PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **4**, numero **3**
Giugno / luglio 2011
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

Mobilità e salute: che aria respiriamo?

www.nordestsanita.it

▶ ASL VENETE

Tappa all'Ulss 7 Pieve di Soligo

▶ FOCUS

L'organizzazione sanitaria per intensità di cura

▶ MINI-FOCUS

Apparato locomotore: la terapia a onde d'urto

Lovia
Dedicata a chi ti vuole bene

Il bene più prezioso? Le persone che ami

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

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

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

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

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

Allianz Lloyd Adriatico

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

Allianz Lloyd Adriatico

Sommario

NES - Nord Est Sanità Anno **4,** numero **3** - **giugno / luglio 2011**

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio (caraccio@gvdr.it)

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

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

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

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

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

Raccolta file per pubblicità
grafica@nordestsanita.it

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

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

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

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

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

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

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 25.000 copie

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

Chiuso in redazione il 6 giugno 2011

Finito di stampare e distribuito nel mese di giugno 2011

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. La presente rivista è un free-magazine distribuito gratuitamente presso le Strutture Sanitarie aderenti all'iniziativa; i nominativi dell'indirizzario in nostro possesso potranno essere utilizzati, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre comunicazioni inerenti la stessa pubblicazione. Ai sensi della legge 196/2003 è nel vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione. Gli eventuali prezzi o nomi di prodotti segnalati sono riportati senza responsabilità a puro titolo informativo come servizio per i lettori.

EDITORIALE
Quale futuro per le strutture sanitarie? 3

PRIMO PIANO: MOBILITÀ E SALUTE
Chisso: sazieremo la fame di infrastrutture del Nordest 4
Tav, il dilemma sul tracciato 9
Padova e Venezia salgono sul tram 11
La nostra aria? Meno peggio di quello che si pensi. Ma attenzione al Pm10 12
Il Pm10 fa male, ma quanto non si sa 14

VIAGGIO NELLE ASL: ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO
Potenziare il territorio: "mission possible" entro il 2012 16

FOCUS: L'ORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ
L'ospedale a misura d'uomo 18
Il Progetto del Dipartimento di Medicina e Riabilitazione di Feltre 23
Trasformare un incarico in una rivoluzione dell'approccio alla cura 24

MINI-FOCUS: LE ONDE D'URTO
L'efficacia della terapia a onde d'urto nelle patologie dell'apparato locomotore 28
Le patologie da trattare con la terapia a onde d'urto 30

SANITÀ, SALUTE E MEDICINA
Nasce "Salute per il Veneto", il nuovo sistema di prenotazione on-line 32
I disturbi del linguaggio nel bambino 34
Grazie ai veneti che hanno dato il 5 per mille allo IOV 36
Con il nuovo Piano socio-sanitario stop alle fughe verso altre regioni 37
Con i sindaci protagonisti la musica può cambiare 38
Farmacie multiservizio: chiediamo il gradimento della gente 39
Bilancio sociale di Antonveneta, un anno di impegno per il territorio 40
Decreto farmacie, FederAnisap al Tar contro il Ministero della Salute 41
La crisi delle aziende ortopediche è reale 42
Gvdr presenta il proprio Bilancio Sociale 2011 43
Diagnostica per immagini e amianto 46
La disfagia orofaringea 47
È Tullio Pozzan, direttore del VIMM, il migliore scienziato di Padova 48
Multidisciplina Ironman, infortuni e Hilterapia® 50
Human Tecar® nel trattamento delle lesioni muscolari 52
I sarcomi delle parti molli 54
La Crioablazione nel trattamento delle masse renali 55
Orthomedica: un connubio tra ortopedia e sport 56
Alla ricerca della diagnosi precoce: il caso delle nefropatie croniche 57
Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie 58

ATTUALITÀ
Diamo valore alla trasparenza 60
La giustizia dei martiri 61
La mostra impossibile 62
Le marmellate di giugno 64

SSSsssst!

Il riposo fa bene al sapore.

Stagionato da 9 a 15 mesi

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

Stagionato oltre 16 mesi

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

Stagionato oltre 20 mesi

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

Grana Padano, tre stagionature, tre sapori.

Consorzio Tutela Grana Padano

Quale futuro per le strutture sanitarie?

Giuseppe Caraccio, direttore editoriale di NES

Volevo soffermarmi su una notizia che a prima vista dà l'impressione di interessare solo gli addetti ai lavori, ma che a mio parere, avrà un peso importante anche nella vita di tutti i cittadini.
È stato promulgato un nuovo decreto legge dal Ministero della Salute che permette alle farmacie di poter erogare prestazioni sanitarie sia di assistenza infermieristica, sia di pertinenza della figura del fisioterapista, con oneri a carico dello Stato, fermo restando il rispetto dei limiti essenziali di assistenza in vigore per ogni Regione. Questo significa che fra non molto tempo ci recheremo in farmacia non solo per comperare le medicine ma anche per farci fare i prelievi, le medicazioni e la riabilitazione. Il tutto sotto la supervisione del farmacista che avrà preso con una fava due pillole, volevo dire due lauree, quella di farmacista e quella di medico con annesse specialità di fisiatria e di medicina di laboratorio. In alcune grandi città le farmacie sono diventate dei grandi supermercati della salute, che ora potranno offrire anche servizi sanitari ambulatoriali. Ritengo ingiusto che figure diverse da quella del medico assumano compiti che non appartengono alla loro formazione clinica e al loro know-how scientifico. È miope che il legislatore una volta di più in questo Decreto Legge, non abbia considerato il ruolo delle strutture sanitarie ambulatoriali, che nel territorio e da sempre al fianco del Sistema Sanitario costituiscono uno dei pilastri della sanità, offrendo personale medico e qualità del servizio alla comunità costituendo un importante valore aggiunto. Superficialmente più competitori dovrebbero dare una maggiore concorrenza e quindi migliore qualità ad un prezzo più basso, ma ovviamente non è così poiché la prima cosa che sarebbe deficitaria sarebbe la qualità. È come se io, medico, pretendessi di fare il farmacista e di mettere insieme preparati galenici o farmaci. La qualità non potrebbe altro che peggiorare, finiremmo per avere tanti punti di erogazione sanitaria, senza una massa critica di prestazioni a garanzia di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

Chisso: sazieremo la fame di infrastrutture del Nordest

Dobbiamo "accelerare" per recuperare il gap esistente con il resto d'Europa

In principio fu il Passante di Mestre, "un pezzettino di questo grande puzzle che compone il quadro infrastrutturale europeo". Poi verranno la terza corsia dell'autostrada, la Pedemontana, la TAV, le tangenziali di Verona…

Mentre elenca le opere in programma e le traccia con un dito su una grande mappa della regione, sembra quasi che Renato Chisso, assessore regionale alla Mobilità e alle Infrastrutture della Regione Veneto, le veda già.

«In effetti – spiega – possiamo guardare con fiducia al futuro perché abbiamo programmato bene negli scorsi anni».

Ma cominciamo da questa fame di infrastrutture: sembra che il Veneto non sia mai sazio.

Bisogna fare una premessa, che spiega questa grande necessità di infrastrutture per il nostro territorio. Le regioni del Nord-Est

di **Giuliano Gargano**

> Bisogna far fronte ai problemi, girarci attorno non ci porta a nulla

Qui sopra, l'ass. Chisso in un cantiere del Passante.

stanno conoscendo in questi ultimi anni una rinnovata centralità geo-economica nelle relazioni con i Paesi dell'Europa dell'Est e con quelli della costa meridionale del Mediterraneo. Questo nuovo aspetto determina importanti conseguenze sull'economia e sul sistema dei trasporti rendendo i nostri territori, oltre che oggetto di crescenti flussi di scambio, anche importanti luoghi di transito.

Purtroppo a queste trasformazioni non è seguito un parallelo processo di potenziamento delle reti di collegamento e di infrastrutture. Tutto questo nonostante l'area delle regioni del Nord-Est siano passate da aree di attraversamento di mobilità interna ad aree di transito da est ad ovest dalla penisola iberica fino all'Asia. I mancati interventi hanno fatto si che oggi si debba operare in una condizione "quasi" di emergenza, che ci costringe ad "accelerare" per cercare di recuperare il gap esistente con altre regioni d'Europa.

Quali sono le direttrici principali che passano per il Veneto?

L'abbattimento del muro di Berlino ha di fatto aperto vie e mercati fino a qualche tempo fa impensabili. La conseguenza è stata che le Regioni del Nord-Est abbiano ulteriormente rafforzato la propria centralità nello schema spaziale europeo, affiancando, al tradizionale rapporto con le regioni transalpine, una naturale proiezione ed interazione verso est, senza dimenticare l'asse che da sud arriva fino ai porti del baltico. Questa particolare collocazione geografica ha fatto sì che il Veneto fosse una (se non l'unica) area interessata a ben tre

Chi è Renato Chisso

Renato Chisso è nato il 28 luglio 1954 a Quarto d'Altino, è sposato ed ha una figlia. È stato assessore nel Comune di Venezia dal 1990 al 1993. Nel 1995 viene eletto per la prima volta consigliere regionale nelle liste di Forza Italia. Rieletto nel 2000, diventa assessore alla mobilità e all'ambiente. Confermato dalle urne anche nel 2005, è stato assessore alle politiche della mobilità e agli investimenti strategici. Nelle elezioni del 2010 è stato il candidato più votato della provincia di Venezia, nelle liste del Pdl.

Corridoi multimodali: il Corridoio V (Kiev-Lisbona); il Corridoio I (Berlino-Palermo) e infine il Corridoio Tirreno-Adriatico. Stiamo parlando non di una semplice linea infrastrutturale, ma di un fascio di molteplici infrastrutture lineari e puntuali: autostrade, viabilità principale, ferrovie per merci e persone, porti, interporti e aeroporti, una complementare all'altra. Perché senza una grande autostrada di collegamento sarebbe impensabile pensare a porti efficienti e senza interporti di valenza europea sarebbe assurdo pensare di avere una ferrovia in grado di accogliere un numero di merci in grado di disintasare le strade e di fronteggiare una concorrenza sempre più agguerrita.

Realizzare queste opere però costa...

Effettivamente c'è un momento di grande difficoltà per quanto riguarda le opere pubbliche, la Legge di Stabilità ha ridotto le risorse finanziarie per nuove infrastrutture. Il grosso nodo è rappresentato dalle opere ferroviarie, per le quali non c'è la possibilità di far intervenire i privati. Per le infrastrutture stradali il meccanismo del project financing consente di superare questa mancanza di fondi pubblici. Del resto bisogna far fronte ai problemi, girarci attorno non ci porta a nulla, restare fermi ad aspettare finanziamenti dal pubblico vuol dire fermare l'attività. Noi non possiamo permettercelo.

Effettivamente anche il Passante di Mestre è stato realizzato con il project financing.

È stato una prova di project financing importante, così come l'ospedale di Mestre. Sono solo due esempi. L'elenco completo è corposo, ambizioso ma non casuale. Come dicevo, è frutto di una lunga programmazione che parte dalle giunte precedenti. Si tratta di infrastrutture per 50 miliardi di euro, di cui 28 già a disposizione. Sono dati del programma infrastrutture presentate al Cipe a fine anno.

Proviamo a fare una fotografia del Veneto tra qualche anno.

La Terza corsia sull'A4 Venezia-Trieste, innanzitutto. Sono partiti i lavori per la realizzazione del Casello di Meolo e del tratto tra Quarto d'Altino a San Donà di Piave. Restando nell'area tra il nuovo casello di Meolo verrà realizzato un collegamento autostradale fino a Jesolo; stessa cosa tra Alvisopoli e Bibione. In questo modo il sistema turistico del litorale veneto è servito e dunque pronto a vincere la sfida del turismo di qualità. Poi c'è la Pedemontana Veneta necessaria a rafforzare il sistema infrastrutturale regionale lungo l'asse est-ovest del Corridoio V. Da ricordare anche l'ammodernamento della SS 47 (Valsugana) che va adeguata a 4 corsie per migliorare la fluidità del traffico tra la pianura veneta centrale e Trento. Spostandoci più ad Ovest il nuovo sistema delle tangenziali venete da Verona fino a Padova passando per Vicenza. Così come il grande raccordo anulare di Padova e la Nogara-Mare e la nuova Romea. Ed è di pochi giorni fa la decisione di creare uno svincolo del Passante (verso Venezia) al casello di Roncoduro, a Dolo. Saranno opere che verranno realizzare senza finanziamento (o quasi) pubblico. Ovviamente nelle proposte chiediamo che la popolazione interessata sia esentata, a seconda del caso,

Qui sopra, un tratto della tangenziale di Mestre. Nella pagina accanto, una fase dei lavori del Passante. A destra, la mappa delle infrastrutture previste.

dal pagamento del transito. Non ci sono alternative in un momento così delicato, dal punto di vista finanziario, per le casse dello Stato. Ci sono altre Regioni che preferiscono aspettare che qualcosa arrivi e non procedono, noi abbiamo scelto una strada diversa.

Non tutte le opere però vengono accolte con favore dalla popolazione. Sulla Tav, di cui parliamo diffusamente in un altro articolo, ci sono polemiche a non finire.

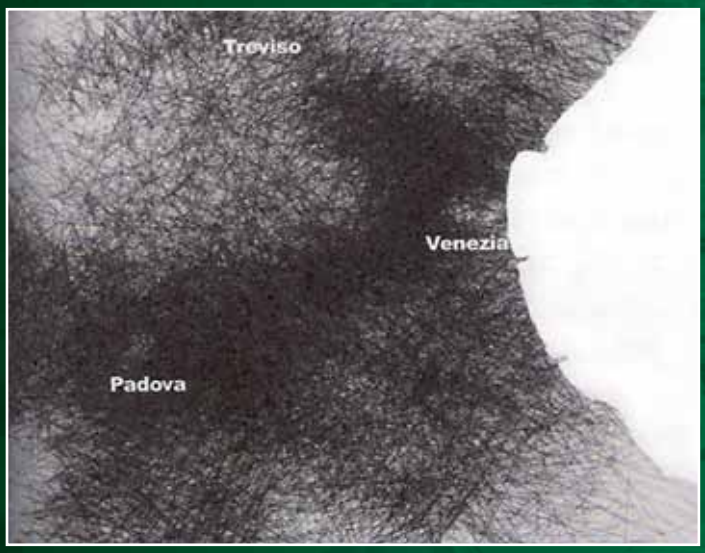
Credo che sulla Tav ci sia tanta confusione e che qualcuno punti più all'effetto mediatico che non ai benefici sul territorio. In queste settimane si sta facendo un'opposizione sul nulla. C'è un progetto realizzato da Italfer che non ci convince, abbiamo chiesto che venga modificato, abbiamo detto anche che daremo alle amministrazioni tutto il tempo necessario per le possibili integrazioni o modifiche. Non capisco questa alzata di scudi.

Ci dobbiamo aspettare quindi una Regione che lavora a spron battuto?

Con l'apertura del Passante di Mestre da subito abbiamo dato una risposta ad una parte di territorio che "soffocava", letteralmente, cittadini ed imprese.

Ma dal giorno dopo ci siamo messi a lavorare convinti che il Passante fosse solo un pezzettino di questo grande puzzle che compone il quadro infrastrutturale europeo. La grande rivoluzione che abbiamo messo in atto, e qui lo dico anche con un pizzico di orgoglio, è stata quello di aiutare l'allora Governo ad emanare la Legge Obiettivo, una legge che permise di accelerare in maniera decisiva i tempi burocratici. Quello spirito ci permise di fare un salto in avanti decisivo e quella stessa voglia di "fare", per dare un futuro alle generazioni che verranno, deve essere accompagnata dalla voglia di fare sinergia con tutti quelli che hanno a cuore le sorti del Paese e di quest'area, il Nord-Est che resta unica in ogni senso.

Anche l'OCSE suggerisce di migliorare la mobilità



A sinistra, un'immagine della mobilità tra Venezia, Padova e Treviso (tratta dal Rapporto su Venezia Metropoli, Marsilio, 2010). La "Territorial Review" di Venezia è parte di una serie di studi tematici sulle regioni metropolitane, condotti dal Territorial Development Policy Committee dell'OCSE. Il rapporto su Venezia Metropoli – finanziato dalla Fondazione di Venezia - è il secondo realizzato da OCSE su una metropoli italiana dopo Milano nel 2006 ed il 22esimo che riguarda le aree metropolitane. Dal rapporto emerge chiaramente la nascita di un'area metropolitana che connette Padova, Treviso e Mestre capiente di quasi due milioni di abitanti, è che è possibile percorrere da un estremo all'altro la come si transita da un quartiere all'altro in qualsiasi grande città. Tra le raccomandazioni dell'OCSE, c'è proprio quella di "migliorare la mobilità e dei collegamenti tra Padova, Venezia e Treviso, ad esempio implementando una rete metropolitana di trasporti, riducendo la dispersione urbana o agevolando i collegamenti inter-aziendali all'interno della città-regione.

SEI SICURO DI ESSERE IN REGOLA CON LE NORME CEI ?

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

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

PRESENTAZIONE NUOVA NORMA ITALIANA CEI EN 62353

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

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

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

La nostra Società svolge i seguenti servizi :

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

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

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

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

CONTATTACI SUBITO PER QUALSIASI INFORMAZIONE

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

di **Alberto Salmaso**

Tav, il dilemma sul tracciato

Un comitato e i sindaci dicono no alla variante litoranea

La Tav è considerata un'opera prioritaria all'interno del cosiddetto Corridoio 5 (la grande linea intermodale tra Lisbona e Kiev). Ma come attraverserà il Veneto? Al momento il progetto prevede un passaggio "basso", in prossimità del litorale veneziano: ma questa ipotesi ha incontrato più opposizioni che consensi. E sembra che ora tutto debba partire daccapo. Procediamo con ordine: nel 2005 la Regione ha affidato alle Ferrovie l'incarico di progettare l'opera, dando come indirizzo di prevederne il passaggio vicino al sedime dell'autostrada A4. Nel 2007, però, la Regione ha chiesto alle Ferrovie di studiare un'alternativa, perché la prima era considerata troppo gravosa per il territorio. Alla fine del 2010, RFI (il ramo operativo delle Ferrovie che ha materialmente preparato il progetto) ha consegnato alla Regione tutti gli elaborati, visto che entro il 31 dicembre bisognava depositare il progetto presso la Comunità Europea, pena la perdita dei finanziamenti. Ma il disegno prevede la cosiddetta variante sud, che scende verso le spiagge. Gli oppositori insorgono: secondo loro, la scusa della fermata al servizio delle spiagge non regge, è impossibile prevedere una cosa del genere su una linea ad alta velocità. Inoltre, se da una parte la Regione parla della valorizzazione del territorio, dall'altra si smentisce proponendo scelte come questa: la zona che da Tessera va verso Portogruaro è molto bassa, è tutta zona di bonifica. Per fare passare la Tav occorrerà creare una muraglia cinese di cemento. E ancora una volta si metterà a rischio l'equilibrio idrogeologico del Veneto, faticosamente costruito e mantenuto per centinaia di anni e ora messo in pericolo da progetti irrispettosi dell'ambiente.

A metà maggio, i sindaci del Veneto Orientale, coordinati dalla presidente della Provincia (e primo cittadino di San Donà di Piave) Francesca Zaccariotto, predispongono un documento con il quale chiedono alla Regione di attivarsi per un progetto alternativo a quello "basso".

E intanto nasce anche un comitato, chiamato "L'altra TAV", che raccoglie Confederazione Italiana Agricoltori, Unione Agricoltori, Copagri e Legambiente. «Siamo stati i primi, due anni fa – spiegano i responsabili del comitato, che nel febbraio scorso hanno portato centinaia di trattori in piazza a San Donà per manifestare – a richiamare l'attenzione sul progetto TAV, e sui rischi per il territorio. Siamo consapevoli dell'importanza di quest'opera per il Veneto, ma non possiamo accettare una devastazione come quella prevista dal progetto. Per questo ribadiamo il nostro "no" al tracciato basso, e scendiamo in piazza per difendere le nostre aziende e il territorio».

Per i prossimi mesi il comitato ha programmato una serie di incontri ufficiali con Comuni, Provincia e Regione, l'eventualità di un ricorso contro il progetto e la possibilità di una nuova mobilitazione con i trattori lungo le spiagge del litorale veneziano.

Palladio_Project

Software Gestionale per la Sanità

Da 25 anni sviluppiamo software per la sanità e abbiamo riposto tutte le nostre conoscenze nello sviluppo del Palladio_Project. Il gestionale che copre tutte le aree aziendali e si adatta perfettamente ad ogni struttura in relazione alla configurazione che si vuole adottare.
Questo lo rende performante sia nelle piccole realtà come **fisioterapisti** e **poliambulatori** in genere, che nelle medie strutture come **centri medici**, **case di riposo** e **case di cura**.

Nulla è stato tralasciato nell'architettura interna del prodotto, da una facile e intuitiva interfaccia utente a sofisticate procedure che consentono la tracciabilità di ogni operazione dalla prenotazione al pagamento. L'accesso alla procedura può essere filtrato e controllato in modo che ad ogni operatore/medico sia possibile visualizzare e gestire solo le procedure di propria competenza, per ogni operazione viene memorizzato un log che permetterà il completo controllo delle medesime al fine di garantire la privacy dei pazienti e l'integrità dei dati.

Il gestionale ricopre tutte le attività svolte all'interno di una struttura dalle prenotazioni alle accettazioni e tutta la parte relativa al ricovero, al DRG alle attività ambulatoriali e del laboratorio analisi dove presente alla gestione della medicina sportiva e medicina del lavoro, la gestione della cartella clinica con classificazione ICD-9-CM, ICF e ICF-CY, uno strumento semplice ed efficace per aver sotto controllo la situazione evolutiva del paziente, la gestione di tutti i dati verso le ASL di competenza se convenzionati, fino ad arrivare alla gestione delle procedure amministrative compresa la contabilita' industriale con l'archiviazione elettronica dei documenti alla gestione dell'economato e la procedura per la gestione e manutenzione delle attrezzature.

Il gestionale Palladio_Project si completa con i servizi di assistenza telefonica, remota e help-desk, curati direttamente della S.A. SOFTWARE SRL, attivi 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

TUTTO QUELLO CHE AVETE SEMPRE CERCATO LO TROVATE IN UN UNICO PACCHETTO SOFTWARE

Offerta lancio riservata ai lettori di NES fino al 31/12/2011 diamo una licenza gratuita ogni 5, telefonando al numero 334 540 2780

S.A. SOFTWARE S.R.L. Sede: Via Monte Ortigara,15 - 36030 CALTRANO (VI) - Uffici: Via Roma, 89 - 36010 CHIUPPANO (VI)
Tel. 0445 390 971 - Cell. 348 782 3494 - email: info@sasoftware.eu - www.sasoftware.eu

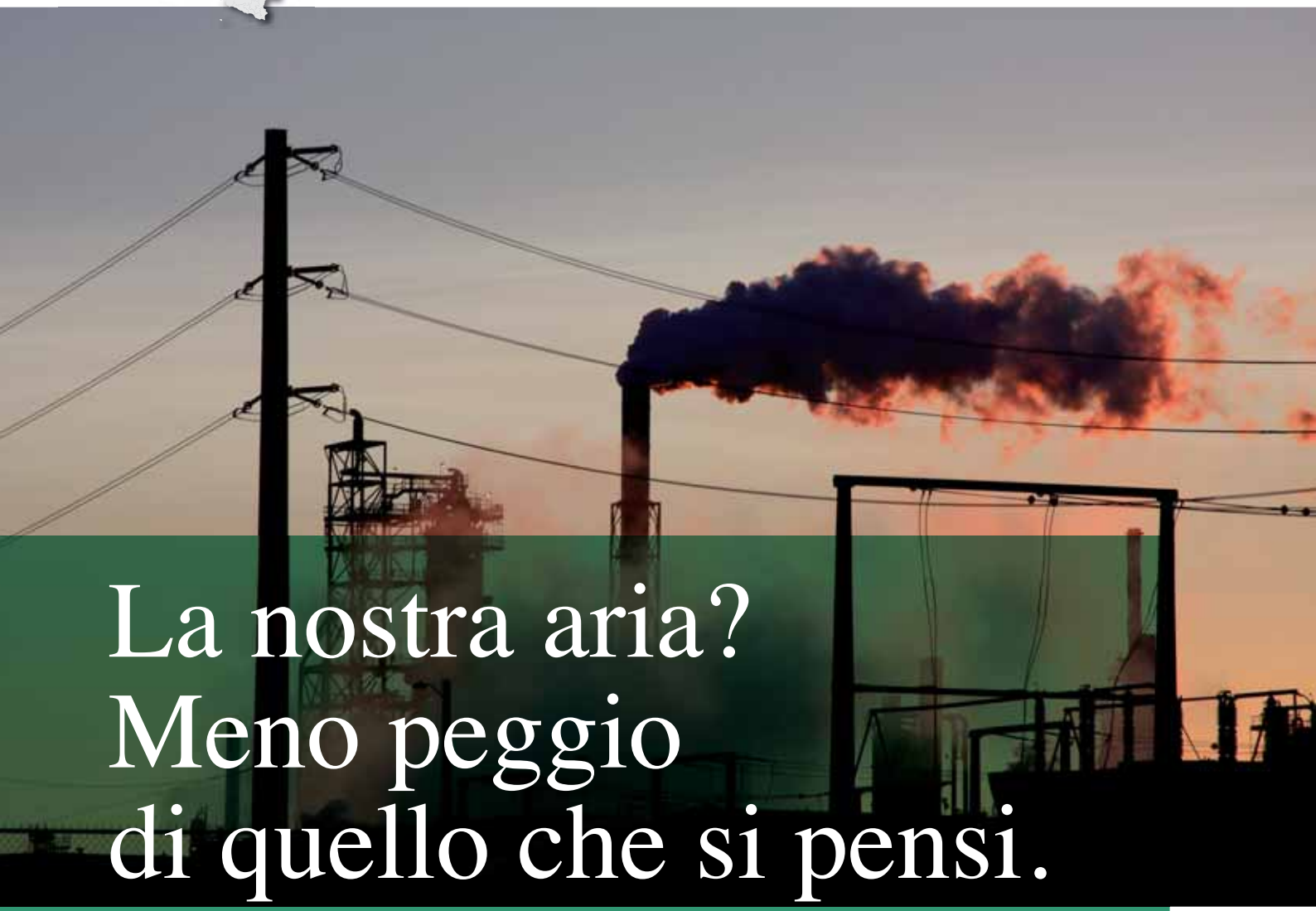
di **Ines Brentan**

Padova e Venezia salgono sul tram

Decine di migliaia di utenti giornalieri, previste nuove linee

La prima è stata Padova, nel 2007. L'anno scorso è stata la volta di Venezia. Anche il Veneto si converte al tram. Se è vero che l'inquinamento atmosferico nelle aree urbane dipende in gran parte dal traffico automobilistico privato, non resta che offrire un servizio pubblico efficiente e, soprattutto, non inquinante. Il sistema tranviario di Mestre-Venezia (inaugurato a fine dicembre 2010) prevede la realizzazione di due linee con uno sviluppo complessivo di circa 20 Km. Nel febbraio scorso, a due mesi dalla entrata in servizio del nuovo mezzo di trasporto, un'indagine tra gli utenti ha promosso il tram. «È un'analisi - ha sottolineato l'assessore comunale alla mobilità Ugo Bergamo - molto accurata, basata su rilevazioni puntuali e approfondite, che ci fanno capire non solo quante persone utilizzano il tram e quali siano le fermate più affollate, ma anche, con interviste agli utenti, chi si serve di questo mezzo e quale sia il suo grado di soddisfazione. Tutti dati che ci consentono di individuare criticità e punti di forza del servizio e ci possono così aiutare a migliorarlo sempre di più». Secondo l'indagine, effettuata tra il 25 gennaio ed il 4 febbraio, il tram viene utilizzato quotidianamente da circa 15.400 persone, rispetto alle 13.000 che risultavano dalla precedente inchiesta, realizzata tra il 27 ed il 29 dicembre 2010, a pochi giorni dall'entrata in funzione del servizio. Dati ancora più confortanti arrivano dalle 1800 interviste fatte agli utenti sulla qualità del servizio. Il tram viene infatti promosso con un bel 7,8 complessivo, frutto della media di 10 diverse voci. «Ora l'obiettivo – conclude Bergamo – è quello di portare il tram a Venezia e a Marghera, condizione necessaria per poter partire con l'operazione di ripianamento dei costi dell'opera». Le cose non vanno male nemmeno per il tram patavino tanto che l'amministrazione comunale ha previsto un generoso ampliamento della linea, i cui lavori sono previsti entro l'anno. «Abbiamo in progetto due nuove linee per una spesa complessiva di 76 milioni di euro (uno dei due progetti richiede l'intervento economico dello Stato)», dice Ivo Rossi vicesindaco di Padova con delega alla mobilità. «L'intervento che faremo subito, i cui lavori inizieranno tra qualche mese, ci costerà tra i 5 e 6 milioni di euro. Un impegno di spesa che riusciremo ad affrontare da soli. Si tratta di una linea che partirà dalla fiera per dirigersi verso la stazione e arrivare nel cuore della città». «L'altro progetto – continua il vicesindaco Rossi – è più impegnativo dal punto di vista economico (qui è richiesto l'aiuto dello Stato) e prevede la nascita di una linea a Voltabarozzo che percorrerà tutta la frazione fino a giungere nella stazione ferroviaria del capoluogo». L'ampliamento della linea del tram è stato incoraggiato dall'apprezzamento che la gente ha mostrato per questo mezzo alternativo di spostamento. «Oggi – aggiunge Ivo Rossi – sono 25.000 le persone che al giorno scelgono il tram come mezzo per spostarsi in città: si tratta soprattutto di casalinghe, studenti, ma anche di professionisti che lasciano l'auto fuori dal centro e arrivano al posto di lavoro con questo mezzo».

In questa pagina, l'assessore Ugo Bergamo. In alto, a destra, l'assessore Ivo Rossi all'inaugurazione del tram di Padova.



La nostra aria? Meno peggio di quello che si pensi. Ma attenzione al Pm10

A colloquio con Carlo Emanuele Pepe, direttore dell'ARPAV

Ogni giorno controlla lo stato dell'ambiente, e i suoi risultati sono strategici per la programmazione di politiche sanitarie ed ambientali. Parliamo dell'ARPAV, che scopriamo grazie al nuovo direttore generale Carlo Emanuele Pepe.

Cos'è l'ARPAV?

L'ARPAV è l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto, e si occupa di protezione e di prevenzione. Ogni giorno l'ARPAV lavora a fianco dei cittadini: dal controllo della radioattività al monitoraggio dell'acqua del mare e dei fiumi, dei suoli, dell'aria, degli eventi meteorologici estremi, l'Agenzia ha una funzione strategica per le politiche sanitarie ed ambientali della nostra regione ed è una delle più autorevoli Agenzie a livello nazionale.

Qual è lo stato dell'ARPAV?

È un momento difficile per l'Agenzia, sotto molti punti di vista, primo fra tutti quello finanziario, che la vede per la prima volta in sofferenza con pesanti passività. Per questo la Regione del Veneto ha richiesto un rinnovamento, anche interno, e di trovare le risorse per ridefinire obiettivi e strategie. Abbiamo iniziato questo difficile processo, non senza difficoltà, che richiede di operare tagli per far quadrare i conti, e sviluppare alcune riconversioni ed adattamenti. Una trasformazione necessaria e strategica, per ottimizzare e migliorare la qualità del servizio. Si tratta di un programma vasto, di ampio respiro, che necessiterà di tempi non brevi per l'attuazione e per la messa a regime, ma che contiamo di attuare anche con la collaborazione di tutti.

Passiamo invece allo stato dell'aria.

ARPAV si occupa di monitorare la qualità dell'aria e delle emissioni che ne alterano lo stato qualitativo. La verifica dello stato di qualità dell'aria nel territorio veneto e del rispetto dei valori limite previsti per legge è realizzata analizzando l'aria, ovvero determinando la concentrazione degli inquinanti atmosferici attraverso le stazioni fisse ed i laboratori mobili della rete di monitoraggio regionale. ARPAV è in grado di fornire, sul proprio sito internet, dati di concentrazione in tempo reale di particolato PM10 e PM2,5 e ozono, registrate nelle ultime 48 ore e/o negli ultimi 10 giorni con monitor automatici ed elabora, con cadenza giornaliera, tabelle ufficiali ottenute dai dati validati contenenti gli indicatori di legge dei principali inquinanti (biossido di zolfo, monossido di carbonio, ossidi di azoto, particolato ed ozono). La qualità dell'aria è determinata da due componenti fondamentali: le fonti di emissione in atmosfera e la meteorologia. Per le emissioni il contributo più significativo è rappresentato dall'uso dei combustibili fossili (trasporti, riscaldamento, etc.) mentre i principali parametri meteorologici risultano, invece, la pioggia, il vento e l'inversione termica. Nonostante la situazione particolarmente sfavorevole in cui viene a trovarsi la Pianura Padana (si tratta di un bacino aerologico chiuso, con scarsa circolazione d'aria), in Regione Veneto l'analisi dei dati della qualità dell'aria evidenzia che gli inquinanti quali il monossido di carbonio, l'anidride solforosa, il benzene e gli elementi in tracce (piombo, arsenico, cadmio, nichel mercurio) non costituiscono particolari criticità per il territorio.

Per quanto riguarda gli ossidi di azoto, dal 2007 si osserva una lieve riduzione delle concentrazioni medie annuali a livello regionale, ma si registrano superamenti del valore limite annuale in corrispondenza delle stazioni di traffico ed industriali. Relativamente al particolato PM10, si osserva che il parametro più critico risulta il numero di superamenti del valore limite giornaliero (50 µg/m3, da non superare più di 35 giorni l'anno), superato in maniera diffusa in tutta la Regione.

Si può fare prevenzione? Se sì come?

Le politiche di risanamento dovranno continuare a puntare alla riduzione delle fonti emissive ed in particolare degli inquinanti individuati quali precursori dell'ozono, ossia gli ossidi di azoto e i composti organici volatili. Ma la vera prevenzione consiste nel creare una seria e profonda cultura specifica, sviluppando una conoscenza dell'ambiente basata su dati tecnico-scientifici e sulla consapevolezza della scarsità delle risorse naturali e la conseguente necessità di tutelarle.

Sono utili le giornate ecologiche, le targhe alterne, o altri strumenti di questo tipo?

Abbiamo effettuato numerosi studi per valutare gli effetti di questi provvedimenti: le conclusioni portano sempre a valutare effetti modesti, la riduzione dei livelli di concentrazione di qualche punto percentuale, anche nei casi più drastici di totale chiusura al traffico di aree urbane. Queste misure saltuarie ed emergenziali vanno bene per inquinanti di tipo primario (es. monossido di carbonio, biossido di zolfo, benzene) mentre sono molto meno utili per inquinanti di tipo secondario (polveri fini e ozono). Tenuto conto poi che l'aria non rispetta i confini amministrativi e che il nostro problema è legato anche alle condizioni orografiche e geografiche della Pianura Padana, sarebbe fondamentale un'azione concertata con le altre Regioni del Nord per valutare risultati più efficaci dall'adozione di questi provvedimenti.

Chi è Carlo Emanuele Pepe

Carlo Emanuele Pepe ha 47 anni, sposato con tre figli, laureato in Scienze Politiche Indirizzo Amministrativo presso l'Università degli Studi di Padova con una tesi sulla protezione ambientale e le implicazioni socio economiche, dal 1 aprile 2011 è il nuovo Direttore Generale di ARPA Veneto. Il dott. Pepe ha ventennale esperienza in campo ambientale avendo svolto la propria attività presso aziende di rilevante importanza del Nord Italia specializzate nella protezione dell'ambiente.

Il Pm10 fa male, ma quanto non si sa

In aumento le malattie respiratorie che sono la terza causa di morte

Prima c'è il fumo di sigaretta. È lui il nemico numero uno, incontrastato, del nostro apparato respiratorio. Poi c'è il Pm10, le cosiddette polveri sottili che, a differenza di quello che immagina la gente, non sono prodotte solo ed esclusivamente dal gas di scarico delle automobili, ma anche dagli impianti di riscaldamento, dall'usura dei pneumatici e (questo lo sanno in pochi) persino dall'eruzione dei vulcani, dall'incendio boschivo e dalla dispersione dei pollini. Uscire di casa e farsi una passeggiata in centro nei momenti di maggiore traffico è sconsigliato. Soprattutto per quelle fasce di popolazione che i medici definiscono "fragili": quindi bambini, anziani, persone con asma o, ancor peggio, affette da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). La situazione diventa poco incoraggiante se si pensa che le misure preventive adottate fino ad ora non sono ancora state certificate in letteratura. E a questo punto ci si chiede quanto siano servite o servano le cosiddette giornate "ecologiche", quanto abbiano aiutato alle nostre vie aeree le targhe alterne (di cui non si parla più da tempo) e cosa si può fare per il futuro a garanzia della salute di tutti, amanti o no della passeggiata.

La prevenzione non scritta.

«Ad oggi – ha dichiarato Andrea Vianello, direttore della Fisiopatologia respiratoria dell'Azienda Ospedaliera di Padova – non esiste alcuna evidenza scientifica che documenti la relazione tra il tempo di esposizione al Pm10 e la conseguenza degli effetti sulla salute. Non si può sapere, cioè, se tutte quelle iniziative (giornate ecologiche e le targhe alterne) che sono state organizzate a spot per alleggerire l'aria dalle polveri inquinanti, siano davvero servite a ridimensionare i problemi d'asma o di altre malattie respiratorie». Fermo restando che si devono distinguere tra misure di precauzione attuate dagli enti (ad esempio il lavaggio della strada) e quelle adottate dalle persone (come evitare di fare jogging per le strade trafficate), per il professore la prevenzione all'esposizione al Pm10 va comunque promossa, anche solo perché «riduce comunque il rischio». Che poi non si sappia con esattezza quanto lo riduca, questa (purtroppo) è un'altra questione.

> Primo nemico delle nostre vie aree resta la sigaretta. Ogni fumata accorcia la vita di sette minuti

La BPCO e l'asma

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva è una malattia polmonare progressiva, non completamente reversibile. La BPCO ostruisce le vie aeree, rendendo difficoltosa la respirazione. Pazienti con BPCO, inclusi quelli con bronchite cronica ed enfisema, mostrano sintomi che vanno da tosse a mancanza di fiato durante sforzi anche modesti. L'asma è una malattia infiammatoria cronica delle vie aeree, che si manifesta con crisi ricorrenti di mancanza di respiro, fischi, tosse, senso di peso al petto e talora da catarro trasparente, in particolare durante la notte e al mattino presto.

Il fumo, primo nemico.

«L'asma bronchiale – spiega Vianello – colpisce il 5-15% della popolazione. La BPCO causa il 55% delle morti di origine broncopolmonare. Le malattie dell'apparato respiratorio rappresentano la terza causa di morte in Italia (soprattutto le fasce di età più avanzata, più gli uomini che le donne)». Il professore spiega le cause che portano alla malattia. «Gioca un fattore importante – dice – la predisposizione. Poi ci sono gli stili di vita che possono migliorare o peggiorare la condizione di salute e, naturalmente, influiscono anche i fattori ambientali che spesso intervengono anche a riacutizzare una situazione già compromessa». Vianello punta il dito contro il fumo di sigaretta. «Primo nemico delle nostre vie aeree rimane la sigaretta», dice lapidario. «Il fumo di sigaretta – aggiunge – aumenta il rischio di ammalarsi e diminuisce l'aspettativa di vita di sette minuti per ogni fumata». Smettere di fumare è fondamentale. «Se è vero che ad ammalarsi più facilmente è un fumatore, è anche vero che chi smette, anche dopo dieci anni di fumo, riuscirà a conquistare nel tempo la stessa aspettativa di vita di un non fumatore». In passato, a fumare erano soprattutto gli uomini, poi hanno cominciato le donne. «Purtroppo stiamo scontando anni e anni di fumo. Le malattie respiratorie sono in aumento e, oltre all'asma, alla bronchite cronica e all'enfisema polmonare, c'è anche il tumore ai polmoni che rappresenta la prima causa di morte tra i maschi e la seconda tra le femmine (dato Airc)». In Italia muoiono per tumore del polmone circa 35.000 persone all'anno (circa 27.000 uomini e 6.000 donne). Secondo l'Istat la mortalità per tumore diminuisce del 2% all'anno, ma nel caso del cancro polmonare tale diminuzione riguarda solo gli uomini mentre nelle donne i decessi sono aumentati dell'1,5%.

La cura.

«Cosa fare per stare meglio? Consiglio ai fumatori di smettere subito e invito i non fumatori a non prendere il vizio. Dopo questa premessa, ricordo che il trattamento più efficace per le malattie respiratorie rimane, ad oggi, l'ossigenoterapia che viene garantita in alcuni casi anche nel proprio domicilio».

Potenziare il territorio: "mission possible" entro il 2012

Così l'Ulss 7 sarà in regola col nuovo Piano socio sanitario

Il suo sogno nel cassetto? Potrà sembrare banale, ma è la centralità del cittadino nei processi di assistenza e di cura. Angelo Del Favero, dal 2003 ad oggi direttore generale dell'Ulss 7 di Pieve di Soligo (Treviso), non divide la sua vita tra lavoro e tempo libero. La sua "mission" è quindi unica sia come uomo che come manager della sanità: "Rispondere adeguatamente alle esigenze dei cittadini". E come? «Semplice, – risponde lui – lavorando tanto e spendendo bene i soldi che mi assegna la Regione Veneto». Nell'intervista che segue, Del Favero fotografa l'Ulss 7 mostrandone i pregi senza però nascondere i difetti. Difetti, o meglio criticità, che conta di superare per essere in regola col nuovo Piano socio sanitario.

Come e quanto è cambiata questa Ulss da quando lei è alla guida?

Camminando di giorno in giorno, accade che non ci si accorge dei passi fatti finora. Bisogna, per forza di cose, fermarsi e fare uno sforzo di memoria: pensandoci bene, effettivamente di lavoro ne è stato fatto. Penso, ad esempio, ai processi di qualità: l'accreditamento Iso 9000 dell'intera struttura e l'accreditamento di eccellenza per la qualità dei servizi offerti da parte di Accreditation Canada International (uno dei tre più qualificati enti che, a livello internazionale, operano nell'ambito dell'accreditamento delle strutture sanitarie). Questa Ulss ha lavorato molto sul rischio clinico, ha puntato sull'informatizzazione e sull'innovazione tecnologica. Inoltre l'Azienda si è preoccupata di ristrutturare gli ospedali e le sedi dei distretti, malconci dal punto di vista edilizio.

Col nuovo Piano socio-sanitario, il territorio godrà di maggiore attenzione, mentre l'ospedale sarà dedicato solo all'acuzie: è pronta questa Ulss a muoversi in questa direzione?

Stiamo lavorando in questa direzione, ma possiamo fare certamente di più. Il territorio ospita molti pazienti che possono e devono essere seguiti senza necessità di ricovero ospedaliero. Per tutti loro dobbiamo potenziare (dal punto di vista qualitativo) le cure domiciliari e lavorare per una migliore collaborazione coi medici di famiglia.

Direttore, ci illustri le eccellenze e le criticità sia nell'ambito ospedaliero che territoriale.

Posso parlare di eccellenze soprattutto in ambito ospedaliero, mentre le criticità le trovo nel territorio. Premesso questo, direi che abbiamo un ottimo reparto di Otorino con tre quarti di attrazione da fuori Ulss, persino dall'estero: molti pazienti si rivolgono a questo nostro servizio soprattutto per i tumori alla laringe. Poi abbiamo il reparto di Oculistica. Quello di Cardiologia è tra i primi per il trattamento da infarto miocardico. Infine citerei l'Ortopedia soprattutto per il col-

legamento con la Medicina sportiva.

E per quanto riguarda le criticità?

È opportuno sviluppare l'area della riabilitazione. Ad oggi abbiamo una struttura esterna, la "Nostra Famiglia", che si occupa però solo dei pazienti pediatrici. Dobbiamo rafforzare i servizi dedicati al disagio giovanile come quello per i tossicodipendenti.

L'Ulss 7 scommette sulle energie rinnovabili e dà il via per la realizzazione di un monoblocco "ecologico". Ci illustra il progetto?

Si tratta del nuovo monoblocco Chirurgico-Ambulatoriale dell'ospedale di Conegliano che, grazie all'installazione di un moderno impianto di produzione di energie rinnovabili ci consentirà, oltre che di produrre autonomamente parte dell'energia necessaria al suo funzionamento, anche risparmi di spesa e una notevole riduzione dell'inquinamento ambientale. In termini economici il risparmio sarà di circa 200mila euro annui.

Dopo tanto dibattito sul deficit della sanità veneta, si è registrato addirittura un attivo. La Ulss 7 è una di quelle che ha recuperato di più. Come c'è riuscita?

Ci siamo riusciti con le regole elementari del buon padre di famiglia: valutate le spese, si guarda dove si può limare ed evitare gli sprechi.

A proposito di risparmio: teme la chiusura dell'ospedale di Vittorio Veneto?

Nonostante gli allarmi che arrivano da destra e da sinistra, fino ad oggi è un ospedale che abbiamo potenziato cercando di rispettare la logica della complementarietà dei servizi con le altre strutture, evitando cioè i famosi doppioni.

Crede nell'integrazione pubblico-privato?

Assolutamente. Soprattutto con le cooperative sociali. I privati sono più agili di noi. C'è da imparare da loro in termini di efficienza, elasticità e di capacità nell'intercettare l'offerta.

Tre progetti che ultimerà entro il 2012, data che segna la fine del suo mandato.

Primo, il completamento del blocco operatorio di Conegliano, attuato col nuovo sistema del leasing immobiliare, dove verranno inserite le degenze di Chirurgia e l'attività ambulatoriale. Secondo, la nascita dell'hospice per i pazienti oncologici e i malati terminali. La struttura servirà anche da ricovero per periodi brevi per permettere alle famiglie dei pazienti un periodo di sollievo. Terzo e ultimo, il potenziamento delle cure domiciliari (attivo sette giorni su sette, h24) su cui crediamo molto.

I numeri dell'Ulss 7

- 28 Comuni e 219.304 residenti assistiti
- 3 ospedali e 2 distretti socio sanitari
- 2 Utap
- 4 strutture accreditate e convenzionate
- 29.698 ricoveri nel 2010 (20.597 ordinari e 9.101 diurni)
- 786 posti letto ospedalieri
- 2.595.371 prestazioni ambulatoriali erogate all'anno
- Bilancio consuntivo del 2010 è di 2.537.016,29 euro

Nome: Angelo Del Favero
Nato a: Valle di Cadore (BL)
Età: 61 anni
Titolo di studio: Laurea in Scienze Statistiche ed Economiche presso l'Università di Padova
Impiego: Direttore generale dell'Ulss 7 di Pieve di Soligo, Presidente Nazionale di Federsanità ANCI, componente della STEM (Struttura TEcnica di Monitoraggio paritetica della Conferenza permanente per i Rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome). Precedentemente è stato Direttore generale all'Ulss 1 di Belluno.

A sinistra, un'immagine del progetto del monoblocco ecologico. Nella pagina accanto, una veduta dell'ospedale di Vittorio Veneto.

di **Antonella Prigioni**

L'ospedale a misura d'uomo

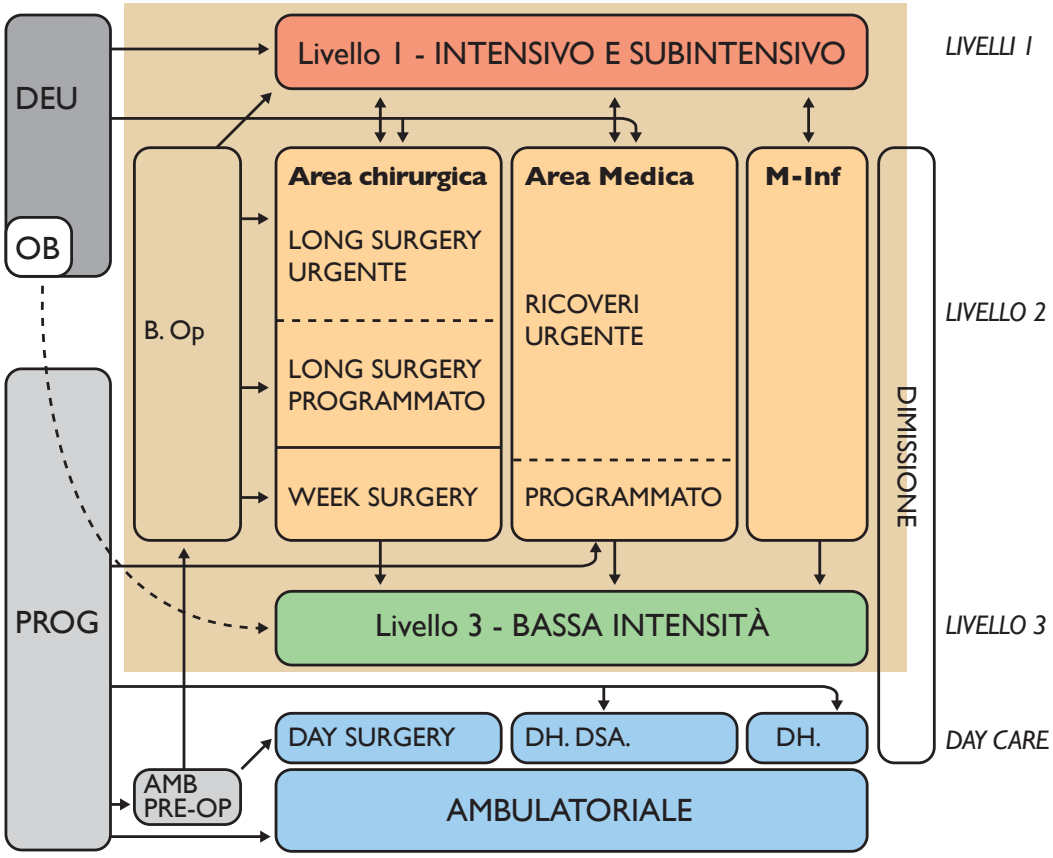
Assistere i pazienti secondo il livello di cura che necessitano. L'esperimento del Santa Maria del Prato di Feltre

Mettere al centro l'uomo per curarne al meglio le patologie. Non è una trovata neoumanistica dietro cui si nasconde una rinnovata filosofia medica, dopo anni in cui c'è stata una deriva specialistica che puntava al singolo organo, come se fosse scisso dal resto del corpo. È il risultato pratico di una riorganizzazione sperimentale attuata nel Dipartimento Strutturale Ospedaliero Medico Riabilitativo dell'Ospedale di Feltre. Un dipartimento diretto da Giancarlo Parisi. Una realtà nuova organizzativa e concettuale, che raggruppa in un sistema operativo le Unità, prima separate, di Medicina Generale, Geriatria e Lungodegenza di Feltre e quella di Riabilitazione e Recupero funzionale dislocata all'ospedale di Lamon. Un dipartimento dove il criterio di gestione sul piano clinico è l'intensità di cura con la conseguente e necessaria condivisione di risorse umane, tecnologiche e know how.

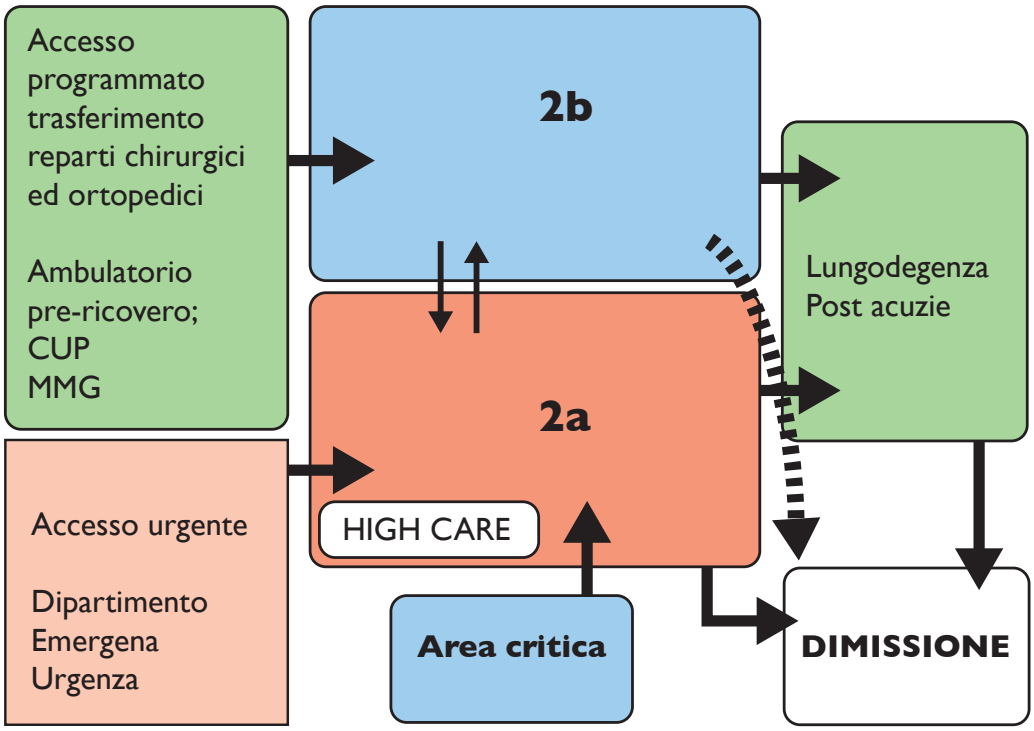
Le tre aree

Nasce così un ampio reparto di medicina, in cui i pazienti che arrivano dal Pronto Soccorso e dai vari reparti dell'ospedale, sono distribuiti, a seconda del bisogno, nelle tre nuove aree assistenziali: quella ad alta intensità, quella a media intensità e quella a bassa intensità, che nel modello di Feltre corrisponde alla lungodegenza. Questa riorganizzazione annulla quelli che in ambito sanitario si definiscono o *effetto a pavimento* o *effetto tetto*. Il primo si verifica quando un utente con elevati bisogni è inserito in un "sistema a bassa offerta", inadeguato per il livello di assistenza di cui necessita che tra l'altro rischia di stressare l'intero sistema. Il secondo avviene invece quando un utente con modesti bisogni è ricoverato in un reparto ad alta offerta, ricevendo più assistenza di quanta ne abbia bisogno, con conseguente spreco di risorse. L'organizzazione per intensità di cura garantisce l'assistenza adeguata alle necessità. Si migliora l'assistenza e si riducono le spese. L'esperimento di Feltre, che accorpa tre

Organizzato per intensità di cura e assistenza



Ricovero in Medicina Interna: alta e media intensità di cure (livello 2a-2b)



unità operative è nuovo, a Vicenza il criterio dell'intensità di cura è stato applicato ad una singola unità.

Iter di ricovero

Il paziente è accolto in un'area di degenza appropriata al suo grado di gravità e poi successivamente spostato al variare delle sue condizioni cliniche. L'intensità di cura si stabilisce sulla base di due parametri: l'instabilità e la complessità assistenziale. E se in un'area di Medicina Interna solitamente si opera con pazienti acuti, quello tradizionalmente classificato come livello 2, in questo livello vanno creati due sottolivelli uno ad elevata e l'altro a bassa intensità assistenziale. Per elevata intensità assistenziale si intendono pazienti che non richiedono cure intensive, ma monitoraggi frequenti dei segni vitali o di interventi diagnostico-terapeutici mirati, ma non necessitano di monitoraggio invasivo o trattamento intensivo.

Il modello dipartimentale è quello più adatto ad una gestione unitaria che condivide politiche di sviluppo, processi di cura, ma pure garantisce la flessibilità delle risorse: i posti letto, a servizio dell'intera macro unità e non più della singola unità, garantiscono un turn over più rapido e la costante disponibilità. La razionalizzazione delle risorse facilita il sistema organizzativo, che tradotto in termini pratici significa attenzione maggiore al paziente e cura dello stesso attraverso un'équipe di medici ed infermieri condivisa. L'obiettivo è quello di assicurare una continuità assistenziale multidisciplinare e allo stesso tempo preservare la linea di specializzazione. Il modello dipartimentale prevede anche l'assistenza post ricovero: un accompagnamento del paziente che necessita di cure ed assistenza anche dopo la dimissione. Garantisce un continuum fino alla completa guarigione.

L'Ospedale di Santa Maria del Prato di Feltre (BL).

Livelli di intensità di cure

- **Livello 1 (intensivo):** il paziente è critico ed instabile. Dipendente o potenzialmente dipendente da presidi tecnologici, ad alto rischio di complicanze. Reparti di competenza: Rianimazione, Unità Coronarica, altre Terapie Intensive specifiche.
- **Livello 2a (alto):** il paziente è clinicamente instabile. Richiede il monitoraggio costante dei parametri vitali. Sono prevalenti attività mediche di elevata complessità e assistenza infermieristica intensiva. Reparto di competenza: Dipartimento o UOC di Medicina Interna.
- **Livello 2b (medio):** Il paziente è clinicamente stabile. Richiede discontinuo monitoraggio dei parametri vitali con presenza medica continuativa. Sono prevalenti le attività infermieristiche di media complessità . Reparto di competenza: Dipartimento o UOC di Medicina Interna.
- **Livello 3 (basso):** il paziente è clinicamente stabile. Non richiede monitoraggio costante dei parametri vitali. Non richiede presenza medica continuativa. Sono prevalenti le attività tecniche/infermieristiche di base. Reparti di competenza: lungodegenza-postacuzie, riabilitazione RSA, week hospital.
- **Livello 4 (minimo):** il paziente è clinicamente stabile. Necessita di assistenza socio-infermieristica con intervento medico in reperibilità. Strutture di competenza: Ambulatori territoriali, Presidi territoriali di prossimità.

orthogold100

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

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

Eccellenza terapeutica senza compromessi

INDICAZIONI:

Ortopedia, Fisiatria, Medicina dello Sport

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

Dermatologia, Vulnologia:

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

Andrologia:

- IPP—Induratio Penis Plastica

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

Il Progetto del Dipartimento di Medicina e Riabilitazione di Feltre

Il Dipartimento dell'Area Medico Riabilitativo dell'Ospedale dell'ULSS 2 di Feltre è costituito da tre aree:
- l'alta intensità collocata in Geriatria, costituita da 26 posti letto
- la media intensità: collocata in Medicina e composta da 34 posti letto
- la bassa intensità: collocata in Lungodegenza con 24 posti letto

74 posti letto complessivi disponibili per i pazienti che arrivano dal Pronto Soccorso, dai reparti di terapia intensiva dopo una consulenza urgente o dalla media o bassa intensità quando si tratta di pazienti che si sono aggravati. I pazienti sono tutti sottoposti al Triage di corridoio, dal medico che valuta la necessità di ricovero o meno. Il MEWS è lo strumento che viene utilizzato durante il Triage: è un prospetto che stabilisce le condizioni generali del paziente sulla base di alcuni parametri basilari, quali la pressione sistolica, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la temperatura corporea e la reazione agli stimoli. Sono questi i valori della classificazione dei livelli che permettono di decidere in quale area ad intensità di cura (alta o media) il paziente vada ricoverato. O anche se vada trasferito da una all'altra per miglioramento o aggravamento delle condizioni. In alta intensità si trovano pazienti acuti e quindi con un rapporto molto stretto con medici ed infermieri. In media ci sono i pazienti non acuti con iter diagnostico terapeutico non concluso: il rapporto medici infermieri e malato è minore rispetto all'alta intensità. In bassa intensità si trovano pazienti stabilizzati e quindi con un basso rapporto medici infermieri.

La riorganizzazione del personale medico e paramedico secondo questo modello ha previsto un impegno dei dirigenti medici di due unità nell'area ad alta intensità collocata all'interno dell'Unità Operativa di Geriatria, per un totale di sette medici. Mentre i cinque dirigenti medici complessivi dell'Unità Operativa di Medicina Generale e dell'Unità di Lungodegenza si occupano tutti dell'area a bassa intensità e della lungodegenza. Sei medici, compreso il direttore della Medicina Generale, per 58 posti letto. Per i pazienti a bassa intensità di cura che sono collocati nella lungodegenza, l'assistenza medica è garantita a turno da uno dei medici dell'area intermedia. I dirigenti del dipartimento sono a disposizione anche per le consulenze specialistiche da erogare ai pazienti degli altri reparti. Quelle urgenti vengono espletate entro poche ore, le altre al massimo entro tre giorni.

Modified Early Warning Score (MEWS) *Q.I. Med 2001; 94; 521-526*

	3	2	1	0	1	2	3
Pressione sistolica	< 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Frequenza cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Frequenza respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Temperatura (C°)		< 35		35-38.4		≥ 38.5	
AVPU score				Alert	Reagisce allo stimolo vocale	Reagisce allo stimolo doloroso	Non responsivo

(valori normali <5)

Trasformare un incarico in una rivoluzione dell'approccio alla cura

I dipartimenti, nell'organizzazione ospedaliera, nascono per razionalizzare le risorse senza intaccare la qualità dei servizi erogati ai pazienti. Un nuovo assetto che potrebbe sembrare puramente amministrativo e che invece offre lo spunto, in alcuni nosocomi italiani, di rivedere l'organizzazione dell'attività medica e di assistenza in reparto. E si approda al modello basato sul concetto dell'intensità di cura. Raggruppare i malati non per patologie simili, ma per gravità delle loro condizioni cliniche generali. Una rivoluzione di metodo che cambia la prospettiva e focalizza l'attenzione dalla malattia al paziente, all'individuo. Da queste premesse si sviluppa l'esperienza coordinata da Giancarlo Parisi direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo dell'Ospedale di Feltre.

Qual è l'obiettivo del nuovo modello?

Abbiamo ottimizzato le risorse, garantendo un'assistenza migliore durante il ricovero e anche al rientro del paziente a domicilio. L'organizzazione secondo l'intensità di cura, fornisce un'assistenza adeguata a ciascun paziente, senza sprechi verso chi non ne necessita e senza trascuratezza verso chi ne ha bisogno. La qualità dell'assistenza sia medica che ricettiva resta elevata: le nostre stanze, ad esempio, sono tutte a due letti.

Giancarlo Parisi, direttore del Dipartimento Medico Riabilitativo dell'Ospedale di Feltre (BL).

Un modello già adottato in alcuni ospedali di Toscana e Liguria e in Veneto?

In Veneto esiste già un esempio a Vicenza, applicato ad una singola unità operativa. A Thiene c'è un modello dipartimentale come il nostro. Siamo partiti a novembre 2010, in sei mesi abbiamo già notato dei notevoli risultati che potranno solo migliorare dato che c'è sempre qualche ritrosia al cambiamento, le modifiche fanno paura.

Quali i vantaggi?

Abbiamo più posti letto liberi, ce ne sono sempre a disposizione per le emergenze, il che evita che alcuni malati debbano essere parcheggiati in reparti non idonei. La maggiore soddisfazione però l'abbiamo avuta dal sistema di comunicazione tra medici, infermieri pazienti e familiari che questa organizzazione prevede. Non è stata registrata alcuna lamentela all'Urp. E questo è un obiettivo davvero confortante.

Un modello che ha creato nuove figure sanitarie...

Oltre al direttore di dipartimento e al dirigente responsabile d'area, sono state introdotte due nuove figure: il medico tutor ed il case manager. Il medico tutor è un medico che prende in carico il paziente e lo segue in tutta la fase del ricovero. È lui poi che relaziona agli altri medici durante il briefing, in cui ogni giorno si confronta tutta la squadra del dipartimento, per fare il punto generale sulla situazione nelle tre aree di competenza. La figura del medico tutor garantisce quella personalizzazione della cura tanto auspicata da pazienti e familiari. Il case manager è invece un infermiere, con apposita formazione, che fa da collante tra la famiglia, il paziente e i medici. Individua le criticità di ogni singolo caso per il rientro a domicilio. Ho creato una squadra, un gruppo di lavoro che condivide metodiche di lavoro, figure professionali specializzate e tecnologie avanzate. Una rivoluzione che ha avuto la direzione strategica del direttore generale dell'Ulss 2 Bortolo Simoni, del direttore sanitario Domenico Scibetta e del direttore dell'ospedale Lorenzo Tognoni.

Cosa si aspetta ora da questa sperimentazione?

Il mio auspicio è riuscire ad ottimizzare sempre di più il patrimonio di competenze a disposizione. Mi aspetto anche un miglioramento dei tempi di degenza media, per aumentare la rotazione dei letti. Un posto letto costa dai 200 ai 250 euro al giorno, è importante che questa cifra venga impiegata bene, mantenendo o addirittura innalzando il livello delle prestazioni. Il medico oggi deve ragionare, anche da manager, da gestore delle risorse, e non intendo solo quelle economiche ma umane, perché il paziente non deve avere alcun disagio. Il mio motto è il "paziente non deve aspettare, vuole perché è un suo diritto, essere curato".

In questa pagina, lo staff del Dipartimento Medico Riabilitativo.

Nuovi ruoli per l'assistenza ad intensità di cura

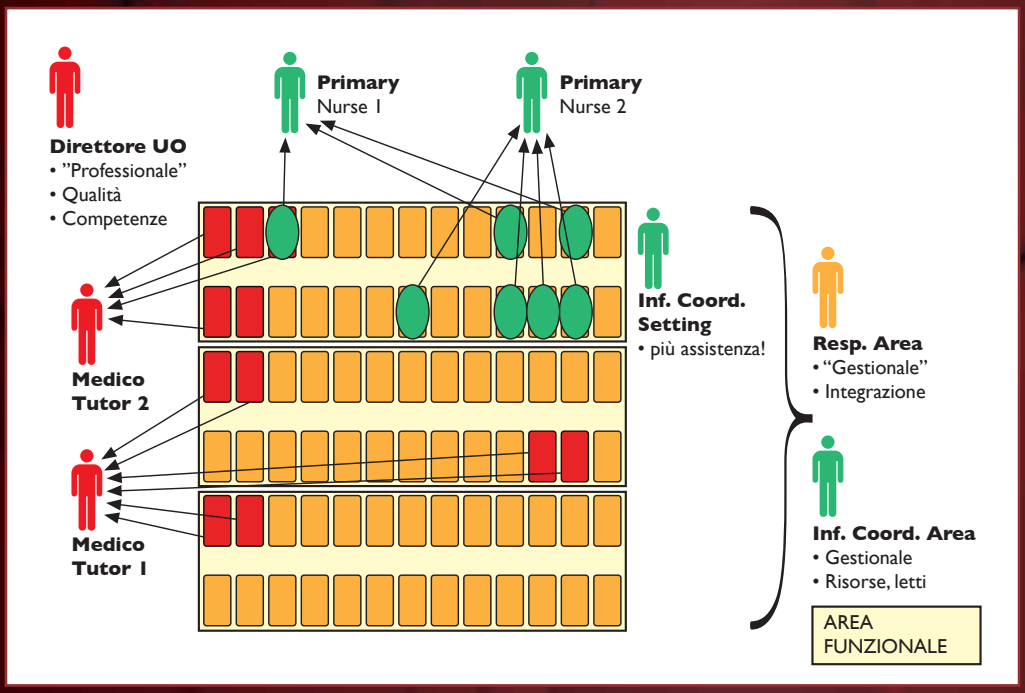
Una nuova prospettiva organizzativa, richiede nuove figure operative: il medico tutor e il case manager sono le novità. Come dice la parola stessa tutor, il medico con questa funzione è il responsabile del singolo paziente. A lui il compito di essere il riferimento sia per il personale che lavora nell'area che per il malato, che altrimenti potrebbe avere la sensazione di aver perso i punti cardinali classici del sistema ospedaliero: primario, reparto, medici curanti. Per far funzionare il ruolo del medico tutor e diffondere la nuova visione organizzativa dipartimentale serve un grande sforzo di comunicazione.

Il medico tutor. Prende in carico il paziente entro 24 ore, al massimo 48, dall'accettazione. Con il medico responsabile d'area stende il piano clinico e diventa responsabile del singolo percorso del singolo paziente. Si interfaccia con il medico di medicina generale di cui è il principale interlocutore per il vissuto del paziente in ospedale. E' anche il referente informativo del malato e della sua famiglia. Il tutor ha di base un'adeguata esperienza e competenza rispetto alla comunicazione con i pazienti e alla capacità di gestione dei percorsi assistenziali. A supporto di queste nuove mansioni sono stati pensati dei percorsi formativi.

Il medico responsabile d'area. Programma e gestisce con il medico tutor ingressi e dimissioni dei pazienti, con il medico dell'Unità Operativa e con il Direttore di Dipartimento invece si confronta per la stratificazione per area dei pazienti. Una struttura organizzativa a piramide che deve funzionare per vasi comunicanti.

Il case manager. Giada e Nicolas, non due semplici infermieri, ma due "case manager". Come dice la parola stessa inglese: due gestori del singolo caso. Una sorta di angeli custodi del malato dalla sua entrata in ospedale alla sua guarigione, a casa. Un punto di riferimento pratico ed organizzativo, capace di trovare soluzioni individuali. Fondamentale per ricoprire questo ruolo è la capacità di intuire le problematiche di ogni caso rappresentato non solo dal paziente e dalla sua malattia, ma dal suo contorno ad iniziare dal tipo di contesto in cui vive. Se un anziano vive da solo, in una casa inidonea alla sua malattia, per il rientro a domicilio è necessario garantire la presenza di un supporto sanitario e sociale adeguato che non lo abbandoni a se stesso, ma che gli permetta di continuare ad essere assistito. Il case manager si occupa proprio di attivare i servizi territoriali socio-sanitari e qualora le condizioni non lo permettano di avviare le pratiche per il trasferimento della persona in una struttura di accoglienza adatta. Giada e Nicolas hanno seguito un corso di perfezionamento all'Università di Padova e sono stati scelti dal direttore di dipartimento per questo compito sulla base di una predisposizione caratteriale. Il primo passo è quello di selezionare con la coordinatrice d'area, i casi a rischio, cioè quelli a dimissione difficile. Le cosiddette dimissioni protette vengono catalogate e quindi inizia la trafila di contatti con i familiari, i medici di base, gli assistenti sociali e gli infermieri territoriali per creare una rete al paziente da dimettere. Creare un rapporto tra l'ospedale e i servizi territoriali, la famiglia, il medico di base, attraverso la figura del case manager si traduce in un abbattimento delle durate delle degenze, per coloro che spesso non hanno più bisogno di cure in ospedale ma sono parcheggiati in corsia in mancanza di una soluzione adatta a domicilio. In sei mesi, dei 513 ricoveri in dipartimento, grazie ai case manager, 304 si sono risolti con una dimissione protetta, garantendo una continuità di cura a casa loro, liberando posti letto.

Giada D'Alberto e Nicolas Oppio, case manager del Dipartimento.



L'efficacia della terapia a onde d'urto nelle patologie dell'apparato locomotore

In molti casi il trattamento si rivela alternativo all'approccio chirurgico

Qui sopra: radiografia dello sperone calcaneale. Nella pagina a destra: trattamento della spalla per tendinopatia del sovra spinoso.

Abbiamo intervistato il dottor Paolo Buselli, responsabile della Riabilitazione specialistica presso gli Istituti Ospitalieri di Cremona e componente del Consiglio Direttivo della Società Italiana per la Terapia a Onde d'Urto.

Che cosa è la terapia delle onde d'urto ?

La terapia con onde d'urto consiste di una sequenza di impulsi di stimolazione meccanica, caratterizzati da una grande intensità (>100bar) in un tempo estremamente breve (<10μsec). L'effetto di questa particolare forma di stimolazione meccanica si traduce nell'attivazione a livello dei tessuti e delle cellule di una serie di effetti biologici che possono essere riassunti nella liberazione dei mediatori coinvolti nel controllo della risposta infiammatoria e nello stimolo dei processi di sintesi proteica cellulare. Ne consegue una riduzione dei processi infiammatori, un incremento del microcircolo, uno stimolo alla differenziazione neogenetica dei tessuti.

L'idea classica della litotrissia che agisce "rompendo" il calcolo si è rivelata estremamente limitativa e scarsamente corrispondente a quanto si è rilevato negli studi sulla risposta biologica dei tessuti sia in vitro che in vivo.

Si può affermare che la terapia con onde d'urto è una terapia di biostimolazione dei tessuti.

Esistono particolari indicazioni e controindicazioni all'uso della terapia?

Le indicazioni specifiche all'uso della terapia si sono molto diversificate negli ultimi anni. Le indicazioni maggiormente validate sono riferite alle patologie dell'apparato locomotore, in particolare sull'osso, nel trattamento dei ritardi di consolidamento e delle pseudoartrosi e sui tendini, nelle tendinopatie di spalla e nella fascite plantare. Per queste specifiche terapie esistono ormai riscontri di efficacia clinica e un'ampia letteratura scientifica. Attualmente sta avendo grande impulso anche la sua applicazione alle lesioni cutanee.

Le controindicazioni sono rivolte alla coesistenza di particolari condizioni quali la gravidanza, la terapia con anticoagulanti o particolari disordini della coagulazione, le patologie tumorali, la presenza di cartilagini di accrescimento o di apparecchiature elettroniche quali pace-maker vicino alle sedi di trattamento. Tali controindicazioni sono da riferirsi agli effetti indesiderati che potrebbero derivare nella generazione di fenomeni emorragici locali, di stimolazione delle cellule tumorali, di precoce saldatura della cartilagine, di danno diretto sulle

parti elettroniche. Non risulta problematica invece la presenza di mezzi di sintesi nelle parti sottoposte a stimolazione con onde d'urto. Va posta cautela nella somministrazione delle onde d'urto a livello del tessuto polmonare, ai grandi vasi e a livello del sistema nervoso centrale o dei nervi maggiori.

É possibile illustrare l'efficacia applicativa e l'efficienza della terapia con le onde d'urto in termini di ore di lavoro?

Il trattamento con onde d'urto è un trattamento riconosciuto come efficace, in particolare sulle patologie già descritte. In molti casi il trattamento si rivela alternativo ad un approccio chirurgico. In alcune patologie come nel caso delle paraosteo-artropatie o delle miositi ossificanti si pone come prima scelta di fronte ad altre ipotesi terapeutiche anche chirurgiche.

L'efficienza del trattamento è verificata nel rapporto tra risorse impegnate e risultati ottenuti. In particolare quando si presenta come alternativo ad un atto chirurgico la riduzione di costi, di tempo dedicato, di rischi connessi, realizzano condizioni di chiara efficienza terapeutica.

Il trattamento con onde d'urto si realizza con poche applicazioni, da una a non più di tre. Come esempio di valutazione economica si può citare la valutazione del sistema sanitario austriaco, paese nel quale la terapia con onde d'urto è da tempo diffusa, che ha realizzato una serie di centri regionali per il trattamento delle patologie ossee contando di risparmiare circa 8.000.000 di Euro per anno nella proposta della terapia con onde d'urto come trattamento di prima scelta.

Da un punto di vista scientifico quali sono le prospettive d'applicazione delle onde d'urto nelle sindromi dolorose?

Le onde d'urto non sono una terapia per le sindromi dolorose acute. Intervengono nel trattamento della patologia nel suo insieme e quindi contribuiscono alla riduzione delle sindromi dolorose con il tempo. Solo in alcuni casi vengono proposte per l'effetto associato di riduzione del dolore in alcune specifiche patologie.

Dottore, può parlarci della società scientifica italiana delle onde d'urto?

La Società Italiana per la Terapia con Onde d'Urto (S.I.T.O.D. – www.sitod.it) è stata fondata nel 1999 su iniziativa del Prof. Ezio Maria Corrado, come parte della International Society for Medical Shockwave Treatment (I.S.M.S.T. – www.ismst.com). La SITOD si è contraddistinta per la sua multidisciplinarietà comprendendo inizialmente Ortopedici, Fisiatri, Medici dello Sport, Radiologi e Veterinari e successivamente anche specialisti di altre branche mediche, tutti interessati alla diffusione della metodica in diverse condizioni patologiche di organi ed apparati e promuove annualmente Congressi e Corsi di Aggiornamento sull'applicazione delle onde d' urto.

Chi è Paolo Buselli

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Milano, nel 1982.
Ha conseguito a Milano la Specializzazione in Medicina dello Sport nel 1985 e quindi in Terapia fisica e Riabilitazione nel 1990.
Ha operato quale Direttore del Servizio di Medicina dello Sport ASL di Cernusco S.N. (MI) quindi presso l'A.O. di Sondalo (SO) e successivamente in Riabilitazione Ortopedica. Si è trasferito all'A.O. della Provincia di Lodi in Riabilitazione Specialistica come responsabile della Struttura di "Terapia con Onde d'Urto".
È stato nominato nel 2009 Direttore dell'Unità Spinale presso l'A.O. della Valtellina e Valchiavenna, nel 2010 incaricato Responsabile della Riabilitazione Specialistica presso gli Istituti Ospitalieri di Cremona.
È stato consulente della FIDAL, del Gruppo Sciatori Fiamme Gialle, della squadra GEAS Basket di Sesto San Giovanni (MI).
Ha svolto ruolo di Responsabile Sanitario della F.I.S.I. per le Squadre Nazionali di Salto e Combinata Nordica.
È membro della International Society for Medical Shockwave Treatment dal 1998 e della Società Italiana Terapia con onde d'urto dal 2000, di cui è componente del Consiglio Direttivo.
È stato relatore in numerosi convegni e congressi nazionali ed internazionali ed autore di diverse pubblicazioni con particolare riguardo alle tematiche inerenti la riabilitazione neuromotoria, le terapie fisiche e la terapia con onde d'urto.

Le patologie da trattare con la terapia a onde d'urto

Dalle tendinopatie alle fasciti plantari, fino alle fratture non guarite

La tendinopatia calcifica della cuffia dei rotatori è una patologia conosciuta da molto tempo. La prima descrizione della deposizione di sali di calcio in questa sede viene infatti fatta risalire a Duplay. Uhthoff preferisce chiamarla "tendinite calcificante", sottintendendo come la genesi della sintomatologia dolorosa, che può arrivare ad essere anche estremamente intensa, sia una reazione infiammatoria. I dati sull'incidenza delle tendinopatie calcifiche variano parecchio tra i diversi Autori, tra il 2,7% su spalle asintomatiche (Bosworth) e il 33% su spalle sintomatiche (Friedman). Le calcificazioni si manifestano soprattutto nelle donne di età compresa tra i 30 e i 50 anni; possono essere completamente asintomatiche ma possono essere scatenate da violenti episodi infiammatori o evolvere in forma cronica. Il tendine coinvolto maggiormente è quello del sovraspinoso.

Vi è un accordo generale nell'affermare che le sofferenze della cuffia dei rotatori riconoscono una genesi multifattoriale, comprendendo fattori intrinseci (degenerativi, traumatici, vascolari) e fattori estrinseci (in particolare la morfologia dell'acromion e l'instabilità).

In questa foto: trattamento della fascite plantare.

Il dolore è il sintomo principale della tendinopatia calcifica, si irradia verso il braccio, di solito in regione deltoidea, spesso aumenta nelle ore notturne. Nella fase acuta è presente sia a riposo che durante il movimento.

La diagnosi è affidata in primo luogo all'esame radiografico necessariamente integrato dall'ecografia.

Nella ricerca di una terapia efficace con un' invasività sempre minore, si è fatta strada la terapia con onde d'urto extracorporee con l'ambizione di costituire un ultimo anello di passaggio tra la terapia conservativa classica e la soluzione chirurgica. I diversi Autori riportano in letteratura un buon risultato in proporzione variabile tra il 65 e il 75%. La risposta della calcificazione risulta variabile, riassorbita in un numero ridotto di casi, ma non in modo costante.

Nel 2007 Mouzopoulos e colleghi hanno svolto una revisione sistematica della letteratura da cui traggono l'indicazione di una buona evidenza scientifica dei risultati della terapia con onde d'urto ad elevate energie sulla tendinopatia di spalla.

Per fascite plantare si intende una infiammazione dell'aponeurosi plantare, localizzata solitamente a livello dell'inserzione all'apofisi calcaneale inferiore. Essa si verifica per modificazioni degenerative dovute a sovraccarico persistente e ripetitivo.

Diversi possono essere i fattori predisponenti a tali modificazioni degenerative: un repentino incremento ponderale; l'utilizzo di calzature incongrue; una condizione di alterata biomeccanica del piede; la presenza di dimorfismi dell'avampiede; una riduzione della funzionalità del circolo.

La sintomatologia si manifesta con graduale comparsa di sofferenza a livello del calcagno, più spesso nella parte mediale, in corrispondenza del capo prossimale dell'abduttore del I° dito. Il dolore si verifica soprattutto dopo periodi di inattività: alla mattina al primo passo o quando ci si alza dopo un periodo di riposo.

A completare le possibili strategie terapeutiche tradizionali (terapie fisiche, ortesi, infiltrazioni) si è aggiunta la terapia con le onde d'urto, che ha ricevuto numerose conferme cliniche sino ad essere approvata nel 2001 dalla Food and Drug Administration (FDA) con specifica indicazione. Numerosi sono le pubblicazioni presenti in letteratura che riportano risultati estremamente positivi. Nella più recente revisione della letteratura sull'argomento nel 2007 da Rompe e coll. si ritrovano i dati riferiti circa 2100 soggetti con un riscontro di successo, nelle sofferenze croniche, comparabile con il trattamento chirurgico con evidenza scientifica di indicazione all'utilizzo di questa terapia in particolare nei casi di insuccesso delle terapie tradizionali.

Attualmente non esiste una definizione di non unione di frattura universalmente accettata. Il processo di consolidamento si può definire in relazione al ritardo rispetto alla situazione fisiologica secondo il seguente schema :

- fisiologica la guarigione di una frattura che avvenga in 3 - 4 mesi dal trauma,
- ritardo di consolidazione una frattura che non guarisca in un periodo dai 3 ai 6 mesi,
- pseudoartrosi una frattura che non guarisca in un tempo superiore ai 6 mesi.

È stato statisticamente calcolata una frequenza media annua di fratture, dovute ad evento traumatico, pari all'incirca al 4% della popolazione. Di queste fratture si registra un'evoluzione in pseudoartrosi franca, indipendentemente dai vari tipi di trattamento adottato, per una percentuale di casi inferiore all' 1%. Si può quindi stimare di ritrovare un quadro di patologia ossea di pseudoartrosi, nei postumi di frattura da trauma, pari a circa 4 casi per ogni 10.000 abitanti.

Attualmente il trattamento elettivo è di tipo chirurgico, ma l'introduzione della terapia ad onde d'urto potrebbe coprire una quota importante di questi casi, secondo la letteratura internazionale, potrebbe rivolgersi a circa il 50% dei casi.

La possibilità di un trattamento non chirurgico con la terapia ad onde d'urto per i ritardi di consolidazione e per le pseudoartrosi rappresenta una possibilità di particolare interesse. L'interesse è legato alla possibilità di eseguire un trattamento efficace senza il ricorso ad un atto cruento ed in particolare per quei pazienti che soffrono di condizioni generali che non consentirebbero l'intervento chirurgico o per i quali il peso del trattamento cruento presenta delle condizioni particolarmente sfavorevoli. Infine, ma non ultimo, l'interesse è legato ad una netta riduzione dei costi e dei rischi operatori rispetto al trattamento chirurgico.

Le potenzialità sono ben espresse dal lavoro del dr. Schaden del Trauma Center Meidling di Vienna i cui risultati esprimono la valenza clinica della terapia con onde d'urto nel trattamento delle pseudoartrosi.

Risultati e valenza clinica delle onde d'urto

SEDE	NUMERO	CONSOLIDAMENTO	FALLIMENTO
Omero	75 (10%)	49 (65%)	26 (35%)
Radio	41 (6%)	36 (88%)	5 (12%)
Ulna	61 (8%)	47 (77%)	14 (23%)
Scafoide	30 (4%)	17 (57%)	13 (43%)
Mano	24 (3%)	23 (96%)	1 (4%)
Bacino	17 (2%)	12 (71%)	5 (29%)
Collo del femore	5 (1%)	4 (80%)	1 (20%)
Femore	138 (19%)	107 (78%)	31 (22%)
Tibia	207 (29%)	185 (89%)	22 (11%)
Perone	29 (4%)	25 (86%)	4 (14%)
Artrodesi	28 (4%)	18 (64%)	10 (36%)
Piede	70 (10%)	64 (91%)	6 (9%)
TOTALE	725 (100%)	587 (81%)	138 (19%)

Nasce "Salute per il Veneto", il nuovo sistema di prenotazione on-line

Il tempo per occuparsi della propria salute è sempre meno e l'esigenza di praticità e velocità, e nel contempo di efficienza, diventa sempre più condivisa e pressante. Prenotare una visita medica rischia spesso di trasformarsi in una corsa ad ostacoli: la difficoltà di reperimento delle informazioni utili allo scopo è un problema concreto, il cittadino che cerca indicazioni circa l'ubicazione delle strutture sanitarie pubbliche e private e dei servizi offerti, sulle modalità di prenotazione delle prestazioni e i relativi costi, non riesce a trovare risposte esaustive né in Internet, né tramite i metodi tradizionali. Dall'altra parte della barricata, le strutture sanitarie e la loro difficoltà nel comunicare in modo funzionale l'offerta dei suoi servizi in regime convenzionato e privato, oltre che i costi, i tempi e le eventuali modalità di prenotazione. Il nuovo portale internet "Salute per il Veneto" vorrebbe essere la soluzione efficace per rispondere alle esigenze di entrambe le parti. L'obiettivo principale del progetto è quello di mettere a disposizione un sistema di prenotazione semplice e rapido, in regime convenzionato e privato, disponibile ventiquattr'ore su ventiquattro, in tempo reale e sempre a portata di... clic.

La caratteristica principale è, infatti, l'immediatezza, la facilità di consultazione e la semplicità di aggiornamento

da parte delle strutture. Un servizio pratico e gratuito, con la garanzia di controllo da parte delle strutture sanitarie aderenti, sulla correttezza delle informazioni pubblicate e sull'affidabilità e sicurezza del sistema di pagamento. L'utente, in qualsiasi momento della giornata, potrà prenotarsi la visita di cui ha bisogno, senza alcuna attesa, accedendo al servizio dal proprio computer via browser, da smartphone, oppure tramite il proprio medico di base o farmacista di fiducia.

I vantaggi per il cittadino sono molteplici, primo tra tutti quello di ricevere risposte corrette alle proprie esigenze informative, come, ad esempio, dove sono situati le strutture ed i servizi pubblici e privati più vicini o quali prestazioni, convenzionate o private, vengono erogate nelle vicinanze.

D'altro canto, le strutture sanitarie in questo modo saranno in grado di fornire, tramite uno strumento immediato e al passo con i tempi, informazioni puntuali e corrette circa la propria ubicazione ed i servizi offerti, autonomamente e nel rispetto della privacy dell'utente.

Semplice sarà anche il sistema di pagamento: sarà possibile, infatti, effettuare il pagamento delle prestazioni via web, grazie ai servizi proposti da un primario istituto bancario italiano.

Il progetto, dopo un periodo di sperimentazione, partirà a pieno regime a maggio, e avrà come partner *Salute per il Veneto*, *GipoWeb* e *TuoTempo*. Già in uso in alcune città dell'Emilia Romagna (Bologna, Modena e Parma), in Veneto inizialmente coinvolgerà la zona di Padova e Rovigo (ex "Area Vasta"), e una parte del veneziano. Successivamente si espanderà in tutta la Regione. ■

SALUTE PER IL VENETO

Come prenotare tramite "Salute per il Veneto"

Per prenotare la propria prestazione tramite Salute per il Veneto, occorreranno pochi step.

1) Innanzitutto si potrà scegliere se effettuare la prestazione in regime convenzionato o privato, oppure di non dichiarare alcuna preferenza.
2) Si proseguirà con la ricerca della prestazione: basterà inserire i primi tre caratteri nel campo di ricerca e il sistema mostrerà la lista delle prestazioni disponibili.
3) Si andrà a scegliere, poi, la struttura sanitaria presso il quale effettuare la prenotazione: sarà possibile esprimere la propria preferenza scegliendo dalla lista suggerita dal sistema oppure non effettuare nessuna scelta.
4) Si selezionerà, a questo punto, la data e l'ora più comoda, oppure sarà sufficiente indicare "il prima possibile". Verrà visualizzato un elenco di disponibilità: in base alle proprie esigenze, si opterà per la soluzione preferita.
5) Si procederà, dunque, alla prenotazione, per la quale, però, è necessaria la registrazione dei propri dati personali nel portale (naturalmente nel rispetto della privacy): nome, cognome, numero di cellulare. In questo modo l'utente riceverà via sms la password con la quale confermare la propria prenotazione.
6) Una volta confermata la prenotazione, sarà possibile stampare il promemoria circa l'appuntamento preso (prestazione, medico, orario, prezzo del servizio ed eventuali informazioni aggiuntive) e indicazioni sulla struttura sanitaria dove verrà effettuata la prestazione (come indirizzo e numero di telefono).

In caso di impedimento, sarà ovviamente possibile cancellare l'appuntamento preso, in qualsiasi momento, sempre tramite portale o via sms.

pubb. red. a cura di **Donatella Croatto***

I disturbi del linguaggio nel bambino

Quando una diagnosi precoce può aiutare a risolvere il problema

Dal momento della nascita ogni bambino è esposto alle parole, sviluppando così una capacità tipica della specie umana: la comprensione e la produzione del linguaggio. Si tratta di un processo naturale, che si plasma via via, attraverso un processo imitativo che lentamente mette in grado il bambino di esprimersi verbalmente.

I tempi secondo cui ciò accade sono molto variabili: vi sono infatti bambini che ad un anno sono già in grado di pronunciare più o meno correttamente molte paroline ed altri che a due ancora non pronunciano nulla, ma che, tuttavia, successivamente sviluppano una normale capacità di eloquio verbale.

È noto che nei maschi tale capacità è più tardiva rispetto alle femmine e più facilmente sfocia in un disturbo. Più in generale il 3-5 per cento dei bambini supera i limiti della normalità.

Alla base di tale fenomeno vi può essere semplicemente un ritardo maturativo o una patologia vera e propria che, a causa di un danno a livello dei circuiti neuronali, ne impedisce una corretta strutturazione, determinando un blackout verbale.

Poiché attraverso il linguaggio il bambino apprende nuovi comportamenti, stimola lo sviluppo dell'intelligenza ed è in grado di mettersi in relazione con gli altri, è evidente che il rischio in questi casi è che si rallentino tali processi con conseguenze sia sul piano maturativo generale che su quello relazionale. Spesso le madri preoccupate del ritardo nel manifestarsi del linguaggio, vengono tranquillizzate dai medici circa la normalità di tale ritardo, impedendo così una precoce rilevazione del disturbo.

È fondamentale, invece, individuare al più presto sia i casi di semplice ritardo che quelli di vera e propria patologia: nel primo caso, infatti, spesso sono sufficienti dei consigli alla famiglia su come stimolare l'interazione verbale per avviare il linguaggio; nel secondo caso una presa in carico logopedica consentirà di abilitare il bambino alla parola. Per tutto ciò è necessaria un'équipe specializzata dove il foniatra, il neuropsichiatra infantile, lo psicologo, la logopedista e la psicomotricista, attraverso una collaborazione interdisciplinare, mettano a punto un progetto riabilitativo individuale costruito sul profilo delle sue difficoltà. I risultati della riabilitazione saranno direttamente proporzionali alla tempestività dell'intervento e consentiranno di evitare problematiche successive quali difficoltà di rapporto con i coetanei, problematiche comportamentali e difficoltà scolastiche di apprendimento.

Quello dei disturbi di apprendimento rappresenta un altro ambito estremamente importante poiché colpisce il 4 per cento dei bambini scolarizzati. Si tratta di bambini che, pur se dotati di normali capacità intellettive, manifestano rilevanti difficoltà di lettura e scrittura che impediscono nel tempo un normale curriculum scolastico.

Anche in questo caso una diagnosi precoce consente di limitare i danni e di rendere meno impervio il cammino scolastico del bambino.

Il termine "dislessia" è diventato ormai di uso comune, anche se spesso sono catalogati come dislessici bambini nei quali vi sono solo iniziali difficoltà di apprendimento e che, attraverso una terapia logopedica, possono essere facilmente corretti.

Un inquadramento diagnostico permette di intervenire in modo mirato, accorciando i tempi di recupero. È inoltre necessaria una stretta collaborazione con la scuola per adottare strategie comuni, affiancando gli insegnanti nel risolvere le diverse difficoltà presentate dal bambino.

** La dott.ssa Donatella Croatto (nella foto) è foniatra e Responsabile di Raggruppamento, Centro Medico di Foniatria - Padova.*

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

GRANA PADANO DOP. UN CONCENTRATO DI QUALITÀ.

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

QUANTO SONO IMPORTANTI I NUTRIENTI PER LA DONNA?

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

UN FORMAGGIO UNICO.

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

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

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

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

SE SAI COSA MANGIARE SCEGLI GRANA PADANO

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

GRANA PADANO

Consorzio Tutela Grana Padano

di **Luca Coletto***

Grazie ai veneti che hanno dato il 5 per mille allo IOV

Si chiama IORT (Intra Operative Radiation Therapy) l'ultimo modernissimo strumento entrato in attività oggi in Veneto per contribuire alla lotta al cancro ed in particolare, in questo caso, a quello della mammella. Si tratta di un macchinario estremamente sofisticato, che consente di effettuare una massiccia applicazione di radioterapia direttamente sull'area del tumore durante l'intervento chirurgico di asportazione. Così facendo si otterrà di aumentare l'efficacia dell'intervento e si eviteranno alle pazienti 6 settimane di terapia radiologica post operatoria con 30-40 fastidiose sedute pressoché giornaliere. La nuova tecnica, che si applica per la prima volta in Veneto, verrà inizialmente utilizzata in forma di sperimentazione su non più del 30-40% delle pazienti ed i suoi esiti saranno confrontati con quelli della terapia tradizionale (già essa molto efficace) in altrettante donne operate. Conclusa questa fase, IORT entrerà in funzione a pieno regime. Lo strumento, la cui parte terminale radiante viene introdotta all'interno del campo operatorio a diretto contatto con l'area malata, costa oltre un milione di euro ed è stato acquistato grazie ai proventi del 5 per mille assegnato dai contribuenti veneti allo IOV. Per questo il primo grazie va ai tanti nostri cittadini che hanno voluto partecipare con il loro cinque per mille alla lotta contro il cancro; e poi alle strutture ed agli specialisti dell'Istituto, il cui impegno e la cui professionalità costituiscono un'eccellenza della sanità veneta. Qui si coniugano alla perfezione ricerca e cura, e questo è davvero il massimo per dare ai nostri cittadini il meglio dell'assistenza possibile. IORT promette di essere uno strumento davvero prezioso, per il suo effetto curativo, ma anche per le possibilità che offrirà di diminuire le liste d'attesa. IORT, infatti, consentirà di sostituire con una sola applicazione le 30-40 sedute di radioterapia tradizionali, liberando così lo spazio per molti altri pazienti che necessitano di radioterapia, ma soffrono di una patologia per la quale il macchinario non è utilizzabile.

**Luca Coletto è Assessore alla Sanità Regione Veneto.*

Qui a fianco, l'ingresso dell'Istituto Oncologico Veneto.

di **Leonardo Padrin***

Con il nuovo Piano socio-sanitario stop alle fughe verso altre regioni

Nel Veneto abbiamo quasi tutte le specialità e le alte specialità che la Sanità può esprimere ed allora ci si chiede come mai l'indice di fuga, cioè i veneti che vanno a curarsi fuori regione, sia passato in pochi anni dal 4.4% al 6.4%?

Altro elemento da considerare è che la maggioranza di questi nostri concittadini, circa l'80%, usufruisce di servizi che vengono erogati dalle regioni confinanti.

A questo va aggiunto che la sanità privata continua a fare attrazione mentre questa è persa principalmente dalle aziende ospedaliere (Padova e Verona) e dagli ospedali dei capoluoghi di provincia.

La risposta a questa situazione, l'inversione di tendenza che può fare recuperare al Veneto ruolo nella sanità e ricchezza nella produzione di servizi sanitari che possono essere erogati anche a cittadini che vengono nella nostra regione a farsi curare, è l'accentuazione della ricerca e del ruolo degli atenei ma anche e soprattutto una diversa organizzazione dei servizi ospedalieri.

La gerarchia degli ospedali per acuti non significa realizzare una classifica di qualità ma solo di funzioni, meno ospedali ma più qualificati e più specializzati dove il personale di ogni ruolo ha una esperienza ed una formazione ad altissimo livello ed è in grado di affrontare positivamente ogni eventualità. La rete dei servizi sanitari va poi integrata con strutture diurne per malati cronici, diffuse nel territorio ed al servizio specialmente delle aree nelle quali la dispersione della popolazione è maggiore.

Questi sono i contenuti del nuovo piano socio-sanitario e delle nuove schede ospedaliere che lo accompagneranno. Una rimodulazione dei servizi che partirà dall'assistenza domiciliare, per passare alle strutture diurne nelle quali si effettueranno tutte le diagnostiche e gli interventi chirurgici che non necessitano di ricovero, per arrivare poi alle degenze negli ospedali di provincia che risponderanno a tutte le necessità chirurgiche e mediche diverse dalle alte specialità cioè da quei servizi che servono aree di almeno un milione di abitanti.

Un percorso lineare, semplice ma che incontrerà mille resistenze di mille interessi diversi, molti legittimi, altri strumentali e partigiani ma un percorso obbligatorio al quale la politica non può sottrarsi per timori elettorali. Sapendo però che in politica non tutti sono eroi e non tutti hanno il coraggio di investire sul futuro ma galleggiano solo nel presente è bene che i cittadini vigilino senza farsi incantare dagli affabulatori di quei comitati che sono sempre e solo contro.

L'alternativa a questo percorso semplicemente non esiste se non si vuole imboccare la discesa verso il declino, magari lento ma inesorabile che ci porterebbe ad avere una pessima sanità e molto più costosa delle nostre disponibilità.

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

di **Stefano Fracasso***

Con i sindaci protagonisti la musica può cambiare

La gestione dei servizi socio-sanitari in Veneto ha bisogno di rinnovarsi: ai sindaci dei nostri Comuni, da sempre relegati ad un ruolo marginale, va ora data la possibilità di guidare il cambiamento. Pura utopia? Mica tanto. La conclusione cui sono arrivato nasce da un'analisi approfondita della proposta di riparto alle Ulss per il 2011, fatta dalla Giunta regionale ed ancora in esame nelle commissioni competenti. Ebbene, al di là delle cifre, tra le righe della delibera emergono alcune decisioni che a mio avviso, per essere tradotte in realtà, non possono prescindere da un'attribuzione di maggiori poteri ai sindaci. Altrimenti il riparto – che finalmente e come da sempre chiediamo, giunge a definizione nella prima parte dell'anno – è destinato a rimanere un'incompiuta. La scelta del governo veneto è stata quella di fissare i criteri di finanziamento a "costo standard" anziché sulla spesa storica. Una decisione che produrrà alcuni pesanti effetti, come la contrazione delle risorse per l'assistenza farmaceutica (meno 100 milioni rispetto al 2010) e quella specialistica (meno 238 milioni).

Al contempo verranno spostate maggiori risorse a favore della medicina territoriale. E qui sta il punto su cui desidero soffermarmi. A differenza dell'assistenza ospedaliera, va detto che la medicina di base e quella distrettuale si interconnettono profondamente con i servizi sociali dei Comuni e che sono di fatto complementari nell'assicurare la continuità assistenziale.

Siamo dunque di fronte ad uno spostamento non solo economico bensì di equilibri nella governance dei servizi. Ma perché questo nuovo corso non resti solo sulla carta è appunto necessario accompagnare il processo attribuendo competenze più ampie alle Conferenze dei sindaci. Questo per quanto concerne la programmazione, la verifica e la valutazione dell'organizzazione dell'assistenza. Va insomma operata una rottura con il modello manageriale che caratterizza i servizi ospedalieri e che esaspera un approccio contabile. Con i sindaci protagonisti, validi interpreti delle istanze dei loro territori, la musica può invece cambiare. E la qualità potrà tornare ad essere il criterio-principe nella gestione di un così delicato settore.

**Stefano Fracasso è consigliere regionale del Partito Democratico Veneto.*

di **Umberto Iazzetta***

Farmacie multiservizio: chiediamo il gradimento della gente

È ormai prassi consolidata, e non solo nella nostra regione, quella di ricercare nuove forme e modi di comunicazione e organizzazione dei servizi, perché essi siano sempre più vicini ai cittadini.

Possiamo immaginare che anche in sanità si possa parlare di "servizi di prossimità" di assistenza erogata alla persona e alla famiglia. I tentativi proposti sino ad oggi sono stati mirati a raggiungere questo scopo, ma bisogna fare attenzione alle proposte borderline, come quella di far distribuire alle Poste farmaci salvavita a domicilio dei pazienti appena dimessi, come fossero raccomandate (che, tra l'altro, arrivano spesso in ritardo). Però il coinvolgimento delle farmacie, che ben conoscono le esigenze degli utenti e sono distribuite in modo capillare, può essere utile. I decreti attuativi pubblicati in Gazzetta Ufficiale (n. 57 del 10.03.2011 e n. 90 del 19.04.2011) prevedono che le farmacie debbano dedicare appositi spazi all'erogazione dei servizi, con esposto un elenco degli stessi: dai test di autodiagnosi (quelli che il paziente può eseguire nella propria abitazione anche con il supporto di un operatore, nel caso di non autosufficienza) a quelli più comuni (glicemia, colesterolo, trigliceridi), fino al test per la rilevazione del sangue occulto nelle feci, per la prevenzione del cancro al colon. Il decreto n. 90 regolamenta inoltre l'attività degli operatori sanitari in farmacia e a casa del paziente, che deve essere esclusivamente svolta da infermieri e/o fisioterapisti iscritti al loro collegio professionale (dove esiste). La segreteria veneta di Cittadinanzattiva ha preparato un questionario proprio per capire la disponibilità ad usufruire dei servizi che ipotizziamo possano essere offerti: prenotazione esami; visite specialistiche; ritiro referti; consulenza/assistenza psicologica; prestazioni fisioterapeutiche; elettrocardiogramma; esami (glicemia, colesterolo); holter pressorio; assistenza domiciliare; reclutamento badanti; disbrigo pratiche sanitarie; noleggio presidi ortopedici; servizio infermieristico in sede e/o a domicilio (iniezioni, medicazioni). Chiediamo dunque ai cittadini di compilare il questionario, che distribuiremo all'interno (e con la collaborazione) delle farmacie.

È di questi giorni la notizia che al Ministero, il "tavolo di monitoraggio" sull'andamento dei conti delle Regioni, ha certificato un attivo di oltre 12 milioni di euro per il bilancio consuntivo 2010. Dopo il balletto delle cifre a cui abbiamo assistito negli ultimi mesi, finalmente, da fonte certa, sappiamo la nostra sanità ha i conti in regola. Al punto che si potrebbero ipotizzare nuovi investimenti "produttivi" per renderla sempre più rispondente ai bisogni dei cittadini. Mi auguro che tutta la classe politica regionale si impegni a ridurre la forbice delle disuguaglianze in sanità, potenziando i servizi in quelle zone che sono oggetto di fughe passive, riequilibrando il servizio sanitario veneto per ridurre le spese e il disagio che il pendolarismo sanitario impone.

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

Bilancio sociale di Antonveneta, un anno di impegno per il territorio

Con oltre 640 milioni di euro distribuiti si conferma banca di riferimento del Nordest

Un'immagine della presentazione del bilancio sociale di Banca Antonveneta.

Un bilancio sociale completamente rinnovato nella sua veste grafica, secondo principi di trasparenza e semplicità di lettura, con oltre 640 milioni di euro di valore economico distribuiti alla comunità del Triveneto. È quello che il presidente Andrea Pisaneschi e il direttore generale Giuseppe Menzi di banca Antonveneta hanno presentato martedì 10 maggio alle autorità cittadine e a tutti gli stakeholder. Tra i presenti Flavio Zanonato sindaco di Padova, Fortunato Rao direttore generale ULSS16, Alberto Amadori direttore scientifico dello IOV e Francesco Pagano vicepresidente della Fondazione per la Ricerca Biomedica Avanzata. Tra i dati più significativi, Antonveneta vanta un valore economico distribuito pari a 642,4 milioni di euro (contro i 623,5 milioni del 2009), ripartito tra le risorse umane, la pubblica amministrazione, gli enti, le associazioni, le istituzioni e i fornitori presenti sul territorio, confermandosi Banca di riferimento per il Nordest. Il sostegno alle famiglie e alle imprese in difficoltà si è protratto per tutto il 2010 con risultati importanti. A fine dicembre, grazie al programma "Combatti la crisi", le iniziative di sospensione delle rate del mutuo e di rimodulazione e ristrutturazione del debito sono state complessivamente pari a 1871, per un totale di circa 1 miliardo di euro. Di rilievo anche le misure messe in atto a novembre per le popolazioni colpite dall'alluvione, come "Insieme per ricostruire" - il pacchetto di mutui e finanziamenti riservati -, e "Aiutiamoci subito", iniziativa concretizzatasi con l'apertura di un conto corrente dedicato alla raccolta fondi. La Banca, inoltre, insieme alla Fondazione Antonveneta, si è impegnata in prima linea consegnando al Presidente della Regione Veneto, in qualità di commissario delegato per l'emergenza alluvione, un contributo a fondo perduto di 150 mila euro, oltre ai 50 mila euro provenienti dalla raccolta benefica.

Nell'ottica di una costante collaborazione con le realtà a forte impatto sociale del territorio, Antonveneta nel luglio 2010 ha acquisito il servizio di Tesoreria del "Polo Sanitario di Padova" (Azienda Ospedaliera di Padova, l'ULSS16 e lo IOV – Istituto Oncologico Veneto). Nell'ambito dell'accordo sono stati predisposti prodotti a condizioni vantaggiose per i dipendenti della struttura ed è stato inaugurato un nuovo sportello, denominato "Agenzia Ospedale". Nel corso della presentazione, il direttore Menzi ha più volte ricordato la vocazione rosa della Banca visto il 54% di donne sul totale complessivo dei dipendenti. Tra i principali obiettivi dichiarati per il 2011, il rinnovamento del rapporto con la clientela, la velocizzazione dei tempi di risposta ed il miglioramento della qualità del servizio, l'ampliamento delle quote di mercato e la sensibilizzazione per la tutela dell'ambiente. ■

Principali dati al 31 dicembre 2010

Valore economico distribuito	642,4 mln di euro (2 mln di euro da distribuire alla collettività tramite la Fondazione Antonveneta)
Clientela	Acquisiti 12.000 nuovi clienti netti
Raccolta	+ 6,2% rispetto al 2009
Risparmio gestito	+ 570 mln di euro
Impieghi (inclusi mutui erogati per 2,2 mld di euro)	+ 7% rispetto al 2009
Mercato estero	+ 2% rispetto al 2009
Personale	3.087 unità (45,8% uomini – 54,2% donne – età media 40,5 anni)
Formazione	20.079 giornate – uomo

Decreto farmacie, FederAnisap al Tar contro il Ministero della Salute

Federanisap, l'Associazione Nazionale delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private, ricorre al Tar contro il Ministero della Salute in merito ai nuovi servizi concessi alle farmacie dai decreti ministeriali del dicembre scorso. La normativa consente infatti ai titolari di farmacie di effettuare prestazioni sanitarie come il test del colesterolo, delle urine e della glicemia, nonché di erogare trattamenti di infermieri e fisioterapisti. Il ricorso presentato lo scorso 6 maggio al Tribunale amministrativo regionale del Lazio, cui si è unita anche l'Anisap del Veneto, giudica questi provvedimenti "gravemente lesivi e penalizzanti per la categoria". Il disappunto è espresso chiaramente nelle motivazioni della richiesta di sospensiva: «Si consente alle farmacie di erogare una serie di prestazioni sanitarie che, seppur formalmente appaiono inserite nel concetto di "autodiagnostica", sono di fatto demandate al farmacista, con l'ausilio di un Operatore Sanitario, che può erogarle a condizioni palesemente più favorevoli ed assolutamente prive di controllo da parte degli Organi Regionali, normativamente preposti alla vigilanza, alla programmazione ed al monitoraggio delle prestazioni sanitarie». Federanisap non solo denuncia quella che considera una discriminazione a suo sfavore ma afferma che vi sia una contraddizione di fondo: mentre numerose amministrazioni regionali sono orientate verso un restringimento dell'attività delle istituzioni sanitarie ambulatoriali private, il Governo decide di allargare queste prestazioni a vantaggio delle farmacie. Il ricorso depositato al Tar si avvale del parere del professor Mario Plebani, professore ordinario di Biochimica Clinica all'Università di Padova secondo il quale il decreto presenta "elementi di grave pericolosità per la salute dei cittadini-pazienti, oltre che aggiungere una fonte di spesa ingiustificata per il Sistema Sanitario". Plebani espone i rischi in questo modo: «Il presente decreto – è scritto nel parere di cui il ricorso si avvale – disarticola l'erogazione di esami di laboratorio da parte delle farmacie, creando un contesto isolato e pericoloso non solo e non tanto per i possibile effetti di aumento dei costi, ma soprattutto di richieste inappropriate, e risultati interpretati al di fuori del contesto clinico che possono generare effetti negativi per i pazienti». Plebani sottolinea quindi che l'estensione dei servizi di laboratorio alle farmacie non prevede al momento nessuna metodologia di controllo e di assicurazione di qualità per i pazienti/utenti. Fra gli aspetti poco chiari, inoltre, c'è quello relativo al rispetto dei meccanismi di detenzione dei materiali e dello smaltimento dei rifiuti secondo i parametri di legge. Il ricorso intrapreso da Federanisap parla senza mezzi termini di "mercificazione": «Si autorizzano – è scritto nel documento – circa 17.796 farmacie a divenire, in sostanza, poliambulatori, mercificando le prestazioni sanitarie rese in favore degli utenti, alla stessa stregua della distribuzione commerciale, che ovviamente soggiace a regole e logiche del tutto differenti da quelle preposte al controllo della salute». Per il Veneto e le altre regioni "virtuose", secondo Federanisap non c'è «necessità di estendere le prestazioni sanitarie alle farmacie, ed anzi ciò comporta una regressione dell'eccellenza raggiunta».

ANISAP Veneto

a cura del dottor **Michele Clementi***

La crisi delle aziende ortopediche è reale

Le aziende del comparto dell'Assistenza Protesica assistono in Italia circa 3 milioni di cittadini. L'Assistenza Protesica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza, vale a dire quell'insieme di cure che lo Stato deve necessariamente garantire agli aventi diritto. Le aziende ortopediche lavorano con un tariffario del 1999, ad oggi incrementato solo del 9% da non tutte le Regioni italiane, quando la sola inflazione programmata richiederebbe, dopo tutto questo tempo, un incremento almeno del 30%. Le Aziende Sanitarie pagano intorno ai 90 giorni solo in tre Regioni particolarmente virtuose, tutte le altre hanno incrementato pericolosamente i giorni di pagamento arrivando a picchi di 900 giorni. Pagare a 900 giorni significa, per un imprenditore, fornire un dispositivo medico ed una professionalità, e ricevere il compenso dovuto (fissato dal Ministero, non dall'imprenditore) solo dopo aver pagato per 36 volte stipendi e contributi ai propri dipendenti e tasse all'erario. Dimenticavo: guai a chiedere gli interessi alla propria Asl, onde evitare di compromettere i rapporti. In alcune Regioni è stato disposto il blocco delle azioni esecutive e dunque l'azienda ortopedica fornitrice che decidesse di agire per la salvaguardia dei propri interessi e per tutelare i propri diritti, non lo può fare. Ancora. L'azienda sanitaria che decidesse di pagare il proprio fornitore, deve prima verificare tramite Equitalia che lo stesso non sia debitore della Parte Pubblica per una cifra superiore ai 10 mila euro. In questo caso, la Asl può non pagare l'azienda ortopedica con la fedina penale "sporca". Ricordiamo che l'azienda fornitrice potrebbe essere inadempiente verso qualche tassa/contravvenzione/contributo, proprio perché la Asl non paga e dunque all'azienda manca la liquidità necessaria. Ancora. Le aziende sanitarie perseverano nell'utilizzo dello strumento della gara anche per acquisire dispositivi orto protesici "su misura" (numerose sentenze e pareri condannano questa prassi), creando un clima di corsa al ribasso tra aziende già in difficoltà. Mi domando se un paziente accetterebbe di sottoporsi ad un'operazione chirurgica a cuore aperto, facendo operare il chirurgo che ha vinto una gara al ribasso. La mia è un'iperbole, ma fino ad un certo punto. Ancora. Una Legge Finanziaria ha introdotto una tassa del 5% (a carico di chi produce o immette in commercio dispositivi medici) per le attività di promozione rivolte a medici, operatori professionali e dirigenti Asl. Ora, in un passaggio della recente Assemblea di Confindustria, si è finalmente sgombrato il campo da un odioso luogo comune secondo cui l'imprenditore è per definizione un soggetto propenso al lamento anche senza motivo. Le aziende ortopediche stanno realmente vivendo una fase di enorme difficoltà, e le Istituzioni dovrebbero tutelare chi realmente garantisce l'Assistenza Protesica.

**Il dottor Michele Clementi è segretario Assortopedia.*

Assortopedia
Associazione Nazionale Aziende Ortopediche

Gvdr presenta il proprio Bilancio Sociale 2010

Oltre 419 mila prestazioni erogate nell'ultimo anno, in aumento l'attività privata

Anche quest'anno Gvdr, Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione, ha presentato il suo bilancio sociale nella sala consiliare del municipio di Cadoneghe. Si è trattato di un momento importante per il gruppo perché ha reso visibili i propri valori, i tratti distintivi e le linee guida della sua attività. Alla presentazione hanno partecipato il dottor Giuseppe Caraccio (presidente Gvdr), Maria Stella Zaia (consigliere delegato), l'ingegner Mirco Gastaldon (sindaco di Cadoneghe), il dottor Gianpaolo Fagan (direttore di Anisap Veneto – Trentino Alto Adige) e il dottor Daniele Donato (direttore sanitario Ulss 16 Padova). Il Gruppo Veneto Diagnostica Riabilitazione è nato nel 2007 dalla fusione di Fisiovicentina (sede a Barbarano Vicentino) con il Centro Medico Fisioguizza (attivo da oltre 20 anni a Padova) e comprende anche il Centro Fisioterapico Padovano e Radiologia Scrovegni, entrambi a Cadoneghe. La realtà di Gvdr è in continuo miglioramento e innovazione, e sintetizza la sua mission con lo slogan "Valore al tuo benessere". Al centro viene sempre l'utente, al quale è offerto un servizio di qualità, che sia attento alle sue esigenze e sia inserito in un ambiente umano e sicuro. Molti gli obiettivi raggiunti nel 2010. In primis l'attivazione di nuovi servizi quali la riabilitazione polmonare, cardiologica e l'idrochinesiterapia, e il rinnovo del sito www.gvdr.it, con il lancio della nuova testata giornalistica on-line (www.nordestsanita.it). A cavallo tra il 2010 e il 2011 sono stati completati i lavori della nuova Fisioguizza, diventata operativa sin dai primi giorni del 2011. Nell'ultimo anno è stato rilevato un incremento dell'attività privata e, per agevolare i pazienti, sono proseguite le convenzioni con gli enti creditizi per ottenere gli sconti sulle prestazioni. Quest'anno è stata presentata la richiesta dell'attestato d'idoneità al sistema di qualità regionale per tutte le branche e strutture che non sono oggetto di accreditamento. Nel 2010, è stato riscontrato un aumento nelle cifre delle prestazioni erogate: 419.454 in totale, di cui 256 mila nella struttura di Cadoneghe, oltre 150 mila a Padova e quasi 13 mila a Barbarano Vicentino. Nel corso del 2010 sono 118 le persone che collaborano a vario titolo con Gvdr. Questo dimostra che la struttura è ormai consolidata e che l'ampliamento di organico dal 2009 è stato adeguato all'aumento di prestazioni rilevato. Giuseppe Caraccio ha annunciato che «per il 2011 puntiamo sulle risorse umane, sulla professionalità e la formazione del nostro personale, per ottenere un servizio che sia di qualità sempre maggiore». Previsti, infatti, l'ampliamento del programma formativo Ecm (disponibile al sito www.nordestsanita.it) e la creazione di alcuni gruppi di lavoro per arricchire le conoscenze del personale sanitario; inoltre Gvdr aderirà anche al nuovo portale www.saluteperilveneto.it. Il 2011 sarà foriero di altri progetti come la medicina del lavoro e i progetti "Valore al tuo benessere di donna" e "Valore al tuo benessere: controlla il tuo peso!".

we care

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

Formazione

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

Servizi e Assistenza

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

800-628-772

WORKSHOPCARE
www.workshopcare.com

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

mumbledesign

a cura del dottor **Francesco Peruzzi***

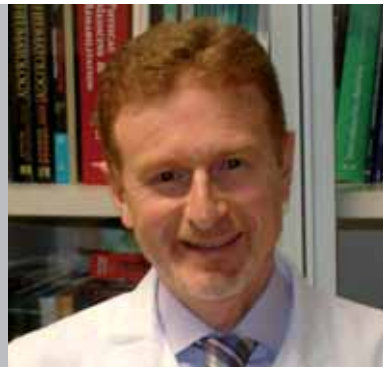
Diagnostica per immagini e amianto

Amianto, o asbesto, è il nome di un gruppo di minerali naturali a struttura fibrosa, resistente al calore e al fuoco, fonoassorbente e termoisolante. È stato molto utilizzato (edilizia, industria, tessuti e trasporti) ed è stato presente in oltre 300 prodotti diversi come per esempio la nota miscela cemento-amianto Eternit impiegata per coibentare edifici, navi, treni. L'amianto è pericoloso se è friabile, perché le lunghe e sottili fibre (1300 volte più sottili di un capello umano) penetrano in profondità nei polmoni e nella pleura e hanno un effetto fibrogenico; se invece è compatto non esistono particolari rischi per la salute. L'amianto può provocare l'asbestosi, malattia cronica del polmone che determina insufficienza respiratoria e che è ormai scomparsa dagli ambienti di lavoro, cancro del polmone e mesotelioma pleurico, tumore quest'ultimo raro ma più frequente negli esposti all'amianto. La cessazione dell'uso dell'amianto è stata deliberata con la legge 257/1992. Le malattie conseguenti all'esposizione all'amianto si manifestano in genere dopo molto tempo dall'esposizione iniziale, spesso dopo 20 anni, quindi è giustificato controllare i lavoratori esposti anche quando hanno terminato di lavorare. La diagnostica per immagini ha un ruolo centrale nella valutazione dei polmoni dei lavoratori esposti all'amianto. Per le implicazioni medico-legali e assicurative, il medico radiologo ha il compito non solo di rilevare le eventuali alterazioni pleuriche o polmonari presenti, ma anche di determinare se esse siano riferibili all'esposizione all'asbesto, di valutarne l'estensione e di escludere altre cause delle lesioni. Oggi la metodica diagnostica di scelta per la valutazione del torace è la TAC, o TC, e in particolare la TC ad alta risoluzione (HRCT) e a bassa dose di radiazioni, che permette di evidenziare alterazioni pleuriche e polmonari con più precisione rispetto al comune esame radiografico del torace, esponendo il soggetto a una limitata dose di radiazioni. La più comune manifestazione dell'esposizione all'amianto sono le placche pleuriche, che sono ispessimenti pleurici circoscritti, in piccola percentuale di casi calcificati, ben identificabili con TC e HRCT e caratterizzabili in base alla sede e alla forma. Le placche devono essere distinte da alterazioni diverse e da alterazioni non correlate all'amianto. Le placche pleuriche sono asintomatiche e benigne, cioè non sono cancerogene e non diventano maligne. Le placche pleuriche, che sono un marker di esposizione all'amianto, sono diagnosticabili dopo molti anni dall'esposizione iniziale e il loro riconoscimento è importante per il lavoratore ai fini assicurativi. Poiché le placche sono benigne, una volta identificate e caratterizzate con certezza non richiedono trattamento. Nei soggetti portatori di placche però possono insorgere altre malattie correlate all'esposizione all'amianto. L'esame CT e HRCT dei pazienti esposti asintomatici, cioè senza manifestazioni cliniche di malattie polmonari, può far rilevare un nodulo polmonare. In base alle dimensioni e ai caratteri TC emergono le indicazioni o all'approfondimento diagnostico immediato, con esame anatomo-patologico, o al controllo dopo tre o sei mesi, per escludere che si tratti di carcinoma broncogeno. Il rischio di carcinoma broncogeno è molto più alto nei lavoratori esposti all'amianto che fumano rispetto ai soggetti non fumatori e non esposti, ma la diagnosi precoce può salvare la vita e proprio l'esame TC del torace permette di fare una diagnosi precoce di un tumore polmonare. La TC e l'HRCT si propongono quindi ai lavoratori che sono stati esposti all'amianto come esami utili sia per cercare i marker dell'esposizione, a fini assicurativi, sia per la diagnosi precoce di eventuali lesioni.

**Il dottor Francesco Peruzzi è specialista in Radiologia e si occupa della valutazione radiologica dei lavoratori esposti all'amianto.*

a cura del prof. **Stefano Masiero***

La disfagia orofaringea



La deglutizione normale è un atto fisiologico, che si svolge in parte sotto il controllo volontario e in parte in via riflessa, il cui esito finale è di trasportare il cibo dalla bocca allo stomaco. Per disfagia orofaringea s'intende un difficoltoso passaggio del cibo dalla bocca allo stomaco che può interessare sia i liquidi che i cibi solidi. Nella maggior parte dei casi la disfagia è provocata da malattie neurologiche come l'Ictus, il morbo di Parkinson, la Sclerosi Laterale Amiotrofica, la Sclerosi Multipla, la demenza. Altre cause sono i tumori alla testa e al collo, le miopatie e le cause iatrogene come gli effetti collaterali di radianti al collo o al cavo orale. Le principali conseguenze della disfagia orofaringea sono rappresentate dalla disidratazione e dal deterioramento dello stato nutrizionale a causa dell'insufficiente apporto di liquidi e cibo, e dal passaggio di cibo o saliva nelle vie aeree e nei polmoni che può causare infezioni polmonari e talvolta morte. La disfagia con le sue complicanze è diffusa anche tra i soggetti anziani, poiché l'invecchiamento può provocare indebolimento dei muscoli masticatori, perdita dei denti, disfunzioni dell'odorato e del gusto, e una ridotta salivazione. Quando la disfagia è grave e ad elevato rischio di complicanze la nutrizione viene garantita con l'uso di un sondino naso-gastrico o attraverso una sonda inserita in sede gastrica (Gastrostomia Percutanea) che è una metodica ben accettata e tollerata, in grado di migliorare la qualità di vita del paziente stesso. Numerosi pazienti però possano trarre beneficio da un trattamento riabilitativo per prevenire le complicanze e di favorire una ripresa di una alimentazione varia e completa per via orale.

L'intervento riabilitativo si caratterizza per le seguenti modalità di approccio:

1) Modificazione delle caratteristiche della dieta per rendere l'atto deglutitorio meno difficoltoso e a minor rischio di complicanze. Nella disfagia causata da malattie neurologiche per facilitare la deglutizione e ridurre il rischio di complicanze, si consiglia l'assunzione di liquidi modificati di consistenza attraverso l'utilizzo di sostanze quali addensanti e l'assunzione di cibi semisolidi.

2) Posture compensatorie e manovre di protezione delle vie aeree che sono interventi che permettono la variazione delle dimensioni della faringe e/o della direzione del decorso del cibo durante l'atto deglutitorio con l'obiettivo sia di migliorare la detersione oro-faringea, sia di ridurre il rischio di inalazione. Tra le posture facilitanti, le più frequenti a cui si può ricorrere sono: flessione e l'inclinazione laterale del capo cui si associa un controllo dell'atto respiratorio per favorire la protezione delle vie aeree.

3) Tecniche rieducative con l'obiettivo di ripristinare le funzioni motorie o sensitive alterate nella dinamica deglutitoria. Si utilizza un programma di esercizi che può comprendere esercizi semplici (mobilizzazione delle labbra o della lingua, esercizi di assistenza alla respirazione) o esercizi più complessi (manipolazione e preparazione del cibo in cavità orale con una adeguata masticazione e sua propulsione verso la cavità faringea).

Presso l'Azienda Ospedaliera di Padova è attivo un ambulatorio per la valutazione e il trattamento riabilitativo della disfagia orofaringea.

**Il prof. Stefano Masiero è Direttore della U.O.S. per la "Gestione riabilitativa delle disfagie in ambito pediatrico e dell'adulto e dei postumi delle gravi cerebrolesioni" di Padova.*

È Tullio Pozzan, direttore del VIMM, il migliore scienziato di Padova

Tullio Pozzan, biologo cellulare di origine veneziana, Direttore Scientifico dell'Istituto Veneto di Medicina Molecolare (VIMM), è risultato migliore scienziato operante a Padova secondo la classifica dei Top Italian Scientist della VIA Academy e al 15° posto tra tutti i ricercatori italiani operanti sia in Italia che all'estero.

Il prof. Tulllio Pozzan.

Prof. Pozzan, può spiegarci cos'è l'H-index utilizzato da Virtual Italian Academy (VIA) e quali sono i criteri di valutazione?

L'H-index, è un parametro bibliografico obiettivo che è stato introdotto alcuni anni fa e serve per giudicare l'impatto delle pubblicazioni di un ricercatore sulla comunità scientifica. L'H-index si basa sulle citazioni che un certo autore ha ricevuto negli anni.

Esistono banche dati in cui sono disponibili gli elenchi di tutte le citazioni ricevute da ogni singolo articolo pubblicato su giornali scientifici internazionali. Attraverso una specifica formula si riesce a calcolare l'indice. L'H-index, riflette non tanto il numero delle citazioni totali, ma soprattutto la continuità dell'interesse della comunità scientifica internazionale per la ricerca di uno scienziato.

Una soddisfazione personale dunque, ma senz'altro un importante traguardo anche per il VIMM, istituto di ricerca di cui è Direttore Scientifico dal 2005?

Certamente, fa sempre piacere sapere che il proprio lavoro sia stato ritenuto importante dai colleghi. Sono convinto che indici obiettivi come l'H-index siano utilissimi soprattutto per comparare la qualità scientifica complessiva di comunità omogenee di ricercatori (istituti di ricerca, dipartimenti, facoltà). A questo proposito mi fa piacere ricordare che tra i primi 8 ricercatori della Facoltà di Medicina di Padova (valutati attraverso l'H-index) ben 3 lavorano al VIMM; non solo, ma ben 7 dei ricercatori che lavorano al VIMM sono compresi tra i primi 400 scienziati italiani nella classifica della VIA Academy.

Ci spieghi brevemente che tipo di ricerca si svolge al VIMM?

Il VIMM, braccio operativo della Fondazione per la Ricerca Biomedica Avanzata, è un'istituzione privata che lavora in strettissima sinergia con l'Università di Padova, l'Azienda Ospedaliera e lo IOV.

La ricerca svolta al VIMM si pone come meta l'integrazione tra la ricerca di base e quella clinica.

I ricercatori del VIMM hanno competenze e formazione diverse (ci sono fisici, chimici, biologi e medici) ma collaborano efficacemente per scoprire le cause molecolari e cellulari di alcune malattie oggi incurabili. Tra queste i tumori, con particolare interesse al cancro della prostata, del fegato e le leucemie; le malattie del muscolo cardiaco e scheletrico; le malattie neurodegenerative, tipo Alzheimer e Huntington; le malattie genetiche, in particolare le sordità acquisite e congenite; alcune malattie infettive quali le infezioni da Helicobacter pilori e da virus epatici.

Allo stesso tempo i ricercatori del VIMM sono impegnati nello sviluppo di nuove tecniche diagnostiche o di terapie innovative. La nostra ambizione è quella di trasferire il più rapidamente possibile ai laboratori di analisi o al letto del malato le nostre scoperte.

Michelli impianti s. n. c.

IMPIANTI ELETTRICI E TECNOLOGICI

ORGANISMO DI CERTIFICAZIONE

EURO-SOA

SINCERT ISO 9000/2001

MICHIELLI IMPIANTI s.n.c.

VIALE SVEZIA, 12
35020 Z.I. RONCAJETTE
PONTE SAN NICOLÒ (PD)

Tel. 049 8962771
Fax 049 8966136
www.michielliimpianti.com
e-mail: mchimp@tin.it

LA NOSTRA AZIENDA SI OCCUPA DI:

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

NEL SETTORE DEL:

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

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

Multidisciplina Ironman, infortuni e Hilterapia®

Intervista ad Andrea Re, *Ironman* e 8 volte campione del mondo di canottaggio, e al suo terapista Salvatore Germano

Il triathlon è uno sport di impegno e di fatica che unisce tre prove diverse, affrontate in immediata successione: nuoto, ciclismo e corsa. Un mix di discipline molto impegnative, a livello mentale ma anche corporeo, e per affrontarle ci vuole "fisico". Quello che di certo non manca ad Andrea Re, otto volte campione del mondo di canottaggio, che negli ultimi anni si è dedicato a questo sport chiamato in America "Ironman". Anche ai migliori, però, qualche "incidente di percorso" può capitare, ma grazie ad Hilterapia® anche le situazioni più difficili vengono affrontate con successo. «Nella mia lunga e gratificante carriera di canottiere - racconta Andrea Re - ho avuto il privilegio di poter quasi sempre sottoporre il fisico a carichi di lavoro molto pesanti senza incorrere in infortuni rilevanti. Senza dubbio devo ringraziare "madre natura" per avermi dotato di una struttura muscolo-tendinea valida, ma con un po' di presunzione, ritengo che la capacità di gestione del carico e "l'intelligenza motoria", abbiano contribuito a ridurre gli infortuni. Terminata la carriera di canottiere, dopo un paio di anni sabbatici mi sono avvicinato al triathlon rimanendo affascinato dalla triplice. Così dopo un anno di attività mi sono messo in gioco con la distanza più affascinante: l'Ironman». Andrea Re ci spiega in che cosa consiste questa specialità. «L'Ironman consiste in 3800 metri di nuoto, 180 km di bici e per finire una maratona. Carichi di lavoro ovviamente totalmente differenti da quelli del canottaggio, e chilometraggi importanti, che significano ore e ore di allenamento». La differente preparazione e i carichi di lavori differenziati portano spesso l'atleta ad infortunarsi. «Quest'anno durante la preparazione per Ironman - Lanzarote incappo in un fastidio che mi condiziona la preparazione. Mi viene diagnosticato un versamento all'origine del tensore della fascia alta che mi provoca dolore elevato ma soprattutto sono impedito nella corsa. E qui intervengono gli indubbi vantaggi della multi-disciplina: se hai un problema difficilmente sei condizionato nelle tre possibilità di lavoro. Per un periodo ho nuotato e pedalato e per circa due settimane su suggerimento del fisiatra ho solo nuotato». A questo punto interviene in aiuto del campione la Hilterapia®. «Intanto mi sono affidato alle cure del dottor Salvatore Germano presso il Centro Specializzato Hilterapia® Polimedica San Lanfranco a Pavia dotato di apparecchiatura per

Hilterapia® Hiro 3.0. Posso affermare con soddisfazione e convinzione, che questo tipo di terapia, abbinata all'attenzione meticolosa e alla disponibilità del dottor Germano, hanno contribuito in modo determinante a risolvere positivamente il problema, permettendomi di salvaguardare parzialmente e positivamente la preparazione, e di presentarmi a Lanzarote in buone condizioni».

Andrea è stato affidato alle cure di Salvatore Germano, Massofisioterapista – Chinesiologo presso il Centro Specializzato Hilterapia® della Polimedica San Lanfranco – Pavia, che ci racconta la sua esperienza con il nostro campione. «Ho iniziato a trattare Andrea Re i primi giorni di febbraio 2011 perché avvertiva un grosso fastidio all'anca, rivelatosi un versamento all'origine del tensore della fascia lata. Trattare un atleta del calibro di Andrea non è mai semplice: ci troviamo di fronte a un super atleta che si prepara per una gara massacrante che oltre a stressare fortemente la psiche porta a un notevole stress di tutto l'apparato locomotore. Chi si prepara per l'Ironman, anche se infortunato, non rinuncia mai all'allenamento». Un processo riabilitativo piuttosto lungo e complesso. «Andrea è stato trattato esclusivamente con Hilterapia®. Inizialmente abbiamo effettuato una fase intensiva di trattamento in cui ci vedevamo giornalmente, per due settimane, dove ho ricercato prima l'effetto antinfiammatorio e antiedemigeno, con conseguente riduzione dell'edema, poi un'azione antalgica sfruttando l'iperemia prodotta dal raggio di Hilterapia® (che produce un drenaggio delle sostanze algogene). A questa prima fase abbiamo intervallato delle sedute bisettimanali in cui abbiamo alternato un lavoro antiedemigeno sul tensore della fascia lata e uno decontratturante, oltre che sul tensore della fascia lata anche sul grande, medio e piccolo gluteo e sul quadrato dei lombi. Nel frattempo Andrea ha ripreso gli allenamenti sia di corsa, sia di bici e ha continuato anche con quelli di nuoto. Proprio per questo ho deciso di continuare la terapia con frequenze di una seduta alla settimana, per prevenire e migliorare il tono-trofismo muscolare. Giusto per avere un'idea del carico di allenamento di questi atleti, Andrea nel solo mese di aprile ha percorso 1100 km in bici, 180km di corsa e 20km di nuoto». E i risultati della terapia si sono visti subito. «Già a dieci giorni dalla gara, Andrea non avvertiva più fastidio al tensore della fascia lata riuscendo a correre senza problemi, tutto ciò grazie a un lavoro efficace e mirato di trattamento sia in fase acuta sia in fase di stabilizzazione con prevenzione di una possibile recidiva». ■

Qui sotto: alcune immagini di Andrea Re in occasione dell'Ironman di Lanzarote (maggio 2011) e, in basso a sinistra, con Salvatore Germano, Massofisioterapista - Chinesiologo.

HILTERAPIA®

Human Tecar® nel trattamento delle lesioni muscolari

La terapia accelera i processi di riparazione dei tessuti in modo naturale e non aggressivo

Esiste una nuova fisioterapia accessibile a tutti, priva di effetti collaterali, naturale e biosinergica che sfrutta una nuova tecnologia all'avanguardia. Si tratta di uno strumento capace di indurre all'interno dei tessuti delle reazioni benefiche che accompagnano e supportano i naturali meccanismi fisiologici accelerando i processi di guarigione, riparazione e rigenerazione tissutale. Questo significa che Human Tecar® agisce sull'organismo in modo assolutamente naturale e non aggressivo: non si sostituisce alle funzioni fisiologiche ma dà una spinta, promuovendole ed accelerandone lo sviluppo. In questo modo si ottengono risultati in breve tempo ma soprattutto stabili: una volta innescata la reazione il tessuto continuerà a lavorare anche dopo la seduta di terapia, autonomamente. Più le sedute sono ravvicinate più l'effetto sarà esponenziale e duraturo. Human Tecar® ha sviluppato una lunghissima esperienza nell'ambito dello sport professionistico accompagnando atleti di tutte le discipline ai maggiori eventi sportivi nazionali e internazionali. Si tratta di un ambito dove è fondamentale risolvere i disturbi e gli infortuni in tempi strettissimi ma soprattutto è categorico che l'atleta possa mantenersi in una condizione fisica ottimale per potersi allenare al meglio. Tra gli infortuni sportivi più presenti ci sono si-

curamente i disturbi legati al tessuto muscolare. Il processo di guarigione di una lesione muscolare fisiologicamente inizia molto precocemente sia per i traumi lievi che per quelli di maggiore entità. Nel caso di lesione grave il processo rigenerativo procede parallelamente al processo riparativo di tessuto cicatriziale. In queste fasi la tensione locale di O2 gioca un ruolo fondamentale promuovendo i processi di neogenesi tissutale rispetto alla cicatrizzazione fibrosa. Human Tecar® sfrutta un principio mai adottato in campo biologico: l'utilizzo di un segnale di radiofrequenza (0,485 Mhz non variabile) applicato al corpo mediante elettrodi capacitivi e resistivi. I due differenti elettrodi consentono un'azione selettiva e geometricamente ben definita su tessuto molle e tessuto resistente. Numerosi lavori clinici e sperimentali hanno dimostrato che tale modalità applicativa permette di attivare nei tessuti profondi risposte biologiche quali: incremento del microcircolo, vasodilatazione e incremento della temperatura. Le tre reazioni indotte dalla tecnologia Human Tecar® sono lo strumento nelle mani del terapista: diagnosi alla mano potrà stabilire un obiettivo, individuare le priorità e sviluppare una strategia di trattamento adattandola alle necessità del paziente. Si potrà quindi approcciare un disturbo attraverso diverse declinazioni: trattamento antinfiammatorio antalgico localizzato (effetto antiflogistico, drenante, antalgico), trattamento curativo intensivo (totale recupero funzionale) e trattamento preventivo e di mantenimento (riportare e mantenere uno stato di omeostasi e benessere). Nel caso specifico della lesione muscolare l'azione di Human Tecar®, inducendo un sensibile incremento del microcircolo e stimolando la capillarizzazione locale, permette un maggiore apporto di O2 ed un efficace drenaggio emolinfatico senza indurre un incremento termico. Ciò significa poter agire sul tessuto muscolare lesionato anche in acuto, in presenza di reazione flogistica intensa e di forte dolore accelerandone così il recupero e permettendo un miglior ripristino della funzionalità. Tali effetti sono stati dimostrati da uno studio clinico "Nuove metodologie nel trattamento della patologia muscolare traumatica dell'atleta" svolto in collaborazione con l'Istituto di Medicina dello Sport CONI di Bologna effettuato su 30 sportivi con traumi muscolari. Con Human Tecar® è dunque possibile agire sul tessuto muscolare permettendo il rapido ripristino di una situazione patologica oppure attraverso delle sedute di prevenzione permettendo un veloce recupero dopo un allenamento intensivo, impedendo la formazione di contratture dolorose causate da cattive posture o dolore da overuse provocato da gesti ripetitivi, ossigenando il tessuto prima di una competizione ed allontanando il rischio di ricadute. ■

> "Human Tecar® sfrutta un principio mai adottato in campo biologico: l'utilizzo di un segnale di radiofrequenza applicato al corpo mediante elettrodi capacitivi e resistivi."

In queste foto, alcune applicazioni della Terapia Human Tecar® nelle due modalità capacitiva e resistiva.

a cura di **M. Rastrelli** e di **A. Di Maggio***

I sarcomi delle parti molli

I sarcomi delle parti molli sono tumori "rari" che originano dalle strutture connettivali e muscolari. Rappresentano circa l'1% delle neoplasie dell'adulto, con una leggera prevalenza nel sesso maschile. L'incidenza varia con l'età: si osserva un primo picco nell'età pediatrica e un secondo dopo i 60 anni mentre le cause di questi tumori sono per lo più sconosciute. Fra i fattori di rischio ci sono: l'esposizione a radiazioni ionizzanti, la pregressa esposizione a diversi agenti chimici, ed è stata identificata anche un'associazione tra infezione da virus Hbv e Hiv e leiomiosarcoma. I sarcomi insorgono nel 60% dei casi agli arti, nel 10% dei casi al tronco e il resto dei casi nel retroperitoneo, la parte dell'addome che si trova dietro l'intestino. Quasi sempre questi tumori si manifestano come masse solide di discrete dimensioni, spesso asintomatiche, localizzate nel sottocute o nei piani profondi e talvolta il primo sintomo è il dolore. I sarcomi si possono diffondere localmente per contiguità e a distanza per via ematica. I polmoni rappresentano la sede più frequente di localizzazione secondaria, seguiti dal fegato e dalle ossa mentre i linfonodi regionali sono interessati in meno del 10% dei casi. L'imaging nel caso di sospetto sarcoma può fornire notizie utili alla diagnosi e alla stadiazione del tumore. Le lesioni che presentano margini lisci e ben definiti, piccole dimensioni (- 5 cm) e omogeneità sono di solito benigne; quelle maligne invece spesso crescono in profondità, dislocano le strutture vicine e hanno dimensioni >5 cm.

Gli esami che possono servire per diagnosticare la natura di una massa sospetta sono:

Ecografia: fornisce informazioni su: forma, dimensioni, margini, rapporti con i piani muscolari e vascolarizzazione della massa sospetta. Utilizza ultrasuoni.

Tomografia computerizzata (TC): fornisce informazioni più definitive su: forma, dimensioni, estensione del tumore, rapporto con le strutture vascolo-nervose e vascolarizzazione. Utilizza radiazioni.

Apparecchiatura per la Tomografia ad Emissione di Positroni (PET).

Risonanza magnetica (RMN): è l'esame più indicato per differenziare una lesione benigna da quelle maligne. Non utilizza radiazioni ionizzanti.

Biopsia: è il prelievo di una porzione della lesione sospetta. La biopsia diagnostica dovrebbe essere eseguita nel Centro che effettua l'intervento chirurgico definitivo. Il materiale asportato viene inviato per lo studio al microscopio del tessuto per avere una diagnosi istologica.

Eseguita la diagnosi di sarcoma è necessario valutare un'eventuale diffusione della malattia al di fuori del compartimento anatomico d'origine tramite:

TAC del torace e dell'addome: per escludere la presenza di metastasi soprattutto polmonari.

Tomografia ad emissione di positroni (PET): di ausilio nei casi dubbi.

Il trattamento di prima scelta per il sarcoma dei tessuti molli è rappresentato dalla chirurgia. Questo tipo di opzione terapeutica può essere integrato dalla chemioterapia e dalla radioterapia. Presso lo Iov esiste l'ambulatorio sarcomi dell'U.O. melanoma e sarcomi, diretta dal professor Carlo Riccardo Rossi, dove il paziente viene visitato e poi portato in discussione per la decisione del suo trattamento nel meeting multidisciplinare con un chirurgo, radiologo, anatomo-patologo, oncologo, radioterapista, medico nucleare, ortopedico, chirurgo plastico. Per informazioni: www.ioveneto.it.

**Il dott. Marco Rastrelli è Chirurgo presso gli Ambulatori del Melanoma e Sarcomi dello Iov; il dott. Antonio Di Maggio (nella foto) è Radiologo presso la Radiologica Oncologica dello Iov.*

a cura del prof. **M. Dal Bianco** e della dott. **S. Fracalanza***

La Crioablazione nel trattamento delle masse renali

Negli ultimi due decenni il diffuso impiego delle moderne tecniche di imaging ha permesso una diagnosi precoce di numerose masse renali in pazienti altrimenti asintomatici. Tali neoformazioni possono essere di piccole dimensioni, nel 20% dei casi benigne, nel 25% forme poco aggressive (istologicamente definite come neoplasia papillare tipo I o cromofoba) e nel 54% dei casi trattasi di un carcinoma renale parenchimale convenzionale (RCC). Storicamente l'approccio a tali lesioni era mirato all'asportazione del rene (nefrectomia radicale); tale approccio era considerato fino a qualche anno fa il "gold-standard" in termini di risultati oncologici ma, come ormai molti studi hanno dimostrato, predispone a una maggiore incidenza d'insufficienza renale cronica e patologia cardiovascolare portando ad una riduzione della qualità di vita e ad una minore sopravvivenza globale. Attualmente gli stessi risultati oncologici si ottengono con una chirurgia definita "conservativa" (enucleoresezione renale videolaparoscapica, robot-assistita o chirurgica) con l'ovvio vantaggio di risparmiare quanto più tessuto renale sano e nel caso della tecnica videolaparoscopica la possibilità di ridurre al minimo l'invasività della procedura e ottimizzare il recupero post-operatorio del Paziente. Recentemente un ulteriore passo in avanti nella gestione di queste neoformazioni, è rappresentato dalle "terapie termoablative" in particolare dalla Crioablazione. Tale metodica si prefigge di trattare piccole masse renali con la stessa efficacia delle suddette terapie riducendo ulteriormente l'invasività della metodica e il conseguente minor impegno del paziente sia nel versante anestesiologico sia nel post-operatorio. La Crioablazione si basa sul raffreddamento della lesione raggiungendo temperature di circa – 40°C mediante l'utilizzo di una o più sonde posizionate nel tessuto da trattare che formano una "bolla" di ghiaccio. A tale temperatura si provoca la morte delle cellule per un fenomeno di denaturazione delle proteine che si traduce in ultima analisi in "necrosi del tessuto". Tale metodica può essere eseguita sia con approccio laparoscopico sia percutaneo TAC o RNM guidato. Il vantaggio del primo approccio è quello di poter eseguire un controllo visivo diretto della bolla di ghiaccio che si viene a creare a scapito di una maggior morbidità del trattamento dovendosi eseguire un'anestesia generale. Nel secondo caso il vantaggio consiste in una minor invasività della procedura e in una facile ripetibilità in caso di recidiva. Il Paziente viene poi controllato ambulatorialmente con TAC di controllo a cadenze regolari per confermare l'efficacia del trattamento.

In questa pagina: l'Èquipe del reparto di Urologia dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova.

Tali metodiche possono essere applicate a gruppi selezionati di pazienti:

1)neoplasie con diametro inferiore a 3 cm periferiche incidentali che non possono essere sottoposte a trattamento chirurgico per età o elevata comorbidità.

2)pazienti con predisposizione genetica a sviluppare neoplasie multiple.

3)pazienti monorene ad alto rischio di perdita della funzione renale.

È importante sottolineare che esistono comunque controindicazioni relative e assolute all'utilizzo di tali trattamenti. Concludendo, al momento attuale, mancando studi che confrontino tali metodiche con la chirurgia convenzionale l'utilizzo della Crioablazione è da considerarsi un'opzione terapeutica alternativa in pazienti ben selezionati.

* *il prof. Massimo Dal Bianco e la dott. Simonetta Fracalanza operano nel reparto di Urologia dell'Ospedale Sant'Antonio Padova.*

Orthomedica: un connubio tra ortopedia e sport

Nella foto, Jelena posa assieme a Pulin e Postiglione nel nuovo stabilimento di Ortomed.

Orthomedica è un'azienda atipica rispetto al panorama generale ed è da sempre una struttura di riferimento nel settore Ortoprotesico nel nordest Italia in quanto è impegnata nel ricercare soluzioni innovative, brevetti, prodotti che diano risposte a chi ne ha bisogno.

È sempre stata attiva nell'organizzazione di congressi, simposi e corsi di aggiornamento diretti agli operatori del settore come medici, fisioterapisti e le altre figure professionali che assieme al tecnico ortopedico si prendono cura delle persone diversamente abili o che siano interessati alle patologie di natura ortopedica.

Quest'anno inoltre è iniziato il secondo corso di Tecnica Ortopedica all'Università di Pola in Croazia, promosso dall'associazione ICORA, di cui orthomedica è membro fondatore, abbiamo organizzato un corso con accreditamento ECM che si terrà il 28 maggio a Vicenza dove saranno ospitati dei medici Ortopedici e Fisiatri della Repubblica di Croazia, che illustreranno la loro esperienza nell'approccio e nel trattamento di bambini affetti da patologie neurologiche, e pazienti amputati di arto inferiore.

Stiamo preparando un congresso internazionale di Ortopedia, Riabilitazione e Tecnica Ortopedica previsto per ottobre 2011 che sarà svolto in una magnifica cornice quale è la Città di Rovigno in Istria.

Come se non bastasse, il 20 maggio a Zagabria, abbiamo inaugurato il nuovo stabilimento, unico centro con un alta valenza tecnologica. All'evento hanno partecipato la delegazione dell'Ambasciata Italiana e dell'ICE, molti esponenti della classe medica, paramedica, delle istituzioni e Jelena Vuković, campionessa mondiale di lancio del peso per i diversamente abili, che ha vinto il 22 maggio la gara di selezione per la partecipazione alle prossime paraolimpiadi che si terranno a Londra nel 2012.

Jelena è testimonial dei due marchi Ortomed - Orthomedica ed è recentemente entrata a far parte dello staff di Ortomed (nella foto, è con Pulin e Postiglione nel nuovo stabilimento di Ortomed).

Da quest'anno poi, Orthomedica ha deciso di entrare nel campo degli sport per disabili anche in territorio nazionale. In particolare è diventata sponsor di una squadra di Basket in carrozzina, la PDM Treviso.

Sponsorizzare una squadra che milita nel campionato di A2 di basket in carrozzina, è senza dubbio un'importante azione di visibilità per la nostra azienda, ma l'obiettivo primario che ha guidato orthomedica è stato di dare sostegno, insieme al presidente della PDM Paolo Barbisan, alle attività sportive praticate da disabili come motore di integrazione e di migliore qualità della vita. ■

di **Mario Plebani***

Alla ricerca della diagnosi precoce: il caso delle nefropatie croniche

Le stime sull'aumento del numero di pazienti affetti da nefropatie croniche (CKP, chronic kidney disease) ed i problemi correlati di morbidità, mortalità ed elevati costi per i Sistemi Sanitari, hanno da tempo sollecitato la ricerca di marcatori biochimici capaci di svelare il rischio di malattia e l'esordio della stessa nelle fasi iniziali. È ben dimostrato, infatti, che una diagnosi precoce e trattamenti appropriati possono non solo ridurre i costi ma soprattutto - dal punto di vista dei pazienti e dei medici - migliorare la qualità e quantità di vita, riducendo la necessità di trapianti e/o trattamenti dialitici.

Finora, le raccomandazioni basate sui dati emersi dallo studio conosciuto con l'acronimo MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) si sono concentrate sulla refertazione da parte dei laboratori clinici del cosiddetto eGFR (filtrato glomerulare "stimato" a partire dalla determinazione della creatinina).

Le limitazioni dell'eGFR sono note e sostanzialmente derivano sia da problemi nelle formule matematiche utilizzate per trasformare la concentrazione di un parametro nel siero (creatinina) in un volume di filtrato glomerulare che è indicatore di funzionalità renale, sia dall'impossibilità di usare questa stima nelle gravide, in pazienti con modifiche rapide della funzionalità renale ed in altre situazioni cliniche.

Recenti pubblicazioni, però, dimostrano che l'aggiunta della determinazione delle proteine urinarie, o meglio del rapporto fra albumina a creatinina nelle urine (ACR), è in grado di aggiungere importanti informazioni cliniche e individuare in modo più esaustivo il rischio di nefropatia cronica. Dati ancor più recenti di ricercatori di Boston (USA), dimostrano che oltre a questi due parametri, l'aggiunta della stima del filtrato glomerulare attraverso la determinazione della Cistatina C è in grado di migliorare ancor più la predizione del rischio.

Ma cosa fare, quindi, sulla base delle prove attuali per valutare il rischio di malattie renali croniche nella popolazione? Le ricerche condotte dal CKDPC (Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium) hanno dimostrato con sufficiente forza che, oltre all'eGFR ottentuto mediante la determinazione della creatinina, l'aggiunta della determinazione dell'albumina urinaria e l'espressione del risultato in rapporto alla concentrazione di creatinina urinaria su un campione estemporaneo è in grado di migliorare la valutazione del rischio di malattia renale con sensibilità e specificità appropriate.

Si tratta di determinazioni semplici, alla portata di tutti i laboratori clinici accreditati, e che prevedono bassi costi per la loro esecuzione. È evidente che i nefrologi ed i medici di laboratorio dovranno, però, trovare forme di comunicazione efficace con i medici di medicina primaria ("medici di famiglia") per tradurre dalla teoria alla pratica i risultati delle ricerche, e soprattutto per realizzare un programma di valutazione del rischio di nefropatie croniche che sia accessibile a tutti, privo di costi troppo elevati e che abbia un provato rapporto costo/efficacia.

E, in aggiunta, un buon esame delle urine, inclusa la valutazione degli elementi figurati (quello che va sotto il nome di "esame del sedimento"), andrebbe sempre consigliato a tutti e specialmente a chi abbia avuto episodi recenti di febbri, infezioni batteriche e/o virali e malattie esantematiche. Il laboratorio clinico è nato, storicamente, con l'esame della matula contenente urina e, malgrado gli incredibili progressi tecnologici, non può dimenticare che un esame semplice ma accurato di questo prezioso liquido biologico rappresenta ancor oggi un presidio insostituibile per la diagnosi di molte patologie, e di quelle del rene in prima battuta.

**Prof. Mario Plebani, Dipartimento Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliera - Università di Padova.*

di **Giacomo Piran**

Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie

Una garanzia di qualità per i cittadini

L'ingegner Sergio Nucibella.

Abbiamo intervistato l'ingegner Sergio Nucibella, dirigente responsabile della Struttura Interaziendale creata tra Ulss 16 Azienda Ospedaliera e Istituto Oncologico per i percorsi di autorizzazione all'esercizio ed accreditamento delle strutture sanitarie sociosanitarie e sociali pubbliche e private.

Autorizzazione ed Accreditamento. Ci spieghi cosa sono.

Con Legge Regionale 22 del 16/08/2002 ha normato il percorso di Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie Pubbliche e private nel Veneto. L'Autorizzazione all'Esercizio è il provvedimento con il quale l'autorità competente autorizza una struttura all'esercizio dell'attività, l'Accreditamento è il provvedimento che permette alla struttura in possesso dell'autorizzazione all'esercizio di acquisire lo status di struttura idonea a erogare prestazioni nell'ambito o per conto del Sistema sanitario (previo contratto convenzione con la struttura pubblica di riferimento). La struttura per essere Autorizzata e poi Accreditata deve dimostrare di essere in possesso di determinati standard e requisiti (organizzativi, strutturali e tecnologici) che dimostrino che opera nel rispetto di procedure idonee a garantire sicurezza e qualità per l'utente.

Come si ottengono l'autorizzazione e l'accreditamento?

I due percorsi sono consequenziali. Prima si ottiene l'autorizzazione all'esercizio e quindi l'accreditamento istituzionale. Il primo può considerarsi un collaudo tecnico-organizzativo della struttura e quindi viene vista sotto l'aspetto strutturale, impiantistico e tecnologico e vengono verificate le condizioni organizzative del personale. Una valutazione favorevole di questi aspetti consente di ottenere l'autorizzazione all'esercizio per cinque anni. Il percorso accreditamento istituzionale prevede la valutazione della performance clinico assistenziale della struttura, cioè si valutano i processi sanitari in un contesto di governo clinico globale. Adeguati indicatori di struttura, di processo e di esito consentono di misurare in termini di qualità e sicurezza la struttura presa in esame. Ottenuto l'accreditamento, valido tre anni, la struttura offre al cittadino prestazioni nel rispetto dei principi e delle regole sancite dalle norme e dalle procedure.

In questi anni ha controllato e analizzato molte strutture sanitarie dell'Ulss 16. Quali sono i punti di forza delle strutture padovane?

La presenza di Strutture altamente tecnologiche e in rete tra di loro. L'informatizzazione garantisce l'interazione strutture pubbliche – strutture private per l'eliminazione delle liste d'attesa, la velocizzazione nell'identificazione della corretta diagnosi e il miglioramento continuo delle prestazioni sanitarie.

Quali sono, secondo Lei, i punti sui quali si può migliorare nella qualità della prestazione, nella sicurezza e nelle dotazioni sanitarie delle strutture?

Nei corsi ARSS ci viene insegnato "la visita di verifica non è una verifica ispettiva ma un confronto costruttivo con tecnici provenienti da altre realtà per una crescita comune del sistema". È un percorso virtuoso volto ad intrecciare in maniera indissolubile Strutture pubbliche – strutture private secondo i principi fondamentali della trasparenza della pianificazione dell'efficacia delle cure proposte per il soddisfacimento primario del diritto alla salute. Non posso che confermare che il principio di qualità descritto può migliorare solo concretizzando il principio di collaborazione tra strutture pubbliche e strutture private sulla base di una pianificazione regionale e di un percorso condiviso.

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

Segni particolari:
lavora con abiti
noleggiati Elis

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

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

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

Rentex Spa Milano - Padova - Fiano Romano - Pomezia

elis

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

a cura del prof. **Giampietro Vecchiato***

Diamo valore alla trasparenza

Il prof. Giampietro Vecchiato.

Nel suo libro *Dai sempre speranza*, il medico italiano Virgilio Sacchini (oncologo e chirurgo al Memorial Sloan-Kettering di New York, il più importante centro mondiale per la cura dei tumori) afferma che «molti medici, soprattutto in Italia, soprattutto oncologi, sbattono la verità in faccia al malato e un quarto d'ora dopo lo lasciano solo, chiudendosi la porta dello studio alle spalle. Non bisogna illudere ma la speranza di farcela non deve mai venir meno». Il titolo del libro prende spunto dal saluto che una paziente italiana gli rivolge ogniqualvolta lo chiama per salutarlo (le restavano 6 mesi di vita e dopo 23 anni viaggia, lavora e ha 2 figli): "Always give hope: dai sempre speranza ai tuoi pazienti". Dare speranza è importante perché la franchezza e la fiducia sono inseparabili dalla speranza, in ambiente sanitario e non solo, e ci permettono di rapportarci correttamente con gli altri. Rapportarsi correttamente con gli altri significa soprattutto farsi carico, prendersi cura, essere responsabili delle nostre azioni, comprese quelle che omettiamo di fare. Indipendentemente dai codici, dai protocolli, dalle procedure, la vera trasparenza è rara e spesso anche il malato, per paura o per timore, non racconta al medico tutta la verità. Per questo non bastano buone leggi per creare organizzazioni sane e aperte: solo il carattere e la volontà delle persone possono farlo. Ma il singolo medico che principi deve eseguire per essere trasparente?

Innanzitutto deve dire sempre la verità. Una bugia nasconde spesso una verità troppo dolorosa o pericolosa per essere detta anche se preserva l'equilibrio del malato e della relazione, ma lo fa in modo superficiale e senza consapevolezza. I problemi non riconosciuti inoltre spesso si ripresentano nel peggiore dei modi possibili. In secondo luogo: parlare sempre in prima persona per evitare il rischio dell'indifferenza e/o del giudizio. Terzo: essere aperti e disponibili ad affrontare le questioni difficili e a mettersi in gioco nella relazione con chi soffre. Quarto: non agire, aspettare, non prendersi cura sono altri comportamenti inaccettabili e poco trasparenti, con il rischio di diventare muti di fronte alla sofferenza e alle cose che realmente contano per il malato. Il quinto elemento che favorisce la trasparenza è l'integrità. La persona integra "pensa quello che dice e mette in pratica quello in cui crede", né si considera esente da rischi né dalla fatica della scelta. Occorrono tempo, impegno e fatica per diventare uomini virtuosi e trasparenti e per acquisire l'abitudine ad una analisi etica che ci permetta di reagire ed affrontare le questioni in modo opportuno e coerente, senza ferire, senza fare del male. Virtuoso, per Aristotele, non è chi non mai in collera o che non fa mai del male, ma colui che dice o fa la cosa giusta, al momento giusto, per un giusto motivo, nella giusta misura. E se, nonostante tutto, prendiamo la decisione sbagliata? È necessario ammettere senza nascondere l'errore, scusarsi sinceramente, essere dispiaciuti, correggere l'errore, se possibile. L'umiltà fa onore a ogni essere umano e la volontà di continuare a imparare senza chiusure, rigidità, senza la convinzione di essere i soli nel giusto, fa di un medico un uomo giusto e saggio.

**Il prof. Giampietro Vecchiato è Vicepresidente della FERPI - Federazione Relazioni Pubbliche Italiana.*

di **Giuliano Gargano**

La giustizia dei martiri

L'e-book di esordio di Giuliano Pasini

Un efferato triplice omicidio. Un sostituto commissario di polizia in fuga dal proprio passato. Le atmosfere misteriose di un paesino dell'Appennino e dei suoi abitanti che – come il protagonista – faticano a fare i conti con quanto accaduto qualche decennio prima. Sono solo alcuni degli ingredienti de "La giustizia dei martiri", romanzo d'esordio di Giuliano Pasini.

Il libro è uscito come e-book (disponibile per l'acquisto sul sito www.illibraio.it), alla fine di un concorso aperto a scrittori esordienti. Tra gli oltre 3000 scritti partecipanti, quello di Pasini (37 anni appena compiuti, emiliano d'origine ma trevigiano d'adozione, professionista nel campo della comunicazione) è risultato tra i trenta vincitori, meritando la pubblicazione elettronica per il gruppo editoriale Mauri Spagnol (che riunisce dodici case editrici tra cui Longanesi, Garzanti, Fazi, Nord, Guanda). E oltre al piacere di leggere su un tablet (il futuro dell'editoria?), resta quello di un romanzo avvincente e convincente, ben costruito, in cui si mischiano con sapienza il noir, il giallo, la storia. I personaggi – a partire dal protagonista, Roberto Serra – sono dipinti con maestria (anche se alcuni, come il vicequestore della Scientifica Ernesto Sernagiotto, sensibile più alle telecamere e alla notorietà che alle indagini – si presterebbero a qualche ulteriore approfondimento). È particolarmente azzeccata l'atmosfera creata da Pasini, che riesce a trasformare un apparentemente placido e dimesso paesino dell'appennino emiliano in luogo tetro, oscuro, pieno di misteri e segreti. Perfetti – tanto da sembrare realmente accaduti – e commoventi i rimandi storici alla Seconda Guerra Mondiale e alle lotte partigiane. Se si aggiungono la trovata della danza (non una parola di più, qui: bisogna scoprire di cosa si tratta leggendo il libro), i cenni culinari (a ricette che vien la voglia di provare) e quelli musicali (le citazioni di Guccini, Dalla, De Gregori accompagnano i passaggi topici della vicenda), otteniamo un esordio di tutto rispetto. Un libro che appassiona, che non annoia e che anzi diventa man mano sempre più coinvolgente. E che meriterebbe anche una trasposizione cinematografica (secondo me l'autore ci ha pensato, visto che alcuni passaggi assomigliano proprio ad una sceneggiatura). In attesa – e con l'augurio – che questo accada, aspettiamo Pasini al varco: sappiamo che è in cantiere la seconda opera, i nostri tablet sono pronti!

La mostra impossibile

Per la prima volta riunite tutte le opere di Guariento, che fece di Padova la capitale della cultura

Chi è Guariento di Arpo

Guariento primo pittore di corte. Non si hanno notizie certe su luogo e data di nascita. Forse è nato a Piove di Sacco, in provincia di Padova. La sua attività si colloca certamente nel 1338, periodo del pre gotico internazionale.

In questa pagina: GUARIENTO, *Gruppo di dieci angeli seduti con globo e flabello gigliato (Serafini?)*, 119x107 cm, tavola - Padova, Musei Civici, Museo Bottacin.
Nella pagina accanto, a sinistra, GUARIENTO, *Angelo che pesa le anime*, tavola - collezione privata; a destra, GUARIENTO, *Angelo armato con lancia e scudo (Principato)*, 90x58 cm, tavola - Padova, Musei Civici, Museo Bottacin.

L'erede di Giotto, l'artista che meglio interpretò la pittura a Padova, nel Trecento. Guariento è stato il primo pittore di corte nella città, all'epoca dei Carraresi. Fece evolvere il tratto giottesco in tre direzioni: nel gotico, nel realismo e nell'architettura dipinta, portata alla massima esplicazione. A lui e ai pittori della Padova trecentesca è dedicata la rassegna "Guariento e la Padova Carrarese", che a buon diritto si accredita quale evento culturale dell'anno, per la città del Santo. Un percorso tra angeli, arcangeli e cherubini dell'artista, che dipinse la cappella privata della Reggia dei Carraresi. Un itinerario che parte dalla tavola del Padreterno di Giotto e si snoda anche attraverso le opere di Giuliano da Rimini, Vitale da Bologna, Paolo e Lorenzo Veneziano, Giusto dei Menabuoi, Altichiero, Giambono, Vivarini e Nicolò Di Pietro. Un assetto storico, oltre che espositivo, realizzato grazie a prestiti ed inediti. Una mostra impossibile, come ama definirla Davide Banzato, direttore dei Musei Civici degli Eremitani: «Impossibile perché si tratta di dipinti antichissimi, tutte opere su tavola molto fragili e difficili da trasportare. Invece ci siamo riusciti grazie alla disponibilità di musei internazionali, quali il Metropolitan di New York, il Louvre di Parigi, il Museo Nazionale di Praga e va sottolineata anche la generosità di molti collezionisti privati, che hanno messo a disposizione i propri capolavori, per dare completezza alla rassegna, che vuole essere un affresco storico di una città che è un museo diffuso. Padova conserva tracce indelebili del suo passato medievale. Padova non è solo la cappella degli Scrovegni, anzi».

Una mostra con 92 pezzi di inestimabile valore, tra cui troneggia "il Polittico" di Antonio Vivarini, capolavoro di straordinaria bellezza. Valore assicu-

rativo dell'opera 10 milioni di euro. Per capire l'importanza della rassegna, che ha il suo cuore centrale nel Palazzo del Monte di Pietà, ma che si dissemina in altre dieci sedi espositive, creando un'esposizione diffusa, è necessario ricordare che Padova, nel XIV secolo, era un centro di elaborazione della cultura cortese, un elemento che poi caratterizza l'arte del Quattrocento. «Esaminare le opere di Guariento, il primo pittore di corte dei Carraresi, equivale a comprendere come fosse chiaro, ai signori della città, il valore dell'arte come strumento politico e mezzo per legittimare il potere. Guariento parte dall'intepretazione di Giotto che viene data dai suoi primi allievi che lavorano a Padova intorno agli anni venti del secolo, in chiave sempre più gotica. Spunti presi da Pietro e Giuliano da Rimini, che vengono elaborati in un linguaggio personale da Guariento che dedica grande spazio alle architetture dipinte e alla scene di massa, fino ad essere un precursore del gotico internazionale». "Il Paradiso", l'affresco che Guariento dipinse per il Doge Marco Cornaro, a Palazzo Ducale è un esempio eclatante. Tra l'altro di quest'opera rimangono solo frammenti, frammenti che sono stati prestati per la rassegna.

Guariento è noto come il Maestro degli Angeli, il ciclo pittorico delle gerarchie angeliche è la sua opera principale. «Li dipinse per la cappella privata della Reggia Carraresi e furono ammirati anche dall'imperatore Carlo IV di Boemia – osserva Banzato – quando venne in visita ai signori padovani. Un ciclo che abbiamo ricostituito, riuscendo a radunare 29 angeli. Un risultato entusiasmante sotto il profilo della ricostruzione storica e artistica. Un quadro storico che va oltre la pittura: nelle dieci sezioni in cui si articola la mostra, si spazia dalle ceramiche, all'oreficeria, alle miniature, alle monete, persino alla moda. Un affresco del medioevo padovano, che non è privo di un soffio di vanità».

Le sedi espositive

- Museo del Monte di Pietà, piazza Duomo, 14 - Padova
  Lunedì - venerdì, 9:00 - 19:00;
  sabato e festivi, 9:00 - 20:00.
- Musei Civici agli Eremitani, piazza Eremitani, 8 - Padova
  Martedì – domenica, 9:00 - 19:00;
  chiuso tutti i lunedì non festivi.
- Palazzo Zuckermann, corso Garibaldi, 33 - Padova
  Martedì – domenica, 10:00 - 19:00;
  chiuso tutti i lunedì non festivi
- Museo Diocesano, piazza Duomo, 12 - Padova
  Lunedì - venerdì, 9:00 - 19:00;
  sabato e festivi, 9:00 - 20:00
- Casa del Petrarca, via Valleselle, 4 - Arquà Petrarca (PD)

a cura di **Maria Stella Zaia**

Le marmellate di giugno

Il mese di giugno porta sulle nostre tavole una copiosa quantità di albicocche e ciliege che in questo periodo giungono a maturazione. Oltre al consumo fresco, vi voglio consigliare oggi due ricette per fare la marmellata con questi due frutti.

Marmellata di albicocche

Ingredienti

2 kg di albicocche mature
900 gr di zucchero
1 limone non trattato

Preparazione

Lavare la frutta e lasciarla asciugare in una scolapasta. Dopo averla pesata, snocciolarla e tagliarla a pezzi, mettendo tutto in una pentola di acciaio. Aggiungere la scorza grattugiata del limone ed il suo succo; sottoporre ad una prima cottura la frutta, a fuoco basso, per pochi minuti, poi aggiungere lo zucchero e mescolare. Cuocere a fuoco vivace per 35 minuti, continuando a mescolare. Trascorso questo lasso di tempo, mettendo il composto su un piatto lo si vedrà scivolare lentamente: la marmellata, a questo punto, è pronta. Mettere il composto in vasetti precedentemente sterilizzati, chiuderli ermeticamente, rovesciarli e farli raffreddare, riponendoli in un luogo fresco e buio.

Marmellata di ciliege

Ingredienti

2 kg di ciliege snocciolate della specie che preferite (marasche, duracine o ciliege nere),
2 kg di zucchero,
una stecca di cannella
un chiodo di garofano

Preparazione

Lavare e snocciolare le ciliege e farle andare qualche minuto sul fuoco. Aggiungere lo zucchero e far cuocere le ciliege per 30 minuti. Aggiungere anche la cannella e il chiodo di garofano, cucinare ancora per 25 minuti e controllare se la marmellata è pronta con prova del piatto indicata nella precedente ricetta. Versare il composto in vasetti di vetro precedentemente sterilizzati, chiuderli ermeticamente, rovesciarli sino al raffreddamento, e riporli quindi in luogo fresco e buio.

Nota bene: si raccomanda di seguire attentamente le istruzioni, di usare tutti gli attrezzi, e soprattutto di utilizzare vasi di vetro e relativi coperchi ben puliti e sterilizzati.

Buon appetito!

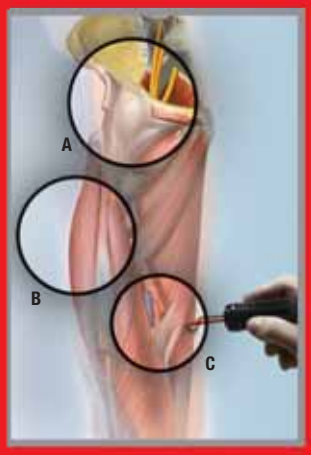
la foto
a ed
della

Hilterapia®

si prende cura della tua anca!

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

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



A) ARTICOLAZIONI
Riduce le infiammazioni articolari e stimola la rigenerazione

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

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

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

ASA Energy for health

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

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

www.hilterapia.it

DYN'ART pn

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

Marzo 2011 - Pubblicità

La banca è mobile.

PasKey
mobile banking

PasKey mobile banking:
basta un telefonino per essere in banca.

Non importa che tu sia in spiaggia, al lavoro, a casa, per strada o appena uscito dalla doccia. Non importa se è giorno o notte, sabato o domenica: PasKey mobile banking ti dà l'accesso alla tua filiale, tutti i giorni, 24 ore su 24, per fare tutte le operazioni che vuoi.

PasKey mobile banking: la banca mobile, nel tuo telefonino.

ANTONVENETA
GRUPPOMONTEPASCHI

www.antonveneta.it