PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **5**, numero **3**
Maggio - Giugno 2012
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

www.nordestsanita.it

PRIMO PIANO

E-HEALTH LA SANITÀ DEL FUTURO È GIÀ QUI

VIAGGIO NELLE ASL

ULSS 1 DI BELLUNO INTERVISTA AL DG COMPOSTELLA

FOCUS

CONVEGNO NES: LA DIAGNOSTICA DEL CARCINOMA DELLA MAMMELLA

de generazione alcolica

www.pittarello.com

PITTARELLO

Voglia d'estate? Questione di cuore.

ad comunicazione
Alberto Buzzanca photographer

NES - Nord Est Sanità - Anno 5 - numero 3 - **maggio - giugno 2012**

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

La vignetta: dottor Nessi 5

Editoriali 6
Un giornale assolutamente libero 7
Niente battaglie ideologiche contro la sanità convenzionata

Primo piano: e-health, la sanità del futuro
e-health, quando la rete digitale può cambiere la qualità e i costi della sanità 8
Sanità digitale 12
Il divario generazionale corre su Internet 14
La cura tra le nuvole 15
Arsenal.it 17
Veneto Escape e Doge 19
La sanità digitale in Italia: opportunità di servizi per i cittadini 22
Per chi ha il lavoro precario, via libera alle visite via cavo 24

Focus: la diagnostica del carcinoma della mammella
La diagnostica del carcinoma della mammella: è tempo di cambiare? 26
Mammografia nell'era digitale 27
Ruolo dell'ecografia oggi: le evidenze scientifiche 28
Contributo della ecografia in 22.131 pazienti asintomatici 29
Contributo della Ecografia Mammaria nel programma di Screening 30
Risonanza Magnetica Mammaria: quando e perché 32
Responsabilità del Radiologo nella gestione del percorso diagnostico 33
Diagnostica dei tumori della mammella: riflessioni giuridiche 34
Quale ruolo del Medico di Famiglia nella diagnostica del Carcinoma della mammella? 35
Gli screenin mammografici grande aiuto per le donne 36
Nes - Nordest Sanità indice la 1ª edizione del premio giornalistico Giorgia Iazzetta 37

Minifocus: generazione alcolica
Chi beve difende modelli antichi 40
L'alcol spegne il cervello 41
Alcol e adolescenti, necessaria una prevenzione sempre più precoce 43
La dipendenza dall'alcol è una malattia dalla quale si può guarire 44
Cronaca di un mercoledì universitario 46

Viaggio nelle Asl: Ulss 1 di Belluno
A Belluno serve una rete policentrica di servizi sanitari 50

Rubriche
Trapianti, il Veneto continua a crescere 52
Legge elettorale, l'importanza della partecipazione 53
Eccessiva libertà di scelta nell'applicazione delle linee guida 54
I cittadini veneti e il Piano socio-sanitario 55
PA.DI.MO. Le novità e le iniziative in arrivo 56
Anisap informa 57
L'associazione Icora presente all'edizione 2012 di Exposanità 58
Doping, scommesse e dintorni: il passaporto biologico dell'atleta 60
L'e-health nella salute padovana 61
Mammelle dense: cosa sono e come esaminarle 62
La sofferenza inserzionale trocanterica 64
Niente bevande alcoliche per i lavoratori della sanità e del sociale 65
Note di educazione sanitaria per il paziente con piccole urgenze 68
Alla scoperta del fitness metabolico 69
I continui progressi dell'odontoiatria estetica 72

Attualità
I quattro principi base della comunicazione efficace 74
La felicità è in una vita semplice 75
L'angelo di fuoco di Paolo Baruffaldi 76
I giovani e il sesso Tra consapevolezza e fatalismo 78
Italia, amore mio 80
Lo sformato di piselli 81
Senza alcol 82

Gerenza

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

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

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via Valgimigli 6/3 - 35125 Padova
Partita IVA 03538580287
Telefono: 0498809854
Sito internet: www.nordestsanita.it
Facebook: www.facebook.com/nordestsanita
Email: redazione@nordestsanita.it

Progetto grafico e impaginazione
Giuliano Gargano

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

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

Hanno collaborato a questo numero
Margherita De Nadai, Davide Zanella

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

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

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

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 25.000 copie

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 6 giugno 2012

La riproduzione e la ristampa, anche parziale, di articoi e immagini sono vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. La presente rivista è distribuita gratuitamente presso le Strutture Sanitarie che hanno fornito il proprio assenso. I nominativi dell'indirizzario in nostro possesso potranno essere utilizzati, oltre che per l'invio della rivista, anche per altre comunicazioni inerenti la stessa pubblicazione. Ai sensi della legge 196/2003 è nel vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento o la cancellazione dei dati in nostro possesso.
Gli eventuali nomi di prodotti e prezzi segnalati sono riportati a puro titolo informativo e non commerciale.

RONCATO
The Culture
of the Travel.
Uno Collection
www.roncato.com

Il Dott. NESSI
MI DICA!
CICKE!
CICKE!
CICKE!
ERRORE
ERRORE
ERRORE
DOTTORE, CONTINUO AD AVERE ATTACCHI DI PANICO E IMPROVVISI ECCESSI D'IRA. UN UOMO BELLO E SENSIBILE COME ME NE SOFFRE MOLTO, SE LO PUO' IMMAGINARE, VERO?
CERTO CERTO... ...LE PRESCRIVO UNA VISITA SPECIALISTICA...
...IN UN ATTIMO...
...ORAMAI, SIAMO INFORMATIZZATI...
...IL FUTURO E' QUI...
...GIA'...
...TUTTO IN RETE...
...ECCO...
CICKE
CICKE
ERRORE
MAREMMAMAIALABUCAIOLA TECNOLOGIAZOCCOLABOIARETE DISTOPARDICIUFOLI!!!
ECCO QUA, FIGLIOLO. E CERCHI DI STARE CALMO, CHE ARRABBIARSI FA MALE!!

Un giornale assolutamente **libero**

Egregio signor sindaco,
le mando questa lettera affinché anche lei abbia la possibilità di sapere chi sono i finanziatori e sostenitori "del giornalino inutile e finanziato da soldi pubblici" di cui lei ha parlato nella seduta comunale del 27 aprile. Come Editore sento il bisogno, nella trasparenza che mi contraddistingue e per il rispetto e la salvaguardia che devo a quanti scrivono sul NES, di renderla edotta sul progetto editoriale e sui suoi finanziamenti. Non sono in grado di rendermi conto se lei ha mai veramente sfogliato questo giornale. In realtà la sua "mission" è quella di cercare di essere una guida (gratuita! E' un free press), un manuale, redatto con un linguaggio il più possibile comprensibile per tutti i cittadini che sono utenti del Sistema Sanitario Veneto, dando una informazione sul panorama sanitario con le sue eccellenze ed i suoi punti grigi, nel rispetto di poche e sacre regole: la verità dell'informazione e la totale imparzialità.
Avrei potuto rendere il giornale un ricettacolo, in cui ospitare a pagamento tante pubblicità sanitarie che magari con cenni miracolistici, si auto celebrano, spesso a scapito di verità e qualità. Invece, con tutta la redazione, ho resistito con grande sacrificio, mettendo mano solo al portafoglio privato quando i soldi degli sponsor non bastano. NON un centesimo di soldi pubblici: Regione, Provincia, Comune, Ullss o Istituzioni pubbliche, sono mai entrati nelle casse di NES, e non voglio entrino mai. Questo giornale ha una sua caratteristica: quella di essere assolutamente libero. Nessuno può orientare le opinioni dei giornalisti o di quanti scrivono su NES e questo si può ottenere, a mio parere, solo con l'indipendenza economica, solo con il non avere "padroni". Il giornale non ha altresì alcun orientamento politico perché ospita chiunque vuole portare un suo contributo, naturalmente in ambito socio-sanitario. La redazione è costituita da giovani giornalisti, perché non bisogna solo riempirsi la bocca dicendo che è necessario dare delle opportunità ai giovani, bisogna farlo sul serio o mettendoci la faccia o mettendoci il portafoglio o ancora meglio entrambi. Le faccio presente che i giovani professionisti che collaborano con il NES vengono pagati non solo secondo tutte le regole imposte dall'ordine, ma anche secondo le norme vigenti in materia di lavoro. Altra cosa pesante è la richiesta del sindaco di Padova di - testuale - "vergognarci e di chiudere questa porcheria": ovviamente la porcheria è un riferimento al giornale, mi pare chiaro che poiché questo giornale non è allineato dà fastidio. Mi sento mortificato nel constatare che ogni mio sforzo volto al bene della comunità possa essere interpretato con fini speculativi: spero di avere ancora la voglia di continuare a svolgere questa "missione" che si sta rivelando per alcuni aspetti assai ingrata.

Giuseppe Caraccio
Maria Stella Zaia
Ines Brentan

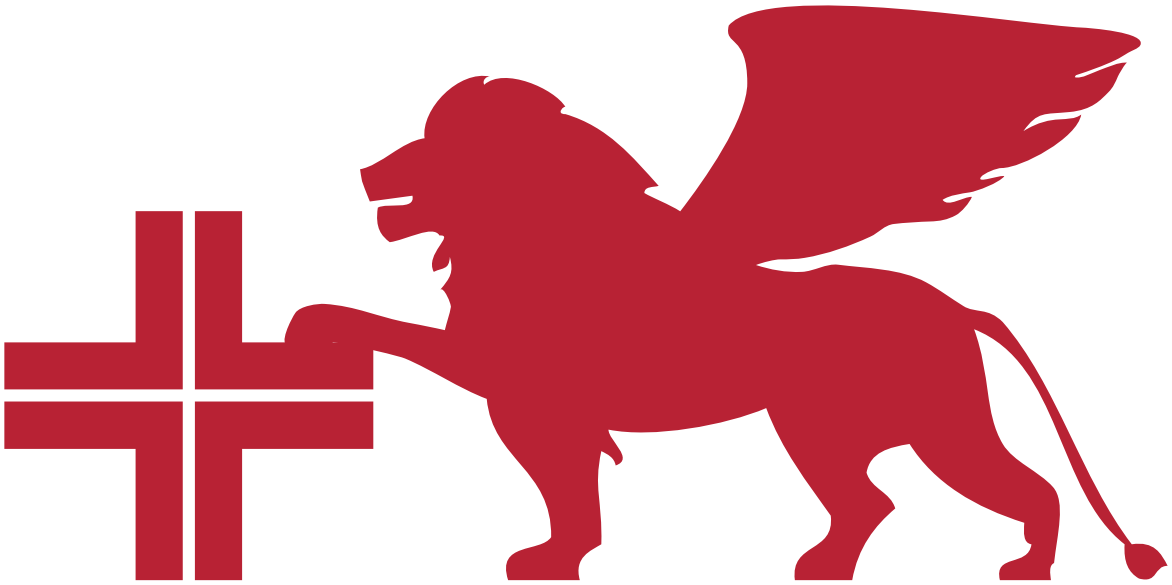
De generazione **alcolica**

Da giovani ad adulti passando per prove negative

di Giuseppe **Caraccio**
Direttore Editoriale di NES

L'adolescenza, intendendo l'età compresa fra gli 11 ed i 25 anni, è forse il periodo di vita più difficile che un essere umano (maschio o femmina che sia) si trova a dover affrontare. Le ragioni sono molteplici, si passa dalla tutela assoluta, calda e rassicurante della famiglia al diventare man mano individui in grado di autodeterminarsi e fare delle scelte in piena autonomia di pensiero ed azione, senza più il paracadute dell'ambiente conosciuto e delle relazioni consolidate.
Il giovane individuo si trova a dover affermare la propria identità e per farlo, poiché l'uomo è un animale sociale, ha bisogno del gruppo cioè di poter condividere con "i propri pari" la sua identità, le sue esperienze e la sua vita. All'interno di questo delicato periodo si sono sempre innestate, sin dai tempi dell'antichità, delle prove di coraggio che il singolo individuo eseguiva per attestare il suo valore in una sorta di iniziazione alla maturità a cui assisteva tutto il gruppo. Negli ultimi anni queste prove di valore si sono tramutate in prove di capacità negative con l'emulazione di modelli che predicano la distruzione fisica e psichica con l'invito ad "ingurgitare" alcolici. E il gruppo dei simili, come un tempo è lì per testimoniare il valore del guerriero in una ritualità che non apre più alla maturità e alla capacità di rivestire il proprio ruolo di individuo adulto pronto a donare vitalità alla società, ma si trasforma in capacità di annichilimento di sballo a tutti i costi di bere per il bere sino ad arrivare all'incoscienza ed al coma etilico. Sarebbe importante capire come mai la tradizione culturale del buon cibo, del buon bere e della buona compagnia si sia trasformata in un rito di abbrutimento collettivo dominato dalla tristezza, dalla disperazione, dalla perdita della capacità di affrontare i problemi. A volte penso che la società oggi è mediamente più infelice di quando io ero un giovane adulto desideroso di misurarsi con gli altri e con le difficoltà della vita, sicuramente le possibilità economiche erano minori, e quello che oggi è considerato come un normale bene di consumo era impensabile per quel periodo ma, la società portava nel suo ventre una forte capacità di fare, di sperare, di inventarsi, che oggi non vedo più, forse questo è uno dei motivi per cui queste nuove generazioni, nate in un epoca di vacche grasse ed in bilico su di un futuro che è un baratro di incertezze, hanno perso la speranza di migliorare se e gli altri e non essendo abituati a misurarsi con le difficoltà cercano momenti di oblio che trovano a buon mercato nell'alcol. Non è facile fare qualcosa per arginare questa tendenza, ma sono consapevole che il vero cambiamento può essere messo in atto solo quando tutti noi faremo qualcosa per questo cominciando da noi stessi e da quello che abbiamo più vicino.

un click per la tua salute



SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line
la tua prestazione sanitaria

e-health
quando la rete digitale può cambiare la qualità ed i costi della sanità

a cura di Antonella **Prigioni**

Una lettera che è entrata di prepotenza nel nostro linguaggio. E non si tratta della nostra cara vecchia congiunzione, ma di una letterina che compare costante davanti a tante parole che abbiamo mutuato dall'inglese. E-mail, e-goverment, e-commerce, e-business ed anche e-health. Ovvero posta elettronica, gestione elettronica, commercio elettronico, affari elettronici e appunto gestione elettronica della salute. Ovvero la tecnologia digitale che ha rivoluzionato il modo di comunicare e di organizzarci. L'Italia non è in posizione avanzata nella classifica dell'utilizzo dell'e-health, ossia nell'impiego delle tecnologie digitali per la sanità. La Regione Veneto si distingue per alcune buone pratiche, ci sono esempi unici a livello nazionale. Ma si tratta di applicazioni isolate, anche le strutture sanitarie venete non impiegano in modo sistematico integrato ed organico, soluzioni digitali per l'ambito clinico e gestionale. Manca un piano di sistema strutturato, che potrebbe garantire invece una migliore cura ai cittadini con notevole risparmio economico. Esiste inevitabilmente un "*digital divide*" con il resto d'Europa.

E-HEALTH

"Per "e-Health", o "Sanità in Rete" s'intende l'utilizzo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita", si legge nel sito del Ministero della Salute. "La sanità in Rete - prosegue la nota ministeriale - contribuisce alla disponibilità di informazioni essenziali quando e dove necessario e assume crescente importanza con l'aumento della

I punti cardine del processo di sviluppo dell'eHealth

circolazione internazionale dei cittadini e del numero di pazienti. Le iniziative e-Health migliorano l'accesso alle cure, ponendo il cittadino al centro dei sistemi sanitari; inoltre, contribuiscono ad accrescere l'efficienza generale e la sostenibilità del settore sanitario".

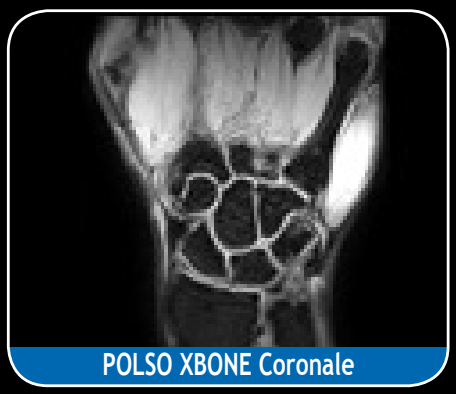
Cambia la composizione della società, cambiano i bisogni della popolazione e si riducono al contempo le risorse. Per bilanciare queste due esigenze: qualità di servizi assistenziali e ridotte disponibilità, è necessario identificare nuovi modelli di erogazione delle prestazioni sanitarie. E la risposta può essere fornita proprio da un sistema di servizi integrati in rete che consenta, in tempo reale, il controllo e la valutazione sistematica di parametri quali il rischio clinico, le procedure diagnostiche e terapeutiche con particolare riferimento alla qualità delle stesse, alle risorse impiegate, alle tecnologie utilizzate e al livello di soddisfazione percepito dal cittadino. Un sistema capace di fronteggiare l'invecchiamento della popolazione e la conseguente richiesta di un'assistenza necessariamente più centrata sui servizi territoriali adeguati alla gestione delle patologie croniche.

Nella figura 1 vengono riportati i cinque punti cardine del processo di sviluppo dell'eHealth: 1.Definizione delle priorità nel rispetto dei contesti locali; 2.Valutazione dei vincoli e delle istanze dei portatori di interesse; 3.Definizione degli approcci di sviluppo sostenibili; 4.Ottimizzazione degli sforzi progettuali e degli investimenti; 5.Garanzia di coerenza dei percorsi e dei risultati conseguiti. È fondamentale assicurare a tale processo una regia unitaria. A tali fini la governance NSIS mira ad assicurare che gli sforzi progettuali e gli investimenti siano concentrati secondo percorsi di attuazione e priorità condivise, nel pieno rispetto delle prerogative regionali e locali. Obiettivo della governance è assicurare uno sviluppo armonico, coerente e sostenibile dei sistemi informativi sul territorio.

Tratto da www.salute.gov.it

Qualità di Immagine
Straordinaria

GINOCCHIO FSE T2 Sagittale


POLSO XBONE Coronale

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

O·scan
Dedicated MRI

Il complemento perfetto dei sistemi Whole-Body in RM articolare

esaote
Creativity in Healthcare

"Impresa Campione dell'Innovazione" 2010

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

Sanità **digitale**

Gli obiettivi e gli strumenti per un'assistenza continua e teleguidata del paziente

È come avere un Gps della salute che in ogni momento ci permette di essere collegati alla rete sanitaria. Una sorta di costante controllo medico che scatta però solo quando veramente serve e nelle modalità in cui serve. Come vivere ad un passo da un pronto soccorso virtuale. Mettere la nostra salute in rete, attraverso le tecnologie di eHealth, significa ottimizzare le risorse e le risposte di cura e assistenza. Al centro di questa rete c'è il cittadino, che viene preso in carico dal suo primo contatto con il sistema sanitario, quindi dalla sua nascita e seguito nelle varie tappe della sua storia clinica. Gli attori di questa rete, oltre a lui stesso, sono i medici di famiglia, gli ambulatori, gli ospedali e poi i servizi territoriali.

MMG: medico di medicina generale.
Quando una persona sta male, la prima cosa che fa è andare dal medico di base, il quale può prescrivere dei farmaci, compilare un certificato di malattia, prescrivere degli esami, un ricovero. In questa prima fase la prassi digitale si esplica, attraverso l'aggiornamento da parte del medico di base, a valle della sottoscrizione del consenso al trattamento dei dati personali da parte del paziente, del "patient summary" contenuto nel Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente (FSE) stesso e, ove necessario, produce certificati telematici di malattia, nonché prescrizioni elettroniche. Se previsto, il paziente può accedere ai servizi territoriali e ospedalieri attraverso i Centri Unici di Prenotazione (CUP). Il Fascicolo Sanitario Elettronico, alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prenderanno in cura l'assistito nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), conterrà tutte le informazioni cliniche del paziente e raccoglierà i documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito.Tali informazioni supporteranno le decisioni del medico, garantendo, in tal modo, una più efficace e tempestiva assistenza diagnostica e terapeutica soprattutto nei casi d'urgenza. L'avvio del percorso di cura avviene tramite il MMG, che è supportato dalle seguenti soluzioni di eHealth: il Fascicolo Sanitario Elettronico, i Certificati telematici di malattia, l'ePrescription.

ASSISTENZA AMBULATORIALE
La fase successiva è quella relativa all'assistenza ambulatoriale, in cui gli strumenti a disposizione sono i Centri Unici di prenotazione e il Fascicolo Sanitario Elettronico.

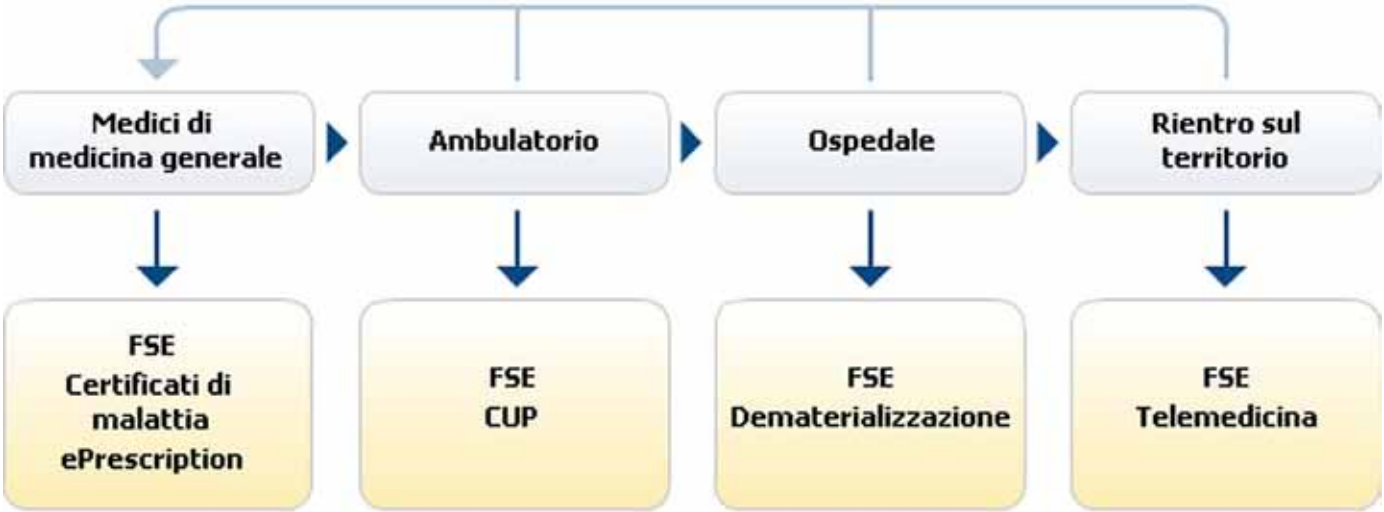
ASSISTENZA OSPEDALIERA
Segue l'assistenza ospedaliera; supportano questa fase il Fascicolo Sanitario Elettronico e

la Dematerializzazione.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Infine, nella fase post-acuta di presa in carico del cittadino da parte dei servizi territoriali, le soluzioni di eHealth pertinenti sono il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Telemedicina. Il percorso assistenziale può prevedere in qualsiasi momento, coerentemente con le necessità di cura, il rientro del paziente nell'ambito dell'Assistenza Territoriale.
Non si tratta solo di vantaggi per gli utenti e per la loro salute.
La diffusione dei sistemi digitali di gestione delle immagini diagnostiche consentirà la dematerializzazione della documentazione sanitaria a beneficio dei processi organizzativi e gestionali.
Con i processi indicati dall'eHealth si possono definire strategie per l'elaborazione dei Lea, i livelli assistenziali di base, che rispondano effettivamente ai bisogni di una popolazione che cambia e di conseguenza mutano anche le patologie di cui è affetta. *(a.p.)*

I possibili percorsi assistenziali previsti per il cittadino e le soluzioni eHealth a supporto



Nella figura in alto vengono rappresentati i possibili percorsi assistenziali previsti per il cittadino.

Il divario generazionale corre su **Internet**

Solo la "nuova generazione" lo usa per ritirare i referti, gli anziani delegano i figli

di Margherita **De Nadai**

Qual è l'elemento che più differenzia le "nuove generazioni" da quelle più anziane? L'uso della tecnologia, naturalmente. E questo luogo comune pare essere confermato anche nell'ambito della sanità digitale. Lo dimostra un piccolo sondaggio che abbiamo svolto nelle sale d'aspetto di una struttura privata accreditata, ponendo ai pazienti presenti la scottante domanda: "Utilizza Internet per prenotare una prestazione medica e per ritirarne gli esiti?". Le risposte si dividono in due blocchi, a seconda dell'età. Internet è infatti utilizzato nella fascia più giovane. Una signora sui 40 anni non l'ha mai usato per prenotare una visita, ma lo usa sistematicamente per ritirare gli esiti degli esami: "E' un sistema veloce, soprattutto perché posso farlo da casa risparmiando un viaggio". Anche un'altra signora, di mezza età, lo usa solo per ritirare i referti: "Per prenotare, invece, uso ancora il telefono". Stessa risposta da altri due signori, tra i 35 e i 50 anni. Una ragazza di trent'anni dice di utilizzare Internet solo per il ritiro degli esami del sangue; un ragazzo della stessa età non è a conoscenza di un sistema di prenotazione on-line ma soltanto per ritirarne la refertazione; e ancora, una ragazza di vent'anni racconta che assiste sua madre durante il ritiro dei referti on-line. Avanzando con l'età dei pazienti intervistati, realizziamo che nessuno di loro ha mai utilizzato Internet, né per prenotare le visite, né per ritirare gli esiti. La maggior parte non possiede nemmeno un pc e un collegamento ad Internet e, se li possiede, non è capace di usarli. "Odio Internet, uso solo il telefono", esclama una signora sui 65 anni. Un signore, ridendo, dice che alla sua età (75 anni) non si cimenta nemmeno nell'impresa di accendere un pc e una signora sua coetanea racconta che a momenti non è capace di accendere neanche la televisione.
Ma più di qualche anziano confessa di lasciare l'onere della prenotazione e del ritiro della refertazione ai figli. "I miei figli prenotano per me e lo fanno via Internet", è la risposta di tre anziani. "Lo fa mia figlia al posto mio perché io non sono capace di usare le tecnologie, ma trovo che sia un sistema utile e veloce!". Infine, una signora sulla settantina ammette di non essere capace ma di volere imparare a tutti i costi: "Adesso che sono in pensione avrò più tempo e siccome trovo molto comodo utilizzare Internet anche per le prestazioni mediche, credo proprio che mi farò insegnare!".

© Can Stock Photo Inc. / keeweeboy

La cura tra le **nuvole**

Minori costi, gestione più efficace, ma resta la questione privacy

© Can Stock Photo Inc. / bloomua

Digitalizzare la salute, un percorso progressivo, che non va alla stessa velocità dell'evoluzione della rete. Mentre si lavora per trasferire tutti i dati della sanità veneta su supporto digitale, il web propone nuove soluzioni. Il cloud computing è la nuova frontiera. Traducendo letteralmente, significa il sistema digitale che sta sulle nuvole, ossia non più contenuto in hardware e software. La materia si fa decisamente impalpabile, anche per l'umana comprensione, ma un esperto delle nuvole digitali ci aiuta a capire. Federico Etro (*foto*), docente ordinario di Economia Politica dell'Università Ca' Foscari di Venezia, è la nostra Beatrice telematica.

Cos'è il cloud computing?
Il cloud computing è una nuova tecnologia generale (cioè applicabile in qualunque settore) che permette di sostituire hardware e software con collegamenti on-line a centri dati remoti, creando ingenti risparmi nei costi e nuove potenzialità per l'ICT di un'azienda privata o dell'amministrazione pubblica. La logica del cloud è già nota ai consumatori finali tramite e-mail e social networks (che sono proprio basati su servizi online). La novità associata all'introduzione del cloud computing è proprio che la stessa logica non si limita a servizi diretti ai consumatori finali, ma inizia ad espandersi al mondo del business e della pubblica amministrazione, con potenzialità di maggiore efficienza che possono avere un sostanziale impatto economico.

È una evoluzione di internet o tutt'altra cosa?
I sistemi digitali tradizionali, cosiddetti on premise, sono basati su hardware di base e applicazioni collegate, mentre un sistema CC si appoggia interamente ad hardware remoti con applicazioni remote cui si accede on-line. In prospettiva le aziende potrebbero privarsi di ogni computer e limitarsi a disporre schermi con accesso Internet cosi da impiegare la computing capability dei data center remoti e affidarsi interamente ad applicazioni on-line. In questo senso, il CC è la quintessenza di Internet, la modalità con cui Internet diventa motore dei sistemi produttivi.

Quali i vantaggi del CC?
I vantaggi possono essere notevoli nella pubblica amministrazione e nella sanità. I primi esempi, nati fra l'anno scorso e quest'anno un po' in tutta Europa, vanno dai più semplici ai più complessi. Da un lato l'ospedale Bambin Gesù di Roma ha

spostato "sulla nuvola" il servizio e-mail di duemilacinquecento impiegati, creando notevoli riduzioni di costi impiegati. Allo stesso modo, la Croce Rossa svedese ha portato sulla nuvola il sistema di coordinamento degli interventi creando non solo vantaggi di costo ma anche di efficienza nel servizio.
Dall'altro lato, un centro di intervento cardiovascolare russo, Penza, ha adottato un sistema cloud per coordinare attività, diagnosi e decisioni su trattamento e intervento chirurgico portando tecnologie e cure altrimenti impossibili in luoghi remoti e poveri del Paese. Infine, durante la pandemia H1N1 un servizio globale di cloud computing (in questo caso fornito sulla piattaforma Windows Azure di Microsoft) ha centralizzato e diffuso informazioni cruciali sulla diffusione dell'influenza.

E in Italia, non ci sono ancora nuvole?
A livello italiano, una posizione pionieristica nell'adozione del cloud computing spetta al Veneto e, in particolare, alla Ulss di Asolo, che sta avviando processi di esternalizzazione di alcune attività operative usufruendo dei servizi offerti dalla tecnologia cloud.
La stessa azienda pubblica veneta si è fatta promotrice e guida del processo di adozione del cloud computing nel settore sanitario italiano ed internazionale, attraverso un documento redatto a novembre 2011 a Castelfranco e poi presentato in una serie di convegni internazionali, che elenca una serie di raccomandazioni nel processo di adozione della nuova tecnologia. I vantaggi in termini di efficienza sono notevoli tanto nel settore privato quanto nel settore pubblico. Soprattutto, il cloud consente innovazioni altrimenti impossibili, come fornire servizi in aree periferiche

© Can Stock Photo Inc. / tomwang

(cruciale non solo nella sanità, ma anche nella scuola), creare nuove applicazioni sulla nuvola che sfruttano la dimensione on-line e sviluppare modelli di gestione che permettono rapida espansione dell'utilizzo delle infrastrutture in periodi di intensa attività.
Per approfittare di questa nuova tecnologia però, nella sanità come in ogni altro settore, l'Italia deve recuperare un gap infrastrutturale.
I benefici sociali della diffusione del cloud, in termini di incentivi alla creazione di nuove imprese con l'associato incremento di produzione e occupazione, saranno tanto maggiori quanto più rapida sarà l'adozione del cloud computing.

Che cosa impedisce una rapida diffusione del CC?
Uno dei principali ostacoli (oltre alle preoccupazioni inerenti la privacy dei dati e il traffico internazionale degli stessi) è ancora la lentezza della connessione disponibile, pertanto sarebbe auspicabile un'accelerazione degli investimenti nella banda larga, anche con sussidi pubblici.
Saranno proprio le politiche pubbliche ad avere un ruolo centrale nella diffusione del cloud computing e sono cinque le azioni che potrebbero fornire la spinta decisiva: come detto, accelerare l'investimento nella banda larga per garantirne un'ampia e capillare diffusione su tutto il territorio; adottare soluzioni cloud nel settore pubblico (sanità, scuola, università), cosa che potrebbe incentivare anche i privati a fare altrettanto; coordinarsi a livello europeo per favorire la libera circolazione di dati e informazioni attraverso i confini nazionali; riunire ad un tavolo le autorità dell'Ue che si occupano di standardizzazione e innovazione e le grandi società fornitrici di soluzioni di cloud computing, per fissare standard e regole relative all'interoperabilità di queste soluzioni; prevedere incentivi fiscali per chi (pubblico o privato) adotta soluzioni cloud.

Cloud Ulss: quella di Asolo, esempio in Europa

Hanno trasferito sulla nuvola i referti, l'archivio immagini ed entro fine anno anche le cartelle cliniche. L'Azienda sanitaria di Asolo, viaggia veloce lungo l'autostrada digitale.
"Il cloud computing – dichiara Renato Mason direttore generale dell'Ulss8 – mette necessariamente in relazione il pubblico con il privato. Impensabile che la Pubblica Amministrazione abbia risorse e strumenti per gestire l'innovazione da sola: lo può fare solo affidandosi a partner qualificati, esperti e fidati e deve promuovere un'innovazione non fine a se stessa, ma incoraggiare strumenti innovativi sostenibili e sicuri per tutto il sistema sanitario". "Il cloud è l'occasione giusta per superare il digital divide che caratterizza le istituzioni pubbliche", gli fa eco il direttore amministrativo Mario Po. "La nuvola tecnologica, infatti, potrà essere un grande aiuto per tutti gli enti che finora non hanno mai investito molto nell'ICT, i quali potranno implementare nuovi servizi digitali e fare notevoli passi in avanti ottimizzando sia a livello di investimenti economici che di culturale, professionale e digitale".

Arsenal.it

Il Consorzio che mette in rete la sanità veneta

La sfida della sanità veneta al digitale, è iniziata sette anni fa. Un percorso partito con l'istituzione del Consorzio di Telemedicina e che oggi ha come ambizione quella del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale. Il Consorzio di Telemedicina è nato perché era emersa la necessità di creare un unico punto di riferimento per un progetto di sanità digitale, condiviso da tutte le realtà sanitarie operanti nel territorio e che avesse una progettualità a lungo termine.
Serviva un soggetto tecnico e specializzato che facesse da coordinatore. L'obiettivo era diffondere in modo omogeneo, in Veneto, i servizi di telemedicina ed e-Health. E nel 2007 l'evoluzione del Consorzio di Telemedicina diventa Arsenal.it, un consorzio che ha come associati le 21 Aziende socio sanitarie e le 2 Aziende ospedaliere del Veneto.
Tutti i direttori generali hanno condiviso l'idea di avere una realtà, che con competenze specifiche e know how di altissimo livello, potesse supportare e coordinare la realizzazione di una rete tecnologica infrastrutturale ed organizzativa per l'applicazione di soluzioni ICT nella sanità veneta. Un organo altamente specializzato capace di digitalizzare il sistema sanitario regionale. L'esperienza di Arsenal.it è unica a livello nazionale ed europeo: gestisce progetti locali, regionali, europei ed internazionali, agendo da centro di competenza con una mission mirata sulla sanità digitale e l'innovazione.
Due le aree di intervento: da un lato l'attività primaria incentrata su ricerca per l'innovazione (come ad esempio la creazione di standard internazionali) e osservatori finalizzati, ingegneria dell'offerta, formazione e fund raising, dall'altro i progetti, che possono coinvolgere sia Aziende singole che gruppi di Aziende socie fino ad arrivare alle iniziative che comprendono tutti gli associati.
Il Consorzio opera grazie ad un team giovane (i 25 dipendenti hanno in media 31 anni e per la maggior parte sono neolaureati del settore scientifico) ed altamente qualificato. Il Consorzio opera anche da incubatore di professionalità a servizio dei soci.
I principali progetti nei quali il Consorzio è attualmente impegnato sono: Veneto ESCAPE, progetto nazionale per la digitalizzazione del processo documentale, RENEWING HEALTH, iniziativa europea per il monitoraggio dei servizi di telemedicina per i pazienti affetti da patologie croniche, e DOGE, progetto regionale per la prescrizione elettronica e la messa in rete dei medici di medicina generale. Attualmente è in corso di definizione un percorso condiviso con la Regione Veneto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale. *(a.p.)*

Dario: ecco le parole chiave dell'innovazione in sanità

La nostra Intervista al dott. Claudio Dario, presidente del Consorzio Arsenàl.IT

Come e perché nasce il Consorzio Arsenàl.IT?
Si tratta di un'esperienza inedita nata dall'esigenza di dare risposte condivise nel campo dell'eHealth a livello regionale. L'esperienza pilota fu avviata nel 2005 con l'allora Consorzio di Telemedicina, nato sulle fondamenta di una ricerca finalizzata sulle applicazioni eHealth in ambito della Regione Veneto. Dall'indagine emerse un quadro che presentava molte applicazioni e approcci differenti con l'evidente limite dell'interoperabilità nello stesso campo clinico. La risposta fu la costituzione di Arsenàl.IT. Essa offre possibilità di confronto nel contesto della ricerca e dell'innovazione, partendo dal presupposto che occorra lavorare all'interno delle aziende e coinvolgere i clinici per ottenere vantaggi a tutti i livelli. Voglio sottolineare la natura volontaria dell'adesione che si traduce in una partecipazione decisa da parte dei singoli attori, che, agendo sulla leva della motivazione, sono i reali protagonisti.

Quali sono i miglioramenti in termini di efficacia dei nuovi servizi offerti nel settore digitale riscontrati nelle aziende sanitarie venete?
L'esperienza fino ad oggi sviluppata nell'ambito del Consorzio dimostra come le parole chiave dell'innovazione in sanità siano mettere in sinergia e far collimare. Ciò che permette di passare da prototipi a servizi consolidati all'interno di una rete sovraziendale è la capacità di mettere assieme stratificazioni diverse dell'organizzazione, dai clinici ai pianificatori, e per raggiungere l'obiettivo è necessario riuscire a tenere sovrapposti e collimati i diversi livelli di interazione. Per innovare bisogna riuscire a cambiare i comportamenti dei singoli e delle organizzazioni e Arsenàl.IT sta riuscendo nel suo intento di innestare idee nuove e favorire impulsi positivi grazie ad un grande lavoro di team. In tale contesto si inserisce anche l'esperienza di confronto con i partner europei, perché attraverso studio e condivisione di buone prassi internazionali si possono elaborare modelli operativi aderenti alle esigenze delle singole aziende. *(a.p.)*

ANTONVENETA OFFRE IL CONTO "VEGAINCUBE" ALLE START UP DELL'INCUBATORE DI VEGA PARCO SCIENTIFICO TECNOLOGICO DI VENEZIA

Un'offerta valida per i conti aziendali delle start up che fanno parte del progetto e per quelli personali di dipendenti, soci e collaboratori.

Banca Antonveneta (Gruppo Montepaschi) ha lanciato recentemente un conto corrente a condizioni agevolate per le prime 20 nuove imprese innovative di VEGAIncube, l'incubatore di VEGA Parco Scientifico Tecnologico di Venezia promosso in collaborazione con la Camera di Commercio del capoluogo veneto e con la sua Azienda Speciale Venezi@Opportunità, per sostenere la nascita di start up e spin off di elevato livello tecnologico, in particolare nei settori ICT, Green e Nanotecnologie.

Il nuovo conto "VEGAIncube" prevede condizioni favorevoli di tenuta conto e riduzione dei costi per i servizi accessori e per l'operatività bancaria: strumenti di pagamento, internet banking, bonifici, anticipi fatture Italia e estero, nonché condizioni agevolate per accedere a finanziamenti fino ad una massimo di 36 mesi. L'offerta rappresenta un chiaro segnale della volontà dell'istituto padovano di appoggiare con iniziative concrete lo sviluppo del territorio e la neo imprenditorialità.

Banca Antonveneta ha allargato le condizioni di offerta anche agli oltre cento addetti, tra imprenditori, soci e collaboratori, che si insedieranno per i prossimi 3 anni negli spazi d VEGAIncube, per trasformare idee imprenditoriali e progetti in prodotti e servizi innovativi.

Filiali a Venezia

Venezia (Agenzia 1)	Campo S. Bartolomeo, 5400/5401	041 5226849
Venezia (Agenzia 2)	San Polo - Campiello dei Meloni, 1339	041 5221350
Venezia (Agenzia 3)	Cannareggio, 2343	041 717267
Venezia (Agenzia 4)	Dorsoduro, 2839 (Campo S. Barnaba)	041 5282655
Mestre (Sede)	Piazza Ferretto, 24	041 5071 411
Mestre (Agenzia 1)	Via S.Donà, 26/28	041 5347148
Mestre (Agenzia 2)	Piazza XXII Marzo, 14	041 3960511
Mestre (Agenzia 3)	Via Verdi, 21	041 5066011
Mestre (Agenzia 5)	Piazzale della Concordia, 18	041 931513

Veneto **Escape** e **Doge**

I referti direttamente nel pc di casa ed archivio elettronico per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri

Veneto ESCAPE. Un click e i referti degli esami si materializzano direttamente sul monitor del nostro computer, palmare, smartphone o tablet. Il ritiro on line, in Veneto, avviene già per il 59 per cento delle prestazioni erogate. Entro la fine del 2012, grazie a Veneto ESCAPE tutti gli abitanti del Veneto potranno scaricarsi gli esami, senza doversi recare agli sportelli.
Cofinanziato da DigitPA (ente nazionale per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione) e dalla Regione del Veneto per un valore complessivo di 4.435.000 euro, Veneto ESCAPE è l'iniziativa che permette la gestione digitale dell'intero ciclo di firma, certificazione, archiviazione, estrazione, distribuzione e conservazione dei referti digitali, permettendo di lasciare inalterata la loro validità legale.
E' stata l'Ulss 9 di Treviso, la prima a sviluppare la soluzione Escape, sistema, che dal 2009, è stato replicato in tutte le altre Aziende sanitarie ed ospedaliere (enti riusanti) della Regione Veneto. Ad oggi il servizio di scarico referti risulta disponibile in 19 delle 23 Aziende sanitarie ed ospedaliere venete, mentre in 4 Aziende il servizio è in fase di attivazione. Attualmente 3.883.845 abitanti pari al 79,2 per cento della popolazione complessiva della Regione Veneto è in grado di scaricare i propri referti direttamente via web, accedendo ai siti internet delle singole aziende senza muoversi da casa. Lo scarico avviene, per lo più, in orario notturno e nei giorni festivi, a dimostrazione di come lo sportello virtuale aperto h24 e 7 giorni su 7 piace molto più agli utenti di quello tradizionale. E' stato calcolato (fonte "Progetto ESCAPE - Elementi per la valutazione del progetto. Rapporto finale di ricerca", CeRGAS, Università Bocconi, 2003) che grazie all'applicazione della soluzione Veneto ESCAPE i cittadini potranno risparmiare circa 72.000.000 di euro all'anno in spostamenti non più necessari. Cifra che si ottiene moltiplicando il costo del trasporto e del tempo impiegato per il ritiro di un referto calcolato in 12 euro per il numero medio di referti prodotti in Veneto ogni anno, pari a circa 6.000.000. Notevoli i vantaggi anche dal punto di vista delle Aziende sociosanitarie che risparmieranno quasi 7.790.000 di euro in quattro anni, da reinvestire per il miglioramento dei servizi sociosanitari (fonte "Il mondo della salute tra governance federale e fabbisogni infrastrutturali" IntesaSanpaolo e Fondazione CERM, 2010).
Fino ad oggi l'esperienza, che si concluderà con la fine 2012, ha coinvolto direttamente 161 operatori come referenti di progetto e 25 aziende fornitrici che partecipano alla realizzazione operativa di Veneto ESCAPE.

© Can Stock Photo Inc. / bloomua

© Can Stock Photo Inc. / mflippo

DOGE. E' un progetto della Regione Veneto finalizzato alla creazione di una rete di servizi per i professionisti sanitari di Primary Care (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) per la condivisione dei dati clinici. Arsenàl. IT svolge il ruolo di consulente per la progettazione della rete, oltre ad occuparsi dell'analisi, del monitoraggio e del supporto all'avviamento del modello. Il progetto pilota si è concluso con successo nell'Azienda Ulss 19 Adria, in collaborazione con l'Azienda Ulss 18 Rovigo con la quale condivide il sistema informativo.

Il progetto prevede la realizzazione di una rete attraverso lo sviluppo di un sistema che consenta un'interazione costante tra MMG e PLS, rendendo disponibili le informazioni riguardanti gli assistiti nel rispetto di sicurezza e privacy. Consistenti i vantaggi: non solo per gli operatori ma anche per i cittadini per i quali migliorano nettamente i tempi di cura. Vantaggi che hanno un riscontro anche per il sistema sanitario regionale, dato che l'implementazione dei flussi permette un'integrazione efficiente anche con il sistema dell'Anagrafe Regionale degli Assistiti già operativo nelle Aziende della provincia di Rovigo e in fase di diffusione in tutto il Veneto. In tal modo il cittadino è posto al centro dei processi di diagnosi e cura.

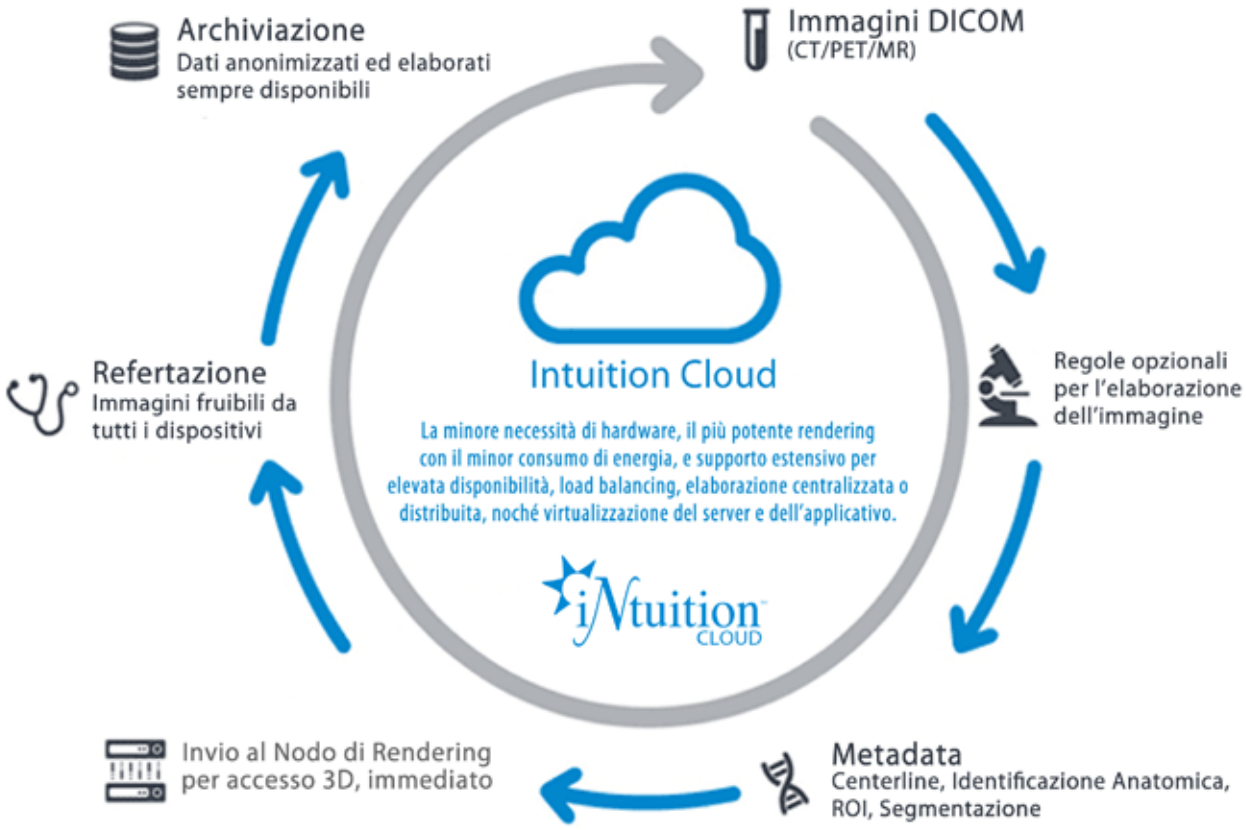
Sono 1.436, oggi, i medici prescrittori collegati al sistema DOGE pari al 22% del totale di MMG del Veneto. I prossimi passi previsti per favorire una progressiva estensione della rete di DOGE sono la realizzazione del tariffario regionale che includa un catalogo unico regionale del prescrivibile, la creazione di referti strutturati per il re-invio dei dati in modalità automatica nelle cartelle e la firma digitale dei medici convenzionati.

Punto di partenza per la creazione del fascicolo sanitario elettronico regionale, DOGE è il secondo pezzo dell'ambizioso puzzle della sanità veneta del futuro. *(a.p.)*

Refertazione nella nuvola

Coraggio creatività libertà di pensare con chiarezza e di concepire nuove possibilità, queste le caratteristiche peculiari che contraddistingono Intuition nella visualizzazione avanzata e nel supporto decisionale.

Architettura d'eccellenza per le tue informazioni



TeraRecon ha lanciato la prima vera soluzione CLOUD per visualizzazione avanzata, iNtuition CLOUD. Questa consente l'accesso alla pluripremiata soluzione di visualizzazione avanzata iNtuition come servizio web. Gli studi vengono caricati in modo protetto dalle strutture al sito iNtuition CLOUD, e sono successivamente accessibili attraverso un normale browser da qualsiasi Mac o PC per usufruire della suite iNtuition thin-client, completa di tutti i suoi strumenti.

TERARECON

Distribuito da:

MEDIKO s.r.l.

Via Bevilacqua, 153 35010 VILLANOVA DI C.S.P. PADOVA
P. IVA E C.F.: 04375330281 e-mail: mediko@mediko.it
Tel: 049 646 999 Fax: 049 646 999

La **Sanità digitale** in Italia: opportunità di servizi per i cittadini

IL CONVEGNO: Sanitari, ingegneri informatici e utenti a confronto

di Antonella **Prigioni**

Un'overdose di informazioni, alcune anche difficili da digerire se non si ha la mente formattata all'elettronica, non nel senso di saperla utilizzare, come fruitori, ma come progettisti. Un convegno impegnativo e denso di contributi, quello organizzato da NordEst Sanità, per fare il punto sullo stato della digitalizzazione del sistema sanitario nazionale e in particolare di quello Veneto. Un evento promosso in collaborazione con le Ulss 16 e l'Azienda Ospedaliera di Padova, l'Ulss 17 di Este-Monselice e l'Ulss 15 di Cittadella Camposampiero per la componente pubblica ed Anisap, in rappresentanza delle strutture private accreditate.
Il focus dei lavori, che si sono svolti nella straordinaria cornice del Castello del Catajo ai piedi dei Colli Euganei, a Due Carrare, in provincia di Padova, ha analizzato la diffusione dell'esperienza digitale soprattutto nelle strutture padovane. Ma non solo.
Assodato il ritardo della sanità nazionale nell'applicazione dei sistemi digitali, rispetto al resto d'Europa, è emerso invece dalle varie relazioni come il Veneto sia un modello non solo per il resto del Paese, ma all'avanguardia nell'applicazione dei sistemi ICT, scalzando anche la Lombardia, regione che detiene spesso la palma dell'innovazione, ma non in questo caso. Anche la Lombardia è "digital" arretrata.
"La complessità e l'eccellenza dell'offerta sanitaria a Padova, anche per la presenza dell'Azienda Ospedaliera e dell'Università, favorisce il territorio padovano che può contare – ha evidenziato il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera e dell'Ulss 16 Adriano Cestrone - di un sistema informativo ben avviato, con prenotazioni in rete condivise persino con il privato accreditato". "A Padova – ha concluso - esiste già il Fascicolo Elettronico Sanitario".
"L'importante è avere chiari gli obiettivi - ha rincalzato Daniele Donato direttore sanitario dell'Ulss 16 - l'informatizzazione è uno strumento che deve mettere al centro il paziente. Quindi ci deve essere la massima uniformità di compilazione dei dati clinici da parte dei medici, che devono cambiare mentalità e non pensare di essere un'isola. Solo così, collegando tutte le aree sanitarie con un linguaggio uniformato, si può fare sintesi delle informazioni. Dati che a Padova si trovano in un'unica repository, elementi aggregati nella cartella clinica accessibile al paziente e al medico di medicina generale".
Un lavoro lento e progressivo che negli ultimi due anni ha incrementato l'utilizzo di pratiche on line da parte dei medici di base dell'Ulss 16. Oggi il 63,1% di loro scarica direttamente dal sito dell'Azienda i dati dei pazienti. L'impiego della ricetta telematica è incrementata del 20 per cento. Nei reparti ospedalieri della città del Santo inoltre, è stata messa a punto la cartella clinica computerizzata, in 45 è già operativa, con un aumento al mese dell'8%. E fiore all'occhiello dell'ingegneristica elettronica applicata è l'aver dotato i carrelli infermieristici di un'appendice touchscreen e wireless, in modo che tutti i parametri vengano registrati in tempo reale ai piedi del letto del malato. E' stato predisposto anche un carrello per il medico, che utilizza tablet di ultima generazione.
Per un'efficace digitalizzazione, è stato detto, è necessario individuare le finalità, avere gli strumenti a disposizione ed il personale disponibile e preparato al nuovo approccio informatizzato. Un altro impiego digitale è quello dell'e-learning, ossia la formazione del personale on line e c'è pure una sezio-

zione, ad accesso libero, di informazione sanitaria di base. Uno dei punti di forza dell'applicazione digitale nel sistema padovano è la condivisione del centro prenotazioni tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate. "Il meglio deve ancora venire", ha sottolineato però Maria Luisa Dacunti vice-presidente di Anisap. "Solo il 30 per cento delle strutture private è in rete con il CUP, le reti integrate vanno potenziate. I nostri medici non possono ancora accedere alla cartella del paziente. E per creare un sistema organico ed efficiente, sono troppe le incognite che il poco spazio e il taglio alle tariffe previsto per il privato accreditato, dal nuovo Piano socio sanitario regionale lasciano aperte, per un'integrazione davvero efficace".
E se le grandi viaggiano spedite, Ulss più piccole non sono da meno. In quella di Este-Monselice, entro la fine dell'anno la refertazione immagini sarà totalmente digitalizzata. "Il medico di base – ha dichiarato con soddisfazione il direttore generale Giovanni Pavesi - quindi potrà leggere gli esami dei suoi assistiti scaricandoli da internet".
E l'Ulss 8, quella di Asolo, addirittura ha spedito sulla nuvola, cioè si è affidata al cloud computing, referti, immagini e cartelle cliniche. "Il cloud – ha dichiara Mario Po direttore amministrativo dell'Ulss 8 - è utilissimo per chi è avanti, ancora più utile per chi è indietro, è un sistema agile, completo e costa meno. Si paga solo ciò che si utilizza".
La gestione dei dati sensibili, come sono definiti dalla legge sulla Privacy quelli inerenti la salute, comporta un problema di sicurezza e impenetrabilità. La firma biometrica digitale è un applicativo che risponde a questa esigenza, abbinata a sofisticatissimi software che blindano le informazioni.
Con il termine e-health, si comprende non solo il flusso dei dati clinici, ma pure la tecnologia che in molti rami della medicina ha determinato vere e proprie rivoluzioni terapeutiche. Dalla radiologia, branca ante litteram digitalizzata, alla fisiatria con le risultanze dell'analisi del movimento in tridimensionale, alla medicina di laboratorio. E se il 77 per cento degli internauti quando naviga cerca pure informazioni per la salute, si capisce quanto la rivoluzione digitale per il nostro benessere sia la strada del presente e del futuro. "Una rivoluzione che deve essere una trasformazione culturale e di approccio alla materia anche da parte di noi medici", ha sottolineato concludendo il seminario Antonella Agnello dell'Ordine dei Medici di Padova".

Risparmio, migliore organizzazione, più servizi agli utenti

L'informatizzazione strumento prezioso di sintesi gestionale ed opportunità di migliori servizi di assistenza e cura per i cittadini. "L'esperienza della digitalizzazione nei reparti ha rilanciato l'attività stessa in corsia". Lo sostiene Giampietro Rupolo direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Padova, che cita come esempio di ottimizzazione, le liste d'attesa informatizzate per gli interventi chirurgici, che il paziente può consultare, in modo trasparente e sapendo che potrà essere superato solo da un caso di emergenza. Uno strumento utile anche per gli operatori che programmano con precisione la distribuzione delle sale operatorie e dell'équipe chirurgica. Un risparmio notevole il digitale lo fornisce quando si parla di radiografia. "Spendevamo un milione di euro all'anno per le lastre, ora al massimo 25mila euro per quelle che servono necessariamente in Odontoiatria". L'abolizione della carta per alcune procedure libera risorse che si possono impiegare in investimenti. "La cartella clinica elettronica, ad esempio, permette di ridurre l'organico, che gestisce l'archivio, da 56 persone a 10, basta un quinto degli addetti. L'informatizzazione ci ha aiutato anche nella razionalizzazione della farmacia, sapendo quante scatole o flaconi di una medicina abbiamo in magazzino, acquistiamo solo quel che serve, senza sovraccaricare il deposito. L'e-Health è il futuro, non si può fare a meno, l'importante è non smaterializzare il malato".

Intervista ad Umberto Iazzetta, presidente Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del malato Regione Veneto

Per chi ha il **lavoro precario** via libera alle visite **via cavo**

Questo sistema permetterebbe a molti giovani, che non hanno diritto a giorni di assenza per malattia, di tenere sotto controllo la propria salute

Un aiuto per la cura di chi non ha la malattia retribuita: farsi visitare dal medico grazie ad una webcam.

La sanità digitale è davvero un'opportunità per gli utenti di avere più servizi?
Non credo che la sanità digitale possa influire sulla quantità dei servizi e delle prestazioni. Nostro compito è anche quello di non creare false aspettative tra i cittadini. Sicuramente però, ne trarremo beneficio in termini di funzionalità del sistema. Possiamo ipotizzare che attraverso l'informazione, la comunicazione e la tecnologia (I.C.T) si accorciano le distanze tra erogatori e fruitori di servizi facendo però attenzione a non tagliare fuori le persone che per età, cultura e altre ragioni non hanno dimestichezza con il mezzo informatico.

Una opportunità per essere assistiti meglio?
Dipende da cosa intendiamo per "assistiti meglio", se ci riferiamo alla qualità della risposta sanitaria erogata credo che non cambierà proprio nulla. Il medico se lo è, è bravo adesso e lo sarà anche dopo. Dal punto di vista del cittadino, in merito alla qualità della risposta sanitaria percepita, credo potrà influire solo in minima parte la digitalizzazione del sistema sanitario. L'atto medico in sé, viene valutato sulla base del risultato ottenuto e sulla "dose" di umanità che il medico ha lasciato indelebile nella memoria del paziente.

In Veneto è diffusa in modo organico o non c'è ancora un sistema rodato?
Sappiamo bene che la risposta sanitaria e non solo in Veneto non è ben spalmata sul territorio. Ci sono aree più "baciate dalla fortuna" di altre. Da questo punto di vista ritengo si tratterà solo di tempo. E' interesse della Regione rendere maggiormente accessibile l'approccio ai servizi. Superata la fase di rodaggio potremo prenotare visite molto più agevolmente. I sanitari potranno accedere ai nostri dati in modo rapido e chiaro. Avremo modo successivamente di valutare il cambiamento come abitualmente facciamo con spirito critico e costruttivo.

Il processo di informatizzazione sarà bloccato dal taglio ai fondi?
E' possibile che ciò accada ma non lo darei per scontato. In un'ottica di lungo periodo l'e-Health porterà sicuramente ad un sensibile risparmio nella gestione del sistema. In termine di gestione aziendale una migliore organizzazione, superata la fase iniziale caratterizzata da investimenti per progettazione e avviamento, porterà sicuramente maggiore efficienza e sensibile riduzione dei costi. Immagino che la Regione Veneto abbia già considerato che non si raccolgono frutti se prima non siano stati piantati i semi.

Grazie al digitale la gestione del sistema sanitario regionale migliora, razionalizzando le risorse senza penalizzare le prestazioni?
Si può solo ipotizzare sulla base delle mie precedenti osservazioni la risposta positiva. La possibilità che diverse figure professionali (medici di medicina generale, medici ospedalieri e specialisti) possano in modo chiaro valutare la situazione generale del paziente avendo a disposizione dati che fino ad oggi erano di difficile consultazione. Penso vi sia anche maggiore possibilità di appropriato trattamento in quanto il medico potrà volendo, verificare se vi sono evidenze scientifiche che confermano la sua diagnosi. In conclusione aggiungerei una riflessione che emerge con "prepotenza" in merito al rapporto che i nostri giovani hanno con i medici di famiglia (MMG) e con la struttura ospedaliera: il lavoro spesso precario non consente loro assenze per malattie fino ad oggi considerate legittime e dunque tutelate per dipendenti a tempo indeterminato. Un consulto medico, magari con l'ausilio di una piccola telecamera installata sul computer di casa e/o dell'ufficio, può aiutare a non trascurare sintomi di malessere che potrebbero essere dissipati dal consiglio del medico di fiducia. Spero questa mia ultima riflessione sia interpretata con dovuta benevolenza. Sono fermamente convinto del necessario rafforzamento del rapporto umano medico/paziente.

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

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

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

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

*Fonte: Quattroruote – Libretto Rosso ed. novembre 2011

Powered by Fastquote

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

Allianz

Ti aspettiamo:

C & D Assicurazioni Srl, Via Polo Marco 3 - Padova(PD)
Tel. 049 8804492 - Fax. 049 8804714, E-mail: info@cdassicurazioni.it
Orario: Lun-Ven 8,30-17,30 / -

La diagnostica del Carcinoma della Mammella: **è tempo di cambiare**?

Un convegno dedicato alla donna. Appuntamento il 23 giugno a Padova

di Giacomo **Piran**

La diagnostica del Carcinoma della Mammella è il tema centrale di un convegno nazionale che si svolgerà il 23 giugno nella Sala Varotto Berto dell'Oic a Padova. L'evento, promosso da Nes – Nordest Sanità assieme all'Ordine dei Medici di Padova e il Lions Club Padova Jappelli, si propone tre importanti obiettivi:

- Portare a conoscenza, sia dei medici non specialisti in diagnostica per immagini sia della popolazione, le indicazioni e i limiti, sulla base delle più recenti evidenze scientifiche, dei vari test strumentali utilizzati per la diagnosi del carcinoma della mammella.
- Indicare quale percorso diagnostico possa essere ritenuto ottimale.
- Discutere sulla eventuale responsabilità del medico-radiologo, gestore della scelta dei test diagnostici, se applica percorsi diagnostici che si discostano da linee guida consolidate senza tener conto dell'obiettivo prioritario della propria mission: la diagnosi tempestiva di un eventuale tumore in una donna asintomatica, in qualunque contesto esso operi. La segreteria scientifica dell'evento è composta dal professor Cosimo di Maggio, e dai dottori Alessandro Spada e Giuseppe Caraccio. Di importanza nazionale sono i coordinatori e relatori che sono Antonella Agnello, Maurizio Benato, Alessandro Del Maschio, Cosimo di Maggio, Adriano Fileni, Gian Marco Giuseppetti, Cosimo Guerra, Pietro Panizza, Francesco Sardanelli, Mara Tonegutti, il giudice Carlo Nordio e il giornalista Gianfranco Natoli e l'avv. Silvia Sorrentino.

Alessandro **Del Maschio**
professore ordinario Radiologia Università Vita - Salute S. Raffaele - Milano Direttore Dipartimento Radiologia Irccs H. S. Raffaele - Milano

"La messa a punto di apparecchiature "dedicate" per lo studio radiologico della mammella" spiega il professor Cosimo di Maggio, "segnò all'inizio degli anni sessanta una svolta decisiva nella diagnosi precoce del tumore della mammella e la Mammografia divenne il test di riferimento. Nel 1964 a New York fu dato inizio ad un programma di screening basato sulla mammografia. Nel corso degli anni sono diventati sempre più evidenti i vantaggi derivanti dalla diagnosi mammografica di tumori di piccole dimensioni: riduzione di mortalità e interventi chirurgici meno mutilanti. Nel 1994 il Consiglio dell'Unione Europea raccomandò di intensificare gli sforzi per la diagnosi precoce del tumore della mammella". La Commissione Oncologica Nazionale, nel 1996 identificò due modelli operativi. "Si tratta dello Screening mammografico di alta qualità, dedicato alle donne asintomatiche di età compresa tra i 50 ed i 69 anni (lo screening su invito prevede una mammografia ogni due anni al fine di selezionare le donne portatrici di lesioni sospette), e le Unità Funzionali di Senologia Diagnostica, dedicate alla più appropriata gestione diagnostica delle donne portatrici di sintomi in modo da arrivare in tempo reale alla diagnosi conclusiva". Nel corso degli anni le donne che richiedono spontaneamente controlli diagnostici di tipo preventivo anche al di fuori dei programmi di screening sono sempre più numerose; negli attuali centri di "diagnostica clinica" le donne, anche se asintomatiche, vengono controllate non solo con la mammografia (test di base) ma anche con l'esame clinico e soprattutto con l'ecografia. La Mammografia di oggi è molto migliorata e con l'avvento dei sistemi digitali sta "vivendo una nuova giovinezza" rimanendo il test di base per la diagnostica precoce del tumore della mammella: "ma la sempre più frequente esecuzione contemporanea di mammografia ed ecografia ha evidenziato che la mammografia, pur digitale, ha dei limiti intrinseci e che il ricorso integrato e contestuale all'ecografia, in presenza di questi limiti (mammella radiologicamente densa), permette di scoprire un certo numero di tumori che la mammografia non ha visto". Di seguito pubblichiamo in esclusiva la sintesi degli interventi che i relatori svolgeranno durante il Convegno.

Mammografia
nell'era del digitale

di Pietro **Panizza**
Presidenze della Sezione di Senologia della SIRM Direttore Radiologia 1, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

La mammografia è una tecnica consolidata, importante perché l'unica che si è dimostrata in grado di ridurre la mortalità fino al 50% nelle donne asintomatiche. Negli ultimi dieci anni è passata da analogica a digitale: dalla pellicola radiografica si è passati al computer. Le immagini sono visualizzabili su grandi monitor, possono essere modificate con elaborazioni a posteriori, archiviate e trasmesse a distanza, a fini didattici o di consulto. La differenza è la stessa che esiste tra fotografia su pellicola, caratterizzata da maggiore definizione delle immagini, e quella digitale; la prima è in funzione del tipo di macchina fotografica utilizzata e dell'abilità del fotografo, la seconda è sempre ottimale ma con minore definizione del dettaglio.
I primi studi sono stati di confronto tra le due modalità d'esame ed hanno dimostrato che la mammografia digitale è affidabile quanto quella analogica.
Uno dei vantaggi evidenti del sistema digitale è dato dalla possibilità di ridurre la dose di irradiazione alla mammella, circa della metà e fino ad un quarto se si utilizza la tecnologia più evoluta che consente al rilevatore di contare il singolo fotone.
Nell'ambito della mammografia digitale è recentemente stato commercializzato un sistema di acquisizione in 3D: la tomosintesi. Si acquisisce un'immagine volumetrica che viene successivamente scomposta in sottili sezioni, consentendo un'analisi più accurata. Questo sistema ha la potenzialità di risolvere le immagini di sovrapposizione delle varie strutture, che penalizza la classica immagine mammografica in 2D, consentendo di identificare parte delle lesioni mascherate dalle sovrapposizioni ed evitando di confondere le stesse sovrapposizioni con lesioni inesistenti. Si sta ancora valutando come e quando utilizzare questa tecnica che potrebbe rivoluzionare la mammografia nei prossimi anni.
Il mammografo digitale consente inoltre di acquisire immagini della mammella durante o dopo iniezione di mezzo di contrasto. Come si è avuto modo di osservare con la Risonanza Magnetica, le lesioni maligne sono visualizzabili in quanto riccamente vascolarizzate, grazie all'effetto angiogenetico, ovvero alla produzione di nuovi vasi, anomali, che meglio alimentano il tumore in fase di crescita. Questa tecnica è ancora sperimentale ma potrebbe assumere a breve un ruolo nell'iter diagnostico del carcinoma mammario.
Per finire, nell'ambito della digitalizzazione della mammografia non bisogna dimenticare i sistemi stereotassici di guida all'agobiopsia, solitamente in aree di microcalcificazioni sospette. Questi sistemi sono a tutti gli effetti dei piccoli mammografi digitali, su cui la paziente è coricata prona con la mammella indagata pendente attraverso un foro. Con due acquisizioni angolate si ricavano le coordinate per posizionare l'ago da biopsia esattamente nella sede della lesione ed il sistema digitale consente di rendere più veloce e precisa la procedura.
Possiamo concludere che, con il passaggio al digitale, la mammografia, ormai cinquantenne, si rinnova e riapre nuove sfide nel campo della diagnosi precoce del carcinoma mammario.

Ruolo dell'ecografia oggi: **le evidenze scientifiche**

di Gian Marco **Giuseppetti**
professor Ordinario Radiologia Università di Ancona, Direttore Clinica di Radiologia Università Politecnica delle Marche
e di Eleonora **Perugini**
specialista radiologia, Dipartimento di Scienze Radiologiche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona

"Il malato soffre più dei suoi pensieri che della stessa malattia"(Nietzsche).

Per questo in un iter diagnostico complesso e "stressante" come quello senologico è fondamentale per la donna riuscire ad avere in tempi contenuti un'interpretazione comprensibile e corretta dei segni diagnostici e chiarezza sul percorso futuro. Caratterizzare una lesione mediante metodiche radiologiche ancora non è possibile, ma l'ecografia può contribuire a definirne la natura in modo rapido ed a basso costo. Tradizionalmente gli ultrasuoni hanno avuto un ruolo complementare alla mammografia per valutare specifiche alterazioni evidenziate all'esame clinico/mammografico, ma tale metodica è stata considerata di scarso valore per la diagnosi di neoplasia in donne asintomatiche con mammografia negativa. Nonostante la mammografia rappresenti ad oggi l'unico esame proponibile su larga scala per la diagnosi precoce del carcinoma, dimostrando di poterne ridurre la mortalità fino al 35%, il grande limite risiede nella ridotta sensibilità nello studio di mammelle "dense", tipiche delle giovani donne, ove è possibile non visualizzare lesioni anche di notevoli dimensioni, con potenziale decremento della sensibilità (dal 30-48%), della specificità (per aumento di richiami) e compromissione dei benefici del programma stesso. Da tale considerazione è emersa nel tempo l'evidenza e l'esigenza di valutare ogni modalità diagnostica in grado di ridurre il numero dei falsi negativi mammografici. L'impiego degli US permette spesso di ovviare a tali limiti, grazie alla possibilità di definire lesioni dubbie indipendentemente dalla densità mammaria. Fin dal 1995 vari autori hanno sostenuto come, nella mammella radiologicamente densa, l'impiego dell'ecografia abbia dimostrato un tasso d'identificazione di neoplasia quasi sovrapponibile a quello ottenibile mediante screening mammografico e di come la SE ottenuta con l'utilizzo combinato delle due metodiche fosse decisamente maggiore (97%) rispetto all'utilizzo della sola mammografia associata all'esame clinico (74%).
Nel 2009 e nel 2010 ulteriori studi hanno dimostrato che l'uso complementare degli US in donne con mammografia negativa e parenchima denso(categoria ACR 2-4) abbia permesso l'identificazione di carcinomi di piccole dimensioni nel 0.32% dei casi. Inoltre le più importanti linee guida (ACR, ChartaSenologica, Foncam, GISMa) hanno riassunto le condizioni per le quali l'impiego degli US è indicato e dirimente: la già citata valutazione dei parenchimi mammograficamente densi; guida a procedure interventistiche volte alla definizione di natura (reperimento preoperatorio, prelievo cito/istologico); tecnica d'approccio per valutazione di masse in donne con età < 30 anni, in allattamento o gravidanza; valutazione di protesi; ruolo di 1ª istanza in situazioni non oncologiche quali flogosi, traumi, mastodinia. E' importante ricordare come le nuove piattaforme digitali delle apparecchiature permettano di completare l'esame ecografico tradizionale con precise informazioni circa la vascolarizzazione (colorDoppler) e l'elasticità di una lesione fornendo un ulteriore valido, rapido ed incruento ausilio alla caratterizzazione delle stesse. Inoltre i nuovi trasduttori ad alta risoluzione 3D, larga banda e multifrequenza con registrazione dell'armonica tissutale, campo largo, scansione automatica, Compound, Elastosonografia, CAD, Fusion hanno determinato un importante incremento diagnostico grazie alla migliore qualità dell'immagine e sempre più precisa rappresentazione della mammella e della sua patologia.

Contributo della ecografia in 22.131 pazienti asintomatiche con mammografia negativa

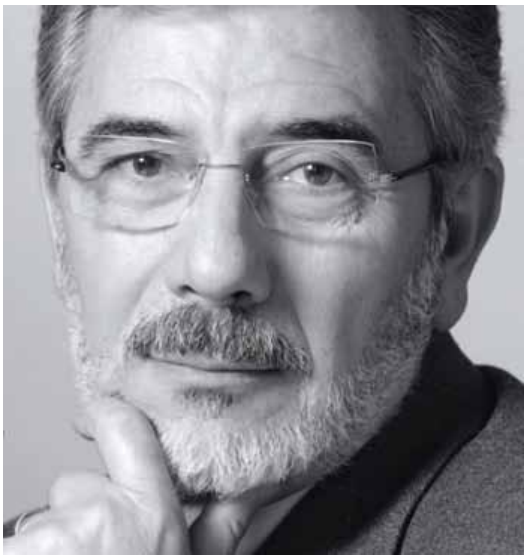
di Mara **Tonegutti**
Responsabile Senologia Casa di Cura dott. Pederzoli, Peschiera del Garda, Verona e di V. Girardi, S. Ciatto, F. Bonetti, E. Manfrin

Scopo: obiettivo del lavoro è stato quello di valutare nella pratica clinica quotidiana il ruolo della ecografia nello studio di pazienti asintomatiche con mammografia negativa. Si è analizzato il contributo diagnostico della ecografia nella serie globale e in sottogruppi di donne suddivise per età (≥50 anni e <50 anni), storia di pregressa neoplasia mammaria e densità del corpo ghiandolare (grassoso o denso).
Materiali e Metodi: lo studio comprende una serie consecutiva di 22.131 pazienti asintomatiche che si sono rivolte spontaneamente per una indagine clinico-strumentale delle mammelle al Servizio di Senologia Diagnostica della Casa di Cura Pederzoli a Peschiera del Garda (Verona), nel periodo compreso tra gennaio 2009 e dicembre 2011. Tutti i soggetti sono stati esaminati con palpazione, mammografia ed ecografia. È stata quindi valutata la sensibilità dell'ecografia e l'incremento di diagnosi di cancro dovuto a quest'ultima, nella serie globale e nei diversi sottogruppi.
Risultati: Nella serie globale, il numero di cancri identificati è stato pari a 162 (sensibilità del 7,2‰). Nelle 22.131 pazienti con mammografia negativa, l'ecografia da sola ha diagnosticato 41 cancri (sensibilità del 1,8‰). L'incremento diagnostico dovuto alla ecografia è stato pari al 33,8% (41 cancri visti dalla sola ecografia / 121 cancri visti dalla mammografia e talvolta anche dalla ecografia). Considerando l'incremento diagnostico dell'ecografia in relazione ai sottogruppi di pazienti, questo è risultato maggiore nelle donne giovani, cioè con 50 anni o meno, rispetto a quello ottenuto nelle donne con più di 50 anni (46,8% vs 25,7%). È stato assai elevato, nelle donne con storia di pregressa neoplasia mammaria (240%) rispetto a quello avuto in donne senza storia di pregressa neoplasia mammaria (25%). Infine, il guadagno diagnostico della ecografia è risultato assai evidente nelle mammelle dense radiologicamente (la marcata densità del tessuto mammario può mascherare la neoplasia alla mammografia) risultando pari al 64,7% ma si è concretizzato anche nelle mammelle adipose (ben esplorabili dalla mammografia) raggiungendo il 21,8%. La quota globale di approfondimenti diagnostici mediante ago aspirato con ago sottile o con ago grosso è stata del 3,74% (n = 837). Gli approfondimenti espletati su indicazione di un sospetto ecografico sono stati pari all'1,90% (422 in 22.131 donne asintomatiche con mammografia negativa).
Conclusioni: l'aggiunta dell'ecografia alla mammografia negativa ha consentito un sensibile guadagno diagnostico (+33,8%), particolarmente evidente in donne giovani con 50 anni o meno, in seni densi e in donne con un pregresso cancro mammario. Ha comportato tuttavia un incremento in approfondimenti con procedure diagnostiche invasive: costo peraltro del tutto accettabile.

I commenti

DG ULSS 20 VERONA Maria Giuseppina Bonavina: "Credo sia fondamentale, come in qualsiasi altra branca, parlare in senologia di diagnostica integrata (mammografia ed ecografia insieme). E' difficile, infatti, nell'ambito di un esame di routine, riuscire a garantire una diagnosi certa senza approfondimenti. Purtroppo, però, alla fine dobbiamo scontrarci con il vero problema (che ci dirige verso uno screening solo mammografico), ed è quello dei costi. Non siamo in grado di sorreggerli più come Aziende pubbliche. Bisognerebbe risolvere questo problema, ad esempio, puntando verso uno screening personalizzato che permetterebbe di valutare a monte se una donna necessita, oltre che della mammografia, anche della ecografia a causa della morfologia del proprio seno".

Contributo della **Ecografia Mammaria** nel programma di **Screening**



di Cosimo **Di Maggio**
Professore Ordinario Radiologia Università di Padova, già Direttore dell'UOC Senologia Istituto Oncologico Veneto

Attuare programmi di screening per la diagnosi tempestiva del tumore della mammella è un obiettivo da raggiungere. Ancora oggi i programmi di screening mammografico sono rivolti alle donne di età compresa tra i 50 ed i 69 anni e prevedono per tutte solo la mammografia ogni 2 anni.
Dopo tanti anni, però, bisogna prendere atto che se anche la mammografia resta l'indiscusso test di base, alcune cose sono cambiate: le donne hanno maggiore attenzione alla propria salute, il tumore della mammella colpisce molte donne prima dei 50 anni e si vive molto più a lungo, la moderna ecografia è in grado di scoprire un discreto numero dei tumori mascherati da tessuto radiologicamente denso. E' razionale quindi:
A) aderire alla richiesta delle donne di maggiore coinvolgimento e completa informazione;
B) anticipare l'età di inizio dei controlli strumentali su invito ai 40-45 anni e prolungare l'invito al controllo fino ai 75 anni;
C) offrire alle donne con "mammelle dense" sia controlli periodici mammografici annuali sia l'integrazione di routine con l'ecografia anche in assenza di segni di sospetto in modo da evitare il non riconoscimento di un discreto numero di tumori (NB: la mancata percezione del tumore non è un errore ma un limite del test). Tale cambiamento metodologico non viene meno al principio di equità di offerta poiché permette di offrire ad ogni donna uguale possibilità di scoprire un eventuale tumore ("non poco a tutte nè tutto a tutte, ma ad ognuna ciò che serve!").
In accordo con queste premesse, nella Azienda ASL 16-Padova, con il supporto economico della Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, è stato attuata una metodologia di screening basata su maggiore coinvolgimento delle Utenti (A) e personalizzazione dei controlli (B).

A - Approccio clinico iniziale.
Tutte le donne arruolate nel programma (a partire dall'età di 45 anni) sono state ricevute la prima volta da un medico-radiologo e sono state correttamente informate sui vantaggi e sui limiti di quanto veniva offerto.
B - Personalizzazione dei controlli periodici.
Dopo il primo esame le donne sono state divise in due gruppi.
- Le donne con mammelle "adipose" (a basso rischio di non percezione) sono state controllate solo con mammografia ogni due anni (come nello screening classico).
- Le donne con mammelle "radiologicamente dense" (a maggiore rischio di non percezione) sono state invece controllate ogni anno sia con mammografia che con ecografia (fig 1).
Tutte le strutture private pre-accreditate esistenti nella ASL 16 che hanno voluto condividere tale metodologia sono state coinvolte nel programma.

Risultati
Nel periodo tra il marzo 2004 e il dicembre 2006 sono state controllate 32.070 donne di età compresa tra i 45 ed 75 anni.
I risultati ottenuti hanno confermato le premesse.

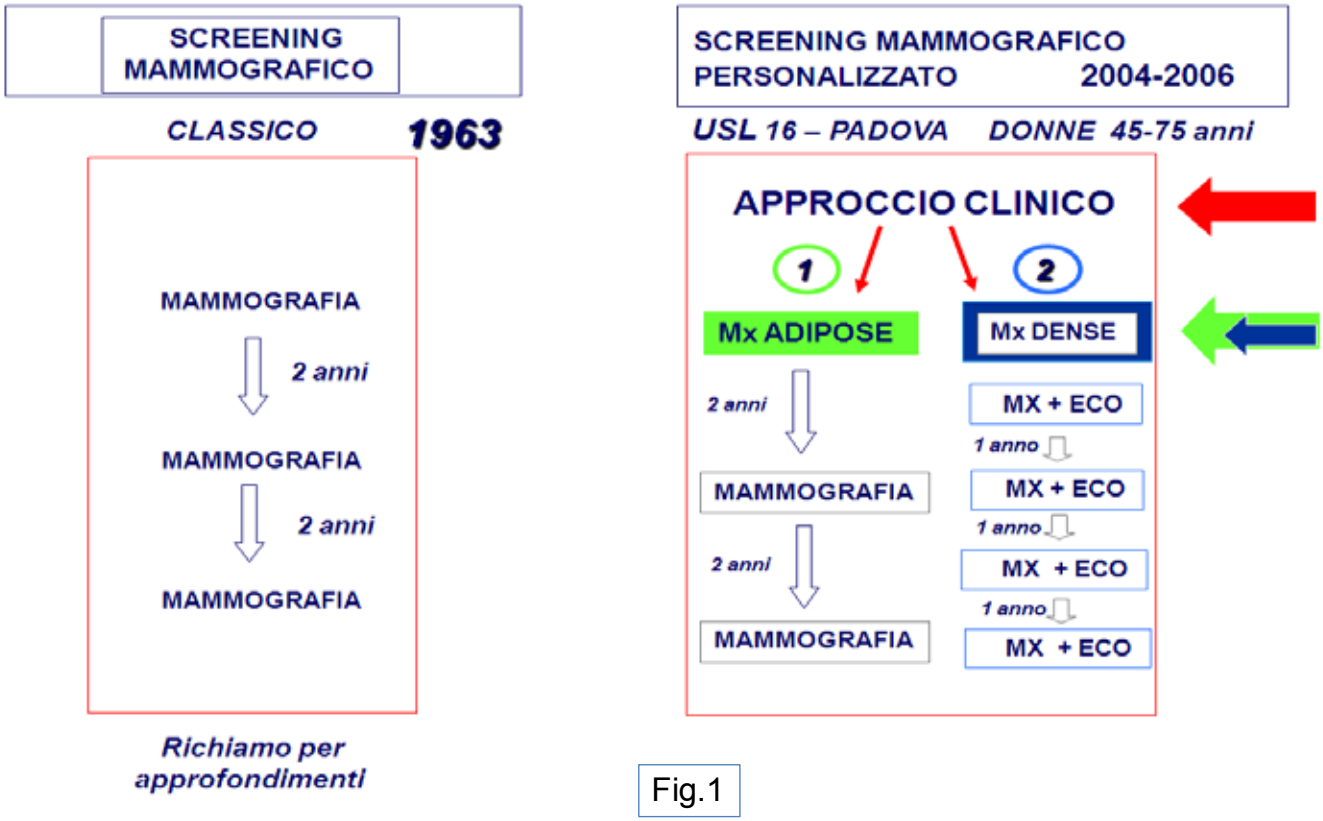


Fig.1

1 - Necessità di integrare la mammografia con l'ecografia e di ridurre l'intervallo tra i controlli.
- Sono stati diagnosticati 283 carcinomi 53 dei quali, presenti in mammelle radiologicamente dense, non sono stati evidenziati dalla mammografia nemmeno ad una seconda revisione (veri Falsi Negativi mammografici). L'ecografia, eseguita di routine in questi casi, ha permesso il riconoscimento del 60% di questi tumori.
Il tasso dei "carcinomi di intervallo" (tumori scoperti dalla stessa donna prima del controllo programmato) è stato del 6,4%; i dati della letteratura riportano che il tasso dei carcinomi di intervallo nello screening classico oscilla dal 30 al 50%.
2 - Necessità di anticipare l'età di inizio dei controlli.
- I carcinomi riscontrati nelle donne tra i 45 e i 49 anni sono stati il 16% di tutti i casi e fronte del 13% nelle donne tra i 50 ed i 54 anni.
3 - Necessità di maggiore coinvolgimento delle Utenti.
L'adesione al primo invito è stato dell'88% (nel programma di screening classico attuato nella stessa sede nei 6 mesi precedenti l'adesione era stata del 33,6%). Il tasso di adesione al 2° invito è stato del 99,6%. L'elevato tasso di adesione è da attribuire sicuramente alla metodologia personalizzata ed al rinnovato rapporto medico-utente.

E' lecito comunque chiedersi se i migliori risultati diagnostici offrono reali vantaggi prognostici a fronte di costi e di problematiche organizzative ritenuti maggiori.
Per quanto riguarda i vantaggi prognostici è possibile affermare, sulla scorta delle letteratura, che la percentuale di sopravvivenza di donne colpite da tumore della mammella è strettamente e significativamente correlata all'anticipo diagnostico.
Per quanto riguarda i costi l'esperienza padovana ha evidenziato che lo screening personalizzato ha un costo doppio rispetto allo screening classico (84 €/donna rispetto ai 42 €/donna delle screening classico) ma bisogna tener presente che nel periodo pre-screening l'Asl 16 ho sopportato un costo/donna di 126 € in rapporto alla frequente ripetizione ingiustificata di test diagnostici.
In sintesi è ragionevole stimare che il costo per singolo tumore diagnosticato e per anno di vita salvata dovrebbe risultare anche inferiore a quello dello screening classico (anche in rapporto alla maggiore adesione dell'Utenza) e quindi compatibile con le risorse economiche disponibili.
E' peraltro necessario dare un "valore" anche alla maggiore tranquillità offerta alle donne dalla umanizzazione dei percorsi diagnostici perché il tumore della mammella non è solo un problema sociale ed economico ma è anche, e soprattutto, un problema umano.

Risonanza Magnetica Mammaria: **quando e perché**

di Francesco **Sardanelli**
Professore Università degli Studi di Milano, Irccs Policlinico San Donato, Unità di Radiologia, San Donato Milanese, Milano

La risonanza magnetica (RM) mammaria è entrata nella pratica clinica da oltre vent'anni. E' considerata la tecnica con la più elevata sensibilità nella diagnosi del carcinoma mammario (90%) alla quale si associa peraltro una specificità (72%), che compete efficacemente con quella della mammografia e dell'ecografia. Ciò ne giustifica l'utilizzo in situazioni ben definite. Un panel europeo multidisciplinare ha definito nel 2010 la seguente serie di indicazioni alla RM mammaria: 1) screening nelle donne ad alto rischio di carcinoma mammario (portatrici di mutazioni BRCA1, BRCA2 o TP53; donne precedentemente trattate per linfoma con radioterapia toracica; donne per le quali si valuta un rischio cumulativo nella vita di carcinoma mammario pari ad almeno il 20%); 2) valutazione dell'effetto della chemioterapia neoadiuvante; 3) presenza di metastasi da carcinoma mammario e mammografia ed ecografia mammaria negative; 4) stadiazione preoperatoria ipsilaterale ed esclusione di tumore controlaterale sincrono (nei casi di carcinoma lobulare infiltrante, discrepanza dimensionale della lesione indice tra mammografia ed ecografia, alto rischio, indicazione alla partial breast irradiation); 5) reperti non caratterizzabili alla mammografia e all'ecografia, nei casi di difficoltosa individuazione della sede di effettuazione del prelievo con ago (es. addensamenti asimmetrici negativi all'ecografia); 6) sospetta recidiva, nei casi di difficoltosa individuazione della sede di effettuazione del prelievo con ago; 7) valutazione dell'integrità di protesi (RM senza mezzo di contrasto; le scansioni contrasto grafiche sono suggerite qualora comunque vi sia indicazione chirurgica). Recenti evidenze suggeriscono che la RM mammaria possa essere utilizzata quale unico test di screening nelle donne ad alto rischio, giacché l'effettuazione contestuale di mammografie ed ecografia non incrementa significativamente la sensibilità, neppure nel caso dell'ecografia semestrale, mentre vi sono evidenze in favore di una maggiore radiosensibilità del tessuto mammario delle donne portatrici di mutazione deleterie BRCA1-2. Ciò rappresenta la novità più rilevante nell'ambito dello screening, poiché consente di semplificare i processi e ridurre fortemente i costi. Un'altra indicazione emergente è l'esclusione di carcinoma infiltrante nel caso di risultato dubbio all'agobiopsia eseguita sotto guida mammografica stereotassica o ecografica (cosiddette B3, lesioni "con incerto potenziale di malignità"). Si prospetta inoltre un sempre più frequente ricorso alla RM quale valida alternativa alla duttogalattografia nel caso di secrezione sospetta dal capezzolo. Si raccomanda che la RM mammaria sia eseguita allo stato dell'arte e interpretata da radiologi senologi, con larga esperienza mammografica, ecografica e di agobiopsie imaging-guidate. È inoltre importante che i centri che eseguono RM siano dotati di dispositivi per l'agobiopsia RM-guidata o che siano funzionalmente connessi con centri che siano in grado di eseguire tale procedura.

I commenti

DG ULSS 16 PADOVA E AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA Adriano Cestrone: "Certo che è fondamentale una diagnostica integrata (mammografia ed ecografia insieme) in senologia: è un modo moderno di porsi. Peccato però che dobbiamo fare i conti con i costi, sono questi che non ci permettono di realizzare un progetto del genere. Sarebbe allora opportuno puntare ad un grande cambiamento culturale che porti la gente a capire che anche i diritti costano. Dobbiamo capire che oggi la sanità pubblica non può essere tutta gratis, gli esami costano e costano di più quando parliamo di grossi numeri, come in questo caso dello screening. Allora sarebbe il caso che, sempre in base alle possibilità di ciascuno, cioè in rapporto al suo reddito, anche il cittadino venisse coinvolto nella spesa".

Responsabilità del Radiologo nella gestione del **percorso diagnostico**

di Adriano **Fileni**
Direttore UOC Diagnostica per Immagini INRCA IRCCS Sede di Roma

"Ognuno è artefice del proprio destino". Il ritratto di Dorian Gray, O. Wilde

Sotto la spinta sempre più pressante della grave crisi economica che attanaglia il Paese il SSN sembra aver perso la propria "mission". I tagli imposti alla assistenza rendono difficile la professione del medico, ma, soprattutto, sembrano rendere vano uno dei principi più importanti per la salute: la Prevenzione. Se le risorse non sono sufficienti per le cure primarie, si impongono restrizioni significative alla prevenzione di malattie statisticamente prevedibili ed individuabili precocemente come il carcinoma mammario. Il politico, o l'amministratore preposto, non hanno il coraggio (come avviene ad es. nel SSN Inglese) di riconoscere la non sostenibilità economica di alcune forme di tutela sanitaria e preferiscono alzare barriere burocratiche per limitare l'accesso alla popolazione ad esami che, allo stato attuale delle conoscenza scientifiche mediche, sono irrinunciabili.

E' questo il caso degli esami senologici effettuati al fine di una diagnosi precoce del carcinoma mammario. Sicuramente lo screening mammografico per la ricerca del carcinoma mammario su fasce di popolazione femminile asintomatica ha avuto il pregio di sensibilizzare la donne su questa malattia, statisticamente presente, ma che è precocemente diagnosticabile e curabile. Nello stesso modo però gli studi scientifici, specie dell'ultimo decennio, hanno dimostrato che lo screening mammario con la sola Mammografia non è sufficiente. Ora, per risparmiare sulla salute delle donne, si vuole far credere che la sola mammografia (eventualmente con la doppia lettura) sia sufficiente per la diagnosi precoce di tumore mammario. Ciò può essere vero solo nelle pazienti più anziane con atrofia del parenchima mammario, ma il radiologo che si occupa di Senologia non può avallare tale mistificazione scientifica per tutte le altre donne con parenchima mammario ben rappresentato che vede solo nell'esame integrato clinico, mammografico ed ecografico il massimo delle probabilità di rilevare un tumore in fase iniziale. Solo il radiologo può decidere se un esame è sufficiente per la diagnosi, ma attuerebbe un comportamento imperito, negligente o imprudente se si limitasse alla sola Mammografia e non eseguisse nei casi necessari tutte le indagini opportune, sulla base delle conoscenze scientifiche, per la completezza dell'indagine. Ora ci troviamo di fronte a comportamenti amministrativi che tendono a "razionare e somministrare" alle donne il solo esame Mammografico (con il contentino della doppia lettura) ed a far credere che tale esame da solo è sufficiente ad una diagnosi precoce di tumore della mammella.

Il radiologo che non ritiene sufficiente tale metodica non può contestualmente completare l'esame, secondo scienza e coscienza, ma è costretto a richiedere completamenti diagnostici con le altre metodiche in tempi successivi e non accessibili in tempi brevi. Gli statistici e gli epidemiologi sono in grado di prevedere quante mancate diagnosi di tumore mammario si avranno con la sola mammografia di screening, ma la popolazione femminile se la sente di accettare di essere tra le donne a rischio di una mancata diagnosi per risorse economiche insufficienti?

In un eventuale giudizio per mancata diagnosi di tumore mammario con la sola Mammografia sicuramente non sarebbe chiamata in causa la ASL o l'Amministrazione regionale che ha limitato gli strumenti diagnostici per la diagnosi precoce, ma solo il professionista radiologo. Questo non è giusto né per le donne né per il professionista!

Diagnostica dei tumori della mammella: **riflessioni giuridiche**

di Carlo **Nordio**
Procuratore Aggiunto
della Repubblica in Venezia

I test diagnostici seguono una disciplina e una logica che può riassumersi così: si fanno per vedere se una malattia c'è o non c'è. In tema di diagnostica del tumore della mammella, la mammografia è notoriamente il test di base, di primo livello. Nondimeno, nei casi in cui la mammografia presenti dei limiti, è necessario utilizzare altri test complementari (esame clinico, ecografia, prelievo con ago) altrimenti il rischio di falsi negativi è elevato.
Dal punto di vista giuridico, se si dimostrasse che, in caso di Mammografia (falsamente) negativa, la presenza del tumore si sarebbe evidenziata attuando l'esame clinico e/o l'ecografia, il medico rischierebbe l'incriminazione: per omicidio colposo, o per lesioni gravissime, a seconda che l'omissione della diagnosi corretta abbia determinato la morte o menomazioni permanenti della paziente.
L'incolpazione si fonderebbe sulla colpa professionale intesa come imprudenza (non aver proseguito l'iter diagnostico) negligenza (aver trascurato di considerare l'ambiguità del referto) ovvero imperizia (non aver saputo leggere bene la radiografia).
In altre e più semplici parole il radiologo deve usare tutti gli strumenti che ha a disposizione, naturalmente nei limiti del buon senso e senza eccessi invasivi più rischiosi della stessa malattia. Se la scienza medica mi dice che il test utilizzato non ha permesso di rispondere in modo esaustivo al quesito diagnostico è necessario ricorrere a test aggiuntivi.
Questo non significa che il medico sia automaticamente condannato: oltre alla colpa, è infatti necessaria l'esistenza del nesso di causalità: cioè la prova, al di là di ogni ragionevole dubbio, che una diagnosi corretta avrebbe impedito il verificarsi dell'evento. Questa condizione è molto importante, e talvolta è stata trascurata anche da alcuni magistrati.
Con queste premesse è possibile rispondere alle tre domande più frequenti:

1) se un radiologo non esegue un approfondimento su una immagine mammografia sospetta è colpevole? Sì, nel senso che attua una condotta colpevolmente omissiva.

2) se un radiologo non completa con altri test una mammografia radiologicamente densa, essendo a conoscenza della possibilità anche elevata di non riconoscere un tumore, anche grande, tiene una condotta colpevolmente omissiva ? Sì, come sopra.

3) il radiologo o gli enti promotori che non portano a conoscenza di una donna dei limiti del test e del programma in atto, utilizzando strumenti informativi scritti in modo ben comprensibile, sono ugualmente imputabili per condotta omissiva Qui la risposta è più articolata, e può riassumersi così: se per esigenze di bilancio la struttura pubblica attua un programma di screening limitato alla mammografia, è doveroso che la paziente venga correttamente e chiaramente informata dei limiti di (in)certezza diagnostica che quel tipo di esame comporta. La responsabilità del medico va valutata in rapporto alla risposta che lo stesso scrive nel referto. E' dunque prudente specificare sempre la percentuale statistica di errore esistente nell'esecuzione della sola mammografia.

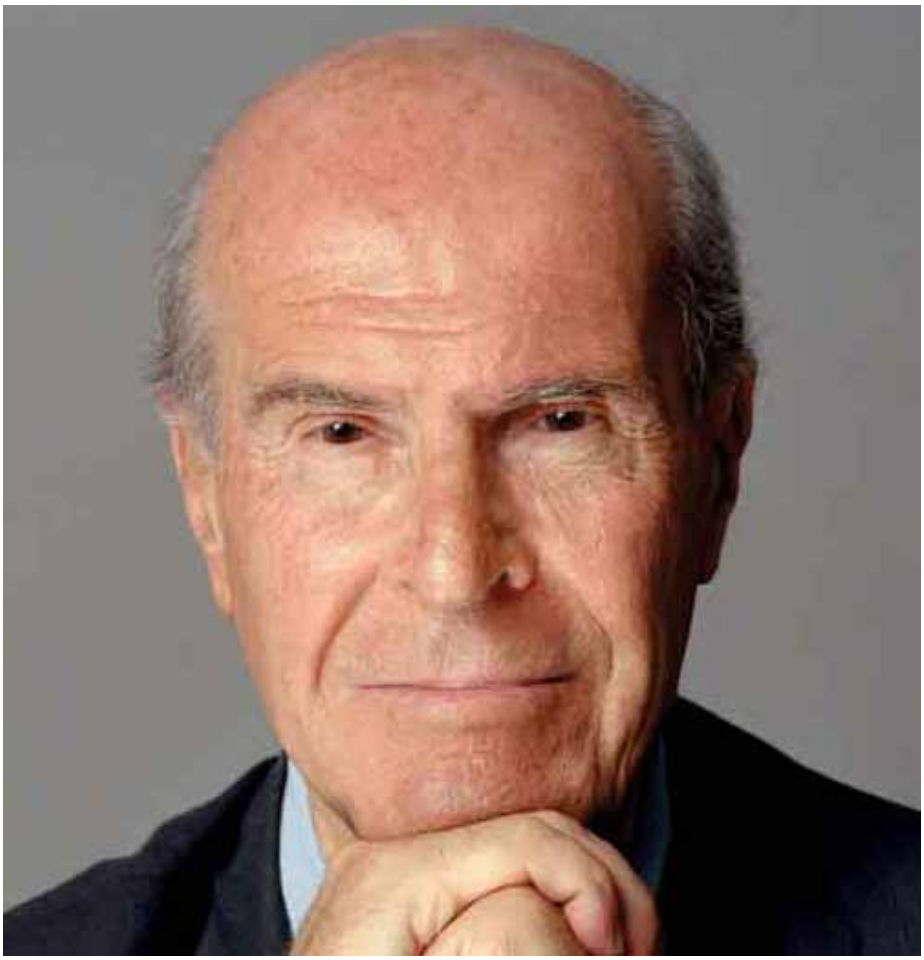
Quale ruolo del **Medico di Famiglia** nella diagnostica del Carcinoma della mammella?

di Cosimo **Guerra**
Medico di Famiglia e vicepresidente OMCO di Padova

Il Medico di Famiglia ha un ruolo importante nelle varie fasi della vita del suo assistito. Assiste la donna nella prevenzione, diagnosi, terapia di ogni malattia e del carcinoma della mammella. Nello specifico il Medico è il referente di fiducia della donna per consigli sugli iter diagnostici, soprattutto nei casi controversi. Ad esso si rivolge la donna per avere consigli se seguire la sola Mammografia o un esame più completo comprensivo di ecografia e visita senologica. In un recente passato l'Ulss di Padova, lo screening veniva eseguito con un esame clinico e strumentale delle mammelle rimborsato dal SSR Veneto e la possibilità che tale esame venisse effettuato anche nelle strutture accreditate. Attualmente ciò non è più possibile o meglio l'esame completo può essere prescritto, ma è soggetto a ticket, mentre lo screening mammografico viene eseguito gratuitamente a chiamata con mammografia a doppia lettura. Chiaramente tutto questo ha portato ad una grande confusione ed ad uno sconcerto della categoria e delle donne. Se prima avevamo aderito con entusiasmo allo screening allargato come possiamo adesso consigliare qualcos'altro? Le Donne ci chiedono se la sola mammografia è sufficiente e se è meglio fare l'esame clinico strumentale completo, cosa consigliare? Se non vi fosse problema delle risorse pubbliche, la risposta sarebbe un sì senza riserve alla esecuzione dell'esame completo, con risorse limitate l' appropriatezza prescrittiva è più stringente. Tutte le donne hanno necessità di un esame completo? Si può selezionare una popolazione più a rischio? In caso di errore diagnostico quali conseguenze per il Medico? Gli Specialisti mi pare non abbiano molti dubbi sul vantaggio diagnostico dell'esame completo ed allora cosa fare, cosa consigliare? La risposta non può essere univoca, il Medico conoscendo la donna che ha di fronte può consigliare al meglio l'iter da seguire tenendo conto della familiarità, di esami precedenti, delle condizioni socio-economiche, dell' età, può in alcuni casi "accontentarsi" della sola mammografia, può in altri insistere sull'esame completo, può facendo medicina attiva chiamare le donne che non rispondono alla chiamata dell'Ulss, può richiamare i casi dubbi dal punto di vista diagnostico. Ma spesso l'errore è dietro l'angolo. Certo che, se dal punto di vista legislativo, si arrivasse alla svolta auspicata noi saremmo i primi a essere contenti, ma in questo contesto politico-economico tutto ciò è fattibile? Altro aspetto controverso e spinoso è l'età di inizio e quella di interruzione dello screening: 50-70 nello screening classico, e sotto i 50? E sopra i 70? In un recente convegno sul carcinoma della mammella nella donna anziana, l'incidenza di tale patologia era per un 30% assegnabile a donne di età superiore ai 70 anni, un 15% a donne tra i 40 e i 50 anni, popolazioni non coperte da screening organizzati, cosa fare allora, quale tutela estendere a queste fasce di popolazione? In attesa di un intervento pubblico necessario come Medico, proponiamo quella che noi definiamo medicina di opportunità e medicina di iniziativa. Gli strumenti informatici disponibili, il personale di studio che dovrebbe essere assegnato alle nuove aggregazioni della medicina territoriale, rendono fattibile un ruolo attivo del Medico nei confronti dei propri assistiti, per l'avvio di forme di richiamo attivo di popolazioni a rischio e magari poco inclini a controlli clinici e strumentali, consigliando caso per caso, di concerto con gli specialisti di riferimento, l'iter diagnostico più appropriato.

Gli screening mammografici **grande aiuto per le donne**

di Umberto **Veronesi**
Direttore Scientifico Istituto Europeo di Oncologia, Milano



Ormai i dubbi in proposito non esistono: nel tumore al seno la diagnosi precoce aumenta la probabilità di guarigione completa. La prevenzione secondaria, cioè la scoperta di una lesione mammaria quando è in fase iniziale (non palpabile), ha dimostrato la propria validità salvando decine di migliaia di vite. Un grande aiuto per le donne sono gli screening mammografici perché la mammografia è l'esame principale nella ricerca di piccoli tumori al seno, e un altro aiuto fondamentale è l'ecografia mammaria. Il fatto che i tumori al seno possano presentarsi anche a età giovani (meno di 40 anni) e la diversità tra mammografia ed ecografia mammaria nella visualizzazione della struttura mammaria fa sì che l'integrazione tra mammografia ed ecografia sia utile e necessaria nella parte maggiore della vita della donna. Per questo, da IEO ha avuto inizio il progetto "Mortalità zero", che ho ideato per dimostrare scientificamente e convalidare al di là di ogni dubbio l'importanza dell'ecografia come supporto e ausilio della mammografia nella diagnosi precoce. Il progetto "Mortalità zero", che ho chiamato così immaginando un futuro in cui grazie alla diagnosi precoce e alle cure il numero di morti per tumore al seno si avvicini molto a un ipotetico zero, studierà l'impatto dell'esecuzione di ecografie mammarie intensive (frequenti) in una popolazione femminile sana che si sottopone a controlli regolari.

La mia e nostra convinzione è che le tecniche di mammografia, sempre più precise, e l'ecografia mammaria stiano, insieme, donando alle donne prospettive straordinarie di guarigione e conservazione dell'immagine corporea (un tumore piccolissimo viene ormai trattato con terapie poco invasive). Il futuro probabilmente ci vedrà impegnati nella personalizzazione della diagnosi precoce con l'analisi attenta della situazione individuale e familiare di ogni donna, e nella prevenzione della maggioranza delle forme di tumore.

Nes- Nordest Sanità indice la 1ª edizione del Premio Giornalistico **Giorgia Iazzetta**

Ispirato ai valori che hanno contraddistinto il suo lavoro: curiosità, serietà e umanità

Il 30 novembre 2011 è scomparsa prematuramente Giorgia Iazzetta, giornalista di Chioggia. Giorgia aveva cominciato a scrivere una decina di anni prima. Aveva lavorato per il free press "La Piazza" (trasferendosi per questo anche a Bologna), per il Corriere del Veneto (di cui è stata corrispondente per Chioggia) e, negli ultimi tempi, era stata direttore del sito internet "Comunicatori pubblici" e aveva stretto importanti collaborazioni universitarie. Per ricordare il suo lavoro e per perpetuare la sua memoria, nasce un premio di giornalismo ispirato ai valori che hanno contraddistinto il suo lavoro: la curiosità, la serietà e soprattutto la cura per l'umanità. Nei suoi scritti, infatti, non è mai mancato il rispetto per il prossimo e l'attenzione per le ricadute morali delle parole affidate alla stampa. Il premio è istituito da NordestNet e gode del patrocinio dell'Ordine dei Giornalisti del Veneto. È destinato ai giornalisti iscritti all'albo che, alla data del 30 giugno 2012, non abbiano compiuto 35 anni di età. Verrà assegnato un riconoscimento ad un articolo o servizio che si sia occupato di temi sanitari, in cui emerga con chiarezza l'aspetto umano della vicenda narrata. La premiazione avverrà il 30 novembre 2012, nel primo anniversario della scomparsa di Giorgia Iazzetta. L'assegnazione del Premio è determinata da una Giuria composta da: Martina Zambon, consigliere Ordine Giornalisti Veneto, Antonella Agnello (Ordine dei Medici e Odontoiatri di Padova), Cosimo di Maggio (Professore Ordinario Radiologia di Padova, già Direttore dell'UOC Senologia Istituto Oncologico Veneto), Giampietro Vecchiato (consigliere nazionale FERPI, Federazione Relazioni Pubbliche Italiana), Umberto Iazzetta (Presidente Regionale Cittadinanzattiva – Tribunale del Malato), Marco Almagisti, Ph.D. professore Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e di Studi Internazionali dell'Università di Padova, Giuseppe Caraccio (direttore editoriale Nes - Nordest Sanità), Maria Stella Zaia (vicedirettore editoriale Nes – Nordest Sanità), Ines Brentan (direttore responsabile Nes – Nordest Sanità), Elisabetta Boscolo Anzoletti (giornalista), Alessandra Lionello (giornalista), Giacomo Piran (giornalista). Per informazioni sulle modalità di partecipazione, si può consultare il sito internet di Nes, www.nordestasanita.it, nella sezione "Premio Giornalistico Giorgia Iazzetta".

Riceviamo e pubblichiamo

In merito all'indagine sulla pubblicazione dei tempi di attesa pubblicata sul numero precedente di Nord Est Sanità, l'Azienda ULSS 17 precisa che le liste di attesa sono effettivamente consultabili all'interno del sito Internet aziendale (www.ulss17.it), con le modalità e la frequenza di aggiornamento previste dalle indicazioni regionali. In particolare i dati possono essere reperiti all'interno della sezione dedicata al Centro Unico Prenotazioni, nella pagina che spiega i criteri di definizione delle priorità di assegnazione delle prenotazioni. Tale pagina viene anche suggerita dal motore di ricerca interno al sito digitando "tempi di attesa" o "liste di attesa".

Ufficio Stampa Azienda ULSS 17

ALIMENTAZIONE E STILE DI VITA

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

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

Le ricette

TROFIE AGLI ASPARAGI

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

Ingredienti per 4 persone

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

Preparazione

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

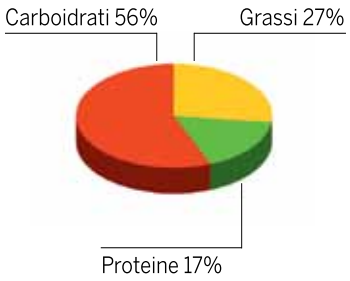
Scheda nutrizionale per una porzione

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

Altri nutrienti

Colesterolo	mg	160
Vitamina A	mcg	579
Potassio	mg	611

Apporto nutrizionale della ricetta



METTI IN TAVOLA UN ITALIANO CHE CONOSCI DA SEMPRE

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

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

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

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

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

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

Educazione Nutrizionale Grana Padano

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

GRANA PADANO DOP FATTO DI UN'ALTRA PASTA

G GRANA PADANO P

Consorzio Tutela Grana Padano

Chi beve difende modelli **antichi**

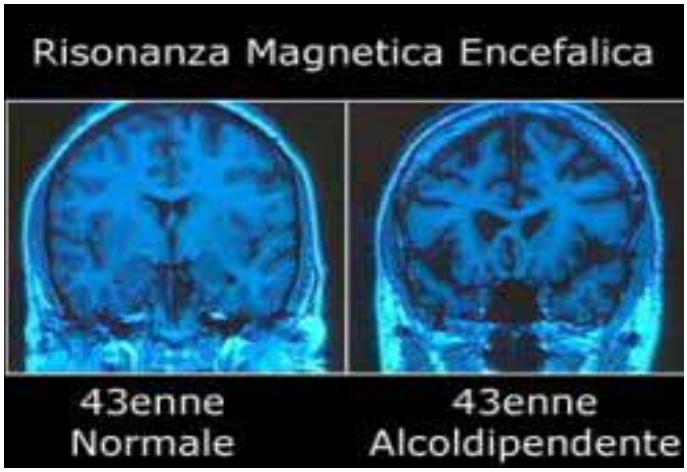
Sabino Acquaviva: "Meglio gli astemi che rappresentano una società moderna, aperta al futuro"

a cura di Ines **Brentan**

L'alcol come status symbol? Non più. Chi beve non è al passo coi tempi, è colui che non vuole staccarsi dal passato. Una teoria quanto mai rivoluzionaria quella del sociologo Sabino Acquaviva che punta a rivalutare la figura dell'astemio in una società, quella odierna, dove si tende spesso a "diffidare" ed emarginare chi non beve. Di fronte a chi rifiuta un bicchiere di vino o uno spritz, infatti, il più delle volte si stagliano visi stupiti e contrariati. Capita anche la battuta più o meno felice, capace di imbarazzare chi non beve. "Non ti sai divertire", qualcuno dice. "Diffidare sempre di chi non beve", la massima più in voga tra i meno giovani. Ma se fino ad oggi più di qualcuno era certo che bere significava "essere moderno e al passo coi tempi", a smentirlo ci pensa Acquaviva che promuove una teoria che rovescia completamente il ruolo dei bevitori e degli astemi. "L'astemio simboleggia una società diversa e moderna. E' colui che ha il coraggio di staccarsi dal passato e di guardare avanti", spiega il sociologo. "Mentre chi beve – aggiunge – ha nostalgia del passato, di quella società contadina da cui proveniamo. In sostanza, l'alcol non è il simbolo del futuro, ma è il frutto di un'eredità del passato che si dovrebbe rifiutare per andare avanti". "E' la stessa cosa che accade per chi mangia la carne – continua il sociologo, citando l'oncologo Umberto Veronesi – che si ostina a rimanere attaccato ad una civiltà antica di cacciatori, che gli dà sicurezza perché simbolo di forza e di virilità. Ma questa sopravvivenza di una cultura antica (quella contadina per l'alcol e quella della caccia per la carne) non favorisce nessuna emancipazione, anzi, la esclude". La cultura dell'alcol è più forte in quelle regioni, come il Veneto, dove la civiltà contadina era maggiormente radicata e secolare. Difficile quindi, per i veneti, rompere le radici col passato. Ma è solo promuovendo un cambiamento, decidere cioè di cambiare stile di vita, che finalmente si apre la porta del futuro, la si oltrepassa diventando così parte di una società nuova, quella veramente moderna. Quella che oggi, per Acquaviva, "appartiene solo agli astemi, a coloro che hanno avuto coraggio tagliando il cordone ombelicale che li legava al passato". E se qualcuno, invece, continua a pensarla diversamente (libero naturalmente di farlo), sicuro che chi "ha problemi è l'astemio", ecco immediata la replica del sociologo patavino: "L'unico complesso che devono avere gli astemi è quello di essere superiori a chi non beve". Intanto si è fatta ora di pranzo e Acquaviva si siede a tavola. Il menù? Eccolo: pesce con verdura, frutta e un bel bicchiere di acqua. "Mi concedo solo un bicchiere di vino rosso al giorno, per le arterie, ma nulla di più", ha specificato Acquaviva. Come dire: "io ho sposato la modernità".

L'alcol spegne il **cervello**

Una risonanza magnetica evidenzia come il cervello di chi beve perde luminosità



L'alcol ci succhia il cervello. Più si beve, più si continua a farlo senza moderazione, maggiori sono le probabilità che venga compromessa la funzionalità dei neuroni. Non sono le solite frasi fatte, influenzate da una buona dose di emotività, ma affermazioni che si basano su fatti empirici, come direbbe un uomo di scienza. Lo dimostra una risonanza magnetica encefalica effettuata su due persone di 43 anni (foto a fianco, fonte: http://alcol.dronet.org/neuro/cervello.html), l'una astemia, l'altra alcoldipendente. Nella prima è evidente come l'attività cerebrale, rappresentata dalla parte blu, sia intatta e funzionale; nella seconda si nota invece una regressione della parte blu e una prevalenza di zone nere che indicano inattività. Inoltre, raffrontando le due immagini, è lampante come la massa cerebrale di chi non beve sia luminosa e brillante a differenza di chi beve, dove il cervello appare addirittura spento.

I danni

L' "habitué" del bicchiere rischia vuoti di memoria "anche dopo soli pochi bicchieri e il grado di deficit di memoria aumenta in modo direttamente proporzionale alla quantità di alcol assunta". Lo si legge nel sito internet "Alcol e patologie correlate", allestito in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. La documentazione on-line evidenzia come "grandi quantità di alcol, specie se consumate rapidamente e a stomaco vuoto, possono provocare perdita di coscienza o incapacità di ricordare dettagli di eventi, o addirittura eventi interi, intercorsi in un determinato lasso di tempo". Accanto alle brutte notizie, ci sono però anche quelle buone e incoraggiati. Del tipo: "che la maggior parte dei soggetti alcoldipendenti con deficit cognitivi mostrano almeno alcuni miglioramenti nella struttura e nel funzionamento cerebrale dopo un anno di astinenza, anche se per alcuni è necessario più tempo". Ma l'alcol può provocare danni ancor peggiori, come patologie al fegato o gravi disturbi mentali quali la sindrome di Wernicke-Korsakoff (WKS), dove i pazienti arrivano ad avere grossi problemi di memoria, si sentono confusi e a fatica riescono a deambulare.

La fotografia del fenomeno

Primato non felice per l'Europa, dove si registra il più alto consumo di alcol al mondo, con oltre un quinto della popolazione europea di 15 anni e più che riferisce almeno un episodio di "binge drinking" (cioè assunzione di cinque o più bevande in una sola occasione) a settimana. Nel web ministeriale, inoltre, si evince che "nel 2010 il 65,7% della popolazione italiana di 11 anni e più (35 milioni e 261mila persone) ha consumato almeno una be-

La fotografia "alcolica" del Veneto

Tra le persone alcoldipendenti seguite dai Sert e dalle Unità Operative di Alcologia si registra che il 64,7% è curato per l'abuso di vino, il 23,7% per la birra, il 6,6% per gli aperitivi e il 4,9% per i superalcolici.

In Veneto sono 14.500 gli alcoldipendenti presi in carico dalle strutture territoriali delle 21 Ullss e delle due Aziende ospedaliere di Padova e Verona. Per la maggior parte si tratta di uomini (79,3%) di età compresa tra i 40 e 49 anni (27,2%) e tra 50 e 59 anni (23,9%). Lo evidenzia l'ultimo "Rapporto Epidemiologico su Droga e Alcol in Veneto", realizzato con la supervisione tecnico-scientifica del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri che risale al 2010. Nel documento regionale si scopre che la bevanda più "problematica" è il vino (64,7%) per entrambi i generi (uomini 64,2%, donne 66,9%), che il 7,1% degli utenti alcoldipendenti si droga e che il 3,4% fa un uso improprio o abuso di psicofarmaci. Per questi utenti, "i trattamenti più frequenti sono il counselling all'utente o alla famiglia (26,4%) e il trattamento medico-farmacologico ambulatoriale (26,3%) seguiti dall'inserimento degli utenti in gruppi di auto-mutuo aiuto (11,2%)".

vanda alcolica nel corso dell'anno". Nel dettaglio si scopre che "il 26,3% degli italiani beve alcolici quotidianamente, mentre il 38,4% consuma alcol almeno una volta fuori dai pasti". Tra vino e birra, a prevalere nella quotidianità è sempre il primo: "il suo consumo giornaliero corrisponde al 24,1%, rispetto alla birra dove si segnala un consumo del 4,3%". Bevono più gli uomini (78,9%) delle donne (53,4%). "La popolazione più a rischio di consumo non moderato è quella anziana: quasi 3 milioni di persone di 65 anni e più (il 42,9% dei maschi e il 10,7% delle femmine), che consumano alcol quotidianamente esagerano e non tengono conto delle raccomandazioni" che ricevono in famiglia e dai medici per il bene della loro salute. Le cose non vanno meglio per i più giovani dove negli ultimi dieci anni si registra un forte aumento dei bevitori occasionali anche tra gli adolescenti. Per qualcuno la prima volta è a 11 anni, in questi casi la colpa va ricercata nel comportamento dei genitori. A tal proposito, nel sito ministeriale si legge che "è potenzialmente a rischio il 19,7% dei ragazzi di 11-17 anni che vivono in famiglie dove almeno un genitore adotta comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche, mentre tale quota scende al 14,4% tra i giovani che vivono con genitori che non bevono o che bevono in maniera moderata". (*i.b.*)

L'alcol in Italia produce

30-35.000 decessi l'anno • oltre **100.000** ricoveri totalmente attribuibili all'alcol (cirrosi epatica, pancreatite, sindrome da astinenza alcolica, demenza e deficit cognitivi, neuropatie, gastroenterite, miocardiopatia anche dilatativa, vasculopatie) • circa **60.000** alcoldipendenti • oltre **9 milioni** di individui a rischio di cui **1 milione e 500mila** giovani (500mila i minori) e oltre **3 milioni** ultra65enni. (*dati Osservatorio Alcol ISS*)

Si beve di più fuori dai pasti: a rischio i più giovani

Si beve sempre di più fuori dai pasti. Lo segnala il Rapporto Istat 2011 intitolato "Uso e abuso di alcol", che punta la sua lente di ingrandimento sul comportamento a rischio dei più giovani (14-24 anni). Se un tempo la bottiglia di vino doveva tassativamente accompagnare il pranzo o la cena e mai si vedeva a tavola fuori da quegli orari, oggi le abitudini sono cambiate come sono modificati anche i gusti e le preferenze alcoliche. Soprattutto per i più giovani, gli adolescenti che, soprattutto quando si trovano in compagnia, tendono ad accompagnare la chiacchiera con un bicchiere alcolico. Non lo fanno seduti ad un tavolo, ma in piedi spesso fuori da un locale. E' l'esempio che ci offre il cosiddetto popolo dello spritz che a dire il vero non ha orari fissi di ritrovo per cominciare la festa. Qualcuno beve alle 18.00, qualcun altro anche prima di quell'ora, ma c'è chi lo spritz se lo prende anche prima di cena. "Se nel 2000 – si legge nel Rapporto - consumava alcolici fuori pasto il 14,5% dei 14-17enni, nel 2010 la quota si attesta al 16,9%. Il consumo di alcol fuori pasto cresce maggiormente per le ragazze (dal 12,2% al 14,6%), ma rimane più diffuso tra i maschi, per i quali passa dal 16,8% al 19,1%". Nel documento Istat, inoltre, si evidenzia come "l'incidenza del fuori pasto è superiore all'80% per i giovani fino a 24 anni e pari a circa il 90% per le ragazze della stessa età". "Non solo cresce il numero dei giovani che beve fuori pasto, ma dal 2003, la quota di coloro che sono coinvolti nel binge drinking (il consumo di 5 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione) è ormai un dato stabile. Particolarmente a rischio sono i minorenni, in quanto la capacità di metabolizzare adeguatamente l'alcol dipende anche dallo sviluppo fisico complessivo". *(i.b.)*

Titolo di studio	Consumo di bevande alcoliche					
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine	
	Almeno una volta fuori pasto	Sempre durante il pasto	Almeno una volta fuori pasto	Sempre durante il pasto	Almeno una volta fuori pasto	Sempre durante il pasto
Laurea	48,6	51,4	36,1	63,9	42,8	57,2
Diploma superiore	49,1	50,9	27,4	72,6	40,2	59,8
Licenza media	46,7	53,3	22,8	77,2	37,8	62,2
Licenza elementare	33,1	66,9	10,5	89,5	22,2	77,8

Il numero dei consumatori di alcol aumenta al crescere del titolo di studio, soprattutto tra le donne: tra coloro che hanno la licenza elementare beve un 45% che sale a 68,9% per le laureate.

Alcol e adolescenti,

necessaria una prevenzione sempre più precoce

di Giovanni **Serpelloni**
capo dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

L'alcol, il tabacco e gli energy drinks costituiscono sempre più le sostanze psicoattive di primo accesso ai comportamenti di assunzione di sostanze stupefacenti illegali sia per la facilità di acquisizione che di uso "dosabile" e socialmente accettato che gli adolescenti ne possono fare, condizione importante soprattutto all'inizio dell'assunzione. La sperimentazione dell'effetto psicoattivo dell'alcol da parte di un adolescente, fa parte molto spesso dei rituali di crescita. In questo contesto va ricordato che soprattutto le sostanze alcoliche offerte dal mercato hanno subito in questi ultimi cinque anni una forte variazione. Sono stati prodotti e fortemente pubblicizzati molti soft drink a bassa gradazione alcolica, molto aromatizzati e dolcificati per renderli più appetibili soprattutto al pubblico giovanile. Dobbiamo ricordare che le sostanze oggi vengono utilizzate in relazione a momenti di divertimento e di socializzazione e vengono assunte anche in relazione alla capacità di creare disinibizione, di facilitare le relazioni e di elargire una sensazione di sicurezza; tutti fattori e condizioni fortemente ricercati e apprezzati dagli adolescenti in quanto necessari per rafforzare la loro autostima e trovare un posto di spicco e accettazione all'interno del gruppo dei pari. L'associazione di droghe e alcol è sempre più associata al divertimento e allo "stare insieme" in attività ludiche e sembra diventare una precondizione necessaria addirittura per intraprendere tali attività, che non vengono più considerate "divertenti" se svolte in assenza di sostanze. Successivamente però la dipendenza da queste sostanze verrà vissuta in solitudine ed emarginazione. L'alcol è spesso usato in associazione con le sostanze stupefacenti sia di tipo stimolante che inibente, con prevalenza tra il 60% e l'85%. Inoltre, viene spesso assunto con la modalità "binge drinking", ossia in quantità abnorme e associando più bevande alcoliche, anche diverse, in modo da provocare forti ubriacature in tempi molto ristretti. Va sempre ricordato che l'alcol è una sostanza tossica e se abusato (cioè assunto in quantità maggiori di 1 unità al giorno per le femmine e di 2 unità per i maschi) può diventare molto pericoloso procurando danni ad organi ed apparati, coma etilico, un forte e pericolosissimo potenziamento degli effetti delle droghe a causa del cosiddetto "effetto sinergico" che deriva dal mix di sostanze e che scatena reazioni ancora più tossiche per l'organismo se prese contemporaneamente. Dobbiamo sempre comunque ribadire ai nostri ragazzi, il concetto che non è possibile gestire nessuno tipo di droga e che ogni volta, anche solo per una volta, si mette sempre a rischio la propria vita e la propria integrità mentale. In virtù di questo siamo convinti che è solo attraverso una prevenzione sempre più precoce che possiamo salvaguardare la vita dei nostri giovani per continuare così a consolidare i buoni risultati ad oggi raggiunti.

Il binge drinking è l'assunzione di 5 o più bevande alcoliche in un intervallo di tempo più o meno breve

Intervista a Franca De Lazzari, primario di Gastroenterologia all'ospedale Sant'Antonio di Padova

La dipendenza dall'alcol è una malattia dalla quale **si può guarire**

A causa dell'alcol si viene ricoverati spesso per cirrosi epatica, pancreatiti, neuropatie e cardiomiopatie

Chi beve è una persona fragile, una persona che si è sentita in qualche modo rifiutata dalla società di oggi che pretende che chiunque sia bello, forte e sicuro. Ma la realtà è ben diversa, le persone non sempre nascono forti e non per questo significa che siano inferiori di altre che sono più prestanti. Vince la velina e il calciatore, tanto per capirsi. Gli altri e le altre, soprattutto se caratterizzati da una personalità più delicata, possono "ammalarsi". Sì, perché la dipendenza dall'alcol è una malattia, dalla quale comunque si può guarire. Per capirne di più abbiamo incontrato Franca De Lazzari, primario di Gastroenterologia al San Antonio di Padova.

Esiste un identikit di chi abusa di alcol?
Non è facile perché l'uso di bevande alcoliche è assai frequente, spesso considerato non nocivo e anzi veicolo per stare insieme. I fattori che favoriscono la comparsa di malattia (anche la dipendenza da alcol) non sono chiari. Nella nostra esperienza i soggetti a maggiore rischio di patologia da alcol sono maschi (M:F 3:1, ma le donne tendono a nascondere il problema), senza famiglia (immigrati ma anche separati/divorziati, senza fissa dimora), con precedente uso o concomitante uso di altre sostanze (droghe, anfetamine, ecc), con un incremento costante tra i giovani mentre è stabile la quota tra gli anziani.

Qual è la bevanda più rischiosa?
La patologia alcol-correlata si manifesta dopo anni (almeno cinque anni) di consumo continuato di bevande alcoliche. Il problema è il contenuto alcolico nella bevanda, quindi sono più pericolose le bevande con un alto tasso di alcol. Esiste anche una patologia acuta da alcol (coma etilico, epatite acuta alcolica, pancreatite acuta) che è molto grave (il tasso di mortalità arriva anche all'80% dei casi) ed è legata all'uso acuto di una grossa quantità di alcol (in genere sono superalcolici) in poco tempo. Nella nostra popolazione questi casi erano molto rari ma negli ultimi anni sono stati segnalati più accessi in ospedale per questi problemi, soprattutto tra i giovani. È infatti in aumento l'uso di bevande ad alto tasso alcolico tra i giovani.

Quali le patologie alcol-correlate più frequenti?
Il numero di ricoveri per patologia alcol-correlata si è modestamente ridotto negli anni nonostante si abbia la percezione diffusa che l'alcol fa male. Le maggiori cause di ricovero per patologie alcol correlate sono la sindrome di dipendenza da alcol e la cirrosi epatica alcolica, ma vi sono anche molti casi di pancreatiti acute e croniche, neuropatie, cardiomiopatie. I tassi di ospedalizzazione per patologie alcol-correlate sono molto diversi tra le regioni e in molte di esse sono in calo. Recenti dati americani poi indicano che 1/5 e 1/3 dei dimessi dall'ospedale sono nuovamente ricoverati rispettivamente entro i successivi 30 e 90 giorni indicando non solo la cronicità del problema ma anche la necessità di una gestione integrata tra varie discipline e servizi.

Si guarisce dalla dipendenza da alcol?
Sì, si può guarire. Ma non bisogna mai essere certi di essere guariti. Le ricadute possono verificarsi anche facilmente. Non si deve demordere mai e, nel caso di ricadute, si ricomincia il percorso ogni volta. Per guarire dalla dipendenza da alcol sono necessari interventi integrati ed orientati a defini-

re i bisogni dei diversi soggetti affetti dalla patologia. È noto che i soggetti affetti da alcol dipendenza possono avere o no malattie organiche associate, possono avere o non avere un lavoro, possono avere o non avere una famiglia, possono essere o non essere malnutriti, possono fare uso o non fare uso di droghe. Il lavoro di medici specialisti nella patologia specifica, di medici farmacologi, di psicologi, di assistenti sociali deve essere orientato ad un unico obiettivo: curare la persona con i problemi che ha. A questo deve aggiungersi il coinvolgimento dei gruppi di auto-aiuto (alcolisti anonimi, club, ecc) che sono fondamentali per il mantenimento dell'astinenza dall'uso di bevande alcoliche. La migliore cura dell'alcoldipendenza resta comunque la prevenzione e comunque la precoce identificazione dei soggetti a rischio di alcol dipendenza.

Come si cura un alcol dipendente?
Come già detto l'alcoldipendenza è l'esito estremo di un consumo rischioso di alcol. I soggetti alcol dipendenti arrivano alla nostra osservazione perché sviluppano patologie eclatanti (per esempio il delirium tremens, la cirrosi epatica scompensata, la miocardiopatia, ecc) che necessitano di un trattamento sanitario anche molto impegnativo. Risolto il problema acuto, la soluzione "cronica" è l'astinenza che per questi soggetti è difficile da mantenere. C'è un importante lavoro successivo al fatto acuto che porta il paziente alla nostra osservazione. Il risultato di questo lavoro è difficile da valutare nel lungo periodo perché le ricadute non sono rare ma, certamente è l'unico modo per governare il problema individuale e cercare di fare prevenzione nell'ambiente che circonda la persona malata.

Chi si rende conto di avere un problema con l'alcol, a chi deve e può rivolgersi?
Il suggerimento generale è quello di chiedere aiuto. C'è il medico di famiglia, ci sono i servizi territoriali (Ser.T), ci sono i gastroenterologi che sono sensibilizzati alla gestione integrata proprio perché sanno che non basta curare la cirrosi o il delirio acuto. Da quel momento parte un percorso di "partnership", insieme che non deve trovare giudici o parole, ma aiuti concreti. L'importante è volere uscire dal problema. A Padova Salvatore Lobello (Dipartimento per le Dipendenze, Ulss 16, *nella foto con la dott.ssa De Lazzari*) è il "tramite" tra l'ospedale ed il Ser.T e questo ci garantisce la conoscenza dei problemi e il coinvolgimento dei servizi anche territoriali e non solo ospedalieri. *(i.b.)*

I NUMERI - Ambulatorio di Alcologia - Padova (Gastroenterologia Ospedale S. Antonio e SerT – ospedale dei Colli)
L'ambulatorio alcologico oggi segue con continuità 175 pazienti (con alcoldipendenza) e di questi 133 (76%) sono maschi.
Età: **98** pazienti (56%; 77 M, 21 F) tra 41 e 60 anni; **20** (11,4%; 14 M e 6 F) oltre i 60 anni; **52** (29,7%; 40 M, 12 F) tra 25-40 anni; **5** (2,9%; 2M, 3 F) ha meno di 25 anni.
Presenza di malattia: 36 pazienti con cirrosi (20.5%), l'80% presenta segni di sofferenza epatica non avanzata e quindi reversibile con l'astensione. 46 pazienti (26.3%) hanno associata epatite virale cronica (41 sono HCV positivi e 5 HBV positivi). Sono state individuate patologie neurologiche (neuropatie) in 27 casi (15.4%) e comorbidità psichiatrica in 47 (26.8%).

Il parere del nutrizionista

di Nicola Sorrentino

L'etanolo, costituente distintivo delle bevande alcoliche, consumato ad alte dosi è nocivo per la salute. Il nostro organismo è in grado di sopportare questo componente senza evidenti danni, a patto di non abusarne e che non vengano superate le Unità Alcoliche (U.A.) giornaliere consigliate. Un grammo di alcol fornisce 7 calorie circa. Un bicchiere di vino (125 ml) contiene 12 g di etanolo e corrisponde ad 1 U. A. Ma un bicchiere di vino porta inoltre con sé 90 calorie circa; ed anche queste devono essere tenute in considerazione nel nostro bilancio giornaliero. La medesima quantità di calorie è contenuta in un bicchierino di superalcolici; e se questi vengono consumati nel contesto dei più disparati "long-drinks", le calorie aumentano ancor di più perché si sommano a quelle delle bevande zuccherine utilizzate nella preparazione. Per chi beve normalmente, l'assunzione di vino non dovrebbe superare i due bicchieri per l'uomo ed uno solo per la donna e l'anziano. Questa quantità va consumata in corrispondenza dei pasti e mai prima di mettersi alla guida o di utilizzare apparecchiature che necessitano particolare attenzione. La concentrazione di etanolo nel sangue dipende infatti da vari fattori: dalla quantità ingerita, dalle modalità di assunzione (a digiuno o durante il pasto), dal tenore in lipidi del pasto (più grassi rallentano l'assorbimento), dalla composizione corporea, dal peso, dal sesso, dalla capacità individuale di metabolizzare l'alcol, dall'abitudine all'alcol. Tuttavia, una modica e regolare quantità di vino (o di birra) assunta durante il pasto potrebbe esercitare benefici effetti nella protezione delle malattie cardiovascolari, grazie alla presenza di polifenoli, di cui sono ricchi i vini rossi, al resveratrolo ed alla quercetina, sostanze con marcate proprietà antiossidanti. Assunto con moderazione, può essere inoltre considerato senza eccessivi rimorsi uno dei piaceri della tavola. Tuttavia, l'etanolo è una molecola in una certa misura tossica e l'abuso cronico di alcol è in grado di provocare una serie di danni a vari organi ed apparati (e.g. sistema nervoso). Questo può essere causa persino di tumori; l'associazione con il tumore del fegato (dopo la comparsa di cirrosi), con quello del cavo orale e dello stomaco è ormai consolidata. È bene evitare l'alcol durante l'infanzia, l'adolescenza, la gravidanza e l'allattamento. Ridurre o evitare l'alcol in caso di familiarità per diabete, obesità e trigliceridi alti. Fare attenzione all'interazione dell'alcol con molti farmaci.

Cronaca di un mercoledì **universitario**

Nelle piazze padovane, tra una bottiglia di birra e uno spritz

Un "mercoledì universitario" patavino come tanti in centro storico. L'aria è mite e invita all'aggregazione, gli studenti si preparano a passare la serata in compagnia: tra un bicchiere e l'altro il gruppo si allarga e si fa amicizia, l'alcol disinibisce e unisce. La serata comincia con l'aperitivo. Sono le 19, il crepuscolo avanza e le vie del Ghetto al momento sono deserte: solo più tardi si riempiranno, di giovani e bicchieri, ma al momento solo qualche birra qua e là. Non si può dire lo stesso di Piazza dei Signori, già gremita: è l'ora in cui scendono i campo i "radical chic", giovani eleganti a discutere di massimi sistemi, l'aperitivo rende tutti un po' filosofi. Fa eccezione la Gran Guardia: i suoi scalini accolgono ragazzi un po' più "alternativi", qui si brinda direttamente con la bottiglia di birra. In Piazza delle Erbe spuntano anche il prosecco e la birra, l'età media si innalza: gruppi di trentenni appena usciti dall'ufficio discutono di lavoro, di vacanze e programmano il weekend. Ma il pienone è in zona Portello: qui gli studenti, appena usciti dai rispettivi istituti, si rilassano dai loro studi con uno spritz, il primo della serata. Perché questo lungo mercoledì è solo all'inizio e il cuore della serata deve ancora arrivare. Alle 21 lo scenario comincia a cambiare. In piazza dei Signori faccio fatica a muovermi, c'è calca: alcuni ragazzi sono ancora seduti nei tavolini di metallo, altri si accalcano sotto i portici alle porte dei tanti bar in concorrenza tra loro. Ritrovo un paio di ragazze che due ore prima avevo visto bere lo

spritz in Piazza delle Erbe, adesso stanno sorseggiando il secondo (presumo) della serata, una piazza più in là. Alcuni ragazzi, seduti ai tavolini, hanno dato libero sfogo alla loro arte ingegneristica costruendo una torre di bicchieri dalla dubbia stabilità: "Ma li avete bevuti tutti voi?", chiedo. Ridono e mi rassicurano. "Io ne ho bevuti due", mi dice la ragazza; i due accompagnatori solo uno a testa. Faccio un giro del Ghetto, prima deserto. Sono le 22. Ora tra le viette strette devo farmi largo tra i ragazzi che, in piedi, sorseggiano un po' di tutto. Fuori da un noto locale, specializzato proprio nello spritz, c'è la coda. Ciò che colpisce è la varietà dei colori dei bicchieri: bando alla monotona predominanza del "rosso spritz", qui ce n'è per tutti i gusti. "Io li ho assaggiati tutti, ogni mercoledì prendo un gusto diverso. Stasera ho scelto lo spritz alla fragola", mi racconta una ragazza. La sua amica, invece, sta sorseggiando quello alla banana. Il flusso di ragazzi continua fino a Piazza delle Erbe, il clou della serata è qui.

Sono ormai le 22.30. Tra gli avanzi e gli scarti del mercato ortofrutticolo della giornata, rotolano bicchieri di plastica vuoti e bottiglie di birra. In un angolo c'è anche un cartone di vino. I ragazzi sono seduti per terra, ci sono ragazzi con la chitarra e con i bonghi (strumenti a percussione africani, simili a tamburi, ndr.), la fontana si è trasformata in un comodo divanetto. Non più i "fighetti" della piazza adiacente, ora predomina lo stile "punk" e quello etnico. Una ragazza mi urta, ridacchia, anche se più che ad una risata la sua assomiglia ad un singhiozzo. Forse ha bevuto un po' troppo. Mi avvicino ad un gruppo di ragazzi con lo spritz in mano, chiedo loro quanti sono soliti berne. "Tre, a volte anche quattro...", mi dice. "Ma riuscite a reggerne così tanti?". Uno di loro ride: "Certo che sì, fino al terzo io sono sobrio! E' roba leggera, questa". Un altro aggiunge: "Noi siamo grandi e grossi, uno spritz non ci fa niente!". Un loro amico precisa: "E poi non sempre beviamo lo spritz, a noi piace di più la birra...". Il clima si mantiene allegro e tranquillo, meglio così: per ora nessun ferito e nessuna morte da constatare!

Margherita De Nadai

Ma la rete (e le piazze) pullulano di esempi negativi

«Fino alle 2, una decina di persone sono state fermate per possesso di stupefacenti ad uso personale, ed altrettante sono state portate al pronto soccorso: avevano bevuto troppo e non erano in grado di reggersi in piedi... I carabinieri sono intervenuti per sedare una piccola rissa... Alcuni giovani, visibilmente alterati, si sono arrampicati sulle colonne del Prato; altri hanno scavalcato la recinzione allestita attorno alla fontana centrale...». È la cronaca di un quotidiano veneto dell'ultimo Botellon di Padova, "maxiraduno alcolico" (è sempre la definizione del giornale) importata dalla Spagna e il cui unico fine - sembra - è quello di gareggiare a chi si ubriaca di più. Dopo la morte di un giovane, investito da un treno, a Treviso, non si svolge più - ormai da qualche anno, l'Ombralonga. Ma anche in quel caso, lo scenario era uguale: bere fino a stare male, annegare nell'alcol fino a perdere cognizione di sé. Bere a dismisura, ubriacarsi fino alle estreme conseguenze sembra uno dei pochi svaghi dei giovani di oggi. Sui social network è tutto un fiorire di confessioni alcoliche e di pagine che inneggiano all'ubriachezza molesta. Ci sono deejay - una delle poche categorie che hanno presa sui ragazzi - che invece di approfittare del loro carisma per mettere in guardia i giovani, inneggiano - a partire dal nome - all'alcol. Abbiamo deciso di non citarli espressamente, perché non abbiamo proprio nessuna intenzione di fare della pubblicità, seppur negativa, a certi personaggi. Ma intanto ci interroghiamo sugli sforzi compiuti dalle istituzioni, a tutti i livelli, volti a far conoscere i pericoli dell'alcolismo. Dispiace vedere che spesso essi sono vani, e che c'è troppa gente che trova "divertente" ubriacarsi. Senza sapere che rischia la vita.

Alberto Salmaso

WORKSHOPCARE

www.workshopcare.com

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

Formazione

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

Servizi e Assistenza

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

800-628-772

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

Human Tecar
Chattanooga Group
Compex
Performtex
Laserix
EMS
hosand.

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

CHATTANOOGA GROUP A ReAble COMPANY

novità

artromot® Active-K

Tre sistemi terapeutici in un unico dispositivo.

DJO GLOBAL

MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO

1 – PASSIVO (CPM)

Mobilizzazione controllata:
- per ridurre il gonfiore
- per evitare articolazioni rigide o bloccate
- per riacquistare la mobilità

2 – ATTIVO (CAM)

Stabilizzazione funzionale:
- attivazione delicata e rafforzamento dei muscoli
- riduzione del gonfiore
- riduzione del dolore
- aumento della mobilità

+

PASSIVO (CPM)

Mobilizzazione ulteriore

3 – COORDINAZIONE

Allenamento di stabilizzazione:
- aumento dell'attivazione muscolare
- aumento della capacità di coordinazione

STABILITÀ FUNZIONALE → RIABILITAZIONE ATTIVA

6-10 SETTIMANE DI TERAPIA CON ACTIVE-K

Il sistema Active-K Artromot è un importante ed innovativo strumento dedicato all'impiego nella riabilitazione per l'uso in ospedali, cliniche, centri di riabilitazione oggi a disposizione del medico specialista e del fisioterapista. La tecnologia del sistema Active-K è un vantaggio offerto al medico specialista, al fisioterapista ed al paziente per migliorare le cure postoperatorie. Active-K è una vera e propria innovazione a livello mondiale: in qualità di un unico dispositivo di movimento motorizzato sul mercato, esso unisce tre metodi terapeutici: CPM, CAM e coordinazione.

A Belluno serve una **rete policentrica** di servizi sanitari

Il Direttore Generale Compostella: «Si tratta di un territorio complesso, ma va garantita a tutti la risposta socio-sanitaria»

LA SCHEDA
Fernando Antonio Compostella, 58 anni, sposato con tre figli. Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova, specializzazione in Anestesia e Rianimazione. Da novembre 2010 è direttore generale dell'Ulss 1 di Belluno. Prima di questo incarico è stato direttore dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto (Arss).

di Ines **Brentan**

È alla guida dell'Ulss 1 di Belluno da poco più di un anno e mezzo e lavora a pieno ritmo quasi anticipando la Regione Veneto sulla programmazione del nuovo Piano socio-sanitario. Ex direttore dell'Arss, oggi direttore generale di questa Azienda sanitaria, Antonio Compostella sta riorganizzando la rete dei servizi sanitari puntando sulla logica dei dipartimenti. Per il neo Dg non si può pensare di chiudere un ospedale in quel territorio così complesso come è quello montano bellunese, ma si può comunque arrivare ad una buona performance dei costi, ragionando in un'ottica di una sola regia. Via i doppioni non significa tagliare servizi, ma piuttosto una apicalità di troppo.

Da direttore dell'Arss a direttore generale dell'Ulss 1 di Belluno. Come ha vissuto il passaggio da "controllore" a "controllato"?
Sono esperienze diverse, entrambe entusiasmanti. Non ho vissuto il cambiamento di ruolo in un'accezione negativa, anzi. La mia carriera è iniziata da medico ospedaliero: nel cuore mi rimane la mia professione, quella di anestesista-rianimatore, quella per cui ho studiato anni. Se mi guardo indietro vedo un excursus lavorativo molto positivo, che mi ha arricchito: sono partito lavorando in ospedale, poi per la Regione (in Arss, cioè nella Agenzia Regionale Socio Sanitaria del Veneto che ha il compito di valutare le performance delle strutture sanitarie), ora, di nuovo rientro in Azienda, certo non come medico, non in sala operatoria, ma nella qualifica di direttore generale che porta con sé un bagaglio di esperienza e professionalità che credo possa giovare a questa Ulss.

Veniamo alla protagonista dell'intervista: l'Ulss 1 di Belluno. Quando è arrivato qui, circa

In alto, l'ospedale di Belluno. Nell'altra pagina, da sinistra: l'ospedale di Agordo, quello di Pieve di Cadore e l'U.O. Anestesiae Rianimazione dell'Ospedale di Belluno

Ulss 1 di Belluno: i numeri del 2011

3 ospedali: Belluno, Agordo, Pieve di Cadore ● **51** comuni ● **129mila** residenti ● **3** distretti socio-sanitari ● **2** Utap ● **518** posti letto (452 per acuti e 66 per lungodegenza e riabilitazione) ● **78** posti letto (per acuti e per riabilitazione) sperimentazione gestionale Cortina ● **20.133** ricoveri ● **1.794.730** prestazioni specialistiche ambulatoriali per esterni ● **2** strutture private convenzionate (Salus, Fleming) ● risultato d'esercizio: **-18.421milioni** di euro

un anno e mezzo fa, come ha trovato quest'Azienda? Mi segnali le criticità e le eccellenze.
Questa è la Ulss più grande del Veneto e sicuramente la più "difficile" da guidare per via della complessità orografica e socio-demografica. E' un territorio di 129mila abitanti, quindi apparentemente piccolo, ma complesso a causa della dispersione degli insediamenti. Siamo in montagna, non dimentichiamolo. Ci sono una miriade di piccoli paesetti di appena mille abitanti ciascuno e ognuno di essi deve avere garantita una risposta socio-sanitaria. Parliamo di un territorio abitato prevalentemente da anziani, altra criticità. Se sommiamo tutti questi aspetti, possiamo anche capire come mai, alla fine, questa Ulss sia più costosa delle altre e come non sia possibile ridurre i costi per rispettare i parametri fissati dalla Regione Veneto. Le cito solo un paio di numeri. Secondo gli standard ragionali il costo dell'assistenza ospedaliera dovrebbe aggirarsi attorno ai 614 euro al giorno per abitante, noi saliamo a circa 800 euro.

E le eccellenze?
Abbiamo tre ospedali per acuti che stiamo mettendo in rete. Sono orgoglioso, ad esempio, della rete di urgenza ed emergenza che abbiamo attivato in maniera capillare su tutto il territorio grazie anche al valido supporto delle associazioni di volontariato. Godiamo di servizi di alta qualità come la Radioterapia, la Radiologia, la Medicina e la Pneumologia. Sul territorio è importante il lavoro svolto dalla struttura sperimentale di Cortina che fornisce servizi di Ortopedia e Riabilitazione, e dall'ex ospedale di Auronzo trasformato in poliambulatorio con uno spazio dedicato al servizio di Alcologia. A parte tutto ciò che è previsto nell'ambito distrettuale, poi Belluno gode di un'ottima assistenza domiciliare integrata, capace di garantire risposte anche in situazioni periferiche difficili.

Tre ospedali per acuti: non sono troppi rispetto al disegno di sanità veneta previsto dal nuovo Piano socio-sanitario?
Sembra che a Belluno ci sia una rete di erogazione di servizi apparentemente ridondanti, me ne rendo conto, ma la spiegazione (che si traduce anche in una valida giustificazione) va ricercata nella complessità del territorio come ho spiegato prima. Non so cosa deciderà la Regione Veneto per questa Ulss, francamente ritengo che qui sia fondamentale una rete policentrica di servizi sanitari. Ed è proprio per rispondere a questa visione che noi abbiamo già iniziato un lavoro importante di razionalizzazione dei servizi e delle attività in un'ottica di rete.

Importanti le strutture, ma importante è anche riempirle con una dotazione tecnologica al passo con i tempi. Pensa che la tecnologia, insieme alle professionalità, possa essere un elemento fondamentale per elevare a eccellenza una struttura sanitaria?
Certo, ma deve essere sempre accoppiata alla risorsa umana, cioè alla competenza professionale. Il nostro parco macchine non solo è distribuito in maniera omogenea nei tre ospedali, ma è adeguatamente aggiornato. A fine anno aspettiamo il nuovo acceleratore lineare per la radioterapia. Cambieremo a breve la Tac. Siamo messi bene con gli ecografi e i mammografi. Idem per la Risonanza, anche questa di ultima generazione. Parlando di tecnologia, è anche interessante ricordare che a Belluno abbiamo attivato di recente la guardia radiologica che permette, grazie alla telerefertazione, di refertare in tempo reale anche nelle ore notturne, referti provenienti dagli altri ospedali di Pieve e Agordo.

Dicembre 2012 è la deadline per tutti i Dg: cosa si aspetta?
Ho l'umana ispirazione di proseguire questa esperienza, qui o altrove. Le valutazioni finali, comunque, le faranno il Presidente Luca Zaia e la Regione.

Trapianti, il Veneto continua a crescere

«Il sistema trapiantistico è un'eccellenza della sanità veneta»

di Luca **Coletto**
Assessore alla Sanità
Regione Veneto

Nel primo trimestre del 2012 il sistema trapianti del Veneto ha fatto segnare ulteriori progressi rispetto al già molto positivo dato riferito allo stesso periodo del 2011, con 127 trapianti effettuati (di cui 10 da donatore vivente) contro i 110 dell'anno scorso (più 15,4%) e con un tasso di diniego alla donazione sceso ad un 13,3% contro il precedente 16,4%, che già era record nazionale.

Da tempo il sistema trapiantistico è un'eccellenza della sanità veneta, ma constatare che i numeri e l'attività continuano a crescere è davvero una grande soddisfazione: segno che la squadra che ci lavora, medici, infermieri, tecnici, dirigenti, organizzazioni del volontariato, ha saputo creare una sinergia per certi versi eccezionale che sta producendo risultati altrettanto eccezionali. Bello e confortante è anche rilevare la costante diminuzione dei dinieghi alla donazione, segno che la tradizionale grande generosità dei veneti si sta imponendo anche in un settore delicatissimo come questo, nel quale la scelta di donare avviene in un momento di sgomento e di dolore per la perdita di una persona cara e che le molte attività di diffusione della cultura della donazione stanno facendo il loro effetto.

Nei primi tre mesi di quest'anno, infatti, si sono registrati 45 donatori contro i 38 del 2011, il che ha ovviamente contribuito ad una significativa diminuzione delle purtroppo ancora lunghe liste d'attesa.

Anche dalla Fondazione Banca degli Occhi del Veneto giungono dati importanti: le 996 donazioni di cornee effettuate sono infatti le stesse dell'anno scorso, quando fu procurato quasi il 50% del fabbisogno nazionale. Cresciute, infine, anche le donazioni cosiddette "multi tessuto" gestite dalla Banche dei Tessuti di Treviso e Verona. In questo settore i donatori sono passati dai 35 del periodo gennaio-marzo 2011 ai 40 di quest'anno.

Legge elettorale, l'importanza della **partecipazione**

© Can Stock Photo Inc. / PicsFive

di Leonardo **Padrin**
Presidente V Commissione Sanità della Regione del Veneto

Durante la seduta di giovedi 31 maggio 2012 il Consiglio Regionale del Veneto ha approvato quasi all'unanimità (un contrario ed un astenuto) il progetto di legge Statale n. 6 che prevede la riforma dell'attuale legge elettorale nazionale. Viene soppresso il "porcellum", che ha consentito alle segreterie di partito di inserire nei listini bloccati tanti candidati che difficilmente sarebbero stati eletti se il cittadino avesse potuto scegliere e viene introdotta la preferenza.
L'elettore potrà decidere chi meglio lo rappresenta all'interno della lista che preferisce, sostanzialmente la legge approvata è la stessa che elegge il Consiglio Regionale del Veneto. Abbiamo quindi proposto che per eleggere il Parlamento nazionale siano applicate le stesse regole del Parlamento regionale perché il rapporto tra elettore ed eletto non deve essere un mandato che viene dato, attraverso le elezioni, all'inizio della legislatura e poi verificato dopo cinque anni ma deve essere un rapporto continuativo e costante, un flusso di informazioni verso il cittadino e da questi verso il suo rappresentante perché ogni giorno il mondo va avanti, la società si modifica e diventa importante conoscere e capire. Una necessità reciproca, una ricchezza reciproca che si può tradurre nella parola "partecipazione" forse un po' desueta ma che incarna l'essenza vera della democrazia che può essere aiutata dai mezzi innovativi di comunicazione ma non sostituita da questi. I social network, l'informatica, la telematica, le televisioni, le radio ed i giornali sono mezzi per agevolare questa reciprocità che deve essere principalmente individuale, personale. Chi di noi parlerebbe con un computer, chi si confronterebbe con un simbolo di partito?
Io, noi vogliamo una società dove un rappresentante del popolo si assume una responsabilità diretta, un impegno personale e ne risponde fino in fondo. Non si rende ostaggio di circostanze, di obblighi di partito o di altre situazioni, dichiara obiettivi e modalità di comportamento, mantiene un rapporto con il territorio (non solo con i propri elettori) dal quale proviene e si fa carico di rappresentarne i bisogni. Perché se non fosse così che senso avrebbero anche i collegi attuali? Basterebbe un unico collegio nazionale ed invece ad ogni collegio corrispondono degli eletti proprio perché sia rappresentato quel territorio e quindi i parlamentari che non si rapportano con quel territorio mancano ad un loro dovere e quelli che vengono paracadutati in un collegio per poi sparire da dove sono venuti tradiscono lo spirito della Costituzione Italiana.
Lo so che in momenti come questi dove manca il lavoro e la nostra società continua ad impoverirsi sembrano discorsi lontani dalle priorità ma se dei bisogni delle persone non se ne occupano i loro rappresentanti chi dovrebbe occuparsene?
Non esiste una modalità migliore, forse chi è stato eletto non ha fatto il proprio dovere, forse gli elettori hanno omesso la vigilanza e si sono fidati, forse mille altre cose ma nulla potrà mai sostituire la democrazia, la volontà del popolo di decidere del proprio benessere e del proprio futuro. Dipende anche da ognuno di noi.

Eccessiva **libertà di scelta** nell'applicazione delle linee guida

Cercheremo in sede di Consiglio di raddrizzare una rotta che al momento non assicura al nostro sistema socio-sanitario una navigazione su acque sicure

di Claudio **Sinigaglia**
Consigliere regionale Pd
Vice presidente V Commissione socio-sanitaria

Tra pochi giorni il Consiglio regionale sarà chiamato ad un appuntamento tra i più importanti dell'intera legislatura, quello del confronto in aula e dell'approvazione del nuovo Piano socio-sanitario. Un traguardo che il Pd ha posto tra le priorità fin dal settembre 2010, visto che in Veneto la programmazione di questo settore delicatissimo si trova ferma da quasi 15 anni.

Dopo le audizioni e la fase di discussione in commissione è possibile individuare fin da ora i punti salienti di un provvedimento che in parte ha adottato gli indirizzi proposti dai consiglieri democratici.

A partire dalla definizione della dimensione ottimale delle Ulss, pari a 200-300 mila abitanti salvo i territori con particolari specificità come le aree di montagna, la laguna ed il Polesine. Quindi la questione riguardante i meccanismi di valutazione sul lavoro svolto dai direttori generali, un compito che spetterà non solo alla Giunta ma anche dalla commissione per la programmazione e dalle Conferenze dei sindaci. Un fatto importante, che garantisce maggiore efficienza nell'organizzazione dei servizi territoriali.

Sempre in quest'ottica, tra le più importanti novità del Piano c'è l'introduzione delle schede di dotazione territoriale, indispensabili per programmare le strutture e i servizi. Verranno approvate contestualmente alle schede ospedaliere. Da sottolineare poi il mantenimento del ruolo del direttore del sociale, così come l' introduzione del merito per la nomina e la conferma dei primari.

E' stata insomma aperta una strada di maggiore trasparenza, elemento che si ritrova anche nell'obbligo di pubblicazione dei bilanci da parte di tutti quei soggetti che ricevono finanziamenti sociosanitari.

Non da ultimo, oltre all'impegno per investire più risorse nell'ambito dell'informatizzazione e dell'alta tecnologia, tra le richieste del Pd che hanno trovato spazio in questo Piano, il fatto che i centri servizi per anziani entreranno nella filiera assistenziale del territorio: potranno diversificare le loro attività in accordo con le Ulss e i Comuni e contenere nuclei di strutture intermedie.

Restano tuttavia aperti alcuni nodi che ci trovano fortemente critici nei confronti della Giunta e della maggioranza di centrodestra. Quello centrale fa riferimento alla eccessiva libertà di scelta nell'applicazione delle linee guida del Piano.

La rete di emergenza-urgenza non è chiaramente definita e manca ad esempio l'indicazione di quali ospedali verranno riconvertiti in strutture intermedie, in ospedali di comunità o monospecialistici.

Analogamente vi sono scarsissime indicazioni per potenziare la rete dei servizi di riabilitazione: si vogliono affidare ai privati? Le altre pesanti lacune riguardano la programmazione senza innovazione negli ambiti della disabilità, della salute mentale, dell'infanzia, della famiglia, dell'adolescenza, degli anziani e delle dipendenze.

Siamo costretti insomma a denunciare una carenza di fondo nella capacità di definire in modo preciso i servizi, cosa grave se pensiamo anche ai livelli essenziali di assistenza sociale, per non parlare della fumosità circa i criteri per il finanziamento delle Ulss e delle aziende.

Luci ed ombre dunque: cercheremo in sede di Consiglio di raddrizzare una rotta che al momento non assicura al nostro sistema socio-sanitario una navigazione su acque sicure.

I cittadini veneti e il Piano **socio-sanitario**

I pazienti sono diventati "esigenti", vogliono conoscere e capire

di Giuseppe **Cicciù**
Coordinamento Regionale dei Tribunali per i Diritti del Malato

Sono passati 15 anni dall'approvazione dell'ultimo Piano e in questo periodo di vacanza di riferimenti normativi locali, si è proceduto con interventi di volta in volta dettati dalla convenienza e spesso dalla necessità, per accontentare qualche potentato locale o per indirizzare le risorse dove meglio potevano essere spese sul piano elettorale. La logica del risultato immediato ha fatto perdere di vista l'aspetto programmatorio e le necessità primarie dei cittadini. L'alta tecnologia è stata contesa dalle principali città venete non nel segno della giusta collocazione ma piuttosto per alimentare il prestigio di un territorio rispetto ad un altro e così ci siamo trovati con diseguaglianze nella sua distribuzione. Ora è prevista l'approvazione del nuovo Piano, che promette molto e annuncia con grande enfasi la necessità dell'integrazione tra i Servizi Territoriali e Ospedalieri, tra Sanità e Sociale. Inoltre individua la riduzione del numero delle Ulss venete per centralizzare i sevizi e risparmiare sui costi della gestione amministrativa. I principi fondamentali sono tutti condivisibili, ma come si realizzeranno i contenuti del Piano se già i provvedimenti dell'ultimo anno sono stati contraddistinti dai tagli legati alle minori risorse disponibili? All'interno del palazzo, la discussione su come e dove agire ha fatto assumere decisioni che penalizzano questa o quella Ulss mentre nulla viene fatto per individuare ed elimiare le sacche di improduttività. Intanto i cittadini pagano un ticket salato per gli errori amministrativi compiuti negli ultimi decenni. Cittadinanzattiva e i Tribunali per i Diritti del Malato del Veneto si sono incontrati con l'assessore Coletto e le proposte sono state ritenute condivisibili e apprezzabili. Però le istituzioni si muovono in modo autoreferenziale e ogni azione di confronto viene percepita come un atto di disturbo per il manovratore politico. Le nostre osservazioni sono semplici e di buon senso e tendono ad apportare risparmi per l'amministrazione regionale e benefici per i cittadini. Per prima cosa siamo disponibili ad operare per abbattere il contenzioso legale tra i cittadini e la sanità, favorendo un confronto serrato con gli operatori e i professionisti attraverso l'introduzione di un "patto di ospitalità" fondato sulla affermazione dei diritti dei cittadini senza dimenticare il versante dei doveri e della appartenenza. Lavoreremo per affermare il valore della "medicina relazionale" versus la"medicina difensivistica" che produce incomprensioni tra cittadini e operatori e costi elevati per le Aziende. L'Assessorato ha accantonato 1,2 miliardi di euro vincolandoli a costi per le assicurazioni per i casi di "malpractice". Basterebbe realizzare un patto con la comunità locale attraverso il confronto tra la Conferenza dei Sindaci, le rappresentanze sindacali degli operatori sanitari e la partecipazione delle Associazioni dei cittadini per favorire la nascita e la crescita di un clima di fiducia e reciprocità e invece ci si ostina a misurarsi con le proprie competenze, spesso condite di onnipotenza, per affermare un principio di asimmetria e superiorità della conoscenza, per non confrontarsi sul piano umano con la sofferenza e il malessere. Il risultato continua ad essere la difesa ad oltranza di prerogative che nulla hanno a che fare con "l'ars medica" e il principio del prendersi cura dell'altro riconoscendo le proprie ferite! I pazienti sono diventati "esigenti" e vogliono partecipare alla conoscenza dei processi decisionali che interessano la loro salute. Vogliono affermare il diritto all'autodeterminazione. Si tratta di incidere sulle abitudini, sulle mentalità, sui punti di vista, ma se si guarda ai momenti formativi degli operatori ci si rende conto che gli aspetti tecnologici e operativi sono quelli prevalenti della formazione e che i temi della relazione e dell'umanizzazione sono riconducibili a qualche sessione di approfondimento. La finalità principale dei tribunali del malato è quella di rimuovere situazioni di sofferenza inutile e di ingiustizia, ricorrendo all'esercizio dei poteri di mediazione. Il prossimo Piano Socio-Sanitario deve essere in grado di aprirsi alla volontà di indirizzare i provvedimenti e le decisioni tenendo conto delle istanze dei cittadini nella loro qualità di portatori di interessi, di diritti e doveri.

PA.DI.MO.
le novità e le iniziative in arrivo

I programmi dell'associazione patavina che si occupa della promozione della ricerca e dell'informazione su tutti gli aspetti che riguardano la malattia di Parkinson

Per Pa.di.mo, l'Associazione Malattia di Parkinson e disordini del movimento, numerose novità in arrivo, ma soprattutto un bel carico di iniziative, da qui fino all'autunno, per tutta l'estate. Ricordiamo che le finalità dell'associazione patavina - che si pone come mission la promozione della ricerca e dell'informazione su tutti gli aspetti che riguardano la malattia di Parkinson e sui disturbi del movimento, proponendosi come punto di riferimento per chi ne è affetto - sono molteplici. Innanzi tutto si prefigge di promuovere lo studio sulla malattia, di sperimentare percorsi riabilitativi e di fornire le informazioni sulla malattia ai diretti interessati (i malati e i loro familiari), diffondendo documentazione sulle varie caratteristiche della patologia e comunicando le esperienze di chi vi convive quotidianamente. Di questo aspetto primordiale se ne occupa un team di medici impegnati nello studio della malattia, sia per quel che riguarda l'aspetto neurologico sia per quanto concerne la riabilitazione, per dare una risposta immediata ai malati da loro seguiti. L'associazione si prefigge, inoltre, di aprire un dialogo con gli interlocutori istituzionali (Ulss, Comune e Regione) cercando di ottenere convenzioni e opportunità di confronto, d'informare l'opinione pubblica sulla dimensione sanitaria e sociale della malattia, e quindi di combattere la scarsa conoscenza generale della natura della malattia di Parkinson. Ma Pa.di.mo si prefigge anche di creare legami tra i malati e i loro familiari, un aspetto fondamentale e importantissimo per migliorare la qualità della vita dei parkinsoniani. Tale obiettivo dev'essere raggiunto attraverso alcune iniziative che diventano occasioni per incontrarsi e per eseguire insieme un po' dell'attività motoria raccomandata... Per rompere la solitudine a volte basta davvero poco! E' proprio a questo scopo che la Pa.di.mo, per i prossimi mesi, ha in serbo per i suoi associati alcune iniziative. Dopo aver aperto la stagione estiva il 10 giugno con la passeggiata di gruppo presso il Lungargine Scaricatore (Padova – zona Bassanello), l'8 Settembre ci sarà un incontro con la dott. ssa Roberta Biundo sul tema del "Caregiver" (ruolo di sostegno di un familiare). Seguirà il15 Settembre un incontro con il dott. Gianluigi Ricchieri, il cui programma, però, è ancora da definire. Il 29 Settembre, infine, si terrà un incontro sulla gestione farmacologica riabilitativa del Parkinson complesso. Nel corso dell'estate, sono previste poi altre attività ludiche, come passeggiate sui colli, tornei di burraco e riunioni associative, utili alla socializzazione e all'organizzazione dell'associazione. Darà ulteriore voce a Pa.di.mo anche una nuova sezione di Nes On-line, dedicata all'associazione, alle sue iniziative e alle testimonianze dei malati e dei loro cari. Tutto ciò per camminare insieme ai malati e ai loro familiari, per rendere l'associazione capace di innovarsi e di offrire sostegno, ascolto e aiuto: la malattia non si affronta e combatte solo con la medicina e la scienza, ma anche abbattendo ogni isolamento!

© Can Stock Photo Inc. / wacker

ANISAP e il ruolo della sanità privata

Ravagnin: Ci avete sul territorio, usateci. Siamo parte integrante della sanità pubblica

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

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

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

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

L'ASSOCIAZIONE ICORA PRESENTE ALL'EDIZIONE 2012 DI EXPOSANITÀ

È possibile e doveroso individuare nuovi mercati economici in grado di assorbire l'alta qualità del made in Italy

di Massimo **Pulin**
Presidente Icora

"La sensazione finale è che ne sia valsa davvero la pena. Per Icora era la prima presenza ad Exposanità". I momenti che precedono l'evento, specialmente se la prima volta, sono sempre carichi di tensione emotiva. Possiamo dirci soddisfatti, Icora è stata presente alla fiera con uno stand e con altre iniziative che hanno visto la partecipazione di figure importanti della sanità italiana e croata. Un momento di confronto tra due sistemi sanitari, croato e italiano, c'è stato durante la tavola rotonda a cui hanno partecipato la dott. ssa Martini (rappresentante della regione Emilia Romagna), il Dr. G. Pestelli (vicepresidente della Simfer), Michele Clementi (segretario Assortopedia), Massimo Pulin, l'avvocato Marielena Verde, il dott. G. Manganello docente del corso perTecnici Ortopedici organizzato dall'associazione, la Dr.ssa Sonija Grosic (assessore alla sanità della regione Istriana), la Dr.ssa Daniela Rosanda (Fisiatra dell'ospedale di Pola), Milka Vukovic Vitasovic (preside dell'Università Popolare di Pula). E' stato preso in considerazione il momento riabilitativo relativamente alle modalità, ai mutamenti, all'approccio sanitario e assistenziale proprio del momento riabilitativo e di come questo si avvalga in maniera quasi necessaria del mondo degli ausili e delle tecnologie assistive. La tecnologia e gli ausili sono diventati uno strumento per il raggiungimento di obiettivi ma anche un concetto legato alle azioni di riabilitazione, autonomia, indipendenza e inclusione sociale, e prevenzione. Italia e Croazia, si dichiarano concordi nell'aver compreso questo processo sanitario e riabilitativo e nell'aver investito affinché questo ambito sanitario continui ad essere alimentato e sostenuto da studi, ricerche, innovazioni, nuove realtà professionalizzanti. Espressione di questo percorso comune la presenza ad Exposanità dei rappresentati di entrambi i paesi. Infine si valuta la realtà economica che gravita attorno al mondo della riabilitazione sostenendo che è possibile e doveroso individuare nuovi mercati economici in grado di assorbire l'alta qualità del made in Italy. Interessanti considerazioni anche per quanto riguarda l'impegno economico assunto dalle pubbliche amministrazioni che oggi, a fronte della crisi economica, non potrà più essere garantito allo stesso modo, imponendo una maggior attenzione ai processi di prevenzione e collocando l'ausilio e le tecnologie assistive in una posizione di ancor maggior centralità nel processo all'autonomia e all'indipendenza iniziando a variare il concetto di mero assistenzialismo talora adottato. Al termine della tavola rotonda si è svolta un'assemblea dell'associazione con la partecipazione dei soci di Icora. E' stato un momento importante poiché si ha avuto modo di strutturare il direttivo di Icora istituendo delle cariche di rappresentanza oltre che le nomine di vicepresidente. Si sono inoltre approvate alcune variazioni allo statuto dei soci nonché il rinnovo della carica di presidente". Il terzo momento è stato di tipo formativo e ha visto coinvolti gli studenti dell'attuale corso per tecnici ortopedici di Pola e partecipanti esterni a cui è stato riconosciuto l'accreditamento del percorso formativo. Le due giornate sostenute dalla docenza di Roberto Postiglione e Giambattista Manganello dal titolo "Dal progetto riabilitativo al progetto d'autonomia; ruolo dell'ausilio" sono state organizzate in una prima parte teorica sostenuta in aula e una parte itinerante durante la quale gli studenti hanno visitato agli stand di importanti aziende italiane entrando nello specifico della produzione tecnico-ortopedica e degli ausili in genere.

SCARPE ORTOPEDICHE SU MISURA PER PATOLOGIE DEL PIEDE

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

Le scarpe ortopediche su misura sono ortesi utilizzate per il trattamento delle patologie del piede, con il compito di correggere, compensare o fissare un atteggiamento deforme, prevenendone una sua accentuazione. Le calzature su misura sono indicate nei casi in cui il paziente non può essere aiutato con metodi più semplici, quali scarpe ortopediche di serie o plantari; si tratta infatti di casi particolari che presentano gravi malformazioni, amputazioni parziali, infiammazioni croniche articolari e limitazioni della mobilità. Questo tipo di complicazioni interessano un numero molto elevato di patologie, perciò l'ortesi risulta essere totalmente personalizzabile, con le specifiche funzionali ed estetiche richieste.

Nel caso del **piede diabetico**, ad esempio, le complicanze neurologiche e vascolari legate alla patologia, potrebbero produrre delle ulcere, spesso difficili da curare a tal punto da richiedere l'intervento del chirurgo, costretto in casi estremi ad amputare in modo parziale o totale il piede. Proprio per questo motivo occorre che la scarpa su misura presenti una tomaia automodellante o termoformabile in Flexpell® o setaflex, materiali dall'elevata elasticità e microtraspiranti, una suola biomeccanica, che riduca i picchi di pressione dalla caviglia alle teste metatarsali, migliorando il rotolamento del passo, un'assenza totale di cuciture, in modo da evitare sfregamenti, e un plantare con l'appoggio adeguato, in caso di presenza di ulcere plantari. Alcune malattie reumatiche quali l'artrite reumatoide e l'artrosi colpiscono inizialmente le articolazioni e successivamente vanno a modificare la struttura delle ossa, deformandole. In questo caso oltre agli accorgimenti adottati per il piede diabetico, occorre riporre particolare attenzione agli scarichi, soprattutto nelle zone doloranti, in modo da aumentarne il comfort. Le calzature ortopediche su misura sono consigliabili anche nei casi di **piede traumatico**, ovvero in presenza di difficoltà nella deambulazione, dovuta a gravi traumi che hanno limitato la mobilità delle articolazioni del piede. Per questo motivo occorre ristabilire l'equilibrio fisiologico mediante inserimenti di cunei pronatori o supinatori nel plantare e speronature o scampanature al tacco e/o alla suola. Orthomedica mette a disposizione personale altamente qualificato in grado di realizzare in poche settimane calzature su misura ad hoc in base alla specifiche richieste. Il tecnico ortopedico prende le dovute misure sui piedi del paziente, l'impronta prima su carta podografica, per valutare l'appoggio statico, e poi su carta per rilevare relativo perimetro. Per la realizzazione del plantare corredato, si effettua una baropodometria, nei soggetti deambulanti, oppure un calco con schiume fenoliche o in gesso, nei soggetti non deambulanti. In seguito il calco e le misure vengono mandate al formificio, presso il quale viene creata una forma del piede; successivamente, il calzolaio in base ai cartamodelli ritagliati, dispone e assembla le pelli ai forti e alla suola. A questo punto la calzatura, che presenta un tacco provvisorio, è pronta per la prima prova e il paziente può valutare assieme al tecnico ortopedico la funzionalità dell'ortesi. Infine, dopo la prova, la scarpa è soggetta alla rifinitura che sostanzialmente prevede il fissaggio del tacco suola e le eventuali correzioni che vi fossero necessarie per correggere il posizionamento del piede. Prima della consegna viene controllato e finito il plantare che costituisce a tutti gli effetti un dispositivo insostituibile per migliorare e scaricare l'appoggio al suolo.

DOPING, SCOMMESSE E DINTORNI:

IL PASSAPORTO BIOLOGICO DELL'ATLETA

Un nuovo strumento per la lotta agli illeciti sportivi

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

Quando eravamo bambini uno dei giochi preferiti era "guardie e ladri" e, nel gioco, le parti erano chiare e ben definite fin dall'inizio. Leggendo le cronache recenti, è evidente che una nuova realtà, che pensavamo fosse solo virtuale, ha sostituito quella in cui siamo nati e cresciuti. Nello sport, non solo la pratica dell'assunzione di sostanze illecite è largamente adottata, ma addirittura assistiamo a somministrazione di sostanze (benzodiazepine, ipnotici e sonniferi) che diminuiscono le prestazioni di compagni di squadra per permettere la falsificazione dei risultati nell'ambito dei giri milionari di scommesse che coinvolgono continenti interi. I ladri (atleti in malafede) e le guardie (autorità sportive e medici) spesso invertono le loro identità e ruoli, ed è sempre più evidente che la scienza del doping studia e sviluppa strategie che rendono inefficaci le indagini, peraltro sempre più sofisticate e costose, per l'identificazione delle sostanze illecite conosciute. Ma se le guardie possono trasformarsi in ladri, i ladri appaiono spesso inconsapevoli vittime alle quali non vengono fornite informazioni accurate sui rischi presenti e futuri per la salute che si associano all'assunzione di sostanze dopanti. In questo scenario, l'esasperazione della politica del proibizionismo e dell'accanimento dei controlli sembra sempre più perdente, mentre dovrebbe essere rivalutata la promozione dei valori etici e della protezione della salute, specialmente per gli atleti più giovani e non professionisti. Il passaporto biologico dell'atleta (ABP) è stato progressivamente promosso ed introdotto dalla World Anti-Doping Agency (WADA) come strumento di lotta al doping. Il razionale dell'ABP è chiaro: invece che ricercare la presenza di una o più sostanze illecite, visto che vengono sviluppate molecole sempre nuove e sempre più simili a quelle prodotte naturalmente, si ricercano i segni indiretti di danno all'organismo attraverso la determinazione di parametri non-invasivi (biomarcatori) ematologici, biochimici ed ormonali. Le critiche all'ABP, benchè numerose, sono basate sui limiti metodologici e interpretativi che si traducono nel timore di punire atleti innocenti e salvaguardare atleti colpevoli. Ma è evidente che il passaporto biologico può essere utilizzato per scopi diversi, anche se correlati, ed in particolare può essere visto principalmente come strumento di promozione della salute e non come mezzo per sanzionare atleti sospettati di uso di sostanze illecite. Nell'ottica precedentemente ricordata con la metafora di "guardie e ladri", al di là del miglioramento degli strumenti che fanno parte dell'ABP (nuovi biomarcatori e sistemi interpretativi), si ritiene oggi necessario un profondo cambiamento dello scenario che privilegi la promozione di una cultura finalizzata alla salvaguardia della salute. Alcuni progetti attualmente in corso, promossi dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore della Sanità, ai quali partecipa anche la Regione Veneto, stanno creando le premesse per questo auspicato cambiamento di rotta che deve coinvolgere molti attori, dagli atleti alle associazioni sportive, fino a tutte le autorità del Sistema nel suo complesso. Anche questo può essere un progetto che rilancia la speranza di un Paese migliore che vuole tutelare i giovani di oggi e le generazioni future.

© Can Stock Photo Inc. / Angelstorm

L'**e-health** nella salute padovana

Il fascicolo sanitario elettronico è lo strumento di collegamento tra l'ospedale e il territorio e dove il cittadino trova i servizi sanitari on-line

L'Italia sconta un ritardo sull'attuazione della sanità elettronica dovuto allo stato di fermo che subisce, ormai da tempo, la messa a regime dell'intero sistema. Azienda Ospedaliera e Ulss 16 di Padova, afferma il Direttore Generale dott. Adriano Cestrone (*nella foto a destra*), in contro tendenza. Infatti, la tecnologia dell'informazione è diventata ormai partner quotidiano del medico e dell'infermiere all'interno dell'ospedale.
Richieste di esami diagnostici, consulenze e relativi referti sono da tempo eseguiti in modalità paperless/filmless e con firma digitale all'interno di tutte le strutture dell'Azienda Ospedaliera e dell'Ulss 16. Da due anni è però in attuazione un più completo progetto di gestione informatizzata del paziente mediante l'utilizzo della cartella clinica elettronica. Tale progetto è attivo, al momento, in un terzo dei reparti ed il suo completamento avverrà entro il 2013. Con le soluzioni rese disponibili il medico e l'infermiere, mediante carrelli dotati di computer e mediante i più conosciuti "tablet", hanno la completa gestione del paziente; la cartella d'ingresso, l'anamnesi, l'esame obiettivo, la cartella infermieristica, il diario integrato, la gestione della terapia e la lettera di dimissione. La gestione informatica del processo, anche grazie ai bracciali identificativi del paziente con codice a barre, ha un impatto decisivo sul rischio clinico (errori di identificazione, di trascrizione, di lettura...). Inoltre la condivisione dei dati tra gli operatori, l'immediata evidenza degli allarmi (valori di esami critici, infezioni in atto, mancata terapia...) e la possibilità di consultare gli esami radiologici al letto del paziente rendono molto più fluida e sicura la gestione del paziente. A tutto ciò fa da corollario la costituzione del fascicolo sanitario elettronico che raccoglie tutte le informazioni generate in modalità digitale sul paziente. Entro il 2012 anche le strutture private concorreranno alla formazione del fascicolo. Il fascicolo è lo strumento di collegamento tra l'ospedale ed il territorio e costituisce l'infrastruttura di colloquio con le attività domiciliari, le residenze per anziani, le reti di patologia ed il medico di medicina di base.

I medici di medicina generale ed i pediatri del territorio sono integrati nel sistema informativo e ricevono nelle proprie cartelle digitali i dati in tempo reale dalle strutture ospedaliere e comunicano alle stesse le prescrizioni fatte presso gli ambulatori utilizzando il numero di ricetta elettronico generato dal Ministero della Salute. Ma il fascicolo è anche lo strumento dove il cittadino trova i servizi sanitari on-line: referti diagnostici (145.000 padovani li hanno consultati da Internet), pagamento prestazioni, prenotazioni di visite, modifica e disdetta vocale degli appuntamenti, stampa dei certificati di esenzione per reddito. L'Ulss 16 e l'Azienda Ospedaliera di Padova hanno investito in modo importante nelle tecnologie dell'informazione e nei servizi di assistenza necessari a rendere affidabile l'infrastruttura sia agli operatori sanitari che ai cittadini. Il percorso verso la sanità digitale e collaborativa è attivo ed irreversibile.

Il centro di screening mammografico

Nell'ambito del Dipartimento Interaziendale di Diagnostica per immagini e radiologia interventistica, diretto dal dott. Daniele De Faveri, opera il Centro di Screening Mammografico (CSM) situato presso il Poliambulatorio del Distretto n.1 dell'ULSS 16 in via E. degli Scrovegni n. 12. Il Centro invita le donne dai 50 ai 69 anni di età residenti nel territorio dell'ULSS 16 per eseguire la mammografia in screening con cadenza biennale. Il Centro è dotato di apparecchiature all'avanguardia nell'attuale panorama europeo: mammografi digitali di ultima generazione e un ecografo innovativo. La lettura delle immagini digitali avviene su monitor dedicati in apposite stazioni di visualizzazione e refertazione opportunamente attrezzate. L'adozione del Mammo Report ha permesso una digitalizzazione di tutti i flussi operativi dello screening.

MAMMELLE DENSE:

COSA SONO E COME ESAMINARLE

È importante l'uso combinato di mammografia e di ecografia

di Francesco **Peruzzi**
specialista in Radiologia

Nell'ambito della diagnosi precoce dei tumori della mammella, l'argomento mammelle dense è di grande attualità e coinvolge direttamente le donne. Che cosa sono le mammelle dense? Le mammelle sono composte da sostanzialmente da grasso e tessuto fibroghiandolare, che comprende proprio la ghiandola mammaria. Le mammelle considerate dense sono quelle in cui, alla mammografia, quantità e aspetto del tessuto fibroghiandolare sono tali da poter oscurare una anormalità della mammella, abbassando cosi' la sensibilità della metodica e riducendo la possibilità di riconoscere un tumore in una parte o anche in tutta la mammella. In generale, si considerano dense quelle mammelle in cui il tessuto presente potrebbe mascherare un'anomalia nel 50% o più della mammella. Le mammelle dense sembrano avere inoltre un rischio di tumore maggiore di almeno 1.6 volte rispetto alle mammelle non dense. La densità delle mammelle sembra essere correlata a diversi fattori, fra cui la terapia ormonale, soprattutto quella combinata di estrogeni e progesterone e sono più frequenti nelle donne giovani. Le mammelle dense rappresentano quindi una sfida diagnostica, poiché alla difficoltà di riconoscere un'anomalia si somma quella di una relativa maggior frequenza di anomalie. Come esaminare allora le mammelle dense? Abbiamo visto, qualche numero fa, come la mammografia eseguita con mammografo digitale diretto (FFDM) di ultima generazione permetta di vedere meglio le mammelle dense. Quindi l'utilizzo di mammografi digitali diretti di ultima generazione fa già la differenza. Si sta aggiungendo anche la tomosintesi, che dà ulteriori possibilità alla mammografia. Ma da anni è conosciuto il ruolo dell'ecografia, che, nelle mammelle dense, si è dimostrata in grado di mettere in evidenza lesioni non riconosciute con la sola mammografia; l'uso combinato di mammografia ed ecografia ha portato al 97% la possibilità di riconoscere una lesione nelle mammelle dense. L'ecografia gioca quindi un ruolo molto importante non solo nel caratterizzare lesioni già evidenti alla mammografia, ma, nelle mammelle dense, proprio nel ricercare lesioni non evidenti alla mammografia; le informazioni ottenute con l'ecografia sommate a quelle ottenute con la mammografia permettono di giungere a conclusioni diagnostiche integrate. Più recentemente ancora, la risonanza magnetica (RM) della mammella ha dimostrato di poter migliorare la esaminabilità di queste mammelle, pur con le limitazioni dovute a disponibilità, modalità, durata e costo dell'esame e possibilità di mettere in evidenza lesioni falsamente sospette. Da anni la mammografia è la metodica su cui si basa lo screening del tumore della mammella, per il miglior rapporto costo-beneficio quando si debba utilizzare un unico test, ma, quando si va ad esaminare le mammelle dense, vi è una crescente evidenza del ruolo di altre metodiche, a cominciare dall'ecografia. Proprio in questi giorni, il 29 maggio 2012 il Senato della California ha emesso una legge che prescrive che le donne con mammelle dense alla mammografia siano informate della loro condizione e discutano con il loro medico l'opportunità di ulteriori accertamenti. Nel Veneto, da molti anni si esegue l'esame clinico strumentale delle mammelle, composto da visita senologica, mammografia ed ecografia: lo stesso radiologo che esamina la mammografia esegue la visita e l'ecografia, si interfaccia con la donna e comunica il risultato dell'esame, l'eventuale necessità di ulteriori approfondimenti e suggerisce scadenza e modalità del successivo controllo. La comunicazione della presenza di mammelle dense e la raccomandazione ad eseguire controlli periodici, annuali e non solo con mammografia, ma anche con ecografia è, nella nostra regione, pratica già da tempo acquisita, che oggi trova crescente riscontro scientifico.

© Can Stock Photo Inc. / bds

I NOSTRI PRODOTTI

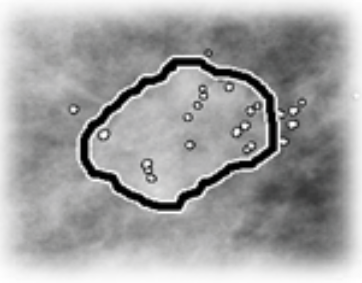
MultiCare Platinum Breast Biopsy System
Sistema stereotassico digitale indipendente per la biopsia mammaria prona

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

SecurView DX Mammography Workstation
Workstation dedicate alla mammografia

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

Selenia Digital Mammography System
Mammografo digitale



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

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

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

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

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

TECHNO LOGIC

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

LA SOFFERENZA INSERZIONALE TROCANTERICA

Aspetti funzionali e ipotesi terapeutiche

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

Il dolore inserzionale a livello trocanterico rappresenta una sofferenza estremamente fastidiosa e disturbante dell'attività motoria e sportiva. Ne sono colpite due tipologie di popolazione sostanzialmente diverse: le donne adulte, solitamente in moderato sovrappeso e gli atleti, in particolare ciclisti e triathleti. Ma cosa unisce due popolazioni così differenti? Da un punto di vista anatomico l'articolazione dell'anca richiama da vicino quella della spalla, infatti vi si ritrovano un potente intrarotatore (ileo-psoas), due abduttori (piccolo e medio gluteo), un tendine passante sulla testa del femore (capo riflesso del retto femorale). Si ricava così una sorta di "cuffia" sottoposta a rischio di infiammazione nel caso di linee di trazione abnormi come quelle che si possono ritrovare nel caso di una dismetria degli arti inferiori, di una coxa vara, di un piede piatto, di una extra-rotazione dell'arto inferiore da un accorciamento e retrazione della fascia lata. Queste condizioni si ritrovano con una certa frequenza in alcune tipologie femminili, in particolare in situazioni di rapido incremento ponderale che portano ad un accentuazione del carico su piccolo e medio gluteo. Anche in atleti con condizioni anatomiche predisponesti può essere indotta un'infiammazione a carico del piccolo e del medio gluteo a causa di modesti traumatismi a carico del tensore della fascia. Nei ciclisti e nei triathleti il particolare movimento ripetitivo di flessione ed estensione d'anca appare provocativo del mantenimento dell'infiammazione e della cronicizzazione della tendinopatia. Il quadro clinico è caratterizzato da un fastidioso dolore all'avvio del movimento e accentuato nell'estensione dell'arto inferiore (più a scendere le scale che a salirle). Il dolore alla pressione in corrispondenza del gran trocantere è costante. La diagnosi differenziale richiede particolare attenzione in riferimento alla proiezione in zona trocanterica di un dolore ad origine dalle prime vertebre lombari. In questo caso il dolore è prevalentemente superficiale mentre nella trocanterite è più in profondità. L'imaging può aiutare attraverso una valutazione ecografica e attraverso una valutazione radiografica, con entrambe le metodiche può venire evidenziata la presenza di formazioni calcifiche patognomoniche di una tendinopatia cronica. La cura tradizionalmente propone una terapia fisica con ultrasuoni o una terapia infiltrativa cortisonica. Solitamente lo stretching del medio gluteo e del tensore della fascia lata può portare a un miglioramento del quadro clinico che ha il suo antefatto nell'accorciamento relativo di queste formazioni. Più recentemente l'introduzione della terapia con onde d'urto ha fornito ulteriori possibilità di recupero, in particolare in quelle situazioni cronicizzate attraverso lo stimolo biologico che le onde d'urto portano a livello delle formazioni tendinee e dei tessuti sottostanti. I protocolli proposti vedono un approccio articolato in alcuni trattamenti con intensità media portati alla profondità adeguata. E' sempre consigliabile associare a questo un intervento fisioterapico e una valutazione e correzione dei presupposti posturali prima citati. Alcuni dei casi particolarmente resistenti possono essere affrontati anche chirurgicamente attraverso un approccio relativamente semplice di sezione del tensore della fascia lata e conseguente detensionamento del sistema. Ma meglio lasciare alla chirurgia questi casi e sfruttare appieno le potenzialità di una terapia incruenta come le onde d'urto.

© Can Stock Photo Inc. / corepics

NIENTE BEVANDE ALCOLICHE PER I LAVORATORI DELLA SANITÀ E DEL SOCIALE

Nell'ambiente di lavoro il tasso alcolemico deve essere pari a zero

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

L'art 15 comma 1 della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati" recita: "Nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, individuate con Decreto del Ministero del Lavoro [...] è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche". La Legge 125/2001 prevede sanzioni amministrative identiche sia per i datori di lavoro che permettono la somministrazione, sia per i lavoratori che assumono bevande alcoliche durante le attività lavorative vietate. A differenza del Codice della Strada, che tollera un basso tasso alcolemico per chiunque guidi un mezzo a motore, nell'ambiente di lavoro il tasso alcolemico deve essere zero. Quindi non si possono assumere bevande alcoliche nemmeno a casa nelle ore prima di presentarsi al lavoro.

Il Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 16/03/2006 pubblicato in GU n. 75 del 30 marzo 2006, individua un lungo elenco di lavorazioni dove vige il divieto. Tra le altre, menzioniamo le seguenti attività lavorative nel comparto socio-sanitario:
"4) mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche di tipo invasivo; infermiere; ostetrica; caposala e ferrista;
5) vigilatrice d'infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice, addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private.
6) attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado".
Il DLgs 81/2008 prevede che il datore di lavoro:
1. Individui le lavorazioni vietate, informi i lavoratori dei problemi legati all'alcol, del divieto e delle sanzioni;
2. Vigili affinché il divieto sia rispettato anche con controlli alcolimetrici;
3. Integri il documento di valutazione del rischio con una specifica valutazione del problema individuando e le misure di prevenzione;
4. Esiga che il medico competente, durante la sorveglianza sanitaria ai lavoratori, valuti l'abitudine all'assunzione di alcolici. Il medico competente fa delle visite finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e, in accordo con il datore, può eseguire sui lavoratori test alcolimetrici; il giudizio di idoneità viene espresso anche in rapporto a questo rischio.

È pacifico che un problema così complesso come quello dell'abuso alcolico non si risolve solo con i divieti ma bisogna creare un ambiente favorevole, con la formazione e informazione, con l'esempio dei colleghi ed eventualmente con il supporto sociale e psicologico per qualcuno. La legge stessa auspica che il datore attui programmi di promozione della salute per uno stile di vita senza abuso di bevande alcoliche, questi programmi vanno condivisi con lavoratori e loro rappresentanze.

FIBROMIALGIA
UNA PATOLOGIA AL FEMMINILE

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

I primi sintomi si avvertono tra i 20 e i 30 anni, ma il progredire lento della malattia fa si che chi ne soffre, in prevalenza donne, si rivolga al medico in età già avanzata, quando il dolore diventa non sopportabile. Il fisiatra Alessandro Valent ne spiega i sintomi, le cause e i trattamenti.

Stress, affaticamento da lavoro, carenze di sonno, ma anche eventi traumatici come una malattia, un lutto familiare o uno shock fisico o psichico possono essere i detonatori della sindrome fibromialgica, patologia di natura reumatologica che fa del dolore il suo tratto qualificante. Sebbene le cause reali dell'insorgenza della patologia non siano ancora ben definite, si ritiene che le sue origini vadano ricercate in un deficit genetico dei neurotrasmettitori coinvolti nella regolazione del dolore (noradrenalina, serotonina e dopamina). Questa insufficienza congenita porta ad una ipersensibilità al dolore, clinicamente definita allodinia (sensazione dolorosa a seguito di uno stimolo normalmente non doloroso) ed iperalgesia (sensazione dolorosa intensa dopo stimolo doloroso lieve). Identificare numericamente quanti ne soffrano in Italia ad oggi non è però possibile, complice l'assenza di studi *ad hoc*. Dati genericamente raccolti tra la medicina di base e la reumatologia fanno però ipotizzare un'incidenza nella popolazione intorno al 6-7%. Vittime del dolore cronico e diffuso alla masse muscolari, alle inserzioni tendinee e in punti elettivi (tender points) sono soprattutto le donne tra i 40-60 anni, che avvertono i primi sintomi già un decennio prima del conclamarsi della malattia. Secondo la European Federation of IASP Chapters (EFIC) le over 30 affette da fibromialgia lungo la Penisola sarebbero 1,5/2 milioni, disposte ad approdare dallo specialista solo quando la sofferenza diventa intollerabile e gli altri sintomi non arginabili.

Dolore cronico: un sintomo sentinella

Se il dolore è il segnale predominante della fibromialgia, esistono anche altri indizi che devono mettere in guardia come il disturbo del sonno, la cefalea muscolotensiva o emicranica, la sensazione di stanchezza (astenia), la rigidità mattutina soprattutto al collo e alle spalle e la sindrome del colon irritabile. Eventuali parestesie costituite da formicolii e sensazioni simili a punture, dolori al torace, difficoltà di concentrazione o, extrema ratio, disturbi della sfera affettiva (ansia e/o depressione) sono ulteriori spie da non sottovalutare.

Diagnosi: due criteri per definire la patologia

La diagnosi della sindrome fibromialgica è esclusivamente clinica essendo gli esami strumentali e di laboratorio generalmente negativi. Secondo l'American College of Rheumatology (1990), due sono i criteri diagnostici per identificare la patologia: dolore cronico diffuso da almeno 3 mesi e presenza di dolore alla digitopressione in almeno 11 delle 18 aree definite di Tender Points.

Il trattamento: un mix vincente

La cura della sindrome fibromialgica è il frutto dell'integrazione tra terapia farmacologica, riabilitativa e cognitivo-comportamentale.
Se i risultati ottenuti con l'utilizzo di miorilassanti (ciclobenzaprina, tiocolchicoside, eperisone cloridrato) associati a farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) e, nei casi più complessi, antidepressivi (soprattutto gli inibitori della ricaptazione di serotonina e noradrenalina), sono massimamente positivi, meno definiti sono i riscontri ottenuti con la riabilitazione.
I classici trattamenti riabilitativi hanno infatti generalmente risultati alterni ed in alcuni casi decisamente negativi.
Per questo motivo i protocolli devono essere personalizzati caso per caso e cauti e dolci esercizi di mobilizzazione e di detensione mio-fasciale da eseguire eventualmente in acqua sono da prediligere.
Mentre la massoterapia, soprattutto se praticata in maniera aggressiva, si dimostra spesso inefficace, le tecniche di rilassamento classiche (training autogeno o yoga) e la psicoterapia sono invece un buon supporto nei casi più difficili. Da non sottovalutare è infine l'agopuntura che può dare esiti interessanti.

Terapie strumentali e fibromialgia

Capitolo a parte nel trattamento della sindrome fibromialgica meritano le terapie strumentali: da preferire sono le termoterapie esogene come laserterapia ed infrarossi.
Nello specifico Hilterapia® si rivela estremamente efficace nel trattamento di questa patologia, perché in grado di rilassare la muscolatura, ridurre di numero e di intensità i Tender points ed attenuare la sintomatologia dolorosa.
Non ultimo, a differenza di altre terapie strumentali, risulta generalmente ben tollerata dal paziente.

NOTE DI **EDUCAZIONE SANITARIA** PER IL PAZIENTE CON PICCOLE URGENZE **ORTOPEDICHE E TRAUMATOLOGICHE**

Ci vuole una maggiore consapevolezza e serenità del paziente con piccoli problemi

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

I nostri ambulatori di Ortopedia e Traumatologia ed il Pronto Soccorso Ortopedico sono molto frequentati, in quanto le problematiche mediche a livello delle tante articolazioni, dei tendini, dei menischi delle strutture ossee e dei muscoli sono ovviamente numerose. Aumentano anche con l'aumentare dell'età media della popolazione e con la relativa richiesta di mantenere benessere ed autonomia, a fronte però dell'insorgere della degenerazione artrosica delle articolazioni, foriera di episodi dolorosi. Tuttavia notiamo che molti degli accessi che registriamo quotidianamente potrebbero essere evitati migliorando l'educazione sanitaria, facendo riferimento quindi ad alcune regole prima di ricorrere allo Specialista, coinvolgendo magari le strutture formative dell'Ulss. Noi cerchiamo di dare un contributo che sia anche uno spunto, per iniziare un miglior percorso assistenziale. Per esempio, per prima cosa è importante un corretto stile di vita, nel senso di controllare l'alimentazione, il sovrappeso, il fare una adeguata e continua attività motoria; ciò può contribuire a rendere l'apparato muscolo scheletrico meno vulnerabile. Inoltre il dolore a livello osteoarticolare e tendineo può essere affrontato mediante l'uso di farmaci antidolorifici-antiinfiammatori associati a gastroprotettori e con il riposo segmentario. Spesso così facendo la situazione locale migliora in pochi giorni, tanto che non vi è bisogno di ricorrere allo Specialista Ortopedico, semmai va rivalutata la figura del Fisiatra e del Fisioterapista. Questo non esclude ovviamente di programmare un check-up ortopedico con tranquillità. Ripetiamo, i fenomeni degenerativi artrosici articolari e le tendinopatie aumentano con l'età e vanno gestiti con serenità e consapevolezza dello stato di salute. Per quanto riguarda invece il capitolo della piccola traumatologia, notiamo che vi è un ricorso spesso abnorme ai nostri Pronto Soccorso, soprattutto da parte di genitori con bambini che non hanno traumi rilevanti, per i quali basterebbe una maggior consapevolezza e una minor preoccupazione; anche in questo caso sarebbe opportuno un periodo di osservazione, riposo, qualche antidolorifico ed eventualmente del ghiaccio applicato localmente. In 2-3 giorni si è sicuramente in grado di capire se vi è qualcosa di rilevante, in questo caso ovviamente ci si deve recare in ospedale.

Quindi le regole semplici e generali sono, sia per la patologia degenerativa che per quella microtraumatica:

- un corretto stile di vita
- l'uso di antidolorifici-antiinfiammatori localmente e per via sistemica, per qualche giorno
- riposo segmentario
- ghiaccio localmente ma non direttamente sulla cute
- non essere mai precipitosi
- differire eventualmente l'accesso allo Specialista Ortopedico

Così facendo crediamo ci sarebbe una maggiore consapevolezza e serenità del paziente con piccoli problemi ed un minor intasamento degli ambulatori e dei Pronto Soccorso, lasciandoli "in primis" ai casi che veramente sono urgenti.

© Can Stock Photo Inc. / luissantos84

ALLA SCOPERTA DEL FITNESS METABOLICO

Si tratta di una disciplina che si pone l'obiettivo di modificare lo stile di vita di soggetti sedentari

di Margherita **Varotto**
Fisioterapista

Negli ultimi anni il concetto di prevenzione in campo sanitario è diventato elemento essenziale al mantenimento dello stato di benessere e salute psicofisica. In merito a questo ci si è accorti dell'importanza dell'esercizio fisico mirato per impedire e/o ritardare la comparsa di segni clinici tipici di una sindrome, che è conseguenza di cattive abitudini alimentari e sociali, dettate dal benessere moderno per cui, se la qualità della vita sembra per alcuni aspetti migliorata, in realtà per altri è peggiorata. Stiamo parlando della sindrome dismetabolica. La sindrome dismetabolica è un insieme di patologie come il diabete mellito di tipo II, sovrappeso ed obesità, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, le quali predispongono a malattie cardiovascolari. L'aumento della spettanza di vita impone attenzione alla qualità della vita. Numerosi studi hanno messo in evidenza come un programma di attività fisica possa ritardare l'insorgere dei fattori di rischio curandoli e riducendoli, monitorandone i risultati. Parlare però di attività fisica è troppo generico: non si può lasciare all'interpretazione soggettiva del termine il compito di provvedere in maniera autonoma alla gestione della propria salute. Da qui nasce la necessità di formare operatori specializzati in fitness metabolico.
Si tratta di una disciplina che si pone l'obiettivo di modificare lo stile di vita dei soggetti sedentari allo scopo di rallentare gli effetti cronico degenerativi della sindrome metabolica. In particolare consiste nell'applicazione di protocolli personalizzati, stilati in collaborazione tra il medico specialista e le figure professionali impegnate nel progetto. Lo specialista raccoglie l'anamnesi metabolica tramite una raccolta di informazioni sullo stile di vita e su alcuni aspetti sanitari; formula una diagnosi ed in seguito a questa verrà steso un programma di attività motoria aerobica di intensità variabile finalizzata alla riduzione dei fattori di rischio e/o alla prevenzione degli stessi in soggetti predisposti. Questa pratica è indicata a tutte le persone che in seguito a condizioni quali vita sedentaria o fattori ereditari predisponenti a malattie cardiovascolari quali l'ipertensione arteriosa, sovrappeso, diabete mellito di tipo II, vogliano intraprendere un percorso che può essere di cura ma anche di prevenzione.

© Can Stock Photo Inc. / pressmaster

Ci può spiegare alcuni esercizi pratici del Fitness Metabolico.
Non sono tanto esercizi pratici per il fitness metabolico ma una attività aerobica che può essere svolta in palestra attrezzata o all'aperto purché sia prescritta e programmata da personale competente e obbligatoriamente monitorata nei valori pressori e nella misurazione della frequenza cardiaca.

Ci sono controindicazioni a questo programma?
Sarà cura del medico prescrivente analizzare le condizioni di idoneità alla partecipazione ad un programma di fitness metabolico e quindi di valutare indicazioni ma anche controindicazioni a tale attività.

Ci sono altre "accortezze" che devono essere collegate al Fitness Metabolico? Se si quali?
Come abbiamo già detto i soggetti vanno costantemente monitorati. Una volta iscritti al corso verranno loro rilevati i valori pressori prima e dopo l'attività fisica; se sono diabetici verrà loro rilevata la glicemia mentre la frequenza cardiaca deve essere monitorata anche durante l'attività fisica.

CONTROLLARE IL **METABOLISMO LOCALE** DEI GRASSI

Con i Centri Human Tecar® si apre una nuova fisioterapia per il benessere ed il recupero della forma.

È sempre più evidente come la sedentarietà, un'alimentazione inadeguata, cattive abitudini quotidiane come l'assunzione in eccesso di alcool, il fumo, l'abuso di farmaci possano compromettere la buona salute dell'individuo e generare problematiche a livello del metabolismo generale; condizione che ha caratterizzato questi ultimi decenni, purtroppo destinata a crescere. Aumentano soprattutto i problemi legati al metabolismo dei grassi, spesso causa dell'istaurarsi di zone caratterizzate da adiposità localizzata per cui il ricorso alla sola dieta o ad altri interventi mirati a ridurre i centimetri solo dove necessario non sono sufficienti per ottenere risultati efficaci e duraturi. Piccoli o grandi accumuli di grasso localizzato sono il frutto di una disfunzione metabolica molto comune che si origina da un disequilibrio, tra il grasso che si accumula e quello che viene smaltito dall'organismo. Il grasso in eccesso a volte se non trattato in tempo crea degli appesantimenti che ostacolano il movimento, condizione che porta nel tempo ad un peggioramento dello stato fisico prima e in seguito della qualità della vita. Compito della moderna fisioterapia è aiutare efficacemente e il più rapidamente possibile chiunque voglia rimettersi in moto e mantenere un'attività fisica costante per contrastare e prevenire gli esiti di una vita sedentaria. Oggi nei Centri di fisioterapia Human Tecar® è possibile usufruire di nuove tecniche in grado di migliorare il metabolismo locale dei grassi: nasce la tecnologia Physio TT, un'innovazione nel campo della fisioterapia che interviene in modo del tutto fisiologico per ripristinare il metabolismo lipidico. Una nuova tecnologia che attraverso l'aumento della temperatura locale agisce sul

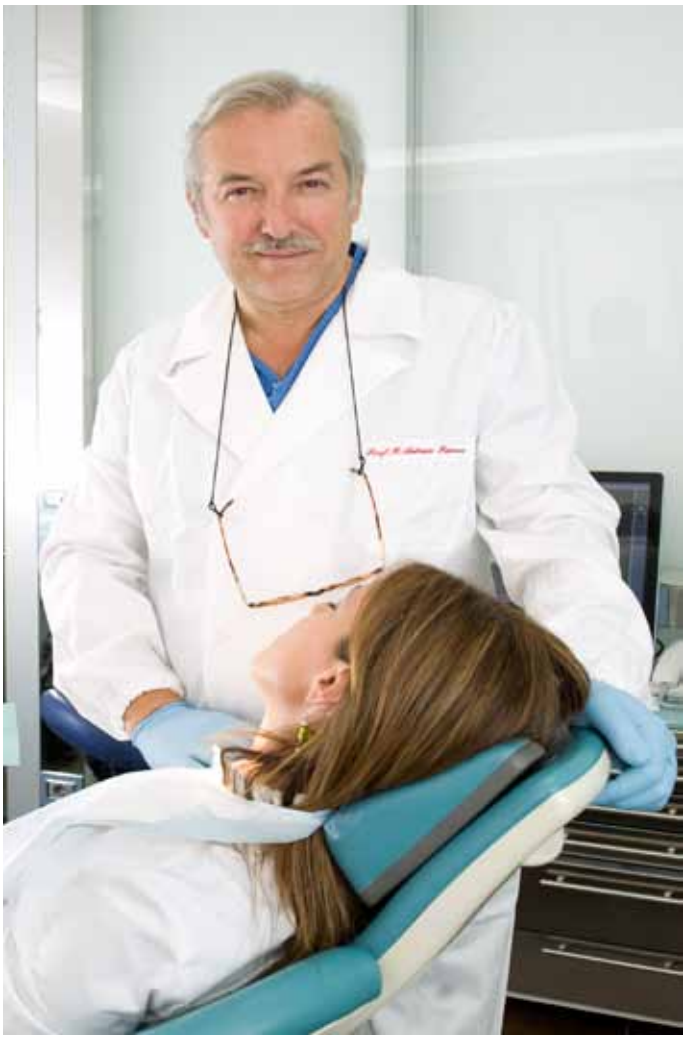
metabolismo dei grassi in eccesso, interviene riducendo i centimetri di troppo dove necessario (pancia, gambe, cosce, glutei, doppio mento) e contribuisce a riattivare il metabolismo generale dell'organismo.
La fisioterapia di Human Tecar® interviene direttamente sull'accumulo localizzato dei lipidi riattivandolo e ripristina l'equilibrio che si è alterato nel tempo. Solo così riportando i meccanismi fisiologici ad una perfetta attività funzionale, si possono ottenere risultati visibili fin dalla prima seduta e duraturi nel tempo. Il principio su cui si basa il trattamento Physio TT, semplice e del tutto fisiologico, è quello di offrire una spinta reattiva al metabolismo lipidico, laddove rallentato, riportando le aree colpite da adiposità, caratterizzate da temperature "fredde" di 32/33°C, a 37/38°C. Il raggiungimento della temperatura fisiologica consente la riattivazione degli enzimi lipolitici che riprendono la loro attività di trasformazione dei trigliceridi accumulati in molecole facilmente utilizzabili dall'organismo: glicerolo e acidi grassi. Il corpo reagisce con lo smaltimento progressivo degli accumuli adiposi specificatamente nelle aree trattate, riprende la microcircolazione emolinfatica particolarmente compromessa e con essa un migliore nutrimento e trofismo cutaneo. Si riattiva anche lo smaltimento di liquidi e tossine accumulate. Progressivamente tutto il sistema si riattiva. Si recupera una nuova forma fisica riducendo quelle aree specifiche che appesantiscono l'organismo e si ritrovano le condizioni ideali per affrontare il movimento, a vantaggio di un vero stato di benessere.
Physio TT è una tecnologia adottata esclusivamente nei centri Human Tecar® in grado di riattivare rapidamente questo processo attraverso un'azione che rappresenta l'unica soluzione possibile per trattare in modo efficace, fisiologico e duraturo una problematica fisica molto comune, mantenendo il metabolismo generale in continua attività. Un punto di partenza per tutti coloro che vogliono prevenire problematiche metaboliche legate al malfunzionamento del metabolismo dei grassi o per chi vuole trattare un disturbo già evidente, migliorare la propria condizione fisica e ritrovare benessere ogni giorno.

Il dettaglio della cabina di un Centro Human Tecar® dove potersi sottoporre a dei trattamenti per intervenire sull'adipe localizzato

I CONTINUI PROGRESSI DELL'**ODONTOIATRIA ESTETICA**

Si tratta di pratiche per correggere imperfezioni e asimmetrie nei denti, imprecisioni nella forma, differenze di colore o macchie

di Gian Antonio **Favero**
Direttore Clinica Odontoiatrica
Universitaria di Padova,
*Testo raccolto da Alberto **Salmaso***



Guardarsi allo specchio e vedere un sorriso naturale e luminoso, senza imperfezioni di colore o forma dei denti; parlare con le persone e mostrare la propria serenità... il piacere di volersi bene ed essere in armonia con se stessi.
Sono desideri che ognuno di noi vorrebbe realizzati. Non un sorriso hollywodiano dai denti bianchissimi e innaturali, ma delicato e semplice.
I trattamenti sbiancanti fai da te, o stressanti sedute di sbiancamento dal dentista, hanno solo risultati negativi se fatti senza criterio.
Al giorno d'oggi l'odontoiatria non si limita ai trattamenti curativi e di prevenzione tradizionali, infatti ha abbracciato e si sta sempre più specializzando anche nella sfera estetica della persona con metodiche terapeutiche indolore e pratiche per correggere imperfezioni e asimmetrie dei denti, imprecisioni nella forma, differenze di colore o macchie bianche da ipoplasia da difetti dello smalto, piccoli diastemi negli incisivi centrali o superfici frontali danneggiate da traumi o fratture.
Si è sviluppata la cosidetta Odontoiatria Estetica. I trattamenti sono di provenienza americana e utilizzano le "Lumineers", faccette in ceramica integrale. A differenza delle classiche faccette standard, già pronte e applicate durante una seduta dal dentista, le faccette in ceramica vengono ricavate da un'impronta presa direttamente dalla bocca del paziente e create in laboratorio specializzati.
Sono pertanto personalizzate sui denti del paziente e hanno la caratteristica di essere molto sottili quanto una lenta a contatto e di avere una tenuta permanente grazie ai particolari materiali utilizzati per il loro fissaggio sulla superficie del dente interessata, tanto da poterle garantire decenni.
Il trattamento di applicazione non prevede la limatura della superficie dello smalto dentale per preparare lo spazio per la faccetta - come avveniva negli anni precedenti - non c'è infatti nessun sacrificio in quanto, tramite un collante specifico, le Lumineers vengono posizionate stabilmente sulla superficie dentale.
Si possono così correggere piccole imperfezioni o discromie senza bisogno di anestesia ottenendo un sorriso studiato su misura, per la situazione e il viso, di ogni paziente.
L'odontoiatria si evolve venendo incontro alle esigenze dei pazienti cercando il massimo comfort e garanzia di risultato, abbandonando così l'idea del dentista come fonte di ansia e preoccupazione.

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

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

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

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

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

Europe Service sas si avvale di personale tecnico altamente specializzato e costantemente aggiornato a mezzo di appositi corsi professionali, oltre alle conoscenze acquisite sul campo da anni di esperienza.
I tecnici sono quindi in grado di intervenire con successo su varie tipologie di apparecchiature quali:
> ECG, spirometri, apparecchi per elettroterapie, laser, magneto terapia, onde corte, ipertermia, radar terapia, tecar terapia, ultrasuono terapia, misuratori automatici non invasivi della pressione, defibrillatori, ecc.

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

La nostra Società svolge i seguenti servizi:
> Manutenzione ordinaria di apparecchiature elettromedicali con contratti secondo normativa CEI EN 62353 e straordinaria per la semplice riparazione e certificazione anche di poche unità.
> Verifiche di Sicurezza elettrica **(Norma CEI EN 62353)**.
> Gestione informatizzata delle apparecchiature tramite software, siamo in grado di storicizzare tutti gli interventi sulle apparecchiature e scadenzare le verifiche di sicurezza elettriche, avvertendo il Cliente su quali apparecchiature siano bisognose della Certificazione secondo la normativa in vigore.
> Consulenza tecnica su acquisizione di nuove apparecchiature elettromedicali. Gestione globale del parco apparecchiature, revisioni e collaudi, trasferimento di apparecchiature, ricondizionamento di apparecchiature usate.
> Attività di vendita nel sanitario in genere: materiale monouso da fisioterapia. Arredo di ambulatori in genere, elettromediacali (fisioterapia, cardiologia, medicina del lavoro e dello sport).
> Certificazioni scaricabili on-line dal nostro sito.

europe service

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

I QUATTRO PRINCIPI BASE DELLA **COMUNICAZIONE EFFICACE**

Il come diciamo le cose prevale sul loro significato

di Giampietro **Vecchiato**
Consigliere Nazionale FERPI - Federazione Relazioni Pubbliche Italiana

Paul Watzlawich nella sua opera fondamentale sulla comunicazione ("Pragmatica della comunicazione umana" scritto con J. H. Beavin e D. D. Jackson, Astrolabio) e punto di riferimento per quanti si occupano di comunicazione interpersonale, afferma che "non è possibile non comunicare" e che qualsiasi tipo di comportamento, compresa l'assenza di comunicazione verbale, debba essere definita come "comunicazione". La comunicazione a tutti i livelli sta diventando sempre più importante nel determinare/condizionare l'efficacia dei comportamenti umani ed il successo delle imprese/organizzazioni. Quando si affrontano questi argomenti una domanda sorge spontanea: la capacità di comunicare con efficacia è un abilità innata o si può apprendere? Sono vere entrambe le affermazioni. Una buona predisposizione aiuta, ma senza una seria preparazione corriamo gravi rischi di creare ambiguità, incomprensioni, malintesi. In qualche caso una comunicazione, anche involontaria, poco chiara e coerente, può addirittura sfociare in un conflitto o creare risentimento. Quali sono dunque gli elementi fondamentali, i principi di base di una comunicazione efficace? Sono quattro.

Il primo: non si può non comunicare.

Il secondo: non so quello che ho realmente detto finché non avrò ricevuto il messaggio di ritorno (feedback). L'efficacia di un messaggio comunicativo si misura quindi alla fine: quello che ho trasmesso, in altre parole, è "quello che l'altro ha capito".

Il terzo: ogni comunicazione, ogni messaggio unidirezionale è fatto di due elementi. Da una parte, il contenuto (il cosa), dall'altra, la relazione (il come). Ed è quest'ultimo a definire, a condizionare il primo. Il contenuto viene trasmesso attraverso il linguaggio verbale; la relazione invece si costruisce attraverso i segnali non verbali. Ne discende che il contenuto sarà compreso, in modo chiaro e preciso, se la dinamica relazionale sarà positiva. Pertanto gli elementi da tenere sempre sotto controllo nello scambio comunicativo sono gli aspetti relazionali: il "come" diciamo le cose, prevale sul loro significato.

Il quarto. Le persone comunicano sia per mezzo delle parole sia attraverso il corpo ed in particolare: il tono della voce, la gestualità, la postura, la mimica, l'atteggiamento, la vicinanza/distanza.

Possiamo quindi affermare che un messaggio verbale può essere confermato o smentito dal modo in cui avviene la comunicazione. Sicuramente un'eventuale dissonanza tra contenuto e relazione crea ambiguità nel ricevente e disturba la trasmissione prima e la ricezione poi, del messaggio. Se i segnali verbali e quelli non verbali sono tra loro incongruenti nel ricevente prevarrà sempre l'elemento non verbale. Un bravo comunicatore non è quindi tale solamente per "quello che dice" ma anche per "come lo dice", per la forza della sua comunicazione globale. Si tratta di elementi che ogni professionista può apprendere o migliorare con l'auto-osservazione, l'auto-analisi e con l'esercizio. Il nostro corpo quindi, "parla", che lo vogliamo oppure no. Abituarsi a leggere e a capire i nostri e gli altrui messaggi non verbali ci aiuterà a migliorare la nostra comunicazione e renderà più efficace l'intero processo comunicativo.

© Can Stock Photo Inc. / Klementiev

LA FELICITÀ È IN UNA VITA **SEMPLICE**

Consigliato a chi ama gli animali e soprattutto a chi non li ama

di Maria Stella **Zaia**

Ho avuto modo di leggere il libro "La felicità è in una vita semplice", Antilia Edizione, la voce narrante è quella di due cani di nome Peter e Anouk di razza Schnauzer neri che dividono la propria vita con un essere umano. Insieme costituiscono una famiglia o meglio un branco, in realtà sono un insieme coeso e felice dove l'amore, la fedeltà, il calore e l'accoglienza sono proverbiali. Non è solo un libro che ben si adatta ai bambini, ma è pieno di spunti di riflessione per tutti, non solo per chi ama gli animali, ma anche e forse soprattutto per quanti non li amano, rivelando una grande verità, i cani danno amore incondizionatamente, vivono per il proprio padrone, o meglio per il proprio capobranco in un rapporto completamente scevro da qualsiasi forma di egoismo, accontentandosi di quello che l'essere umano può dare nel bene e nel male.
La narrazione si srotola in spaccati di vita, dove nella quotidianità è insito il progetto di un nuovo stile, tutti i componenti uomini o cani che siano, hanno pari dignità, le singole esigenze sono imparzialmente recepite lasciando che l'intima natura dell'individuo si manifesti e si esalti per dare il meglio alla propria comunità. Il libro potrebbe essere uno spunto di riflessione per cambiare la società, questa migliorerebbe se tutti fossero messi in grado di essere rispettati per le proprie peculiarità. Il mio branco, ad esempio, è costituito da due esseri umani e quattro cani che nel corso degli anni il destino ha voluto regalarmi, mi hanno portato amore, felicità e consolazione, auguro a tutti di poter ricevere quello che io ho ricevuto dai mie meravigliosi compagni di vita.
Il momento più toccante della narrazione è secondo me raggiunto nella filastrocca posta alla fine del libro che per titolo ha "vogliamo essere solo cani, non cani soli" che fra le altre cose parla della breve spettanza di vita dei cani, e al di là dell'angoscia che suscita in ogni padrone di cane pensare alla dipartita del suo compagno, lancia un sogno che la morte non è un addio ma un arrivederci, infatti per ogni essere umano ci sarà la fine della vita, ma sarà proprio allora che si apriranno le porte di un luogo, un paradiso dove per l'eternità cani e uomini potranno giocare, correre, essere felici e coccolarsi per sempre.
Lo stile a mio parere è molto semplice e diretto al di fuori degli schemi narrativi usuali, per tutti gli spiriti soprattutto quelli innocenti ed istintivi.

> *Il libro potrebbe benissimo essere uno spunto di riflessione per cambiare la società*

tipolito MODERNA industria grafica

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

L'angelo di fuoco
di Paolo Baruffaldi

In anteprima per NES i nuovi lavori dell'artista veneziano che apre uno studio nella campagna clodiense

di Ines **Brentan**

L'angelo "profano" di Paolo Baruffaldi si trasforma in un angelo "di fuoco" e abbandona la forma statica muovendo i suoi primi passi di danza sulle note del celebre balletto "L'uccello di fuoco" di Stravinskij, complice inconsapevole forse anche il grande manifesto di Roberto Bolle per il recente Gran Galà della danza a Verona. Baruffaldi ha abbandonato l'iconografia classica dell'angelo sacro da una decina di anni. Da allora abbiamo assistito ad una continua evoluzione della figura dell'angelo che, da Essere spirituale, ha ceduto al fascino della carne assomigliando sempre di più ad un uomo. E come tale non è asessuato ed è coperto solo da una leggera, quasi impalpabile, veste bianca. Dopo aver perso l'aureola, si spoglia mostrando in bella vista addominali scolpiti e bicipiti prestanti. In quanto umano scopre la bellezza e ne viene sedotto. Dopo essersi ammirato per lungo tempo allo specchio in posizione plastica (questa è la sensazione che si prova osservando alcune acqueforti-acquetinte dove l'angelo "profano" è sempre in posa), si accorge ad un tratto di non essere più solo al mondo e che le ali (l'unico elemento "sacro" che non ha ancora perso) non sono uno strumento utile solo per alzarsi in volo, ma valide complici nella danza.

"Per quanto mi riguarda – ha spiegato l'artista - il tema che affronto in prima battuta, si ispira al danzatore attualmente più in voga, Roberto Bolle, ma nelle immagini, altri angeli sono ispirati ad altri nomi della danza che però restano sullo sfondo. Ciò che più conta è la trasformazione dell'angelo in un movimento di danza, che dovrebbe ancor più mostrare la perdita del carattere "religioso" o mistico dell'angelo (angeli "profani") e assumere connotazioni moderne e sicuramente collegate a virtù terrene, quali l'agilità, la prestanza; la fisicità insomma al posto della spiritualità, anche se per me la fisicità perfetta è una forma di spiritualità, perché non ci può essere "peccato" in una forma pura e perfetta". Le due figure alate che danzano (vedi le foto), sono i primi angeli danzanti di questa nuova serie di Paolo Baruffaldi che escono, non a caso, dal nuovo laboratorio-studio di Valli di Chioggia, nel veneziano, in via Sedici Laghi 81/A (a Venezia espone nella Galleria BAC Art Studio) . "L'uccello di fuoco – ha aggiunto - riemerge come l'araba fenice dalle sue stesse ceneri, così questi angeli, perduta magari l'innocenza arcaica, rinascono più belli e più seducenti di prima, mostrandosi nello splendore dei movimenti di danza. Anche la mia arte incisoria rinasce dopo alcuni anni di inattività forzata, ma in un certo senso voluta e auspicata, come segno di interruzione, di cesura, dopo le difficoltà, i dolori e le intemperanze del destino".

3B IMPIANTI srl

I NOSTRI SETTORI

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

DI COSA CI OCCUPIAMO

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

SETTORI ATTIVI

pubblico, civile, industriale, commerciale, terziario in genere

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

ISO 9001

CQOP SOA
Costruttori Qualificati Opere Pubbliche

I **giovani** e il **sesso**
Tra consapevolezza e fatalismo

A parole le nuove generazioni sono più informate e preparate.
Ma nei fatti prevalgono condotte a rischio. Leggi tutte le puntate su Nes online

Una ragazza su sei ha già avuto rapporti sessuali prima dei 14 anni

Dati precisi non ce ne sono. E non esiste un'anagrafe della prima volta. Quello che è certo è che il primo rapporto sessuale avviene sempre più precocemente. Alcuni dati attendibili vengono da "Scegli tu", il programma sulla sessualità consapevole promosso dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO). Secondo questa indagine, a 14 anni, una ragazza su 6 ha già fatto l'amore, mentre la prima volta avviene tra i 15 e i 18 anni per 6 ragazze su 10. Poco più della metà di loro (il 55%) sceglie un partner più esperto (il che vuol dire che l'età media per i ragazzi è un po' più alta) e si protegge con il preservativo. Tradotto, vuol dire che c'è una grossa percentuale di coppie che non adotta comportamenti sicuri: secondo l'indagine, il 17% non usa nessun genere di protezione, mentre il 20% si "fida" del coito interrotto. Una condotta "a rischio", alla luce di un altro dato che emerge dallo studio: in giovanissima età cambio del partner è frequente: il 43% delle intervistate ne ha già avuti 4 dopo il primo. Esiste ancora un schiera di giovanissime che considera la verginità un valore: sono il 28%. Chi "attende" lo fa perché non si sente pronta (38%), perché non ha ancora incontrato il "ragazzo giusto" (29%) o perché contraria ai rapporti prematrimoniali (19%).

© Can Stock Photo Inc. / iMarin

Esiste un'età "giusta" per la prima volta?

La prima volta non si scorda mai, questo è risaputo. Ma quando accade? Anche stavolta non ci siamo accontentati solo dei dati generici e siamo andati a chiederlo direttamente ad alcuni giovani. Nonostante la timidezza iniziale nel parlarne, abbiamo scoperto che l'età è molto variabile. C'è chi attende "quello giusto" per compiere il grande passo e chi, invece, non si è "perso d'animo". "E' successo presto, forse troppo", racconta una ragazza che adesso ha 24 anni. "Avevo appena compiuto 15 anni, ma lui era più grande di me ed io mi sentivo innamorata. A posteriori un po' me ne pento, non avevo ancora una piena consapevolezza sessuale, avrei dovuto aspettare di avere un po' più di maturità".
"Avevo 16 anni – spiega un'altra ragazza ora diciannovenne – e mi sentivo "pronta" per un passo del genere. Poi stavo con il mio ragazzo da un anno e le mie amiche erano già decisamente più esperte di me, mi sentivo quasi indietro rispetto a loro". Il confronto con i coetanei incide sull'età della prima volta anche per un altro ragazzo, ora ventenne: "A 18 anni se non l'hai ancora "fatto" ti senti uno sfigato. I miei amici già si vantavano delle loro prodezze sessuali ed io, che all'epoca non avevo uno straccio di ragazza, mi sentivo veramente indietro, pensavo di essere "anormale". Mi ero riproposto di avere la mia prima esperienza sessuale prima della fine del liceo e così in effetti è stato: la mia prima volta è successa poco prima degli esami della maturità". L'età giusta pare essere i 18 anni anche per un'altra ragazza, che adesso di anni ne ha 23 anni: "La prima volta risale all'ultimo anno delle superiori. Credo che sia l'età adatta per avere i primi rapporti sessuali perché si è raggiunta una certa consapevolezza del proprio corpo e dei rischi che si possono incorrere". C'è, poi, chi ancora aspetta il momento, o meglio, la "persona

© Can Stock Photo Inc. / 4774344sean

Sesso sicuro. Ma solo a parole.

I dati dicono tutt'altro. Oltre la metà dei ragazzi italiani – secondo un sondaggio che ha coinvolto 1000 ragazzi intervistati dal vivo a Milano, Roma e Napoli e che hanno risposto nel sito www.sceglitu.it - ignora le regole basilari della sessualità consapevole: il 51% ritiene la doppia protezione (pillola e preservativo) inutile, o addirittura di ostacolo al rapporto. E ancora, il 71% si crede al riparo dalle malattie sessualmente trasmissibili solo perché si fida del partner. Il 28% adotta meno precauzioni dopo la "prima volta" (come se tutti i rischi fossero concentrati in quel momento) e più della metà (il 54%) si affida alla contraccezione di emergenza (e il 59% al coito interrotto.Secondo gli esperti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, "i giovani sono pieni di false convinzioni. Il 27% crede che la pillola sia adatta solo alle maggiorenni, il 23% pensa che la visita ginecologica sia impossibile per una ragazza vergine. Noi riteniamo che coinvolgerli, maschi e femmine, sia determinante per promuovere una vera e propria "alfabetizzazione" alla salute e alla promozione di stili di vita corretti, anche in campo riproduttivo e sessuale".

giusta", come una ragazza di ventidue anni: "Non ho ancora trovato un ragazzo con cui affrontare un passo così importante e non me ne vergogno, anche se tutte le mie amiche sono ormai delle veterane, in materia". Anche un ragazzo di 28 anni, ha aspettato a lungo: "La mia prima volta è avvenuta l'anno scorso, con quella che è la mia fidanzata storica. Prima di lei non ho avuto delle relazioni stabili". La prima volta risale a 17 anni per un altro ragazzo, ora venticinquenne: "E' successo con una mia compagna di scuola, ci piacevamo ed eravamo curiosi di sperimentare. Ma quella che considero la mia vera "prima volta" è stata quella successiva, con la mia ragazza". Conclude, infine, un ragazzo, ora trentenne: "Avevo 21 anni quando ho avuto il mio primo rapporto sessuale, ma non ho mai fatto caso all'età. Non esiste, infatti, un'età giusta o sbagliata, secondo me, ma piuttosto la "persona giusta" e soprattutto il "momento giusto".

I giovani e le precauzioni

"Assolutamente sì", esordisce una ragazza di 23 anni. "Non mi è mai capitato di avere rapporti non protetti, nemmeno con il mio fidanzato storico. Attualmente prendo la pillola, ma i primi tempi usavamo il preservativo". Categorica anche un'altra ragazza, di ventidue anni: "Se lui non ha un preservativo con sé, allora non si fa niente". "Porto sempre almeno un preservativo con me" racconta sereno un ragazzo di 27 anni, " non si sa mai e non voglio trovarmi impreparato". Lo stesso confessa un ragazzo di venticinque: "Tengo in macchina una scatola di preservativi perché possono sempre servire, se mi capita l'occasione voglio affrontarla con sicurezza". "Da quando sto con il mio ragazzo prendo la pillola – dice una ragazza di 24 anni – e mi basta: di lui mi fido, so che non ha malattie sessualmente trasmissibili". "La mia ragazza prende la pillola con regolarità, quindi io non mi preoccupo della questione", taglia corto un ragazzo di venticinque anni. Più ligio un ragazzo di vent'anni: "Sono un ragazzo ansioso, quindi uso il preservativo anche se la mia ragazza prende la pillola: non perché abbia paura di malattie, ma perché è meglio una doppia protezione che una". "Anni fa ho avuto un rapporto sessuale non protetto e la paura è stata tanta. Da quella volta ho giurato che non avrei l'avrei più fatto senza protezione!", dice una ragazza di 26 anni. "Ho diciannove anni e mi sembra un po' presto per diventare padre... Con la mia ragazza prendiamo sempre le dovute precauzioni". Conclude un ragazzo di 30 anni: "Ce n'è per tutti i gusti, perfino alla frutta... perché non usare il preservativo?".

© Can Stock Photo Inc. / Klementiev

© Can Stock Photo Inc. / vepar5

Italia, amore mio

La "generazione in fuga" che si re-innamora del Belpaese

di Margherita **De Nadai**

Non serve spulciare le statistiche per definire quella dei 20-30enni una "generazione in fuga". In fuga da cosa? Beh, da tante cose. Dalla disoccupazione, dal precariato, dall'incertezza… Ma soprattutto dal proprio Paese, quello che un tempo veniva soprannominato il "Belpaese"! Un paese che forse non appare più tanto bello agli occhi dei giovani. Se quest'estate volessi farmi il giro dell'Europa, potrei benissimo risparmiare sull'alloggio dato che, più o meno in ogni stato, ho qualche amico italiano all'estero per lavoro o ricerca disposto ad ospitarmi. Eppure, tutti i miei amici – e sottolineo tutti – una volta "espatriati" poi rimpiangono l'Italia. E molti ritornano a casa. Ogni volta che apro Facebook o Twitter, mi diverto a leggere gli aggiornamenti di quelli che io chiamo "i miei inviati in tutta Europa", come se i Social Networks fossero una personalissima agenzia di stampa internazionale. Una delle mie più care amiche - che sta svolgendo uno stage in Germania - un giorno sì ed uno no rimpiange l'Italia, gli italiani e soprattutto il cibo: "Qui il cibo, anche se spacciato per italiano, non sa da niente!". Mentre qui siamo già in t-shirt, da Dublino un amico scrive che là piove sempre e che sembra di essere a gennaio, e ancora, un'amica infermiera "twitta" che gli ospedali irlandesi sono peggio di quelli italiani. Un'amica che studia a Londra critica la scarsità di humor degli inglesi e rimpiange la solarità tipica degli italiani; un amico dall'Olanda scrive che Amsterdam è sporchissima, molto più delle nostre città. La frase che unisce tutti i miei amici migrati? "Non vedo l'ora di tornare a casa!". Insomma, tutti i miei amici, passata l'euforia dei primi giorni da "turisti alla scoperta", si re-innamorano dell'Italia, giurandole fedeltà eterna. Mi viene spontaneo allora chiedermi: ma è necessario sperimentare per un po' la vita fuori confine per renderci conto di quanto sia veramente bello il nostro Paese? Forse ci soffermiamo troppo sugli aspetti negativi (per carità, oggettivi, purtroppo!) e tendiamo a dimenticarci gli aspetti positivi che la nostra terra offre e che tutto il mondo ci invidia: l'arte, la cultura, il cibo, la letteratura, il (da noi tanto criticato) sistema sanitario, il clima mite e assolato, la socievolezza e la simpatia tipica degli italiani, il buon gusto e l'eleganza, la moda, il paesaggio (dal mare ai monti, dalla pianura alle dolci colline), la storia, i grandi personaggi. L'Italia è davvero un "Bel Paese", ma troppo spesso ce ne scordiamo, ce ne lamentiamo e preferiamo voltarle le spalle. Io, che l'estero l'ho visto solo come turista, mi innamoro dell'Italia quotidianamente, ogni volta che esco di casa anche solo per andare al supermercato, ogni volta che mi siedo a tavola e mangio la pizza o un bel piatto di pastasciutta, ogni volta che passeggio in un centro storico e mi godo gli edifici medievali e rinascimentali, ogni volta che vado a passeggiare in montagna o sui colli o a fare il bagno in mare (ecco, magari non a Sottomarina…) e sì, ogni volta che apro un libro di qualche nostro grande letterato. Ma soprattutto, mi innamoro dell'Italia ogni volta che parlo, perché ve lo confesso, la cosa che amo di più del mio Paese è proprio la lingua, alla quale non potrei mai rinunciare: l'italiano è la mia vita. Quindi, Italia mia, non deluderci. Non deludere noi giovani che tanto ti critichiamo e ti rifuggiamo: in realtà tanto ti amiamo e il nostro è l'atteggiamento tipico di ogni innamorato respinto e un po' deluso che si rispetti.

Lo **sformato** di piselli

Un piatto gustoso da servire tiepido o freddo

© Can Stock Photo Inc. / marilyna

di Maria Stella **Zaia**

In questa stagione uno degli ortaggi che primeggiano per quantità e bontà sono i piselli. Oggi vi passo lo Sformato di Piselli, ricetta che ho più volte sperimentato con ottimi risultati. Questa ricetta ha le dosi per sei persone.

Ingredienti:
600 gr. di Piselli appena sgranati (d'inverno possono essere usati anche quelli surgelati)
100 gr di Grana Padano
3 Uova intere
250 ml. di Besciamella (una tazza piena)
100 gr. di Prosciutto Cotto
Pane Grattugiato quanto basta
Burro quanto basta
1 Cipolla
1 ciuffo di Prezzemolo
1 bicchiere di Brodo di Carne o Vegetale oppure acqua calda
Sale e Pepe quanto basta

Far appassire la cipolla senza che colori, quindi unire i piselli e farli andare per 3 - 4 minuti rigirandoli spesso. Aggiungere il bicchiere di acqua o brodo, aggiustare di sale e pepe e far evaporare tutto il liquido sino a cottura ultimata. A questo punto mettere un cucchiaio di prezzemolo preferibilmente appena tritato. A questo punto frullare metà dei piselli mentre bisogna mettere da parte il resto. Tagliare a dadini il prosciutto cotto, prendere una ciotola e sbattere molto bene 2 tuorli d'uovo ed uno intero mentre tenere da parte i due bianchi d'uovo.
Aggiungere quindi al composto il Grana Padano grattugiato e il prosciutto a dadini, i piselli frullati, i piselli interi e una tazza di besciamella (precedentemente preparata e fatta raffreddare). Amalgamare quindi bene il tutto ed aggiungere i bianchi d'uovo montati a neve ferma.
Imburrare una teglia da forno e cospargerla di pane grattugiato, aggiungere il composto preparato e cuocere a "bagno maria" con il forno a 170 gradi per 50 minuti.
Alla fine del tempo spegnere il forno, lasciare lo sformato dentro per altri 5 minuti quindi servire il nostro sformato tiepido o freddo.
E buon appetito!

Senza **alcol**

Il vino è uno dei prodotti di cui dobbiamo andare fieri nel mondo, ma ubriacarsi vuol dire solo farsi del male

di Antonella **Prigioni**

Mangio poco, bevo meno, anzi sono astemia. Una parola che, a più di qualcuno, fa venire l'orticaria, specialmente se a dichiararlo è una donna ad un uomo che sta per versargli, con tutta la marpionica galanteria del caso, del nettare di bacco in un baloon che è sacrilego riempire di un chiaro e fresco zampillo d'acqua. Vedi che l'uomo, rimane con il braccio quasi paralizzato con la bottiglia sospesa in aria, in volto il sorriso da conquistatore si trasforma in ghigno satanico e un senso di diffidenza lo pervade in ogni parte del corpo. Mi è capitato spesso e non è proprio piacevole, verrebbe voglia di prendere il calice con la spremuta d'uva d'annata, con relativa prosopopea di mescita e gettarla in faccia al superficiale estimatore di signora che rifiuta l'alcol. Non sono un'integralista, la mia non è una crociata contro tutto quello che contiene grado alcolico, semplicemente non mi piace, mi provoca mal di testa e ammetto disturba il mio olfatto. Intere confraternite di sommelier, produttori di vino e appassionati di una bevanda che è una delizia, per molti uno dei piaceri irrinunciabili della vita, mi metteranno all'indice. Ma non è questo il punto. Non sono la persona più indicata per un'elegia all'oinos italico, ma riconosco che è uno dei prodotti per cui dobbiamo andare fieri nel mondo. Il vino è cultura, oltre che pil, ma può essere un pericolo, come la birra e i superalcolici. Ubriacarsi è abusare di queste sostanze, è farsi del male, è non saperne cogliere il piacere fino in fondo. È alterare il proprio stato, è sballare. Rattrista vedere come spesso il vino, la birra, i superalcolici siano trattati dai giovanissimi alla stregua di droghe e si dimenticano, un sorso convulso dopo l'altro, che possono provocare la stessa viziosa dipendenza. Il sociologo Sabino Acquaviva dice che gli astemi sono moderni e progressisti, perché hanno saputo affrancarsi dal legame con il passato, esemplificato dal bere il vino. E se i giovani sono la vera modernità, potrebbero convincersi che per esistere non devono avere per forza uno spritz in mano. E gli adulti, a ruota, dare il buon esempio, affogare nei fumi dell'alcol non risolve i problemi, li rinvia solo di qualche ora.

© Can Stock Photo Inc. / pmakin

DYN'ART.it

... dopo la Hilterapia®

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

ASA LASER
Research and Therapeutic Solutions

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

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

CHIEDI AL TUO SPECIALISTA E RIVOLGITI A UN CENTRO SPECIALIZZATO HILTERAPIA® **www.hilterapia.it**

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

AXA MPS
ridefiniamo
la protezione in banca

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

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

ANTONVENETA
GRUPPOMONTEPASCHI
www.antonveneta.it

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