21 marzo 2013
ore 18.30
sede BrainCare
via Fornace Morandi, 24
Padova

Serata su prenotazione
con memo-aperitivo

Iscriviti entro il 18 marzo 2013
per prenotare il tuo posto:
chiama lo 049 8176700
o scrivi a info@braincare.it

Scopri le altre date della rassegna "Cibo per la mente" su www.braincare.it o sulla nostra pagina facebook!

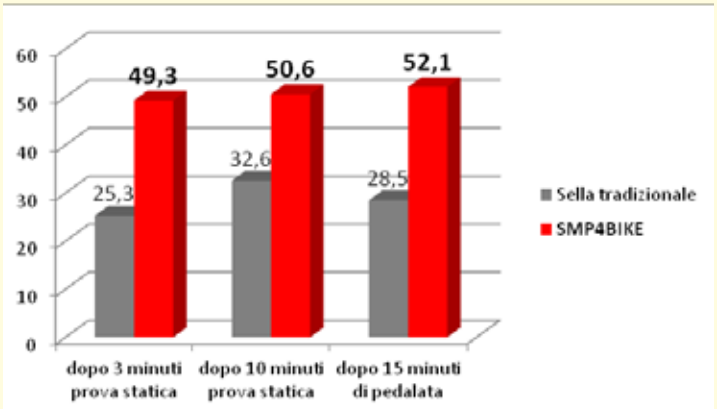
SELLE SMP

Sport e salute

I problemi urogenitali legati al ciclismo e l'innovativa soluzione di SELLE SMP, azienda padovana leader mondiale nel settore delle selle ergonomiche per bicicletta.

Il mondo dello sport si avvale sempre più spesso della scienza per realizzare strumenti più efficienti, grazie ai quali ottenere le migliori performance e, allo stesso tempo, minimizzare i possibili effetti dannosi per la salute degli atleti.
La pratica ciclistica sollecita il nostro corpo più di quanto non si pensi e può generare conseguenze sulle quali è utile approfondire. Un recente studio ha preso in esame sessantadue pubblicazioni scientifiche ed è emerso che i problemi e le patologie più comuni che affliggono i ciclisti sono:
formicolio perineale: dovuto alla diminuzione dell'irrorazione sanguigna conseguente alla compressione dei dotti circolatori. Il problema, in misura più o meno marcata, è registrato nel 65%-95% dei casi e scompare in alcuni minuti al termine dell'attività, per ripresentarsi la volta successiva.
dolore perineale cronico: registrato in percentuale tra il 50% e il 91% dei ciclisti considerati; nel 13-24% dei casi è associato a desensibilizzazione genito-perineale con conseguente disfunzione erettile da moderata a severa.
Le conclusioni alle quali si giunge sono:
1. Lo schiacciamento delle strutture neuro-vascolari è all'origine di patologie all'apparato uro-genitale.
2. La geometria della sella influisce in modo determinante sulla riduzione della compressione ed è perciò un parametro fondamentale da considerare e valutare al momento della scelta.

Alla luce di tali conclusioni è iniziata la ricerca di Selle SMP per offrire una soluzione alle problematiche evidenziate. Le selle della serie SMP4BIKE presentano una seduta uniformemente distribuita sui glutei, sulle tuberosità ischiatiche e sull'ischio, mantenendo il piano perineale completamente libero grazie ad un ampio canale centrale che percorre tutta la lunghezza della sella. Si evita così lo schiacciamento delle delicate strutture neuro-vascolari perineali. L'avvallamento presente nella parte posteriore fa sì che il coccige non tocchi la sella, evitando contraccolpi causati dalle asperità del terreno che potrebbero ripercuotersi sul rachide. La punta a "becco d'aquila" rende scevri da compressione i genitali esterni. L'efficacia di questa innovativa concezione ergometrica, protetta da quattro brevetti mondiali, è stata scientificamente provata dall'equipe del Prof. Breda (ex primario Dipartimento di Urologia, Ospedale S. Bassiano di Bassano) che ha messo a confronto una sella SMP4BIKE con un prodotto tradizionale (Journal of Sexual Medicine 2005;2:605–611). Nel corso dello studio sono state rilevate le modificazioni indotte nella perfusione sanguigna arteriosa del pene conseguenti alla compressione esercitata sulle strutture perineali, tramite la misurazione della pressione parziale dell'ossigeno peniena per via transcutanea (PtcO2).
I risultati ottenuti dimostrano che le selle SMP4BIKE garantiscono una maggior perfusione sanguigna del pene e rappresentano oggi la miglior soluzione disponibile sul mercato per ottenere le massime prestazioni, vincendo anche in salute.



100% HANDMADE IN ITALY

SELLE SMP

designed on your body

Selle SMP sas
Via Einstein,5 - 35020 Casalserugo (Padova) - Italy
Tel. +39 049 643966 - Fax +39 049 8740106
www.sellesmp.com
ISO 9001:2008 Certified

Lacrime o un abbraccio?

Quelle frasi da non dire a un malato di tumore

di Giampietro **Vecchiato**
Vicepresidente FERPI - Federazione Relazioni Pubbliche Italiana

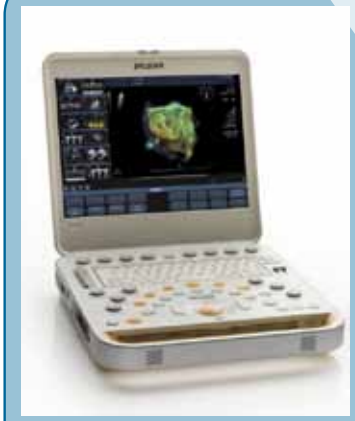
Quando qualcuno ci annuncia di avere un tumore (con tutto il peso delle analisi, degli interventi, delle terapie, della paura, della disperazione) inizia un processo lungo e doloroso. Ma alle sofferenze provocate dalla malattia – afferma Enrico Franceschini - se ne aggiungono spesso delle altre; sono i commenti di familiari ed amici che, sia pure in buona fede e non certo con l'intento di fare del male, dicono la cosa sbagliata, al momento sbagliato. Deborah Orr, cronista politica del Guardian, non ha smesso di comportarsi da giornalista nemmeno durante la sua lotta con il cancro, prendendo appunti proprio sulle frasi involontariamente nocive dei parenti e delle persone più care che andavano a farle visita. E ora che la fase più acuta e dura della terapia post-operatoria è passata, ha scritto un lungo articolo per il suo quotidiano fornendo una specie di "decalogo" di quello che NON si dovrebbe mai dire a chi ha un tumore, perché ha il significato opposto di quello desiderato. Dieci comandamenti da ricordare, per non ripetere gli stessi errori se un congiunto o un amico ne viene colpito. "Il cancro è una malattia grave, che ti pone al centro di attenzioni affettuose da parte della tua famiglia e dei tuoi amici", racconta la Orr. "Ma sovente si diventa il bersaglio di parole dette con le migliori intenzioni che sortiscono l'effetto di farti sentire peggio". La prima (1) della lista è: "Non

sai quanto mi dispiace per te". Una frase, osserva la giornalista, "che ti fa sentire oggetto di pietà e compassione, non è esattamente una bella sensazione ascoltarla". La seconda (2) è: "Se c'è qualcuno che può combattere questa malattia, sei proprio tu!", che in realtà non suona affatto rassicurante, perché "sottintende che solo chi ha un carattere di ferro può farcela, non è di grande conforto, specie se in quel momento ti senti fragile e demoralizzato, come è possibile o normale che sia". Un'altra espressione sotto accusa (3): "Ti trovo proprio bene". Commenta la Orr: "E' impossibile che non si noti l'affaticamento di qualcuno malato di cancro, dunque è un'uscita stucchevole, ipocrita, che non aiuta per niente". Così come lo è, naturalmente, l'affermazione del contrario (4): "Hai un pessimo aspetto". Se l'ipocrisia è fuori luogo, l'eccesso di sincerità pure: "Un malato - scrive la cronista del Guardian - non ha certo bisogno di ricevere una conferma del proprio stato".La gaffe numero cinque (5) dell'elenco è questa: "Fammi sapere i risultati degli esami". Avverte la reporter: "Nessun malato di tumore ha voglia di diffondere sui social network i risultati delle analisi, di solito dopo esami lunghi e stressanti, che possono terminare con esiti che nessuno ha voglia di ripeter". Frase sbagliata numero sei (6): "Qualunque cosa io possa fare per aiutarti, sono a tua disposizione". Molto meglio, nota la Orr, dare direttamente un suggerimento su come aiutare l'amico o il familiare, tipo: "Che ne dici se vado a prendere io i tuoi bambini a scuola il martedì?" Attendere una richiesta specifica di aiuto ricorda al malato che non è più autonomo e in grado di badare a se stesso. Altre parole da evitare (7): "Le tue preoccupazioni sono infondate". Secondo la giornalista è la tipica frase che si usa quando le preoccupazioni, invece, sono più che fondate, per cui è controproducente. Consiglio numero otto (8): non dare sfogo alla propria curiosità chiedendo "cosa si sente davvero con la chemioterapia?", a cui potrebbe venire voglia di rispondere: perché non la provi e poi mi dici? Numero nove (9): "Ho davvero bisogno di vederti", che non tiene conto del fatto che "gli ammalati sono implicati in mille spiacevoli impegni, tra esami, analisi e medici, e non è così semplice trovare il tempo per vedere subito tutti". Infine, ultima frase sbagliata del decalogo (10): "Sono terribilmente sconvolto per la tua condizione". Meglio mordersi la lingua e stare zitti: "L'ammalato di tumore - afferma Deborah Orr - ha bisogno di un pensiero positivo e di avvertire una vicinanza serena, meglio regalare fiori e sorrisi che inondarlo di lacrime". Come afferma Epitteto: "Non la morte o il dolore sono una cosa terribile, ma la paura del dolore o della morte". Essere felici e positivi fa bene alla salute del malato e di chi dona. Meglio regalare quindi un sorriso e un abbraccio sincero.

Sidem S.p.A.
www.sidemspa.com
commerciale@sidemspa.it
Sede di Padova
Via San Crispino,32

Distributore Autorizzato sistemi di Monitoraggio ed Ultrasuoni

Servizi Professionali di assistenza tecnica
Materiale di consumo



Prodotti e Sistemi Philips per la mamma e il bambino

Linea Philips-Avent

SIDEM e' produttore del sistema di disinfezione automatico delle sonde TEE

S.I.D.EM. S.p.A. – Prodotti Elettromedicali
www.sidemspa.com
consumabili@sidemspa.it

Brevetto Europeo SIDEM mod.BM33T

Distribuzione sistemi di ventilazione non invasiva

Philips Respironics _

Prodotti di elettrocardiografia e monitoraggio base per il mercato pubblico e privato

La **New York** di Campigotto

Le visioni notturne del fotografo veneziano in mostra alla Galleria Bugno

Seconda mostra personale del fotografo negli spazi della Galleria Bugno, sita di fronte al Teatro La Fenice a Venezia. Dopo "Landscape As Memory" presentata nel 2009 e la mostra personale al Museo Fortuny "My Wild Places" del 2010, dove protagonisti erano grandi spazi selvaggi, deserti, montagne e ghiacciai, questa volta Campigotto presenta la sua visione notturna di New York. In Gotham City, questo il titolo della mostra e del volume edito da Damiani, sono raccolte le fotografie che Campigotto ha scattato a New York nell'arco di dodici anni. Si tratta di una Gotham City ricostruita dalla memoria, spesso intrisa di una luce vitrea e di un'atmosfera a volte smagliante di colori vivaci, altre volte avviluppata in sfumature tenui. Ogni immagine è ripresa come fosse lo scenario di un film o un fumetto. Una sorta di viaggio sentimentale nella Grande Mela della nostra immaginazione, dai ponti sull'East River all'Empire State Building, dal Guggenheim Museum a Canal Street, da Times Square al porto vecchio di Brooklyn. In mostra anche 4 foto scattate durante il blackout seguito all'uragano Sandy lo scorso ottobre 2012.

Luca Campigotto (Venezia, 1962) dal 1990 fotografa il paesaggio e l'architettura, alternando la visione di notturni metropolitani (oltre a New York, anche Chicago, San Francisco, Londra, Cairo, Bombay, Bangkok e naturalmente Venezia...) a quella dei grandi spazi disabitati come la Patagonia, la Lapponia o i deserti dell'Iran e dell'India.

BUGNO ART GALLERY
Modern · Contemporary · Photography
S. Marco 1996/d - 30124 Venezia
Ph. +39-041-5231305 Fax +39-041-5230360
www.bugnoartgallery.it

Inaugurazione sabato 2 febbraio 2013 alle 18.00
Dal 3 febbraio al 3 marzo 2013
Disponibile in galleria il libro Gotham City edito da Damiani con testi di Marvin Heiferman e Luca Campigotto. Disponibile anche il cofanetto in edizione limitata di 40 copie che contiene il libro e una fotografia firmata e numerata dall'artista.

Venezia, **un sogno**

La città dei Dogi raccontata nel romanzo dalla sceneggiatrice di Massimo Troisi

di Raffaele **Rosa**

Ci sono libri che solo dal titolo ti creano un'aspettativa talmente forte che non vedi l'ora di leggerli per esaudire la voglia di apprestarti a gustare finalmente una bella storia, per staccare il cervello e fantasticare un po'. Quando sullo scaffale ti accorgi di una copertina con l'immagine di Venezia e leggi la parola sogno, lo associ subito a romanticismo, arte, cultura, amore. Ma non sai cosa può nascondersi dentro le pagine di quel libro. Temi di restare deluso o di trovarti di fronte all'ennesima vicenda storica resa moderna da scrittori capaci ma forse non così originali e vicini allo spirito di quel pesce senza testa (come ama definire Venezia lo scrittore Tiziano Scarpa).

Non è facile parlare di questa città unica e irripetibile, ma Anna Pavignano, piemontese d'origine e romana d'adozione, nella sua ultima fatica "Venezia, un sogno" (edizioni e/o) è arrivata dove molti, anche veneziani doc e d'adozione, non erano ancora arrivati o erano riusciti a fare.

Nel libro della sceneggiatrice dei film di Massimo Troisi, da Ricomicio da Tre fino al Il Postino, non c'è solo la storia di un giovane americano che sbarca in Laguna e si innamora di una ragazza veneziana che vende oggetti di vetro di Murano, ma si può cogliere la drammaticità dell'acqua alta, del suo potere devastante, del male che fa ogni volta che invade Venezia e i suoi campi, campielli, magazzini e piano terra delle abitazioni. Si riesce, forse per la prima volta, a cogliere quello spirito che contraddistingue gli ultimi inguaribili veneziani che non intendono e non intenderanno mai lasciare la città in cui sono nati e cresciuti per la terraferma perché lo ritengono una sorta di tradimento, di peccato mortale, di bestemmia contro se stessi e la propria natura.

Il protagonista del libro della Pavignano si chiama Thomas, un americano che arriva da Benicia, in California che dopo aver girovagato per l'Europa in una sorta di interrail infinito decide di mettere radici in Laguna.

Il giovane statunitense conosce Ivonne, dolce ragazza veneziana che lavoro in un negozio che vende oggettistica in vetro. Tra i due scoppia l'amore. Thomas si venezianizza al 100% e grazie al suo americano madrelingua trova lavoro come cameriere all'Harry's Bar. Ma la storia con Ivonne è contrastata, si intreccia con altri amori e con la nascita di un figlio, Felix. Sullo sfondo resta sempre la Venezia dei veneziani, quella di tutti i giorni, quella delle sirene dell'acqua alta che sei ore cresce e sei ora cala lasciando segni indelebili. Ivonne muore per una malattia misteriosa che le fa perdere la memoria e per Thomas inizia una seconda fase di vita: quella in cui nel contraddittorio rapporto con il figlio, che lo accusa di averlo trascurato per troppi anni per meritare la sua considerazione e il suo amore, alimenta una sfida che appare proprio di quei veneziani doc che ancora oggi non vogliono lasciare Venezia, i suoi problemi, la sua sopravvivenza, le case in cui sono nati e cresciuti. Nel racconto, in alcuni passaggi drammatici e struggenti, il rapporto che cresce poco a poco con il nipote adottivo africano. E proprio il piccolo a diventare il complice più affidabile del Thomas maturo che sceglie di combattere per Venezia e i suoi problemi e che decide di non tradirla per una casa in Terraferma, come avrebbe desiderato il figlio.

Venezia, un sogno è un viaggio nelle memorie di vita di un uomo adulto, conscio di non essersi sempre comportato bene nella propria esistenza, ma orgoglioso a tal punto da non voler ammettere del tutto i propri errori. Arrivati alla fine di Venezia, un sogno, si chiude il libro con un senso di pace globale ritrovata, unito ad un invito nascosto tra le righe che tutelando il mondo dove viviamo, anche il nostro microcosmo di affetti potrebbe trarne reale beneficio.

Dalle elementari all'università **100mila studenti stranieri**

L'inchiesta di Pianeta Giovani sull'immigrazione

© Can Stock Photo Inc. / jhogan

Uno degli indicatori più importanti per considerare la presenza degli stranieri nel nostro Paese, e in Veneto in particolare, è rappresentato dalle iscrizioni a scuola. Dopo i massicci arrivi degli anni del boom economico, infatti, molti lavoratori si sono stabiliti definitivamente (o comunque per periodi medio-lunghi).
C'è stata la lunga fase dei ricongiungimenti familiari, e poi ormai da un paio di decenni, le nascite dei figli. Una generazione che quindi, per forza di cose, frequenta le nostre scuole. Vediamo i dati contenuti nel rapporto sull'Immigrazione 2012, elaborato dalla Regione e da Veneto Lavoro. Nell'anno scolastico 2010/11 circa 90.000 stranieri risultavano iscritti nelle scuole del Veneto (si arriva a quasi 100.000 includendo la formazione professionale e le Università Venete). Rappresentavano oltre il 12% del totale degli studenti (erano pari al 10% nell'a.s. 2007-2008).
Scuola dell'infanzia e primo ciclo di istruzione scolastica:
- nella scuola dell'infanzia gli stranieri sono circa 18.000, pari al 13,3% del totale;
- la loro incidenza è ancora più elevata nella scuola primaria (13,6%) e nella secondaria di primo grado (13,2%); nel primo ciclo dell'istruzione gli studenti stranieri sono 50.000;
- tra gli alunni stranieri ormai prevalgono i nati in Italia: essi sono l'85% nella scuola dell'infanzia, il 59% nella primaria; la loro quota scende al 25% nella secondaria di primo grado;
- in significativa contrazione risulta l'incidenza degli inserimenti dovuti ai nuovi arrivi (5% nella primaria, 4,6% nella secondaria di primo grado), scesa su livelli oscillanti tra un terzo e la metà dei livelli toccati negli anni pre-crisi.

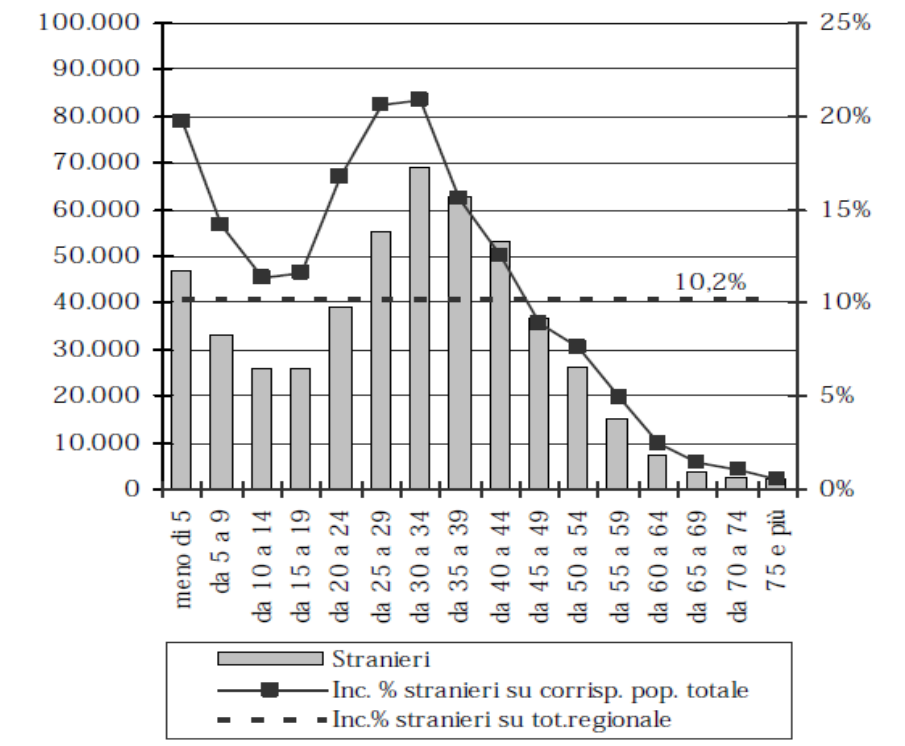
Scuola secondaria di secondo grado:
- nell'a.s. 2010/2011 gli alunni stranieri iscritti alla scuola secondaria di II grado erano quasi 18.000, pari al 9% del totale degli iscritti; i nati in Italia sono pari al 7%; i nuovi arrivi sono scesi sotto la soglia del 5% (erano il 10% prima della crisi);
- la distribuzione degli stranieri per tipo di istituto è fortemente diversa da quella degli italiani: il 38% frequenta un istituto professionale (italiani 19%), il 40% un istituto tecnico (italiani 36%), il 22% un istituto liceale (italiani 45%).

La geografia della presenza straniera nel sistema scolastico veneto riflette piuttosto fedelmente quella generale del fenomeno migratorio. A livello provinciale si osserva un'incidenza superiore alla media degli iscritti ai diversi cicli di istruzione scolastica a Treviso (14,2%), Vicenza (13,5%) e Verona (12,8%). Per quanto siano oltre il centinaio le nazionalità di origine degli alunni stranieri, pochi Paesi raggruppano larga parte della popolazione osservata secondo un gerarchia che non può che riflettere il peso demografico complessivo: i primi cinque Paesi di origine risultano nell'ordine Romania, Marocco, Albania, Moldavia e Cina; le prime 20 nazioni concentrano comunque in entrambi i casi l'87% del totale di riferimento (il 70% le prime dieci).

Le inchieste di Pianeta Giovani sono a cura di Margherita De Nadai e Giuliano Gargano

Da straniero ad italiano
Le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte della popolazione straniera evidenziano una lenta tendenza alla crescita. Nel 2011 hanno superato le 70.000 unità per l'Italia; per il Veneto si sono attestate oltre le 9.500. L'incidenza delle acquisizioni di cittadinanza in Veneto sul totale nazionale è sempre risultata consistente ed è tuttora superiore al 13%. Le transizioni dalla condizione di straniero alla condizione di cittadino italiano interessano negli ultimi anni circa il 2% della popolazione straniera. Si tratta ancora di una dimensione molto modesta rispetto a quella dei possibili candidati con i requisiti richiesti.

Ma gli stranieri ringiovaniscono la popolazione regionale
La popolazione straniera si distingue, rispetto a quella italiana, per una maggior concentrazione nelle classi centrali di età (25-44 anni): la massima incidenza degli stranieri sulla popolazione totale si osserva per le classi 25-34 anni (21%) (*grafico qui accanto*).
Anche per i bambini under 5 la quota di stranieri raggiunge il 20%. Considerando l'incidenza degli stranieri sulla popolazione residente per ciascun anno di età, il valore massimo è osservato per i trentenni: quasi il 23%. Un valore di poco inferiore (21%) si registra per i bambini al di sotto dei 3 anni. Sul totale dei residenti in Veneto under 40, gli stranieri costituiscono il 16%. Ancor più analiticamente possiamo osservare che le classi di età più consistenti per gli stranieri sono quelle a cavallo tra i 25 e i 35 anni, mentre per la popolazione di cittadinanza italiana sono quelle attorno ai 45 anni.



Fonte: elab. Osservatorio Regionale Immigrazione su dati Istat

Nei prossimi mesi, Pianeta Giovani affronterà nuovi argomenti:
- i giovani e la dipendenza da internet
- i giovani e i disturbi alimentari
- gli scontri generazionali

Se avete idee e suggerimenti, visitate Pianeta Giovani su www.nordestsanita.it o seguiteci su twitter @nordestsanita con l'hashtag #pianetagiovani.

Essere giovani è un lavoro sporco

La generazione del "dover dimostrare"

di Margherita **De Nadai**

Il tram nell'ora di punta: si sta come d'autunno, sugli alberi, le foglie… Ovvero in procinto di cadere. Oppure come in salamoia, su una scatola, le sarde… Strettissimi e in preda ad un attacco di claustrofobia. Già, il tram non è certo uno dei luoghi più poetici, eppure in me ha sempre sortito un immenso fascino: in pochissimi metri quadrati puoi scorgere il mondo e l'intera umanità. Eccomi appesa, circondata, da esseri umani – quanto me – di ogni età e ceto. La mia attenzione viene catturata dai discorsi di due anziane signore: sono indignate da un ragazzo che non si è alzato per cedere il posto ad un uomo un po' malfermo. Sprezzanti recitano il loro sermone preferito: "Ah, questi giovani, privi di valori e di educazione…!". Ed ecco che, in quanto giovane, mi sento toccata (e ferita!) dalle loro parole. Un attimo dopo una ragazzina sui 16 anni - rossetto, minigonna e cresta viola (io, alla sua età, non ero affatto così e se mia figlia un giorno si presenterà a casa conciata in questo modo io… io…) mi urta e mi dice poi: "Mi scusi, signora". Signora?!? Io? Oddio, mi è spuntato un nuovo capello bianco?! Improvvisamente mi sento vecchia. Vecchia e un po' inacidita. Eccomi, dunque, oltre che appesa anche in crisi esistenziale. A 24 anni non so se sentirmi giovane o anziana. Non so più quanti anni ho. In realtà, a volte, penso che la mia sia la generazione "di mezzo". Essere giovani significa appartenere alla generazione "del dover dimostrare", di coloro che devono rispondere alle più alte aspettative. Essere giovani è un duro mestiere e lo è sempre stato, dalla notte dei tempi. Gli anziani ci accusano spesso e volentieri di essere superficiali, privi di valori, talvolta maleducati. E noi giovani "dobbiamo dimostrare" loro che essere giovani oggi è comunque arduo, che la nostra vita (per la maggior parte dei casi) non è solo divertimento, ore piccole, discoteca, sperperamento. Alcuni ministri ci accusano di essere "choosy", "sfigati", "mammoni". E noi "dobbiamo dimostrare" loro che invece siamo adattabili e per niente schizzinosi, che se ne avessimo le possibilità (leggi: una stabilità economica) andremmo di corsa a vivere da soli, e che alla maggior parte degli universitari "fuori corso" non piace essere tali. Il mondo del lavoro ci chiede impegno, disponibilità a ritmi frenetici e a trasferte, si aspettano innovazione e versatilità e, in quanto giovani e rampanti, resistenza allo stress. E noi "dobbiamo" portare innovazione, energia, "dimostrare" di essere al passo e all'altezza del posto di lavoro che abbiamo ottenuto (se siamo stati fortunati) per tenercelo stretto. I nostri genitori attendono da noi l'indipendenza, un titolo, una carriera, e sperano per noi uno stile di vita che superi il loro (la vedo dura...!). Si attendono questo perché ci amano e desiderano per i figli un futuro roseo, cuore di mamma e di papà. E noi facciamo il possibile per adempiere alle loro aspettative, ci impegniamo per dargli le maggiori soddisfazioni, specialmente se hanno fatto molti sacrifici per noi. I nonni hanno aspettative simili a quelle dei nostri genitori, la mia è l'età in cui ad ogni pranzo che si rispetti cominciano a chiederti prima quando ti laurei (fatto), poi quando ti sposi e ti costruisci una famiglia (la speranza è l'ultima a morire!). Infine c'è la società, la più esigente. La società si aspetta da noi giovani nientepopodimeno che cambiamento e speranza: dopotutto non siamo noi "il futuro"? Ma soprattutto siamo noi ad avere alte aspettative nei confronti di noi stessi. Com'è giusto, come deve essere, come ne abbiamo il sacrosanto diritto: dobbiamo (vogliamo) dimostrare a noi stessi di saper costruire e concludere qualcosa, di poterci realizzare, di avere una vita come la sogniamo. Di raggiungere la felicità. Già, essere giovani è il mestiere più duro: siamo artigiani di vita. Costruttori di mondo, il nostro e quello dei nostri figli.

Se i mortali si guardassero da qualsiasi rapporto con la saggezza, la vecchiaia neppure ci sarebbe. Se solo fossero più fatui, allegri e dissennati godrebbero felici di un'eterna giovinezza. La vita umana non è altro che un gioco della Follia.

Erasmo da Rotterdam

© Can Stock Photo Inc. / kadmy;

Frittelle **di mele**

Una sfiziosa alternativa ad un classico di Carnevale

di Maria Stella **Zaia**

Ingredienti:
- 125 grammi di farina
- 1/2 bustina di lievito per dolci
- 1 uovo
- un pizzico di sale
- un bicchiere di latte
- 2 mele (meglio se di qualità Renette)
- olio per friggere (arachidi o girasole o altro olio di semi)
- zucchero a velo
- cannella in polvere.

© Can Stock Photo Inc. / matka_Wariatka

Preparazione
In una terrina mettere l'uovo sbatterlo bene ed aggiungere la farina setacciata, un pizzico di sale, il lievito in polvere e un bicchiere di latte.
Continuare a lavorare bene il composto sbattere bene fino ad ottenere una pastella sufficientemente densa (abbastanza da coprire per bene le mele che andremo a preparare) e farla riposare per 30 minuti.
Sbucciare le mele e tagliarle, dopo aver tolto il torsolo, a rondelle cospargendole di succo di limone per evitare che anneriscano.
Nel frattempo scaldare abbondante olio in una capace pentola o padella con bordi sufficientemente alti (l'olio sarà pronto quando immergendo la punta di un cucchiaio di legno attorno alla punta immersa si formeranno delle bollicine).
A questo punto immergere le mele nella pastella e successivamente nell'olio, avendo cura di mettere poche fette alla volta girarle da entrambi i lati fino a che la parte non assumerà un bel tono di dorato chiaro.
Mettere le frittelle a perdere l'eccesso di unto su di un foglio assorbente o su una gratella per dolci, servirle ancora calde cospargendole abbondantemente con zucchero a velo e cannella.
Buon appetito!

Vampiri
e medici di fiducia

di Antonella **Prigioni**

Se non sono distesa, quando mi prelevano il sangue, svengo. Sia paura, reazione vaso-vagale (questa definizione mi piace moltissimo) paranoia mentale, non lo so. Il dato è certo. E chi non mi ha creduto, ha dovuto raccogliermi da terra. E non peso poco. Avere un laboratorio di riferimento dove so che trovo la dottoressa che mi conosce e che accetta, con il sorriso, di farmi sdraiare sul lettino prima di impiantarmi l'ago del vampiro in vena, per me è molto rassicurante. E per laboratorio di analisi di riferimento intendo una struttura privata convenzionata. Non che nei punti prelievi delle Ulss non si abbia una prestazione di qualità, ma certamente si è trattati come un numero, un numero che deve fare la coda, un numero che deve aspettare, un numero che deve arrivare all'alba perché non si accettano dormiglioni, un numero che possibilmente non può stare un quarto d'ora disteso per uno stupidissimo esame del sangue. Intasa la fila. Per cui, se posso scegliere, scelgo il mio laboratorio di fiducia. "Se posso scegliere" oggi rischia però di diventare "scelgo se ho i soldi per pagarmi un esame privatamente". E non è giusto, per le tante persone che nelle strutture in convenzione hanno trovato un centro medico di fiducia dove recarsi con la certezza di essere ascoltati perché hanno tempo. Dove non ci vuole una laurea in informatica per prenotare una visita o per pagare il ticket alle casse automatiche, dove richiedere delle analisi a domicilio non è difficile come un'interrogazione parlamentare. E dove soprattutto se chiedi di fare un emocromo, una radiografia, un'ecografia, una mammografia, una risonanza magnetica non devi aspettare un'era geologica. La paura della malattia fa novanta e se si esclude quella piccola fetta di ipocondriaci che vivrebbe in mezzo ai camici bianchi, nessuno brama di farsi visite, analisi, fisioterapie riabilitative. Si va nella speranza che i risultati siano negativi e con la speranza di riacquisire la funzionalità di parti compromesse da traumi, malattie, incidenti, stress, vecchiaia, vita sedentaria. Avere più scelta, significa decongestionare i pronto soccorso, i poliambulatori delle aziende sanitarie, accorciare le liste d'attesa e lasciare spazio a chi davvero ha bisogno degli ospedali, che in Veneto sono inarrivabili per efficienza, professionalità, capacità e umanità. Esami e visite in notturna? Una bella iniziativa per chi lavora fino a tardi, ma per anziani e bambini una soluzione più complicata. Non è che poi il ticket ha la maggiorazione per il servizio al chiar di luna?

© Can Stock Photo Inc. / roboriginal

un click per la tua salute

SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line
la tua prestazione sanitaria

DYN'ART.it

Hilterapia® e dopo ...

Ritrova la tua qualità di vita al lavoro, in famiglia, con gli amici, nello sport e nel tempo libero. Finalmente il tuo corpo LIBERO DI MUOVERSI senza i vincoli del dolore.

ASA LASER
Research and Therapeutic Solutions

Per il trattamento delle patologie dolorose oggi puoi contare sull'innovativo e unico IMPULSO LASER per Hilterapia® indicato per ARTROSI, DISTORSIONI, GOMITO DEL TENNISTA, GONALGIE, MAL DI SCHIENA, SCIATICA, SINDROME DEL TUNNEL CARPALE, TENDINITI, …

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

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

Seguici su:

www.hilterapia.it