PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **5**, numero **2**
Marzo - Aprile 2012
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

Verso il nuovo Piano Socio Sanitario

FOCUS

LA GIUNGLA DELLE LISTE D'ATTESA

VIAGGIO NELLE ASL

ULSS 6 DI VICENZA INTERVISTA AL DG ALESSANDRI

MINIFOCUS

QUANDO L'INFLUENZA SI ATTACCA ALLA PANCIA

RONCATO

RONCATO UNO ZIP ZSL

COLLEZIONE 2012

WWW.RONCATO.COM

NES - Nord Est Sanità - Anno 5 - numero 2 - **marzo - aprile 2012**

Sommario

La vignetta: dottor Nessi 5

Editoriale
Niente battaglie ideologiche contro la sanità convenzionata 7

Primo piano: il nuovo Piano Socio Sanitario del Veneto
Verso il cambiamento 8
Il Piano Socio Sanitario, un work in progress 10
Meno direzioni generali, più sanità sul territorio 14
L'iter normativo 17
Ci saranno meno Ullss 18
La parola ai membri della Commissione Sanità 20
Sempre di sanità pubblica, si tratta... 24
Marino: una salute più equa 26

Focus: la giungla delle liste d'attesa
Tutti in lista d'attesa 29
I numeri ufficiali 32
Da 30 a 60 giorni: i tempi massimi per le visite 34
In Veneto non li pubblica una Ulss su tre 35

L'intervista
I rapporti tra Azienda Ospedaliera e Ulss 16 di Padova 37

Minifocus: quando l'influenza si attacca alla pancia
La gastroenterite? Una questione di igiene 39
Quando l'influenza colpisce la pancia 40
Gastroenterite, gli aspetti epidemiologici 42
Un vaccino contro la gastroenterite: esiste, ma non in Veneto 43

Viaggio nelle Asl venete: Ulss 6 di Vicenza
Vicenza all'avanguardia mondiale per la tecnologia 48

Speciale
Il baby rene artificiale inventato da un medico noventano 50

Padimo informa
Il sostegno psicologico di gruppo 53

Rubriche
Medicina primaria e laboratorio clinico: una liaison importante 56
Le neuropatie 57
RM muscolo scheletrica: un esame non rinunciabile 58
L'amianto è ancora un rischio per la salute? 61
Nuove possibilità di trattamento delle sofferenze del tendine d'Achille 63
Ipertrofia prostatica benigna 64
La continuità delle cure in Ostetricia: lavori in corso 65
I traumi del massiccio facciale: esiti estetico-funzionali 70
Chirurgia della mano La sindrome del tunnel carpale 71

Attualità
La guarigione passa per la relazione 72
Un sogno diventato realtà 73
I giovani e il lavoro Un futuro da precari? 74
L'amore ai tempi dei social network (e del precariato!) 76
Per ridare ossigeno al mondo cinematografico, bisogna puntare sul federalismo 78
La pastiera napoletana 81
Il privilegio di avere 40 anni 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, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via Valgimigli 6/3 - 35125 Padova
Partita IVA 03538580287
Telefono: 0498809854
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
Elena Cipresso, Margherita De Nadai, Giuliano Gargano, Anna Giorio, Silvia Gorgi, Giuliano Pasini, Davide Zanella

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

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 6 aprile 2012

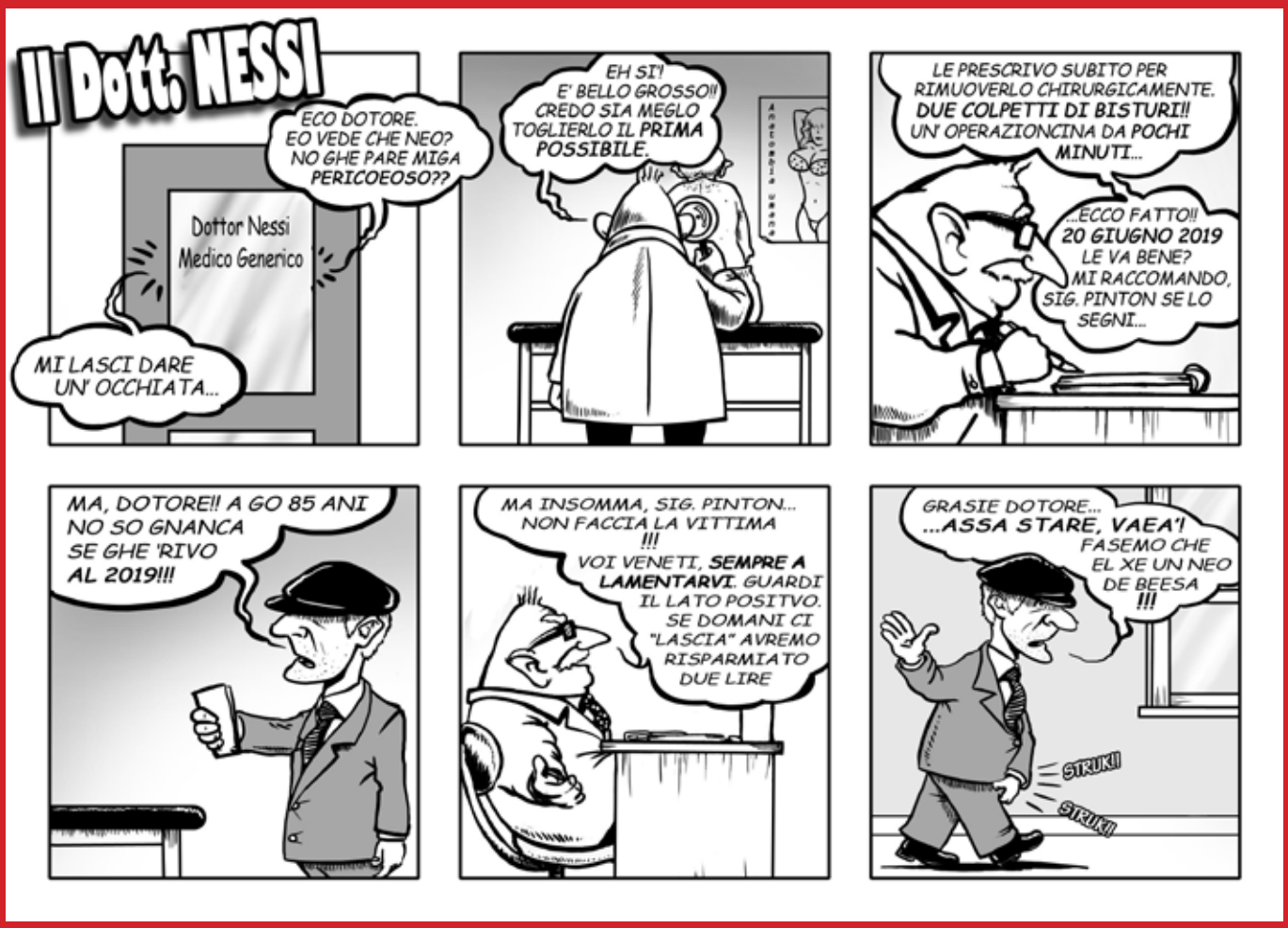
La riproduzione e la ristampa, anche parziale, di articoi e immagini sono vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. La presente rivista è distribuita gratuitamente presso le Strutture Sanitarie che hanno fornito il proprio assenso. I nominativi dell'indirizzario 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.

www.pittarello.com

PITTARELLO

Questione di cuore.

adcomunicazione ALBERTO BUZZANICA photographer


Il Dott. NESSI
Dottor Nessi
Medico Generico
MI LASCI DARE UN' OCCHIATA...
ECO DOTORE. EO VEDE CHE NEO? NO GHE PARE MIGA PERICOEOSO??
EH SI! E' BELLO GROSSO!! CREDO SIA MEGLO TOGLIERLO IL PRIMA POSSIBILE.
LE PRESCRIVO SUBITO PER RIMUOVERLO CHIRURGICAMENTE. DUE COLPETTI DI BISTURI!! UN' OPERAZIONCINA DA POCHI MINUTI...
...ECCO FATTO!! 20 GIUGNO 2019 LE VA BENE? MI RACCOMANDO, SIG. PINTON SE LO SEGNI...
MA, DOTORE!! A GO 85 ANI NO SO GNANCA SE GHE 'RIVO AL 2019!!!
MA INSOMMA, SIG. PINTON... NON FACCIA LA VITTIMA !!! VOI VENETI, SEMPRE A LAMENTARVI. GUARDI IL LATO POSITVO. SE DOMANI CI "LASCIA" AVREMO RISPARMIATO DUE LIRE
GRASIE DOTORE... ...ASSA STARE, VAEA'! FASEMO CHE EL XE UN NEO DE BEESA !!!
STRUKI!
STRUKI!

ALIMENTAZIONE E STILE DI VITA

Un portale carico di benessere I vantaggi della corretta ed equilibrata alimentazione sono noti a molti, ma tanti sono ancora i pregiudizi, i miti, le leggende metropolitane.
Sono invece poche le informazioni corrette e i servizi di cui possono usufruire sia la classe medica che i cittadini. Educazione Nutrizionale Grana Padano è un portale che dal 2006 offre tanti servizi e informazioni sulla base delle linee guida scientifiche più accreditate. Il portale voluto dal Consorzio Tutela Grana Padano, completamente rinnovato dall'anno scorso e continuamente ampliato, è di fatto una lodevole iniziativa sociale al servizio della collettività e della comunità scientifica.
Collegandosi al sito si nota subito che l'obiettivo non è quello di fare pubblicità al formaggio, che del resto è il DOP più venduto al mondo, ma una vera attività educativa per comunicare la scienza dell'alimentazione in modo semplice e corretto, per questo centinaia di migliaia di persone lo hanno consultato, e ogni giorno sono tantissime le persone che si collegano per la prima volta. La collaborazione tra il Consorzio e alcune società scientifiche, oltre al Comitato Scientifico, produce una grande quantità di contenuti che scoprirete esservi veramente utili, tra i più significativi troviamo: i Manuali della corretta alimentazioni per tutte le età, le schede Alimentazione e patologie, Ricette equilibrate con scheda nutrizionale come quella che segue, articoli sull'attività fisica, sondaggi istruttivi.
Utilissimo il programma che vi permette di calcolare il vostro Rischio Cardiovascolare e ricevere 8 menu all'anno proporzionati alle calorie che dovete consumare (2 per ogni stagione composti da 35 piatti 5 ogni giorno) con ricette equilibrate in nutrienti per ogni giornata, e tanto altro ancora, il tutto gratis.
Con i medici e pediatri di famiglia, specialisti e dietisti, è iniziata una collaborazione dal 2004 che mette loro a disposizione un software per le anamnesi alimentari che oggi conta più di 24.000 anamnesi; il programma "Osservatorio Grana Padano", completamente gratuito è a disposizione di tutti i sanitari che ne fanno richiesta.
L'area dedicata alle ricette è suddivisa in preparazioni per adulti e bambini per dare loro piatti gustosi e al contempo educazione alimentare, ecco un esempio di primo piatto per un menu giornaliero di 1.600 calorie.

Navigate, buona alimentazione a tutti **www.granapadano.info**

Le ricette

TROFIE AGLI ASPARAGI

PREPARAZIONE: 15 MINUTI | COTTURA: 15 MINUTI | DIFFICOLTÀ: MEDIA

Ingredienti per 4 persone

320 g di trofie
300 g di pomodori
1 spicchio di aglio
2 cucchiai di olio extra vergine di oliva
250 g di asparagi
2 uova
30 g di Grana Padano
10 g di pecorino
Sale e pepe

Preparazione

Scottate i pomodori in acqua bollente, sgocciolateli e privateli della pelle, dei semi e dell'acqua di vegetazione, e spezzateli grossolanamente.
Sbucciate l'aglio e schiacciatelo. Mondate gli asparagi eliminando la parte più dura del gambo e lessate le punte tenere in acqua salata.
Preparate una salsa piuttosto ristretta scaldando i 2 cucchiai d'olio in una padella e facendovi rosolare l'aglio con i pezzetti di pomodoro.
A fine cottura, salate, pepate e mescolate.
Sgocciolate gli asparagi lessati, riduceteli a tocchetti e metteteli da parte. In una terrina sbattete leggermente con una forchetta le uova con i formaggi e mescolatevi infine i pezzetti di asparagi tenuti da parte.
Fate cuocere le trofie, scolatele al dente e versatele nella salsa all'uovo. Mescolate rapidamente, aggiungete quindi la salsa di pomodoro e servite.

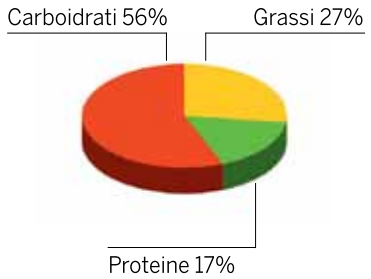
Scheda nutrizionale per una porzione

Calorie	Kcal	415
Carboidrati	g	61
Proteine	g	18
Grassi	g	12
Fibre	g	5
Calcio	mg	165

Altri nutrienti

Colesterolo	mg	160
Vitamina A	mcg	579
Potassio	mg	611

Apporto nutrizionale della ricetta



Niente battaglie **ideologiche** contro la sanità convenzionata

di Giuseppe **Caraccio**
Direttore Editoriale di NES

Gran parte di questo numero di NES è dedicata al nuovo Piano Socio Sanitario della Regione Veneto. Un provvedimento atteso da più di un decennio, approvato in Quinta Commissione e in attesa (al momento di chiudere il giornale) del passaggio in Consiglio. Si discute di risorse economiche, di territorio, di aziende da accorpare, di nomine. Si cerca di rendere attuale un servizio, quello sanitario, che ha la necessità di stare al passo con i tempi. Tempi che sono quelli di una popolazione che invecchia, di ristrettezze economiche, di cronicizzazione delle patologie. Il Piano Socio Sanitario invece fa solo un accenno alle strutture Private Accreditate, evidentemente l'impegno economico è così minimo che la presenza di queste strutture è considerata residuale ma pur essendo residuali ne dedretano il futuro agendo sul tariffario, proponendo tariffe addirittura inferiori ai costi diretti. Una scelta con la quale non si tiene conto della nostra professionalità, della nostra economicità, della nostra trasparenza. Non si considerano la nostra elasticità e velocità nell'offrire alla popolazione sul territorio milioni di prestazioni sanitarie, che altrimenti andrebbero ad aumentare le liste di attesa ed i disagi degli utenti, che non dimentichiamolo mai, sono cittadini che pagano le tasse ai livelli più alti di tutta la comunità europea. In strutture come le nostre, la professionalità ed il sapere sono condizione inderogabili per esistere, non ci sono favoritismi per nessuno, chi non ha la sufficiente professionalità non è accolto, e soprattutto non viene scelto dagli utenti. Qualche tempo fa, su NES, avevamo spiegato qual è il percorso che permette ad una struttura privata di diventare convenzionata, cioè di ottenere l'accreditamento dalla Regione. Un iter complesso e molto selettivo, che ci obbliga a rispettare parametri molto rigidi. Se non bastasse, poi, abbiamo un altro banco di prova, ancora più delicato. Che è quello con i cittadini-utenti. Sono loro a fare la selezione: se una struttura offre servizi di qualità in tempi rapidi, con serietà ed efficienza, resiste. Se no, chiude. Ecco perché le battaglie contro la sanità convenzionata, a prescindere, ci intimoriscono. Perché non sono basate su fatti, sono solo ideologiche. Ci auguriamo, come sembra che avverrà, che prevalga il buon senso. Perché penalizzare o annientare la sanità convenzionata vuol dire dare il colpo di grazia anche a quella pubblica.

Verso il **cambiamento**

Cosa prevede il nuovo Piano Socio Sanitario della Regione Veneto, appena approvato dalla V Commissione Sanità

In alto, un collage di alcune sedi ospedaliere del Veneto

a cura di Antonella **Prigioni**

Hub, ospedale di centro, *spoke* ospedale di territorio: due termini che sintetizzano il meccanismo di riorganizzazione della sanità veneta, nella stesura del nuovo Piano socio sanitario. Un sistema che punta a concentrare le emergenze e le acuzie nei poli ospedalieri d'eccellenza e a trasferire a quelli della rete provinciale la convalescenza e la riabilitazione dei pazienti. Il PSS, il nuovo modello di gestione dell'assistenza e la cura dei veneti, è stato approvato dalla Quinta Commissione Sanità della Regione Veneto. Un programma che non viene rielaborato da sedici anni. Una mancanza che non è più sostenibile in vista dei tagli dei trasferimenti del fondo nazionale per la sanità. Se quest'anno il bilancio della voce di spesa, che incide maggiormente sulla manovra di Palazzo Balbi, è in attivo e sembrano esserci più risorse dell'anno scorso, dal prossimo anno si prevedono tagli drastici. La manovra approvata dal Consiglio Regionale per il 2012 include già una notevole sforbiciata alle risor-

Le voci della riforma

● Accorpamento delle Ulss, bacino 200/300mila abitanti ● Direttore Generale, max 65 anni, incarico triennale, un solo mandato per una Ulss ● Nasce la figura del direttore ai servizi sociali territoriale ● Chi riceve finanziamenti pubblici, case di cura, cooperative ecc., deve rendere trasparente il suo bilancio ai cittadini ● Segretario Generale nominato dal Consiglio

se del sociale. La parola cardine dell'impianto del nuovo PSS è razionalizzazione dei costi, mediante una rivoluzione organizzativa. La Giunta regionale lo scorso luglio ha presentato un documento di 104 pagine, contenente la propria proposta che è stata approvata dalla commissione competente, prima di passare in aula per l'approvazione, con eventuali emendamenti, prima del passaggio finale in consiglio per il via libera definitivo che dovrebbe esserci a fine aprile. Nel momento di andare in stampa con Nes, il Consiglio non ha ancora concluso l'iter definitivo in aula, ma a grandi linee l'impianto è stato definito. Trasparenza, controllo e risparmio sono le linee cardine del piano. Le novità riguardano l'organizzazione dei servizi, gli incarichi dei dirigenti e la concentrazione dei servizi non sanitari. Tra i punti in evidenza: il taglio delle Ulss, definendo il bacino ottimale per ogni singola azienda in 200/300mila abitanti, l'ampliamento del ruolo del direttore dei servizi sociali che diventa direttore sociale territoriale, il monitoraggio dell'attività dei vari direttori generali che resteranno in carica tre anni, non devono avere più di 65 anni e possono svolgere un solo mandato in una stessa Azienda, l'obbligo di rendere trasparente il proprio bilancio ai cittadini da parte delle strutture che ricevono finanziamenti pubblici dalle case di cura alle cooperative. Infine il segretario regionale della sanità, pur rimanendo di indicazione di Giunta, sarà di nomina del Consiglio. L'operato del direttore generale, che rimane di nomina del Presidente della Regione, verrà valutato da tre organismi diversi, ovvero la conferenza dei sindaci, la Giunta regionale e la V Commissione. La trasparenza dei bilanci serve a spiegare ai cittadini come vengono usati i soldi pubblici in rapporto ai servizi offerti. Mentre il potenziamento del ruolo del direttore ai servizi sociali con funzioni territoriali, soddisfa l'impianto del PSS in cui i confini tra sanitario e sociale sono diventati labili. C'è un continuum nella presa in carico del paziente dal ricovero in fase acuta nel cosiddetto ospedale *hub* e la sua convalescenza in quello *spoke*. Il nuovo PSS ha l'obiettivo di razionalizzare servizi e spesa socio sanitaria, senza compromettere la qualità dei servizi. Questo nell'intento degli estensori del sistema... Ma sono tante le perplessità e i punti ancora da definire, anche se nella sostanza di una necessaria riorganizzazione del sistema sanitario regionale sono tutti d'accordo. Nei prossimi anni non ci saranno le risorse per alimentare un sistema sanitario pubblico chiuso quale quello veneto.

LA E-HEALTH

Tra i punti cardine del PSS, i temi dell'e-Health sono collocati nel contesto del sistema informativo integrato della sanità regionale. Tra gli obiettivi prioritari viene delineata come meta nel prossimo triennio la realizzazione del Fascicolo Socio-Sanitario elettronico personale (EHR – Electronic Health Record) in linea con quanto richiesto dalle politiche comunitarie. Per raggiungere l'obiettivo finale, il Piano delinea un percorso che ha come tappe imprescindibili la messa a regime della refertazione online e della ricetta elettronica, lo sviluppo della firma digitale.

La sintesi delle novità

Il Piano Socio Sanitario, **un work in progress**

Un codice della sanità veneta: quello che hanno riscritto in V Commissione, sulla base delle linee indicate e deliberate dalla Giunta regionale la scorsa estate. Un plico corposo, con premesse, riferimenti, commi ed emendamenti, non di immediata interpretazione. Del resto tutti i documenti legislativi ed amministrativi sono ostici e mettono a dura prova la professionalità del più acuto giornalista, che li deve capire e raccontare ai lettori. Una prova nella quale mi sono cimentata. IL PSS è stato approvato dalla V Commissione con i voti di PDL e Lega, contrari Sinistra Veneta e Verso Nord, astenuti UDC , PD e IDV.

TEMPI E IMPIANTO

Il PSS, 2012 -2016 avrà validità cinque anni, in prima stesura era triennale. L'impianto non scardina l'impostazione a forte integrazione tra sanitario e sociale che da anni costituisce il "modello veneto", modello studiato dalle altre regioni italiane e d'Europa. E proprio questa integrazione sarà la leva per riformare i servizi di assistenza, in una prospettiva di obbligata razionalizzazione dei costi, imposta dal taglio dei fondi.

SI LEGGE

"In particolare, sul versante dell'offerta, occorre puntare a rivedere e perfezionare l'equità allocativa, la produttività delle strutture sanitarie, l'accessibilità dei servizi e la qualità delle prestazioni che si erogano agli assistiti del Veneto, la continuità dell'assistenza. Sul versante della domanda urge lavorare sul piano di una mirata appropriatezza clinica ed organizzativa, su un più accentuato senso di partecipazione civica degli utenti per una corretta fruizione dei servizi socio-sanitari. La sostenibilità economica del SSSR va, pertanto, perseguita mediante un sistema di *governance* multilivello, da declinare a livello regionale, aziendale e comunale, atto anche a garantire il massimo equilibrio tra la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed il sistema dei finanziamenti". Questo è quanto si legge nella premessa, che tradotto significa ridurre i costi, taglio degli sprechi, migliorare la produttività e si chiede ai pazienti di ricorrere alla diagnostica solo quando ne hanno davvero bisogno (i medici di base sono avvisati).

GESTIONE MULTILIVELLO

La *governance* multilivello altro non è che un invito ad una maggiore responsabilità da parte di tutti. Il primo passo è stato quello di ridurre le Ulss, accorpando le direzioni generali. La dimensione

ottimale individuata e approvata per una Ulss è quella di 200-300mila abitanti, fatte salve le peculiarità delle zone montane e il bacino lagunare. Ducentomila abitanti invece è il bacino di utenti individuato per gli ospedali di rete (*spoke*), mentre la dorsale degli ospedali (*hub*) dovrebbe seguire i sette capoluoghi di provincia. Le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona restano come strutture di riferimento nazionale. Particolare importanza operativa avranno inoltre le reti cliniche (rete oncologica, rete infarto, rete neurologica, rete di urgenza-emergenza Suem 118) composte da ospedali collegati tra loro con il modello "*hub & spoke*", oltre le dimensioni delle rispettive Ullss.

GIPO 9: UNO PER TUTTI.

meridiani paralleli.it

Un unico prodotto per le esigenze del poliambulatorio e del centro fisioterapico.

GIPO - Gestione integrata poliambulatori, è il gestionale di settore più utilizzato in Italia ed è l'unico in grado di coprire realmente tutte le esigenze di prenotazione, accettazione, refertazione e fatturazione.

Ogni anno nelle struttura gestite da GIPO vengono prenotati complessivamente oltre tre milioni di appuntamenti, prodotti più di un milione di referti, ed emesse oltre due milioni di fatture senza alcun problema e con notevole risparmio di tempo (dati Anno 2011).

GIPO è lo strumento di gestione che si adegua più facilmente a tutte le esigenze del vostro poliambulatorio. La logica del sistema aperto e la comunità degli utenti di GIPO contribuiscono a far crescere il sistema.

La personalizzazione in fase di installazione e nella prosecuzione dell'utilizzo, consentono di adattare GIPO a tutte le circostanze, anche le più specializzate, della vostra struttura, grande o piccola.
GIPO, numero uno nella gestione della fisioterapia.

Ogni anno decine di aggiornamenti, contenenti novità ed ottimizzazioni, vengono pubblicati online ed installati automaticamente per tenere il vostro GIPO sempre aggiornato ed in regola con le normative vigenti.

Per maggiori informazioni o per vedere una Demo del prodotto, contattateci.

EXPOSANITA' Vi aspettiamo in fiera a **Bologna** dal **16** al **19 maggio** 2012 / Pad. **26** Stand **C110**

30 anni
1982-2012

Ianiri Informatica srl
Via Pontevecchio, 28/d
40139 Bologna (BO)
tel +39 051 546701
fax +39 051 545570
info@gipo.it

www.gipo.it

GIPO 9

La rete territoriale è il punto di forza della riforma, un potenziamento che permette di alleggerire le strutture per acuzie e risparmiare in costi di gestione. Il Piano prevede unità di riabilitazione, poliambulatori e strutture di rete, in cui medici ed infermieri abbiano una valorizzazione organizzativa e professionale.
Anche la rete dei medici di base sarà aggiornata, con medicine di gruppo integrate con presenza del medico 24 ore su 24, 7 giorni su 7.
Ogni Ulss, disporrà inoltre di una struttura per le cure palliative ai malati terminali. Una riforma che non può prescindere dalla tecnologia, per cui entro il 2012 tutti potranno ricevere e consultare i propri referti sul computer di casa.
Per ogni paziente ci sarà un fascicolo socio-sanitario digitale.

RICERCA E PREVENZIONE

Il rapporto con le Università avrà come prerogativa una fusione tra didattica, ricerca ed assistenza, con coinvolgimento delle strutture ospedaliere regionali e quelle specializzate. Salute però è soprattutto prevenzione, un modello di rete dei dipartimenti specifici potenzierà la cultura della promozione della prevenzione e dello stile di vita sano.

Quattro chiacchiere in sala d'aspetto

Piano socio-sanitario, questo sconosciuto!

Sala d'aspetto di una struttura privata convenzionata. Brusìo di sottofondo, c'è chi attende il proprio turno chiacchierando e chi leggendo una rivista. Il terreno è fertile per fare un piccolo sondaggio: quanti sanno cos'è effettivamente il Piano Socio-Sanitario? Ecco quanto emerso dalle risposte di una quindicina di persone, che hanno voluto rimanere nell'anonimato.

Lei sa che cos'è il Piano Socio-Sanitario regionale?

A questa domanda, la risposta più frequente è stato un "silenzio imbarazzante". Pochi, pochissimi lo sanno. E chi ha azzardato una risposta, ha dimostrato di avere idee confuse o molto vaghe. Una signora, ad esempio, ha risposto: "Sì, il Piano Socio-Sanitario è l'elenco di tutte le strutture sanitarie della regione". Un altro signore, invece, dice di averlo sentito nominare, ma non aver mai capito cosa sia di preciso. Insomma, il buio. Dopo aver spiegato a ciascuno che cosa sia, siamo passati alla domanda successiva: Che cosa si aspetta dal Piano Socio-Sanitario?
A sorpresa, quattro intervistati molto candidamente hanno risposto che "va tutto bene così com'è adesso". Una coppia di mezza età, invece, avanza una richiesta: "Vorremmo più sostegno alle famiglie che hanno un anziano in casa". Prosegue un anziano, seduto lì vicino: "Ci vorrebbero più strutture per disabili e malati di Parkinson e Alzheimer. Soprattutto andrebbero distribuite meglio: sono tutte concentrate in città e chi abita nei paesi deve fare troppi chilometri per raggiungerli". Rincara un signore, suo coetaneo: "Io sono anziano e abito in un paese di campagna. Per raggiungere l'ospedale più vicino mi ci vuole un'ora di corriera. Dovrebbero aprire più ospedali, anche nelle zone rurali". Una ragazza, invece, vorrebbe che venissero stanziati più soldi per la ricerca, mentre un altro giovane li destinerebbe per l'acquisto di nuovi macchinari. Una mamma, poi, chiede più posti di lavoro: "Mia figlia, laureata in una disciplina sanitaria, è in attesa di lavoro da un anno". Infine c'è chi tocca un tasto dolente: le liste di attesa. In tre auspicano che la Regione intervenga per trovare una soluzione per ridurle, poiché è un problema crescente.

Margherita De Nadai

Meno direzioni generali, più sanità **sul territorio**

Un convegno della Uil Veneto fa il punto sul Piano Socio Sanitario

Meno direzioni generali, introduzione dei costi standard, più sanità sul territorio. Sono alcune delle ricette proposte dalla Uil Veneto durante il convegno "Piano Socio Sanitario - Quale futuro", che si è svolto a fine marzo all'ospedale dell'Angelo di Mestre. Secondo il segretario generale Gerardo Colamarco, bisogna partire da una constatazione: «La crescita demografica dei prossimi anni ci farà registrare una maggiore esposizione al disagio sociale e una maggiore complessità delle politiche per rimuoverlo e alleviarlo. Il primo valore che ci deve guidare nella individuazione di un nuovo welfare è la centralità della persona». Di conseguenza, «il territorio, il distretto socio-sanitario, sono la dimensione idonea per l'attuazione delle politiche coerenti con questo modello di welfare, perché è in questo ambito che le istituzioni, le organizzazioni e le associazioni no-profit vicine alle persone possono integrarsi sinergicamente in modo efficiente e costruire soluzioni efficaci e sostenibili nel tempo». Durante il convegno, la Uil ha chiesto che il Piano Socio Sanitario 2012/2014 fissi una nuova programmazione socio-sanitaria più aderente alle diverse esigenze di salute della popolazione, al mutato quadro epidemiologico dovuto al forte aumento della popolazione anziana e delle cronicità e, contemporaneamente, ridisegni l'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali in un'ottica di ottimizzazione delle risorse, dando una risposta tempestiva alla grande riforma in senso federalista basata, per la sanità, sull'introduzione dei costi standard per la definizione della spesa ed i relativi finanziamenti.
«Ai tagli - continua Colamarco - dei posti letto per acuti (è evidente la ridondanza di alcune reti ospedaliere, in particolare quelle di Verona, Rovigo e Belluno), dovrà corrispondere un incremento dei servizi territoriali, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza e quindi l'integrazione Ospedale-Territorio». Il sindacalista aggiunge che la Uil ha sempre sostenuto la necessità di pervenire al superamento degli attuali ambiti territoriali delle Aziende Ulss, a favore delle "Aree Vaste". «Il Presidente Zaia ha recentemente proposto la concretizzazione di sole sette aziende Ulss. Noi lo sfidiamo ad essere coerente con le dichiarazioni e quindi a passare dalle parole ai fatti. Un problema che va risolto prima del prossimo 31 dicembre, data in cui scade il mandato dei direttori generali in carica. Sollecitiamo pertanto la Giunta ed il Consiglio Regionale a prendere questa decisione ritenendo indifendibile tenere in vita 10 Ulss con meno di 200mila abitanti,

di cui 3 con meno di 100mila abitanti. In termini di economia delle risorse questa scelta comporterà il dimezzamento delle Direzioni generali, con un risparmio pari al alcune decine di milioni di euro, che potrebbero essere riversati in favore delle politiche sociali».
Il presidente della Commissione Sanità della Regione Veneto Leonardo Padrin aggiunge che il modello veneto «punta proprio a ridefinire i ruoli tra sanità e territorio e valorizzare le professioni non mediche». E a conferma annuncia che ci saranno «meno posti letto negli ospedali e 8mila posti in più nella riabilitazione, con costi che si riducono da 500 euro al giorno per un ricovero in ospedale a 130-170 euro in queste strutture intermedie». Prioritario, secondo il consigliere regionale del PD Lucio Tiozzo, «è il tema delle risorse e della qualità dei servizi». Critico sull'operato della Regione il deputato Udc Antonio De Poli, secondo il quale «è una follia un bilancio (*quello approvato dalla Regione, ndr*) che taglia completamente il sociale con tagli lineari che mettono tutti in povertà e lasciano nell'abbandono le famiglie di malati, anziani, disabili». Secondo Alfio Capizzi,

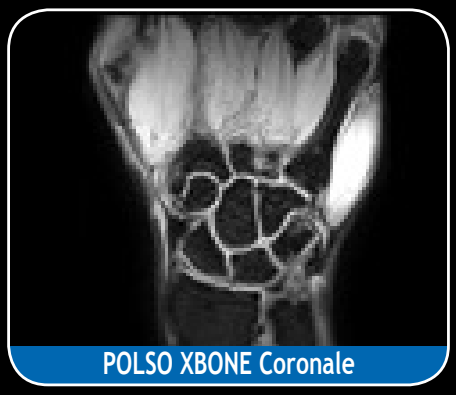
	Aziende Sanitarie					Aziende Ospedaliere		
	Numero ante 502/92	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/2001	Numero al 30/06/2011	Popolazione media 2011	Numero al 31/12/1995	Numero al 30/06/2001	Numero al 30/062011
Piemonte	63	22	22	13	342.882	7	7	8
Valle d'Aosta	1	1	1	1	128.230	-	-	-
Lombardia	84	44	15	15	661.181	16	27	29
PA Trento	4	4	4	1	507.657	-	-	-
PA Bolzano	11	1	1	1	529.457	-	-	-
Veneto	36	22	21	21	235.136	2	2	2
Friuli VG	12	6	6	6	205.698	3	3	3
Liguria	20	5	5	5	323.358	3	3	1
Emilia Romagna	41	13	13	11	402.947	5	5	5
Toscana	40	12	12	12	312.484	4	4	4
Umbria	12	5	4	4	226.622	2	2	2
Marche	24	13	13	1	1.565.335	3	4	2
Lazio	51	12	12	12	477.391	3	3	5
Abruzzo	15	6	6	4	335.592	-	-	-
Molise	7	4	4	1	319.780	-	-	-
Campania	61	13	13	7	833.437	7	8	7
Puglia	55	12	12	6	681.877	4	6	2
Basilicata	7	5	5	2	293.759	1	1	1
Calabria	31	11	11	6	335.233	4	4	4
Sicilia	62	9	9	9	561.231	16	17	5
Sardegna	22	8	8	8	209.426	1	1	1

La tabella con il numero di Aziende Sanitarie e Aziende Ospedaliere in tutta Italia (tratta dalla presentazione effettuata durante il convegno dal prof. Federico Lega, dell'Università Bocconi di Milano).

medico presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e segretario provinciale della Uil-Fpl, «l'obiettivo prioritario di un sistema sanitario, soprattutto relativamente alle realtà economicamente e socialmente diverse che costituiscono il nostro Paese, non può essere il piano di rientro regionale. Servono, invece, strategie politiche mirate alla costruzione della salute che, se sono efficaci, creano automaticamente le condizioni per soddisfare anche i piani di rientro».
Dal dibattito è emersa anche l'importanza della sanità privata convenzionata, come complemento e aiuto nei casi in cui il pubblico non riesca a fornire, in tempi ragionevoli, servizi di qualità.

Qualità di Immagine **Straordinaria**

GINOCCHIO FSE T2 Sagittale


POLSO XBONE Coronale

- Semplice da installare (in soli 9 mq e senza gabbia)
- Ottimizza il flusso di lavoro quotidiano
- Riduce le liste d'attesa
- Combina efficienza e wproduttività, abbattendo tempi e costi

O·scan
Dedicated MRI

Il complemento perfetto dei sistemi Whole-Body in RM articolare

esaote
Creativity in Healthcare

"Impresa Campione dell'Innovazione" 2010

Esaote s.p.a. 16153 Genova - Via Siffredi 58 - Tel. 010/6547.1 - Fax 010/6547.275
50127 Firenze - Via di Caciolle 15 - www.esaote.com

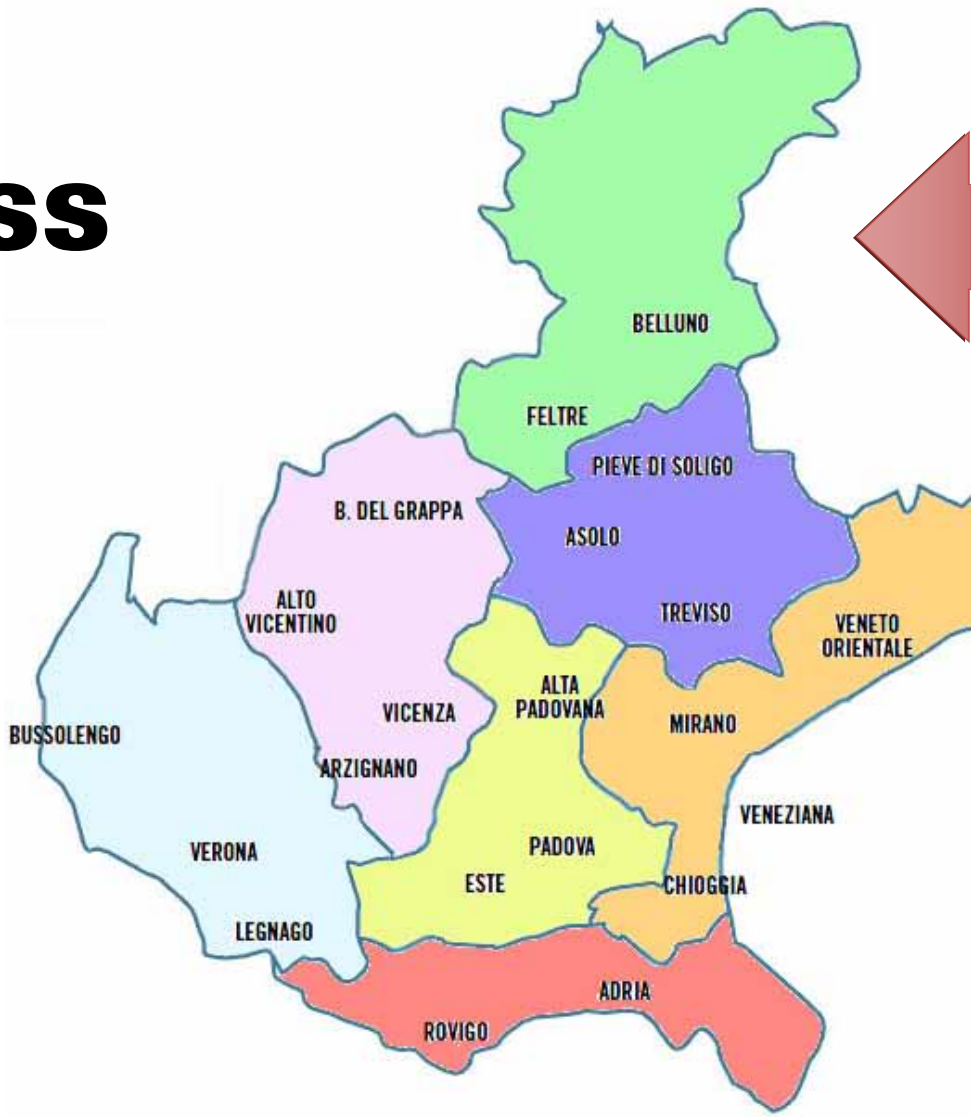
L'iter **normativo**

Redatto dalla Giunta, all'esame della V Commissione Sanità e poi in aula per l'approvazione. Le fasi dell'iter del nuovo PSS

Dopo ben 16 anni, la Regione del Veneto ha definito un nuovo Piano sociosanitario: un risultato ottenuto ancora una volta grazie ad un consistente gioco di squadra, che ha coinvolto la Giunta al completo, e tutta la rosa dei nostri tecnici. Ringrazio l'assessore Coletto, che in questo anno ha lavorato in silenzio con grande tenacia tenendo decine e decine di riunioni e incontrando centinaia di stakeholders, l'assessore al sociale Sernagiotto, il segretario regionale alla sanità e sociale Domenico Mantoan e tutto il suo gruppo di esperti che hanno costruito passo dopo passo quello che è il più grande documento di programmazione che una Regione possa varare".
Sono queste le parole con cui il Presidente del Veneto Luca Zaia, il 26 luglio 2011, annunciava alla stampa che stava per nascere il nuovo testo di programmazione della sanità veneta. Con la delibera di Giunta il documento iniziava il suo iter. Già in nuce emergevano i punti salienti del testo con le gerarchie per la rete ospedaliera e i costi standard, elemento fondamentale del federalismo in sanità, nei meccanismi di finanziamento. Stabilita l'architettura del nuovo sistema,ora è necessario procedere alla stesura delle schede ospedaliere, quel complesso lavoro di inventario e catalogazione dell'esistente, dalla cui conoscenza derivano poi le decisioni finali di razionalizzazione. Da linee guida teoriche si deve passare alle istruzioni per l'applicazione pratica. Per l'assessore alla Sanità della Regione Veneto Luca Coletto (*nella foto*), quello che è stato fatto prima di passare il faldone alla V Commissione, è stato un grande lavoro di definizione, confronto e condivisione. Il testo deliberato dall'esecutivo di Palazzo Balbi – dice - è un testo equilibrato ed estremamente ponderato, la cui stella polare è l'interesse del cittadino ad essere curato al meglio". L'assessore pone l'accento su alcuni aspetti qualificanti della nuova programmazione sanitaria, "tutti mirati – sottolinea – a migliorare la qualità del servizio erogato ai cittadini, a rendere la nostra organizzazione più rispondente alle mutate esigenze di salute ed assistenza della popolazione, più efficiente, meno costosa andando ad incidere laddove ci possano ancora essere sacche di utilizzo inappropriato dei finanziamenti". La maggiore perplessità è capire come tagliando delle risorse si possano creare ed implementare i servizi territoriali. "L'80 per cento dei cittadini veneti ha bisogno di analisi, tac, radiografie, non necessita - evidenzia Coletto - dell'ospedale. Questi servizi si possono dare più facilmente e con minor costo ai pazienti nel territorio".
Una razionalizzazione che passa attraverso l'analisi degli sprechi tanto più che la Regione ha siglato un accordo con la Corte dei Conti per l'esame della spesa nelle varie Ulss ed è in fase di perfezionamento anche un'intesa con la Guardia di Finanza per verifiche nella sanità pubblica. "I direttori generali possono stare tranquilli, non si tratta di un'operazione di polizia ma di trasparenza. Abbiamo sempre lavorato bene per cui non hanno nulla da temere. Con la Corte dei Conti - precisa l'assessore - abbiamo sempre avuto un eccellente rapporto di sinergia, collaborazione e consulenza, considerato che la norma lo prevede". In attesa del nuovo PSS sono state congelate fino a fine anno le nomine di primari e direttori generali.
"Quelle che saranno le necessità territoriali inderogabili saranno normalmente erogate. Ma visto che il nuovo Piano dovrebbe individuare nuove apicalità anche negli ospedali, è atteggiamento di buon senso – conclude Coletto- sospendere le nomine".

Ci saranno meno **Ullss**

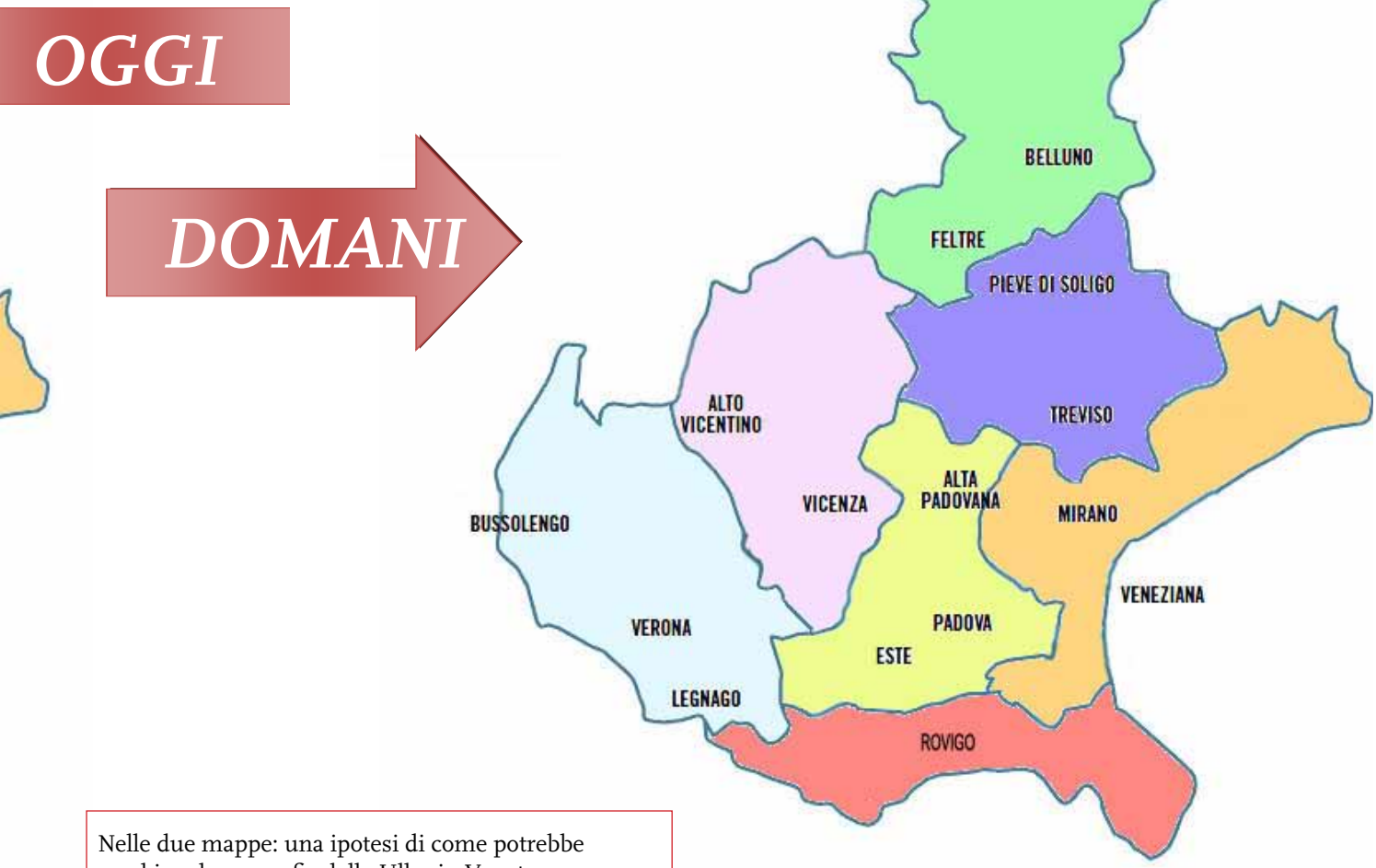
Da 21 a 15. Le aziende sanitarie venete avranno un bacino tra i 200mila e i 300mila abitanti



È nella seduta del 29 marzo 2012, che la V Commissione vota il taglio delle Ullss. Al termine di una settimana, in cui il toto elimina-ospedale aveva fatto infuriare direttori generali, assessori e presidente di commissione. Una fuga di notizie ad arte, che ha preoccupato anche i cittadini. Ora nel PSS è scritto che la dimensione ottimale di una Ulss sarà quella di 200/300mila abitanti, quelle più piccole saranno accorpate. Uniche eccezioni le aree di montagna e il territorio lagunare. Il primo passo ufficiale, dunque, verso un ridimensionamento delle Ullss del Veneto parte a fine marzo durante la riunione in cui, cinque degli otto articoli del PSS, ottengono il via libera della Commissione, per il voto finale il 5 aprile. Cioè il PSS esce dalla V per passare in aula a Palazzo Ferro Fini. Soddisfatto il presidente della Commissione Leonardo Padrin, che evidenzia, al termine della discussione, come si sia arrivati a questo risultato grazie alla coesione ed al senso di responsabilità manifestati da tutti i componenti. "E' indispensabile - ribadisce - approvare il Piano in tempi brevi, per evitare il collasso della sanità veneta e l'esplosione della spesa. Voglio sottolineare - aggiunge - il valore strategico del nuovo ruolo del direttore ai servizi sociali e al territorio, incarico a cui potranno accedere anche gli infermieri con laurea e il rafforzamento della figura del Segretario Generale della Sanità, che d'ora in poi sarà indicato dalla Giunta, ma eletto dal Consiglio regionale." Le Ullss quindi dovrebbero scendere da 21 a 15 e non ridursi a 7, come era stato indicato anche dal Presidente del Veneto Luca Zaia, che aveva individuato nelle aree provinciali l'ambito territoriale di una singola Azienda.

LA NUOVA GEOGRAFIA DELLE ULLSS

Sulla base di questo parametro risulterebbe che in Polesine si fonderebbero Adria e Rovigo, le due veneziane ingloberebbero Chioggia diventando un'unica realtà, resisterebbe Mirano, nel vicentino Arzignano dovrebbe aggregarsi a Vicenza, Thiene e Bassano diventare una sola, nel padovano invece dovrebbero restare le attuali Ullss di Padova, Cittadella e Monselice. Nel trevigiano da tre si passerebbe a due, con una a destra e l'altra a sinistra del Piave. Stessa sorte per la provincia di Verona con due Ulss, Verona Nord e Sud. Più L'azienda Ospedaliera di



Nelle due mappe: una ipotesi di come potrebbe cambiare la geografia delle Ullss in Veneto

Verona. "Il PSS, è l'evoluzione della sanità veneta- evidenzia Padrin, riorganizzandola secondo un rapporto ottimale tra ospedale e territorio. Un sistema la cui forza innovativa sarà l'utilizzo di nuove figure professionali sanitarie, non mediche, che oggi sono in grado di dare risposte di altissima professionalità e qualità. Nel Piano - spiega Padrin - è previsto il taglio di molti posti letto per acuti, ma saranno aggiunti 8000 posti letto nelle strutture territoriali. "Con quali risorse?
"Un posto letto per acuti costa 500 euro al giorno, uno in una struttura di convalescenza vigilata dai 130 ai 170 euro".
E subito il pensiero va alle lista d'attesa per le visite, a cui una soluzione viene data dalla sanità privata convenzionata. Che ruolo avrà in futuro, quando il fondo nazionale trasferirà milioni di euro in meno? "Il privato deve essere complementare alle prestazioni del servizio pubblico, deve fare ciò che non riesce a fare il pubblico e ciò che fa deve farlo meglio. No a doppioni".

Il presidente della V Commissione Leonardo Padrin: «Il PSS è l'evoluzione della sanità veneta, riorganizzandola secondo un rapporto ottimale tra ospedale e territorio.

La parola ai membri della **Commissione Sanità**

Quindici consiglieri regionali per elaborare il testo, prima del passaggio in aula

Cosa cambia con il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale?

Dario Bond, Pdl
Dobbiamo tagliare, ci sono troppi doppioni, bisogna organizzare la sanità sul territorio coinvolgendo i medici di base in quei servizi che dall'ospedale devono uscire. Puntiamo ad una professionalità di medici ed infermieri sul territorio più ampia. La rete degli ospedali storicamente in Veneto è capillare: è evidente che nemmeno con il nuovo PSS sarà smantellata. Se si toccano o si riconvertono realtà è perché sono superate o sono un doppione. Altrettanto evidente è che alcune eccellenze che si trovano nei vari ospedali di Padova, Vicenza, Treviso, Verona e Mestre devono essere messe a disposizione di tutti i veneti.

Antonino Pipitone, Idv
L'unica reale rivoluzione che emerge dalle carte è che ci sarà un taglio drastico degli ospedali: si passerà da più di 80 ospedali esistenti a 30 (5 detti Hub e 30 detti Spoke). Sembra più che una reale riorganizzazione ospedaliera, una esclusiva ricerca di tagliare la spesa sanitaria: insomma si raziona e non si razionalizza.

Diego Bottacin, Verso Nord
Non ci sono "rivoluzioni" in questo Piano, ci sono alcune novità positive come la nuova medicina di base e una maggiore attenzione all'organizzazione della sanità territoriale, ma è mancato il coraggio di fare una vera svolta.

Federico Caner, Lega Nord
A parer mio, l'aspetto decisivo è il riordino di quello che sul territorio veneto è un "sistema" che include il settore sociale e quello sanitario, individuando, in un periodo di scarsità di risorse, le possibili razionalizzazioni di doppioni senza togliere servizi ai cittadini. E' una scommessa, oggi, ma chi governa la Regione ha la responsabilità di effettuare delle scelte, nella consapevolezza che i fondi pubblici (oggi ridotti) sono proprietà dei veneti e per loro vanno investiti.

Raffaele Grazia, Udc
Il testo proposto dalla Giunta è molto asciutto. Abbiamo inserito diverse proposte emendative. Un paradosso più che un Piano socio sanitario: sembrano le linee guida per predisporre un Piano.
Contiene principi che però devono trovare concretizzazione pratica.

Claudio Sinigaglia, PD (Vicepresidente V Commissione)
La sfida del Piano è passare da un'organizzazione ospedalocentrica ad una rete nel territorio. I medici di medicina generale saranno preposti alle cure primarie in una sede unica. Dovranno nascere punti di riferimento poliambulatoriali operativi h24. L'aggregazione sviluppa la medicina di gruppo, ci deve essere un salto culturale del professionista che diventa parte di un'équipe. Strutture intermedie sono la seconda sfida: se diminuisci i posti letto negli ospedali centrali, ti giochi tutto nelle strutture intermedie.

Carlo Alberto Tesserin, Pdl
E' un Piano che tende ad esaltare le condizioni della qualità della sanità veneta che deve essere mantenuta con minori risorse a disposizione. Significa avere la capacità di tagliare gli sprechi per mantenere e incrementare l'impegno a favore di una ulteriore qualità della sanità veneta.

C'è il rischio di minori servizi?

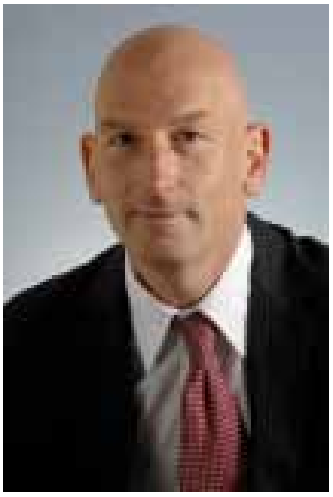
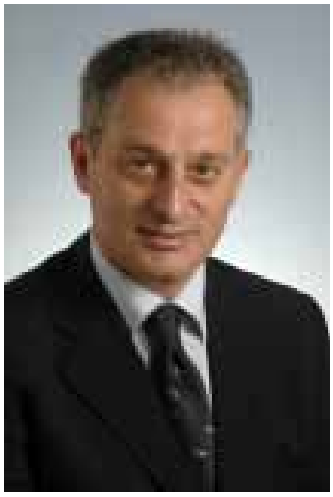
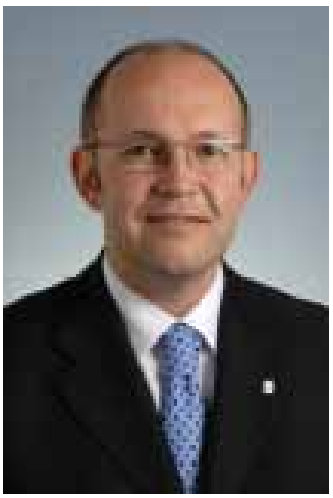
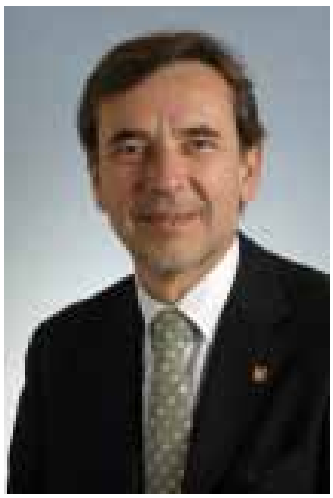
Bond, Pdl
Non ci saranno minori servizi, lo spirito del Piano è lavorare per offrire migliori servizi, evitando sprechi, doppioni, diagnostiche ripetitive, non vedo questo rischio.

Sandro Sandri, Lega Nord
Al contrario, il nuovo PSSR prevede un grande rafforzamento dei servizi territoriali che porterà meno persone (e precisamente quelle che ne hanno davvero bisogno) ad essere curate negli ospedali, e migliori servizi alla persona

per le patologie meno importanti erogati dai medici di base e dai distretti. La sanità del Veneto si sta attrezzando per fornire non solo servizi di migliore qualità, ma anche di tipo nuovo.

Pipitone, Idv
E' la nostra grande preoccupazione! La priorità deve essere quella di spostare i servizi sanitari sul territorio (es. ECG, ecografie, mammografie, prelievi, visite specialistiche...) al fine di intercettare i bisogni e fare reale prevenzione sempre più vicino ai cittadini. E' un rischio, noi come Idv siamo convinti che i soldi che vengono risparmiati devono essere tutti reinvestiti in servizi per la salute dei nostri concittadini.

Bottacin, Verso Nord
A parte che il Piano non indica chiaramente gli ospedali da chiudere, né dice, come sarebbe giusto fare, che solo quelli con almeno 400 posti letto e 200mila abitanti di bacino hanno

Dall'alto, a sinistra, in senso orario: Dario Bond, Antonino Pipitone, Diego Bottacin, Raffaele Grazia

La nuova sanità : vista da un medico di famiglia…

Sono il perno del cambio di rotta del sistema sanitario, ma non sono tutti d'accordo

"Sono assolutamente contrario. E' un esperimento già fallito in altri Paesi europei. Il modello del policlinico era diffuso nel 1800 in Germania e Francia, non sarà un caso se è stato abbandonato. Anche nei Paesi dell'Est lo hanno recentemente cambiato. Il sistema che mescola il sanitario con il sociale resiste solo a Cuba". Boccia totalmente la filosofia del nuovo Piano socio sanitario, Giuseppe Maso, medico di medicina generale veneziano, che rigetta la definizione di medicina di base. "Siamo medici di famiglia", sottolinea. Ed aggiunge che "il vero problema della medicina generale italiana è la mancanza di libertà, non la continuità assistenziale del paziente". "Il paziente italiano è il più seguito al mondo, ha il medico generale o medico di famiglia, la guardia medica, il pronto soccorso ed il 118". I medici di famiglia sono 50mila in Italia, ma la qualità e la libertà professionale sono molto limitate, per Maso. Suggerisce alcune azioni per migliorare la medicina di base: puntare alla qualità dei medici generali, è necessaria la specialità accademica; rivedere il ruolo di gate-keeper del medico di famiglia, che deve essere parificato alle altre specialità; accreditare il professionista e non le strutture; diminuire al massimo le incombenze burocratiche; dare la possibilità di scegliere il medico indipendentemente dalla Ulss di appartenenza e dal numero di assistiti di un medico; abolire il numero massimo di assistiti; lasciare libertà organizzativa e aggregativa; non diffondere le informazioni sensibili dei singoli pazienti al data base regionale. Con queste azioni il medico di famiglia recuperebbe autonomia, libertà, dignità professionale, efficienza e reale responsabilità. Con beneficio di tutto il sistema sanitario.

senso se vogliamo assicurare qualità alle cure, la risposta è no: il territorio deve essere presidiato da una migliore medicina di base e da efficienti strutture intermedie, gli ospedali per acuti devono essere pochi e super specializzati.

Caner, Lega Nord
No, assolutamente. Negli ospedali di eccellenza, comunque diffusi nel territorio, l'utente sa che troverà maggiore specializzazione per esigenze particolari o per degenze prolungate, ma questo non significherà togliere servizi alla 'periferia'. Noi come governo regionale dobbiamo assicurare ovunque una copertura dell'emergenza, quindi un servizio di ambulanza attrezzata che arrivi con la stessa celerità in ogni angolo del Veneto. La parola "razionalizzazione" troppo spesso viene intesa come "sottrazione": non lo è.

Grazia, Udc
Mi preoccupo, nel Piano ci sono molti elementi positivi però non li vedo concretizzabili a breve. Non ci sono risorse.

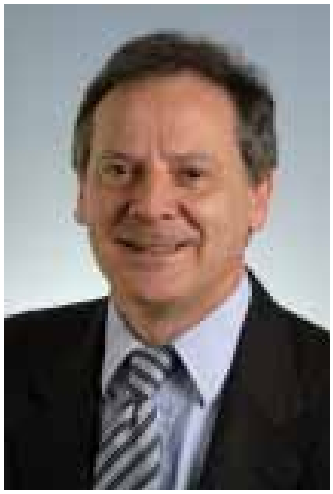
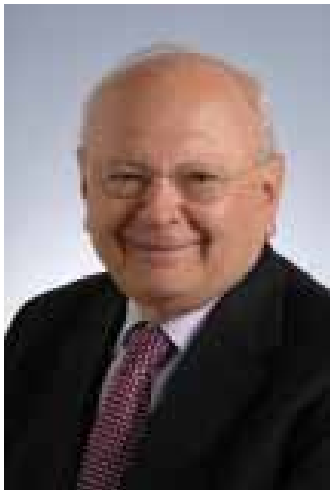
Sinigaglia, PD
E' stata recepita la richiesta di formulare schede di dotazione territoriale con indice per le schede ospedaliere di 3 per mille abitanti, 0,5 per la riabilitazione e la lungodegenza; mentre quelle territoriali di 1,2 per mille. Così si abbassano i posti letto negli ospedali ma per avere 8000 posti in più in quelli territoriali è necessaria la riforma delle Ipab e delle case di riposo che devono diventare delle aziende pubbliche. Non ci sono le strutture intermedie né ospedali di comunità. Non c'è un'adeguata strategia per il sociale che dipende dalla sanità e non ci sono battaglie per la sussidiarietà.

Tesserin, Pdl
Questo comporterà una rivoluzione nella medicina di base, dovrà essere rivista la prestazione dei medici di famiglia. Si ricorre troppo spesso agli ospedali, mentre la medicina di base deve essere più attenta nell'indirizzare i pazienti al ricovero, quando invece si possono curare ambulatorialmente.

E la sanità privata?

Bond, Pdl
Deve esistere la sanità privata e deve esprimere una forza di attrazione anche verso altre regioni, altri Stati. Ha una professionalità ed un'efficienza che la contraddistinguono, non può essere ridimensionata con tagli orizzontali. Rassicuro i fornitori di questi servizi ambulatoriali e non, che il nomenclatore e il tariffario non devono essere qualcosa non concertato e imposto dall'alto, ma ragionato. Chiaro che se interveniamo tagliando diminuiamo l'offerta e questo non è il mio auspicio. Così riduciamo la possibilità di far fronte a dei servizi prestati con minor liste d'attesa. L'abilità nostra deve essere nell'inserire queste prestazioni con una sorta di priorità su tutta l'offerta regionale.

Sandri, Lega Nord
Il ruolo della sanità privata è importante nel Veneto, perché essa fornisce una totale complementarietà al sistema pubblico. Ciò consente al sistema nel suo complesso di fornire servizi di eccellenza e di ridurre i disagi, in primis le liste di attesa. Chiaro che le associazioni di categoria fanno il loro mestiere, ma in tempi di crisi economica i sacrifici li devono fare tutti, anche le strutture accreditate alle quali nel passato sono sempre stati garantiti incrementi finanziari certamente non trascurabili.

Dall'alto: Claudio Sinigaglia, Carlo Alberto Tesserin, Sandro Sandri, Federico Caner

Pipitone, Idv
La sanità privata nella nostra regione ha un ruolo di completamento dell'offerta sanitaria regionale. Rappresenta una parte limitata della sanità regionale (meno del 10%) e certamente continuerà ad avere un ruolo importante. La Regione deve garantire, mediante idonei controlli, che le prestazioni nell'ambito convenzionato siano congrue sia dal punto di vista della appropriatezza che della qualità.

Bottacin, Verso Nord
I privati accreditati e convenzionati svolgono a tutti gli effetti un servizio pubblico parificabile in tutto e per tutto a quello delle strutture pubbliche. Si tratta di togliere ogni doppione e far fare ai privati tutto ciò che riescono a fare bene, spendendo meno del pubblico. Ribadisco che sempre di spesa pubblica sanitaria si tratta. Il privato oggi riesce a fare molte prestazioni sanitarie di routine (esami, piccoli interventi ambulatoriali, ecc.) facendo spendere all'utente meno del costo del ticket presso una struttura pubblica. Ciò può servire ad alleggerire le liste d'attesa.

Caner, Lega Nord
Avrà un ruolo complementare a quella pubblica, importante e rilevante soprattutto in determinate realtà locali per dare risposte qualificate in tempi celeri alle esigenze dei cittadini. Il problema delle liste d'attesa è prioritario per la Giunta regionale. Non è una questione di tagli alle tariffe, bensì di un utilizzo magari non razionale delle strutture ospedaliere pubbliche per prestazioni privatistiche. Cosa che nel Piano si andrà a definire con estrema precisione.

Grazia, Udc
E' importante che rimanga una quota parte dei servizi privati per la competizione, senza competizione il pubblico si adagia. Serve per le liste d'attesa.

Sinigaglia, PD
La sanità privata convenzionata va bene se è complementare. Non è stata distribuita bene: è stata concentrata troppo in alcune zone nel padovano e nel veronese. Verifichiamo dove serve e costringiamo le strutture pubbliche ad organizzare le intra-moenia. Non è possibile garantire sanità pubblica, pagare tasse ed avere un servizio migliore dal privato. Rovini il modello d'eccellenza.

Tesserin, Pdl
Sanità privata nel territorio stimola la competizione qualitativa e ci sta. Ovviamente come tagliamo quella pubblica taglieremo anche nella privata convenzionata. Tagliare sprechi non significa far pagare meno la prestazione, significa individuare il costo ottimale di una prestazione e poi adottarlo.

E la ricerca?
Bond, Pdl

Ricerca e tecnologia devono far lavorare in sinergia le cliniche e le Università.
Non deve esserci però l'esasperazione diagnostica, esami indotti dall'informazione medico scientifica, dalla pubblicità delle aziende che vogliono vendere prodotti.
Il servizio deve essere omogeneo, dobbiamo rifuggire dal modello della medicina americana che ha una diagnostica all'eccellenza ma pure l'assenza di rapporto umano medico paziente.

Sandri, Lega Nord
Una parte del Piano è specificamente dedicata al ruolo giocato dall'innovazione e dalla ricerca, in una sinergia di sforzi tra operatori pubblici e privati. Importante sarà vedere quanto i privati effettivamente metteranno in campo, perché ricerca ed innovazione tecnologica richiedono comunque una abbondante profusione di risorse economiche.

Pipitone, Idv
Su questo ambito c'è molto poco nel PSSR.
Dal 2013 saranno abbattute le frontiere europee per la libera concorrenza delle offerte sanitarie comunitarie.
Come IDV presenteremo proposte che guardino alla ricerca e alle nuove tecnologie come la nuova frontiera di una sanità veneta sempre più competitiva e al passo con i grandi sistemi sanitari europei.

Bottacin, Verso Nord
Sono entrambe voci che fanno rima con investimenti e, purtroppo, di investimenti nel Piano si parla poco.

Caner, Lega Nord
Il PSSR definisce il ruolo chiave dell'attività di ricerca, che viene favorita nell'attesa che il Governo, che ne ha competenza, trasferisca i fondi per favorire gli investimenti.

Sinigaglia, PD
Sì alla ricerca integrata tra Università e Poli sanitari in un clima sano di concorrenza.

Tesserin, Pdl
Massima attenzione: non c'è nessun comparto al mondo che non debba essere aiutato come la ricerca in sanità.

Sempre di

Lavorare insieme a

"Se la Regione Veneto avesse chiara la strategia di creare un'unica rete della sanità, liberandosi dalla cecità di barriere ideologiche, ricordando che anche noi siamo sanità pubblica, sebbene con gestione privatistica, avremmo un sistema di assistenza e cura con potenzialità enormi, un notevole risparmio e garantite le prestazioni di qualità". E' la proposta che da tempo suggerisce alla politica Lia Ravagnin (*nella foto a pag. 25*), presidente Anisap Veneto e Trentino Alto Adige (l'associazione che raggruppa la maggior parte di strutture sanitarie ambulatoriali e private). Politica regionale che deve ora effettuare pesanti tagli alla spesa sanitaria, mantenendo la stessa qualità di servizi ai cittadini. Il ruolo della compagine convenzionata potrebbe essere la risposta pronta a quella capillare rete di assistenza territoriale, a cui fa riferimento il nuovo Piano socio sanitario, come elemento cardine della riorganizzazione del modello veneto. "Ci avete nel territorio, usateci - propone la Ravagnin - abbiamo suggerito di creare una rete informatica per incrociare i dati sinergici dei pazienti. I pronto soccorso sono intasati per visite da codice bianco, perché non impiegare le

sanità pubblica, si tratta...

sistema. L'invito delle strutture convenzionate alla sanità pubblica

nostre strutture che sono già funzionanti e costano meno? Avrebbero lo stesso servizio con i vantaggi di una gestione imprenditoriale". "Nel Piano socio sanitario, come è allo stato attuale - aggiunge – non si parla di noi. Nessun commento, dunque. Posso solo dire che, affidare la scelta di avvalersi o meno e in che misura delle strutture convenzionate al singolo direttore generale, è sbagliato. Questo potrebbe creare delle differenze di trattamento per i pazienti a seconda dell'Ulss a cui appartengono. Il direttore generale deve indicare i fabbisogni territoriali e poi deve essere la Regione che valuta, in modo da assicurare a tutti i cittadini la stessa possibilità di accesso alle prestazioni".

NISAP

Ma c'è una questione sulla quale si è aperto il confronto tra Regione Veneto e gli operatori sanitari privati: è quella del nomenclatore delle prestazioni e del tariffario. Una questione ferma dal 1996: nel corso degli anni, in attesa di una norma di regolamentazione, la Regione ha riconosciuto oltre alla singola tariffa, un incremento del 4%, a copertura dei costi per il rinnovo dei contratti di lavoro. I tagli necessari al bilancio della sanità, invece sembravano volessero imporre una riduzione delle stesse vecchie tariffe. Una sforbiciata, che così come è stata proposta, copriva la metà dei costi effettivi di una prestazione. Per capirci: se una risonanza magnetica viene rimborsata metà del costo, un operatore privato non la fa più e quindi il cittadino è costretto ad attendere due anni per farla in ospedale o al distretto sanitario pubblico, o a pagarla completamente. Un boomerang per una politica che punta all'abbattimento delle liste d'attesa. Nell'incontro che le associazioni hanno avuto con il segretario generale della sanità Domenico Mantoan, è stato trovato un accordo soddisfacente tra la parti a tutela dei cittadini . "Siamo pronti a fare la nostra parte di sacrificio, siamo disponibili che la quota parte dei 50 -60 milioni che sono venuti a mancare alle casse regionali per il ticket sulla ricetta, sia recuperata da noi attraverso l'eliminazione dell'incremento finanziario - dichiara la Ravagnin - quel 5 -7% in più rispetto alla tariffa, che però rimane invariata. Una soluzione che permette all'ente pubblico di recuperare i soldi, alle strutture private di andare avanti stringendo i denti, ai cittadini di avere assicurato lo stesso numero di prestazioni, avuto fino ad ora.

Un accordo che prevede l'impegno di rimodulare il tariffario secondo i parametri emersi da uno studio della Università Bocconi, commissionato da Palazzo Balbi, nel 2007, a cui noi abbiamo partecipato come strutture pilota. Strutture pubbliche e private sono state confrontate nell'analisi dei costi delle varie prestazioni e dal confronto è stata determinata una tariffa congrua per ogni prestazione in sé, a prescindere da chi la eroga. Perché ripeto - conclude la Ravagnin - noi siamo parte integrante della sanità pubblica".

Intervista al presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

Marino: una salute **più equa**

«Lotta agli sprechi, chiusura dei piccoli ospedali, più assistenza territoriale. Un Garante della salute per supervisionare sanità pubblica e privata»

di Giuliano **Gargano**

Un medico prestato alla politica, che grazie alla sua esperienza in corsia ha le idee chiare su cosa occorra per guarire il "malato Sanità". Ignazio Marino, presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, illustra a NES la sua ricetta.

Qual è, secondo lei, lo stato della Sanità in Italia?
Nel 1978 l'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale è stata un cambiamento epocale, da quel momento in poi abbiamo avuto un sistema sanitario universale caratterizzato (come dice la Costituzione) dal diritto alla cura garantito, dall'accessibilità alle strutture e dall'equità assicurate a tutti gli individui, indipendentemente dalle loro condizioni sociali ed economiche. Una vera rivoluzione che è stata però indebolita negli ultimi anni. In Italia, dal 2008 quest'area strategica è stata progressivamente messa in secondo piano, è mancata la volontà di investire, sono arrivati i tagli lineari alle risorse e i ticket. Per mantenere la qualità del nostro servizio sanitario pubblico è necessario intervenire con urgenza sui punti deboli perché senza interventi il sistema non si regge e, in pochi decenni, si arriverà a una sanità americana, basata sul censo.

Qual è la sua ricetta per quella che lei stesso definisce "una salute più equa"?
Penso alle sfide che sono proprie della sanità moderna che deve essere accessibile ma anche sostenibile dal punto di vista economico: razionalizzare le spese mantenendo la qualità dei risultati. Per un intervento chirurgico di ernia inguinale o di calcolosi della colecisti, il paziente viene ricoverato anche due o tre giorni prima. In Friuli il ricovero avviene mezza giornata prima ma in altre regioni, come il Lazio, si arriva a 2,8 giorni prima dell'intervento, ed in alcuni ospedali del Sud i dati che abbiamo raccolto con la Commissione di Inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale indicano addirittura in 5 o 6 i giorni di ricovero non necessario precedenti ogni intervento chirurgico. Questo significa gettare dalla finestra quasi mille euro per ogni giornata di ricovero non necessario. Si calcola che le notti di ricovero non necessario superino le 500.000 ogni anno. I conti degli sprechi sono presto fatti. Sono convinto, inoltre, che l'efficienza e la qualità delle cure non sono direttamente proporzionali al numero di ospedali presenti sul territorio. Anzi, troppi ospedali in una stessa regione spesso sono sinonimo di inappropriatezza delle cure, sperpero di risorse e di un possibile condizionamento delle amministrazioni pubbliche da parte dell'imprenditoria privata. Quindi non bisogna puntare ad avere tanti ospedali ma strutture tecnologicamente avanzate e accoglienti che funzionino e che siano sicure. Sono quindi favorevole alla chiusura dei piccoli ospedali con meno di cento posti letto, a iniziare da quelli sprovvisti di un servizio di anestesia e rianimazione attivo h24. I piccoli ospedali non sono pronti a far fronte alle emergenze, non sono sicuri per i pazienti eppure sono costosissimi. Andrebbero sostituiti con una rete di soccorso stradale e di elisoccorso che risponda con interventi rapidi.

Andrebbe inoltre sviluppata la rete di assistenza territoriale, incentrata sul ruolo dei medici di famiglia. Penso a strutture organizzate, aperte 12 ore al giorno, sei giorni a settimana: se un paziente con colica renale riuscisse a trovare nello studio del suo medico l'ecografia, una prima diagnosi o una flebo di antidolorifico non andrebbe certamente ad aspettare ore al pronto soccorso.
Inoltre, la politica dovrebbe stare fuori dalle corsie degli ospedali: i primari non devono essere selezionati discrezionalmente dai direttori generali o manager delle Asl come accade oggi, ma mediante un concorso per titoli ed esami reso pubblico su internet. La valutazione deve essere eseguita da una commissione di esperti di altre Regioni; solo così si può avere una vera trasparenza. Per i direttori generali serve un albo nazionale a cui si accede solo se si hanno titoli di formazione scolastica e preparazione amministrativa adeguati. Così la politica potrà scegliere, ma solo all'interno di questo elenco a cui saranno iscritti solo i candidati davvero competenti. Ora invece i direttori generali hanno la possibilità di presentare i titoli fino a 18 mesi dopo l'assunzione dell'incarico.

Federalismo e Sanità vanno d'accordo? Può essere questo il futuro del nostro sistema sanitario?

Le disparità nell'accesso alle cure e le migrazioni sanitarie sono una drammatica realtà: ogni anno più di un milione di persone sono costrette a un vero e proprio esodo da sud a nord. Questo dato è reso ancora più intollerabile dalle nette disuguaglianze che si registrano anche all'interno di molte regioni. Come mai ad esempio nel Lazio, tolta la città di Roma solo l'ospedale di Viterbo ha un reparto di emodinamica attrezzato per assistere gli infartuati 24 ore su 24? Non si può pensare che gli infarti a Frosinone o Latina avvengano tutti esclusivamente tra le 9 e le 17 dal lunedì al venerdì. E' chiaro che una riforma federalista deve tener conto di queste criticità. Servono invece una valutazione e una verifica complessiva, che tengano conto anche delle gravi difficoltà gestionali che si riscontrano soprattutto nelle regioni del centro-sud. Altrimenti si sconfinerebbe molto facilmente in un federalismo dell'abbandono, per cui chi vive al nord ha gli ospedali che funzionano e non si interessa del destino del sud. Oppure, ancor peggio, in un federalismo cannibale per cui si dirà ai cittadini del sud: 'venite da noi al nord, pagate e sarete curati'.

La sanità privata convenzionata: solo complementare alla sanità pubblica o anche stimolo/concorrenza a migliorare per entrambe?

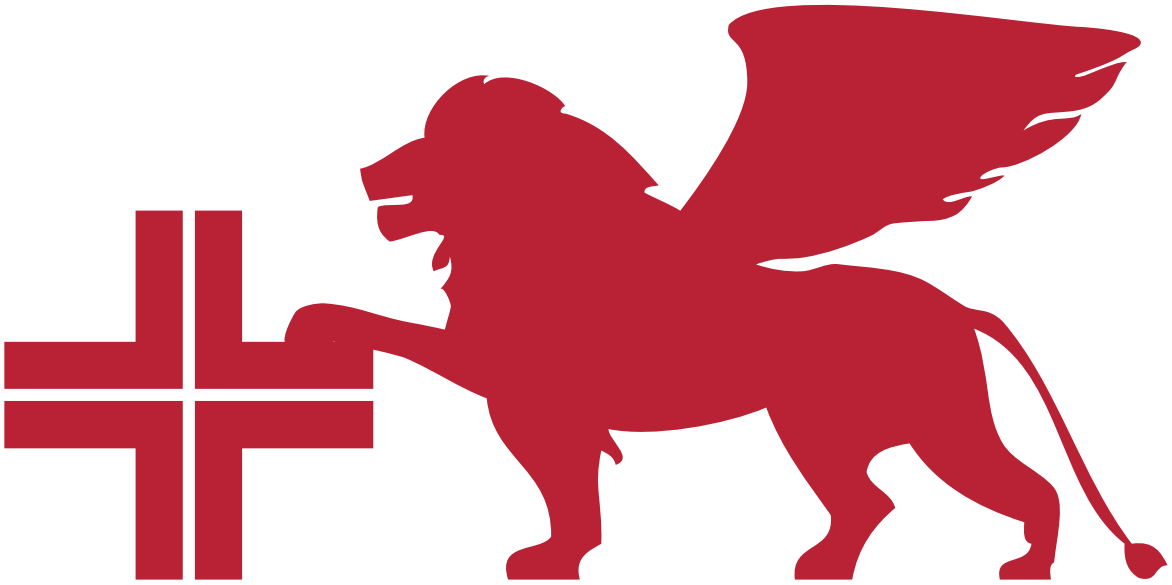
Il privato non va demonizzato, purché agisca all'interno di regole chiare finalizzate a garantire l'accesso di tutti gli individui alle cure nel nostro Paese, così come indicato dalla Costituzione. Una regola fondamentale: l'indipendenza, l'eticità e la scientificità della ricerca devono essere sempre salvaguardate. Il finanziamento privato deve poter lasciare ai ricercatori la possibilità di esprimere il proprio talento e la propria creatività perché è dalla ricerca libera che spesso affiorano le idee più innovatrici in grado di migliorare le cure ed anche la qualità della vita. A mio parere, inoltre, pubblico e privato, perché non si verifichino anomalie o veri e propri crimini perpetrati ai danni dei pazienti (come il caso della Clinica Santa Rita di Milano dove venivano eseguiti interventi inutili al paziente e utili solo al profitto), dovrebbero operare sotto la supervisione di un'agenzia di valutazione dell'efficacia e della qualità delle cure mediche. Un Garante della salute, un ente terzo indipendente dalla politica. A questo fine ho presentato una legge al Senato della Repubblica.

foto tratta dal sito ufficiale di Ignazio Marino

Chi è Ignazio Marino

Nato a Genova nel 1955, è un chirurgo specializzato in trapianti d'organo, attualmente senatore del Partito Democratico. All'inizio degli anni '80, per specializzarsi, ha studiato prima in Inghilterra, a Cambridge, e poi negli USA presso la University of Pittsburgh, centro d'eccellenza mondiale per i trapianti. Nel 1993 diventa Co-direttore del Centro Trapianti del "Veterans Affairs Medical Center", l'unico dipartimento per trapianti di fegato appartenente al governo degli Stati Uniti. Volendo importare in Italia quelle competenze acquisite durante l'esperienza americana, nel 1999 contribuisce a fondare e dirige l'ISMETT, il centro trapianti multiorgano di Palermo. Nel luglio del 2001 esegue il primo trapianto di rene in Italia su un paziente sieropositivo.
Nel 2006 torna in Italia e si candida al Senato come indipendente, venendo eletto nelle fila dei Democratici di sinistra. Alle elezioni politiche del 2008 si ricandida e viene rieletto senatore. È membro della Commissione igiene e sanità e Presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. La presidenza della commissione sul SSN gli offre la possibilità di viaggiare per il Paese e conoscere lo stato delle strutture sanitarie italiane difendendo, così, il diritto dei pazienti italiani a ricevere cure e servizi di qualità.

un click per la tua salute



SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line
la tua prestazione sanitaria

Tutti in **lista d'attesa**

Leggi e decreti. Cup telefonici e informatici. Tabelle e codici di urgenza: ma i tempi per una visita restano, spesso, ancora lunghi o misteriosi. Il commento del Tribunale del Malato - Cittadinanzattiva

a cura di Giuliano **Gargano**

Il tema delle liste d'attesa può essere racchiuso principalmente in due dei diritti della Carta Europea dei Diritti del Malato:
– Il diritto al tempo dei pazienti: "ogni individuo ha il diritto di ricevere i necessari trattamenti sanitari in tempi brevi e predeterminati. Questo diritto si applica in ogni fase del trattamento."
– Il diritto all'accesso: "ogni cittadino ha il diritto di accedere ai servizi sanitari che il suo stato di salute richiede".
Scrive così, Cittadinanzattiva, nel suo "Osservatorio civico sul federalismo in sanità", il cui Rapporto 2011 è stato sfogliato dalla redazione di NES in anteprima. «I servizi sanitari devono garantire eguale accesso ad ognuno, senza discriminazioni sulla base delle risorse finanziarie, del luogo di residenza, del tipo di malattia o del momento di accesso al servizio. Il diritto al tempo, infatti riguarda la necessità di ricevere cure e prestazioni senza che attese eccessive compromettano, per esempio, lo stato psico-fisico del cittadino, o che ansie e paure sovraccarichino chi dovrà sottoporsi al vaglio di medici e specialisti. Si sa, infatti, che – specie nel servizio sanitario pubblico - i cittadini non aspettano solo per prime visite, ma anche per visite ed esami di controllo, per visite di prevenzione, per sottoporsi ad interventi o effettuare prestazioni all'interno dei pronto soccorso, per ottenere un referto, ma anche per rice-

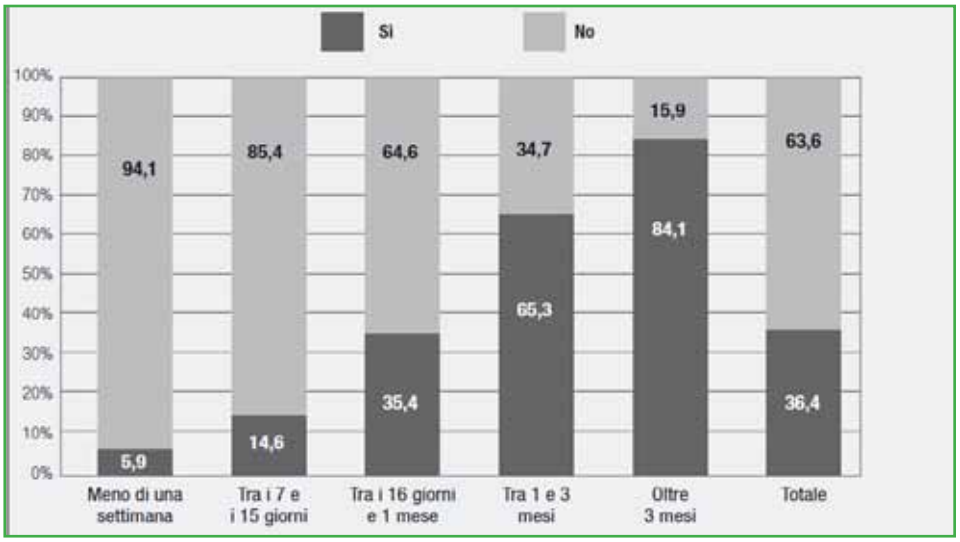
vere risposte da servizi amministrativi». Secondo il rapporto, le lunghe attese per effettuare le prestazioni richieste implicano la violazione di un altro diritto, quello all'accesso.
«Se il servizio sanitario (regionale, nazionale o territoriale) non è in grado di garantire che la prestazione richiesta venga effettuata in tempi congrui, è molto probabile che il cittadino, invece di aspettare, decida di eseguire la visita o l'esame prescritto utilizzando strade più veloci (ma meno economiche), come ricorrere a strutture private o a prestazioni intramurarie. Non verrebbe, quindi, rispettato il principio secondo cui il servizio sanitario garantisce uguale accesso senza discriminazioni. E' noto che, specie i cittadini più giovani (18 – 44 anni) ed in condizioni tendenzialmente migliori, fanno ricorso a strutture private e /o private convenzionate se i tempi sono più lunghi; gli anziani (over 64), invece, rimangono ad aspettare che il servizio pubblico abbia spazio per loro. I dati inoltre mostrano che i tempi di attesa per prime visite o primi accertamenti tendono ad essere più brevi di quelli per visite ed accertamenti di controllo per patologie già note. Si aggiunge che i monitoraggi di patologie già diagnosticate risultano più frequenti tra i pazienti anziani. Tutti elementi questi che vanno certamente a discapito di chi soffre di patologie croniche, di patologie inerenti l'area geriatrica o di chi vive in condizioni di salute precarie».
La questione è comunque molto sentita dagli italiani. Lo dimostra per esempio l'indagine Censis 2010 sulle aspettative e la soddisfazione dei cittadini rispetto a salute e sanità, citata proprio nel rapporto 2011 di Cittadinanzattiva. I dati indicano come i cittadini individuino tra le principali criticità, la difficoltà di accesso a prestazioni a causa di lunghe liste d'attesa. L'area maggiormente interessata dal fenomeno delle liste d'attesa e che quindi maggiormente necessita di un aspetto migliorativo è la diagnostica ambulatoriale, secondo il 70,6% degli utenti intervistati.

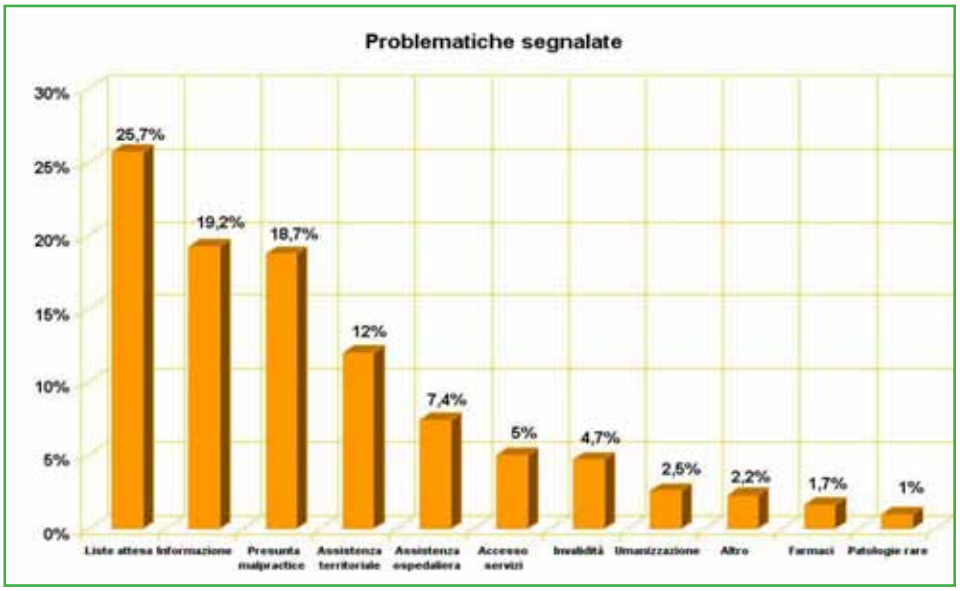
QUANTO HA DOVUTO ASPETTARE IN LISTA DI ATTESA PRIMA DI POTER FARE IL SUO ACCERTAMENTO?					
	NORD-OVEST	NORD-EST	CENTRO	SUD E ISOLE	TOTALE
MENO DI 1 SETTIMANA	20,1	19,4	20	27,8	22,3
TRA 7 E 15 GIORNI	19,6	22,2	21,3	15,3	18,9
TRA 16 GIORNI E 1 MESE	22,3	25	22,7	26,4	24
TRA 1 E 3 MESI	24,6	20,8	20	17,4	21,1
OLTRE 3 MESI	13,4	12,5	16	13,2	13,6
TOTALE	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**
MEDIA GIORNI	*51*	*46*	*54*	*48*	*50*
MEDIA MESI	*1,7*	*1,5*	*1,8*	*1,6*	*1,6*

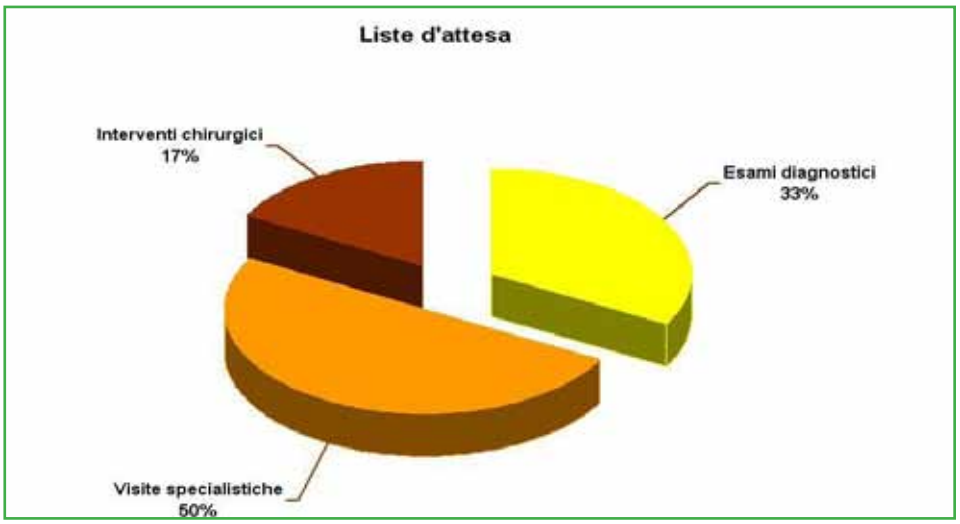
I dati presentati dal Ministero della Salute sulla stessa indagine Censis mostrano – seguendo una distribuzione per area geografica - il tempo di attesa indicato dai cittadini intervistati che nel corso di un anno hanno effettuato una prestazioni diagnostica: l'attesa di un mese rappresenta quasi un limite di tolleranza. È stato infatti chiesto ai cittadini se il tempo atteso per l'effettuazione della prestazione fosse risultato eccessivo oppure no. I dati mostrano che, per chi ha atteso tra i 16 ed i 30 giorni, solo il 35% ritiene di aver aspettato troppo; tra chi ha atteso da 1 a 3 mesi – valore quest'ultimo per il quale viene comunque sforato il tempo massimo generalmente stabilito - la percentuale di chi pensa di aver atteso più del necessario è il 65%. Percentuale che sale all'84,1% per chi ha ricevuto la prestazione dopo i 3 mesi. In Veneto, in particolare (i dati sono raffigurati nei due grafici a colori, qui accanto), un cittadino su quattro lamenta liste d'attesa

LE REGIONI NEI LORO PIANI DI CONTENIMENTO SONO TENUTE A RECEPIRE I SEGUENTI PUNTI PREVISTI DAL PIANO NAZIONALE:

1. Fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni
2. Governo della domanda di fissazione dei tempi massimi attraverso diversi strumenti tra cui l'uso delle classi di priorità
3. Definizioni e criteri di utilizzo delle prestazioni in classe P e di quelle, se previste, senza indicazione di priorità
4. Messa in atto delle procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva
5. Gestione razionale degli accessi attraverso l'uso del CUP
6. Definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui a livello aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa
7. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste d'attesa
8. Adeguata organizzazione delle attività in libera professione per il contenimento dei tempi di attesa
9. Sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale; sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telematica
10. Informazione e comunicazione sulle liste d'attesa attraverso la partecipazione di utenti e associazioni di tutela
11. Vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni







In alto: Tempi di attesa per l'esecuzione dell'accertamento sanitario e valutazioni sull'attesa (eccessiva=si, non eccessiva=no), tratto dall'Osservatorio civico sul federalismo in sanità" di Cittadinanzaattiva (Rapporto 2011)

troppo lunghe e uno su cinque una carenza di informazione. L'ultimo grafico segnala invece dove si concentrano i ritardi maggiori: secondo il 50% del campione, sulle visite specialistiche.

COME ABBATTERE LE LISTE D'ATTESA?

Ecco la ricetta di Umberto lazzetta, presidente regionale di Cittadinanzattiva

- Istituire un ambulatorio a fianco del Pronto Soccorso per i codici bianchi e verdi, in modo che i pronto soccorsisti possano concentrarsi sulle emergenze senza perdere tempo.
- Far lavorare la struttura ospedaliera pubblica anche di pomeriggio: bisogna allargare la fascia oraria per gli esami più richiesti. In primis per quelli di diagnostica per immagine.
- Acquistare più prestazioni dai convenzionati: il pubblico non è capace di rispondere appieno alle richieste dei cittadini. Ecco che deve entrare in gioco il privato convenzionato che, in questo caso, garantisce un valido contributo.
- "Pubblicizzare", cioè renderle veramente accessibili a tutti. Parliamo delle Utap (le cosiddette "medicine di gruppo") che, come sono strutturate oggi, non rappresentano davvero una soluzione. I medici aggregati dovrebbero aprire le porte a tutti gli utenti e non solo ai propri assistiti. Inoltre l'Utap dovrebbe erogare anche degli esami diagnostici.

I numeri **ufficiali**

I dati forniti dalla Direzione Controlli e Governo SSR della Regione Veneto

La Regione Veneto monitora costantemente - attraverso la Direzione Controlli e Governo SSR - i tempi d'attesa. Secondo la legislazione vigente, ci sono alcuni punti fondamentali:
a) Individuazione delle PRESTAZIONI TRACCIANTI, riconosciute essenziali per assicurare un adeguato livello assistenziale alla popolazione (ricomprese nei LEA);
b) Ogni Ulss assicura le prestazioni innanzitutto ai propri assistiti (PRESTAZIONI GARANTITE) e su questa capacità di offerta vengono misurati gli indicatori di monitoraggio;
c) Fondamentale è la presenza di un Piano di comunicazione rivolto a tutti gli attori coinvolti nella gestione delle liste d'attesa e nell'erogazione delle prestazioni: Personale dell'Area Sanitaria, Amministrativa, Personale e Responsabili dei CUP e dei Front Office, utenza.
E' quindi bene chiarire che il monitoraggio viene effettuato sulle prestazioni traccianti e in particolare sulle prime visite. Le visite/prestazioni di controllo non vengono invece prioritarizzate, ma prenotate sulla scorta delle indicazioni poste sulla prescrizione dal medico curante.
Il numero delle prestazioni Traccianti previste dalla normativa è di circa 40 (*vedi pagina 40*), per ciascuna delle quali si calcola un tempo d'attesa relativo a ciascuna delle tre classi di priorità (B, D, P), per un totale di circa 120 indicatori per ogni Azienda. Ognuno di questi rappresenta la media dei tempi d'attesa di ciascuna struttura erogatrice dell'Azienda (poliambulatorio, sede Ospedaliera ecc), pubblica e privata. Il monitoraggio dei tempi d'attesa effettuato riportando la media percentuale di prestazioni che, per classe di priorità B, D, P, vengono erogate nel rispetto dei tempi d'attesa previsti dal DGR 600/2007, consente di valutare la capacità complessiva dell'Azienda di rispondere alla domanda di prestazioni del

territorio (cioè degli assistiti). Il confronto del valore dell'indicatore percentuale di rispetto dei tempi d'attesa, nell'anno 2010 rispetto all'anno 2011, evidenzia un incremento della media percentuale, nelle Ulss, di rispetto dei tempi d'attesa per ciascuna classe di priorità.

	B	D	P
Veneto TA 2011	84%	87%	94%
Veneto TA 2010	78%	80%	87%
Diff. 2011-2010	+6%	+7%	+7%

Percentuale media di rispetto dei tempi d'attesa, prestazioni garantite, per classe di priorità, anno 2011 – anno 2010 (Fonte: Direzione Controlli e Governo SSR della Regione Veneto).

Dai dati emerge un progresso unanime della percentuale di rispetto dei tempi d'attesa. Rispetto agli standard di riferimento, che sono il 90% per il codice Breve, l'80% per il codice Differibile e il 100% per il codice Programmabile, si evince che il Veneto sfiora il risultato per i codici B e P, mentre lo supera di slancio per i codici D. Analoghe valutazioni si possono fare considerando i tempi d'attesa che intercorrono dal momento del contatto dell'utente con la struttura e la prima data disponibile di prenotazione offerta dalla struttura medesima; gli indicatori derivati da quest'ultimo *database* risentono però di ulteriori variabili quali disdette di prenotazione, mancata accettazione dell'utente della prima data disponibile, ecc. e per maggior obiettività si preferisce far riferimento all'attività erogata. In particolare il numero di aziende che, nel 3° trimestre 2011 rispetto al 3° trimestre 2010, presenta pecentuali di rispetto dei tempi di attesa inferiore alla media di rispetto % delle Ulss diminuisce di 1 unità per la classe B, di 2 unità per la classe D e di 12 unità per la classe P, benché il valore medio regionale di rispetto della percentuale di tempo d'attesa mostri nel 3° trimestre 2011 rispetto al 3° trimestre 2010, un incremento del 5% per le classi B, e D e del 4% per la classe P.

La delibera 600/2007 sui tempi d'attesa

La Regione Veneto si è adeguata con la delibera 600 del 2007, nella quale viene definito il piano operativo per ridurre le liste d'attesa delle prestazioni sanitarie. Il provvedimento definisce i codici di priorità per gli esami e i tempi massimi di attesa.
E' una piccola rivoluzione che caratterizza un nuovo rapporto tra diversi attori: le aziende sanitarie, i medici di medicina generale e i cittadini. La tempistica per le prestazioni prevede:
- il codice "U" urgente, con intervento immediato per situazioni ad alto rischio da trattare in emergenza,
- il codice "B" Breve, per prestazioni da erogare entro 10 giorni per situazioni che si possono aggravare in tempi brevi,
- il codice "D" Differibile per visite specialistiche da effettuare entro 30 giorni ed esami diagnostici entro 60 giorni,
- il codice "P" Programmabile per prestazioni da erogare entro il limite massimo di 180 giorni per verifiche cliniche programmabili.

Da 30 a 60 giorni: i tempi massimi per le **visite**

Il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa

Il 23 novembre 2010 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (23/11/2010 n. 274, suppl. ordinario) il Nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA). Le Regioni hanno avuto due mesi per varare il proprio Piano Sanitario Regionale e, nel caso in cui non lo avessero fatto, erano tenute a recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni indicate nel Piano Nazionale (PNGLA). Sono 58 le prestazioni per cui Asl ed ospedali, devono far rispettare i tempi massimi.

Visite specialistiche Tempo attesa max. 30 giorni	**Diagnostica per immagini Tempo attesa max. 60 giorni**	**Esami specialistici Tempo attesa max. 60 giorni**
Cardiologica	Ecocolordoppler cardiaca	Audiometria
Chirurgia vascolare	Ecografia addome	Colonscopia
Dermatologica	Ecografia capo e collo	Elettrocardiogramma
Endocrinologica	Ecografia mammella	Elettrocardiogramma da sforzo
Fisiatrica	Ecografia ostetrica-ginecologica	Elettrocardiogramma dinamico (holter)
Gastroenterologica	Ecocolordoppler dei vasi periferici	Elettromiografia
Neurologica	Mammografia	Esofagogastroduodeno-scopia
Oculistica	RMN Cervello e tronco encefalico	Fondo oculare
Oncologica	RMN colonna vertebrale	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile
Ortopedica ginecologica	RMN muscoloscheletrica	Spirometria
Otorinolaringoiatrica	RMN pelvi prostata e vescica	
	Tac senza e con contrasto Addome inferiore	
	Tac senza e con contrasto Addome completo	
	Tac senza e con contrasto Addome superiore	
	Tac senza e con contrasto Bacino	
	Tac senza e con contrasto Capo	
	Tac senza e con contrasto Rachide e speco verbale	
	Tac senza e con contrasto torace	

Tempi di attesa sul web

In Veneto non li pubblica **una Ulss su tre**

Il 44% dei siti web delle Aziende sanitarie pubbliche mostra dati su tempi e liste di attesa, con un trend in crescita rispetto agli ultimi cinque anni. Ma se Asl e Aziende Ospedaliere scommettono su internet per fornire una comunicazione trasparente sull'accesso alle prestazioni più o meno garantito in tempi appropriati, lo stesso non si può dire ancora per Irccs (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) e Policlinici universitari dove l'informazione on-line stenta a decollare. E' quanto risulta dalla quarta indagine condotta dal Ministero della Salute nel 2010 sull'utilizzo della rete internet, quale strumento di comunicazione di dati su tempi e liste di nei siti web di Regioni e Pubbliche Amministrazioni, Asl, Aziende Ospedaliere, Irccs e Policlinici, che fa seguito alle tre precedenti svolte nell'ottobre 2005, nel dicembre 2007 e nel novembre

2009. Nel dettaglio, il 48% delle Regioni (10 su 21) riporta, nei propri siti web, dati su tempi reali e/o massimi d'attesa, con un incremento del 15% rispetto ai risultati della indagine 2009; il 57% dei siti web delle Asl (95 su 166) presenta dati su tempi d'attesa, con un incremento del 16% rispetto all'indagine 2009;

Tipologia	Siti web esplorati	N. siti web con presenza di dati su tempi di attesa Anno 2010	% di siti web con presenza di dati su tempi d'attesa nell'anno indicato			
	N.	N.	2005	2007	2009	2010
ASL	21	7	19%	20%	38%	33%
AO	2	1	0%	0%	50%	50%
Totale	23	8	17%	18%	39%	35%

Fonte: 4° Rapporto Nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale - Ministero della Salute, febbraio 2011

il 47% dei siti web delle Aziende Ospedaliere (40 su 85) presenta dati con un incremento dell'8% rispetto al precedente rapporto; il 21% dei siti web degli Irccs (21 su 100) riporta dati su tempi reali e/o massimi d'attesa e rispetto all'indagine 2009 si è verificato un incremento pari al 8%; infine, per quanto riguarda i siti web dei Policlinici Universitari, l'indagine evidenzia che il 14% (1 su 7) riporta dati su tempi reali e/o massimi d'attesa con un incremento pari al 1% rispetto all'indagine 2009.
L'indagine ministeriale parla anche della situazione del Veneto. I dati sono quelli riportati nella tabella a pagina 34, a sinistra, e sono riferiti al 2010. Una fotografia datata, perché da una verifica puntuale compiuta dalla redazione di NES in questi giorni, la situazione è notevolmente cambiata: nel 2011, infatti, le aziende che non pubblicano i dati sui tempi d'attesa (o, come si vede dalla tabella accanto, non li aggiornano da più di un anno) sono il 30%. Si è cioè invertito il dato rispetto solo ad un anno prima.
Le Ulss che pubblicano i dati sono 15 su 21. In molte l'informazione è direttamente sulla home page. In alcune bisogna andare alla ricerca - non sempre facile - all'interno del sito. Caso unico quello di Verona, che fornisce i dati fra le notizie, e non in una sezione apposita.
Nella stragrande maggioranza l'accesso è facile e immediato, ma esistono ancora alcune realtà di difficile utilizzo (a discapito della chiarezza, soprattutto per un pubblico non esperto o poco informatizzato).

INDAGINE DI NES SUI SITI DELLE AZIENDE ULSS E OSPEDALIERE DEL VENETO (EFFETTUATO IL 14 MARZO 2012)

Azienda Ulss n. 1 Belluno	SI
Azienda Ulss n. 2 Feltre (BL)	SI
Azienda Ulss n. 3 Bassano del Grappa (VI)	SI
Azienda Ulss n. 4 Alto Vicentino	SI
Azienda Ulss n. 5 Ovest Vicentino	SI
Azienda Ulss n. 6 Vicenza	Non aggiornato da maggio 2011
Azienda Ulss n. 7 Pieve di Soligo	Non aggiornato da marzo 2011
Azienda Ulss n. 8 Asolo	SI
Azienda Ulss n. 9 Treviso	NO
Azienda Ulss n. 10 Veneto Orientale	SI
Azienda Ulss n. 12 Veneziana	SI
Azienda Ulss n. 13 Mirano	SI
Azienda Ulss n. 14 Chioggia	SI
Azienda Ulss n. 15 Alta Padovana	SI
Azienda Ulss n. 16 Padova	SI
Azienda Ulss n. 17 Este	NO
Azienda Ulss n. 18 Rovigo	NO
Azienda Ulss n. 19 Adria	SI
Azienda Ulss n. 20 Verona	SI
Azienda Ulss n. 21 Legnago	SI
Azienda Ulss n. 22 Bussolengo	SI
Azienda Ospedaliera di Padova	Non aggiornato da gennaio 2011
Azienda Ospedaliera di Verona	SI

I rapporti tra **Azienda Ospedaliera** e **Ulss 16 di Padova**

Intervista ad Adriano Cestrone, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ulss 16 Padova

di Alberto **Salmaso**

Direttore, Lei è capo dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Ulss 16, una grande responsabilità…
L'Azienda Ospedaliera - Università di Padova è l'Ospedale di riferimento per patologie complesse e che richiedono interventi di alta specialità, non solo della Regione Veneto, e risponde anche alle esigenze dei cittadini padovani. Questo duplice compito, riferimento per alta ed altissima specialità per un grande interland e riferimento - assieme all'Ospedale S. Antonio - per tutte le patologie "non impegnative" della città metropolitana di Padova, può mettere in crisi di recettività la struttura: per questi motivi sono necessarie una forte integrazione e collaborazione con l'Azienda Ulss 16.

Sarebbe a dire?
L'Azienda Ulss 16, ha il compito di garantire tutta l'assistenza - anche la più complessa - ai cittadini del territorio: questa attività si estrinseca in parte direttamente, attraverso i Distretti sanitari e gli ospedali S. Antonio e Piove di Sacco, in parte acquisendola dall'Azienda Ospedaliera - Università.

Ma come si finanziano le Aziende?
Il meccanismo di finanziamento delle due Aziende è nettamente differente: l'Azienda Ulss 16 è finanziata a quota pro-capite, poco meno di 1600 euro (€ 1592 nel 2011), mentre l'Azienda Ospedaliera è finanziata con le attività che svolge e quindi attraverso i DRG (Diagnosis-Related Group) per i ricoveri e questo può rappresentare un grosso rischio, se il problema di "Bilancio", delle singole Aziende, prendesse il sopravvento. Infatti l'Azienda Ulss 16 acquista moltissime prestazioni dall'Ospedale di Padova e chiaramente, tutto quello che può risparmiare, serve per migliorare il bilancio economico dell'Azienda, come richiesto sempre più in tempi di crisi come questi, ma non il "Bilancio di salute" dei pazienti.

Intende dire che si rischiano di tagliare i servizi offerti ai cittadini?
Assolutamente no! Proprio partendo dal vero obiettivo che deve avere un Direttore Generale che è la tutela della salute dei cittadini, si evince che le due Strutture devono necessariamente lavorare in maniera integrata! Per garantire questo importantissimo risultato, è stato siglato un accordo strategico tra le due Aziende in cui si prevede che "l'alta specialità" deve essere garantita all'Azienda Ospedaliera - Università e, pertanto, sia l'Ospedale S. Antonio che l'Ospedale di Piove di Sacco devono porsi in maniera complementare all'Ospedale della Città.

E in che modo può avvenire questa "collaborazione"?
Da un punto di vista operativo abbiamo creato il Dipartimento Provinciale di Pronto Soccorso, in accordo con le Aziende Ulss di tutta la Provincia e l'Azienda Ospedaliera - Università di Padova. Tale Dipartimento, che comprende il Servizio SUEM (Servizio Urgenze ed Emergenze Mediche), dovrà garantire che l'Ospedale di Padova possa accogliere, in qualsiasi momento sia di giorno che notte, i pazienti di sua competenza.

Operativamente cosa cambierà?
Proprio in virtù di quanto sopra descritto, nell'Ospedale di Padova si è costituito un piccolo numero di letti a disposizione del Pronto Soccorso con l'obiettivo di "liberare" il posto letto dal Reparto Specialistico a cui deve afferire un paziente della provincia che necessiti di cure di alta specializzazione. Si tratta di pazienti, in fase di guarigione, le cui condizioni mediche possono permettere il trasferimento: successivamente questi ricoverati verranno presi in carico da un'altra Struttura dell'Ulss. Lo stesso vale per i pazienti di area medica (anziani), per i quali si è concordato di "aumentare" l'area della Struttura Intermedia per garantire, in maniera efficiente e razionale, il turn-over.

Un'altra grande innovazione sempre sotto la Sua Direzione…
Prioritaria, come già sottolineato, è la tutela della salute dei cittadini e la qualità dei servizi offerti: se oltre a questo si riesce anche a razionalizzare il personale in funzione del servizio svolto e risparmiare sui costi allora forse ci avvicineremo all'idea di Sanità valida oggi ma soprattutto nel futuro.

SPECIALE MEDICINA DEL LAVORO

Debutterà il 9 Maggio il primo dei sei incontri di cui si compone l'evento formativo interamente dedicato alla medicina del lavoro. Responsabile scientifico del corso è la dott.ssa Maddalena Mazzi, supportata dalla segreteria organizzativa di NordEst Net.

Il corso si propone di affrontare in maniera selettiva le criticità e gli aggiornamenti relativi all'analisi dei rischi negli ambienti di lavoro, grazie al contributo di docenze di altissimo spessore e al confronto con professionisti e tecnici di riconosciuta perizia. Effettuare la valutazione del rischio presuppone una collaborazione multidisciplinare tra tutte le figure garanti della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori: il medico competente deve sapere dimostrare disponibilità e professionalità all'atto dell'identificazione, della quantificazione e della gestione del rischio. Il corso vuole instaurare un confronto e un dialogo costruttivo tra tecnici docenti coinvolti, medici competenti e responsabili del servizio prevenzione e protezione partecipanti sulle tematiche di valutazione dei rischi professionali.
Per ogni argomento è prevista una trattazione teorica e delle esercitazioni pratiche, con lo scopo di ipotizzare per ogni criticità una soluzione al problema, puntando anche alla formazione della capacità comunicativa e argomentativa dei medici competenti e RSPP partecipanti nell'esposizione in dibattito delle soluzioni vagliate nel corso. Per informazioni: NordEst Net – 049 8809854 – 340 0750760. elena.cipresso@gvdr.it

Calendario giornate:
Mercoledì 9 maggio - "Il medico competente 2012: attore nella valutazione del rischio chimico, non più solo spettatore" (dott. Roberto Agnesi)
Mercoledì 6 Giugno "la valutazione del rischio biologico: teoria e prassi a confronto" (dott. Raffaele Polato)
Mercoledì 19 Settembre : "il sopraluogo in pratica: visita agli ambienti di lavoro e redazione della relazione" (dott.ssa Maddalena Mazzi)
Mercoledì 10 Ottobre : "il sopraluogo: relazioni a confronto e modelli possibili" (dott. Roberto Bronzato)
Mercoledì 14 Novembre: "la collaborazione fra avvocato e medico competente" (dott. Franco Sarto; Avv. Francesco Barilà)
Mercoledì 5 Dicembre: "Organo di vigilanza e safety team: i ruoli" (dott. Liviano Vianello)

Grossa novità per tutti i lettori di NES – Nordest Sanità, che da 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 prossimi 4 numeri di NES - Nordest Sanità al solo prezzo di spedizione di 15 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 Manara Valgimigli 6/3, 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

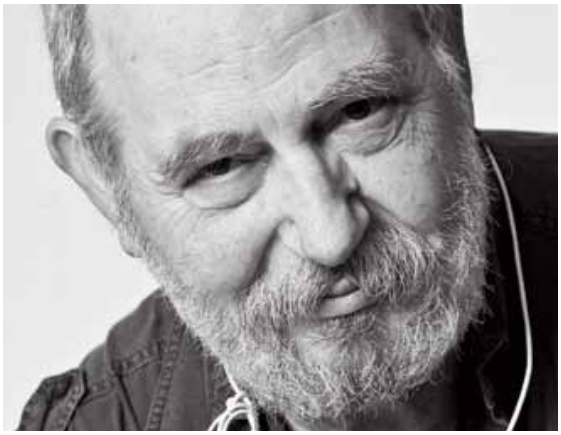
NES A CASA TUA

È pericolosa soprattutto quanco colpisce bambini e anziani

La gastroenterite? Una questione di **igiene**

a cura di Ines **Brentan**

Ci si lava poco le mani: ecco perché ci colpisce la gastroenterite. Questa particolare forma influenzale, che non scompare con la bella stagione, si trasmette infatti più per contatto che per via respiratoria. E' pericolosa soprattutto quando colpisce bambini e anziani, mentre non c'è da preoccuparsi quando ad ammalarsi è un adulto.
Nei primi casi, infatti, si rischia il ricovero, mentre nel secondo caso no, tanto che la cura si traduce in una sorta di "automedicazione", come la chiama Giuseppe Greco (*a destra, nella foto*), medico di medicina generale ed ex presidente Fimmg Veneto. Vale a dire: farmaci antispastici e antivomito, sali minerali e fermenti lattici, acqua e riposo. La parola magica che ruota attorno a questa patologia è l'acqua: il bere evita la disidratazione. Un pericolo reale soprattutto per i bambini, in particolare i lattanti, e gli anziani.
"Non si possono costringere i bambini a bere – spiega Greco – ecco perché sono i soggetti più a rischio insieme agli anziani, che invece tendono a dimenticarsi di bere. Il non bere, in caso di diarrea e vomito, porta alla disidratazione. Un bambino si disidrata facilmente. Spesso, in caso di gastroenterite, i bambini vengono ricoverati e idratati per via endovenosa". Diverso è il caso degli adulti. "Un adulto – continua Greco – fa quello che serve per stare meglio. Quando è un adulto ad essere colpito da questa influenza intestinale, di solito siamo noi medici di famiglia a curarlo, nel senso che non si arriva, tranne in casi davvero eccezionali, al ricovero ospedaliero.
Per cui l'adulto si "automedica", seguendo certamente le nostre indicazioni e, in due e tre giorni, ritorna in pista".



(c) Can Stock Photo Inc. / ilona75

Ma come si prende questo virus? "E' decisamente un batterio che si trasmette più per contatto che per vie respiratorie.
Di solito gli "untori" sono i bambini che vivono gran parte della giornata "in comunità" (asili, scuole, mezzi pubblici), dove si relazionano con altri coetanei. E si sa che i bambini si toccano tra loro, mettono le mani in bocca senza essersele lavate prima".
"Ma può accadere che il contagio avvenga anche tra adulti – aggiunge Greco – anche qui influisce molto la pulizia.
Si prende una gastroenterite perché i cibi sono contaminati: può accadere che chi ci ha passato, ad esempio il pane, non si fosse lavato prima adeguatamente le mani".

Quando l'influenza colpisce la **pancia**

A rischio i bambini, gli anziani e gli abitanti dei Paesi poveri

La gastroenterite è un'infezione intestinale diffusa in tutto il mondo. Si manifesta con diarrea, vomito e crampi addominali ed è causata da diversi virus (rotavirus, adenovirus enterici, calicivirus, astrovirus e calicivirus inclusi i virus tipo Norwalk). Anche se non si tratta propriamente di un male stagionale, in quanto è presente tutto l'anno, la gastroenterite colpisce soprattutto nel periodo che va da novembre a marzo. Nei Paesi occidentali, la gastroenterite da rotavirus non è una malattia letale, ma può dare complicanze anche molto gravi nelle persone anziane e in quelle immunocompromesse. Nei Paesi del Sud del mondo, al contrario, causa la morte di almeno 600mila bambini ogni anno per diarrea, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che considera la malattia una vera e propria emergenza sanitaria. "Epicentro", il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore della Sanità, fornisce utili informazioni per riconoscere la malattia e trattarla tempestivamente, soprattutto quando ad essere colpiti sono bambini e anziani, ovvero, i soggetti più a rischio.

Come si trasmette

La principale via di trasmissione del virus è quella oro-fecale, ma qualche volta la diffusione può avvenire anche per contatto e per via respiratoria. Poiché il virus è stabile nell'ambiente, la trasmissione può avvenire attraverso l'ingestione di acqua o cibo contaminato o a causa del contatto con superfici contaminate. La diffusione da persona a persona attraverso la contaminazione delle mani è probabilmente la più diffusa negli ambienti comunitari, in particolare negli asili nido. Nelle mense e negli altri luoghi destinati a ristorazione collettiva, il rotavirus può essere trasmesso quando un operatore che ha contratto l'infezione maneggia alimenti che non richiedono la cottura, come per esempio insalata, frutta e altre verdure fresche, senza lavarsi accuratamente le mani.

Sintomi e diagnosi

La malattia ha un periodo di incubazione di circa due giorni, dopo i quali insorgono febbre, disturbi gastrici, vomito e diarrea acquosa per 3-8 giorni. Nella maggior parte dei casi, quando si sviluppa una forma blanda di diarrea, i malati guariscono senza alcun trattamento. Tuttavia, una diarrea acuta può portare a disidratazione grave dell'organismo, una condizione che rischia di essere letale senza un

« Circa un bambino su quattro necessita del ricovero in ospedale per la somministrazione di fluidi per via endovenosa

(c) Can Stock Photo Inc. / sumners

UN VACCINO CONTRO IL ROTAVIRUS

Nel 1998 è stata autorizzata la messa in commercio negli Stati Uniti di un vaccino orale per i neonati, molto efficace nella prevenzione del virus.
Il vaccino però è stato ritirato quasi subito per l'insorgenza di alcune complicanze a livello intestinale.
Nel 2000, l'Oms ha lanciato un programma di ricerca per lo sviluppo di nuovi vaccini per riuscire a ridurre il carico della malattia soprattutto nei Paesi poveri. Nuovi vaccini sono ora in via di sviluppo e di test in molti Paesi.
A inizio 2006, un nuovo vaccino orale è stato reso disponibile e approvato sia negli Stati Uniti che in Europa. Il vaccino permette di immunizzare i bambini a partire dalla sesta settimana di vita. (Fonte: Epicentro, il portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica dell'Istituto Superiore della Sanità).

intervento adeguato. La diagnosi viene effettuata ricercando antigeni specifici del rotavirus all'interno di campioni fecali prelevati dal paziente. Il ceppo coinvolto può essere ulteriormente caratterizzato tramite saggi immuno-enzimatici o molecolari, ma si tratta di analisi che non vengono effettuate comunemente.

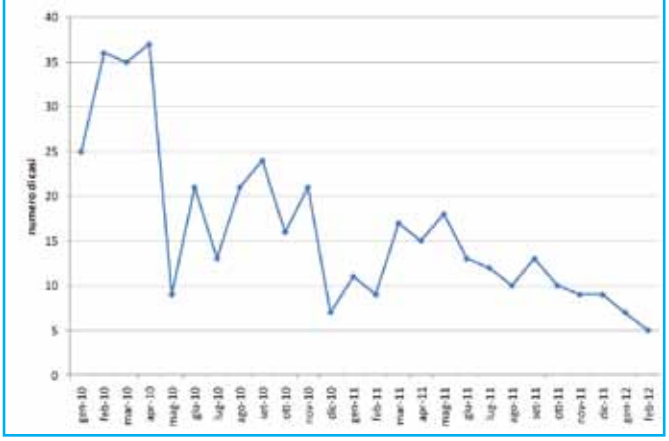
Prevenzione e trattamento

Non esistono misure efficaci per eliminare completamente l'infezione da rotavirus o la sua diffusione. Lavarsi le mani con il sapone o con altri detergenti non uccide il virus, ma può limitarne la diffusione. Per prevenire la diffusione delle malattie diarroiche in generale è fondamentale mantenere buone condizioni igieniche sia a casa che negli asili nido e in tutti gli ambienti collettivi dove vivono persone soggette a maggior rischio, come gli anziani o gli immunodepressi. Se la malattia viene contratta, il pericolo maggiore è che si sviluppi una forma grave di diarrea con conseguente disidratazione, specialmente nei bambini piccoli o negli anziani. In questo caso, l'organismo perde quantità eccessive di acqua e di sali e non riesce a ristabilirle. I segni della disidratazione sono chiari: ridotta produzione di urina, sete eccessiva, secchezza della bocca e sonnolenza insolita.

Gastroenterite, gli aspetti **epidemiologici**

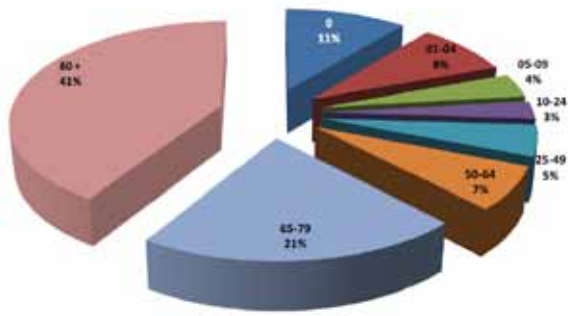
In Veneto, dal 2010 ad oggi, registrati 423 casi di gastroenterite virale

Numero di casi di gastroenterite virale acuta nella Regione Veneto. Gennaio 2010-febbraio 2012. (Fonte: Regione Veneto)



In Veneto, secondo i dati della Regione, dal 2010 ad oggi, si contano 423 casi di gastroenterite virale. Le infezioni da virus gastroenterici virali hanno interessato maggiormente i bambini e la popolazione anziana: non a caso, nel periodo indicato, oltre il 60% dei casi si è verificato in persone con più di 64 anni d'età (nello specifico il 41% dei malati ha 80 anni e più di età e il 21% appartiene alla fascia 65-79 anni). Un ulteriore 20% dei casi ha interessato bambini al di sotto dei 5 anni d'età (l'11% delle gastroenteriti ha riguardato i neonati).
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, come riporta l'Istituto Superiore della Sanità nel portale "Epicentro", il rotavirus è la forma virale di gastroenterite più grave che colpisce i bambini sotto i cinque anni, soprattutto nei Paesi poveri dove le precarie condizioni igieniche si sommano alla difficoltà di accedere alle specifiche cure.
Uno studio effettuato nel 1985 dall'Oms stabilisce che questa forma di "influenza intestinale" è responsabile di almeno il 20% delle morti per diarrea nei bambini sotto i cinque anni. Successivamente, un altro studio del 1986 ha evidenziato che su 130 milioni di bambini affetti da diarrea causata da rotavirus, 18 milioni hanno sviluppato forme più o meno gravi di disidratazione.
Le stime della mortalità si aggirano tra i 500 e i 600mila bambini morti ogni anno. Nei Paesi del Sud del mondo, l'80% dei bambini sviluppa una infezione da rotavirus entro il terzo anno di età.
Un particolare che deve essere motivo di riflessione: in molti casi le infezioni vengono trasmesse durante l'ospedalizzazione.
In India, ad esempio, le infezioni da rotavirus sono state documentate nel 40-50% dei bambini che erano stati ricoverati in ospedale per più di tre giorni.
Negli Stati Uniti, 4 bambini su 5 sviluppano il rotavirus entro i cinque anni di età. 1 su 7 avrà necessità di essere visitato, 1 su 8 di essere ospedalizzato: ne consegue oltre 400mila visite mediche, più di 200mila ammissioni al pronto soccorso, tra le 55 e le 70mila ospedalizzazioni e tra i 20 e i 60 morti ogni anno.

Distribuzione percentuale dei casi di gastroenterite virale per fasce d'età nella Regione Veneto. Gennaio 2010-febbraio 2012. (Fonte: Regione Veneto)



Un vaccino contro la gastroenterite: esiste, **ma non in Veneto**

Il primario di Pediatria di Dolo Renato Muccioli: "I bambini ricoverati per rotavirus sono il 15% dei ricoveri totali"

La gastroenterite da rotavirus si potrebbe combattere con un vaccino. Sì, per chi non lo sa, il vaccino esiste e non è solo una realtà oltre oceano, ma anche italiana, che però viene impiegata ancora in poche regioni. E purtroppo il Veneto non è una di queste. Qui da noi, le vaccinazioni non sono più obbligatorie, ma facoltative, e tra le proposte vaccinali comunque non compare il vaccino antirotavirus. Peccato, perché il vaccino contro la gastroenterite eviterebbe inutili sofferenze ai più piccoli (le mamme che hanno vissuto sulla pelle del loro bambino un'esperienza del genere, sanno di cosa sto parlando) e non renderebbe necessario il ricovero, che spesso e volentieri diventa l'unica alternativa per reidratare i bambini. Non solo. Il vaccino permetterebbe un risparmio notevole alle Aziende sanitarie visto che tre dosi di vaccino (il numero necessario per diventare immuni alla malattia) costano intorno ai 186 euro contro quasi 1.000 euro al giorno di un ricovero. Incredibile, vero? "Da un po' di tempo - afferma il primario di Pediatria dell'Ulss 13 di Mirano Renato Muccioli, che ho incontrato nel reparto dell'ospedale di Dolo – ho proposto al nostro Ufficio di Igiene di valutare la possibilità di introdurre la vaccinazione antirotavirus nel calendario vaccinale. Credo che la mia richiesta potrebbe essere presa in considerazione anche perché la malattia comporta diversi ricoveri ospedalieri tra i più piccoli". "Nello specifico – aggiunge Muccioli – i bambini che vengono ricoverati per malattie diarroiche sono circa il 15% dei ricoveri totali". La gastroenterite è causata da diversi agenti nocivi tra i quali i virus sono i più frequenti. Il più importante di questi è il rotavirus, che è il responsabile del circa 80% dei ricoveri per gastroenterite. La sintomatologia, comunque, sia che si tratti di rotavirus o di altri virus è sempre la stessa: febbre, vomito e

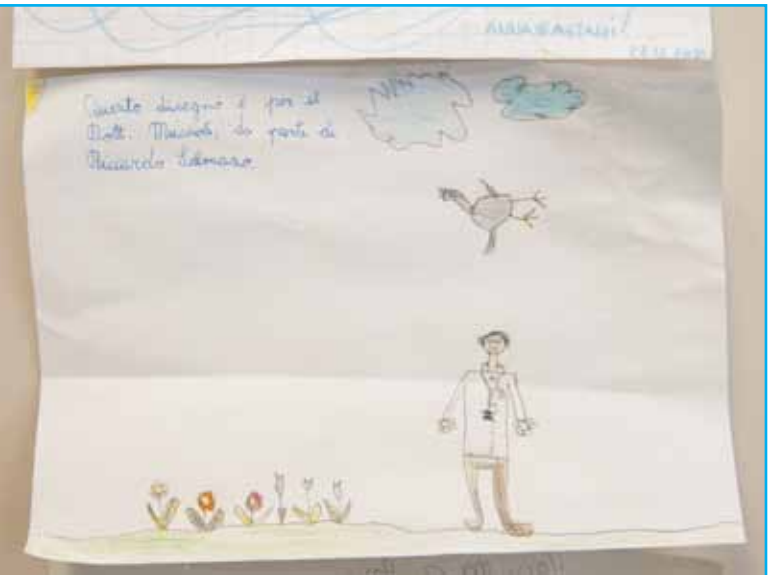
I numeri del 2011

Ricoveri: 600

Prestazioni per esterni provenienti dal Pronto soccorso: 13.348

Visite in osservazione breve intensiva: 800

diarrea. Nei casi più fortunati, i genitori riescono a idratare il bambino a domicilio (sali minerali, fermenti lattici, quantità caloriche adeguate), ma talvolta c'è bisogno dell'aiuto dei sanitari. "Quando il bambino o il lattante – spiega Muccioli – non riesce ad essere idratato correttamente, rischia la disidratazione. Il piccolo è quindi in pericolo. E' la struttura, a questo punto, che se ne fa carico e lo cura semplicemente reidratandolo". La reidratazione per via endovenosa dura, in genere, dalle 12 alle 24 ore. La malattia viene debellata dopo due giorni o anche dopo otto, dipende sempre da come reagisce il bambino e da quanto grave sia quando è sopraggiunto in ospedale. Ma attenzione: aver contratto il rotavirus non significa essere diventati immuni dalla malattia. "Il bambino può contrarre la gastroenterite più volte – dichiara Muccioli – aver già avuto la malattia non significa avere la garanzia di un'immunità completa da essa. Certo, il bambino crescendo si rafforza, e conseguentemente diventerà sempre più difficile che si ammali. Ma coi bambini, si sa, bisogna avere pazienza. Si ammalano con facilità perché non hanno quelle attenzioni che si conquistano in età adulta, in particolare quelle dal punto di vista igienico". "D'altra parte – conclude il medico – desidero tranquillizzare i genitori e, in particolare, le neo mamme: di gastroenterite si guarisce" .



Cosa offre la Pediatria di Dolo

- Reparto di Degenza Ordinaria comprendenti anche Day-Hospital Diagnostico, Day-Hospital Chirurgico, Day-
- Hospital Terapeutico, Osservazioni Brevi Intensive
- Reparto di Patologia Neonatale
- Assistenza Neonatale
- Ambulatorio Divisionale al mattino su prenotazione
- Ambulatori finalizzati per patologia
- Visite di consulenza inviate dai reparti e dal Pronto Soccorso

Le attività ambulatoriali

- Allergologia e Broncopneumologia. Con esecuzione di Prick test, spirometrie basale e dopo Beta 2
- Cardiologia
- Endocrinologia
- Diabetologia
- Disturbi dell'alimentazione
- Ecografie delle anche dei neonati
- Neurologia

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

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

Allianz

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 / -

WORKSHOPCARE

www.workshopcare.com

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

Formazione

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

Servizi e Assistenza

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

800-628-772

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

Human Tecar® FEEL YOUR BEST

CHATTANOOGA GROUP A ReAble COMPANY

Compex®

PERFORMTEX™

LaserX® LIGHT FOR LIFE

EMS® ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

hosand. OPTIMIZE YOUR LIFE

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

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

REGION™ TREATMENT PLATFORMS

Affidabile integrità meccanica

- L'architettura in acciaio del telaio favorisce la stabilità del tavolo durante i trattamenti e durante gli spostamenti del paziente da e sul tavolo
- Il meccanismo a forbice consente un sollevamento verticale fluido e una capacità di sollevamento massima di 204 kg.
- Meccanismo di sollevamento hi/lo elettrico accessibile dall'intero perimetro del tavolo di trattamento
- Sollevamento assistito da gas di singole sezioni
- Ruote orientabili retraibili integrate

Consegna rapida

- Il processo di produzione modulare reinventa lo standard di settore della distribuzione di tavoli, con tempi di consegna nell'ordine di giorni, anziché settimane o mesi

Superficie in schiuma a pelle integrale (i-Skin)

- Rivoluzionario materiale in poliuretano antimicrobico, privo di lattice e facile da pulire
- Esclusivo sistema di posizionamento del paziente: la leggera sagomatura dei cuscini offre al aziente una maggiore sensazione di sicurezza
- Massimo comfort per il paziente pur con la rigidità necessaria per praticare tecniche manuali
- Dalle 7 alle 9 volte più resistente del materiale per rivestimenti analogo in vinile
- Colorazione uniforme dei cuscini per una maggiore gestibilità della manutenzione

Design all'avanguardia

- Lo stile moderno proietta un'immagine innovativa all'interno del centro di cura
- La gamma di colori disponibili coniuga le ultime tendenze con un'estetica che dura nel tempo
- Ergonomia ottimale: l'assenza di maniglie e manopole elimina gli ostacoli al lavoro del terapista e i cuscini sono progettati per garantire al paziente il massimo comfort
- Le aperture nella parte inferiore del telaio consentono di accedere al meccanismo di sollevamento del paziente e alle spie di riscaldamento

CHATTANOOGA GROUP A ReAble COMPANY

Vicenza all'**avanguardia mondiale** per la tecnologia

Possiede apparecchiature tecnologicamente avanzate per trattare le patologie tumorali: due Cyberknife, una Risonanza 3 tesla e una Iort

di Ines **Brentan**

Lo incontro di nuovo dopo quattro anni, per fare un bilancio sui progetti che erano stati avviati, nel 2008, nell'Ulss di cui è a capo. Antonio Alessandri (*nella foto*), direttore generale dell'Ulss 6 di Vicenza, non perde tempo in convenevoli e in quattro e quattr'otto mi illustra i grandi cambiamenti che hanno interessato gli ospedali di Noventa e di Vicenza. Il primo per il restauro edilizio e non solo, il secondo per il potenziamento soprattutto dal punto di vista tecnologico. Inoltre dice la sua sul nuovo Piano socio sanitario: "Buono il potenziamento del territorio, ma piano con le Ullss provinciali".

Direttore, l'ultima volta che ci siamo visti, era pronto a dare il via alla ristrutturazione dell'ospedale di Noventa, che lei "simpaticamente" ha ribattezzato come l'ospedale di "Lazzaro". Come è lo stato dell'arte dei lavori?
Come "Lazzaro", l'ospedale di Noventa è finalmente risuscitato. Se lo va a vedere, noterà che ha cambiato volto. Abbiamo sistemato la Chirurgia e tutta l'attività ambulatoriale. Abbiamo potenziato l'attività di Day surgery per alleggerire il lavoro del "San Bortolo" di Vicenza. Abbiamo avviato i lavori al Pronto Soccorso per renderlo più efficiente, prevedendo anche l'attivazione di tre nuovi posti letto per l'osservazione breve. Sistemata la Medicina, dove verranno inseriti circa una quindicina di posti letto di riabilitazione. Abbiamo rivisto la sala d'attesa dei laboratori e inaugurato il nuovo Centro trasfusionale.

Due ospedali che devono vincere i doppioni e puntare sull'integrazione e la complementarietà: ci riescono?
Certamente, anche dal punto di vista professionale. Abbiamo alzato la qualità dell'ospedale di Noventa, spostando dei medici dal "San Bortolo": questo è successo per Chirurgia, Ostetricia e Ginecologia, Anestesia e Radiologia. I due ospedali sono poi collegati tra loro grazie all'apporto della Telemedicina su cui puntiamo molto. Le faccio un esempio: Noventa ha una Tac che è collegata con l'altro ospedale. In questo modo non è necessario, tranne nei casi di urgenza, spostare i pazienti.

Parlando di tecnologia, proprio su questo fronte lei non ha risparmiato il suo impegno. Di recente, infatti, ha inaugurato due apparecchiature all'avanguardia per la diagnosi e la cura delle patologie tumorali. Me ne parla? Le chiedo anche di fotografarmi la situazione tecnologica a Vicenza.
Per alcune strumentazioni siamo all'avanguardia non solo a livello nazionale, ma anche mondiale. Abbiamo inaugurato di recente il secondo Cyberknife Robot radiochirurgico (solo Vicenza e l'Università di San Francisco dispongono di strumentazioni di questo tipo nel mondo) e la Risonanza magnetica 3 tesla

Ulss 6 di Vicenza: i numeri del 2011

2 ospedali: "San Bortolo" di Vicenza e "Pietro Milani" di Noventa Vicentina • **322mila** residenti • **936** posti letto (812 a Vicenza e 124 a Noventa) • **37.800** ricoveri • **3.450.000** prestazioni ambulatoriali per esterni • **1.300.000** prestazioni ambulatoriali da strutture private convenzionate

total body per il trattamento dei tumori. Nel primo caso siamo di fronte ad una apparecchiatura costituita da un sistema di radiochirurgia che, attraverso immagini, localizza il tumore e da un braccio robotico con un acceleratore lineare miniaturizzato colpisce il bersaglio con radiazioni X da 1200 posizioni diverse intorno al paziente. Nel secondo caso, invece, abbiamo una Risonanza che permette indagini accuratissime e di elevata precisione in tutto il corpo. Con queste strumentazioni possiamo effettuare interventi di neurochirurgia su pazienti svegli. Ma non è finita qui. Abbiamo acquistato anche un nuovo mammografo, tecnologicamente avanzato. E siamo pronti ad attivare la Iort, un macchinario rivoluzionario per le patologie tumorali del seno che evita al paziente ben trentacinque sedute di radioterapia: dovrà sottoporsi solo ad un unico trattamento post operatorio. Inoltre siamo pronti ad attivare un nuovo sistema di prenotazione grazie all'utilizzo del telefonino: non solo col cellulare si potrà prenotare e pagare la visita, ma chi opterà per questo sistema, potrà anche ricevere direttamente sul telefonino la piantina dell'ambulatorio presso cui dovrà recarsi.

Se la tecnologia è per questa Ulss un'eccellenza che non trova pari in Veneto, può illustrarmi qualche criticità? Ricordo ad esempio, direttore, che nel 2008 lamentava la mancanza di alcune figure professionali. Diceva cioè che era difficile reclutare radiologi, pronto soccorsisti, etc. E' ancora così?

Qualcosa è migliorato: i radiologi, ad esempio, li abbiamo trovati! Ora possiamo organizzare la guardia notturna senza problemi. E in più abbiamo dotato i medici di un sistema computerizzato che permette loro di ricevere, anche a casa, gli esami radiologici, soprattutto per i casi più gravi di traumi cerebrali. Comunque la questione delle professionalità, in generale, rimane una nostra criticità, insieme alla necessità di nuovi finanziamenti.

Forse qualcosa cambierà con la nuova programmazione. Che pensa del nuovo Piano socio sanitario che la Regione Veneto è pronta, in tempi brevi, a licenziare?

Condivido l'orientamento della Regione di puntare più sul territorio. Sono del parere, infatti, che non esiste un buon ospedale se il territorio non è funzionante, cioè se non si è in grado di organizzarlo a tal punto da riuscire a filtrare adeguatamente l'onda d'urto che proviene da lì. Poi, per quanto riguarda le Ullss, sono d'accordo che bisogna ridimensionarle, come bisogna convertire degli ospedali. Ma non correrei troppo per arrivare alle tanto discusse Ullss provinciali. Spero che la Regione si muova con gradualità in tal senso.

Il nuovo Piano ridisegnerà la sanità veneta, non solo quella pubblica. Pensa che ci sarà ancora spazio per i convenzionati?

Il privato è utile che ci sia perché è uno stimolo a far meglio: lo vedo in un'ottica di complementarietà. So che i tagli lo riguarderanno come del resto stanno toccando il pubblico, ma d'altra parte, se sacrificio deve essere, dovrà esserlo per tutti. Pertanto, è giusto che anche il privato convenzionato si riorganizzi in base a ciò che si richiede oggi, deve cioè riattualizzarsi. Sono certo che ci riuscirà.

Il 2012 è l'anno di fine mandato: cosa si aspetta?

Anche se sulle spalle ho 41 anni di servizio, non sono ancora pronto ad andare in pensione. Posso dare ancora molto…

Il baby rene artificiale
inventato da un medico noventano

Abbiamo colto al volo, nel suo studio di Vicenza, il professor Claudio Ronco, di ritorno da un viaggio di studi in America e in partenza per la Spagna, ma l'argomento che trattiamo è davvero unico: l'aver inventato una macchina portatile per i bambini affetti da disturbi cardiaci renali. Un grande passo in avanti per migliorare la vita di tanti malati

IRRIV International Renal Research Institute Vicenza

di Anna **Giorio**

Il prof. Claudio Ronco è proprio una bella persona. Viso simpatico, un bel sorriso, modo di fare che ti mette subito a tuo agio. Incontro il prof. Ronco (primario del Dipartimento di nefrologia, dialisi e trapianto all'ospedale San Bortolo di Vicenza) di ritorno da un suo viaggio di studi in America e subito in partenza per la Spagna, nel suo studio. Uno studio medico che è una mezza via tra un atelièr di quadri (stiamo sistemando un nuovo piano del reparto e ognuno di noi porta da casa vari oggetti, tra cui quadri per il nuovo padiglione) , una biblioteca (libri dappertutto), targhe ricordo, benemerenze, un giubbotto della nota casa Dainese (*spiegherò poi il perché l'oggetto si trova lì n.d.r.*).

Il prof. Ronco (a destra) assieme al presidente dell'Associazione Amici del Rene di Vicenza Franco Zuffellato e agli ingegneri Cianciavicchia e Fecondini

Professore, lei ha un curriculum lungo 1 km. Ma da nessuna parte c'è scritto che lei è nato a Noventa Vicentina…
Ora che mi ci fa pensare è vero. Non ho mai fatto caso a questo dettaglio. Sono fiero delle mie origini noventane anche se a Noventa ci sono rimasto poco. Sono nato nel luglio del '51 e dopo pochi anni mio padre, di professione medico condotto, ha trasferito la famiglia, per lavoro, ad Asiago. Due luoghi che amo frequentare appena posso.

Professore, come è nato Carpediem?
Premetto che io sono un nefrologo e non un pediatra e ho provato a mie spese (trattare un neonato mi procurava momenti di ansia) che serviva una tecnologia dedicata solo a loro. Mi sono ritrovato a dover seguire il primo bambino nato al mondo con una grave malformazione cardiaca e operato per grave insufficienza renale, trattato a Vicenza e proprio da me con una nuova tecnica di emofiltrazione. Era il 1992. Allora ho pensato che doveva esserci per forza un sistema per trattare bambini così piccoli e non esisteva nulla. Teniamo presente che in Italia, casi di neonati con questi problemi, riguardano solo 50 o 100 pazienti. A Vicenza i casi sono 5 o 6 non di più. È un po' come parlare delle malattie rare: poco conosciute, pochi casi da "risolvere" e quindi nessuna risorsa finanziaria a disposizione.

La scheda

Claudio Ronco

Dal 2002 è Direttore della Divisione di Nefrologia Dialisi e Trapianto Renale di Vicenza. Professore a contratto presso l'Università di Padova (dal 1989) e presso l'Università di Bologna (dal 2005). E' stato recentemente insignito di un premio alla carriera da parte della Associazione Americana di Nefrologia e di una medaglia d'onore per capacità didattiche ed assistenziali a favore dei malati da parte della Fondazione Americana del Rene. Ha fondato l'International Renal Research Institute of Vicenza in collaborazione con l'Associazione Amici del Rene di Vicenza grazie al quale ha portato a Vicenza medici da tutto il mondo per periodi di perfezionamento e per insegnare loro le tecniche del team Vicentino.

Dove si trova in dotazione a Vicenza?
L'apparecchio sarà in Terapia Intensiva Pediatrica. Due saranno i medici della nefrologia coinvolti a seguire tutte le fasi, il dott. Federico Nalesso e la dottoressa Monica Zanella.

Prima dell'invenzione di Carpediem, l'insufficenza renale dei neonati era una malattia "dimenticata", visto il numero limitato dei casi, poi lei è riuscito a coinvolgere enti, istituzioni e anche l'industria. Ci sono già richieste da altri Paesi?
Sì. Numerose richieste sono giunte da ospedali inglesi, francesi e anche statunitensi.

Parliamo del giubbotto con marchio Dainese che lei tiene sul manichino in studio…
La ricerca sta facendo passi da gigante e sulle frontiere della nefrologia rimangono una mente italiana e tecnologie vicentine. Stiamo studiando un sistema per svincolare i malati dalla schiavitù della dialisi che costringe i pazienti a una lunga permanenza in ospedale. È in atto una collaborazione con una azienda medicale mirandolese e con la Dainese, per il progetto "Wakman". Si tratta di un giubbino in grado di contenere l'apparecchiatura per la dialisi. Il paziente potrà collegare l'apparecchiatura a un catetere intravascolare, da solo, senza bisogno dell'aiuto del personale medico e anche senza doversi recare in ospedale. Il malato avrà la possibilità di sottoporsi al trattamento durante una passeggiata o restando a casa.

CARPEDIEM : Una macchina per i bambini neonati con gravi disfunzioni cardiache e renali

Il progetto CARPEDIEM ovvero "Cardio-Renal, Pediatric Dialysis Emergency Machine" prende il via dalla necessità di realizzare una apparecchiatura pediatrica miniaturizzata che risponda ad esigenze di sicurezza ed efficacia, per terapie sostitutive renali nei bambini molto piccoli. Bambini con cardiopatie congenite o altre patologie possono andare incontro ad insufficienza renale quando ancora il loro peso non supera i tre chilogrammi. In queste condizioni, errori di bilancio idrico pari a 30-50 ml, rappresentano variazioni significative dell'equilibrio idrico del paziente con possibilità di gravi ipotensioni o sovraccarico idrico. Nella pratica clinica, la dialisi/ultrafiltrazione nel bambino molto piccolo viene applicata oggi con apparecchiature disegnate per l'adulto e del tutto inadeguate. In queste condizioni, l'utilizzo delle apparecchiature non garantisce una sufficiente sicurezza per i piccoli pazienti. Inoltre, data la scarsa quantità di casi da trattare, in generale assistiamo ad un discreto disinteresse da parte di aziende medicali, per uno sviluppo di apparecchiature dedicate a bambini molto piccoli. La mancanza di un ritorno di investimento fa sì che l'insufficienza renale acuta del bambino molto piccolo risulti "una patologia orfana". Per questo motivo, il progetto CARPEDIEM si propone come un superamento dei problemi evidenziati, partendo dalla volontà di tre associazioni benefiche (l'Associazione Amici del Rene di Vicenza, l'Associazione Bambini Cardiopatici nel Mondo e l'Associazione "Il Sogno di Stefano") di poter offrire ai bambini molto piccoli una tecnologia dedicata e specifica che attualmente non esiste al mondo. Il progetto CARPEDIEM si è sviluppato in più fasi con una iniziale valutazione delle necessità dialitiche dei bambini molto piccoli ricoverati in terapia intensiva con recenti interventi cardiochirurgici e disfunzioni renali e, successivamente, con lo studio delle specifiche per una apparecchiatura in grado di consentire ultrafiltrazione, emofiltrazione e dialisi nel paziente molto piccolo in condizioni di massima sicurezza ed efficacia. Due aziende tutte italiane, la Bellco di Mirandola e la Medica di Medolla hanno raccolto la sfida e hanno messo a disposizione i loro ingegneri e le loro strutture per rispondere ai suggerimenti che la direzione scientifica del progetto ha messo a punto. In conclusione, lo sviluppo di una apparecchiatura ad hoc per i bambini molto piccoli in grado di eseguire terapie extracorporee con sicurezza ed affidabilità rappresenta un dovere da parte del mondo accademico e del volontariato, là dove sistemi specifici non esistano per carenze di interesse commerciale o altro. Il sogno di alcuni mesi orsono è diventato oggi realtà grazie all'impegno di molti ma soprattutto allo sforzo dell'ing. Cianciavicchia e dell'ing. Fecondini che non solo hanno dimostrato di essere professionisti seri e competenti, ma hanno anche dimostrato di avere un cuore grande ed una passione sincera per il lavoro di grande responsabilità che sono chiamati a svolgere per il bene dei pazienti.

METTI IN TAVOLA UN ITALIANO CHE CONOSCI DA SEMPRE

SOLO il vero Grana Padano DOP garantisce un formaggio gustoso, genuino e ricco di nutrienti per la tua salute.

SOLO il nostro latte proveniente dalle stalle della Val Padana diventa Grana Padano DOP.

SOLO i nostri caseifici ubicati nel territorio DOP producono il nostro formaggio.

SOLO il nostro marchio garantisce l'autentico, italiano Grana Padano DOP.

SOLO il Consorzio Tutela Grana Padano assieme al CSQA, il più grande istituto di certificazione agroalimentare italiano, come gli altri Consorzi di Tutela DOP riconosciuti, in collaborazione col Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali, **vigila su tutta la filiera di produzione Grana Padano con migliaia di controlli e analisi,** fino al punto vendita.

SOLO il formaggio che riporta il **marchio del Consorzio** sulla crosta e sulle confezioni è l'autentico Grana Padano DOP (Denominazione di Origine Protetta) un alimento gustoso, sicuro e garantito, dalla tradizione millenaria.

Educazione Nutrizionale Grana Padano

Vai sul sito www.granapadano.info potrai scaricare i manuali e le schede per la corretta alimentazione, ricevere gratuitamente menu settimanali personalizzati per il tuo fabbisogno calorico con ricette equilibrate, oltre a tante altre informazioni sulla nutrizione di mamma, papà, nonni e bambini.

GRANA PADANO DOP FATTO DI UN'ALTRA PASTA

GRANA PADANO

Consorzio Tutela Grana Padano

Il **sostegno psicologico** di gruppo

di Roberta **Biundo**
Neuropsicologa, PhD in Neuroscienze,
Responsabile servizio neuropsicologia UO
Malattia di Parkinson
IRCCS San Camillo Venezia

La malattia di Parkinson è un'esperienza che investe tutte le dimensioni dell'esistenza: psicologica, fisica, umana, spirituale. Irrompe bruscamente nella vita modificando l'assetto cognitivo-emotivo delle persone che possono sperimentare sentimenti d'impotenza sul controllo degli eventi che si susseguono dal momento della diagnosi e d'incertezza dettata dall'incognita del domani e dalla paura di soffrire. Pazienti e familiari possono esperiscono sentimenti di angoscia e di rifiuto alternati ad "anestesia emotiva" altrettanto dolorosa. Si avverte una maggiore preoccupazione per ciò che riguarda la relazione (rapporto con i famigliari, figli, partner, amici) che attiva da un lato il bisogno di essere ascoltati, compresi, rassicurati, dall'altro quella di proteggere i propri cari dal dolore di cui si è invasi. Sostenere psicologicamente chi vive quest'esperienza significa "prendersi cura" della persona (paziente e familiare detto anche "caregiver") in un momento in cui la malattia sta modificato in modo sostanziale la percezione della propria identità individuale e sociale. Ed è proprio dall'interazione con gli altri che si può intraprendere un percorso di ristrutturazione cognitivo-emotiva finalizzata ad un miglioramento della qualità di vita. Il gruppo in questo senso ha un forte potere curativo della relazione con gli altri, attraverso il superamento dello stato di solitudine, della "ghettizzazione" l'individuo si sente supportato da una forza compatta che attraverso il confronto lo arricchisce e lo aiuta a superare le problematiche della malattia. In questo senso il lavoro di sostegno psicologico che si vuole offrire ai pazienti e familiari della malattia di Parkinson ruota attorno ai gruppi, strutturati secondo un percorso con modalità e procedure focalizzate alla rieducazione cognitiva del paziente (stimolazione delle attività mentali quali orientamento, attenzione, memoria, linguaggio, etc.), alla psico-educazione (centrale il concetto di coping come acquisizione di strategie utili al controllo diretto e modifica del problema e/o dell'emozione) e all'espressione artistica (potenziamento dell'autostima e autoefficacia del paziente in uno spazio intermedio tra realtà soggettiva di ciascuno e realtà oggettiva che ci circonda) del paziente e caregiver.

Seguendo questo di approccio sono stati organizzati gruppi aperti composti da un massimo di 10 partecipanti uomini e donne affetti dalla malattia di Parkinson e dai loro familiari ed è strutturata in sessioni settimanali di 1 ora ciascuno per un totale di 10 sedute.

Finalità imprescindibile di tale attività sarà permettere ai soggetti di uscire dall'isolamento fisico/mentale che la malattia e la terapia implica, definendo il ruolo dei soggetti aderenti ai gruppi nei loro contesti familiari, esplorando le abilità cognitive ancora possedute e arricchendo le ridotte attività motorie con attività intellettive e creative. L'obiettivo finale è di rinnovare l'immagine del soggetto attraverso una ristrutturazione della personalità nelle sue componenti individuale e sociale troppo spesso frammentate dalla presenza della malattia.

(c) Can Stock Photo Inc. / lisafx

ASSOCIAZIONE ICORA: CONSEGNATI I DIPLOMI AI PRIMI STUDENTI DEL CORSO PER TECNICI ORTOPEDICI

L'associazione Icora, in collaborazione con l'Università Popolare di Pula, ha concluso la prima edizione del corso per Tecnici Ortopedici organizzato dalla stessa associazione per il biennio 2010-2012. L'associazione Icora (Italian Croatian Orthophaedics Rehabilitation Association) ha come finalità quelle di contribuire a dare risalto alle specialità mediche e paramediche della Repubblica di Croazia e della Repubblica Italiana, in special modo alla Tecnica Ortopedica, la medicina riabilitativa ed all'ortopedia clinica, di contribuire allo sviluppo dei mercati e alle conoscenze della tecnica ortopedica e della riabilitazione e dell'iterscambio di idee e conoscenze a favore e beneficio delle persone diversamente abili. Il corso di Tecnici Ortopedici, che si è svolto a Pola in Croazia, ha visto impegnati docenti e studenti provenienti da Italia e Croazia confermando il progetto di collaborazione e intenti che l'associazione vuole promuovere e portare avanti. "Le lezioni si sono svolte durante i fine settimana - spiega il presidente di Icora, Massimo Pulin – con un impegno gravoso visti gli obblighi professionali di ogni specialistica e studenti. Sono stato piacevolmente sorpreso dall'entusiasmo e dalla preparazione con cui gli studenti si sono presentati alla prova finale".

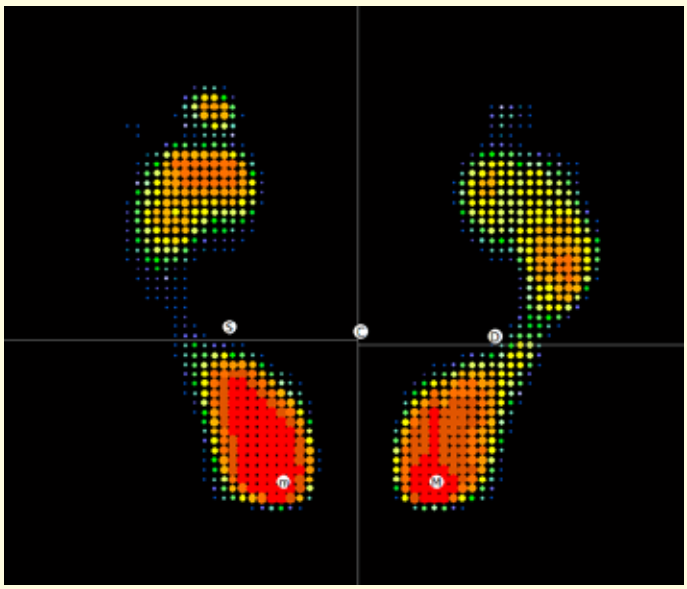
L'esame finale si è svolto il 24 febbraio 2012 e consisteva in una prova scritta a superamento della quale si passava alla prova orale di fronte ad una commissione composta dalla dottoressa Mila Vukovic Vitasovic (presidente dell'Università Popolare di Pula), dalla dottoressa Davoska Smoglianovic (Dipartimento di Farmacia dell'ospedale di Pula), dalla dottoressa Dijana Drandic (dirigente dell'Università), dal dottor Gianbattista Manganello (docente del Corso di Specialistica) e Massimo Pulin (presidente di Icora). "L'aver intrapreso questo tipo di percorso formativo – prosegue Massimo Pulin - ci ha messo alla prova in un terreno nuovo dal quale usciamo con una considerazione fondamentale per Icora e per chi vi ha collaborato, che il tutto dovesse essere reiterato ed addirittura ampliato". L'intento è già stato in parte mantenuto in quanto il 3 marzo scorso ha avuto inizio la seconda edizione del corso per Tecnici Ortopedici nella medesima sede.

"Abbiamo altre cose in cantiere, altre idee ed altri obiettivi – commenta Massimo Pulin - a questo proposito saremo presenti all'Exposanità di Bologna portando uno spaccato di questa realtà formativa e mettendolo a disposizione di chiunque volesse partecipare attraverso un seminario formativo debitamente accreditato. Altre e nuove iniziative sono in fase di organizzazione e mi auguro che possano trovare l'entusiasmo dei miei collaboratori ed una buona risposta di utenti come in questa prima edizione, ormai giunta a termine".

IL PLANTARE SECONDO **ORTHOMEDICA**

Le nostre protesi hanno il compito di correggere o compensare malformazioni

Occuparsi del piede e delle sue problematiche è di primaria importanza per Orthomedica.
La nostra Azienda, infatti, al passo con le continue innovazioni tecnologiche, si occupa del trattamento delle patologie dell'arto, mediante materiali e strumenti di indagine per la messa a punto di ortesi plantari altamente performanti, le quali, per definizione, hanno il compito di correggere o compensare malformazioni. Orthomedica mette a disposizione l'esperienza e la competenza dei suoi tecnici ortopedici per creare ortesi ad hoc per ogni persona, in base alla prescrizione medica e alle esigenze individuali. Il tecnico ortopedico ha la possibilità, con il sistema Baropodometrico Elettronico, gestito attraverso il software FreeSTEP, di visualizzare l'impronta pressoria del paziente con e senza calzature, da fermo (rilevazione bipodalica statica, in cui si visualizza una cartografia con calcoli per zona) e in movimento (rilevazione dinamica, con visualizzazione simultanea del passo), facendolo camminare su di una pedana lunga mono pezzo, munita di sensori specifici. In seguito l'indagine strumentale viene impiegata per l'elaborazione delle ortesi mediante uno specifico programma CAD, il quale è direttamente interfacciato ad una macchina di fresatura computerizzata dotata di PC e di relativo programma di lavorazione CAM, che consente di produrre in pochi minuti (min 10' – max 20') plantari personalizzati. Con questo programma è possibile progettare qualunque tipologia di ortesi plantare, da quella di riequilibrio, prescritta nell'adulto non affetto da evidenti patologie podaliche, a quella modificativa, applicata sia nel bambino, per la modifica strutturale dell'arco plantare e del piede, sia nell'adulto, per risolvere serie patologie, fino ad arrivare ad ortesi specifiche, adottata sia nelle patologie dello sportivo, che tiene conto del tipo di attività praticata dal paziente, sia in soggetti affetti da piede diabetico, i quali presentano un alto rischio di ulcerazione in determinati punti della pianta del piede. Nel caso di soggetti non deambulanti o con gravi deformazioni e/o amputazioni e di bambini con un peso inferiore ai 20 kg la rilevazione dell'impronta pressoria viene eseguita mediante un calco su schiuma fenolica unitamente alla pressione su carta podografica. In questo caso la produzione dell'ortesi non dipende più dal sistema CAD – CAM, ma dalla creazione di un modello in gesso del piede sul quale essa viene modellata. I materiali scelti da Orthomedica per la realizzazione della base del plantare sono altamente performanti, innovativi ed esclusivi; si utilizzano materiali sintetici quali schiume di polietilene e Evaform (in Etilene Acetato di Vinile), il quale, preferito nella produzione CAD – CAM, è presente in differenti colori con varie tipologie di shore (rigidità) e densità, con la possibilità di usufruire di una bidensità, al fine di soddisfare le esigenze prescrittive mediche e di utilizzo del paziente. Sta al tecnico ortopedico, infine, aggiungere rinforzi, barre, sostegni, scarichi o altri accorgimenti specifici volti al trattamento dell'eventuale patologia del paziente, in base al parere medico. Orthomedica, inoltre, è lieta di informare la clientela che il riferimento regionale del Friuli è stato spostato da Trieste a Gorizia, in via Fatebenefratelli 26. La filiale è situata vicino all'ospedale civile e mette a disposizione personale altamente qualificato, composto dal tecnico Luca Pellegrini e da Daniela Bortolotto, in segreteria. Presso la nostra sede si possono trovare tutori, scarpe predisposte, busti in tela armata, carrozzine a noleggio e molto altro ancora.



MEDICINA PRIMARIA E LABORATORIO CLINICO: UNA LIAISON IMPORTANTE

La qualità dei risultati rimane l'elemento fondamentale nella valutazione dei servizi di laboratorio clinico

In epoca di medicina basata sulle prove (EBM, evidence-based medicine), si assiste tuttora alla diffusione di notizie e informazioni che appaiono basate sull'aneddotica o ancor peggio sulla vox populi. Una di queste voci è il ricorso inappropriato e ingiustificato da parte dei medici di medicina primaria (Mmg) e pediatri di base alla richiesta di esami di laboratorio. In realtà, sono del tutto carenti studi effettuati con un disegno rigoroso e con metodologie capaci di dare risposte obiettive al problema. In questi giorni, però, sono usciti sul Sole 24 Ore Sanità (13-19 marzo) i risultati di un'indagine realizzata da CompuGroup Medical Italia Spa sul rapporto fra medicina di base ed il laboratorio clinico. Il primo dato, del tutto inaspettato e confortante, è l'elevatissima percentuale di medici che hanno risposto all'intervista, visto che ben 1.501 Mmg e 378 pediatri di base hanno risposto alle domande formulate. In secondo luogo, il 59,7% degli intervistati dichiara di suggerire ai propri pazienti strutture di laboratorio sulla base di "rapporti che hanno documentato affidabilità dei risultati e qualità del servizio" e nel 28,7% perché posseggono "certificazioni/accreditamenti di eccellenza". Si evince da queste risposte che i Mmg non affidano la scelta del laboratorio clinico ad elementi generici e/o di qualità percepita (facilità di parcheggio, eleganza dei locali e gentilezza del personale), ma vogliono ricercare soprattutto garanzie di qualità sui risultati ottenuti, come confermato dalla risposta al quesito sugli elementi che rassicurano i Mmg sull'affidabilità dei dati. Infatti, oltre il 45% degli intervistati basa questo giudizio sulla presenza nel referto di elementi quali l'indicazione dei metodi e appropriati criteri interpretativi (valori di riferimento e limiti decisionali). Questa informazione è veramente preziosa e va ulteriormente valorizzata presso gli Amministratori del Sistema Sanitario: la qualità dei risultati, e non altri elementi comunque importanti quali facilità di accesso, rapidità di erogazione delle prestazione e delle risposte, rimane l'elemento fondamentale nella valutazione dei servizi di laboratorio clinico. Viceversa, l'Italia appare divisa in due nell'affidare un giudizio di maggior sicurezza ai risultati provenienti da laboratori che operano all'interno di strutture ospedaliere. Infatti, al Nord oltre il 43% degli intervistati affidano un peso considerevole a questo fattore, mentre al Centro-Sud l'ospedale non è sinonimo di fiducia. Anche questo elemento merita attenta considerazione in un quadro di sanità sempre più regionalizzata. Un elemento "anomalo", almeno per chi fa medicina di laboratorio, è rappresentato dall'esigua percentuale (6,6%) di Mmg che ritengono di valorizzare positivamente la presenza nel referto dei valori precedentemente ottenuti nello stesso paziente, elemento che la letteratura del settore ritiene, invece, sempre più rilevante. La metà degli intervistati (51.5%) lamenta carenze nelle modalità di comunicazione dei risultati da parte del laboratorio clinico, ma se si analizzano ulteriormente le ragioni di questa lamentela emergono due principali elementi: la modalità di trasmissione e la consegna diretta al paziente. Il primo di questi elementi, ed in particolare le carenze di trasmissione informatica con conseguenti allungamento dei tempi di risposta e difficoltà nell'inserimento diretto dei dati nella cartella clinica informatizzata, è un problema molto sentito al Centro-Sud, mentre al Nord vi è soddisfazione per il livello di informatizzazione (nel Veneto il 72,2% degli intervistati è soddisfatto). Il secondo elemento, e cioè i problemi che derivano dalla consegna diretta dei referti al paziente ed in particolare "l'interpretazione fai da sè", è un problema che unifica i Mmg del Paese e che pone problemi deontologici ed etici non del tutto sviscerati nè risolti. Per questi motivi, e visto che non voglio sottrarmi alla responsabilità delle domande già fatte e delle prossime che cercheremo di inviare ai Colleghi della medicina di base, torneremo in futuro su questi temi.

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

LE NEUROPATIE

Il percorso assistenziale consigliabile si sviluppa in tre livelli: valutazione medico generalista dei sintomi, diagnosi clinico-strumentale neurologica, prosecuzione in regime di ricovero nelle forme più severe

(c) Can Stock Photo Inc. / i3alda

di Mario **Armani**
specialista in Neurologia e Neuropsichiatria Infantile

La patologia del sistema nervoso periferico (SNP) è diffusa e si presenta almeno nel 13% della popolazione anziana. Sono descritti circa cento tipi di neuropatia, classificati in senso anatomopatologico come assonali e/o demielinizzanti, per tipologia anatomica del nervo colpito (motorio, sensitivo, vegetativo), o per aspetto clinico in mononeuropatia, polineuropatia (nervi bilaterali e simmetrici), poliradicolonevrite, multinevrite (nervi asimmetrici) e neuropatia autonomica. Impossibile trattare l'eziopatogenesi nelle poche righe concordate, se non in estrema sintesi tra gli accertamenti diagnostici, mentre la terapia si riconduce alla patologia causale. Il percorso assistenziale consigliabile si sviluppa in tre livelli: valutazione medico generalista dei sintomi, diagnosi clinico-strumentale neurologica, prosecuzione in regime di ricovero nelle forme più severe e nel caso di accertamenti invasivi.

Sintomi: il paziente lamenta disturbi sensitivi soggettivi e oggettivi, disturbi motori e vegetativi. I sintomi soggettivi sono rappresentati da alterazioni della sensibilità intermittenti, acute, spesso ben localizzate. Sono definiti come parestesie ovvero sensazioni di formicolio, puntura, scarica elettrica, urenti, e disestesie ovvero sensazioni modificate, spesso amplificate di uno stimolo sensitivo (es. lieve sfioramento della cute sentito come bruciore e formicolio). I disturbi sensitivi oggettivi invece sono rappresentati dalla perdita della sensibilità superficiale della cute che produce una ipo-anestesia termica, dolorifica o tattile. A cui si possono aggiungere i disturbi oggettivi della sensibilità profonda propriocettiva con compromissione della sensibilità chinestesica, batiestesica, barestesica e pallestesica, nonché della sensibilità epicritica stereognosica, discriminativa tattile, topognosica e grafestesica nelle forme più severe. I disturbi motori sono caratterizzati da una paralisi flaccida, un deficit variabile di forza e tono dei muscoli innervati dal SNP alterato, ovvero da nervi, plessi e radici. Alla paralisi muscolare si possono associare anche sintomi quali crampi e fascicolazioni, talora anche ipo-atrofia. L'atrofia muscolare può trasformarsi in una vera degenerazione fibrosa che conduce a contrattura, retrazione muscolo-tendinea, deformità e anchilosi del piede o mano.
Diagnosi: si avvale innanzitutto dell'anamnesi dei sintomi sensitivi soggettivi, delle malattie in atto, dei traumi. Segue l'esame neurologico che valuta i sintomi sensitivi oggettivi e motori, compresi i riflessi profondi che possono essere torpidi o assenti. Si dovranno poi effettuare gli esami ematologici nel sospetto di patologie causali: metaboliche (es. diabete mellito, ipotiroidismo, insufficienza renale cronica), nutrizionali (es. deficit vitaminici), tossiche (es. alcol, farmaci, alcuni metalli pesanti), infettive (es. lebbra, HIV, HCV), autoimmuni (es. LES, Sjögren) o paraneoplastiche (es. carcinoma, linfoma). In alcune forme genetiche del SNP (es. Charcot-Marie-Tooth), gli accertamenti sul DNA consentiranno di avere una risposta diagnostica. Successivamente l'elettromiografia servirà a valutare il danno del SNP attraverso la velocità di conduzione sensitiva o motoria, i blocchi di conduzione, identificare le lesioni mieliniche o assonali e monitorare nel tempo i tronchi nervosi compromessi. La biopsia di nervo potrà dare informazioni sul tipo di lesione assonale e/o mielinica, ma soprattutto sul coinvolgimento dei vasa nervorum ed infiltrazioni patologiche (es. amiloide). Nelle infiammazioni acute o croniche che interessano le radici spinali, potrà essere utile l'analisi del liquor cefalorachidiano, prelevato con una puntura lombare. Altri mezzi d'indagine clinico-strumentale, adeguati a definire la patologia causale, saranno impiegati per conseguire la diagnosi da cui dipenderà il trattamento terapeutico e la prognosi. A questo proposito va sottolineata l'efficacia ed appropriatezza clinica della fisioterapia nelle forme motorie, perché contribuirà a ridurre i danni permanenti conseguenti soprattutto ai disturbi trofici e retrattivi muscolari, migliorando così la qualità della vita del paziente.

RISONANZA MAGNETICA MUSCOLO SCHELETRICA
UN ESAME NON RINUNCIABILE

di Francesco **Peruzzi**
specialista in Radiologia

Dall'inizio del 2012 la crisi del debito pubblico europeo, e italiano in particolare, e il rallentamento generale dell'economia hanno dominato la scena dell'informazione, ma soprattutto sono divenuti percepibili dal singolo cittadino. I rapidi cambiamenti economici e finanziari hanno influito infatti in maniera negativa, talvolta assai pesante, sul nostro stile di vita. Anche la spesa sanitaria ne ha risentito e, probabilmente, continuerà a risentirne con la ragionevole attesa di un aggravio finanziario per l'utente. La giusta preoccupazione per la spesa non deve però compromettere i risultati conquistati nella diagnosi e nel trattamento delle malattie, che hanno portato le prestazioni sanitarie erogate in Italia a un livello di eccellenza. In tempi di crisi, a soffrire maggiormente sembra essere la spesa per l'attività diagnostica, cioè per l'insieme delle attività mediche e delle procedure mediche indirizzate a stabilire di che cosa soffriamo. Il valore delle procedure diagnostiche è spesso percepito meno di quello delle procedure terapeutiche e quindi l'atteggiamento dell'utente-paziente verso la diagnostica è più prudente e meno entusiastico di quello verso la terapia. Ma le procedure diagnostiche sono il primo e fondamentale passo per la scelta della terapia, la scomparsa dei sintomi e la guarigione, così come nell'ambito della prevenzione. La spesa sanitaria, in particolare quella per la diagnostica, anche se non dà immediata soddisfazione, è fondamentale per il mantenimento del benessere fisico e di una vita soddisfacente. Per le diffusissime lesioni traumatiche e malattie muscolo scheletriche e articolari in generale, la risonanza magnetica si è affermata, fin dagli anni 90, come presidio diagnostico fondamentale e spesso insostituibile. Essa ha soppiantato metodiche diagnostiche invasive, come l'artrografia e ha sostituito nella maggior parte dei casi la TC. La Risonanza Magnetica permette di vedere pressoché tutte le strutture, ossee e non ossee, capsulolegamentose, cartilaginee, muscolari, di cui è costituita un articolazione (il ginocchio, la spalla, o il segmento di un arto come la coscia o la gamba) e lo fa senza somministrare radiazioni ionizzanti e in maniera non invasiva e indolore. Anche nella valutazione della colonna vertebrale, la risonanza magnetica da anni ha soppiantato la TC, poiché permette di vedere il contenente e il contenuto della colonna, cioè le vertebre e i dischi intervertebrali, il midollo spinale e le sue radici, senza esporci a radiazioni ionizzanti. Da tempo fare la risonanza magnetica per un problema al ginocchio, alla spalla o alla colonna vertebrale è pratica comune che porta eccellenti risultati nella diagnosi e nella terapia. Ma, in tempi di crisi, si è cominciato a chiedere se la spesa per questo esame sia accettabile o sia un lusso. Bisogna allora guardare come l'esito di una risonanza influisce nel trattamento del paziente. Un recente studio statistico sul ginocchio, l'articolazione che forse più di tutte viene esaminata con RM, ha mostrato che l'esito della RM cambia la diagnosi clinica e cambia il trattamento in un significativo numero di casi, con pazienti che da candidati al trattamento chirurgico diventano idonei al trattamento medico conservativo e viceversa e con variazione del tipo di trattamento chirurgico previsto in molti casi. La revisione critica delle casistiche dimostra che l'esame RM muscolo scheletrico, delle articolazioni, della colonna vertebrale, dei segmenti di un arto, è un passo fondamentale e non rinunciabile sia nella valutazione delle lesioni traumatiche, così frequenti data la diffusione dell'attività sportiva, sia in quella delle malattie degenerative e infiammatorie (artrosi e artriti) sempre più diffuse anche per l'aumento dell'età media e dell'attesa di vita della popolazione.

(c) Can Stock Photo Inc. / Eraxion

I NOSTRI PRODOTTI

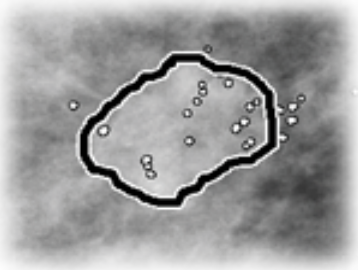
MultiCare Platinum Breast Biopsy System
Sistema stereotassico digitale indipendente per la biopsia mammaria prona

Bobina dedicata alla mammella - Sentinelle™ Breast
Nasce una nuova generazione nell'analisi della risonanza magnetica alla mammella. Con il brevetto Variable Coil Geometry™ è possibile ottenere una risonanza dedicata ad hoc.

SecurView DX Mammography Workstation
Workstation dedicate alla mammografia

Selenia Dimensions 3D
Mammografo digitale configurabile per immagini 3D di tomosintesi e stereotassi.

Selenia Digital Mammography System
Mammografo digitale



ImageChecker® R2 CAD
CAD per l'individuazione di masse e calcificazioni dedicato alla mammografia digitale

ATEC®, Eviva® e SecurMark®
Dispositivi monouso performanti per biopsia e marcatura

ATEC Sapphire System
Console innovativa per biopsia VABB utilizzabile sotto guida stereotassica, ecografica e RM

Discovery™ DXA Systems
Sistema con tecnologia Fan Beam (multidetectors) ad energia pulsata

Fluoroscan® InSight
Mini C-Arm System Amplificatore di brillanza a bassa emissione di raggi X

TECHNO LOGIC

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

Antonveneta promotrice del ‘**salute day**’ per la sicurezza nei luoghi di lavoro

Martedì 13 marzo le 378 filiali della banca padovana hanno chiuso anticipatamente gli sportelli per uno speciale percorso formativo che ha coinvolto contemporaneamente gli oltre tremila dipendenti dell’istituto

Banca Antonveneta (Gruppo Montepaschi), da sempre sensibile e attenta alla sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro, martedì 13 marzo ha anticipato la chiusura degli sportelli alle 11.50 per coinvolgere i dipendenti in una mezza giornata di formazione denominata “Salute day”.

L’iniziativa Si è trattato di un evento straordinario che ha coinvolto contemporaneamente, per la durata di 3 ore, tutti i 3.191 dipendenti della Banca nelle strutture in cui lavorano quotidianamente e non, come di consueto, nelle aule di formazione. Una scelta impegnativa che dimostra la volontà di Antonveneta di sensibilizzare il personale sulla cultura della sicurezza diffondendo, così, la consapevolezza dei rischi professionali attraverso un’efficace opera d’informazione e prevenzione. Non è un caso, infatti, che i docenti-formatori siano stati individuati nei titolari di filiale e responsabili dei centri specialistici.

La sicurezza La competenza e la conoscenza del personale della Banca, sulle attività e sui processi previsti in materia di salute e sicurezza, garantisce un beneficio non soltanto per i lavoratori ma anche per tutta la clientela che, vivendo i locali dell’Istituto, è tutelata dalla corretta applicazione delle procedure di sicurezza previste nel caso di eventi di emergenza straordinaria come ad esempio terremoti o incendi.

I numeri In Italia ogni anno, a livello di industria nazionale, si registrano circa un milione di infortuni che comportano circa 45 miliardi di euro in termini di costi sociali. Banca Antonveneta, sebbene nel primo semestre del 2012 presenti numeri ben diversi, con solo 5 infortuni sul lavoro, sente più che mai l’esigenza di tutelare in ogni modo l’integrità fisica e morale dei propri dipendenti. Del resto, nel dicembre scorso Antonveneta ha ottenuto la certificazione internazionale OHSAS 18001 che attesta l’applicazione volontaria, all’interno della banca, di un sistema che permette di garantire un adeguato controllo riguardo alla sicurezza e la salute dei lavoratori, oltre al rispetto delle normative obbligatorie in materia.

L'AMIANTO È ANCORA UN RISCHIO PER LA SALUTE?

L'esposizione di fibre di amianto può provocare l'asbestosi

La recente sentenza del Tribunale di Torino ha riportato alla ribalta la questione dei danni per la salute da amianto; ricordiamo che il Tribunale ha condannato a 16 anni di reclusione i proprietari della multinazionale svizzera "Eternit" per disastro permanente ed omissione di misure antinfortunistiche, in pratica gli imputati sono stati dichiarati colpevoli dei decessi per tumore in lavoratori italiani di fabbriche che producevano l'Eternit (cioè il cemento-amianto). L'esposizione di fibre di amianto può provocare una fibrosi polmonare chiamata asbestosi, dei danni alle pleure consistenti in placche pleuriche fibrose (presenti nel 20-30 per cento dei lavoratori con pregresse esposizioni) e calcifiche ed un netto incremento di tumori maligni della pleura (mesoteliomi) e di carcinomi polmonari. Il primo problema che preoccupa la medicina pubblica è come intervenire sulle migliaia di ex esposti ad amianto; infatti i tumori si possono manifestare con qualsiasi periodo di latenza, quindi anche dopo 30 anni o più dall'inizio dell'esposizione. Per ridurre la probabilità d'insorgenza del tumore polmonare l'unica misura efficace consiste nella abolizione del fumo di tabacco nei fumatori, mentre sono utili le buone pratiche per una diagnosi precoce che indubbiamente prolunga il periodo di sopravvivenza. Per il mesotelioma purtroppo non esiste alcun protocollo giudicato efficace. Per approfondimenti consulta le circolari ad hoc emanate dalla Regione Veneto. Fin'ora abbiamo parlato di ex esposti perché qualsiasi produzione o lavorazione con materiali contenenti amianto (MCA) è stata vietata dal 1990, ma la questione è: oggi continua ad esistere un rischio di esposizione? In primis oggi operano numerose imprese specializzate nella rimozione e bonifica dei MCA, inoltre ci sono i trasportatori in discarica e i lavoratori delle discariche stesse. Questi lavoratori sono molto protetti e controllati e, se le norme sono rispettate, il rischio dovrebbe essere estremamente ridotto.

di Franco **Sarto**
Specialista in Medicina del Lavoro

Più problematico è il rischio per quei lavoratori che normalmente non sono esposti a MCA ma potrebbero incontrare l'amianto saltuariamente e magari a loro insaputa e questo rappresenta il pericolo maggiore data l'impossibilità di proteggersi; questi lavoratori sono gli idraulici, i conduttori-manutentori di impianti termici, i manutentori di ascensori, i pompieri e gli edili. L'amianto è stato largamente usato dagli anni '50 fino al 1990 ed è ancora presente negli edifici, impianti termici ed impianti tecnici in generale. E' possibile quindi che un manutentore idraulico incontri delle guarnizioni o coibentazioni con amianto o che un edile, durante demolizioni o ristrutturazioni, incappi senza saperlo in coibentazioni o strutture in cemento-amianto che possono liberare polveri.

Per concludere segnaliamo un rischio che può riguardare tutta la popolazione nell'ambiente di vita: in vecchie case possono essere presenti MCA, in impianti termici, stufe, caminetti, autoclavi, vani scale, vani ascensori, teli da stiro o porta ferro da stiro, coperte ignifughe e spargi fiamma. Questo amianto, che magari è nascosto nel vecchio impianto di riscaldamento è quello più pericoloso proprio perché non si vede. Quello che si vede e che è ben conosciuto è l'eternit o cemento-amianto che costituisce ancora buona parte delle tettoie di ripari e di capannoni, ma anche canne fumarie, vasche e tubazioni in genere; questi manufatti diventano un rischio se sono in cattivo stato di manutenzione (cioè hanno parti che si stanno sfaldando), se sono trattate meccanicamente con martelli, chiodi e trapani. L'ideale è liberarsi di questi materiali il più presto possibile anche se questo non è un obbligo di legge.

ASSOCIAZIONE ITALIANA FISIOTERAPISTI

e-Six

INSIEME, PER LA FISIOTERAPIA VERA

- research & development
- production
- consulting
- educational
- financial solution

e-Six

rehabilitation experience & technology

www.esix.it

easytech

Sixtus

NUOVE POSSIBILITÀ DI TRATTAMENTO DELLE SOFFERENZE DEL **TENDINE D'ACHILLE**

di Paolo **Buselli**
Specialista in Terapia Fisica e Riabilitazione e in Medicina dello Sport

La tallodinia è una sindrome dolorosa caratterizzata da un'estrema variabilità etiopatogenetica e clinica. Può coinvolgere le parti molli e/o ossee e può essere causata da eventi traumatici o da situazioni di sovraccarico funzionale spesso legate ad un anomalo assetto del retropiede.
Fattori predisponenti intrinseci sono il piede cavo o il piede piatto, la brevità del sistema achilleo- calcaneo – plantare, il retropiede varo o valgo; mentre i fattori predisponenti estrinseci sono l'uso di calzature incongrue, una particolare attività lavorativa o sportiva e i terreni di allenamento in caso di soggetti sportivi, l'obesità e l'età.
Il tendine d'Achille, il calcagno, la fascia plantare e i muscoli brevi della superficie plantare del piede sono elementi sinergicamente attivi che sviluppano notevoli forze di trazione in corrispondenza delle inserzioni mio-fasciali, e osteo-tendinee. Tali sollecitazioni possono portare ad alterazioni del corretto ordinamento e orientamento delle fibre collagene ed una conseguente perdita delle caratteristiche meccaniche di elasticità e di risposta alla trazione. L'alterazione del quadro strutturale, in particolare l'alterazione a carico del tendine d'Achille, non sempre si manifesta con algia e tumefazione della parte, anzi, in molti casi il quadro rimane silente sino all'evento acuto della lesione del tendine, evenienza non rara e purtroppo nota in particolare ai tennisti amatoriali. Più spesso il dolore si presenta, ma in una fase di già consolidata alterazione del quadro tissutale.
Le opzioni terapeutiche tradizionali sono diverse; il trattamento infatti può essere di tipo conservativo o chirurgico. Il trattamento conservativo consiste nell'uso di ortesi, fisiochinesiterapia, infiltrazioni. Il trattamento chirurgico, proposto quasi inevitabilmente nella lesione acuta, appare molto discusso nelle sofferenze croniche e sembra da prendere in considerazione solo in caso di fallimento del trattamento conservativo: infatti mostra percentuali di successo molto variabili in relazione all'estrema variabilità del quadro clinico. Le proposte terapeutiche più recenti vedono due metodiche prevalenti: il trattamento con onde d'urto (E.S.W.T.) e l'infiltrazione con gel piatrinico (P.R.P.). Entrambe le proposte terapeutiche fanno fondamento sulla loro capacità di stimolazione dei processi biologici e sullo stimolo diretto e indiretto dei fattori di crescita della mobilizzazione delle sostanze endogene che combattono l'infiammazione.
Per quanto si riferisce al PRP gli studi in corso sono incoraggianti ma rappresenta ancora una procedura moderatamente invasiva e relativamente costosa.
Per quanto si riferisce all'ESWT questa registra da tempo approfondimenti con studi sperimentali di grande rilievo. Tra questi gli studi di Wang (2012) e di Han (2009) che dimostrano le variazioni di nuovi vasi, di VGF, di PCNA , di eNOS e di tenociti nei tendini trattati con onde d'urto. Altrettanto interessanti i lavori in vivo di Furia (2007) e Rasmussen (2008) che raccolgono i risultati clinici ottenuti nel trattamento dell'Achillodinia.
La terapia con onde d'urto si rivela come una valida metodica conservativa delle sofferenze dell'Achilleo integrata da una correzione dei disassetti funzionali e strutturali del piede e da un approccio fisiochinesiterapico per migliorare il sistema nella sua globalità.

IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA

Superati i 50 anni, è una delle patologie più diffuse

a cura di Massimo **Dal Bianco** *e* Simonetta **Fracalanza**, *reparto di Urologia Ospedale Sant'Antonio di Padova*

Epidemiologia: l'Ipertrofia Prostatica Benigna (IPB) è una delle patologie più diffuse relative alla prostata. Superati i 50 anni di età, la prostata va incontro generalmente ad processo iperplastico che comporta un aumento del volume dell'organo; l'incidenza della patologia in questo range di età è piuttosto elevato (si parla del 70% di soggetti colpiti); superati gli 80 anni di età l'incidenza sale all'80%. Nonostante le cause non siano state ancora definite con certezza, si suppone che, considerata la correlazione con l'aumento dell'età dei soggetti, il processo di ingrossamento sia dovuto a variazioni nella produzione di diversi ormoni. La patologia è cronica, progressiva e può, nonostante la sua natura benigna, incidere sulla qualità della vita. L'ingrossamento della prostata provoca un restringimento del primo tratto dell'uretra (uretra prostatica) causando difficoltà a livello di deflusso urinario (disuria); la prima conseguenza di questa situazione è un "superlavoro" della vescica nel tentativo di espellere urina; questo superlavoro provoca inizialmente un inspessimento delle pareti vescicali e una perdita di forza e di efficienza con sfiancamento delle pareti stesse sino allo sviluppo di diverticoli, infezioni e calcolosi.

Sintomi: l'IPB può iniziare a svilupparsi molto presto, già dopo i 30 anni, ma non in tutti i soggetti si sviluppa con la medesima modalità e velocità. I sintomi vengono classificati in base alle diverse fasi del ciclo minzionale:

- fase di riempimento: pollachiuria diurna-notturna e urgenza minzionale;
- fase di svuotamento: attesa minzionale, disuria, mitto ipovalido e interciso;
- post-minzionale: gocciolio post minzionale e senso di incompleto svuotamento fino alla ritenzione acuta d'urina.

Il Paziente che presenta tale sintomatologia va sottoposto a visita urologica e indagato con l'esecuzione di esplorazione rettale, ecografia renovescicale con valutazione del residuo post-minzionale, uroflussometria e un PSA sierico.

Trattamento: in assenza di complicanze come la calcolosi e le infezioni, ha l'esclusivo obiettivo di togliere i disturbi che accompagnano la condizione. I soggetti con prostate grandi che non lamentano nessun disturbo, non necessitano di alcun trattamento. I disturbi possono essere trattati con farmaci o, in caso di insuccesso, per via chirurgica.

1. Farmacologico. Negli ultimi anni sono stati commercializzati farmaci estremamente efficaci nel ridurre i suddetti disturbi. La terapia si avvale innanzitutto dell'uso di farmaci alfa-litici (silodosina, terazosina, alfuzosina, tamsulosina) o gli inibitori della 5-alfa-reduttasi, la finasteride e la più recente dutasteride. A differenza degli alfa-litici, che sono sostanzialmente farmaci "sintomatici", gli inibitori della 5-alfa-reduttasi possono cambiare la storia naturale della patologia, riducendo nel tempo la probabilità di ritenzione acuta d'urina, una delle complicanze più frequenti dell'IPB, e la necessità di un intervento chirurgico disostruttivo.

2. Chirurgico. Qualora il trattamento medico risulti inefficace è necessario eseguire un intervento chirurgico (endoscopico o a cielo aperto) allo scopo di rimuovere l'adenoma prostatico ostruente. Le tecniche attualmente a disposizione sono rappresentate da:

a. Tecniche endoscopiche: T.U.R.P. o resezione endoscopica trans uretrale, HoLEP (Holmium Laser Enucleation of the Prostate, enucleazione prostatica tramite laser ad olmio), TUIP (Trans-Urethral Incision of the Prostate, incisione transuretrale della prostata), TULIP (Trans-Urethral Laser Incision of the Prostate, incisione prostatica trans uretrale mediante laser), Fotovaporizzazione selettiva con laser a luce verde.

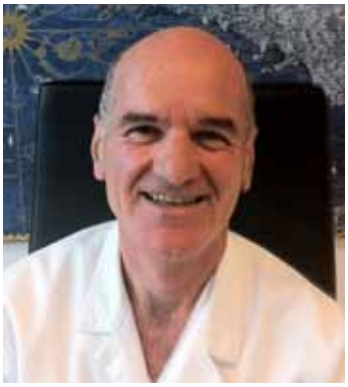
b. Terapie termiche cono: generalmente indicata per prostate il cui peso non superi i 50 g.

c. Tecniche chirurgiche: adenomectomia retropubica sec. Millin: è l`intervento tradizionale, che si esegue con un accesso addominale sovrapubico ed é riservato a prostate di grosse dimensioni.

Conseguenza del trattamento è il fenomeno della retroeiaculazione; le possibili complicanze invece sono la ritenzione acuta d'urina con macroematuria secondarie a caduta d'escara, la stenosi dell'uretra e la sclerosi del collo vescicale.

La continuità delle cure in Ostetricia

Lavori in **corso**



di Tiziano **Maggino**
Direttore Dipartimento strutturale materno-infantile Ulss 12 Venezia

Negli ultimi anni si è andata delineando una nuova dinamica demografica con il fenomeno immigratorio che ha portato nel nostro Paese flussi importanti di persone giovani, in età riproduttiva e con cultura incline alla famiglia numerosa. D'altra parte si è assistito ad una progressiva trasformazione delle caratteristiche del comportamento riproduttivo delle coppie italiane con una riduzione delle nascite, un innalzamento dell'età media al parto oltreché un recupero di fertilità in età matura. Tutto ciò si è inserito in una progressiva evoluzione dei programmi di assistenza riproduttiva specificamente alla gravidanza-parto-puerperio legata alla evoluzione delle conoscense mediche in temi di medicina fetale, diagnosi prenatale, neonatologia. L'evoluzione iperspecialistica di queste branche pone il problema di una continua revisione dei modelli organizzativi riferentesi a garantire una adeguata continuità delle cure ad un evento, la nascita, con forti connotazioni culturali e sociali. Fino agli anni '50 la continuità dell'assistenza alla gravidanza e parto era la norma, imperniata sulla figura dell'ostetrica condotta, ed i parti avvenivano prevalentemente a domicilio.

L'evoluzione della diagnostica e delle cure neonatali ha portato alla ospedalizzazione pressoché totale dei parti con un abbattimento significativo della morbilità e mortalità neonatale e materna con indici, nel nostro Paese, tra i più bassi tra i paesi industrializzati. La totale ospedalizzazione del parto se ha prodotto un favorevole bilancio degli indicatori di sicurezza, non sempre è stato percepito favorevolmente dall'utenza in termini di "umanizzazione" dell'assistenza soprattutto per il suo significato di "rito di passaggio" che incarna i valori più profondi di una cultura.

L'ospedalizzazione comporta per la futura mamma e coppia di genitori, l'entrare in un ambiente spesso sconosciuto, con operatori a volte mai visti, in una organizzazione in turni. È oggi quasi la regola che il medico che segue la gravidanza (ginecologo – ostetrico ambulatoriale) non sia lo stesso che poi segue il travaglio (ginecologo – ostetrico ospedaliero). Anche in tale contesto capita spesso, per l'alternanza dei turni, che chi segue il travaglio non sia lo stesso sanitario che poi segue il parto.

A tutto ciò l'organizzazione assistenziale ostetrica nella nostra Regione ha cercato di far fronte, nel contesto delle aree di afferenza di ogni punto nascita, elaborando e favorendo l'adesione a protocolli comuni e linee guida da parte dei diversi operatori che operano nelle realtà territoriali ed ospedaliere. La base della continuità assistenziale all'evento gravidanza-parto mira quindi a realizzare una condivisione della stessa filosofia assistenziale con percorsi clinici condivisi e strumenti clinici comuni (cartella della gravidanza) che realizzi il passaggio di consegne (territorio – ospedale – territorio) anche attraverso il coinvolgimento dell'utenza con l'offerta di appropriati corsi di preparazione alla nascita. All'interno dei punti nascita ospedalieri della nostra Regione si sono messe in atto molteplici azioni mirate a conciliare tecnologia e rapporto umano oltre che umanizzazione e sicurezza. Ciò è stato realizzato in primis attraverso protocolli espliciti di identificazione dei livelli di rischio per ogni singola gravidanza; questo consente di stratificare l'evento travaglio/parto in livelli diversi di intensità assistenziale offrendo percorsi clinici diversificati per la gravidanze fisiologiche e patologiche.

Si è progressivamente creata pertanto la suddivisione dei punti nascita in vari livelli in riferimento alle possibilità di offrire risposte sanitarie adeguate alle gravidanze a rischio più alto ed al neonato con possibili criticità.

Al primo livello dovrebbero afferire le gravidanze fisiologiche ed a basso profilo di rischio sia materno che neonatologico, mentre al secondo livello andrebbero riferite le condizioni di più alto rischio sia per la gravida che per il neonato.

Esiste di fatto un ulteriore livello superiore (terzo) al quale si fa riferimento per le condizioni ancora pù problematiche come per i grandi prematuri o la nascita di neonati critici o con patologie malformative. Tale complessa organizzazione ha richiesto l'elaborazione di programmi condivisi per il trasferimento, al livello superiore di gravidanze a rischio (trasporti in utero STAM) o di neonati ciritici (STEN). Il recepimento di tali esigenze sta comportando un radicale intervento sugli assetti organizzativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ostetrica ed al neonato.

I valori di tali cambiamenti sono sostenuti dal presupposto che la tutela in ambito materno-infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito hanno sulla qualità del benessere psico-fisico della popolazione attuale e futura.

OSTEOARTROSI
LA MALATTIA OVER 60

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

Colpisce oltre 5 milioni di teste grigie, peggiorandone la qualità della vita. Il fisiatra Alessandro Valent spiega come porvi rimedio con farmaci, terapie strumentali e, nei casi più gravi, con la chirurgia

I numeri parlano chiaro: oltre 5 milioni di italiani soffrono di osteoartrosi, patologia degenerativa delle articolazioni che, negli ultimi 20 anni, si è guadagnata il podio tra le malattie reumatologiche articolari più comuni in Italia. Un primato che il nostro Paese si contende con molte altre nazioni Europee e con gli Usa, dove, a far fronte al dolore che colpisce anca e ginocchio, ma anche mani e piedi, sono oltre 20 milioni di persone. Cifre di tutto rispetto, specchio di una società dalle tempie sempre più grigie. Esiste infatti una stretta correlazione tra osteoartrosi ed invecchiamento: pur presentandosi in modo asintomatico già nel secondo e terzo decennio di vita, la malattia si conclama infatti dopo i 60 anni, andando ad inficiare la qualità della vita di chi ne soffre. Uno scenario non roseo soprattutto per l'Italia che, con il 5,5% di ultraottantenni, percentuale destinata a raggiungere il 15% nel 2060, è il Paese più longevo dell'Unione Europea. Nel nome della prevenzione, non resta dunque che tenere sotto controllo il fenomeno, destinato ad aumentare a causa anche della frequenza dei fattori di rischio associati.

Obesità, età e sesso
ATTENZIONE AI FATTORI DI RISCHIO

L'artrosi è un processo degenerativo articolare che inizia a livello della cartilagine ed interessa, nelle fasi avanzate, il tessuto osseo ed i tessuti molli periarticolari come tendini, legamenti e muscoli. L'età senile, il sesso, la predisposizione genetica, fattori meccanici come fratture scheletriche, microtraumi e artriti, patologie dismetaboliche (gotta, diabete, ipercolesterolemia) e obesità sono i principali fattori di rischio per l'insorgenza della patologia che colpisce oltre a ginocchio ed anca, anche rachide, mani e piedi. Una malattia invalidante che costringe quanti ne soffrono ad una revisione dello stile di vita, contrassegnato dalla sofferenza fisica.
E' proprio il dolore, peggiorato dal movimento, alleviato con il riposo e frequentemente associato a fastidiose contratture della muscolatura periarticolare, il principale sintomo dell'osteoartrosi. La patologia comporta però altre complicanze, come la rigidità articolare, la limitazione funzionale e, nelle fasi più avanzate, le deformazioni articolari. Inevitabile dunque, per gli Italiani che ne soffrono, cercare un rimedio per recuperare la migliore condizione fisica.

Diagnosi: il primo step per affrontare la patologia

La diagnosi della patologia si basa su una puntuale anamnesi, sull'esame obiettivo e sulla diagnostica strumentale. Nell'esame obiettivo si valutano la postura, l'allineamento di schiena ed arti inferiori e le articolazioni dolenti, evidenziando eventuali tumefazioni, misurando l'articolarità e analizzando forza ed eventuali deficit neurologici. Anche gli esami strumentali, radiologia tradizionale innanzitutto, hanno un ruolo basilare. Se, infatti, la radiografia tradizionale può mostrare la presenza di alterazioni come la riduzione delle rime articolari, la presenza di osteofiti o zone di sclerosi e di riassorbimento osseo, la Risonanza Magnetica e la TAC sono utili approfondimenti diagnostici.

L'importanza del fattore "P" (prevenzione)

Prevenzione dell'insorgenza e limitazione delle complicanze che essa comporta sono il primo obiettivo da perseguire nel trattamento dell'osteoartrosi. La prevenzione si attua attraverso strategie correttive ed accorgimenti quotidiani di tipo posturale ed alimentare così da ridurre o eliminare i fattori di rischio. Basilare è in prima analisi la correzione di difetti assiali e posturali come scoliosi, dismetrie, scorretto appoggio plantare, avvalendosi di plantari specifici, prortesi correttive e ginnastica posturale. E' inoltre utile assumere il più possibile posture idonee e non sovraccaricare eccessivamente le articolazioni durante l'attività lavorativa e sportiva o nella vita quotidiana. Anche il controllo del peso gioca la sua parte: il sovrappeso causa un eccessivo carico sulle articolazioni, in particolare degli arti inferiori, con conseguente peggioramento della malattia. Da non sottovalutare è anche l'attività motoria costante, preferibilmente a basso impatto come passeggiate, bicicletta e nuoto.

Tempo di cura farmaci, terapie e chirurgia

Una volta instauratasi l'artrosi si cura attraverso la terapia farmacologica, la fisiochinesiterapia e nei casi più gravi la chirurgia (artroprotesi).
Oltre a antiinfiammatori, decontratturanti ed analgesici, da usare in caso di dolore, tumefazione e contrattura della muscolatura, ad essere proposti sono anche i condroprotettori, sostanze presenti nell'ambiente articolare che, introdotte per bocca o mediante infiltrazione di acido ialuronico direttamente nelle articolazioni colpite, nutrono la cartilagine. Anche le terapie strumentali, associate alla rieducazione funzionale e alle terapie manuali, si rivelano preziose. Ne è un esempio la **Hilterapia®**, la più recente evoluzione nel campo della laserterapia.
Grazie ai suoi benefici effetti analgesico, decontratturante ed antiinfiammatorio, la **Hilterapia®**, particolarmente sicura tanto da essere utilizzata efficacemente sia nelle fasi acute che in quelle croniche, è in grado di diminuire in maniera significativa la sintomatologia dolorosa, migliorando la funzionalità articolare e facilitando, nel contempo, le manovre rieducative.

GESTIONE DELLO STRESS E RECUPERO PSICO-FISICO

NEI CENTRI **HUMAN TECAR®** UNA FISIOTERAPIA ORIENATA ALLA **PREVENZIONE** E AL **BENESSERE**

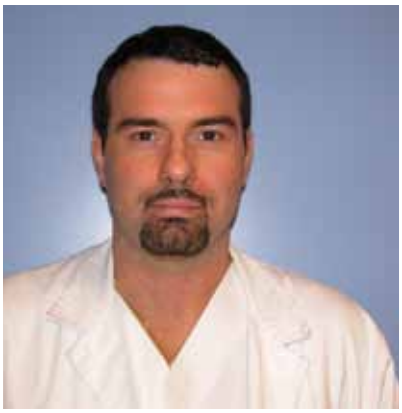
Unanimemente definito come il vero malessere del ventunesimo secolo, lo stress è ormai una parola entrata nel nostro gergo quotidiano e a cui spesso anche inconsciamente oltre che impropriamente attribuiamo l'origine o più specificatamente la causa di un disagio che si manifesta a vari livelli, condizionando il nostro stile di vita. Un insieme di problemi, preoccupazioni, emozioni che costantemente dobbiamo affrontare, relativamente al lavoro, alla famiglia, al denaro, ai traumi, alle malattie e a tutto ciò che può generare degli stati di tensione. Tuttavia, è necessario approfondire quei meccanismi fisiologici che sono poi alla base di quello che viene comunemente definito stress. Il nostro organismo, mette infatti in moto un meccanismo di autodifesa, ereditato nel tempo, che comporta il rilascio di una sostanza di natura ormonale: l'adrenalina. Essa, prodotta dalle ghiandole surrenali, determina tra l'altro: un effetto tonico sul cuore, la dilatazione della pupilla oculare, l'allargamento dei bronchioli, l'innalzamento della glicemia nel sangue e l'aumento della pressione arteriosa. Uno stimolo esterno, che ne provoca l'immissione nel circolo sanguigno, è costituito, come appena descritto, da una situazione di pericolo e minaccia a cui veniamo esposti. Il corpo umano quindi, attraverso questa accelerata produzione di adrenalina, può contare su un aumento del livello di energia da cui poter attingere per fronteggiare e rispondere a tali stimoli esterni. Il problema dei giorni nostri è che, il rilascio di adrenalina, in genere, non è seguito dallo scarico di tutto questo surplus energetico, infatti, per esempio, nell'ambiente di lavoro, non si può certo rispondere ad un attacco verbale con la violenza, e nemmeno con la fuga, come del resto, anche nelle altre situazioni in cui si è soggetti a forte pressione: vedi traffico cittadino e particolari condizioni familiari ed economiche, solo per citare alcuni esempi non certo esaustivi ma di comune esperienza. La capacità di tollerare una certa quantità di stress è prettamente soggettiva, varia da individuo ad individuo. I sintomi dovuti all'accumulo sono ad esempio una costante stanchezza,

una condizione di facile irritabilità, l'insorgere dell'insonnia, la tachicardia, un persistente mal di testa. L'elenco potrebbe essere sicuramente molto lungo includendo l'incidenza sulla percentuale di ictus legata a fattori di stress fino alle problematiche legate al sovrappeso generato dagli stessi. E' facile allora comprendere l'importante ruolo dell'attività fisica per combattere gli effetti negativi dello stress, infatti, il lavoro muscolare quotidiano risulta essere di notevole aiuto per migliorare il livello di tolleranza e per scaricare le tensioni. Proprio sull'importanza del movimento e la necessità di essere nelle condizioni psico-fisiche adeguate ad una sana e corretta attività fisica tanto a livello amatoriale quanto professionistico si basa una nuova e moderna offerta di fisioterapia messa a disposizione da una rete di Centri Specializzati presenti su tutto il territorio nazionale. Si rende accessibile la punta più avanzata della scienza fisioterapica ad un vasto pubblico con necessità di cure specifiche ma con l'esigenza di effetti riabilitativi rapidi e stabili nel tempo. Gli Specialisti che operano nei Centri Human Tecar® praticano una fisioterapia moderna, rapida ed efficace basata su una tecnologia brevettata, prodotti funzionali e tecniche manuali avanzate in grado di stimolare in profondità, selettivamente e in modo non invasivo le diverse tipologie di tessuto. Un'azione dall'interno che consente di apportare in modo naturale ossigeno e nutrimento ai tessuti, supportando così i fisiologici processi autoriparativi dell'organismo. Questo permette di trattare un ampio numero di patologie tanto a livello acuto quanto cronico, ma soprattutto di intervenire in un ottica di prevenzione e benessere. Infatti, Il metodo integrato Human Tecar® nato e sviluppatosi nell'ambito dello sport professionistico al più alto livello che ne ha apprezzato efficacia, rapidità e stabilità di risultati, si è rapidamente esteso a svariati settori della medicina dove cura e prevenzione si affermano sempre di più. In base alle più recenti conoscenze sulla meccanica del movimento e sulle fisiopatologie del dolore, lo Specialista Human Tecar® integra la modernità di una tecnologia d'avanguardia con la tradizione di una manualità appositamente sviluppata offrendo alla persona un duplice beneficio: sollievo immediato dal dolore e riduzione drastica dei tempi terapeutici per consentire un più rapido ritorno alle normali attività quotidiane. Nell'ottica di mantenimento del risultato acquisito e di prevenzione, nel centro Human Tecar®, si potrà inoltre contare su un programma specificatamente dedicato con il quale fare il pieno di energia per conservare una condizione fisica ottimale e migliorare la qualità della propria vita. Dallo sportivo fino al disabile, coinvolgendo le diverse fasce di età, le diverse professioni e i diversi ambiti sportivi, gli Specialisti e i Centri Human Tecar® adattandosi alle specifiche necessità del paziente, consentono a ognuno di vivere, lavorare e praticare sport nelle migliori condizioni possibili. In questo modo tutti possono essere trattati come i grandi campioni dello sport perché quando si mette in moto l'energia, il benessere è sempre a portata di mano. Dallo sportivo fino al disabile, coinvolgendo le diverse fasce di età, le diverse professioni e i diversi ambiti sportivi, l'associazione di Human Tecar® ed il termalismo, adattandosi alle specifiche necessità del paziente, consentono a ognuno di vivere, lavorare e praticare sport nelle migliori condizioni possibili, sommando il vantaggio di poter effettuare terapie curative e preventive, in una condizione di piacere e relax.

Human Tecar®
FEEL YOUR BEST

I TRAUMI DEL MASSICCIO FACCIALE: ESITI ESTETICO-FUNZIONALI

Nei traumi pediatrici l'atteggiamento è generalmente conservativo. Nei pazienti adulti invece l'appoccio è generalmente interventista



di Alessandro **Lobbio**
Dirigente Medico - UOC Chirurgia Maxillo Facciale ed Odontostomatologia - Ospedale dell'Angelo, Mestre e Ospedale SS Giovanni e Paolo, Venezia

Sebbene non altrettanto frequenti quanto quelli dell'apparato muscolo-scheletrico o toraco-addominali, i traumi del massiccio facciale comportano un coinvolgimento emotivo maggiore, per le particolarità funzionali e di fondamento per i rapporti sociali di questo distretto anatomico. A causa di una disomogeneità nei dati raccolti e nella classificazione delle lesioni, è difficile estrapolare un'incidenza reale, che è stimabile in 20 casi ogni 100.000 abitanti/anno. Ancora più difficile è riuscire a fare valutazioni meramente statistiche sugli esiti dei traumi stessi, a causa di variabilità classificative, di indicazioni chirurgiche, di tecniche chirurgiche, di follow-up.

Bisogna innanzitutto distinguere il trauma pediatrico da quello dell'adulto, in quanto sul primo si svilupperanno esiti correlati non solo al trauma o all'intervento, ma anche allo sviluppo dell'organismo.
Ecco che allora, sebbene più rare, le fratture facciali pediatriche sono associate a esiti peggiori se non opportunamente trattate o trattate chirurgicamente, come disturbi occlusali o asimmetrie facciali nel caso di fratture condilari mandibolari unilaterali (al contrario delle bilaterali), malocclusioni in traumi alveolo-dentari, asimmetrie facciali/occlusali in fratture mascellari.

(c) Can Stock Photo Inc. / Mik122

E' necessario però specificare che nei traumi pediatrici le indicazioni chirurgiche sono più limitate e l'atteggiamento è quindi generalmente conservativo, sia per la tipologia di frattura che si crea, sia per la capacità rigenerativa ed adattativa dell'organismo.
Nei pazienti adulti al contrario l'approccio è generalmente interventista, fatto salvo motivazioni quali controindicazioni di carattere generale all'intervento chirurgico, rifiuto del paziente, alcune tipologie di fratture composte/minimamente scomposte o assenza di alterazioni estetico-funzionali.

Scorrendo la letteratura scientifica al riguardo, non vi sono, come precedentemente asserito, dati univoci che correlino traumi, indicazioni chirurgiche, tecniche operatorie ed esiti estetico-funzionali. Generalmente vi è una frequenza di esiti negativi in follow-up a medio-lungo termine, da 4 mesi a 5 anni dall'intervento, variabile tra 10 – 40 per cento.
Tutto questo indipendentemente dalla sede di frattura ma dipendente invece, come è lecito aspettarsi, dal grado di comminuzione della frattura stessa o di compromissione dei tessuti molli. Gli esiti riscontrati differiscono ovviamente in rapporto alla struttura anatomica coinvolta: per i traumi orbitari si riscontra la persistenza di enoftalmo e più raramente la persistenza di diplopia o alterazioni cicatriziali; per i traumi mandibolari vi è presenza di difficoltà masticatorie o una franca malocclusione, più raramente una deviazione del mento; per i traumi mascellari una malocclusione; per le fratture del complesso orbito-zigomatico, le più frequenti del distretto facciale, si presenta un'asimmetria della dimensione trasversale del volto e più raramente difficoltà masticatorie o sensoriali.

CHIRURGIA DELLA MANO
LA SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

Il recupero è rapido: per attività manuali leggere di circa 15 giorni, per attività più pesanti di circa 30 giorni.

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

La Chirurgia della Mano rappresenta un ottimo respiro di chirurgia attuabile per la gran parte, grazie ai progressi della medicina e dell'organizzazione ospedaliera, in regime di Day Surgery o Ambulatoriale.
Molti interventi possono infatti essere eseguiti in anestesia locoregionale con tempi chirurgici e spesso di recupero, relativamente brevi.
La Sindrome del Tunnel Carpale (S.T.C.) rappresenta la patologia che più frequentemente viene trattata in regime ambulatoriale e anestesia locale. Essa è dovuta alla compressione del Nervo Mediano all'interno del canale osteofibroso carpale (tunnel), con un aumento della pressione al suo interno, causata da una tendinopatia dei tendini flessori delle dita su base prevalentemente degenerativo – meccanica. Colpisce di più la donna in età medio-avanzata e la popolazione diabetica. La sintomatologia è rappresentata dall'insorgenza di parestesie (formicolio) alle prime tre dita della mano e alla metà dell'anulare. Spesso vi è dolore locale ed irradiato, soprattutto notturno; nelle fasi più avanzate di sofferenza neurologica sono presenti ipoestesia e minor forza di presa di pollice indice con ipotrofia dell'eminenza tenar. La diagnosi è clinica, supportata dalla Elettromiografia che misura la velocità di conduzione del nervo Mediano. Naturalmente viene trattata chirurgicamente la parte del S.T.C. che non beneficia di cure farmacologiche: Antinfiammatori, neurotrofici quali l'acido alfa-lipoico e vitamina B, e terapie fisiche. L'intervento chirurgico dura pochi minuti, si esegue incidendo cute, sottocute e ligamento trasverso del carpo allo scopo di far diminuire la pressione intracanalare, si esegue poi un semplice bendaggio raccomandato al paziente il riposo segmentario. Il recupero è rapido: per attività manuali leggere di circa 15 giorni, per attività più pesanti di circa 30 giorni.
Esistono naturalmente altre patologie affrontabili con chirurgia: principalmente la tenosinovite stenosante dei flessori (dito a scatto), le cisti del carpo, le piccole cisti sinoviali della guaina dei flessori, i tumoretti "a cellule giganti" e la tendinite del primo canale degli estensori (De Quevain).
Per completare questa carrellata sintetica sulla mano si possono menzionare altre patologie che spesso beneficiano di trattamento, ma in anestesia di blocco ascellare a causa di una loro maggiore, seppur sempre bassa invasività del trattamento:

- La malattia di Dupuytren o retrazione dell'aponevrosi palmare, più spesso a carico della popolazione diabetica.
- L'artrosi trapezio-metacarpale o rizartrosi e comunque le patologie degenerative e reumatiche della mano ai vari livelli
- La Patologia traumatica sia ossea che articolare e tendinea

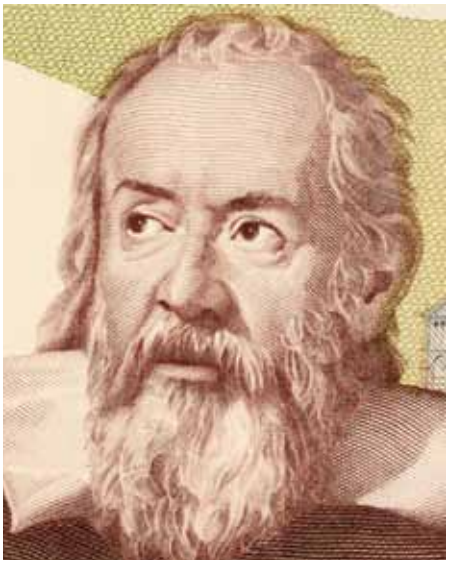
Per concludere vorrei affermare che anche in questo segmento di arte chirurgica i progressi in termini di organizzazione, essenzialità di trattamento e naturalmente buoni risultati, sono importanti.

La guarigione passa per la **relazione**

Il rapporto tra medico e paziente è fondamentale nella terapia e nella riabilitazione

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

La cultura scientifica occidentale ha condotto a immensi miglioramenti nelle condizioni di vita dell'essere umano e nel suo stare in società. Ma il rischio che si corre è quello di avere una fiducia cieca nella scienza che porti a dimenticare la dimensione emotiva e relazionale delle donne e degli uomini. Fiducia incondizionata che sfocia in un pragmatismo esasperato inducendo a "sostituire la tecnica strumentale alla metodologia e all'osservazione del malato, portando ad annichilire la personalità del medico", come già anticipò qualche decennio fa Luigi Condorelli, storico direttore dell'Istituto di clinica medica di Roma. Il rapporto che si instaura tra medico e paziente è determinante sull'efficacia della terapia: il paziente accetta più facilmente una cura che gli viene assegnata da un medico che dimostra di comprendere il suo stato e gli vuole spiegare cosa sta somministrando e perché. Questo vale sia per le terapie di breve durata, sia per quelle a lungo termine, sia per le fasi riabilitative. Il grado di adesione del paziente alle cure, la *compliance*, è strettamente legato alle dinamiche relazionali. Comprensione; modalità di comunicazione delle informazioni; qualità di interazione con lo staff. Tutte queste voci rispondono alle esigenze del paziente e ad esse si legano altri concetti che solo apparentemente esulano dal contesto medico-scientifico: ascolto attivo, osservazione, empatia e capacità comunicative. Questa è la strada che la medicina deve seguire: mantenere la sua scientificità e autorevolezza, ma stabilire una connessione con i pazienti. È chiaro che il rapporto di interazione che si instaura non è un rapporto alla pari, ma asimmetrico: una parte è portatrice di bisogni; l'altra di risposte e cure. Eppure è proprio questa asimmetria che favorisce l'adesione alla terapia e facilita la guarigione: il paziente si fida del medico, nella misura in cui egli riesce a mostrare la sua personalità e il suo lato umano. Fondamentale è la fase di ascolto attivo, che va ben oltre il semplice "sentire" ciò che il paziente dice. Significa prestare tutta la propria attenzione al paziente e alle sue problematiche e dare un *feedback* per far capire che si è veramente interessati. Il medico o il terapista, inoltre, deve imparare a comunicare e deve farlo non solo con il linguaggio verbale, ma con tutto ciò che trasmette messaggi al paziente: dal tono di voce alla gestualità, dall'abbigliamento allo sguardo. Tutti questi elementi "parlano" al paziente e anche da essi il paziente estrae le sue informazioni: decide se può avere fiducia, se ha bisogno di maggiori informazioni, se può aderire in maniera totale al percorso che il medico gli indica. Non è affatto difficile comprendere che, in un contesto in cui, come riporta Maurizio Regosa nel settimanale Vita, il dialogo tra il medico e il paziente dura in media 28 secondi, la strada da fare sia ancora tanta. Parafrasando Galileo Galilei si può dire "eppur qualcosa si muove". Alcune cose stanno cambiando: sta crescendo la consapevolezza dei medici e dei dirigenti delle strutture che il loro lavoro non sia pura scienza e che, per quanto i composti chimici siano determinanti, da soli non bastano. Serve anche l'umana vicinanza - bisogna amare i malati - dice Franco Mandelli, ematologo e presidente dell'AIL, associazione italiana contro le leucemie, linfomi e mieloma. Bisogna amare i malati, dunque, e stabilire una relazione costruttiva con loro.



© Can Stock Photo Inc. / GeorgiosArt

Un sogno diventato **realtà**

Dall'e-book al sesto posto nella classifica italiana degli scrittori più letti

di Giuliano **Pasini**

Non ricordo chi disse "Attento a cosa chiedi nelle preghiere, perché potresti ottenerlo", però aveva ragione. Per me la scrittura è sempre stata una passione. Ricordo la prima parola che ho scritto ("mela", la seconda è stata "pera". Non un grande sforzo creativo, lo ammetto). Da bambino, lasciavo i bigliettini a mia mamma. Da ragazzino facevo lo stesso con le fidanzatine. Da sempre c'erano storie che mi nascevano in testa, però non riuscivo a metterle su carta. Mi mancava la costanza per arrivare oltre pagina due. La tre era un'utopia. Superati i trent'anni, nella mia vita è entrata Sara, ora mia moglie. Il pezzo mancante, che mi ha permesso di trovare la forza di mettere la sveglia tutte le mattine alle cinque per scrivere le mie storie. Perché la scrittura è una passionaccia, ma dalle 8 in poi – a volte prima – inizia il lavoro vero, che dura fino alle 20 – a volte oltre. Così è nato il mio primo romanzo, La giustizia dei martiri, che è stato uno dei vincitori del torneo loscrittore del gruppo Mauri Spagnol (quello di Longanesi, Garzanti, Tea, Nord, Salani, ecc.). Ed eccomi entrato nel magico mondo dell'e-book che – a detta di tutti – tra dieci anni dominerà il mercato. Appunto: tra dieci anni. Dopo l'uscita, nella giornata: ore 5-7 passionaccia + 8-20 lavoro, ho aggiunto il turno: 21–24 vendita spazzole. Che fatica convincere amici e parenti a comprare un -e book! E spiegare come e perché questo o quel pc o tablet o e-reader non lo supporti. Comunque, nelle preghiere chiedevo che il romanzo andasse bene. Esaudito: restò per settimane nelle classifiche (numeri piccolissimi: il mercato varrà sì e no lo 0,5% dei libri cartacei) dietro bestelleristi seriali come Wilbur Smith. Ma nessuna delle case editrici del gruppo Mauri Spagnol pensò di pubblicarmi in cartaceo. Allora – dopo le doverose imprecazioni -mi sono messo a bussare alle porte degli editori. I più grandi, perché sognare in grande o in piccolo costa esattamente uguale. Nelle preghiere chiedevo che il mio romanzo piacesse. Su dieci invii, quattro risposero chiedendo il romanzo in lettura. Era maggio. A luglio mi chiamò Alfredo Lavarini, direttore editoriale della Fanucci. Ad agosto confermò l'intenzione di pubblicarmi, previo un "necessario editing". Parola magica. Nella mia testa di esordiente, si trattava di un processo alchemico in base alla quale un editor (a metà tra stregone e aruspice) avrebbe preso il mio testo grezzo e lo avrebbe trasformato in oro. Il lavoro con Alfredo Lavarini e Giovanna De Angelis – eccola, è l'editor! - è stato fondamentale: mi hanno indicato la via da seguire. Poi però la strada l'ho percorsa io, e per riuscire a stare nei tempi indicati l'ho fatto di corsa. L'obiettivo era troppo ghiotto: entrare nella nuova timeCRIME, la casa editrice dedicata al thriller e al giallo che Fanucci stava lanciando. Sarei stato l'unico esordiente e l'unico italiano. Quando mi ricapita? Pensavo. E nelle preghiere chiedevo di farcela. Il 5 gennaio 2012, a meno di un anno dall'uscita dell'e-book, lo stesso romanzo (editato, eccome!) con il titolo di Venti corpi nella neve è arrivato in libreria. Ed ecco che le mie preghiere sono state esaudite. È entrato subito nei primi venti della narrativa italiana, dove è rimasto per più di due mesi salendo fino al sesto posto. Recensioni stupefacenti dei critici. E ancor di più dei lettori. Quattro ristampe in pochi mesi, 31.000 copie di tiratura. Ci sono richieste di traduzione (con la Germania è già stato chiuso il contratto). Due case cinematografiche stanno valutando se farne un film. Come la vivo? Pensando di non essere quello il cui nome è in copertina. Anzi, invidiando quell'omonimo. E mentre cerco di convincermi che sia successo a me, sto molto attento a quel che chiedo nelle preghiere: non ci sono più ore dove infilare altre cose, per quanto belle.

I giovani e il lavoro
Un futuro da precari?

a cura di Margherita **De Nadai**
e Giuliano **Gargano**

Mandiamo i «bamboccioni fuori di casa», sintetizza con estrema brutalità e molta ironia Padoa-Schioppa nel corso dell'audizione davanti alle Commissioni Bilancio di Camera e Senato. Il ministro fa così riferimento alla norma che prevede agevolazioni sugli affitti per i più giovani. «Incentiviamo a uscire di casa i giovani che restano con i genitori, non si sposano e non diventano autonomi. È un'idea importante». Così, sulle pagine del Corriere della Sera dell'ottobre 2007, l'allora ministro Tommaso Padoa Schioppa parlava dei giovani che non riuscivano ad uscire di casa. Non molto diverso l'atteggiamento un po' snob con il quale, qualche settimana fa, il 38enne viceministro al Lavoro Michel Martone ha tacciato chi si ferma "più del dovuto" all'Università: «Dobbiamo dire ai nostri giovani che se a 28 anni non sei ancora laureato sei uno sfigato». A intervalli regolari, i giovani appaiono, agli occhi dei politici, bamboccioni o sfigati. Si tratta solo di provocazioni? O chi ci governa non conosce bene la situazione in cui versano gli under 30, e le difficoltà a trovare lavoro?

Il XIII Rapporto Almalaurea sulla condizione occupazionale dei laureati (redatto nel 2011 e riferito all'anno precedente) conferma un quadro occupazionale complessivamente in difficoltà. Aumenta ulteriormente la disoccupazione (seppure in misura inferiore rispetto all'anno passato) fra i laureati triennali (quelli cioè che conseguono la cosiddetta laurea breve): dal 15 al 16% (l'anno precedente l'incremento era stato prossimo ai 4 punti percentuali). La disoccupazione cresce anche fra i laureati specialistici biennali, quelli con un percorso di studi più lungo: dal 16 al 18% (la precedente rilevazione aveva evidenziato una crescita di oltre 5 punti percentuali). Ad un anno dall'acquisizione del titolo, diminuisce il lavoro stabile in misura superiore alla contrazione registrata l'anno precedente per i laureati di ogni livello. Contemporaneamente si dilata la consistenza del lavoro atipico. La stabilità riguarda così meno della metà dei laureati: il 46% dei laureati di primo livello e il 35% dei laureati magistrali (con una riduzione, in entrambi i casi, di 3 punti percentuali rispetto all'indagine 2009). Se il tasso di disoccupazione (riferito a gennaio 2012) in Italia è del 9,2% (in aumento dello 0,2% rispetto allo stesso mese dell'anno precedente), il dato sui disoccupati tra i 15 e i 24 anni tocca il 31,1% (più 0,1% rispetto al dicembre 2011). Vuol dire che un giovane su tre è senza lavoro.

(c) Can Stock Photo Inc. / Klementiev

Dopo la laurea, pensi che potrai fare un lavoro legato ai tuoi studi? E pensi di trovare subito lavoro?"

Il più ottimista è Enrico, un aspirante infermiere di 30 anni: "Sicuramente farò un lavoro legato ai miei studi, e penso proprio di trovarlo molto velocemente, finita l'università. Gli infermieri, in questo periodo, sono molto gettonati, sia nel settore pubblico che privato. C'è carenza di questa figura professionale e c'è molto bisogno anche di assistenza domiciliare". Ottimisti anche i futuri ingegneri civili Mario e Francesco, di 25 e 26 anni: "C'è molta richiesta di ingegneri e non crediamo di avere grossi problemi a trovare un lavoro "da ingegneri", una volta laureati". Della stessa positività, Andrea, 21 anni, che studia Scienze e tecnologie viticole ed enologiche: "Da come ci viene presentato, il mercato per noi futuri enologi e viticoltori è florido. Penso che nel giro di un anno non avrò difficoltà a trovare un lavoro nel settore per cui studio". Meno ottimista è Alessandra, 28 anni, laureanda in Giurisprudenza, che non crede di trovare un lavoro inerente ai suoi studi subito. Sulla stessa barca, Fabiana, 22 anni, che studia Psicologia: "Purtroppo vedo un immediato futuro cupo. Nel nostro settore si ha difficoltà perfino a trovare un tirocinio! Non so quanto ci metterò a trovare un lavoro retribuito, soprattutto nell'ambito per il quale sto studiando, però entro un anno spero di trovarlo". Pessimista, ma non troppo, Vanessa, 23 anni, studentessa di Comunicazione: "Tutto dipende da cosa vorrò fare. L'ambito della comunicazione è molto vasto, offre svariati scenari e sbocchi lavorativi, quindi – in teoria – da qualche parte un lavoro adeguato ai miei studi dovrei trovarlo. Specialmente nel settore del marketing, della pubblicità o delle relazioni pubbliche, se avrò fortuna. In quello dell'editoria, invece, le speranze sono molto poche. Lo stesso nel campo dei media".

Pianeta Giovani

E' la nuova sezione del sito www.nordestsanita.it, dedicata all'universo giovanile. Per tutto marzo e aprile abbiamo pubblicato una inchiesta (che ha avuto più di mille lettori online) su università e lavoro. In queste pagine una sintesi degli interventi. Il resto lo trovate on-line. La prossima inchiesta sarà dedicata al rapporto tra i giovani e la sessualità.

"Dopo la laurea, pensi che cercherai lavoro in Italia o credi che farai un'esperienza all'estero?"

Alessandra, 28 anni, che studia Giurisprudenza, vede l'estero come "l'ultima spiaggia": "Io vorrei rimanere in Italia. Prima provo a trovare un lavoro qui, poi, se non trovassi niente, allora penserei all'estero". Della stessa idea Vanessa, 23 anni, studentessa di Comunicazione: "Andare all'estero la vedrei come una costrizione, un'opzione di riserva se non vedessi la mia realizzazione qui. A casa mia, sto così bene, dopotutto...". Francesco, 26 anni e studente d'ingegneria, non è contrario ma "solo per un breve periodo, ad esempio un anno, per fare esperienza. E comunque, al momento, per questioni familiari, preferisco rimanere nei paraggi". Lorenzo, 24 anni, studente d'informatica: "Non escludo di cercare lavoro in Europa per vari motivi: per avere visioni diverse e soprattutto perché qui, in Italia, nel mio settore non ci sono molte opportunità".

Ti sentiresti uno "sfigato" se a 28 anni ti dovessi ancora laureare?

Fortunatamente nessuno dei nostri ragazzi si è intimorito e abbiamo ricevuto un bel carico di risposte sincere e vissute. Rompe il ghiaccio Enrico. Lui ha 30 anni, ha cominciato a studiare Infermieristica proprio a 28 anni ed è perfettamente in corso. "Mi sento in colpa per aver posticipato l'inizio dell'università, ma al Sud – da dove io provengo – se non hai i soldi, non puoi studiare. Inviterei il viceministro Martone a fare un giretto a Palermo, prima di emettere certe sentenze...". Alessandra, invece, ha proprio 28 anni e si sta laureando in Giurisprudenza. "Sono decisamente fuori corso e un po' "sfigata" mi sento perché stare per dieci anni all'università non è bello, è da vergognarsi. Ma io mi sono sempre impegnata e in tutti questi anni ho anche lavorato, quindi ho fatto del mio meglio". Mario e Francesco, hanno 25 e 26 anni, studiano ingegneria e sono fuori corso di un paio di anni. Contano di laurearsi entro l'anno prossimo. Mario commenta: "Se mi capitasse di essere ancora all'università a 28 anni mi sentirei "sfortunato", ma non "sfigato", perché mi sono sempre impegnato e significherebbe che mi sono andati male parecchi esami. E comunque dipende dalla facoltà: a medicina o a ingegneria è facile a 28 anni essere ancora studente universitario... Ad un corso di laurea umanistico, invece, molto meno".

(c) Can Stock Photo Inc. / kadmy

Il servizio Placement di Ca' Foscari

Ca' Foscari cerca di favorire l'incontro tra laureati e mondo del lavoro. E i risultati si vedono: in un anno le richieste delle aziende salgono del 66%. Si tratta del servizio "Placement", un servizio "che abbiamo attivato per supportare i nostri laureati anche nel percorso verso il mondo del lavoro", spiega il rettore Carlo Carraro. Ecco come funziona: l'ateneo veneziano raccoglie i curricula degli studenti che ne fanno richiesta e li mette a disposizione di aziende pre accreditate e alla ricerca di personale qualificato. "È uno sforzo in più per la nostra struttura organizzativa – aggiunge Carraro - ma i risultati ripagano del lavoro fatto". Vediamo allora quali sono i numeri: nel 2011, attraverso il servizio di Placement, sono state presentate 367 domande di neo laureati. Il servizio raccoglie le richieste, così come raccoglie le candidature dei neo laureati per questo o quel posto e li mette in contatto con le aziende. Periodicamente chiede un feedback alle imprese per sapere se rispetto a una determinata offerta di lavoro, è stata portata a termine un'assunzione e se questa assunzione ha riguardato un laureato di Ca' Foscari. Dall'analisi delle tendenze registrate nel 2011 emerge una crescita di oltre il 66% nelle offerte di lavoro pervenute al Servizio Placement di Ca' Foscari e più in generale del 58% se si considera il numero assoluto di posizioni "richieste" dalle imprese: i posti complessivi sono passati dai 275 del 2010 ai 435 del 2011. I laureati in informatica e quelli di area economica sono quelli più richiesti, seguiti da quelli dell'area linguistica. Ma c'è grande attenzione da parte delle aziende anche per figure come quelle del commerciale Italia e commerciale estero, dell'assistente di direzione, del consulente assicurativo, del controller, del corporate finance junior analyst, dell'export manager e dell'assistente revisore contabile.

tipolito MODERNA industria grafica

STAMPATI COMMERCIALI
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

L'amore ai tempi dei **social network** (e del precariato!)

Dall'incontro in piazza raccontato dai nonni a quello in Facebook dei ventenni di oggi

di Margherita **De Nadai**

Da gran romanticona, se c'è qualcosa che ho sempre ascoltato molto volentieri, sono le storie raccontate dai "nonni" su come e dove hanno conosciuto l'amore della propria vita. Giuro, ogni volta potrei stare incantata per ore. Ci si innamorava tra i banchi della chiesa e della scuola, o ancora nella piazza del paese: spesso, infatti, accadeva tutto nel raggio di un chilometro, entro le mura del proprio luogo di nascita. E via con lettere d'amore, corteggiamenti in bicicletta e serenate (se un ragazzo osasse farle al giorno d'oggi, verrebbe denunciato per disturbo della quiete pubblica dai vicini fastidiosi dell'amata, o dalla corteggiata stessa!). A 20 anni (o anche prima) si costruiva casa, ci si sposava, un anno dopo cominciavano a nascere i figli e poi… beh, vissero per sempre felici e contenti. Sì, per sempre (sospiro trasognato). Poi penso all'amore oggi e improvvisamente vengo assalita da un flash. Un flash decisamente allarmante. Vedo un mio eventuale futuro figlio che con occhi ingenui e sognanti mi chiede: "Mamma, come vi siete conosciuti tu e il papà?". Ebbene, ho il terrore di quello che potrei rispondergli. "Tesoro, la tua mamma e il tuo papà si sono conosciuti su… Facebook". "Che cos'è Facebook?". "Tesoro, Facebook è una piazza virtuale che andava di moda tanti anni fa! Quando sarai grande capirai". Sì, sempre di una piazza si tratta. Ma non quella del paese in cui si è nati. Una piazza che ti permette di trovare la tua anima gemella anche se essa vive a 1000 km di distanza e non l'hai mai vista prima. Il corteggiamento via chat: la freccia di Cupido ti colpisce via cavo (o via wi-fi), ci si innamora platonicamente, poi finalmente un appuntamento al buio e via dicendo. Le serenate di ieri sono le discoteche e i pub con la musica tormentante di oggi. Le lettere scritte a mano a base d'inchiostro, lacrime e amore, sono le favolose e-mail che arrivano in tempo reale. E le telefonate fiume di un tempo, al fisso di casa, con la tremarella che risponda il pater familias? Niente più ansia, si può dire "T.v.b" (Ti Voglio Bene) o "T.a.t" (Ti Amo Tanto) con un semplice e pratico sms, direttamente al numero dell'amato. Che innovazione! Se una volta per vedersi bastava cavalcare la bicicletta (no, non scomodiamo il cavallo bianco, dai!) e svoltare l'angolo, ora ci sono le relazioni a distanza che vivono grazie a Skype. Il primo fidanzato, poi, rimaneva anche l'unico, fino a diventare marito. Ora, prima di trovare "quello giusto", si prova e se poi non va, allora si cambia: l'amore, grazie al cielo, ha un certificato di garanzia. E si costruisce famiglia dopo anni e anni di fidanzamento, la casa arriverà, prima o poi, solo quando sarà arrivato il lavoro. Cosa racconteremo nel futuro, dunque, noi giovani, dei nostri amori ai tempi della rete e del precariato? "Io e il tuo papà ci siamo conosciuti in Internet, poi, siccome il tuo papà ha lavorato per tanti anni all'estero perché qui c'era crisi, ogni sera ci telefonavamo su Skype e un fine settimana al mese ci vedevamo. Quando siamo riusciti a mettere via qualche soldino, abbiamo preso una casa in affitto e a 40 anni, finalmente, abbiamo aperto un mutuo e ci siamo sposati". No. Non voglio questo! Se un ragazzo vuole farmi una serenata, giuro che non lo denuncio. Se vuole consegnarmi una lettera, non verrà azzannato da nessun cane di guardia. E se vuole telefonarmi a casa, mio padre risponde in modo cordiale più o meno a tutti, a meno che non esordisca offrendoci una promozione tariffaria.

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

Per ridare **ossigeno al mondo cinematografico**, bisogna puntare sul federalismo

Intervista al medico regista Emilio Briguglio

di Silvia **Gorgi**

Una carriera insolita come regista quella del padovano Emilio Briguglio. Da anni medico primario presso l'Ulss 15, negli ultimi tempi ha affiancato alla sua professione, con risultati da subito qualitativamente interessanti, quella di regista-attore.
Attore in teatro con la Compagnia Sperimentale Errante seguita registicamente da Roberto Citran (Coppa Volpi" per "Il Toro" di Mazzacurati); coregista e sceneggiatore di un'opera prima, "L'Appello"- film sul disagio giovanile che sfocia in episodi di bullismo – con cui ha ottenuto quattro riconoscimenti internazionali in Bolivia, Alaska, Mexico, Cile, ed una selezione in Ohio; regista e sceneggiatore del documentario biografico, sua seconda opera, "Gitta Schilling - Bellezza senza tempo". Gitta è stata una mannequin tedesca, volto copertina fra il '58 e il '64 di riviste come Vogue, Harper's Bazaar, Madame. Riscoperta da Briguglio a Gallio dove, da anni, Gitta, che oggi ha 76 anni, si è ritirata. Il documentario, presentato a settembre 2010 nello spazio della Regione nel corso della 67° edizione della Mostra del Cinema di Venezia, a marzo 2011 è stato proiettato insieme ad una mostra fotografica nella importante galleria d'arte contemporanea a Berlino, Infantellina Contemporary di Charlotte Infantellina Stein. Incontriamo il regista:

Nella sua carriera lavorativa convivono due anime, apparentemente distanti, visto che lei è un medico-primario, oggi di cure primarie, in passato di pronto soccorso, e un regista-attore-chitarrista. L'una alimenta l'altra?
Direi di sì, è una catena. In qualsiasi mestiere è importante mettere la passione, mettersi in gioco e dare tutto se stesso. Bisogna essere umili e imparare da

tutti. La medicina non lascia spazio alla fantasia. I pazienti non sono tutti uguali e qualche caso clinico ci può incuriosire e stimolare; ma la quotidianità, la routine, la burocrazia e talvolta le ambizioni sfrenate di carriera ci fanno sparire qualsiasi fantasia. Fare cinema, così come lo scrittore, lo storico o il pittore, consente di spaziare, di evadere, di cambiare rotta, se necessario. Si può mettere a disposizione di tanta gente la propria esperienza e sensibilità. Dino Risi, Enzo Jannacci son esempi di medici-artisti; ma esistono tanti altri personaggi meno illustri.

Nei suoi progetti lei ha trattato il disagio giovanile, i rischi di disturbi alimentari legati ad un ideale di bellezza; da questo punto di vista il legame con la sua professione di medico risulta più evidente.

Certo. Il fatto di essere venuto a contatto nella pratica medica con realtà diverse e casi umani di svariato genere, mi ha dato l'esperienza necessaria per affrontare certi temi. Noi medici tendiamo, però, a essere troppo settoriali o tecnici in molte cose. Nel cinema e anche nel teatro si deve lasciare spazio alla propria esperienza, ma anche ai pareri altrui. Mi spiego con un esempio. Il film "Mare dentro", un capolavoro di Alejandro Amenàbar, uscito nel 2004, ha fatto molto scalpore soprattutto per l'argomento trattato. E' la storia vera di un paziente tetraplegico, interpretato da un grande Javier Bardem, che voleva morire e che ci è riuscito in qualche modo. Il film tratta, quindi, un tema delicato come l'eutanasia. Amenàbar allora era un regista prodigio di 28 anni che immagino si sia avvalso di illustri consulenti per la delicatezza del tema. Io sono avvantaggiato essendo consulente di me stesso, ma per evitare la settorializzazione del mio pensiero, ho bisogno di pareri di altre persone, anche di gente comune. Nei miei progetti futuri desidero anche allontanarmi da questi aspetti anche se, qualche tempo fa, mi è stato proposto come soggetto la vita di un medico molto noto vissuto nel 1600. Vedremo.

Quali caratteristiche pensa siano fondamentali per emergere nelle professioni che svolge?

Tenacia, passione, poi direi tener bene a mente che nulla è regalato in qualsiasi tipo di lavoro.

Ci può anticipare qualche notizia sul nuovo lavoro che ha appena finito come regista "Voci della ribalta- We are here"?

In collaborazione con l'Ulss 15 ho seguito il progetto europeo "We are here". Per la parte italiana abbiamo prodotto sei video-ritratti di ragazzi con diverse problematicità. Questi portraits sono poi divenuti un vero e proprio documentario, "Voci della Ribalta", che presenteremo ai festival. Come sceneggiatore sto lavorando ad una docu–fiction sui due periodi di Hemingway in Veneto, cioè la prima guerra mondiale e dal 1948.

Il "sistema cinema" in Italia, come tutto il sistema cultura è in difficoltà da sempre, cosa per lei andrebbe mutato in questo meccanismo per rendere questo circuito produttivo al pari degli altri?

Andrebbe decentrato. Il cinema è Roma e Roma è ancora il cinema. Le varie Film Commission regionali si stanno attivando al meglio, ma dovrebbe esserci un "federalismo" cinematografico perché le cose andassero bene. Inoltre i privati, ora che ci sono sgravi fiscali per chi investe nel cinema come la tax credit esterna, dovrebbero avere più fiducia nell'industria del cinema.

3B IMPIANTI srl

I NOSTRI SETTORI

Impianti Idrotermo Sanitari
Antincendio
Condizionamento
Impianti Solari e Geotermico
Manutenzione e Assistenza

DI COSA CI OCCUPIAMO

Progettazione, Installazione, Manutenzione anche programmata, analisi dello stato di efficenza degli impianti, verifica di rispondenza alle normative vigenti e proposta di soluzioni per l'adeguamento.

SETTORI ATTIVI

pubblico, civile, industriale, commerciale, terziario in genere

Viale Portogallo 1/F
35020 Ponte San Nicolò (Padova)
Tel: 0498961795, Fax: 0498967844
Sito Internet: www.3bimpianti.it
mail: 3b@3bimpianti.it

ISO 9001

CQOP SOA
Costruttori Qualificati Opere Pubbliche

La **pastiera** napoletana

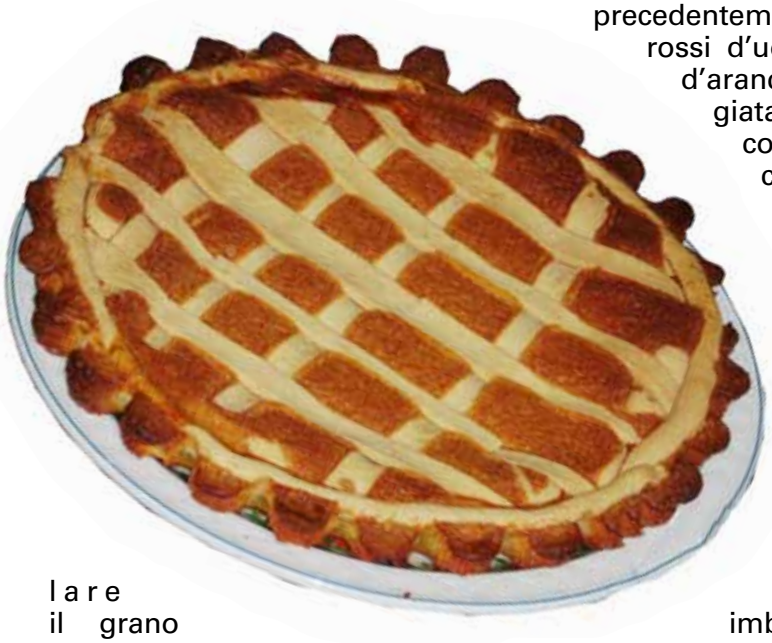
Un dolce che appartiene alla tradizione pasquale, ma che può essere gustato in qualsiasi momento dell'anno

di Maria Stella **Zaia**

È da poco passata la Pasqua e un ottimo dolce, anche se non di provenienza veneta, è la Pastiera Napoletana che oltre ad essere buono ha anche la bella caratteristica di dover essere preparato almeno tre giorni prima di essere consumato. Questo significa che il Giovedì Santo a Napoli tutti preparano la Pastiera, e la città è invasa dal sublime profumo dei fiori d'arancio coniugato con quello della ricotta e delle uova simboli entrambi dell'apertura di una nuova stagione di rinascita. La ricetta che vi passo é per 500 gr di pasta frolla, cioè la quantità giusta per preparare due dolci da 26 cm di diametro e per poter accontentare oltre 20 persone.

Ingredienti Frolla:
500 gr di farina 00, 200 gr di strutto (200 gr di burro, o metà burro e frolla), 3 uova, 150 gr di zucchero, 1 pizzico di cannella, la buccia grattugiata di un limone e di un'arancia, 30 gr di aroma all'acqua di fiore di arancio, 1 pizzico di sale. Di solito uso l'impastatrice e miscelo tutti gli ingredienti sino a che non si forma una palla che metto a riposare avvolta nella pellicola alimentare nella parte più fredda del frigo, e la lascio riposare almeno 45 minuti. Per chi non avesse l'impastatrice proceda come di consueto.

Ingredienti Ripieno:
1 barattolo di grano già ammollato, si trova in qualsiasi supermercato (oppure se si ha tempo e pazienza mette ad ammollare il grano per 3 giorni cambiando spesso l'acqua e una volta passato il tempo canonico fa bollire il grano in mezzo litro di latte aromatizzato con un baccello di vaniglia ed una scorza di limone), 500 gr di ricotta di pecora o romana, 400 gr di zucchero, 6 uova, separando i tuorli dai bianchi, 120 gr di canditi, o macedonia di canditi mista o canditi di arancia cedro e ciliegine (il tutto ridotto in piccoli quadratini), 50 gr di acqua ai fiori di arancio, un baccello di vaniglia (o 2 bustine di vanillina), mezzo litro di latte.



Procedimento:
Cuocere a fuoco lento il latte con il grano, la scorza di limone e la vaniglia per circa trenta minuti o almeno fino a quando tutto il latte verrà assorbito e la preparazione avrà assunto un aspetto cremoso e lasciar raffreddare completamente. Nel frattempo lavorare con le fruste elettriche o con il cucchiaio di legno la ricotta sino a renderla cremosa e senza grumi, aggiungere quindi lo zucchero precedentemente montato con i rossi d'uovo, l'acqua di fiori d'arancio, la buccia grattugiata dei limoni, il grano cotto in precedenza, i canditi e per ultimi gli albumi d'uovo montati a neve ben ferma. Mescolare dolcemente per non far smontare il composto. A questo punto stendere la pasta (metà di quella preparata) e foderare una tortiera a cerniera precedentemente imburrata e cosparsa di un velo di farina. Aggiungere il ripieno e con un po' di pasta fare tante strisce regolari da mettere sopra il ripieno (ricavando il disegno di una rete o di una griglia). Mettere in forno cuocendo la torta per un'ora, un'ora e venti a 130 - 140 gradi. La pastiera è pronta quando assume un bel colore dorato e inserendovi uno stecchino di legno lo si ritira asciutto. Si lascia riposare il dolce in forno spento e porta aperta sino a quando non si è raffreddato completamente, si spolvera con zucchero a velo e si attende almeno un paio di giorni prima di consumarlo per permettere a tutti gli ingredienti di fondersi armoniosamente.
Buon appetito!

Il privilegio di avere 40 anni

L'ultima generazione con il posto fisso

di Antonella **Prigioni**

Quando dico che ho un contratto a tempo indeterminato, che ho quell'agognato posto fisso, tutti i miei sforzi di tenere botta all'avanzare dell'età vanno in fumo. Sedute metodiche dal parrucchiere per combattere l'insidia dei capelli grigi, appuntamenti sfiancanti dall'estetista per camuffare le rughe di un viso di una donna "anta", una vita sana, senza fumo, alcol e ore piccole, scompaiono di fronte a quel contratto di lavoro che, impietoso, denuncia i miei anni. E visto come se la passano i giovani oggi, capisco che aver superato i quaranta è un gran colpo di fortuna. E che quel contratto devo tenermelo caro, è stata una delle mie più audaci conquiste. Non posso fare a meno di contrariarmi quando assisto al dibattito vuoto ed ideologico che accompagna il tentativo di riformare il lavoro nel nostro Paese. L' art. 18 è l'unico vessillo sbandierato dagli uni contro gli altri armati, un governo tecnico che non ha il pregio della comunicazione e il difetto dell'imposizione e le forze sindacali per le quali cedere all'abolizione di quel comma significa abdicare alla propria funzione. Il sindacato nasce per salvaguardare il diritto al lavoro, peccato che al popolo di precari, ai destinatari di contratti flessibili o meglio capestro, ai dipendenti delle migliaia di imprese con meno di quindici persone, ai liberi professionisti con redditi da fame, i sindacati non ci pensino o non ci abbiano mai pensato. Nemmeno al momento del braccio di ferro con la squadra del professore della Bocconi e con il ministro dalle lacrime facili e dalla passione per le belle scarpe. I giovani chiedono, con sacrosanto diritto, la possibilità di costruirsi un futuro, chiedono di essere assunti non di non essere licenziati. E' una pretesa non contemplata da chi non sa cosa farà da grande ed è già grande. E all'improvviso, la mia tintura dei capelli diventa un privilegio....

DYN'ART.it

... dopo la Hilterapia®

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 E RIVOLGITI A UN CENTRO SPECIALIZZATO HILTERAPIA® **www.hilterapia.it**

Pubblicità - Aprile 2012
Gruppo Bancario Monte dei Paschi di Siena - Codice Banca 05040.1 - Codice Gruppo 1030.6

AXA MPS
ridefiniamo
la protezione in banca

AXA MPS Valore Autonomia
per proteggere la tua indipendenza e vivere meglio il tuo domani

AXA MPS Valore Autonomia ti aiuta ad affrontare più serenamente i rischi legati all'avanzare dell'età e in particolare l'eventualità di perdere la tua autosufficienza, in qualsiasi momento essa si verifichi. Versando un premio mensile, fiscalmente detraibile, ti assicuri una rendita mensile certa su cui potrai contare per vivere più serenamente il tuo domani.

ANTONVENETA
GRUPPOMONTEPASCHI
www.antonveneta.it

Messaggio promozionale. Prima dell'adesione leggere la nota informativa e le condizioni di polizza (contenute nel fascicolo informativo) e compilare il Questionario sullo stato di salute, disponibili in filiale oppure sul sito www.axa-mps.it. La collocazione del prodotto è sottoposta alla valutazione di appropriatezza o adeguatezza prevista dalla normativa vigente.