PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **6**, numero **3**
Maggio - Giugno 2013
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

www.nordestsanita.it

FOCUS

OLTRE IL MURO DELLA DISABILITÀ

MINIFOCUS

LA CURA DEGLI OCCHI DURANTE L'ESTATE

SPECIALE

TAVOLA ROTONDA SUL FUTURO DELLA SANITÀ AMBULATORIALE

quando il gioco diventa una malattia

pittarello.com

PITTARELLO

Questione di cuore.

ad comunicazione

Alberto Buzzanca photographer

NES - Nord Est Sanità - Anno 6 - numero 3 - **maggio - giugno 2013**

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

La vignetta
Dottor Nessi 5

Editoriale
I giocatori, ostaggi di una disperazione 7

L'intervento
Una solitudine ricca di umanità 9

Primo piano: il gioco d'azzardo patologico
Ludopatia, quando il gioco diventa una malattia 10
I soldi spesi per il gioco? Più di una manovra del governo 14
Dalla schedina del totocalcio ai videopoker 18
In Italia 3 milioni di giocatori a rischio patologia 20
E' nato l'Osservatorio sui rischi di dipendenza dal gioco 21
«Basta alle slot» 22
Le slot machine? In funzione dalle 8 del mattino... 24
Come si cura il gioco d'azzardo patologico 25
Giocatori anonimi 26
Gioco d'azzardo, non c'è emergenza criminale 28
Gli onesti giocano, i disonesti rubano 29

Focus: oltre il muro della disabilità
L'Italia fanalino di coda per le risorse destinate ai disabili 30
Domiciliarità, disabili e non autosufficienti in salvo 32
Non siamo tutti uguali. Ma dobbiamo ridurre al massimo il gap 33
L'Italia è il primo Paese a legiferare sulla disabilità 34
Quei posti irraggiungibili per colpa di uno scalino 35
E grazie a Pietro tanti giovani vanno «oltre il muro» 38
Il distretto sociosanitario e i servizi a misura di disabile 39

Tavola rotonda: il futuro della sanità ambulatoriale
Quale futuro per la sanità ambulatoriale 41
Perché un progetto mutualistico dell'ambulatorialità privata 42
Fare rete tra imprese 44
La sanità convenzionata ha bisogno della programmazione regionale 46

Minifocus: la cura degli occhi
La cura e la salvaguardia degli occhi durante l'estate 48
Occhiali da sole quali utilizzare 51

Politica sanitaria
Se non cambiamo, la sanità è destinata al declino 52
Botta e risposta sulle schede ospedaliere 53

Viaggio nelle Asl
La Ulss 13 sarà al centro di una rete complessa di ospedali 54

Focus: la malattia di Parkinson
La musica e la danza nella riabilitazione della malattia di Parkinson 56
Malattia di Parkinson, l'importanza del lavoro in team 59

Rubriche
Il ruolo della TC nella calcolosi urinaria 64
Il sole e la cute 66
La marcia delle allergie si può arrestare 67
Il cromo esavalente nelle galvaniche 68
Gestione dell'incontinenza urinaria post prostatectomia radicale 69

Attualità
La sfida dell'ascolto 75
La traversata dello Stretto di Messina 76
Le avventure dello Spirito 78
Il genio ribelle della Belle Epoque 79
Hvala, Sarajevo! 80
Mezze maniche con fave fresche 81
Attenti al lupo 82

Gerenza

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

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

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

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

Progetto grafico e impaginazione
Giuliano Gargano

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

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

Hanno collaborato a questo numero
Cristina Chinello, Margherita De Nadai, Giuliano Gargano, Raffaele Rosa, Davide Zanella

Fotografie
Francesca Bottazzin
L'immagine di copertina è © Can Stock Photo Inc. / monkeybusiness

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 29 maggio 2013

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.

FEASR

REGIONE DEL VENETO

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

Meglio fidarsi di chi ha una storia antica.

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

GRANA PADANO

Consorzio Tutela Grana Padano

Grana Padano DOP, tutta un'altra storia.

I formaggi veneti: tradizione, qualità e sicurezza.

ASIAGO FORMAGGIO D.O.P.

MONTASIO

Provolone Valpadana

formaggio piave D.O.P.

CASATELLA D.O.P. TREVIGIANA

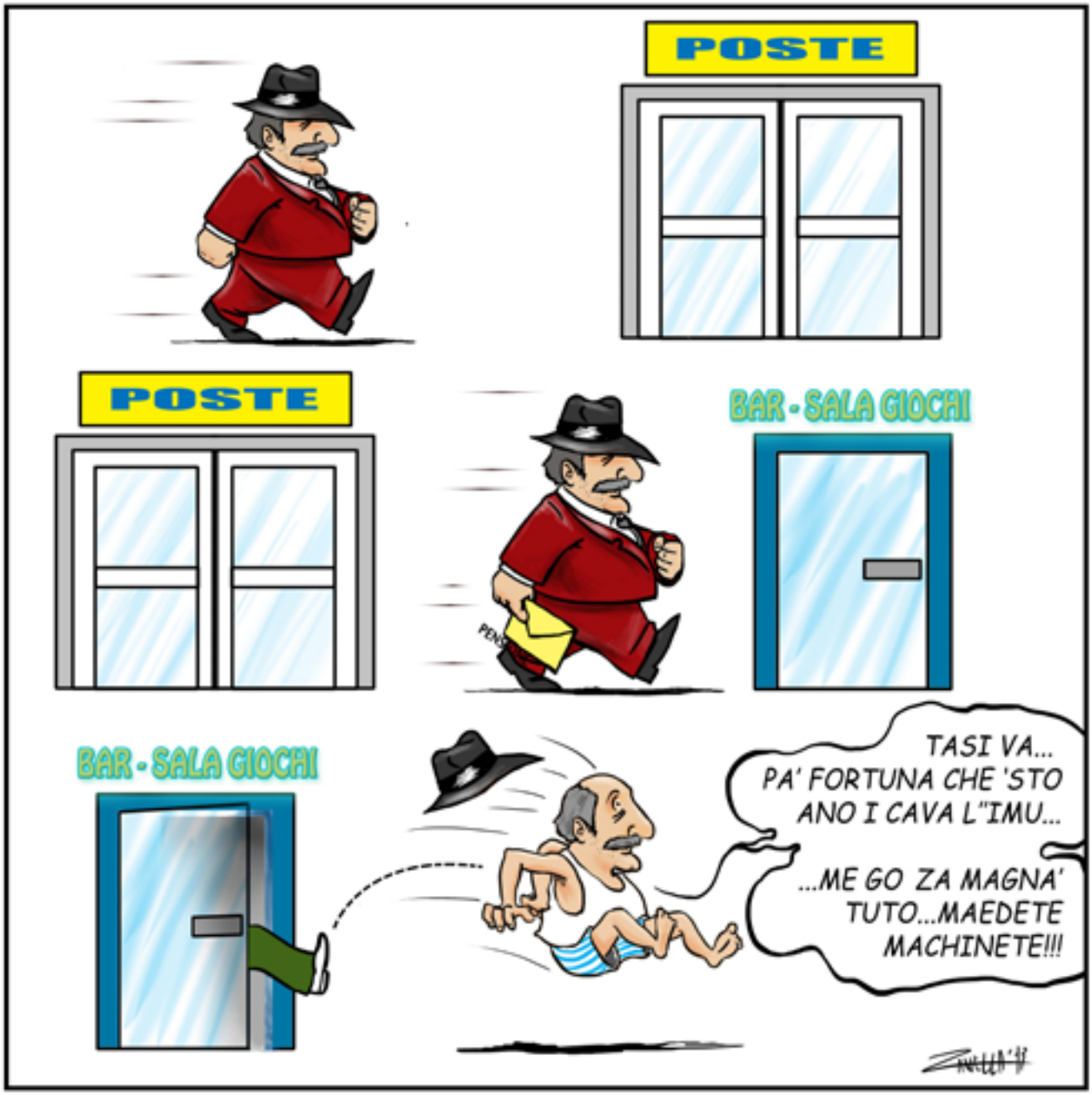
MONTE VERONESE FORMAGGIO DOP

Mozzarella STG

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

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

di Davide **Zanella**



5 per mille

FAI LA MOSSA GIUSTA

C.F. 04074560287 - Ricerca Sanitaria

Lo IOV, Istituto Oncologico Veneto, è il Centro di Eccellenza per la Ricerca, la Prevenzione, la Diagnosi e la Cura delle malattie neoplastiche nella nostra Regione.

Oggi tutti possiamo dare il nostro contributo in modo facile e senza nessun costo, semplicemente destinando allo IOV il 5 per mille dell'IRPEF inserendo il

codice fiscale 04074560287

nel riquadro **Finanziamento della Ricerca Sanitaria** firmando gli appositi spazi previsti nei Modelli CUD, 730 e UNICO.

Sostienici anche online su DONAZIONI.IOVENETO.IT - Clicca e aiuta la Ricerca!

UNITI NEL VENETO PER SCONFIGGERE IL CANCRO

I.O.V. Istituto Oncologico Veneto I.R.C.C.S.

ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO I.R.C.C.S.
VIA GATTAMELATA, 64 - 35128 PADOVA
www.5permilleiov.it - www.ioveneto.it

Regione del Veneto

I giocatori, ostaggi di una **disperazione**

di Giuseppe **Caraccio**
Direttore Editoriale di NES

Mi ricordo molti anni fa, quando ero ragazzo, dell'atmosfera che si respirava in certi bar. In disparte c'erano, attorno ad un tavolo, alcuni uomini, in mano avevano delle carte da gioco, in un concentrato silenzio scrutandosi negli occhi cercavano di carpire la mossa del concorrente.
L'ambiente era fumoso con un forte odore di alcool misto a caffè, la luce fioca illuminava solo il tavolo dove il gioco delle carte avveniva; anche da lontano era possibile percepire l'alone di elettricità che circondava questi giocatori: erano tutti immobili, la mimica facciale inespressiva, poi improvvisamente tutta l'energia repressa esplodeva in rauche grida di esaltazione quando uno dei giocatori faceva punto o vinceva la mano.
Mi rendevo conto, anche nella inesperienza dettata dalla mia giovane età del fascino perverso di quell'ambiente, e come quelle persone fossero ostaggi compiacenti e disperati di una passione che come un cancro li divorava, soldi di sangue ed affetti famigliari.
Vederli mi affascinava e nello stesso tempo mi provocava disagio, anche quando casualmente li incontravo fuori da quell'ambiente. In paese spesso il loro passaggio era oggetto di mormorii e pettegolezzi, ed ogni tanto qualcuno sussurrava... «si è mangiato una fortuna, è sul lastrico...».
Con questo viatico nella mia vita non ho subito per niente il fascino del gioco d'azzardo; rappresentava il male, i talenti sprecati, la doppia vita e le falsità. Tutto ciò che odio. Nonostante ciò non posso dimenticare gli occhi di questi personaggi pieni di bramosia, disperazione, fatalismo ed anche di un urgente appello di aiuto, difficile da comprendere, impossibile da dare.
Nella vita ci sono altri modi di giocare le nostre carte, ma senza lasciare ad altri il nostro futuro. Oggi il gioco ha perso anche quel fascino perverso, di confronto-scontro con altri giocatori disperati come te. Ora si gioca in solitudine contro una macchina che non risponde e che comunque vince e vincerà sempre. E tu resterai solo con la tua disperazione e le tue sconfitte senza più affetti e chiedendo altro denaro che o non ti verrà concesso o se lo otterrai avrà il prezzo della tua vita.

© Can Stock Photo Inc. / 4774344sean

Special Price
Medico

Universo Persona
La miglior protezione infortuni

Allianz

Ci sono infortuni che hanno conseguenze troppo serie per pensare di affrontarli con le tue sole risorse. Infatti, se l'infortunio è tale da condizionare la tua capacità lavorativa, devi poter contare su un aiuto adeguato.
Inoltre, per un libero professionista come te, anche un infortunio meno grave potrebbe comportare un'interruzione dell'attività, con conseguente perdita di reddito.

Universo Persona fornisce un sostegno economico adeguato in caso di infortunio, che accada durante lo svolgimento dell'attività professionale o nel tempo libero.

Ecco un esempio di offerta Universo Persona dedicata ad un medico:

Le coperture	Premio annuo* (euro)
200.000 euro di capitale assicurato, per gli infortuni che abbiano come conseguenza un'invalidità permanente	Sconto 20% ~~528 €~~ **423 €**
100.000 euro di capitale per le persone che desideri tutelare, se l'infortunio dovesse essere mortale	
Fino a 5.000 euro di rimborso per le spese mediche sostenute a seguito dell'infortunio per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, fisioterapia	
80 euro per ogni giorno di ricovero e convalescenza	
40 euro per ogni giorno di ingessatura	

E' incluso anche un servizio di Assistenza Sanitaria, operativo tutti i giorni, 24 ore su 24, che tra i servizi prevede assistenza a domicilio (Temporary Inability Care), un ulteriore parere medico sulla cartella clinica (Second Opinon) e consulenza sanitaria di altissima specializzazione.

*Lo sconto si riferisce alla professione di Medico in classe di rischio 2, copertura in forma completa, garanzia di invalidità permanente offerta con Tabella ANIA, franchigia sull'invalidità permanente del 3% assorbibile.
Il prezzo promozionale è valido per la configurazione indicata nell'esempio e fa riferimento ad una persona di 40 anni, residente a Padova, durata polizza 1 anno.
Gli importi complessivi della garanzia Assistenza e delle tasse, sono arrotondati all'euro.
Gli elementi di personalizzazione oggettiva e soggettiva possono determinare un premio diverso da quello riportato. Le prestazioni possono prevedere franchigie e/o scoperti in caso di sinistro, limitazioni e/o esclusioni.
AVVERTENZA: prima della sottoscrizione leggere il Fascicolo Informativo disponibile presso l'agenzia e su www.allianz.it

Offerta relativa al prodotto Universo Persona - Ed. 12/12/2012 valida dal 10 aprile 2013 fino al 10 ottobre 2013 presso:

Agenzia Allianz LloydAdriatico C & D ASSICURAZIONI SRL
VIA MARCO POLO 3 PADOVA
Tel. 049 8804492 - Fax 049 8804714
E-mail: info@cdassicurazioni.it
Orario: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 18:00. Orario continuato.

Una solitudine **ricca di umanità**

di Mario **Bertolissi**
Costituzionalista

Il destino dello Stato sociale non si può dire che sia segnato. Forse, lo sarebbe irrimediabilmente se fossimo ostinati nel continuare a non considerare, con la dovuta attenzione e un rigoroso senso di responsabilità, quel che è accaduto, molto spesso, in passato ed anche oggi accade. Avendo privilegiato l'avere piuttosto che l'essere e avendo fatto dipendere l'essere dall'avere - nel senso che si è e si ha un valore, anche come persone, se si possiedono cose -, si è finito per credere nella "Grande Promessa di Progresso Illimitato": vale a dire nella "promessa del dominio sulla natura, di abbondanza materiale, della massima felicità per il massimo numero di persone e di illimitata libertà personale". Ce lo dice così, a proposito della "fine di un'illusione", Erich Fromm, mentre profetizza il fallimento di una Welfare Society spinta all'estremo. Irresponsabile e deresponsabilizzata.

Dunque, vanno ridefiniti i punti di partenza: le fondamenta e le coordinate del Welfare State, che, senza alcuna presunzione di completezza, si possono riassumere in poche parole. Il primo elemento da considerare è rappresentato dalla persona. Il che significa - come ha ricordato un'infinità di volte la Corte costituzionale: ad esempio, nella sentenza n. 167/1999 - che l'art. 2 della legge fondamentale "pone come fine ultimo dell'organizzazione sociale lo sviluppo di ogni singola persona umana". E significa altresì - sono le parole di Costantino Mortati - che "non è l'uomo in funzione dello Stato, ma quest'ultimo in funzione dell'uomo". È un principio non derogabile, il quale implica che sia, innanzi tutto, lo Stato l'ente sul quale ricade l'obbligo costituzionale di tutela dell'uomo integrale. Della singola persona, che può avere bisogno di prestazioni e servizi riguardanti il campo sia sanitario sia sociale. Si tratta di ambiti materiali diversi, ma l'esperienza si è incaricata di dimostrare che esistono reciproche implicazioni di sistema, in concreto molto spesso non separabili; inseparabili quando in gioco ci sono l'integrità e l'integralità della persona. Se - e qui si pone in luce un secondo aspetto del problema - si guarda all'organizzazione dei servizi e alle sue varie componenti, è naturale osservare che la società è multiforme e plurale; e che il migliore dei risultati non può essere assicurato dal monopolio insindacabile. Oltretutto, quando in gioco ci sono valori essenziali - addirittura il bene della vita e la dignità della persona umana - il molteplice, il plurale, appunto, deve dispiegare, quotidianamente, tutta la sua forza, che consente la visibilità delle azioni, il confronto, alla fine il giudizio. Tutto questo implica che accanto al pubblico ci sia il privato; che l'uno e l'altro operino, integrandosi, per massimizzare i risultati, come in larga misura avviene nel Veneto, a prescindere dalle polemiche e dai fatti che possono aver generato e comunque genereranno episodi comunemente denominati di malasanità. Di essi si parla a viso aperto - è bene non dimenticarlo - quando un sistema funziona, nonostante tutto. Tuttavia - ecco un terzo elemento -, è necessario che il singolo utente del Servizio sanitario e sociale assuma un atteggiamento non solo collaborativo, ma seriamente responsabile. Ciascuno deve essere consapevole del fatto che conservarsi in buono stato di salute significa non dover ricorrere alle cure mediche e non dover usufruire, prima del tempo, dell'assistenza sociale. Star bene, dunque, è un imperativo categorico, la cui moralità si coglie, senza esitazioni, quando si rileva che in esso è racchiuso il senso più profondo della solidarietà. Perché, essere solidali significa, non tanto o non soltanto, dare a chi ha bisogno; ma non chiedere ad altri un aiuto quando non si ha bisogno o si può, comunque, fare da soli.

Questa è una "solitudine" ricca di "umanità".

Ludopatia, quando il gioco diventa **una malattia**

Nonostante le crescenti difficoltà economiche delle famiglie italiane ci sono sempre più persone che amano giocare d'azzardo

di Giuliano **Gargano** e Ines **Brentan**

© Can Stock Photo Inc. / Elenathewise

La vincita che ti cambia la vita. Il "13 al totocalcio" (quando ancora esisteva solo quello) come panacea di tutti i pensieri, o il biglietto (acquistato in autogrill) della Lotteria Italia. Alzi la mano chi non ha mai tentato la sorte, cercando almeno una volta il bacio della dea bendata.
Ecco, tutti con le mani abbassate. Effettivamente, i numeri sono eloquenti: nel 2011 il settore dei giochi pubblici ha raccolto in Italia più di 76 miliardi di euro, il 4% del PIL nazionale. La spesa media annuale per il gioco d'azzardo legale ha così superato i 1200 € pro capite.
Il gioco d'azzardo, anche nel nostro Paese, ha assunto dimensioni rilevanti, anche se non ancora ben definite.
Ma il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale (Gioco d'Azzardo Patologico - Gap). Questa condizione è ormai riconosciuta come un disturbo compulsivo complesso e cioè una forma comportamentale patologica che può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, e contemporaneamente la possibilità di generare gravi problemi sociali e finanziari oltre che entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale ma, anche e soprattutto, con quelle dell'usura.
Infatti, da un punto di vista sociale, i soggetti affetti da Gap presentano un elevato rischio di compromissione finanziaria personale che ha evidenti ripercussioni in ambito familiare e lavorativo, fino ad arrivare a gravi indebitamenti e alla richiesta di prestiti usuranti. Questo è uno degli aspetti che collega il gioco d'azzardo patologico alla criminalità organizzata che investe

Ludopatia

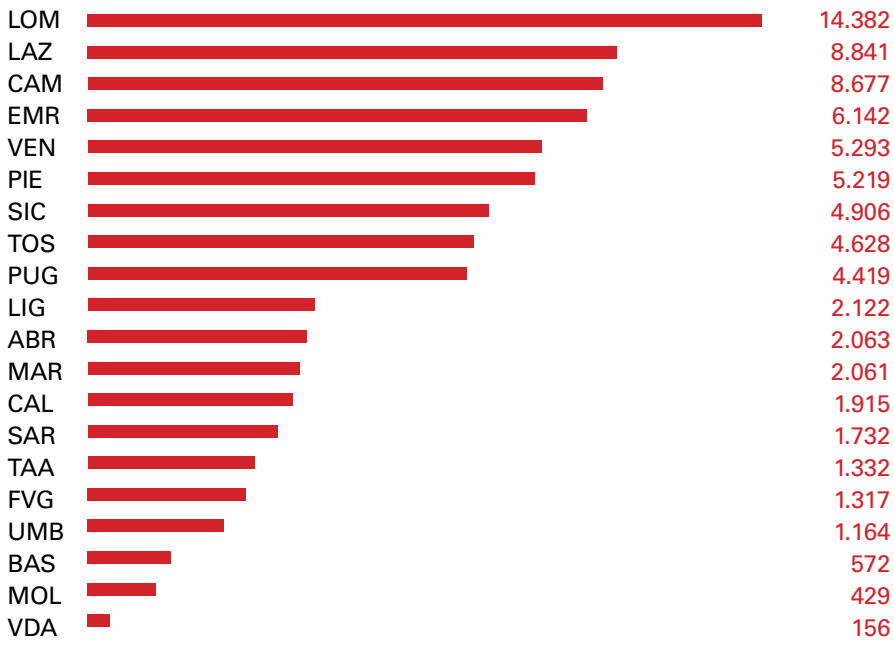
Il gioco
la soffocante
ossessione

La ludopatia in prima pagina

Lunedì 29 aprile, il Corriere della Sera pubblica in prima pagina la parola "ludopatia", come occhiello al titolo "Il gioco la soffocante ossessione". Il tutto rimanda ad un articolo su uno dei possibili retroscena dell'attentato compiuto il giorno del giuramento del governo Letta. Sembra - è in corso un'inchiesta della magistratura - che tra i motivi che hanno armato la mano dell'uomo che ha sparato contro due carabinieri, ci fosse anche una sindrome da gioco d'azzardo patologico.

energie e capitali nel gioco d'azzardo.
La questione è stata presa in carico dalle istituzioni, e a occuparsene è anche il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. L'Italian Journal on Addiction (la pubblicazione scientifica che si occupa di tutte le dipendenze) ha dedicato un numero monografico al Gioco d'Azzardo Patologico.
La premessa, meno ovvia di quello che possa sembrare, è che per poter affrontare il problema è necessario un approfondimento tecnico scientifico con un approccio multidisciplinare che permetta di evidenziare sia gli aspetti neurobiologici sia quelli psico-comportamentali, sociali e finanziari che stanno alla base di questo fenomeno, ormai diventato oltre che un problema di salute pubblica anche un problema sociale rilevante.

Innanzitutto, bisogna capire cos'è il Gsp: può essere definito come una dipendenza comportamentale patologica caratterizzata da un persistente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo e come un disturbo del controllo dell'impulso.
Il gioco d'azzardo patologico rappresenta un grave problema di salute pubblica, crea problemi psicosociali al soggetto coinvolto, è causa di problemi finanziari e può condurre a disturbi di natura antisociale. Inoltre, questa patologia è spesso associata a tassi elevati di ideazione suicidaria e tentativi di suicidio.
I principali segni e sintomi relativi alla dipendenza da gioco d'azzardo sono **il forte desiderio di giocare e l'impossibilità di resistere a giocare d'azzardo** (craving), **l'insorgenza di sentimenti di inquietudine quando si è impossibilitati a giocare** (astinenza),



Distribuzione del denaro speso in termini assoluti (euro) in gioco d'azzardo per Regione (2011). Fonte: Italian Journal on Addiction, Vol. 2 Numero 3-4, 2012

la necessità di giocare con maggiore frequenza per riprodurre sempre il medesimo grado di euforia e gratificazione (tolleranza). Il gioco d'azzardo patologico presenta inoltre, al pari della dipendenza da sostanze, un alto tasso di comorbilità (cioè la coestistenza di due (o più) patologie diverse in uno stesso individuo) psichiatrica.

Il gioco d'azzardo può essere progressivo e può essere caratterizzato da tre principali stadi: gioco d'azzardo informale e ricreativo, gioco d'azzardo problematico, gioco d'azzardo patologico.

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto ad oggi non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi che lo descrivano. Secondo il Ministero della Salute (2011), la popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone di cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo. La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%.

Il profilo distintivo del giocatore d'azzardo problematico italiano adulto utilizza vari tipi di gioco d'azzardo (*poligambling*), dedica molto tempo al gioco e gioca molto frequentemente spendendo grandi quantità di denaro. Si tratta di un individuo giovane, maschio, che spesso ha una storia familiare di gioco d'azzardo.

Il percorso evolutivo da gioco d'azzardo ricreativo a problematico e quindi patologico può presentare alcuni sintomi sentinella che è utile conoscere. L'intensificazione degli accessi al gioco, un aumento delle spese, la comparsa di pensieri ricorrenti di gioco, spesso accompagnati da distorsioni cognitive e fantasie di super vincite, con un aumento della ricerca di ambienti di gioco sempre più specializzati e quindi una polarizzazione del comportamento sono segni prodromici di una evoluzione in atto verso il gioco problematico. La comparsa di menzogne, di depauperamento delle risorse finanziarie, accompagnato spesso da una modificazione delle abitudini alimentari e della puntualità, nonché da piccoli furti domestici, cambiamenti dell'umore, delle amicizie e dei luoghi di frequentazione con aumento dell'aggressività e del tempo dedicato al gioco dell'indebitamento, possono essere invece sintomi sentinella di una vera e propria evoluzione verso il gioco patologico.

Il gioco d'azzardo genera un forte flusso finanziario in entrata al Monopolio di Stato e ai concessionari/gestori. Una forte quota di tali entrate viene ripartita tra i vari vincitori (*pay out*). La quota percentuale delle entrate erariali ha subito un forte decremento passando dal 21,8% al 10,9% (anche se in termini assoluti si è passati dai 6,2 miliardi di euro agli 8,7).

Nel 2011, è stato registrato un forte investimento in denaro da parte dei giocatori con importanti differenze tra le singole Regioni. Le Regioni che più hanno speso in termini assoluti in gioco d'azzardo sono state, nell'ordine, la Lombardia (14,3 miliardi), il Lazio (8,8 miliardi) e la Campania (8,6 miliardi).

Il Veneto si piazza al quinto posto, con 5,2 miliardi di euro spesi.

Un cartello per ricordare i rischi del gioco

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha ricevuto numerosissime chiamate provenienti dalle Aziende sanitarie di tutta Italia per richiedere notizie circa i contenuti dei cartelli da esibire nelle sale da gioco ottemperando così a quanto stabilito dal decreto Balduzzi sul gioco d'azzardo patologico; tale decreto infatti dispone che le sale da gioco debbano esporre "dei cartelli e messaggi sulla probabilità di vincita e sui rischi del gioco". Avvertenze che fino ad ora, però, sembrerebbero non ancora disponibili.

«Viste le numerose sollecitazioni ricevute da parte dei servizi - spiega il Capo Dipartimento Giovanni Serpelloni - abbiamo pensato di fornire delle indicazioni che possono essere liberamente utilizzate dalle Aziende Sanitarie, elaborate sulla base delle evidenze scientifiche e dei risultati delle ricerche internazionali nel campo delle neuroscienze del gioco patologico.

Queste indicazioni contengono un elenco dei possibili rischi derivanti dal gioco d'azzardo, particolarmente presenti nelle persone vulnerabili, da poter utilizzare nei cartelli che devono essere esposti e ben visibili nelle sale da gioco. Abbiamo lavorato con vari esperti internazionali del settore e consultato centinaia di studi scientifici sull'argomento e tradotto in forma semplice e comprensibile i loro risultati sui fattori di rischio e le conseguenze derivanti dallo sviluppare una condizione di gioco d'azzardo patologico che ricordiamo essere una vera e propria malattia».

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Progetto GAP

AVVERTENZE PER I GIOCATORI

In applicazione della Legge 8 novembre 2012, n. 189, art 7 – comma 5

Il gioco d'azzardo può creare dipendenza patologica

Le ricerche scientifiche hanno dimostrato che varie persone che giocano d'azzardo, sono particolarmente vulnerabili a sviluppare dipendenza patologica.
Tutti i giochi con vincite in denaro possono essere molto attrattivi fino a far sviluppare una dipendenza patologica, che è una vera e propria malattia.
Essa si manifesta principalmente con comportamenti di gioco ripetuti, non controllabili con la propria volontà.
Questo comportamento può provocare rischi per la salute della persona, la sua socialità, la sua famiglia, e perdita di ingenti somme di denaro.

I principali segnali che il tuo comportamento di gioco sta diventando un problema o una patologia sono:

1. Spendere sempre più denaro e dedicare sempre più tempo a giocare
2. Sentire un forte desiderio di giocare e diventare nervosi se non si gioca
3. Pensare di poter recuperare le perdite continuando a giocare sperando in supervincite
4. Pensare di poter controllare o influenzare la propria fortuna a volte anche con riti scaramantici
5. Cominciare a mentire a famigliari ed amici
6. Iniziare a fare debiti o commettere illegalità per procurarsi il denaro

Il giocatore problematico può facilmente evolvere in giocatore patologico se continua a giocare.
I possibili rischi correlati al gioco d'azzardo sono:

sviluppo di dipendenza patologica	**stress psicofisico**
depressione e altri disturbi psicologici e psichiatrici	**perdita della credibilità personale**
conflitti famigliari	**insuccessi personali, sociali, lavorativi**
indebitamento	**problemi legali**

Il gioco d'azzardo patologico è spesso associato anche ad altre patologie: dipendenza da sostanze stupefacenti e/o alcol, disturbi psichiatrici e dell'umore.
La reale probabilità di vincere ai giochi d'azzardo è estremamente bassa e comunque sempre molto minore della probabilità di perdere che è elevatissima. I giocatori d'azzardo patologico indebitati sono spesso preda di usurai e strozzini.

AUTOTEST:

Hai mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre più elevate? SI NO
Hai mai voluto nascondere l'entità di quanto giochi alle persone che ti stanno più vicino? SI NO
Se hai risposto positivamente almeno ad una domanda sei a rischio di sviluppare problemi con il gioco d'azzardo.

Il giocatore problematico e il giocatore patologico hanno bisogno di specifici interventi e cure immediate.
Se pensi di essere a rischio o di avere già un problema con il gioco d'azzardo, non mettere a rischio la tua salute e la tua famiglia! Smetti di giocare e rivolgiti ai Dipartimenti delle Dipendenze/Ser.D. o altri centri specialistici della tua zona (indicati dalle ASL).

Inserire indirizzi dei centri

ROMA La coppia, 26 e 30 anni, è stata denunciata per abbandono di minore

Lasciano il neonato in auto per giocare al videopoker

Dal Gazzettino del 20 maggio 2013

I soldi spesi per il gioco? Più di una **manovra del governo**

Nel 2009 sono stati giocati 54 miliardi di euro, quasi la metà con le slot machine. Circa 4 miliardi spesi per il Superenalotto

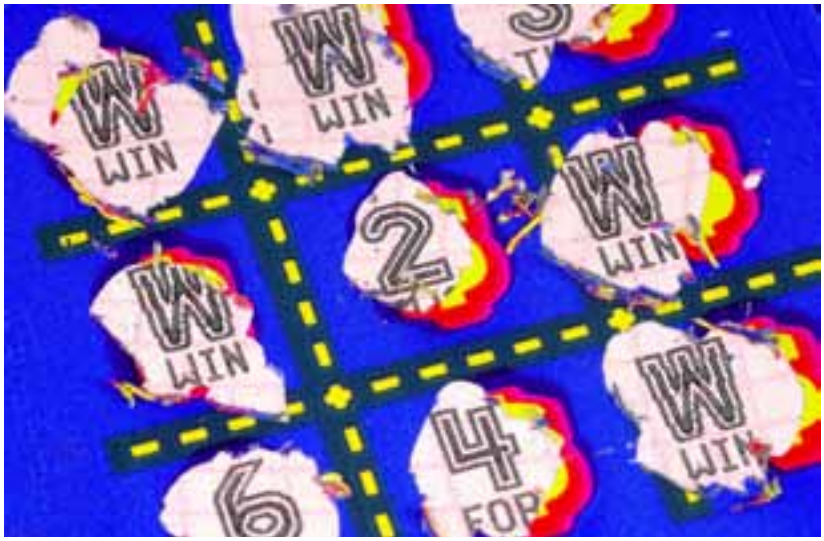
di Ines **Brentan**

Nonostante le crescenti difficoltà economiche delle famiglie italiane ci sono sempre più persone che amano giocare d'azzardo. La passione per il gioco non conosce crisi e i dati pubblicati dall'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), relativi al trend 2003-2009, parlano chiaro. I dati, anche se non aggiornatissimi, e contenuti nella pubblicazione «L'Italia che gioca: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco», curata dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR - Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari, disegnano un trend incontrovertibile.
Proprio dallo studio del CNR, emerge che «dal 2003 in poi, il comparto del gioco legalizzato ha registrato raccolte di ammontare sempre maggiore. L'aumento del numero di giocatori è stato determinato da più fattori come la continua differenziazione dei giochi esistenti, la diffusione capillare di luoghi dove giocare (la trasformazione delle tabaccherie in veri e propri piccoli "casinò", le slot machine nei bar, la crescita esponenziale delle forme di azzardo online) e una maggiore accessibilità in termini di somme necessarie da impegnare per iniziare a giocare».
Nella maggior parte dei casi il gioco d'azzardo e le scommesse sportive rappresentano una forma di divertimento praticata occasionalmente. In alcuni casi però tale pratica può sfuggire al controllo del giocatore, diventando una forma di "*addiction*" (gioco d'azzardo patologico) non sempre facile da definire in maniera esaustiva.

Sono circa 15 milioni gli italiani che riferiscono di aver giocato somme di denaro una volta nel corso della vita (38,3% della popolazione 15-64 anni).
L'identikit del giocatore "una tantum" descrive un uomo giovane, tra i 25 e i 44 anni, con un livello di istruzione medio alto, che vive da solo o con amici ed ha un lavoro affermato, come l'imprenditore o il dirigente. Giocano meno le casalinghe e i pensionati, le persone con figli oppure i commercianti o i liberi professionisti.
Il 71% della popolazione italiana percepisce come rischioso il gioco d'azzardo ma solo il 60% disapprova i giochi in cui si vincono o perdono soldi. Tra le donne tali percentuali si attestano rispettivamente intorno al 76% e 66%, mentre tra gli uomini intorno al 66% e 54% (percezione del rischio e disapprovazione).
Circa il 10% degli intervistati tra i 15 ed i 64 anni (oltre 3 milioni

di persone), quindi, pur avendo la consapevolezza della pericolosità del gioco per i rischi ad esso connessi, non esprime un giudizio negativo sul fatto che lo si pratichi.
Complessivamente, nel 2009 sono stati giocati circa 54 miliardi di euro. Un progresso di 6 miliardi, rispetto ai volumi del 2008, e di 38 miliardi rispetto al 2003. In termini percentuali, tutto questo si traduce in una crescita del 13% in un anno (tra il 2008 ed il 2009) e del 40% in 6 anni (tra il 2003 ed il 2009). La stima per l'anno 2010 attesta il valore su oltre 60 miliardi di euro.
Con 24 miliardi e 951 milioni giocati nel 2009, gli apparecchi da intrattenimento e da divertimento con vincita in denaro (slot machine), rappresentano da soli quasi la metà del comparto dei giochi pubblici. Il dati del 2007 e del 2008 equivalgono rispettivamente a 18,8 miliardi di euro e 21 miliardi e 685 milioni.
(figura 3). Dal primo ingresso nell'ambito dei giochi, gli apparecchi hanno fatto registrare incassi esponenziali, passando da 367 milioni di raccolta nel primo anno, 4 miliardi e 474 milioni nel secondo e 11 miliardi nel 2005, fino ad arrivare ai quasi 25 miliardi del 2009.
Il Superenalotto nel il 2009 ha fatto registrare il miglior risultato in termini di volumi giocati degli ultimi sette anni: 3 miliardi e 687 milioni, 1 miliardo e 178 milioni in più rispetto al 2008.
Dal Superenalotto affluiscono nelle casse erariali 1 miliardo e 235 milioni, che rappresentano circa il 16% delle entrate totali.
Il gioco, che costituisce per molti un semplice strumento di piacere legato ad alcuni momenti della vita, per altri può diventare una malattia caratterizzata da dipendenza e da importanti problemi psicologici oltre che da risvolti dannosi a livello economico, lavorativo, sociale, familiare, relazionale ecc. Perdere denaro al gioco può spesso innescare una coazione al gioco, motivata dall'esigenza di recuperare il denaro perso (la cosiddetta "rincorsa della perdita"); molti giocatori problematici ritornano regolarmente a giocare per tentare di recuperare il denaro perso. Questa modalità può portare il giocatore ad investire quantità di denaro

© Can Stock Photo Inc. / webking

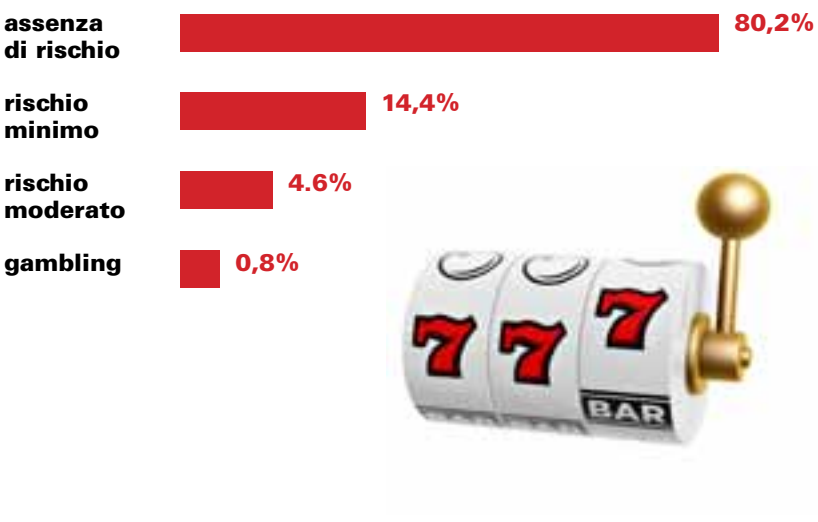


Le maggiori vincite di sempre al Superenalotto

N°	Data	Vincita (in euro)	Dove
1	30/10/10	177.729.043,16	Milano (MI)
2	22/08/09	147.807.299,08	Bagnone (MS)
3	09/02/10	139.022.314,64	Parma - Pistoia
4	23/10/08	100.756.197,30	Catania
5	19/05/12	94.836.378,29	Catania
6	27/12/10	71.895.694,72	Napoli
7	04/05/05	71.767.565,57	Milano
8	19/05/07	71.439.610,83	Capanni di Savignano sul Rubicone
9	13/08/03	65.985.105,96	Veduggio Con Colzano (MI)
10	22/09/11	65.038.202,39	Gubbio (PG)
11	17/12/05	62.524.371,05	Sangano (TO)
12	19/09/06	61.042.310,24	Bologna
13	16/03/13	53.273.155,94	Palazzolo Dello Stella (UD)
14	28/04/11	47.432.499,23	Cosenza
15	24/03/04	45.740.866,23	Bari
16	02/12/08	45.084.494,32	Rossano
17	06/02/99	44.655.183,88	Grottaglie (TA)
18	20/09/05	41.563.490,46	Frattamaggione (NA)
19	17/04/02	40.860.816,17	San Vito Dei Normanni (BR)
20	26/04/08	40.595.858,78	Pavone Canavese (TO)

© Can Stock Photo Inc. / tiero

sempre maggiori per rifarsi delle perdite subite con il rischio di ritrovarsi a registrare perdite di denaro sempre maggiori.
Nel 1980 il gioco d'azzardo patologico (GAP) è stato inserito, dall'APA (American Psychiatric Association), nella terza versione del Manuale Statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM III). Il GAP ha assunto così il valore di una vera e propria patologia psichiatrica.
Il 12% degli italiani che giocano denaro ha riferito di aver percepito l'impulso a giocare somme di denaro sempre più consistenti (Uomini 14%, Donne 10%), mentre i giocatori che tengono nascosta l'entità del denaro speso sono il 6%; questo aspetto si rileva in misura maggiore negli uomini (Uomini 8%; Donne 3%).
L'impulso ad aumentare la quantità di denaro spesa nel gioco e l'abitudine a tenere nascosta l'entità del gioco ai familiari assumono proporzioni differenti a seconda della area geografica di residenza. Gli italiani che tendono in misura maggiore a giocare importi sempre più elevati sono i residenti nel territorio della Calabria, seguiti dai giocatori della Basilicata e quelli dell'Abruzzo, mentre sono i marchigiani ad avere meno frequentemente comportamenti di questo genere (tabella 6). Le regioni dove viene maggiormente celato l'importo di denaro speso nel gioco sono la Calabria e la Basilicata, assieme alla Puglia ed alla Valle d'Aosta.
L'80% dei giocatori ha un profilo "non a rischio". Il 20% circa, pari a 3 milioni di persone, potrebbe invece essere a rischio, in misura differente, per tale disturbo: il 14,4% rischio minimo, il 4,6% rischio moderato. Una quota pari allo 0,8% della popolazione (circa 120.000 persone) risulta invece appartenere propriamente al profilo del giocatore patologico. Il ritratto del "gambler" (giocatore con profili di rischio da moderato a grave) illustra un individuo giovane, tra i 15 e i 24, che vive con la famiglia di origine o da solo con a carico un figlio. E' di sesso maschile con un livello di istruzione medio basso e spesso non ha un lavoro fisso oppure è occupato come operaio o artigiano. Analizzando la distribuzione geografica dei "gambler", si può osservare che le regioni che hanno una quota maggiore di giocatori con profilo di rischio moderato o grave sono la Puglia, la Calabria, la Campania, l'Abruzzo e il Veneto.



Distribuzione dei soggetti giocatori nella popolazione generale che riferiscono gioco d'azzardo in base alla problematicità connessa a tale comportamento. Fonte: L'Italia che gioca.

© Can Stock Photo Inc. / sgame

Trident™ Sistema Radiografia Frustoli

Una superba qualità dell'immagine per un efficiente flusso di lavoro

L'alta qualità e definizione delle immagini del sistema Trident™ permette un'immediata verifica dei campioni tissutali durante la procedura bioptica o in sala operatoria riducendo i flussi di lavoro:

- Detettore al selenio amorfo Hologic a conversione diretta: immagini digitali eccezionalmente nitide
- Grande area attiva di 12cm x 14cm: adeguato ad un ampio campo di dimensioni dei campioni di biopsia, dai frustoli ai reperti chirurgici
- Ideale per i radiologi, per la chirurgia senologica e per i patologi: si integra facilmente nella rete DICOM ospedaliera.

Suros® Sapphire e Manipoli ATEC® ed Eviva®

La console Suros® Sapphire è stata studiata per offrire la massima flessibilità: permette di effettuare biopsie in modalità stereotassica, ecoguidata e RM. Il sistema oltre ad essere molto versatile è di facile utilizzo garantendo massima velocità nella preparazione dell'ago. I manipoli ATEC® ed Eviva® si contraddistinguono per:

- Sicurezza: sistema completamente chiuso
- Comfort della paziente: rilascio della fisiologica direttamente nella zona del prelievo e gestione integrata del dolore con la valvola a Y brevettata
- Velocità: prelievo di 12 frustoli in meno di 1 minuto

TECHNO LOGIC

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

Dalla schedina del totocalcio **ai videopoker**

L'evoluzione del gioco d'azzardo in Italia, dal dopoguerra ad oggi

di Giuliano **Gargano**

L'Italia era appena uscita dalla guerra, ma aveva già voglia di giocare. In verità, la nascita della schedina del totocalcio aveva anche nobili fini: i proventi del gioco dovevano essere destinati alla ricostruzione degli stadi, distrutti dai bombardamenti. L'idea del concorso venne al giornalista sportivo Massimo Della Pergola: con due soci svizzeri fondò la SISAL.

La prima schedina è del 5 maggio 1946 (*foto a lato*): aveva una sola colonna con dodici partite più due di riserva e la giocata aveva un costo di 30 lire. Il primo montepremi fu di 463.146 lire, di cui 462.846 andarono all'unico vincitore, Emilio Biasotti.

Due anni dopo, sempre ad opera della SISAL, nasce il Totip, una schedina legata al mondo delle corse di cavalli. Per alcuni decenni, con l'aggiunta della Lotteria Italia (nata nel 1957), sono questi i giochi ufficiali dell'Italia del dopoguerra e del boom. La crescita delle giocate (e quindi dei montempremi e delle vincite) è costante e non conosce tentennamenti.

L'accentramento delle competenze da parte dei Monopoli di Stato sul gioco pubblico iniziò nel

http://www.museolilla.statisticheilla.it/

1988, con l'acquisizione delle lotterie nazionali, e nel 1994 con l'acquisizione del gioco del Lotto e delle lotterie istantanee.

Nel 2000 fu assunta la gestione del Bingo, ed infine, nel 2001-2002, tutte le altre competenze che configurano oggi l'attuale portafoglio dell'Amministrazione.

Un evento "epocale" nel mondo del gioco risale a poco meno di 20 anni fa: nel 1996 Il Ministero dell'Economia affida a Sisal la concessione per la gestione dell'Enalotto che, nel 1997, diventa SuperEnalotto e in poco tempo si afferma come il gioco più popolare fra gli italiani.

Con l'inizio del nuovo millennio, tecnologia e offerta si ampliano ulteriormente, ed oggi - a giudicare dallo schema riassuntivo dei Monopoli di Stato - l'offerta è per tutti i gusti e per tutte le tasche.

Innanzitutto ci sono i **giochi a base sportiva**: lo storico **Totocalcio**, che nel frattempo ha portato a 14 (e non al classico "tredici in schedina) il numero di pronostici da indovinare. Al Totocalcio è associato un concorso chiamato **Il9**. L'Italia non si fa mancare le **scommesse a quota fissa** (su eventi sportivi e non), che hanno una grande tradizione nei paesi anglosassoni. Altre due possibilità di giochi in ambito sportivo sono il **Totogol**, il **Big Match** e il **Big Race**.

Raccolta e Vincite Giochi 2012
Mese: Ottobre

Gioco	Raccolta (*)	Vincite (*)	Spesa dei giocatori (*)
Apparecchi (provvisorio)	3 .693	2.976	717
di cui per VLT	1.389	1.230	159
Bingo	128	90	38
Gioco a base ippica	85	60	25
Gioco a base sportiva	410	322	88
Lotterie	870	615	255
Lotto	538	325	213
Giochi numerici a totalizzatore (Superenalotto)	538	325	213
Giochi di abilità a distanza (skill games)	131	42	89
Giochi di carte organizzata in forma diversa dal torneo e giochi di sorte a quota fissa	99	88	11
Totale	**7.046**	**5.580**	**1.466**

(*) Importi in milioni di euro. Fonte: Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

Un altro settore - nel quale è in corso un aggiornamento normativo è quello dei cosiddetti "**Giochi di abilità, carte, sorte a quota fissa**".
In grandissima crescita è il settore del "**Gioco a distanza**". Distanza che è solo virtuale: i concessionarti autorizzati, infatti, possono utilizzare internet, la televisione o il telefono. I concessionari sul web rappresentano oggi la stragrande maggioranza dell'offerta.
Tra le categorie più tradizionali c'è il **Lotto**, al quale è stato affiancato da qualche anno il 1**0 e Lotto**.
Un mondo a parte è quello dei cavalli. Se è vero che il Totip è stato sospeso e cancellato nel 2007, a causa del calo di giocate, esiste ancora un variegato mondo legato ai giochi a base ippica. Si può giovare sull'**ippica nazionale**, su quella **internazionale**, e poi ci sono le **scommesse ippiche in agenzia**, e un concorso chiamato **V7**.
I Monopoli di Stato controllano anche le **lotterie istantanee** (i cosiddetti "gratta e vinci", le istantanee telematiche, le **lotterie tradizionali**, i **giochi di sorte al consumo** e le **manifestazioni di sorte locale** (per capirci, anche le tombole delle sagre di paese).
Altro settore, particolarmente in auge negli ultimi anni, è quello dei **giochi numerici a totalizzatore**. L'elenco spiega meglio di ogni definizione di che cosa si tratta: **Superenalotto, Superstar, SiVinceTutto, Eurojackpot**, e il celeberrimo **Win For Life**, quello che regala un vitalizio per alcuni decenni.
Infine gli **apparecchi da intrattenimento** (**slot machine** o, come vengono chiamati comunemente, **videopoker**) e il **bingo** (sia quello a distanza, che quello di sala.
Come si può evincere da questa veloce carrellata, l'offerta è veramente ampia. Ma i numeri dei Monopoli di Stato fotografano anche le preferenze dei giocatori italiani: più della metà dei soldi giocati, finisce dentro una slot machine o un videopoker.

In Italia 3 milioni di giocatori **a rischio patologia**

In Consiglio Comunale a Padova una mozione per affrontare il problema

di Alberto **Salmaso**

Che il gioco d'azzardo (e relative problematiche) si stia diffondendo in maniera sempre più consistente assumendo dimensioni enormi - in termini di persone e di denaro - è un dato ormai conclamato.
Fatto salvo il gioco come svago e divertimento, spesso accade però che possa degenerare e produrre effetti anche devastanti.
Per comprenderne la portata si pensi che in Italia nel 2011 il settore dei giochi pubblici ha raccolto più di 76 miliardi di euro pari a circa il 4% del P.I.L. Nazionale e che tale ragguardevole cifra, nel 2012, avrebbe raggiunto un giro d'affari di ca 100 miliardi di euro, ponendo l'Italia al terzo posto mondiale per scommesse dopo Giappone e Stati Uniti.
Rispetto a questo aumento di giocate, ovviamente, è cresciuta anche la spesa media annuale per il gioco d'azzardo legale che dai 1200 euro circa pro capite è passata ai 1450 euro circa (media che tiene conto di tutta la popolazione, anche degli anziani e dei giovanissimi e di chi non gioca).
Ci sono poi le giocate online dove, rispetto alla popolazione italiana (1% di quella mondiale) il

© Can Stock Photo Inc. / DJTaylor

nostro Paese detiene il 22% del mercato globale ma, dal comparto, il Fisco incassa solamente lo 0,6%: complessivamente lo Stato guadagna 8 miliardi di euro dal gioco d'azzardo e ne spende 5/6 ca per curare e recuperare i malati.
In Italia si stima ci siano 15 milioni di giocatori e che 3 milioni siano a rischio di patologia e circa un milione di italiani - di cui approssimativamente la metà da considerarsi giovane - soffrono di "Ludopatia" o "Gioco d'Azzardo Patologico" (GAP), una dipendenza che secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità dovrebbe essere inserita nei "livelli essenziali di assistenza", in modo da poter garantire un percorso di prevenzione, cura e riabilitazione per coloro che ne sono divenuti "dipendenti".
Queste forme di soggezione, in molti casi, possono provocare situazioni drammatiche nelle sfere familiari, sociali e lavorative creando a volte delle vere e proprie emergenze: si calcola infatti che solo il 10/15% dei giocatori cd "patologici" cerca aiuto, probabilmente anche a causa dello stigma sociale e della poca e scarsa informazione.
Sembra evidente la necessità di una rivisitazione complessiva della materia in cui ridefinire – tra le altre - la procedura per le autorizzazioni, recuperare la programmazione politica sulle attività del gioco d'azzardo, intervenire per impedire l'accesso ai minori, rivalutare una tassazione degli stessi, prevedere una moratoria per l'installazione di nuovi giochi e per l'apertura di nuove sale, identificare forme di finanziamento per la cura e la gestione del gioco patologico (una percentuale degli introiti di gioco ad esempio), etc.
Un impegno, a mio avviso, necessario per non ignorare drammi sociali come la ludopatia, che distrugge intere famiglie e che ne mette a forte rischio molte altre.

***Consigliere al Comune di Padova, ha presentato una mozione sul tema in Consiglio Comunale.**

È nato l'Osservatorio sui rischi di **dipendenza dal gioco**

La prima riunione si è svolta in aprile, ecco gli obiettivi

di Giuliano **Gargano**

© Can Stock Photo Inc. / fullempty

Il 22 aprile scorso si è tenuta a Roma la prima riunione dell"Osservatorio sui rischi di dipendenza da gioco", creato dai Monopoli di Stato in ottemperanza al decreto Balduzzi.
L'Osservatorio è presieduto dal Vicedirettore dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, Luigi Magistro, con il supporto per il coordinamento tecnico scientifico del Capo Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Giovanni Serpelloni, in rappresentanza anche del Ministero dell'Economia. Inoltre, l'organismo è composto da esperti individuati dai Ministeri della Salute, dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, dello Sviluppo Economico, nonché da esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani e da rappresentanti dei comuni. Nel corso dell'incontro sono state definite le modalità di funzionamento dell'Osservatorio, tra le quali la cadenza almeno mensile delle riunioni, per raggiungere nel più breve tempo possibile le finalità previste dalla norma, ossia valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo patologico e il fenomeno della dipendenza grave. Come primo obiettivo l'Osservatorio ha ritenuto necessario procedere ad un approfondimento della diffusione del gioco legale a livello territoriale e, contestualmente, acquisire elementi sulla effettiva dimensione dei profili patologici del fenomeno, quale base indispensabile per l'individuazione delle priorità di intervento a fronte delle tematiche di competenza espresse dai vari componenti sia a livello normativo che amministrativo.
Il Vicedirettore dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, Luigi Magistro, ha dichiarato: "L'istituzione dell'Osservatorio, previsto dal dl Balduzzi, rappresenta il primo importante passo che consentirà alle istituzioni e alle organizzazioni nazionali competenti coinvolte di fornire una risposta concreta all'emergenza di un fenomeno rilevante nel contesto sociale del nostro Paese, canalizzandolo all'interno di un percorso virtuoso e di tutela dei soggetti più a rischio. Solo conoscendo e affrontando questo problema anche dal punto di vista tecnico scientifico saremo in grado di ricondurlo nelle sue reali dimensioni e quindi di combatterlo e prevenirlo con efficacia."
"Sono molto soddisfatto per l'attivazione dell'Osservatorio e per il ruolo che ci è stato affidato - ha detto Giovanni Serpelloni, Capo Dipartimento per le Politiche Antidroga - a cui contribuiremo fattivamente perché finalmente avremo la possibilità di organizzare e concretizzare anche nel nostro Paese risposte tempestive ad un problema emergente molto complesso. Per poter agire in maniera incisiva e razionale è necessario approfondire e dimensionare tale fenomeno sia dal punto di vista epidemiologico che neuro-scientifico perché non esistono cifre certe e chiarezza su tale malattia che colpisce le persone vulnerabili. Inoltre, è necessario adottare standard e procedure scientifiche e sanitarie idonee a prevenire e curare adeguatamente i pazienti così come riportato anche sul manuale Gambling curato dal DPA."

«**Basta** alle slot»

La guerra dei sindaci: tra ordinanze e leggi di iniziativa popolare

© Can Stock Photo Inc. / luxora

di Antonella **Prigioni**

Costretti a vendere il Duomo, la Mole Antonelliana, il Maschio Angioino, l'Arena… se giocassero i soldi dei cittadini ai videopoker. Invece i sindaci di Milano, Torino, Napoli, Palermo, Parma e Bari hanno deciso dire "basta alle slot" ed hanno registrato uno spot per bloccare il dilagare delle macchinette mangiasoldi nelle proprie città. E' una vera e propria crociata, non più tanto silente, quella che stanno ingaggiando molti sindaci italiani, ben 160 quelli che hanno firmato un manifesto etico in cui chiedono allo Stato più poteri nel regolamentare la diffusione di questi apparecchi infernali, che fomentano la dipendenza da gioco, rovinano le persone e soprattutto diventano un attrattore per la criminalità organizzata. I sindaci vogliono poter decidere come distribuire nel territorio la presenza di queste macchinette, dato che non si possono vietare. Vogliono che le loro ordinanze non siano rigettate dai ricorsi al Tar. Una responsabilità che è in capo al sindaco, che è il tutore della salute pubblica e che il gioco d'azzardo patologico sta minando pesantemente. Lo dicono i dati. E lo dice con chiarezza l'art 7 del Decreto Balduzzi, legge 189/2012, che riconosce, per la prima volta in Italia, la ludopatia quale malattia che va inserita nell'elenco dei livelli essenziali di assistenza. Una norma, entrata in vigore il primo gennaio 2013, che non si limita al mero riconoscimento patologico, ma introduce anche una seria limitazione alla pubblicità dei giochi d'azzardo, imponendo la diffusione di messaggi che evidenziano ed esplicano i rischi della dipendenza compulsiva causata dal gioco. Il provvedimento prevede infine un rafforzamento delle misure di protezione dei minori al gioco.
Ma ai sindaci non basta. La proposta di una legge di iniziativa popolare sottoscritta dai 160 primi cittadini ed appoggiata anche da Legautonomie, contiene la richiesta di un divieto d'accesso reale da parte dei minori, una tassazione più equa rispetto alle altre imprese, un controllo più vigoroso dei flussi di denaro e dei concessionari, la limitazione dei messaggi pubblicitari e la moratoria per l'installazione dei nuovi giochi. I sindaci vorrebbero organizzarsi in rete tra di loro, con associazioni, volontari, polizia locale e forze dell'ordine. Le azioni di contrasto alla piaga del gioco sono molteplici, in Veneto un disegno di legge d'iniziativa popolare è stato depositato in Senato. E' un provvedimento che prevede lo stop alle slot machine in luoghi

pubblici o aperti al pubblico, in circoli e associazioni. Chi le distribuisce, le installa o ne consente l'uso in questi spazi è passibile di denuncia penale, multa da mille a seimila euro e la confisca degli apparecchi mangia soldi, che verranno distrutti. I singoli Comuni si stanno muovendo anche da soli, in attesa di una normativa nazionale uniforme: a Genova è stato approvato un regolamento cittadino anti-slot machine molto restrittivo. Le macchinette devono stare a 300 metri dai luoghi sensibili ed ad almeno 100 metri dai bancomat, dagli uffici postali e dai negozi "compro oro". Il loro orario di apertura deve essere limitato tra le 9 e le 21. A Crema, l'amministrazione ha deciso di usare l'Imu per disincentivare il gioco d'azzardo. La Giunta intende innalzare ai locali che hanno in uso le slot l'imposta dal 9 per mille al tetto massimo previsto, ovvero il 10,6 per mille. In Lombardia la Regione sta pensando di concedere sgravi fiscali agli esercenti che sceglieranno di abbandonare le macchinette. Una mossa per annullare il potere del Tar, nei ricorsi contro le ordinanze comunali.

I casinò virtuali

E poi c'è la rete ad arricchire l'offerta per chi vuole giocare d'azzardo. Sono tantissimi i Casinò on line a cui è facile accedere, comodamente seduti a casa propria nella massima riservatezza. E grazie a smartphone e tablet, in ogni momento e in ogni dove è possibile fare una puntata. Avere un tavolo verde sempre a disposizione, discreto e accattivante, ha contribuito all'esplosione dell'epidemia del gioco patologico. I Casinò on line legali sono parecchi, vi possono giocare solo i maggiorenni e sono garantiti per quanto concerne la tutela di dati sensibili ai fini del pagamento con carte di credito e strumenti telematici. Ma nella rete le insidie si annidano e proliferano anche le case da gioco illegali, le bische clandestine. Un mercato florido per la criminalità quello delle scommesse e delle vincite fuori legge. I giochi d'azzardo legali che si possono trovare sul web italiano sono i videopoker, le slot machine, la roulette, il blackjack, il baccarat, i dadi, il poker ed il bingo. Sono giochi autorizzati dall'Agenzia dei Monopoli e delle Dogane. L´Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato è il garante della legalità e della sicurezza in materia di apparecchi e congegni da divertimento ed intrattenimento per assicurare la trasparenza del gioco.

Le slot machine? In funzione **dalle 8 del mattino fino alla chiusura** della tabaccheria

Il gioco, l'esperienza di un tabaccaio di Adria

Ha iniziato a gestire una tabaccheria quando non aveva ancora compiuto trent'anni, ma Marco Brentan, oggi 33enne, ha sempre avuto le idee chiare sul suo futuro: avere una famiglia (sposato da cinque anni con una bambina piccola) e un lavoro "sicuro". Scartata l'idea di "andar sotto paròn", Marco otto anni fa si è fatto un mutuo con la moglie ed ha aperto una tabaccheria ad Adria nel rodigino. Un lavoro "sicuro", appunto, gestito a livello famigliare, capace di garantirgli nell'immediato degli introiti certi perché "in una tabaccheria si guadagna sul giocato e non si fa magazzino". Il gioco è al centro della sua attività. "Sono cambiate molte cose da quando ho cominciato questo lavoro – racconta – a partire dal fatto che avevo clienti inizialmente facoltosi che arrivavano a spendere cifre importanti, anche 1.000 o 2.000 euro al giorno.
Con la morsa della crisi, però, pian piano sono spariti e ne ho risentito. Per fortuna che nel 2007 hanno preso spazio le scommesse sportive e in questo modo ho recuperato un po' di ossigeno".
Il gioco subisce un'evoluzione. "Praticamente - continua Marco – se prima c'era la famosa schedina del Totocalcio, quella e basta, oggi si gioca su schedine

che si fanno i clienti, scegliendo personalmente la squadra su cui vogliono puntare".
Il gioco si fa più duro quando si vince. "Qualche anno fa – dice – un adriese ha vinto 100mila euro con il gratta e vinci. Questo non fa aumentare il gioco in sé, ma piuttosto sposta le giocate in quella direzione per settimane". Il gioco è bello finché rimane tale e non diventa una mania. "Capita il cliente che vince più di una volta – continua – e a quel punto, come ci spiegano gli agenti di Lottomatica alle convention, bisogna cercare di persuaderlo a smettere di giocare. Sarebbe falso dire che lo facciamo per un fine etico, perché quello che ci insegnano è di puntare su clienti che possono garantirci una continuità di presenza e non in altri che, presi dal vizio, si rovinano. Pertanto sono per un gioco "sano" ed equilibrato".
Difficile fare lo stesso per le slot machine. "Ho due slot in tabacchi – dice Marco – e devo dire che sono una grande attrazione. Negli ultimi due anni ho notato che ci si siedono di fronte soprattutto le donne, di qualsiasi età o estrazione sociale. Arrivano non appena apro e, verso le 20, quando sono pronto a chiudere, mi dicono: domani alle 8 accendi le macchine che arrivo…."

Come si cura il **gioco d'azzardo patologico**

Un anno e mezzo di terapia e l'astinenza dal gioco per il resto della vita

di Antonella **Prigioni**

La "slot machine" è una sirena ammaliatrice, un diavolo che veste Prada, un Mefistofele che ti strappa l'anima con la lusinga dell'eterna vincita. Tra i tanti giochi d'azzardo disponibili sul mercato, le macchinette elettroniche, i cosiddetti video-poker, sono tra i più insidiosi per l'insorgenza della dipendenza da gioco. Permettono un gioco rapido, veloce, a portata di mano di tutti sia per l'accesso on line direttamente da casa, che per la capillare diffusione degli apparecchi in moltissimi bar, tabaccherie ed esercizi pubblici. Creano l'illusione di una vincita continua attraverso piccole somme guadagnate che fanno dimenticare le pesanti perdite accumulate, producono eccitazione e sensazione di abilità, stimoli enfatizzati anche nel suono ripetitivo e nel colore luminescente che accompagna il lavoro delle slot. Il gioco d'azzardo in Veneto rappresenta una raccolta del 2,1 % del Pil, a fronte di una media nazionale del 3%. Il 55 per cento della popolazione italiana, con più di 15 anni, ha giocato almeno una volta nella vita, gran parte continua a farlo occasionalmente, l'11,6 per cento gioca regolarmente una volta a settimana, l'1,4 per cento gioca ogni giorno cifre che variano dai cinque ai dieci euro. La metà di coloro che gioca quotidianamente sviluppa il Gap, il "gioco d'azzardo patologico", stadio finale della dipendenza da gioco. Il gioco d'azzardo non è un'abitudine contemporanea, è sempre esistito, le politiche di diffusione delle "sirene ammaliatrici" degli ultimi anni, però l'ha trasformata in un'emergenza epidemiologica.

"E' una vera epidemia, quella a cui stiamo assistendo nel nostro Paese, negli ultimi dieci anni con la legalizzazione e la diffusione del gioco d'azzardo", dichiara Mauro Cibin (*foto in alto*) del Dipartimento per le Dipendenze dell'Azienda Sanitaria Ulss13 di Dolo-Mirano, tra i primi studiosi della dipendenza da gioco d'azzardo. "Finché c'erano solo il totocalcio e i quattro casinò municipali, era più complicato avvicinarsi al gioco a soldi. Le macchinette e i giochi on-line hanno reso l'approccio più veloce, facile e di conseguenza

Chi è Mauro Cibin

1980: laurea in Medicina e Chirurgia
1984: Specializzazione in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
1988: Specializzazione in Psichiatria
1989: Responsabile del Servizio Tossicodipendenze e Alcologia (Sert) di Dolo (Ulss 13)
1994: Dirige il progetto "Alcologia Veneto".
1996-2001: docente della Scuola di Perfezionamento in Medicina delle Farmacotossicodipendenze, presso il Dipartimento di Farmacologia dell'Università di Padova.
1998: dirige il "Progetto Speciale Alcologia" e realizza il un sistema informativo alcologico regionale (S.I.R.A.V.).per conto della Regione del Veneto.
1999: direttore Dipartimento per le Dipendenze Ulss 13
2002-2006: partecipa alla Consulta Nazionale sull'Alcol ed i Problemi Alcolcorrelati.
2006: entra a far parte del Comitato scientifico del Piano Nazionale Alcol e Salute (Ministero della Salute).

più pericoloso. E' un'epidemia uguale a quella che potrebbe esserci se fosse legalizzata la cocaina. Il gioco d'azzardo può essere considerato un test delle conseguenze della liberalizzazione e diffusione in un territorio di una sostanza o di un comportamento che dà assuefazione. E' una dipendenza senza sostanza, dove la ripetitività di un comportamento, l'atto del giocare appunto legato alla possibilità di vincere denaro, procura emozioni. Il gioco stimola i sistemi cerebrali nello stesso modo delle droghe e dell'alcol".
Emozione e gratificazione indotte e ripetute portano l'individuo a trascurare il resto della sua vita, a perdere il controllo e a diventare schiavo del gioco. Non è più capace di smettere da solo, va sul lastrico, non ha più soldi da mettere sul piatto e quando è completamente rovinato riesce a chiedere aiuto e ad essere indirizzato ai Sert, per disintossicarsi dal vizio.
"L'unica cura per il Gap è la psicoterapia, non sono stati ancora messi a punto farmaci efficaci, anche se negli Stati Uniti sono state avviate parecchie ricerche e sono in corso sperimentazioni. Il giocatore patologico va innanzitutto fermato, va smontata la sua convinzione che prima o poi vincerà continuando a giocare. Possibilità così remota che per capirne l'aleatorietà basti pensare che al superenalotto si parla di una chanche su 620 milioni di giocate, contro la possibilità di 1 su 10mila di morire di incidente. Per guarire un paziente afflitto da Gap, deve essere redatto un piano comportamentale che preveda la riabitudine a usare il denaro, senza più giocarlo. Impresa non facile dato che una persona per vivere deve avere qualche soldo in tasca. Molto utile, nel percorso riabilitativo, il sostegno al paziente di giocatori patologici guariti, i Giocatori Anonimi. Grazie al loro lavoro, un giocatore riesce a mantenere nel tempo i risultati della terapia. Spesso è necessario "fermare" fisicamente il giocatore attraverso un periodo di uno-tre mesi in Comunità Terapeutiche che abbiano sviluppato programmi brevi specifici per Giocatori Patologici, per poi procedere con la terapia ambulatoriale. Il giocatore d'azzardo patologico, spesso soffre anche di dipendenze da droga ed alcol, e questo può complicare il programma terapeutico. Il Gap affligge più uomini che donne, è diffuso anche tra i giovani, ma è molto democratico, non fa distinzioni di ceto sociale".
Ma quali sono le cause che scatenano la dipendenza in alcuni soggetti e in altri no, che pur giocano?
"E' forte la correlazione tra il contesto sociale e l'insorgenza del Gap, l'80 per cento dei pazienti giovani appartiene a famiglie dove si gioca, il 37% dove non c'è questa abitudine. Esperienze di vita traumatiche, delusioni, depressioni sono una molla per il Gap, giocando non si sente il dolore, la sofferenza. Chi non sviluppa dipendenza, a parità di condizioni iniziali vuol dire che riesce a fermarsi prima del punto del non ritorno, anche grazie a circostanze altrettanto traumatiche che inducono alla riflessione. Dopo un anno e mezzo di cura, si esce dalla dipendenza da videopoker ed affini, ma la possibilità di ricadere è latente, per cui un paziente non deve più avvicinarsi ad un gioco se vuole conservare gli effetti ottenuti con la disintossicazione. Ai familiari dico di non girare la testa dall'altra parte e di indirizzare per quanto possibile il parente alle cure".

Giocatori

Insieme per spezzare

Mi chiami semplicemente 'Filosofo', del resto bisogna essere filosofi per ammettere che il gioco ti ha reso schiavo".
Il Filosofo, è uno dei membri del gruppo Giocatori Anonimi, un'associazione di persone che soffrono di Gap, la compulsività al gioco, ma che hanno chiesto aiuto e che si aiutano tra di loro. Il primo passo per stare lontani dalla tentazione è ammettere di non riuscire a farne a meno. Il Filosofo, è un uomo pieno di entusiasmo, diretto, senza alibi ci racconta la sua storia di giocatore all'inizio casuale, al massimo una volta alla settimana, la schedina del totocalcio, cinque euro. Una cifra, all'apparenza irrisoria, ma che nel corso dei mesi e degli anni scava un solco di dipendenza, che diventa sempre più profondo. Alla schedina, si aggiungono i gratta e vinci, le slot machine, vampiri pronti a succhiare il denaro alle vittime occasionali.
"Succede che perdi cento euro e subito rigiochi perché li vuoi recuperare, ne perdi altri cento e continui a giocare, finché perdi tutto quello che hai in tasca, nel portafoglio, nel conto in banca, chiedi prestiti, rischi di finire

Anonimi

le catene della dipendenza

© Can Stock Photo Inc. / logoboom

nelle mani di finanziarie che ti strozzano o, nelle situazioni più drammatiche, in quelle degli usurai. Perdi il denaro, ma perdi anche la credibilità, la dignità di uomo. Non ti resta a quel punto che cospargerti il capo di cenere e chiedere aiuto.
Io ci sono riuscito. Una sera ho raccontato tutto a mia moglie, ai miei figli, ero arrivato in fondo al baratro, dovevo smetterla di cercare compassione, dovevo smetterla con il libro delle bugie, avevo tolto loro il mio supporto affettivo, ero sempre arrabbiato, lontano. Loro mi hanno capito, mi hanno aiutato, abbiamo cercato on line ed abbiamo trovato il Sert , il centro che faceva al caso mio, dove mi avrebbero aiutato.
Non gioco da ventidue mesi e sono il coordinatore del mio gruppo ed ogni volta che ricevo la telefonata di un nuovo membro sono contento, vuol dire che un'altra persona, schiava del gioco, ha trovato il coraggio di ammetterlo, non si vergogna più. Vuole curarsi. Noi siamo costantemente sotto osservazione, la tentazione non cesserà mai, dobbiamo stare lontano dalle fonti che potrebbero farci ricadere nella dipendenza. Il Gap ha una componente genetica, ma fondamentali sono i fattori sociali, a casa mia giocavano.
Mio padre giocava a carte al bar, in palio c'erano solo delle caramelle, io ricordo che facevo il tifo perché le vincesse, perché una parte sarebbero state mie. Semplicemente così si alimenta la compulsione e quando il fabbisogno sociale di denaro aumenta, aumenta anche la speranza di facili introiti, il sogno di fare il colpo gobbo. E vincere un euro è come vincere un milione, si perde il contatto con la realtà, capita ai pensionati, alle casalinghe, ai giovani".
Il Filosofo sente e vive il suo ruolo all'interno del gruppo come una missione, vuole a tutti i costi trasferire ai suoi fratelli di gruppo, così li definisce, quella forza che lui ha ricevuto forse dalla fede.
"Ascoltandoci – mi dice - ci carichiamo della voglia di non giocare, di stare lontani dalle insidie. Io dico sempre che un giocatore ha una bobina di filo spinato dentro che deve tirare fuori completamente".
Esperienze forti, raccontante senza falsi pudori, con la sincerità che deriva da una debolezza che diventa coraggio, ariete di sfondamento della dipendenza. Ma resta l'ipocrisia delle leggi che non attaccano frontalmente il business che ruota intorno al gioco d'azzardo. "Io una proposta efficace ce l'ho - continua il Filosofo - mettere un limite di gioco di 20 euro alle macchinette, superati quelli, la slot si ferma per un quarto d'ora.
Un tempo insopportabile per un giocatore compulsivo che viene comunque costretto a cambiare bar, a cercare un'altra sanguisuga elettronica, ma nel frattempo si astiene forzatamente dal gioco. Bisogna aiutare chi gioca, non farlo camminare sul cornicione. Disincentivare le slot negli esercizi pubblici, applicando uno sgravio fiscale a chi non le installa, fare più controlli per vedere se sono rispettate le nuove norme contro il gioco d'azzardo (io stesso sollecito l'esposizione dei volantini obbligatori contro il gioco, quando non li vedo), introdurre l'obbligo della tessera sanitaria per vietare il gioco ai minori. Ci sono tanti piccoli strumenti per limitare la compulsività. Il nostro compito di giocatori dipendenti è quello di evitare le mine, ma qualcuno dovrebbe anche sminare il terreno.
Per curarci lo Stato spende dei soldi, perché il Gap è una malattia sociale, perché non fermarla prima?
"Tutte domande legittime, poste non a caso, da un giocatore...Filosofo...che non si nasconde alla verità.

Antonella Prigioni

Gioco d'azzardo, non c'è **emergenza criminale**

Nel mirino delle forze dell'ordine sale giochi e locali con le slot machine

di Antonella **Prigioni**

© Can Stock Photo Inc. / federicofoto

Non è ancora allarme sociale, sotto il profilo del rischio criminale, per il gioco d'azzardo. Almeno nel Norditalia, dove le associazioni malavitose organizzate non hanno allungato in modo sistematico le mani. Come avviene in altre zone del Paese. Ma la guardia da parte delle forze dell'ordine è altissima. La cronaca racconta azioni isolate compiute da individui sotto l'effetto da astinenza da gioco. Sono fatti gravi, ma occasionali che possono aumentare con l'aumentare della disperazione di chi gioca perché non ha soldi, di chi ruba per avere i soldi per giocare in quanto malato di gioco, di chi diventa aggressivo perché in astinenza da puntata o di chi si ammazza perché rovinato dall'illusione della vincita. Poi ci sono livelli criminali più alti di chi va a rubare nei bar perché sa che nelle macchinette ci possono essere tanti soldi, di chi modifica le slot per truffare le vittime, di chi presta denaro a strozzo a chi ha perso al gioco. "Sono comunque rare le vittime del gioco che cadono nella rete degli usurai", dichiara Marco Calì, Dirigente della Squadra Mobile di Padova- Molto più diffuse le truffe subite da chi gioca nei casinò on line non autorizzati dall'Agenzia dei Monopoli di Stato. "Le bische clandestine virtuali sono la nuova frontiera del gioco d'azzardo, ma i nostri monitoraggi sono costanti e stringenti", assicura il dirigente di polizia.

"Controlli continui che effettuiamo anche nei bar e nelle sale giochi, dove le slot machine dilagano. Sono un introito vantaggioso per gli esercenti dei locali pubblici, che però devono rispettare le regole o rischiano la sospensione o la chiusura definitiva dell'attività".

"Sono due le tipologie di locali dove si possono trovare le macchinette a soldi vietate ai minori - ci specifica Carlo Ferretti della Divisione della Polizia Amministrativa e Sociale di Padova - quelle dove la puntata non ha limite di rilancio e che si trovano solo nelle sale giochi e quelle con puntata fissa, massimo di un euro, che sono quelle che occupano un quarto della superficie di un bar o di una tabaccheria. Per le sale giochi ci vuole l'autorizzazione del Questore della città, che rilascia la licenza solo a soggetti che abbiano ottenuto la concessione dell'Agenzia dei Monopoli di Stato e che abbiano la fedina penale immacolata. A Padova, nell'ultimo mese, la Pasi, ha chiuso, per novanta giorni, ben quattro sale giochi. Vita più facile per bar e tabaccherie che devono limitarsi alla segnalazione dell'uso delle macchinette a denaro al Comune. Il guadagno garantito, si parla di ottomila euro in sei mesi per cinque apparecchi, sono un'attrattiva, a cui i gestori fanno difficoltà a rinunciare.

Gli onesti giocano, **i disonesti rubano**

Sabino Acquaviva: risposte sociali alla crisi

© Can Stock Photo Inc. / Klementiev

di Antonella **Prigioni**

Le aziende che costruiscono e distribuiscono i videogames, le macchinette mangiasoldi, non sembrano risparmiate dalla recessione. Tanto che tagliano l'organico e molti addetti si sono ritrovati a spasso.
Non ci sono più soldi per mangiare, naturale ve ne siano meno per giocare, verrebbe da pensare, invece i giocatori incalliti non demordono fino a quando non si rovinano completamente. Se il gioco d'azzardo nei locali pubblici è in flessione, è solo una flessione impercettibile a chi analizza il fenomeno sociale e forse avvertibile solo da chi, fino a poco tempo fa introitava lauti guadagni.
Apparrecchi per giocare sono comparsi ovunque, difficile credere ad un declino del comparto. Meno soldi ci sono nelle tasche delle persone, più si cerca un modo per guadagnarne. E il gioco d'azzardo può essere una strada da tentare per racimolare qualche spicciolo affidandosi al caso.
"E' assolutamente normale - evidenzia il sociologo Sabino Acquaviva - che quando si è al verde si giochi di più, perché si cerca in tutti i modi di procurarsi denaro. La persona onesta tenta ripetutamente la fortuna, la disonesta ruba e rapina. Il gioco d'azzardo è sempre esistito ed anche la consapevolezza delle dipendenza che può sviluppare. Un Presidente della Repubblica del dopoguerra, diceva che giocare, in sé per sé, è un'azione innocente, non sono innocenti i comportamenti patologici che può indurre.
Quando l'economia va bene il gioco d'azzardo determina effetti positivi, quando va male negativi. Il gioco spinge gli uomini a tentare di raggiungere obiettivi con meccanismi non normali, ad arricchirsi senza fatica, senza merito ed è ovvio che quando c'è crisi questa spinta diventi un massacro psicologico e patrimoniale. Quella che è negativa, in un momento in cui le prospettive normali non ci sono, è l'enfatizzazione del gioco come soluzione alla mancanza di denaro, all'assenza di lavoro.
Diventa una chimera rischiosa. E' un messaggio messianico ingannevole di facili guadagni, che i media poi amplificano facendo il gioco ipocrita dello Stato, che da un lato avvia campagne in cui dichiara che il gioco può essere pericoloso, dall'altro lo incentiva, essendo una fonte garantita di introiti.
Sfidare la dea bendata è un fenomeno che si sviluppa nella crisi, si collega alla crisi e la rende più grave. La difesa dalla crisi, attuata dalle politiche di governo, dovrebbe passare anche attraverso un corretto uso degli strumenti dei sogni. E' necessario valutare la fortuna per quella che è: una bizzarria del caso".

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'Italia fanalino di coda per le **risorse destinate ai disabili**

Una ricerca della Fondazione Cesare Serono/Censis mette a confronto i servizi forniti dalla sanità italiana rispetto agli altri Paesi Europei

a cura di Ines **Brentan** e Giuliano **Gargano**

L'Italia è molto al di sotto della media dei Paesi Europei quando si fanno i conti per le risorse necessarie a garantire servizi adeguati e sicuri a persone disabili: 438 euro pro-capite annui rispetto ai 531 dell'Ue. Se si va nel dettaglio della graduatoria, inoltre, si scopre che in Francia si arriva a 547 euro per abitante all'anno, in Germania a 703 euro, nel Regno Unito a 754 euro, e che solo la Spagna (395 euro) si colloca più in basso del nostro Paese. E se la lente di ingrandimento si sofferma sulla natura dei servizi offerti (o tramite cash o beni) ancor più grande diventa la sproporzione. Per quanto riguarda le prestazioni sotto forma di beni e servizi, infatti, il valore pro-capite annuo in Italia non raggiunge i 23 euro, cioè meno di un quinto della spesa media europea (125 euro), un importo lontanissimo dai 251 euro della Germania e pari a meno della metà perfino della spesa rilevata in Spagna (55 euro). È ciò che emerge da una ricerca promossa dalla Fondazione Cesare Serono e realizzata dal Censis sui bisogni ignorati delle persone con disabilità, basata sul confronto con gli altri Paesi europei dell'offerta di servizi per cronici e disabili da parte della sanità italiana. Secondo gli ultimi dati disponibili, in Italia le misure economiche erogate dall'Inps in favore di persone che hanno una limitata o nessuna capacità lavorativa sono pari a circa 4,6 milioni di prestazioni pensionistiche, di cui 1,5 milioni tra assegni ordinari di invalidità e pensioni di inabilità e 3,1 milioni per pensioni di invalidità civile, incluse le indennità di accompagnamento, per una spesa complessiva di circa 26 miliardi di euro all'anno. Ma il modello italiano rimane fondamentalmente assistenzialistico e incentrato sulla delega alle famiglie, che ricevono il mandato implicito di provvedere autonomamente ai bisogni delle persone con disabilità, di fatto senza avere l'opportunità di rivolgersi a strutture e servizi che, sulla base di competenze professionali e risorse adeguate, potrebbero garantire non solo livelli di assistenza migliori, ma anche la valorizzazione delle capacità e la promozione dell'autonomia delle persone con disabilità. L'Italia è ancora molto indietro sul fronte dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità, come dimostrano i dati sui tassi di occupazione. Le differenti definizioni di disabilità in uso nei diversi Paesi europei rendono difficile il con-

© Can Stock Photo Inc. / timbrk

Si spendono 438 euro pro-capite annui, meno della media europea (531 euro), lontanissimi dal Regno Unito (754 euro). Indietro nell'inserimento lavorativo, poche risorse per la scuola. Il modello italiano rimane assistenzialistico, responsabilità scaricate sulle famiglie

fronto. Ma ad esempio in Francia, dove il 4,6% della popolazione (una quota simile a quella italiana) ha un riconoscimento amministrativo della propria condizione di disabilità, si arriva al 36% di occupati tra i 45-64enni disabili, mentre in Italia il tasso si ferma al 18,4% tra i 15-44enni e al 17% tra i 45-64enni. Anche i dati prodotti dalle ricerche della Fondazione Cesare Serono e del Censis evidenziano le enormi difficoltà che queste persone incontrano, sia a trovare un lavoro una volta completato il percorso formativo (è il caso delle persone con sindrome di Down e degli autistici), sia a mantenere l'impiego a fronte di una malattia cronica che causa una progressiva disabilità (è il caso delle persone con sclerosi multipla). Meno di una persona Down su 3 lavora dopo i 24 anni, e il dato scende al 10% tra gli autistici con più di 20 anni. Meno della metà delle persone con sclerosi multipla tra i 45 e i 54 anni è occupata, a fronte del 12,9% di disoccupati e del 23,5% di pensionati. Per fornire una mappa dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria su cui possono contare i disabili italiani è stata realizzata un'indagine nazionale che ha coinvolto tutte le 147 Asl e che si basa sulle risposte di 35 di esse. Con riferimento ai servizi disponibili per le persone Down, 19 Asl su 24 indicano la presenza di servizi di neuro e psico-motricità dell'età evolutiva e di logopedia, 16 segnalano l'attivazione di progetti di educazione all'autonomia e 17 di altri servizi. Per quel che riguarda i pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico, 21 Asl su 24 segnalano l'offerta di servizi di logoterapia e 18 su 24 garantiscono la terapia per la psicomotricità. Per quanto riguarda i servizi per i pazienti affetti da sclerosi multipla, l'offerta delle Asl si concretizza soprattutto in riabilitazione motoria e logopedia, la prima garantita praticamente dalla totalità delle Asl, la seconda dalla metà. Per i pazienti con la malattia di Parkinson, tutte le Asl hanno segnalato di garantire la riabilitazione motoria, la metà quella del linguaggio, un terzo la terapia occupazionale. L'inclusione scolastica occupa un posto centrale nel panorama delle politiche di inserimento sociale delle persone con disabilità. In Italia però sono poche le scuole speciali dedicate ad alunni con problematiche sanitarie complesse. Ma la legge obbliga tutte le scuole pubbliche e private ad accettare l'iscrizione degli alunni con disabilità. Se è vero che l'esperienza italiana rappresenta un'eccellenza, le risorse dedicate alle attività di sostegno e di integrazione degli alunni con disabilità nella scuola appaiono spesso inadeguate. Nell'anno scolastico 2010-2011 circa il 10% delle famiglie degli alunni con disabilità ha presentato un ricorso al Tribunale civile o al Tribunale amministrativo regionale per ottenere un aumento delle ore di sostegno.

I bisogni ignorati delle persone con disabilità

Questi sono i principali risultati della ricerca «I bisogni ignorati delle persone con disabilità» realizzata nell'ambito del progetto pluriennale «Centralità della persona e della famiglia: realtà o obiettivo da raggiungere?» della Fondazione Cesare Serono e del Censis, che sono stati presentati nel 2012 a Roma da Ketty Vaccaro, responsabile del settore Welfare del Censis, Giuseppe De Rita e Carla Collicelli, Presidente e Vicedirettore del Censis, e discussi, tra gli altri, da Gianfranco Conti, Direttore generale della Fondazione Cesare Serono, Elio Guzzanti, Direttore scientifico dell'Irccs Oasi, con le conclusioni di Adelfio Elio Cardinale, Sottosegretario del Ministero della Salute.

Domiciliarità, disabili e non autosufficienti in salvo

La Regione Veneto inserisce nei Lea la domiciliarità. L'assessore Sernagiotto: "Una rivoluzione culturale"

I non autosufficienti e i disabili possono al momento tirare un sospiro di sollievo perché la domiciliarità entra nei Livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale del Veneto, recentemente, su proposta del presidente Luca Zaia, di concerto con gli assessore regionali ai servizi sociali Remo Sernagiotto (*nella foto*) e alla sanità Luca Coletto, ha deliberato un importante provvedimento nell'ambito dei servizi sociosanitari con il quale si destina, in pratica per la prima volta in Italia, tutto il comparto delle prestazioni e dei servizi domiciliari nel settore sociosanitario (non autosufficienza e disabilità) ai Lea. Di conseguenza, con la stessa deliberazione, che sarà ora trasmessa al Consiglio regionale per l'acquisizione del parere da parte della competente commissione consiliare, è stata istituita l'impegnativa di cura domiciliare (acronimo: ICD) con cui, dal 1° luglio 2013, saranno unificati nelle Aziende Ullss gli interventi dell'ambito sociosanitario in un unico paniere della domiciliarità, che sarà strutturato in cinque categorie di risposta al bisogno: basso bisogno assistenziale (bisogni rilevati dalla rete dei servizi sociali e dai medici di medicina generale); medio bisogno assistenziale (demenze con gravi disturbi comportamentali); alto bisogno assistenziale (disabilità gravissime con necessità di assistenza a domicilio h 24); grave

disabilità psichica e intellettiva (che unisce in un'unica fattispecie gli interventi di promozione dell'autonomia personale e di aiuto personale); grave disabilità fisico-motoria (destinata agli adulti con capacità di autodeterminazione anche destinatari di progetti di Vita Indipendente). Le ICD potranno essere erogate in forma di contributo economico oppure in forma di servizi e sono ascritte alle seguenti risorse: nei LEA per un totale di 94.513.341 euro mentre negli extra LEA per 6.999.840 (pari al 25% della ICD a bassa intensità), circa 2.000.000 (il 10% delle risorse per le residenze sanitarie assistenziali), circa 8.000.000 euro per i trasporti dei disabili nei Ceod. Positivo il commento del governatore Zaia al provvedimento. Egli ha sottolineato l'importanza di avere "un paniere unico di servizi per la domiciliarità che semplificherà senza dubbio il ricorso ai servizi e alle prestazioni da parte delle persone non autosufficienti e disabili e delle loro famiglie. Anche in questo campo il Veneto apre la pista in Italia, l'inserimento di queste voci nei livelli essenziali di assistenza rende certo il diritto alla loro esigibilità, contenendo nello stesso tempo la spesa: un risultato non di poco conto in questa fase".

"E' una rivoluzione culturale – fa presente Sernagiotto – perché fino a ieri con il fondo sanitario della sanità non si potevano erogare contributi o prestazioni a un non autosufficiente che stava in casa, ma li si potevano attribuire solo se stava in una casa di riposo o in un altro contenitore sociosanitario. Da oggi in poi, invece, il fondo sanitario sarà utilizzato anche per la domiciliarità. E' una notizia fondamentale, per la quale ho lavorato in questi anni al fine di una migliore assistenza, una buona vita per queste persone mantenendole nel loro ambiente e del miglior sostegno sociosanitario alla persone non autosufficienti e alle loro famiglie. In più, il potenziamento della domiciliarità, in questi tempi di grande crisi, è indispensabile perché più sostenibile economicamente (costa circa un terzo in meno della residenzialità). Infatti – ha concluso - dobbiamo proseguire nel lavoro per far sì che il ricorso alla domiciliarità diventi prevalente rispetto alla residenzialità mentre attualmente nel Veneto il rapporto è ancora sbilanciato a favore di quest'ultima".

Non siamo tutti uguali. Però dobbiamo **ridurre al massimo il gap**

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

Quando diamo per scontato che l'attenzione che si rivolge ad una persona malata sia la stessa per persone con handicap ricoverate in ospedale oppure in altri centri, commettiamo un grosso errore. Possono apparire in linea di principio uguali (il rispetto della persona, l'umanizzazione, le informazioni, la cura e il consenso informato, le barriere le troviamo quasi sempre), e spesso non sono soltanto fisiche ma umane. Si fa presto a chiedere l'applicazione della Carta europea dei 14 diritti del malato quando sappiamo benissimo che in questo caso i malati non sono tutti uguali. Realizzata da Spes Contra Spem e adottata dal Policlinico A. Gemelli di Roma, la Carta dei diritti delle persone con disabilità patrocinata dal Ministero della salute e Consiglio regionale del Lazio ha trovato il consenso di altre associazioni attive a livello nazionale: Fish, Duchenne Sibilings, ABC-Bambini Cerebrolesi, Fantasia, Associazione persone Down e Disabili Visivi. E' proprio dalla Carta Europea dei diritti del malato che si è partiti "per sottolineare che non esistono diritti speciali per le persone con disabilità", ma che le loro limitazioni hanno bisogno di strumenti adeguati per essere rimosse. Si tratta di formare il personale e dotarsi di strumentazione adeguata e mai dimenticare che anche le più elementari esigenze di attesa e di riposo sono diverse. Gli ambienti no. Quando non richiesto esplicitamente dai cittadini con disabilità per ragioni di privacy, così come accade per ognuno di noi, non dovrebbero esserci steccati di sorta. Gli ambienti devono essere gli stessi e, a mio modo di vedere, i tempi di attesa per visite, esami ed interventi devono essere ridotti al minimo. Capita sovente che in ambulatori di analisi - in particolare - alcuni cittadini accettano malvolentieri "il sorpasso": e tutto ciò è molto grave. Genera senso di colpa in chi per svariate ragioni, spesso gravi, si rivolge direttamente allo sportello senza attesa. I cartelli affissi negli ambienti quando ci sono, non sono ben visibili, e da questo punto di vista va fatta una operazione di rimodulazione che tenga conto della corretta informazione in aggiunta ad una continua educazione al rispetto di persone svantaggiate che deve necessariamente partire dalla scuola. Spesso le problematiche fisiche e non, che investono le persone, non sono visibili e soltanto buona educazione e fiducia nella istituzione sanitaria e non solo, risolve il problema. Immagino che il nostro assessorato regionale alla sanità, stimolato anche da esempi concreti che giungono da altri ospedali, possa dare input alle dirigenze sanitarie del Veneto, perché si attivino alla formazione del personale e provvedano a dotarsi delle attrezzature idonee.
Sarebbe troppo bello se entrando in ospedale anzi, ancora prima, in ingresso, trovassimo cartelli di benvenuto con il classico logo della carrozzella: "qui sono ospite gradito". Il direttivo regionale veneto ha già segnalato a chi di dovere e siccome non si tratta di investimenti rilevanti ma, principalmente di formazione del personale sanitario, auspico che la nostra Regione provveda in tempi brevi alla rimozione delle barriere. Pare ovvio, nel caso di emergenze che richiedano evacuazione dei degenti, prevedere corsie preferenziali.

Gli Extra Lea

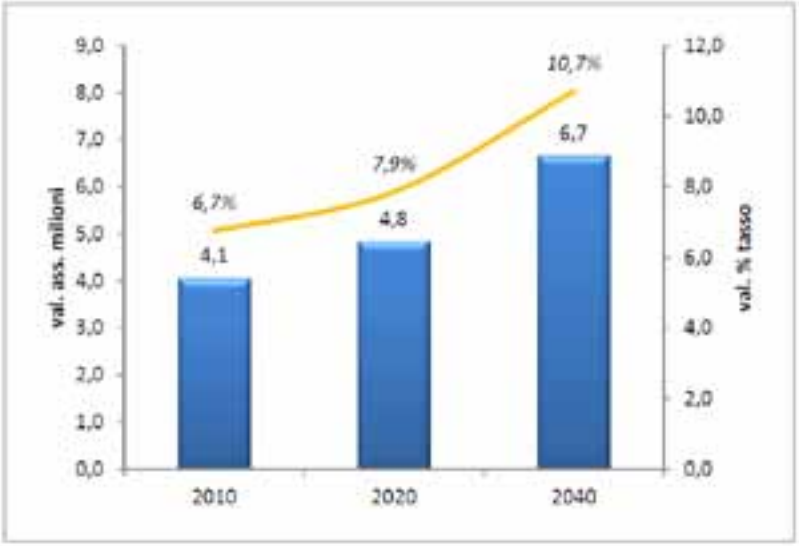
Sono 35 gli "Extra Lea", quei servizi che non rientrano di fatto nei Livelli essenziali di assistenza e che la Regione Veneto ha sempre assicurato in forma gratuita ai soggetti deboli. Si tratta di assegni di cura ad anziani e non autosufficienti, contributi per le cure domiciliari, finanziamenti per progetti di autonomia dei disabili, prestazioni diagnostiche e specialistiche a persone affette da malattie rare e celiachia, telesoccorso e teleassistenza, trasporto e frequenza ai centri diurni per portatori di handicap, la compilazione dei certificati di idoneità sportiva per i minori, il parto indolore ecc. Una serie di prestazioni che costano alla Regione in tutto circa 125 milioni di euro e che, con la Spending review, il Veneto non è più in grado di erogare. Lo scorso 24 dicembre, non a caso, il governatore Zaia aveva bloccato gli "Extra Lea". Operazione che non ha lasciato indifferente il presidente della V Commissione Sanità Leonardo Padrin che ha bocciato il blocco regionale. Ora, con la deliberazione di maggio è salva la domiciliarità, ma tutto il resto? La partita è ancora aperta.

L'Italia è il primo Paese a **legifare sulla disabilità**

I primi provvedimenti legislativi risalgono agli anni Settanta

L'Italia è il primo Paese in Europa a legiferare in materia di disabilità. Si ricordano le leggi del 1971 (118) e del 1977 (legge 517) sull'inclusione scolastica e poi la legge 104 del 1992 e la 68 del 1999 che sanciscono il diritto all'inclusione lavorativa e all'integrazione sociale. Peccato che questo slancio normativo sia venuto meno dal 2000 in poi. Momento in cui, invece, si rileva un risveglio dell'Europa.
Tutti i Paesi indagati nella ricerca "I bisogni ignorati delle persone con disabilità" di Serono/Censis, infatti, hanno conosciuto negli anni 2000 uno step importante nell'evoluzione della legislazione sulla disabilità: se nel Regno Unito si è trattato di aggiornamenti e modifiche alla Disability Discrimination Act, promulgata per la prima volta nel 1995, emendata diverse volte e infine confluita nella più ampia Equality Act del 2010, Francia e Spagna hanno promulgato Leggi-quadro nel corso degli anni 2000: la Loi Handicap del 2005 ha riformato profondamente l'approccio alla disabilità in Francia, così come il combinato disposto della LIONDAU (2003) e della Ley de Dependencia (2006) ha ridisegnato il sistema dei diritti e dei benefici in Spagna. Anche in Germania (nel 2002 e nel 2006) il decennio trascorso ha visto la promulgazione di leggi importanti sui diritti delle persone con disabilità, e soprattutto la ratifica della Convenzione ONU del 2006 (avvenuta nel 2009) ha dato un nuovo impulso all'analisi e al ripensamento del sistema di protezione ed inclusione delle persone con disabilità.

La progressione della disabilità. Stima FCS-Censis per gli anni 2010, 2020 e 2040 (val. %)



Fonte: i bisogni ignorati delle persone con disabilità. Quarto Rapporto. Serono/Censis, 2012.

La crescita della disabilità

- In Italia ci sono 4,1 milioni di disabili, pari al 6,7% della popolazione
- Nel 2020 è previsto che le persone disabili salgano a quota 4,8 milioni (7,9% della popolazione
- Nel 2040 saranno 6,7 milioni (10,7%)

Quei posti irraggiungibili **per colpa di uno scalino**

Padova, nell'area pedonale, quella con i negozi, le maggiori difficoltà

di Giuliano **Gargano** - foto di Francesca **Bottazzin**

Pietro Martire ha 34 anni, è di Dolo. Nell'aprile del 2004, mentre disputava una partita di calcio nel campionato di Prima Categoria, è caduto in seguito ad un fallo. E non si più rialzato sulle sue gambe. Un incidente che avrebbe distrutto chiunque, ma non Pietro. Il suo coraggio e la sua forza di volontà l'hanno aiutato a reagire. Oggi è sposato con Paola, vive con il suo fedele pastore tedesco Argo, lavora come tecnico informatico. E da anni è in prima fila per aiutare gli altri. Ha fondato un'associazione di promozione sociale (vedi articolo a pagina 38), con cui sensibilizza i giovani sui temi della disabilità. Organizza attività benefiche e sportive (anche lanci con il paracadute) per raccogliere fondi e acquistare macchinari per gli ospedali. E continua soprattutto ad essere il Pietro di sempre, cioè un ragazzo speciale. Con lui abbiamo fatto un giro a Padova, a bordo di Jenny (la sua sedia a rotelle elettrica, che gli permette di muoversi da solo). Parcheggi, negozi, bar, l'università, i centri commerciali... Nelle prossime pagine la fotostoria della passeggiata, ma qui possiamo già anticipare la conclusione: c'è ancora tanto da fare per rendere le nostre città accessibili.

Spazi blu (e non più arancioni), come indica la nuova normativa europea, per le auto adibite al trasporto dei disabili. Porte, ascensori, macchinette per il pagamento e indicazioni sono tutte all'avanguardia. Il parcheggio in centro supera a pieni voti l'esame.

Jenny è studiata per concedere la massima autonomia a un disabile. A patto che non ci siano barriere architettoniche: ma vicino alla Cappella degli Scrovegni diventa complicato anche attraversare sulle strisce pedonali: manca la rampa per salire sul marciapiede. Curiosamente, a pochi metri, ce ne sono diverse, ma sono in prossimità di passi carrabili: l'uscita dal garage delle auto è garantita...

«Mi scusi - chiedo alla signorina sorridente - ha una pedana per fare entrare il mio amico?». Il sorriso della commessa si spegne. «Arrivo subito!». Si attacca al telefono, mentre le colleghe si affannano. Alla fine la pedana viene fuori: «Sa, nei weekend c'è un nostro addetto all'ingresso, ma durante la settimana siamo sole, e non sapevamo dove fosse conservata. Prego, entrate pure».

In ascensore si può accedere ad ogni piano di un grande magazzino. Al bar il banco è all'altezza giusta. E' stato ricavato un bagno attrezzato per i disabili, ma gli spazi sono ridottissimi ed è difficile manovrare all'interno: meglio uscire in retro.

Due gradini altissimi impediscono l'ingresso in un elegante negozio del centro. «Mi spiace, non abbiamo la rampa, ma noi siamo molto sensibili a queste tematiche», dice la commessa senza rendersi propabilmente conto della contraddizione. In un altro negozio l'ingresso è garantito, ma all'interno tre scalini - che si sviluppano per una decina di metri, tutta la larghezza del locale - separano un reparto dall'altro. Sarebbe bastato "sacrificare" un metro su 10 per creare una rampa.

Tra piazza Cavour e il palazzo del Bo la situazione è abbastanza agevole. All'università ci sono rampe ovunque, e anche l'ascensore per raggiungere il Rettorato o l'Aula Magna. Il caffé più noto di Padova ha comodi accessi e anche i servizi igienici rispettano la normativa. Ma basta superare l'incrocio e immettersi in via Roma - la strada dei negozi - per cambiare completamente scenario: da un nostro (non scientifico) sondaggio, scopriamo che 7 negozi su 10 non sono accessibili.

In via Roma incontriamo anche una sorpresa (se questo esempio venisse seguito, si eviterebbero molte situazioni imbarazzanti). Accanto all'ingresso un cartello indica l'«accessibilità condizionata» al negozio. Suoniamo il campanello e i commessi ci spiegano che hanno a disposizione delle rampe per facilitare l'accesso delle persone su sedia a rotelle. Dopo una macchinosa ricerca in magazzino, sepolte sotto scatoloni e manichini, ci sono due pedane nuove di zecca. «Di solito diamo una mano direttamente noi a chi vuole entrare», spiegano i ragazzi. Ma Jenny pesa 90 chili, e Pietro altri 80, sollevarli è impossibile. Ecco allora l'occasione per provare le nuove rampe. Si montano in un attimo, e Pietro può fare un giro nel negozio. Speriamo che le rampe non finiscano di nuovo in fondo al magazzino.

E grazie a Pietro tanti giovani vanno **«oltre il muro»**

L'associazione conduce campagne di sensibilizzazione nelle scuole, e dona presidi medici al reparto di Medicina dello Sport di Noale

L'associazione di promozione sociale "Oltre il muro" nasce da un'idea di Pietro Martire che, coinvolgendo un gruppo di amici che lo hanno affiancato nei primi momenti della propria disabilità, si propone di ottenere vari obiettivi nel sociale. L'associazione desidera sostenere chi, catapultato nella sua stessa situazione, non ha la possibilità o la fortuna di affrontare la nuova vita e la quotidianità nella maniera il più possibile "normale". Il gruppo di "Oltre il muro", dopo un'esperienza maturata all'interno dell'AUSER, dove è cresciuto grazie alla struttura organizzativa e alle persone che la compongono, ha deciso di svilupparsi in maniera autonoma e di diventare un'associazione di promozione sociale, visto che è già riuscita a portare a termine impegni ambiziosi per un'associazione con solo qualche anno di vita. In particolare, in questi anni, si è riusciti a far diventare, attraverso la donazione di particolari e costosi presidi medici, l'U.O.C. Medicina dello Sport di Noale un importante punto di riferimento in Veneto e non solo per tutti i ragazzi disabili che vogliono avvicinarsi al mondo dello sport, rendendo possibile eseguire senza nessuna barriera una visita medica specialistica ad hoc. "Oltre il muro" si è anche impegnato a realizzare un'importante campagna di sensibilizzazione sociale coinvolgendo tutte le scuole secondarie di primo grado del distretto scolastico del Comune di Dolo. L'impegno dell'associazione presso le scuole è stato quello di interagire con i ragazzi attraverso incontri, discussioni e mettendoli davanti alle difficoltà quotidiane che affrontano i diversamente abili. Uno dei temi trattati è stato quello con lo slogan "Vuoi il mio parcheggio? Vuoi anche il mio handicap?" che si è poi trasformato e concretizzato in qualcosa di tangibile con la produzione di 110 cartelli stradali posizionati nell'intero territorio comunale nei posti auto riservati ai disabili. Questi cartelli sono stati sviluppati partendo da 6 disegni fatti dai ragazzi e scelti tra oltre 300 da una apposita commissione. Per l'anno scolastico 2012-2013 viene ripetuta la stessa esperienza presso l'istituto Comprensivo "Giovanni XXIII" di Pianiga. «Siamo sicuri - spiega Pietro - che sensibilizzando i più piccoli potremmo avere un impatto importante nel presente ma ancor più nel futuro; ne abbiamo già avuto prova. Siamo convinti che se ci insegneranno a guardare il mondo con i loro occhi e noi insegneremo loro a costruire un mondo senza gli errori che abbiamo già commesso, si potranno abbattere tutte le barriere fisiche e non solo. Per questo e per tanti altri motivi continuate a sostenerci e seguirci perché siamo certi che insieme potremmo andare tutti "Oltre il muro"».

www.associazioneoltreilmuro.tk

Il distretto sociosanitario e i servizi **a misura di disabile**

Per ogni disabile viene redatto un progetto individualizzato e il percorso è condiviso coi familiari

di Alberto **Salmaso**

Quando il territorio è capace di rispondere alle esigenze socioassistenziali di un disabile, sia che l'handicap sia solo fisica o solo mentale o entrambe le situazioni. A spiegarci cosa è un distretto e cosa fa a favore dei disabili è Piero Realdon, medico specialista in igiene e medicina preventiva e direttore del distretto 4 dell'Ulss 16 di Padova.

Dottor Realdon, cos'è il Distretto socio-sanitario?
E' l'articolazione territoriale dell'Aulss che rappresenta la porta di accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, attraverso la valutazione dei bisogni, la definizione dei servizi necessari e l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello quali l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza ad anziani e disabili, l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza e la cura della salute della donna, dell'infanzia e della famiglia, ecc.

Come si accede ai servizi socio-sanitari della rete territoriale?
Si accede attraverso l'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale) che è composta da un gruppo di professionisti socio-sanitari che, attraverso una valutazione di tipo multidimensionale (che prende cioè in considerazione gli aspetti sanitari, familiari, sociali ed economici), valuta il tipo di bisogno della persona al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate. L'UVMD è uno strumento operativo sociosanitario chiamato a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale. E', insomma, la modalità di attivazione della rete, cioè è una modalità di lavoro e non un organismo o un servizio.

Chi può chiedere l'attivazione di una UVMD?
La domanda di attivazione dell'UVMD viene presentata al Distretto dallo stesso utente o dall'amministratore di sostegno o da un famigliare o da un operatore che ha in carico la situazione.

Quali sono compiti della UVMD?
Valutare in modo multidimensionale e multiprofessionale il bisogno

della persona disabile, attraverso una lettura delle esigenze sanitarie, sociali, relazionali e ambientali; elaborare il progetto assistenziale-sanitario individuando il livello di gravità e di bisogno assistenziale della persona disabile; individuare la tipologia di unità di offerta diurna e/o residenziale più idonea per l'attivazione del progetto individualizzato; individuare il servizio e l'operatore di riferimento (case manager) nonché i tempi per la verifica del progetto.

Per quali aree di intervento viene chiesta l'attivazione dell'UVMD?
La progettualità dell'UVMD può riguardare l'utenza anziana con ridotti livelli di autonomia, i minori con problematiche sanitarie e/o sociali, la disabilità adulta, la salute mentale.

Il Progetto individualizzato per gli utenti disabili comporta sempre l'accoglienza definitiva in una struttura protetta?
Assolutamente no. Vengono prima di tutto messe in atto tutte le iniziative che consentono la permanenza delle persone disabili nel proprio territorio e/o domicilio (integrazione scolastica, integrazione lavorativa, trasporto disabili, inserimenti presso i centri diurni, progetti di vita indipendente, interventi di sollievo, quali pronta accoglienza e accoglienza programmata).
I Centri Diurni sono servizi semi-residenziali che accolgono persone adulte con disabilità psicofisica, le cui verificate potenzialità non consentono idonee forme di integrazione lavorativa.
I Centri Diurni offrono attività educative, riabilitative, ludiche, culturali, assistenziali, il servizio mensa e trasporto e garantiscono a ogni persona un percorso di presa incarico individualizzata.

In quali casi si progettano inserimenti residenziali?
I servizi residenziali costituiscono la risposta a bisogni complessi di carattere sanitario, sociosanitario e sociale, nei casi nei quali sia venuta meno la possibilità di permanenza della persona disabile all'interno del nucleo famigliare oppure per coloro che si trovino privi di sostegno famigliare.

E' prevista nelle Ulss una struttura dedicata ai disabili adulti?
L'Unità Operativa Disabilità Adulti è un'Unità Operativa Interdistrettuale che assicura la presa in carico delle persone disabili e delle loro famiglie e promuove il raccordo tra tutti i servizi e le strutture sanitarie, socio-sanitarie, sociali ed educative del territorio. Questa struttura promuove l'autonomia e l'integrazione dei disabili adulti, attraverso la presa in carico integrata, sociale e psicologica, garantendo continuità degli interventi sulla base di progetti individualizzati condivisi con gli utenti e le loro famiglie.

Quanti utenti disabili sono inseriti in residenzialità o semi-residenzialità?
Al 31.12.12 gli utenti inseriti presso i Centri Diurni erano n. 733, mentre alla stessa data quelli inseriti presso strutture residenziali erano 248. Nel 2012 hanno beneficiato del servizio di pronta accoglienza e accoglienza programmata n. 89 persone disabili per un totale di circa 2.500 giornate di assistenza.

Sono previsti contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche?
La legge regionale 12.07.07 n.16 "Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche" prevede un contributo sia per adattare l'abitazione del disabile, sia per adeguare il posto di lavoro, sia per le modifiche necessarie per l'utilizzo dei mezzi di locomozione. Le richieste vanno indirizzate al Comune di residenza competente per la materia.

Quale futuro **per la sanità ambulatoriale**

Venerdì 14 giugno
una tavola rotonda

Dottor Giuseppe Caraccio, perché ha pensato di organizzare questa tavola rotonda?
La delibera n. 2621 sulla spending review, approvata nello scorso dicembre dalla Regione Veneto, ci ha messo all'improvviso di fronte ad una rivoluzione in campo sanitario che mette in discussione la sopravvivenza economica delle strutture accreditate. Ci è subito apparso strano che in una regione "virtuosa" in ambito sanitario, come il Veneto, si sia voluto penalizzare così fortemente la spesa sanitaria ambulatoriale. Una scelta paradossale, visto che a fronte di una riduzione dei posti letto si dovrebbe aumentare l'attività territoriale, quindi quella accreditata – convenzionata, e non viceversa.
Questa decisione ci ha portato a riflettere sul nostro ruolo, sull'importanza delle nostre strutture all'interno del sistema e della società.

E che importanza hanno, secondo voi, le strutture all'interno della sistema e della società?
Ormai lo stato sociale - il welfare state - è in trasformazione e rimpicciolimento, si riducono le risorse economiche. Ma vi è una sottovalutazione del nostro ruolo da parte delle politiche regionali, e – come accennavo precedentemente - è mancata da parte nostra, gli imprenditori della sanità, una capacità propositiva e una coscienza della nostra funzione. Ma non è tempo per rimpianti: bisogna puntare verso nuove forme di welfare che rispondano meglio alle esigenze dei cittadini. La premessa necessaria è data dai numeri: la spesa sanitaria regionale veneta per l'ambulatoriale accreditata è meno di un centesimo al giorno, a fronte di una spesa sanitaria di oltre 5 euro al giorno.

Che domande vi ponete?
E allora, quanto possiamo, come strutture sanitarie ambulatoriali, dare alla società facendo compartecipare a nuove forme assistenziali i nostri cittadini? Possiamo essere integrativi e concorrenziali di fronte al sistema sanitario regionale? Possiamo coinvolgere altri attori del tessuto produttivo e commerciale veneto? Avremo l'orgoglio di proporre ai Veneti nuove forme di assistenza con le nostre capacità organizzative e la qualità nell'erogazione delle nostre prestazioni? Sono domande che ci dobbiamo porre affinché l'oracolo ci possa suggerire le strade da percorrere. E per questo un ringraziamento particolare ai relatori del convegno che abbiamo organizzato su questo argomento. Essi saranno i nostri "sacerdoti aruspici" – e in queste pagine anticiperanno il futuro - sperando che non decretino la nostra "morte" come l'aruspice di Giulio Cesare, l'etrusco Spurinna, il quale predisse all'imperatore romano la tragica morte alle idi di marzo.

Perché un progetto mutualistico **dell'ambulatorialità privata**

Mentre sale la domanda sanitaria, scende l'offerta pubblica di servizi

di Giorgio **Verdecchia,**
esperto in programmazione ed organizzazione sanitaria

Il dato più illuminante rilevabile osservando l'andamento del Servizio sanitario nazionale è, a nostro avviso, quello del progressivo allargamento della forbice tra la domanda sanitaria espressa dalla popolazione e l'offerta di prestazioni e servizi messi in campo dalla mano pubblica. La domanda sanitaria cresce, alimentata da dinamiche demografiche e socio-economiche incomprimibili, come l'aumento della speranza di vita e l'invecchiamento della popolazione, l'impennata delle situazioni di disabilità più o meno connesse a patologie cronico-degenerative, l'innovazione scientifica e tecnologica che offre continuamente nuove opportunità di cura, le aspettative della popolazione sempre più informata ed esigente nel chiedere servizi personalizzati e tempestivi. L'offerta pubblica di prestazioni e servizi invece si ridimensiona, perché è schiacciata dai vincoli del bilancio statale e raziona le erogazioni, mentre rimane ancorata ai tradizionali paradigmi istituzionali ed autoreferenziali, spesso vittime di gestioni dissennate.

Non siamo i soli a dover affrontare una situazione di questo tipo. Uno sguardo a quello che sta accadendo in Europa conferma l'allarme a fronte di una deriva verso il mercato sanitario speculativo. La Spagna è stata costretta a cancellare con un colpo di spugna il proprio servizio nazionale, fino a poco tempo fa giudicato tra i migliori di Europa ed ha affidato i cittadini all'assicurazione sociale. Il Portogallo ha innalzato e generalizzato la compartecipazione alla spesa da perte dei cittadini. La Gran Bretagna, madre dei sistemi beveridgiani, passa da una riforma all'altra ed è arrivata al punto di eliminare le strutture regionali e locali di governo mettendo la gestione dell'assistenza in mano a trusts di medici. La Grecia ha accumulato un debito di svariati miliardi di euro verso le grandi multinazionali del farmaco e non sa come coprirlo. I sistemi del nord Europa virano verso modelli misti con aree pubbliche ridimensionate che lasciano ai privati la copertura dei bisogni derubricati.

Il Welfare sanitario di mano pubblica perde colpi dovunque in Europa ed è ormai alle corde. La crisi da affrontare non è crisi congiunturale né è solo crisi dei sistemi sanitari. E' crisi del modello di protezione sociale fondato sulla delega allo Stato paternalista, Sta crollando il mito europeo dello Stato interprete illuminato degli interessi della collettività e degli individui.

Nell'arretrare, il Servizio sanitario nazionale lascia sul campo aree sempre più vaste di domanda sanitaria e socio-sanitaria insoddisfatta, che si rivolge al mercato privato. L'effetto è sotto i nostri occhi. La limitazione delle risorse pubbliche disponibili si scarica sui cittadini. I livelli di assistenza sanitaria, che pure rimangono illuministicamente scolpiti nelle Tavole della legge, stanno diventando sempre meno esigibili, specie per le fasce economicamente più deboli della popolazione e sia pure con differenze vistose da Regione a Regione. Il termometro della fiducia del cittadino verso l'assistenza offerta dai Servizi sanitari regionali continua a scendere. Il Censis la colloca sotto la soglia del 60 per cento, almeno nelle regioni con Piani di rientro.

Già oggi il cittadino italiano finanzia il Servizio sanitario nazionale con un livello di tassazione che ha raggiunto i massimi storici, ma è costretto - quando può - a mettere mano ai propri risparmi

per comprare sul mercato le prestazioni che il Servizio non gli garantisce più o non gli assicura in tempi ed in condizioni ragionevoli. Il fenomeno è vistoso ed è in crescita. La spesa privata copre attualmente il 25% del fabbisogno complessivo (si tratta grosso modo di 30 miliardi di euro). Le previsioni ECOFIN disegnano una prospettiva ancora più drammatica. La quota pubblica di spesa sanitaria dovrà scendere ulteriormente dall'attuale 75 al 50% cento e lascerà al risparmio privato il compito di finanziarie la differenze.
La salute è un bene fondamentale a cui la gente non vuole rinunciare. Per difenderlo è pronta a riappropriarsi della sovranità individuale. Dobbiamo però stare in guardia sui rischi di una dinamica di questo tipo, perché trasferire quote crescenti di domanda sanitaria verso un mercato speculativo privo di controlli può diventare rapidamente insostenibile sul piano economico e soprattutto indebolisce la coesione sociale. Riapre il conflitto tra ricchi e poveri.
Specie quando si tratta di fronteggiare rischi e spese che possono travolgere l'economia di una famiglia, l'individuo sarà spinto ad appoggiarsi alle formazioni organizzate della società civile. Là dove lo Stato fallisce ed il mercato spaventa fiorisce l'economia sociale. Scende in campo la mutualità – una forza che esiste da sempre e che prospera là dove le forze del singolo soggetto non bastano a fronteggiare i bisogni primari - e si apre la competizione con le coperture pubbliche.

Come gestire questo processo?

E' qui che si innesta l'idea del connubio virtuoso tra la specialistica ambulatoriale privata (o almeno di quella parte di essa che vuole affrontare il rischio di impresa proiettata all'esterno della committenza pubblica) come soggetto di offerta di servizi socialmente utili ed economicamente sostenibili e la mutualità privata, categoriale o aperta che sia, nel suo ruolo di collettore e interprete della domanda sanitaria privata. Una prospettiva valida, se non addirittura una strada necessitata e da cogliere in anticipo sul maturare delle scelte politiche generali.
L'idea è quella di lavorare pionieristicamente ed indipendentemente dalle dinamiche dell'offerta pubblica su cui suonano le campane a morto. Per costruire una filiera domanda-offerta privata mutualistica forte ed organizzata nell'area dell'assistenza primaria, dove i bisogni sanitari si manifestano prima di richiedere interventi di tipo ospedaliero.
Ricordiamo che la Costituzione ed il Codice Civile riconoscono e tutelano la mutualità come forma di impresa sociale in quanto finalizzata a fornire ai membri dell'organizzazione beni e servizi a condizioni più favorevoli di quelle che otterrebbero come singoli nel mercato.
La filiera alla quale pensiamo non è una pura operazione industriale e commerciale finalizzata ad ottimizzare il profitto dei fornitori di prestazioni specialistiche ambulatoriali, Non è una filiera commerciale, un mercato per fare affari sulla pelle della gente mascherato di mutualità Non è nemmeno l'espressione di una radicale dicotomia tra offerta sanitaria privata e offerta sanitaria pubblica. Non è la vittoria del libero mercato contro lo Stato. Non è la caccia al cliente privato in contrapposizione al sistema pubblico. Il nostro riferimento è all'economia di mercato sociale, ovvero ad un'economia che usa gli strumenti del mercato (il libero scambio di prodotti e servizi sanitari tra imprese e gruppi organizzati di cittadini), ma li impiega a fini sociali, li finalizza cioè alla promozione e all'integrazione di quanti si riconoscono parte del sistema di alleanza costituito.

Fare rete tra imprese

Per costruire relazioni, per essere competitivi e valorizzare il capitale sociale. Anche nel sistema sanitario

di Tania **Ceretta** e Giampietro **Vecchiato**

1. Premessa

Il sistema pubblico, soprattutto quello sanitario, è un "colosso di argilla" scosso da una grave crisi di sostenibilità economica, che incrementa gli elementi di ambiguità e conflittualità nel rapporto tra ambulatori privati e Regioni/ASL.
In attesa di un nuovo ruolo dello Stato in sanità, agli ambulatori privati non restano che due opzioni. La prima, restare immobili e dipendere da uno Stato che chiede prestazioni maggiori a costi sempre più contenuti. La seconda opzione, sempre più "obbligata", diventare "imprese" a tutti gli effetti e cambiare profondamente modello di business con un nuovo posizionamento di mercato e una modifica degli aspetti organizzativi e delle modalità di gestione, unite ad una crescita dimensionale delle strutture.

2. Cos'è una rete d'impresa?

Tra le forme di collaborazione e partnership tra imprese, la rete consente ad attività imprenditoriali, di qualunque dimensione, di mettere insieme risorse ed esperienze per "accrescere, individualmente e collettivamente, la propria capacità innovativa e la propria competitività sul mercato".
La Legge 33/2009 e la successiva Legge n. 122 del 30 luglio 2010 hanno introdotto il "contratto di rete" tra le misure a sostegno dei settori in crisi, stabilendo che due o più imprese possono impegnarsi a svolgere insieme una o più attività economiche rientranti nei rispettivi ambiti di competenza "sulla base di un programma comune di rete", collaborando e scambiandosi informazioni o prestazioni di natura industriale, commerciale, tecnica o tecnologica (vedi: "Fare rete tra imprese", a cura di T. Ceretta e G. Vecchiato, FrancoAngeli e Scuola di Politica ed Economia di Confartigianato Vicenza, 2012).
La Rete d'Impresa non è una copia dei distretti; si differenzia dai consorzi e dai gruppi d'impresa (ATI, Associazione Temporanea d'Impresa), non è una fondazione, né è assimilabile a forme di associazionismo o di collaborazione interaziendale legata ad un progetto/finanziamento "one shot".
L'ottica temporale è, infatti, almeno di medio periodo e sono necessarie solide basi tecniche, finanziarie, organizzative, di processo e giuridiche a prescindere dall'intenzione o opportunità di valutare future fusioni, acquisizioni o partecipazioni tra le imprese contraenti.
La rete supera, inoltre, la logica della specialità produttiva dei consorzi. Si avvicina quindi ad un modello di aggregazione societaria, ma non è ancora un "matrimonio tra imprese" che implica di affrontare questioni "nodose" come la rinuncia alla propria autonomia, la ripartizione dei ruoli, la definizione delle regole di governance e di ripartizione degli utili, ecc. Rispetto ad un assetto societario, la rete consente inoltre di giovarsi di una minore burocrazia e minori obblighi formali e di contenere i costi.
La creazione di legami forti, basati sulla fiducia e sulla condivisione, e contrattualmente sanciti sta quindi alla base di nuove collaborazioni tecnologiche, industriali e commerciali possibili di cui le imprese possono beneficiare per: aumentare la propria capacità di ricerca e sviluppo, la propria forza sul mercato,

nonché il potere contrattuale nei confronti dei terze parti (pubbliche o private) e le possibilità di acquisire agevolazioni fiscali, amministrative e finanziarie.
Oggi la Rete d'Impresa è un contratto a tutti gli effetti.
Da un lato, consente alle imprese di aggregarsi per seguire obiettivi di business altrimenti non perseguibili; dall'altro, permette di mantenere la propria individualità, la propria strategia di mercato ed "autonomia imprenditoriale" (nei limiti degli accordi contrattuali tra i partner) collaborando su progetti comuni, in maniera stabile e flessibile.
Tempi, procedure, obiettivi condivisi saranno decisi dalle aziende in base al progetto che intendono realizzare insieme superando i vincoli della dimensione, ma mantenendo le qualità tipiche del proprio sistema produttivo quali la specializzazione, la flessibilità e la capacità di adattamento ai mercati.

3. La password per crescere: fare rete

In un recente convegno organizzato da ManagerItalia, il fare rete è stato definito come la "password per crescere".
Una domanda sorge spontanea: quali sono i nodi irrisolti, le ambiguità, rischi e le opacità? I punti chiave per evitare facili illusioni e per non considerare il "contratto di rete" come la bacchetta magica per uscire dalla crisi, sono:
a) il contratto di rete deve valorizzare le singole imprese e non solo la partnership;
b) premessa fondamentale è che le aziende siano solide, vitali e indipendenti (non devono dipendere unicamente dalla rete) e altamente specializzate;
c) fare rete non significa fare le stesse cose di sempre, ma più in grande: significa soprattutto fare innovazione, adottare una strategia comune a lungo termine di innovazione e di innalzamento della capacità competitiva delle imprese partecipanti e il grado di specializzazione delle singole;
d) la governance della rete deve stimolare la fiducia, a tutela della partnership, assicurando nel contempo un'equa distribuzione dei risultati: fiducia e stima tra partner stanno alla base; prima di essere una rete d'imprese bisogna essere una rete di persone e condividere un sistema di valori;
e) il "contratto" è solo l'inizio e va affiancato da una chiara comprensione della sfida competitiva, dalla definizione di linee guida sulle quali procedere e di un piano d'azione concreto e condiviso: obiettivi strategici, programma di rete, diritti e obblighi assunti, durata del pro-gramma, modalità di adesione e recesso dalla Rete;
f) vanno sincronizzati la progettazione di nuovi prodotti/servizi e la strategia di vendita e distribuzione (un regolamento interno dovrà definire la gestione delle procedure);
g) vanno definiti chiari sistemi di valutazione delle performance (indicatori), gli obiettivi e i target;
h) vanno individuati e formati i "manager della rete", manager dedicati con competenze nella gestione e nello sviluppo della collaborazione tra soggetti diversi (per dimensione, localizzazione, competenze);
i) è necessario definire un sistema informativo efficace per collegare tutti i "nodi" della rete e mantenere le relazioni tra partner in modo rapido.
Solo se si sarà in grado di intervenire su questi aspetti, con particolare attenzione per quelli relazionali, le reti potranno diventare un reale strumento di competizione, di crescita e di sviluppo, anche nel sistema sanitario.

La sanità convenzionata ha bisogno della **programmazione regionale**

di Leonardo **Padrin,** *Presidente V Commissione Sanità Regione Veneto*

I cambiamenti in corso in tutti i Paesi industrializzati in ambito sanitario si sono ulteriormente accelerati con l'incombere della economica che ha duramente colpito tutte le categorie sociali e specialmente le più fragili. Nel Veneto, dove esiste una forte integrazione socio-sanitaria, va rivista la distribuzione e l'organizzazione ospedaliera che si dovrà occupare esclusivamente delle prestazioni sanitarie che necessitano di degenza per interventi complessi. Non si tratta quindi di "risparmiare", ma di ottimizzare le risorse secondo parametri tecnici e scientifici internazionali perché con l'allungarsi della vita dei cittadini aumentano le necessità di cure. Le patologie che in passato erano letali, oggi vengono monitorate e controllate grazie al progresso in campo scientifico e tecnico. Questo significa maggior rigore nella spesa ed una maggiore responsabilità del pubblico nel governo della sanità. Anche se la denominazione "Aziende socio sanitarie" può trarre in inganno, non si tratta di vendere o comprare qualcosa ma di garantire un diritto primario come la salute. Un servizio pubblico che non va mai interrotto ma che non può avvenire in dispregio di una corretta gestione economica e finanziaria. Le prestazioni ambulatoriali, erogate dal pubblico o dal privato convenzionato, non sfuggono a questa logica anzi ne rappresentano una evoluzione perché sempre maggiori sono i servizi che vengono erogati senza ricovero. Un sistema, quello della sanità ambulatoriale convenzionata in Veneto, nato e cresciuto all'ombra della sanità pubblica della quale rappresenta, per alcuni versi, una evoluzione positiva. Una rete che si è sviluppata nel territorio secondo logiche imprenditoriali e che ha sopperito spesso ai ritardi del pubblico ed alla mancata programmazione regionale. Sicuramente strutture di grande qualità, nella maggior parte dei casi, ma con concentrazioni territoriali sproporzionate e con la scelta delle prestazioni da erogare legate a logiche diverse dalle necessità attuali. La risposta a queste complessità, emerse anche dal punto di vista occupazionale per le molte persone che rischiano il posto di lavoro, non può venire che da decisioni regionali che programmino le risposte ai bisogni dei cittadini determinando i soggetti erogatori (pubblici o privati convenzionati), la loro collocazione territoriale e la durata della convenzione con i privati per permettere loro una adeguata politica aziendale di investimenti. Se questo è l'obiettivo da conseguire nel più breve tempo possibile è evidente che si rende necessario un periodo di transizione che non può essere solo economico ma anche e soprattutto logistico, legato ai contenuti cioè alla sostituzione da parte dei "convenzionati" delle prestazioni che non sono più di interesse della Regione, il committente che compra in modo integrativo a quello che produce direttamente.

Possono sembrare termini freddi tenuto conto che quando si parla di servizi sanitari ci si riferisce ad esseri umani che stanno male e che devono essere curati nel modo migliore possibile, ma l'alternativa ad una adeguata programmazione è ritrovarsi con improvvisi tagli lineari a seguito dei quali non esistono più certezze e dove soccomberanno le fasce più fragili della società. Questo è già avvenuto in diversi Paesi, anche europei, in dispregio ad una cultura della solidarietà che, per fortuna, è ancora forte nel nostro Paese. Quello che necessario è un'assunzione di responsabilità delle istituzioni e della classe politica che deve fare delle scelte ben precise pensando alle prossime generazioni e non alle prossime elezioni.

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

Distributore Autorizzato sistemi di Monitoraggio ed Ultrasuoni

Servizi Professionali di assistenza tecnica
Materiale di consumo

Prodotti e Sistemi Philips per la mamma e il bambino

Linea Philips-Avent

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

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

Brevetto Europeo SIDEM mod.BM33T

Distribuzione sistemi di ventilazione non invasiva

Philips Respironics _

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

La cura e la salvaguardia degli **occhi durante l'estate**

D'estate si pensa a proteggere la pelle, non gli occhi. Ecco cosa fare per evitare rischi

di Alessandro **Galan,** *direttore del Unità Operativa Complessa di Oculista dell'ospedale Sant'Antonio di Padova*

Con l'arrivo della stagione estiva ritorna al centro dell'attenzione la salute dei nostri occhi. Recenti campagne di sensibilizzazione hanno fatto in modo che la popolazione oggi sia molto più attenta di un tempo nella protezione della cute. L'utilizzo di adeguate creme solari protettive, esporsi progressivamente ai raggi solari, evitando le ore più calde è una prassi comune. Purtroppo la stessa cosa non si può dire per gli occhi e i danni a distanza prodotti dalle radiazioni solari rappresentano un rischio concreto per la salute degli occhi sia degli adulti che dei bambini. L´occhio è anatomicamente posizionato all'interno dell'orbita che svolge una funzione protettiva ed è difeso dalla luce dall'arcata sopraccigliare, dalle sopracciglia e dalle ciglia. La luce intensa provoca sia la riduzione del diametro della pupilla sia il riflesso che porta a socchiudere gli occhi, reazione che riduce la quantità di luce solare che penetra al suo interno. La radiazione solare non è concentrata su una sola frequenza, ma è distribuita su un ampio spettro di lunghezze d'onda. Il massimo di radiazione è centrato nella banda della radiazione visibile (o luce) con una lunghezza d'onda compresa dai 400 ai 700 nanometri (nm). Oltre alla componente visibile la radiazione solare è composta da raggi infrarossi (700 nm – 1 millimetro) e dalle radiazioni ultraviolette UV (380 nm – 100 nm). Queste ultime rappresentano le radiazioni più pericolose per i nostri occhi. Tutte le persone sono esposte quotidianamente a una certa dose di radiazioni ultraviolette (UV), in gran parte derivanti dal sole, ma anche da fonti artificiali in campo industriale, commerciale o nel tempo libero. Le radiazioni UV si dividono in tre categorie principali:

- UVA (315-400 nm)
- UVB (280-315 nm)
- UVC (100-280 nm)

In generale, la capacità di penetrazione e quindi la "pericolosità" per l'uomo dei raggi UV aumenta al diminuire della lunghezza d'onda e, di conseguenza, all'aumentare della frequenza. La maggior parte dei raggi UV che raggiungono la superficie terrestre sono UVA e, in piccola parte, UVB, mentre gli UVC sono totalmente assorbiti dall'atmosfera. Inoltre, i livelli di UV sono più alti al crescere dell'altitudine (ogni 1000 metri di altezza i livelli di UV crescono del 10-12%) e dell'altezza del sole (specialmente verso mezzo-

giorno nei mesi estivi) e al diminuire della latitudine e della nuvolosità.
Altri fattori ambientali che influenzano i livelli di UV sono lo strato di ozono e la capacità riflettente della superficie terrestre (per esempio, la neve riflette circa l'80% delle radiazioni UV, la sabbia asciutta della spiaggia circa il 15% e la schiuma del mare il 25%). I raggi UV contenuti nelle radiazioni solari possono danneggiare in maniera più o meno grave l'occhio. Uno dei problemi più comuni è la cheratocongiuntivite attinica ed è legata all'esposizione in luoghi con molto riverbero (spiaggia o piste da sci) o in caso di utilizzo di saldatrici senza la corretta maschera protettiva. Si tratta di un'infiammazione acuta che colpisce sia la congiuntiva sia la cornea, con sintomi quali lacrimazione, dolore, gonfiore alle palpebre, sensazione di sabbia negli occhi, vista annebbiata o ridotta. E' causato da un danno tossico diretto dei raggi UV a livello dell'epitelio corneale e congiuntivale. Si tratta solitamente di un disturbo lieve, che generalmente si risolve nel giro di qualche giorno senza lasciare sequele. L'utilizzo di lacrime artificiali allevia la sintomatologia e permette una più rapida guarigione. Nei casi più gravi è indispensabile recarsi dall'oculista che verificherà la situazione dell'occhio ed instaurerà la terapia più adeguata. La cecità da neve è una malattia tipica delle regioni artiche o Himalayane ed è una situazione estrema di questa cheratocongiuntivite causata dagli elevati valori di raggi UV presenti in quelle zone. La prevenzione consiste nell'utilizzo di adeguati occhiali con lenti filtranti i raggi UV. Un'eccessiva e prolungata esposizione ai raggi solari causa un eritema della cute palpebrale con progressiva perdita dell'elasticità del tessuto cutaneo e formazione nel tempo di rughe nella regione perioculare. Come per la cute anche a livello oculare l'esposizione prolungata ai raggi solari può incrementare il rischio di contrarre un tumore sia a livello palpebrale che congiuntivale. Le lesioni più frequenti fortunatamente sono benigne e sono rappresentate da delle escrescenze a livello della congiuntiva (pterigium). La cataratta è la causa principale di cecità nel mondo. Consiste nella opacizzazione della lente chiamata cristallino che tutti noi abbiamo all'interno del nostro occhio. Le proteine del cristallino modificano la loro struttura originaria a cui è legata la loro trasparenza e accumulano pigmenti che determinano l´opacizzazione del cristallino con conseguente calo della vista. Anche se la cataratta è una condizione praticamente fisiologica collegata all´invecchiamento, l´esposizione al sole e, in particolare, l´esposizione alla radiazione UVB sembra essere il principale fattore di rischio per il suo sviluppo. Un importante danno alla retina può essere provocato dall'osservazione diretta della luce solare. Osservare, senza l'opportuna protezione, un'eclissi solare, causa una vera e propria bruciatura della retina. Purtroppo questa condizione è irreversibile, il paziente percepirà una macchia scura al centro del proprio campo visivo. Per questi motivi è sempre sconsigliabile fissare il sole, e nel caso lo si volesse fare (in caso di eclissi) è indispensabile utilizzare filtri adeguati (i normali occhiali da sole non sono sufficienti).
La retina è sensibile anche alla lunghezza d'onda più bassa della luce visibile corrispondente al blu-violetto (400-490 nm) in quanto viene assorbito dall'epitelio pigmentato che sta al di sotto della retina e nel tempo sembrerebbe favorire l'insorgenza di una maculopatia legata all'età. Per i suddetti motivi è importante ribadire l'importanza dell'utilizzo degli occhiali da sole. E' consigliabile una adeguata dieta ricca in frutta (soprattutto arancia, kiwi e albicocche), verdura (peperoni, pomodori, carote, ma anche vegetali

a foglia verde come lattuga e spinaci) e povera di grassi. Il pesce contiene gli Omega-3, acidi grassi che hanno dimostrato avere un effetto protettivo sulla macula. In soggetti affetti da iniziali segni di invecchiamento retinico è indicata l'assunzione di complessi multivitaminici (contenenti vitamina A, C ed E, ma anche selenio, zinco e luteina). Il fine è ridurre ulteriormente lo stress ossidativo e proteggere le cellule della retina. Durante i mesi estivi si può venire facilmente a contatto sia con acqua di mare che con quella delle piscine. A cura dell'alto contenuto di sale e cloro in queste situazioni è bene non aprire gli occhi sott'acqua, in quanto si ottiene una forte irritazione della congiuntiva con arrossamento e bruciore agli occhi. In questi casi è utile instillare delle lacrime artificiali per decongestionare naturalmente l'occhio. E' assolutamente controindicato l'utilizzo di lenti a contatto, soprattutto nelle piscine, a causa dell'elevato rischio di contaminazione con germi e batteri presenti in acqua. In spiaggia è sempre importante bere molta acqua, se possibile anche facendo ricorso a specifici integratori di sali minerali, perché le elevate temperature determinano una disidratazione maggiore. La conseguenza a livello oculare può essere l'aumento della presenza delle cosiddette "mosche volanti", ovvero delle impurità che tutti noi abbiamo nella gelatina (vitreo) che riempie il nostro occhio.

© Can Stock Photo Inc. / dolgachov

Consigli per l'estate

- Utilizzare sempre occhiali da sole con lenti marchiate CE
- Non comprare lenti contraffatte
- Far indossare gli occhiali da sole anche ai bambini
- Mangiare frutta e verdura
- Idratarsi abbondantemente con acqua o integratori
- In caso di bruciore instillare delle lacrime artificiali
- In casi più importanti sottoporsi a visita oculistica

Occhiali da sole
quali utilizzare

La massiccia diffusione dei prodotti contraffatti costituisce un pericolo per la salute dell'occhio

© Can Stock Photo Inc. / gvictoria

L'impiego di occhiali da sole protettivi dovrebbe iniziare in giovane età e continuare per tutta la vita perché ridurre l'esposizione alle radiazioni solari rallenta l'invecchiamento dei tessuti oculari e ritarda l'insorgenza delle malattie. La scelta dell'occhiale non dev'essere basata su semplici canoni estetici, ma è particolarmente importante utilizzare occhiali da sole con lenti di ottima qualità e fabbricate secondo le regole stabilite dagli organismi comunitari, quindi lenti che assorbano il 100% dei raggi UV e fino al 96% del violetto/blu. Per questo motivo è molto importante verificare la presenza della marcatura «CE» indelebile sulla montatura e la presenza della nota tecnica informativa, che contiene informazioni sulle caratteristiche tecniche della montatura e delle lenti, le eventuali limitazioni d'uso, l'indicazione del grado di protezione dai raggi ultravioletti e la schermatura. La massiccia diffusione di prodotti contraffatti costituisce un pericolo per la salute dell'occhio. Queste montature risultano praticamente identiche ai marchi prestigiosi in commercio, tuttavia la qualità delle lenti utilizzate non forniscono alcuna garanzia di avere quella preziosa funzione di filtro ai raggi ultravioletti che è invece alla base della reale utilità degli occhiali da sole. Un classico errore è limitarsi a verificare se questi occhiali contraffatti abbiano una lente molto scura. Se una lente non possiede filtratura ultravioletta il fatto che sia scura peggiora la situazione, in quanto una volta indossati la pupilla riceverà di meno lo stimolo a restringersi e quindi più raggi ultravioletti tossici entreranno nell'occhio. Come scegliere, quindi, un buon occhiale da sole? A parte i parametri estetici individuali l'occhiale dovrà adattarsi bene al viso, appoggiandosi stabilmente sul naso (occhiali che tendono a scivolare fanno perdere l'efficacia in quanto i raggi ultravioletti entrano dai lati). E' sconsigliabile scegliere una montatura con lenti troppo piccole. Le stanghette laterali dovranno avere dimensioni idonee a permettere un buon campo visivo laterale. In situazioni estreme di irraggiamento quali l'alta montagna è opportuno utilizzare occhiali con forti protezioni ultraviolette, magari specchiati (aumenta ulteriormente il potere filtrante) e chiusi lateralmente dai cosiddetti 'paraocchi'. Le lenti dovranno essere di alta qualità, con marchiatura «CE» ed un foglietto illustrativo dove viene indicata il grado di filtrazione ultravioletta e la schermatura. Quest'ultimo parametro viene valutato secondo una scala che va da zero (nessuna filtratura) a 5 (schermatura massima, inadatta per la guida). Generalmente le filtrature più vantaggiose risultano quelle comprese fra 2 e 4. Discorso a parte riguarda le lenti polarizzate che permettono di aumentare la nitidezza delle immagini. La polarizzazione è un trattamento delle lenti tale per cui viene eliminata una delle due componenti ortogonali in cui si scompone l'onda luminosa, avendo come effetto un miglioramento del comfort visivo per la diminuzione dell'intensità dell'immagine, senza perdita di dettaglio. Per quanto riguarda il colore della lente bisogna ricordare che colori forti possono alterare la percezione dei colori dell'ambiente esterno. Per questa ragione lo standard adottato per l'utilizzo in aviazione è il grigio neutro, colore che attenua la luminosità senza alterare in maniera significativa i colori dell'ambiente. Le lenti gialle aumentano il contrasto e possono essere utilizzate in condizioni di bassa luminanza ambientale e basso contrasto (nebbia, pioggia). Concludendo la scelta di un occhiale da sole è un atto importante da non sottovalutare ed è sempre bene rivolgersi per l'acquisto solo da un ottico di provata serietà e professionalità per non cadere in acquisti potenzialmente dannosi per la salute dei nostri occhi.

Se non cambiamo, la sanità è destinata al **declino**

Il presidente della V Commissione Padrin: "A giugno le schede ospedaliere"

di Ines **Brentan**

A distanza di un anno dal via del nuovo Piano sociosanitario, ora è la volta delle schede ospedaliere. Si attendono a giugno e a detta dei ben informati saranno rivoluzionarie.
Perché? Perché ridisegneranno completamente la sanità veneta che, in futuro, sarà una sanità con meno ospedali e più territorio. Un cambiamento epocale che, però, per alcune regioni è di fatto da tempo una realtà come la Toscana o l'Emilia Romagna. Un cambio di rotta necessario in un periodo di austerity come quello di oggi che obbliga sempre più istituzioni e amministratori pubblici a utilizzare al meglio le risorse a disposizione.
"Se non cambiamo – dichiara Leonardo Padrin, presidente della V Commissione Regionale della Sanità – la nostra sanità è destinata al declino". Ecco cosa accadrà: gli ospedali saranno distinti in Hub e Spoke. In pratica i primi sono quelli attrezzati per assistere 1.000.000 di abitanti e sono estremamente specializzati, mentre i secondi devono assistere 200.000-300.000 abitanti, dotati di pronto soccorso e specialità di base come: chirurgia generale, medicina interna, oncologia, cardiologia, ostetricia, pediatria, ortopedia, neurologia, urologia, geriatria e servizi di diagnosi e cura. A questi si aggiungeranno quelli territoriali. "Spero che gli ospedali che non servono vengano chiusi", commenta Padrin. Della serie: basta campanilismi. "E' tempo di riorganizzare la sanità per evitare sprechi e garantire servizi di qualità ai cittadini". Per cui si arriva al nodo dei posti letto. Secondo i parametri fissati dal patto della Salute, il Veneto è in regola: è al di sotto dei 4 posti letto per 1000 abitanti per gli ospedali, ne ha 0,5 per 1000 abitanti per la riabilitazione e 0,7 per il territorio. "L'obiettivo – dice Padrin – sarà quello di ridurre i posti letto ospedalieri a favore di quelli territoriali". Questi ultimi saliranno a 1,5 per 1000 abitanti e verranno ripartiti tra hospice, ospedali di comunità e strutture intermedie dove verranno assistiti quei casi che hanno superato la fase acuta in ospedale, ma non sono ancora pronti a rientrare a casa. Se il Piano, varato lo scorso maggio da Giunta e Commissione consiliare della Sanità forniva l'impostazione, lo scheletro della sanità del futuro, con le schede ospedaliere e territoriali si darà corpo (numero di ospedali e loro classificazione, numero delle apicalità, eliminazione dei servizi doppione). E di certo non mancheranno le polemiche su quali ospedali salvare. "Sono convinto – dice Padrin – che chi alza la voce e fa discorsi di un certo tipo, non pensa alla sua salute. Perché quando devo curarmi, voglio l'ospedale migliore per quella determinata patologia e, per questo, sono pronto a spostarmi. In quel frangente non mi importa dell'ospedale sotto casa".

Botta e risposta sulle **schede ospedaliere**

Il capogruppo del PD in Regione Tiozzo contro le lungaggini per l'approvazione delle schede ospedaliere

di Ines **Brentan**

Non è più accettabile proseguire in questa anarchia sul fronte della riorganizzazione dei servizi della sanità veneta. Avevamo ragione noi: le schede ospedaliere e territoriali dovevano avere un termine perentorio per la loro approvazione. E la dimostrazione sta nel fatto che in queste settimane la maggioranza, sempre più spaccata, continua a proseguire con provvedimenti a macchia di leopardo e con colpi di mano che non corrispondono ad alcun disegno organico".

A dirlo il capogruppo del Pd in Consiglio regionale, Lucio Tiozzo, preoccupato per il lungo protrarsi della discussione sulle schede ospedaliere.

"Visto che l'assessore Coletto appare sempre più impotente, incapace di assumere una decisione chiara, è a questo punto il presidente Zaia che deve prendere atto dell'impossibilità di proseguire con questa situazione che lascia nell'incertezza l'utenza e gli addetti sanitari del Veneto. Si confronti apertamente anche con le opposizioni e veda di riordinare le idee soprattutto ai suoi alleati di Giunta. Le schede vanno approvate urgentemente: la sanità veneta non può scivolare in questo baratro caotico".

La risposta del presidenza Zaia

Quanto fatto trapelare da alcuni media è una non notizia, perché da almeno un anno è esattamente quello che stiamo dicendo, e cioè che nella riorganizzazione della rete ospedaliera veneta ci sarà una diminuzione di posti letto, determinata peraltro da normative nazionali. Attenzione però, perché il taglio reale alla fine non supererà i 400 che, divisi per gli ospedali esistenti fa 7 letti ad ospedale. Chi ha strumentalizzato il dato complessivo spacciandolo per una mannaia calata sugli ospedali cerca solo di creare allarme ed esasperazione nei cittadini, soprattutto nelle fasce di popolazione più disagiata che ha bisogno di una sanità pubblica efficiente e attenta alle loro necessità, com'è quella che scaturirà dalla riorganizzazione".

Lo sottolinea il presidente della Regione del Veneto Luca Zaia. "Di quei 1800 posti che tanto allarmano alcuni esponenti dell'opposizione – precisa Zaia - ne verranno effettivamente eliminati non più di 400. 200 vengono recuperati grazie al riconoscimento della migrazione sanitaria extraregionale; altri 1.200 rimarranno operativi per essere destinati alle postacuzie e alla riabilitazione negli ospedali specifici denominati 'di comunità'. Resta una diminuzione reale di 400 che, su un totale esistente di oltre 17.000, di sicuro non intacca né la qualità né la quantità dell'assistenza erogata".

"Tutti gli studi sui bisogni di salute dei veneti – aggiunge Zaia – ci dicono che la qualità dell'assistenza non si basa più sul numero dei posti letto, ma sul livello e la modernità dei servizi erogati. A cosa possono servire, ad esempio, tanti letti di chirurgia quando attraverso il previsto potenziamento del day surgery potremo fare migliaia di piccoli interventi chirurgici permettendo al paziente di operarsi al mattino di tornare a casa la sera? – chiede Zaia. E quale persona sarebbe contenta di doversi ricoverare sapendo che le nuove tecnologie gli permettono di tornare a casa già guarito e di dormire nel suo letto?".

"Questa è la realtà – conclude Zaia – che troverà formalizzazione nelle vere schede: una sanità nuova, ancora migliore per organizzazione e livello tecnologico e professionale, nella quale ogni veneto troverà la risposta migliore ai suoi bisogni di cura. Gli allarmi ad orologeria non fanno onore a chi li lancia".

La Ulss 13 sarà al centro di una **rete complessa** di ospedali

Gino Gumirato: dalla riforma sanitaria di Obama alla prima direzione generale in Veneto

di Ines **Brentan**

Ha girato in lungo e in largo l'Italia ricoprendo ruoli dirigenziali in importanti Aziende sanitarie. E' docente di formazione manageriale alla Bocconi di Milano. Quattro anni fa è stato consulente del presidente degli USA Obama per la riforma della sanità. E oggi torna in Veneto sotto le vesti di direttore generale dell'Ulss13 di Mirano (nel veneziano). Gino Gumirato, 48 anni, padovano di origine, guarda ad una sanità meno policentrica, capace di investire su medici per le cure primarie, la prevenzione e una sana dose di tecnologia. E sul futuro di Mirano il manager non ha dubbi né timori: "Non dobbiamo aver paura di venire schiacciati da altre Ulss più grosse, ma lavorare in rete con loro per gestire meglio i casi più complessi".

E' stato direttore a Cagliari, a Modena e a Roma (tanto per citare le esperienze più recenti), questa è la sua prima volta come direttore generale in Veneto. Cosa si aspetta da questa Regione e soprattutto quali esperienze di sanità che ha vissuto in passato possono aiutarla in questa nuova avventura?

Il Veneto è una regione matura per affrontare scelte importanti, come la ulteriore riduzione dei posti letto per acuti, la specializzazione e la definizione del profilo degli ospedali, lo sviluppo delle reti cliniche e la rimodulazione dei posti di residenzialità territoriale. L'esperienza del passato potrebbe essere utile per non commettere scelte di cui conosciamo tutti i risvolti negativi come, ma solo per fare un esempio, il blocco più o meno totale del turn-over del personale in assenza di processi di ristrutturazione o riorganizzazione aziendale.

Cosa ha fatto appena nominato alla guida dell'Ulss 13 e quali obiettivi si è posto a medio-lungo termine?

Ho analizzato in profondità i dati di consumo, oltre che di costo, delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie del nostro territorio, valutato i livelli di erogazione delle prestazioni dal punto di vista dell'appropriatezza, cercato di capire il livello tecnologico e di stato degli immobili. Ovviamente ho incontrato tutte le istituzioni e le associazioni che lo chiedevano, per avere le loro percezioni e per capire i loro punti di vista. A medio lungo termine attueremo quanto le Istituzioni regionali definiranno in termini di programmazione ospedaliera e territoriale; ritengo altresì importante lavorare per una maggiore sicurezza nei luoghi di lavoro, ridefinire il modello logistico e immobiliare di riferimento, qualificare e rendere più utilizzabili le tecno-

Chi è Gino Gumirato

- Nato a Camposampiero (Padova) nel 1965
- Laureato in Scienze Politiche indirizzo Economico a Padova
- Coniugato con due figlie
- Tra le esperienze più recenti: direttore generale all'Asl di Cagliari (2005-2008), nello staff di Obama per la riforma sanitaria (2009-2010), direttore amministrativo e direttore generale ff all'Asl di Roma E', direttore amministrativo all'Asl di Modena. Dal 30 dicembre 2012 direttore generale dell'Ulss 13 di Mirano.

I numeri dell'Ulss 13

- 3 ospedali (Mirano, Dolo, Noale)
- 900 posti letto
- 28 sedi territoriali
- 2.900 dipendenti
- Costi annui per 450 milioni di euro

logie. Il tutto per poter migliorare significativamente la nostra capacità di presa in carico del cittadino, a partire dal portale di entrata, il nostro Centro Unificato di Prenotazione che tante criticità subisce e crea.

In giugno sono attese le nuove schede ospedaliere che di fatto ridisegneranno la sanità veneta: c'è il rischio che in questo nuovo scenario l'Ulss 13 venga schiacciata dalle superpotenze di Venezia e Padova? Al contrario, secondo lei: potrà Mirano ritagliarsi un suo ruolo?
Mirano ha già storicamente maturato un ruolo rilevante nel territorio di riferimento, sia sulle procedure mediche a bassa complessità che sull'alta specializzazione: Cardiologia, Cardiochirurgia, Otorino, Ginecologia ma anche Geriatria o nella Prevenzione, la nostra Azienda risponde ai bisogni della popolazione. Padova e Venezia, ma anche Treviso o Verona vanno lette come opportunità di creazione di reti stabili che aumentano la capacità di gestione dei casi ultracomplessi: non dobbiamo avere paura di essere schiacciati, siamo chiamati a lavorare in rete sia sulle complessità che sui livelli assistenziali e su questo ci stiamo sforzando di accrescere le competenze.

L'Ulss 13 è conosciuta per alcune prestazioni e servizi di eccellenza (chirurgia della mano, cardiochirurgia, ecc). Me ne parla?
La domanda tradisce una concezione un po' antiquata della sanità, se permette: è certo che la Cardiochirurgia a Mirano abbia costruito una propria storia, una competenza riconosciuta ed apprezzata anche al di fuori dei nostri confini territoriali, così come singoli chirurghi della mano abbiano fondato nel nostro Veneto scuole di professionisti chiamati a "ricucire" le mani degli agricoltori prima e degli artigiani e industriali poi, ma la sanità moderna sarà eccellente su altri presupposti. Una sanità "razionata" dai tagli lineari dei costi riuscirà a mantenersi un luogo privilegiato del benessere della popolazione solo se saprà agire su molti versanti e non esclusivamente sulle cure chirurgiche o cardiochirurgiche: se avrà un servizio di prevenzione sempre più attivo e con poteri di controllo forti, se baserà le sue scelte su dati epidemiologici e di consumo georeferenziati, se ridurrà drasticamente la burocrazia a favore della presa in carico (anche via web), se investirà in strutture maggiormente sicure e tecnologicamente avanzate ma certamente meno policentriche, più piccole e funzionali; se investirà in ricerca, se investirà maggiormente nei medici che si dedicano alle cure primarie, se integrerà i propri sforzi in reti complesse di ospedali.

La sede del Distretto Riviera, a Mira, è da tempo contestata in quanto obsoleta e inopportuna sia dal punto di vista della logistica che dal punto di vista strutturale: è previsto un cambiamento per il futuro?
Sì, va cercata o creata una nuova struttura che sia semplice, moderna, accessibile, fruibile. Vari Comuni si sono fatti avanti ma nessuna decisione è stata presa.

Lei ha contribuito alla riforma sanitaria americana. Sbaglio o la sanità in America si sta sempre più "italianizzando", mentre in Italia tende al contrario ad "americanizzarsi, quindi punta più sulla privatizzazione? Mi fotografa la sanità del nostro futuro?
La sanità americana ha capito che la "copertura universale" cioè il dare servizi sanitari a tutti i cittadini, è una sanità che costa di meno della sanità solo per chi se la può permettere. Il "modello di mercato", la "libera scelta del cittadino" ed altre fantadeduzioni della teoria di mercato hanno semplicemente creato negli USA maggiori costi, maggiore inappropriatezza delle prestazioni e risultati di salute peggiori. Ovviamente gli USA detengono la leadership mondiale della ricerca scientifica e centri di eccellenza specialistica di valenza mondiale, che noi non abbiamo ma, ribadisco, vivono meno e peggio di noi. Quando penso alla sanità del futuro non ho vincoli mentali sul fatto che l'erogatore dei servizi, anche di alta ed altissima specializzazione, possa anche essere privato oltre che pubblico. E' la governance del sistema che deve rimanere pubblica, perché in tutto il mondo laddove la governance è pubblica i risultati sui costi e sulle salute sono migliori. Anche in Italia.

La musica e la danza nella riabilitazione della **Malattia di Parkinson**

di Daniele **Volpe**, *dirigente medico responsabileU.O.S. di Neuroriabilitazione, Ospedale "S. Raffaele Arcangelo" Fatebenefratelli - Venezia*

© Can Stock Photo Inc. / VILevi

La Malattia di Parkinson è una patologia neurologica che comporta una ridotta attività fisica, una scarsa mobilità, un elevato rischio per cadute e una ridotta qualità della vita. Sebbene negli ultimi anni vi sia una emergente evidenza che l'attività fisica migliori la forza muscolare, l'equilibrio e la mobilità, molti studi hanno confermato dei benefici limitati nel lungo tempo per una ridotta aderenza ai programmi riabilitativi. La musica fin dall'antichità è stata utilizzata ai fini terapeutici-educativi. Infatti lo stesso Archimede, inventore della scala musicale, ne aveva enfatizzato l'importanza; successivamente Platone nella Repubblica riconosceva nella musica un importante strumento per il rispetto dell'Etica e dell'Estetica, valori fondamentali per il buon governo di uno Stato Civile; Aristotele sottolineava l'importanza dell'allenamento nell'arte musicale e così via fino a Leibniz nel 1700, il quale definiva la musica quale esercizio cosciente dell'aritmetica. Solo nel 1804 durante il Congresso Internazionale "The First American Dissertion on Music Therapy" vi è un cambio del paradigma da un modello di Scienza Sociale ad un modello di Neuroscienze facendo diventare la Musicoterapia una sezione speciale della Riabilitazione riconosciuta dalla Federazione Mondiale di Neurologia. Da allora la musicoterapia è stata utilizzata nella riabilitazione di numerose malattie neurologiche e anche nella Malattia di Parkinson. In campo riabilitativo la musica presenta alcuni aspetti interessanti per chi si interessa di neuroriabilitazione; per esempio è stato dimostrato che il training musicale facilità la capacità di riproduzione di un brano musicale stimolando in tal modo la neuroplasticità che viene promossa attraverso esercizi di intonazione e un dato curioso è che il cervello è in grado di elaborare e riconoscere delle stonature occulte di un brano evidenziando la straordi-

naria capacità di tale organo. Partendo dal presupposto che il suono è la conseguenza di un evento cinetico, come ad esempio lo sfregamento dell'archetto sulle corde del violino, si è arrivati addirittura alla sonificazione del movimento (es. il rumore del remo in acqua) in quanto essa aumenterebbe la percezione dell'esecuzione del movimento stesso facilitando in tal modo l'anticipazione del movimento come è avvenuto in uno studio di ricerca, dove tale tecnica è stata applicata nella squadra olimpionica di canotaggio tedesca durante le ultime Olimpiadi vincendo la medaglia d'oro. Tali osservazioni danno un'idea delle potenzialità che la musica può offrire nel campo della Neuroriabilitazione.

Tra le varie componenti della musica i riabilitatori utilizzano maggiormente il ritmo, la cui sede nel cervello è stato individuato nel nucleo paraolivare superiore (SPN). In particolare la musica ritmata viene utilizzata nella Malattia di Parkinson in quanto il ritmo permette di circuire le vie neuronali mal funzionanti in tale patologia del sistema nervoso extrapiramidale permettendo in tal modo di superare i disturbi del cammino tipici, quali ad esempio il freezing (congelamento dei piedi a terra) prima di partire o durante i cambi di direzione. Per tale motivo viene consigliato alle persone con Malattia di Parkinson di ascoltare musica di qualsiasi genere possibilmente il più ritmata perché in tal modo si facilita il movimento.

Strettamente connessa alla musica è la danza; due sono le cose che fanno danzare: la prima è il ritmo e la seconda è l'osservare la danza. E' stato evidenziato che l'osservare dei danzatori mentre ballano stimolerebbe delle aree cerebrali sensori-motorie facilitando in tal modo l'esecuzione dei movimenti. Tali ricerche si rifanno agli studi sui neuroni a specchio, dove molte aree del cervello sarebbero coinvolte nel sistema dei neuroni a specchio inclusi quelli acustici. Inoltre i danzatori mostrano una maggior capacità di verticalizzazione rispetto ai non danzatori evidenziando una maggior capacità propriocettiva-somestesica-cinestesica rispetto ai non danzatori.

© Can Stock Photo Inc. / Ostill

Negli ultimi anni è andata sempre più crescendo l'attenzione da parte dell'opinione pubblica sull'utilizzo delle riabilitazioni alternative o complementari nella riabilitazione della Malattia di Parkinson. Per migliorare la qualità della vita in tale Malattia c'è bisogno di trovare metodi riabilitativi efficaci, divertenti e sostenibili. La danza è un modo di fare attività fisica comunemente utilizzata da molte persone anziane. Studi preliminari condotti su persone con Malattia di Parkinson hanno dimostrato che la danza può essere associata ad un miglioramento della mobilità, dell'equilibrio e della qualità della vita. Infatti uno studio sul tango alcuni anni fa ha evidenziato che tale danza sembra migliorare la mobilità e l'equilibrio nella Malattia di Parkinson anche se tale affascinante danza non sempre risulta alla portata di tutti per la complessità di esecuzione dei suoi passi.

Non è chiaro quale genere di danza sia più efficace o quale musica più adatta; altrettanto non si sa se la danza sia più efficace nel lungo termine rispetto alla fisioterapia convenzionale. Soprattutto non è noto se la danza sia sicura per le persone con Malattia di Parkinson, le quali hanno una propensione a cadere.

Partendo da tali riflessioni come preludio per uno studio randomizzato internazionale abbiamo voluto esplorare gli effetti della danza irlandese nelle persone con Malattia di Parkinson. La scelta della danza irlandese nasce da alcune osservazioni. Già l'Imperatore Adriano nelle sue Memorie quando descrisse il suo viaggio attraverso l'Impe-

ro raccontava di essere rimasto colpito dalla bellezza dei canti dei Celti. Ancora più interessante è una ricerca fatta da un giovane ricercatore tedesco, il quale recatosi negli altipiani della Somalia presso la popolazione indigena dei Mafa, mai entrati in contatto con il mondo civilizzato, ha fatto ascoltare a loro dei brani musicali occidentali di vario genere (musica classica, blues, jazz, ecc) chiedendo a loro di associare la musica ascoltata ad una espressione scelta tra felicità, tristezza e arrabbiatura. La cosa che colpisce è che tra tutti i generi ascoltati, la musica irlandese sia quella che abbia permesso di fare le migliori performance. In definitiva la scelta dell'Irish dance è stata motivata dal fatto che trattasi di una danza popolare molto diffusa nel mondo, possiede un potente stimolo acustico ritmico, rafforza la stabilità nell'esecuzione in coppia, è relativamente semplice da imparare e, risultando gradevole e gioiosa, ha un alto valore sociale.

Per tale motivo abbiamo condotto presso l'Ospedale "S. Raffaele Arcangelo" Fatebenefratelli di Venezia un progetto di ricerca sull'utilizzo della danza irlandese nella riabilitazione della Malattia di Parkinson. Sono stati reclutati 24 pazienti con Malattia di Parkinson con stadio lieve-moderato 2.5 Hoehn-Yahr, i quali sono stati randomizzati in 2 gruppi: 1) gruppo di Irish dance e 2) gruppo di fisioterapia convenzionale. Il gruppo di danza irlandese ha eseguito un corso di Irish dance con una lezione di due ore alla settimana per la durata di 6 mesi, condotto da due maestri di Irish dance dei Black Sheep di Venezia. I pazienti sono stati accoppiati con membri della scuola di danza per assicurare la loro sicurezza.

Partner familiari sono stati invitati a partecipare al progetto. Le lezioni di Irish dance includevano una prima fase di riscaldamento con esercizi e danze in circolo finalizzati alla preparazione delle persone all'apprendimento dei passi dell'Irish set dancing. Sono state insegnate composizioni di figure a 4 coppie per 2 tipici di questa danza, originante dalle quadriglie francesi, quali il Corofin plain reel set, l'Antrim reel set, il Black valley Jig square e il Durrow Threshing polka set.

© Can Stock Photo Inc. / Kapai

Tali sets sono stati scelti per migliorare i disturbi dell'equilibrio, del cammino come il freezing e la bradicinesia utilizzando l'Irish music quale cue acustico ritmico.

Il gruppo sottoposto alla fisioterapia ha eseguito un ciclo di riabilitazione convenzionale della stessa con una lezione di 2 ore alla settimana per 6 mesi secondo le Linee Guida Europee per la Riabilitazione della Malattia di Parkinson.

Tutti i pazienti sono stati valutati all'inizio e al termine dello studio. I risultati di questo studio hanno evidenziato un'alta aderenza al programma di danza irlandese rispetto al gruppo di fisioterapia convenzionale. Inoltre il gruppo di danza irlandese ha evidenziato un significativo miglioramento della mobilità, dell'equilibrio, dei disturbi del cammino (FOG) e della qualità della vita rispetto al gruppo di fisioterapia dimostrando che tale intervento riabilitativo risulta essere efficace, sicuro e socialmente coinvolgente garantendo in tal modo una aderenza alla terapia riabilitativa altrimenti non garantita con la tradizionale fisioterapia in palestra alquanto noiosa e poco divertente. La conferma viene dalle innumerevoli iniziative al riguardo che stanno nascendo nel mondo con l'avvio di corsi di danza irlandese presso le Associazioni Parkinson specialmente di cultura anglosassone e con la diffusione di tale danza nei media e nel web a livello internazionale.

In conclusione la musica e la danza, se scientificamente impostate, sembrano rappresentare un interessante intervento riabilitativo nelle persone con Malattia di Parkinson con un significativo riverbero sulla qualità della vita, la quale rimane il più importante obiettivo per chi si interessa di neuroriabilitazione in questa complessa malattia neurologica.

Malattia di Parkinson, l'importanza del lavoro in team

Dal 26 al 29 giugno un simposio con i maggiori esperti mondiali

di Raffaele **Rosa**

Il Parkinson, una patologia che sta colpendo sempre più persone. Non solo anziani ma anche pazienti in età giovanile. Per capire come affrontarlo, quali sono le nuove cure e i migliori approcci per curare questa malattia che anche in Veneto registra moltissimi casi dal 26 al 29 giugno a Venezia è in programma un simposio con i maggiori esperti mondiali. Un evento di 4 giorni, il "*Venice Summer School on motor and cognitive rehabilitation in Parkinson's disease*" in cui si discuterà di approccio teorico, neurologico ma anche di metodologie, di cure. Un appuntamento organizzato dalla Fondazione Ospedale San Camillo, pensato e voluto dal dottor Daniele Volpe, responsabile scientifico del simposio assieme al dottor Angelo Antonini e al dottor Fabrizio Stocchi.

«I casi di pazienti colpiti dal Parkinson sono in aumento e anche nel Veneto», spiega il dottor Daniele Volpe, Dirigente Medico Responsabile U.O.S. di Neuroriabilitazione - Ospedale Riabilitativo Fatebenefratelli Venezia . «La sintomatologia primaria che deve mettere in allarme è il tremore, la rigidità e la lentezza nei movimenti. La malattia colpisce una parte sola del corpo e, inizialmente, può provocare anche perdita di olfatto o dolore ad una spalla. La prima cosa da fare, se si avvertono questi sintomi, è quella di andare da un neurologo, specializzato. E' una malattia non facile da affrontare dal punto di vista farmacologico. Ma anche in questa direzione si stanno compiendo dei passi da gigante».

Il simposio si svolgerà in diversi momenti. E' aperto a tutti i medici del settore ma anche agli studenti universitari per i quali, la partecipazione, garantirà anche dei crediti formativi. I vari momenti del simposio saranno quello dei primi due giorni, il 26 e 27 giugno, in programma all'Isola di San Servolo in cui si discuterà con i massimi esponenti del settore soprattutto di temi teorici.

«Si entrerà nel merito della questione e il nostro obiettivo sarà quello di far sentire sempre più come proprio, il bisogno formativo in team da parte di operatori che operano in questo settore della medicina. In Italia manca la cultura del lavoro in team, il neurologo lavora sempre da solista mentre l'approccio multidisciplinare è il metodo in cui i maggiori luminari di questo settore stanno sviluppando in tutto il mondo: si discuterà della malattia, della clinica, delle innovazioni, di cos'è il Parkinson, come si manifesta e come si valuta dal punto di vista farmacologico».

Il 28 e il 29 giugno il simposio si dividerà tra l'ospedale San Camillo del Lido e l'ospedale Fatebenefratelli di Venezia e verrà affrontata la parte neuropsicologica della malattia e la parte riabilitativa con la dimostrazione sull'applicazione di terapie riabilitative alternative. In tutto interverranno come relatori una trentina di esperti del settore.

Per iscriversi e potersi accreditare al simposio è necessario compilare un form che può essere scaricato assieme al programma dei 4 giorni di lavori al seguente link:

http://www.ospedalesancamillo.net/news/venice-summer-school-on-motor-and-cognitive-rehabilitation-in-parkinsons-disease.

Incredibile **ma vero**

Dopo 50 giorni nulla è stato fatto, i Direttori Generali delle Ulss si rifiutano di applicare l'Accordo sottoscritto dalla Regione

a cura di Anisap **Veneto**

ANISAP Veneto

Ci spiace tornare a parlare di un grave problema che ritenevamo in parte superato con l'approvazione, da parte della Giunta della Regione Veneto, della Delibera n. 441 del 10 Aprile 2013 che ha formalizzato l'Accordo sottoscritto il 5 Aprile u.s. dalle Associazioni di categoria che rappresentano le Strutture e Liberi Professionisti Accreditati con il Servizio Sanitario Regionale e dall'Assessore alla Sanità Luca Coletto insieme al Direttore Generale dei Servizi Sanitari dott. Domenico Mantoan alla presenza del Vice Presidente della Giunta Regionale on. Marino Zorzato.
Come è noto l'Accordo è il frutto di quasi 100 giorni di lotta che i convenzionati, i dipendenti e collaboratori tutti hanno dovuto ingaggiare con la Regione a seguito dell'entrata in vigore della DGR n. 2621 del 18 dicembre 2012, delibera che è stata approvata ed imposta senza che nessuno prima fosse stato informato e che fosse stata data la possibilità di discuterla con le Associazioni di categoria che rappresentano la totalità della Sanità Ambulatoriale Accreditata.
La conseguenza di tutto questo ha provocato i seguenti effetti:
- ha smantellato la rete di servizi ambulatoriali sul territorio colpendo così le fasce più deboli della popolazione;
- ha prodotto l'allungamento a dismisura delle liste di attesa;
- ha ridotto il numero di prestazioni erogabili di oltre 1 milione;

- ha messo a rischio di chiusura le nostre strutture;
- ha prospettato la riduzione di centinaia di posti di lavoro;
- ha creato una reazione di protesta dei cittadini che, in sole due settimane, hanno posto la loro firma di dissenso in più di 100.000;
- ha portato alla nascita di un Comitato spontaneo, con migliaia di aderenti tra utenti e operatori sanitari del settore.

Inoltre, come ultima novità, l'avviso dell'apertura notturna degli ospedali che è una contraddizione con la stessa programmazione in quanto il Piano Socio Sanitario prevede che le prestazioni per i non acuti debbono essere erogate fuori dagli ospedali
Tutto questo appare una beffa nei confronti della salute dei cittadini, della sicurezza dei lavoratori e delle imprese che, ricordiamo, rappresentano solo l'1,6% sul totale della spesa sanitaria veneta.
Questi sono i fatti! Si riteneva che con l'Accordo di cui in premessa, si fosse trovato un punto di mediazione nell'interesse dei cittadini, dei lavoratori e delle stesse strutture e Liberi Professionisti convenzionati, e purtroppo siamo stati pesantemente illusi e presi in giro. Infatti anche se, come recita la Delibera, " il Direttore Generale per la Sanità e il Sociale e gli Uffici Regionali competenti sono stati incaricati a dare attuazione al presente provvedimento presso le Direzioni Aziendali delle ULSS", dopo ben 50 giorni nulla è stato fatto tant'è che vari Direttori Generali delle ULSS si rifiutano di applicare l'Accordo perché, a loro dire, non hanno ricevuto indicazioni e precise istruzioni dalla Regione. Per quella correttezza che ha sempre contraddistinto l'azione delle Associazioni e dei lavoratori portiamo a conoscenza dell'opinione pubblica e delle Istituzioni che a breve saremo costretti a riprendere le azioni di lotta a tutela della salute dei cittadini, del posto di lavoro dei dipendenti e dei collaboratori e dell'esistenza stessa delle strutture. Ovviamente i diritti verranno tutelati in tutte le sedi contro questi inammissibili comportamenti omissivi di impegni ed obblighi liberamente sottoscritti.

© Can Stock Photo Inc. / ziprashantzi

Rialzati **Free Libia**

Una storia di Cooperazione e Fratellanza

a cura del Presidente di Orthomedica Massimo **Pulin**,
del dott. Pietro **Di Falco** e dell'ing. Chiara **Monticone**

Orthomedica azienda Leader nella protesizzazione in Italia, grazie ad ALISEI, ONG di Milano operante nella cooperazione internazionale in favore delle persone in difficoltà motoria e grazie anche al Ministero degli Affari Esteri, ha avuto la possibilità di inviare un Tecnico Ortopedico veronese, Pietro Di Falco, in Libia, nella fattispecie nei centri di Riabilitazione a Tripoli e Bengasi. La missione prevedeva due punti principali: il primo riguardava la protesizzazione dei feriti amputati che hanno condotto la rivoluzione contro Gheddafi; da subito si è iniziato a visitare i primi pazienti e, in pochi giorni, in tutto il paese si è sparsa la voce che "un italiano" visitava al centro ortopedico di Janzour e, grazie alla supervisione della nostra Ambasciata, abbiamo iniziato lentamente ad operare a favore dei ragazzi e bambini amputati.
I materiali a disposizione non erano molti poiché il numero di persone bisognose di protesi era di giorno in giorno più imponente e l'organizzazione non riusciva a farne fronte. I livelli e le metodiche di amputazione erano tali che solo con grande maestria si sono riusciti a protesizzare questi pazienti; la cura del moncone non era adeguata e le ferite non erano suturate nel modo più opportuno, pertanto si doveva procedere anche alla formazione del personale infermieristico e riabilitativo, già prevista dal progetto di Cooperazione del Ministero affidato ad ALISEI.
Si è affrontato, quindi, il secondo punto della missione, con tutta l'equipe in campo, composta da uno Psicologo di Milano, da una Fisioterapista di Zagabria e dal Tecnico Ortopedico di Verona, allestendo un programma formativo dedicato e offrendo la predisposizione di documenti tradotti in lingua Araba per tutti i partecipanti, accorgimento particolarmente apprezzato dal personale in formazione. Il programma messo in atto è stato anche supportato da ICORA, associazione Italiana specializzata nell'ambito formativo Internazionale nelle Tecniche Ortopediche e nella Riabilitazione.
Inoltre l'organizzazione è riuscita a preparare un Manuale per l'Amputato, inserendo all'interno delle linee guida per pazienti con particolare riguardo ai diabetici, stampato in mille copie e distribuito in tutti gli ospedali della Libia al fine di informare e istruire tutti gli amputati.
Tutte le persone che hanno preso parte al progetto di cooperazione sono rimaste colpite dall'affabilità dei Libici, dalla loro volontà di collaborare con noi Italiani e, in particolare dal loro rispetto per il lavoro che è stato svolto in favore di chi è meno fortunato ma che, comunque, grazie al nostro aiuto e alle conoscenze della nostra Scuola Ortopedica Italiana, una delle più quotate a livello mondiale, ha potuto migliorare la qualità della vita. In quattro mesi di permanenza a Tripoli abbiamo visitato circa 200 persone, soprattutto amputati, realizzato 73 protesi sia di coscia sia di gamba; inoltre sono state prodotte altre ortesi, quali un busto per una grave scoliosi adolescenziale, per il quale abbiamo utilizzato del materiale di riciclo, operazione dalla complessa realizzazione e portata a termine unicamente grazie alla creatività e alle capacità che solo il nostro "essere italiani" può dare.

AS.F.O. Triveneto: uno sguardo al **panorama nazionale**

a cura di Alessia **Ferrini**

Il panorama Nazionale

Nel giro di pochi mesi abbiamo visto il susseguirsi di decreti legislativi, leggi, manovre e cambi di governo: un cantiere legislativo in continuo movimento che ha travolto anche tutto il sistema delle forniture del Servizio Sanitario Nazionale.
Si è passati dalla legge salvaItalia ai decreti liberalizzazioni, semplificazioni e sviluppo, dai tagli lineari della spending review alla certificazione/compensazione del credito, dal decreto pagamenti agli acquisti attraverso il portale MePA di Consip.
Tutto questo per cercare di trovare e mantenere un equilibrio nella gestione degli acquisti ed eliminare gli sprechi, stimolando la competitività del nostro Paese in linea con le best practices europee, migliorando la qualità e l'efficienza del sistema in risposta alle aspettative di cura dei cittadini.
Ma l'ampiezza e la profondità della crisi hanno amplificato ulteriormente l'urgenza e la necessità di accelerare la riflessione su come costruire il prossimo futuro dell'assistenza sanitaria.
Futuro che dipenderà anche dalla nostra volontà di contribuire in modo consapevole a formulare nuove proposte costruttive.

AS.F.O. TRIVENETO

AS.F.O. TRIVENETO si propone come portavoce delle esperienze dei fornitori ospedalieri del Triveneto, che nonostante siano inseriti in un contesto positivo rispetto al panorama Nazionale, devono comunque adeguarsi a tutte le imposizioni di legge descritte sopra.
Poiché la nostra struttura è composta da imprese che operano a livello regionale, che conoscono il territorio e le esigenze specifiche delle aziende sanitarie, ci proponiamo come anello della filiera indispensabile a tutto il sistema per mantenere alto il livello del Servizio Sanitario con i prodotti e i servizi che rappresentiamo.
Con la nostra attività legata allo scambio di esperienze e professionalità, approfondimenti su temi e problematiche comuni, ci riteniamo interlocutori autorevoli nei confronti di Enti Locali, Regionali, Amministrazioni Pubbliche e Ministeri.
Contare su un'associazione che riunisce imprese che condividono le stesse problematiche e gli stessi interessi, significa condividere i problemi della propria impresa, trasformandoli in opportunità e soluzioni a vantaggio di tutta la categoria.
Ci auspichiamo che il prossimo progetto politico sia destinato ad avere una ricaduta positiva sui livelli di efficienza e di accesso alle prestazioni nonché sulla tenuta economica complessiva del sistema, dentro il quale ci sono i pazienti, ci sono gli operatori della sanità, ci siamo noi imprese.

NEWS

AS.F.O. TRIVENETO persegue l'importante obiettivo della in-formazione e sensibilizzazione, per questo da qui a fine anno ha in programma importanti appuntamenti su argomenti di carattere specifico quali: la piattaforma MePA, gli aspetti legali nelle pubbliche forniture, lo smobilizzo dei crediti.
Per maggiori informazioni potete contattarci al seguente indirizzo: info@asfotriveneto.it

As.F.O. Triveneto

FRIULI VENEZIA GIULIA ALTO ADIGE VENETO

Associazione Fornitori
Ospedalieri Triveneto

Chi siamo:

l'As.F.O. Triveneto Associazione Fornitori Ospedalieri Triveneto
è un'associazione senza fini di lucro costituita il 29 aprile 2008
e riunisce le aziende del Triveneto operanti nel settore.

La nostra missione:

As.F.O. Triveneto tutela gli interessi economici e professionali delle imprese associate.
As.F.O. Triveneto si pone come interlocutore autorevole
nei confronti di Enti locali e regionali, Amministrazioni pubbliche e Ministeri
per promuovere iniziative orientate all'evoluzione della PMI specifica..
As.F.O. Triveneto organizza attività di formazione e aggiornamento,
promuovendo incontri e giornate di studio su specifici temi.
As.F.O. Triveneto favorisce l'accesso al credito.
As.F.O. Triveneto grazie alle convenzioni stipulate con noti specialisti,
offre e garantisce alle imprese associate, assistenza tecnica-normativa
e legale sia a livello di associazione per problematiche comuni di categoria,
sia personalizzate del singolo associato.

Noi ci siamo. Tu vuoi continuare ad esserci?

Dipende da te!

(Iscrizione gratuità)

As.F.O. Triveneto http://www.asfotriveneto.it - info@asfotriveneto.it

Il ruolo della Tc nella **calcolosi urinaria**

Una volta si diceva: quando c'è la salute, c'è tutto

di Lorenzo **Bidoli**
specialista in Radiologia

L'approccio diagnostico della colica renale, in questi ultimi anni, per quanto riguarda la diagnostica per immagini è significativamente mutato. La calcolosi urinaria è una patologia diffusa nella popolazione adulta variando tra l'1 e il 10% in Italia e nei paesi industrializzati. La colica renale è caratterizzata da dolore acuto al fianco con irradiazione nella parte inferiore dell'addome, conseguente ad una distensione delle vie urinarie da ostruzione a prevalentemente causata da calcoli. Ecco che al presentarsi di tale sintomatologia dolorosa, si impone con urgenza di verificare se questa sia dovuta alla presenza di calcoli nelle vie urinarie ed il primo esame fruibile, per accessibilità, valore diagnostico e costi è sicuramente l'ecografia dei reni e della vescica che permette di visualizzare eventuali calcoli renali, se questi presentano dimensioni e densità tali da non confondersi, con le strutture anatomiche del seno renale.

Nel corso di un esame ecografico in paziente con sintomatologia per colica renale, spesso si riscontra idronefrosi, cioè la dilatazione delle vie escretrici del rene, bacinetto e calici, senza evidenza di calcolo, perché questo è dislocato nell'uretere che è quel "tubicino" che collega rene a vescica e che nella stragrande maggioranza dei casi non è valutabile con ecografia.

Ecco dunque che in un paziente con dolore tipico per colica renale e quadro ecografico di idronefrosi senza evidenza di calcoli, è necessario rilevare la causa ostruente, e questo è oggi il ruolo preminente della Tomografia computerizzata (TC) con tecnica spirale nell'iter diagnostico della calcolosi urinaria.

La TC spirale, eseguita senza infusione di mezzo di contrasto endovenso, è in grado di seguire il decorso dell'uretere dal rene alla vescica e di riconoscere calcoli anche di piccole dimensioni (qualche mm) e anche i calcoli cosiddetti "radiotrasparenti", cioè quelli non rilevabili nella radiografia diretta dell'addome, indagine che presenta scarse sensibilità e specificità diagnostiche.

Quindi la TC ci può dire se, in presenza di dilatazione delle vie escretrici renali, ci sono uno o più calcoli e la loro sede, informazioni fondamentali per l'urologo che pianificherà poi l'iter terapeutico più idoneo.

La TC è inoltre in grado di diagnosticare eventuali complicanze da urolitiasi come ascessi renali, necrosi papillari, infiammazioni ureterali, rilevare cause ostruenti non urinarie, come masse retroperitonerali che comprimono l'uretere, o patologie che talvolta possono produrre una sintomatologia simile alla colica renale , come dilatazione aneurismatica dell'aorta addominale, dissezione aortica, diverticolite acuta, volvolo, occlusione intestinale, colecistite acuta ecc.

L'urografia, indagine di riferimento per la calcolosi urinaria, sino a poco più di un decennio fa, non consente di riconoscere agevolmente tali patologie extra urinarie ed è meno sensibile nel dimostrare la presenza di piccoli calcoli ed eventuali complicanze conseguenti a calcolosi urinaria; tale metodica, inoltre necessita sempre di infusione di mezzo di contrasto endovenso.

La prescrizione di Uro TC deve essere giustificata dal punto di vista diagnostico anche in considerazione della dose di radiazioni ionizzanti assorbite dal paziente.

La TC spirale come la Risonanza Magnetica Nucleare, consente anche di ottenere ricostruzione tridimensionali del distretto anatomico studiato, ma a differenza di questa, è indagine di rapida esecuzione, reperto non trascurabile quando si valuta un paziente sofferente, affetto da colica renale.

VIBRAZIONI
MECCANO-SONORE SELETTIVE

Vibra
A DIFFERENT VIBE

Neuro riabilitazione

Terapia del dolore

Sport

Post operatorio

Terza età

Medicina estetica

TERAPIA VIBRA

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

europe service

www.terapia-vibra.it

a circle

www.europeservice.info

www.a-circle.it

Il sole e la cute

a cura del professor Cleto **Veller Fornasa**,
direttore dell'Unità Operativa Complessa di Dermatologia dell'Ulss 6 di Vicenza

Il sole ha sempre rappresentato per l'uomo oggetto di culto e di adorazione: ai nostri giorni, persa la funzione divina ne rimane l'imprescindibilità. Per quanto riguarda la pelle esso condiziona funzioni vitali come produzione della Vitamina D3 ma anche, più modestamente, realizza funzione cosmetologica inducendo l'abbronzatura, considerata oggi, al contrario di un tempo, segno di salute, di bellezza, di benessere, di distinzione e prestigio sociale .

L'energia del sole è dispensata sotto forma di radiazioni elettromagnetiche, di cui solo una piccola parte raggiunge la terra. La fotobiologia cutanea in relazione alle radiazioni tra i 190 e 400 nm (raggi ultravioletti UVA,UVB) si interessa delle modificazioni fisiologiche e patologiche che la luce provoca sulla pelle.

UVB (290-320 nm.): Bloccati dal vetro, assorbiti per il 90% dalla parte più superficiale della pelle (epidermide) sono responsabili dell'eritema o delle scottature solari e della abbronzatura dovuta all'attivazione dei melanociti. Possono indurre fotocarcinogenesi. Ricordo che l'abbronzatura è un processo di protezione messo in atto dalla pelle per proteggerci dalla luce.

UVA (320-400 nm.): Attraversano il vetro e penetrano in profondità rendendosi responsabili delle alterazioni del derma e quindi del foto invecchiamento. Provocano una leggera pigmentazione diretta, molto rapida ad apparire e rapida a scomparire.

Il rossore precoce (UVB) e la pigmentazione diretta (UVA) sono reazioni utili che "ci avvisano" che la pelle sta subendo un danno.

Gli UVB che gli UVA vengono assorbiti dall'atmosfera in proporzione del suo spessore, al grado idrometrico, all'incidenza dei raggi .

Aumentano di intensità ogni 300 metri di altezza e si sommano alla riflessione della neve o della sabbia o dell'acqua.

Gli UVB, alle nostre latitudini, sono praticamente assenti prima delle dieci e dopo le quindici raggiungendo la massima quantità a mezzogiorno (non esporsi nelle ore centrali della giornata!).

Oltre che dall'ambiente gli effetti del sole sulla cute sono condizionati dalle caratteristiche proprie della pelle stessa.

A tal riguardo si possono classificare i soggetti dal fototipo I al fototipo VI: da coloro che si scottano con estrema facilità senza abbronzarsi a coloro che non si scottano mai ed hanno cute intensamente pigmentata. Il rischio di sviluppare neoplasie foto indotte è decrescente dal fototipo I al VI. Altre caratteristiche da considerare sono la presenza di efelidi, le caratteristiche dell'abbronzatura, il colore dei capelli, della pelle in inverno, ecc.

Il tumore della pelle più temuto è il melanoma e la sua comparsa non appare in relazione alle ore di esposizione durante la vita ma piuttosto alle possibili ustioni solari in età giovanile

E' ovvio che la protezione solare va applicata a seconda del fototipo del soggetto ma anche di possibili problematiche cutanee presenti, può essere pressoché totale o parziale a seconda delle necessità. Si ricorda l'utilità di applicare la crema solare almeno ogni 2 ore, e almeno 30 minuti prima dell'esposizione, e che la sua efficacia è condizionata da varianti proprie del prodotto,dell'ambiente o del soggetto.

La marcia delle allergie si può arrestare

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

Le malattie allergiche, quali eczema atopico, riniti, disturbi del respiro ed asma, ed allergie alimentari presentano un'elevata incidenza e prevalenza in tutti i Paesi occidentali con un tasso di crescita nelle ultime decadi non solo significativo ma anche preoccupante. Già nel 2008 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stimava in 300 milioni i pazienti asmatici e nel 10% i bambini che in Europa soffrivano di questa patologia[1]. Accanto a questi dati epidemiologici ed alla ricerca delle cause di questo apparentemente inarrestabile trend di crescita della prevalenza ed incidenza delle malattie allergiche, si è dimostrata con sempre maggior evidenza la cosiddetta "marcia dell'allergia". Con questo termine si identifica la progressione, nella storia naturale della malattia, dei sintomi e della loro gravità per cui si passa dalle semplice diatesi (predisposizione, all'allergizzazione, ad una sintomatologia modesta che poi evolve sia per gravità che per numerosità delle sostanze allergizzanti.

Per bloccare la "marcia" è necessaria una diagnosi precoce ma la sintomatologia non sempre è dirimente e, soprattutto, la familiarità ed ereditarietà richiedono indagini obiettive per chiarire origine e gravità della patologia. A partire dal 1967, la scoperta di una nuova classe di immunoglobuline, chiamate IgE, ha permesso la diagnostica di laboratorio della sensibilizzazione a specifici allergeni. Solo recentemente, però, si sono realizzati due importanti avanzamenti nella diagnostica di laboratorio. Il primo è la possibilità di determinare la presenza delle IgE specifiche in modo quantitativo, superando il vecchio sistema semiquantitativo delle "classi" che era uno specchio scarsamente affidabile della sensibilizzazione. Il secondo progresso viene dall'utilizzo di antigeni altamente purificati e/o ricombinanti che permettono una diagnosi più accurata, ed in particolare la distinzione con i fenomeni di cross-sensibilizzazione, ossia una reazione aspecifica dovuta alla analogia strutturale di determinanti presenti negli allergeni ed in altre sostanze. L'utilizzo di questi allergeni permette una vera diagnostica molecolare o, con termine più corretto "component-resolved diagnostics" (CRD) visto che si tratta esattamente di una precisa risoluzione delle diverse componenti che possono determinare la reazione allergica. Ma, come ci ha ben insegnato la storia delle innovazioni tecnologiche, l'introduzione di queste nuove metodologie deve essere preceduta ed accompagnata da interventi per aggiornare le conoscenze e razionalizzare la richiesta degli esami di laboratorio e l'utilizzazione dei risultati. L'obiettivo principale è portare la diagnosi iniziale delle allergologie a livello di medicina primaria, facendo del medico di medicina primaria e del pediatra di libera scelta gli attori del processo di blocco della marcia delle allergie. Con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Padova è stato recentemente realizzato un questionario conoscitivo inviato a tutti gli iscritti e disponibile anche sul sito web www.medlabpd.it (alla voce " comunicazioni") che servirà a fare il punto della situazione e soprattutto programmare una serie di incontri di aggiornamento e discussione. Anche questo è un veicolo opportuno per richiedere a tutti i medici padovani di aderire all'indagine conoscitiva.

© Can Stock Photo Inc. / salparadise

[1] *World Health Organization: Bronchial asthma. World Health Organization Fact sheet n° 307. Geneva, 2008.*

Il cromo esavalente nelle galvaniche è un **problema sia professionale che ambientale**

Dal 26 al 29 giugno un simposio

a cura del dott. Franco **Sarto,**
specialista in Medicina del Lavoro

Quando pensiamo al cromo ci viene subito in mente l'immagine luccicante dei manubri e marmitte di una moto o dei paraurti di una vecchia automobile o d'importanti oggetti di arredo; l'elettrodeposizione delle molecole di cromo su un pezzo di ferro, di solito precedentemente nichelato, è un processo industriale molto comune e si chiama cromatura galvanica. In questo processo viene impiegato un composto idrosolubile del cromo (VI), l'acido cromico o anidride cromica. I pezzi da cromare vengono puliti e sgrassati, quindi immersi anche per ore in vasche che contengono acido cromico e acido solforico, infine lavati, asciugati e lucidati. Oggi le cromature galvaniche sono automatizzate e quasi a ciclo chiuso con efficienti aspirazioni ai bordi vasche, quindi con un'esposizione dei lavoratori assente o bassa. Il test di elezione per valutare l'assorbimento, è la misura della concentrazione di cromo nelle urine.

I due stati di ossidazione più frequenti sono il cromo trivalente (III) e il cromo esavalente (VI); il primo è un tossico debole, mentre il secondo è un tossico potente, un potente ossidante, inoltre è un cancerogeno e mutageno per l'uomo. Il cromo (III) non passa le membrane cellulari, il cromo (VI) attraversa facilmente le membrane cellulari, entra nel loro nucleo e si lega al Dna danneggiandolo. Fino a non molti anni fa i cromatori andavano incontro ad una patologia professionale che poteva dare diverse manifestazioni, non solo cutanee (insufficienza renale, bronchiti, tumori, ecc).

Oltre alla galvanica, ampi sono gli usi industriali del cromo: in siderurgia, metallurgia; nella conciatura delle pelli, come cromite nella produzione di laterizi, come antiruggine, nell'industria chimica e altro ancora. Lo smaltimento dei residui della lavorazione delle cromature è avvenuto frequentemente in maniera incongrua ed illegale, tanto da inquinare le acque di superficie e da portare a livelli marcati di cromo esavalente,che non è presente in natura, nelle acque di falda. Anche nel nostro territorio incombe ancora un grosso caso di inquinamento della falda. La zona a sud di Bassano è un'area di ricarica della falda superficiale, qui esistevano diverse cromature galvaniche; in particolare si è scoperto che una di queste ha accumulato, a partire dagli anni 70, enormi quantità di fanghi proprio sotto l'area della fabbrica e quando la falda si alza porta in soluzione i sali del cromo (VI) che si ritrovano nei pozzi di Cittadella, Fontaniva e Carmignano. Per controllare l'inquinamento dell'acqua sono state piazzate enormi idrovore attorno all'area inquinata che entrano in funzione quando si alza la falda; fin'ora sono stati spesi 3.000.000 € ma ce ne vorranno altri 9.000.000 senza però mai disinnescare questa enorme bomba ad orologeria. Questa ditta è stata condannata in primo e secondo grado per avvelenamento ambientale e per omicidio colposo plurimo per aver causato l'insorgenza di numerosi cancri del polmone nei suoi lavoratori. Il Ministero dell'ambiente ha quantificato in 158.000.000 di € i danni ambientali. La ditta non ha risarcito e pagherà sempre il cittadino. Il 1° maggio 2013 il Comune di Tezze sul Brenta ha ricordato in modo degno ed originale i morti di cancro della galvanica con un Concerto sinfonico proprio dentro la fabbrica della morte

Gestione dell'incontinenza urinaria post prostatectomia radicale

Esistono due differenti approcci: conservativo e chirurgico

a cura del dott. Massimo **Dal Bianco**
e della dott.ssa Simonetta **Fracalanza**,
Unità Operativa di Urologia, Ospedale Sant'Antonio di Padova

La causa prevalente dell'incontinenza da sforzo (SUI) nell'uomo è l'intervento chirurgico di prostatectomia radicale, gold standard nel trattamento della neoplasia prostatica localizzata. Nonostante l'affinamento delle tecniche chirurgiche i dati riportati sulle percentuali di SUI variano tra il 5 ed il 40%. Tale variabilità dipende da una mancata standardizzazione sulla definizione di incontinenza, da fattori legati al paziente e dlla tecnica chirurgica.

Il trattamento della SUI consiste in due differenti approcci:

1) trattamento conservativo: comprende sia norme comportamentali sia la riabilitazione del piano pelvico perineale, con o senza biofeedback, da eseguirsi nell'immediato post operatorio o al domicilio o in centri specializzati.

2) trattamento chirurgico: raccomandato sempre dopo il fallimento completo o parziale del trattamento conservativo. Sebbene non vi siano linee guida riguardo il timing del trattamento, le evidenze sul recupero della continenza impongono di attendere almeno dai 6 mesi ad un anno. In tale periodo infatti circa il 90% dei pazienti raggiunge spontaneamente buoni livelli di continenza.

Ci sono diverse opzioni terapeutiche che variano a seconda del grado dell'incontinenza e della preferenza del chirurgo.

1 - Sfintere artificiale: (è il trattamento di prima scelta per le incontinenze moderate-severe. Prevede il posizionamento di una cuffia a livello dello sfintere uretrale esterno controllata manualmente dal paziente all'atto della minzione, tramite una pompa idraulica posta sullo scroto. Sebbene tale tecnica abbia un alto tasso di successo, è gravata da un elevato rischio di complicanze. Per tale motivo il suo utilizzo è quindi riservato ai centri di riferimento.

2 - Sling: negli ultimi anni sono state introdotte nel mercato numerose "benderelle mini invasive" adatte a pazienti con incontinenza da moderata a severa. In generale il loro principio di funzionamento consiste nel creare un aumento delle resistenze a livello sfinteriale. Le più note ed utilizzate sono:

3 - 2. a InVance: sling non modificabile, posta per via transperineale sotto il bulbo dell'uretra e fissata alle branche dell'osso ischio-pubico;

4- 2.b Argus e Remeex: posizionate per via retropubica o transotturatoria e regolabili dall'esterno mediante un regolatore meccanico posizionato in regione sovra pubica.

5 - 2.c AdVance: posizionata per via transotturatoria permette inoltre il riposizionamento dell'area sfinteriale e delle strutture di sostegno nella corretta posizione anatomica che era stata modificata con l'intervento di prostatectomia radicale. Al fine di assicurare una corretta riuscita dell'intervento e selezionare quindi i pazienti candidabili a tale procedura, si esegue preoperatoriamente una cistoscopia in anestesia che mimando l'azione della benderella, valuta l'effettiva ipermobilità dell'uretra e la chiusura dello sfintere.

6 - Sistema ProACT: consiste nel posizionamento ecoguidato di due palloncini bilateralmente al collo vescicale in modo da creare una compressione ab-estrinseco sull'uretra, tale da garantire la continenza. Il volume dei palloncini, e quindi il grado di resistenza sono regolati da due pompette poste sullo scroto.

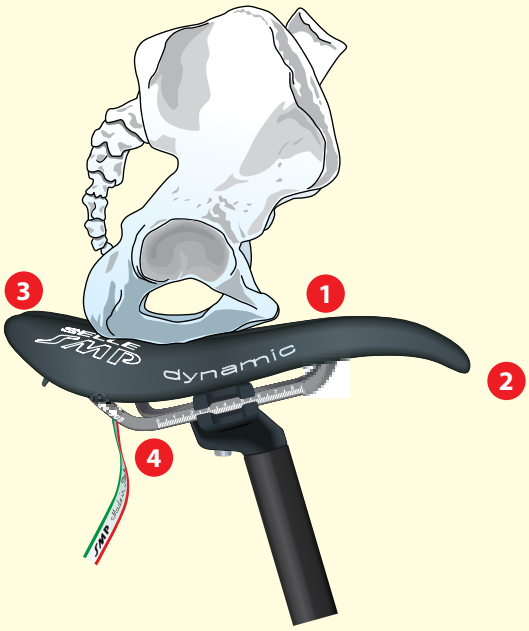
7 - Bulking agents: agenti volumizzanti iniettati a livello del tratto sfinteriale dell'uretra. Attualmente i più utilizzati sono il Deflux e il Macroplastique. Esistono molte altre sostanze disponibili in commercio, ma il loro utilizzo è raccomandato solamente in pazienti selezionati con incontinenza lieve. Il loro vantaggio sta nella mini invasività e nella ripetibilità mentre i limiti sono l'elevato costo e un tasso di insuccesso di circa il 50% tendendo a decrescere progressivamente nel tempo.

L'ergonomia sale in sella con SMP4BIKE

La soluzione ai problemi uro-genitali legati alla pratica del ciclismo

SELLE SMP

La scelta della sella ed il suo posizionamento costituiscono da sempre l'aspetto più critico dell'interazione uomo-bicicletta ed una percentuale importante di chi pratica il ciclismo soffre di disturbi all'apparato urogenitale.
La causa è l'unicità della conformazione fisica di ogni individuo in termini di struttura ossea (interasse e conformazione delle tuberosità ischiatiche, conformazione del ramo alto dell'ischio, sinfisi pubica) e di parti molli (dimensioni e conformazione di prostata, vene e nervi pudendi, organi genitali esterni ed interni).
Intorpidimento del pene e delle strutture esterne della vulva, anorgasmia, disfunzione erettile, impotenza: nel passato era difficile affrontare apertamente questo tipo di disturbi, dando per scontato che questi "effetti collaterali" dovessero essere accettati e sopportati.
In Selle SMP pensiamo che lo star seduti in sella debba essere un piacere e non una sofferenza. Il ciclismo può e deve migliorare, soprattutto attraverso soluzioni tecniche innovative in grado di fornire le massime prestazioni unite alla salvaguardia della salute dello sportivo.



Le selle SMP4BIKE rappresentano una RIVOLUZIONE nella ricerca dell'ergonomia applicata alla sella per bicicletta, le caratteristiche uniche (oggetto di ben 4 brevetti mondiali), fanno di SMP4BIKE la più innovativa ed efficace soluzione tecnica per la salvaguardia della salute dei ciclisti:

❶ **Canale centrale**: risultato di approfonditi studi di biomeccanica sul posizionamento in sella e sulla conformazione del bacino umano, è distribuito su tutta la lunghezza della sella, a partire dalla zona posteriore sino alla punta. Qualunque sia la posizione assunta dal ciclista si evita la compressione delle strutture perineali, scongiurando da un lato il rischio di occlusione di vene e vasi capillari (disfunzione erettile, anorgasmia e difficoltà di minzione), dall'altro l'insorgere di lesioni nervose (tra le più comuni formicolii e intorpidimenti).

❷ **Punta a "becco d'aquila"**: studiata per consentire al ciclista di adottare nel massimo confort, senza schiacciamenti dell'area uro-genitale e senza compressioni del testicolo verso l'alto, anche quelle posizioni di notevole abbassamento sul manubrio che comportano una elevata prono-rotazione del bacino. L'esclusiva conformazione della punta costituisce inoltre una ottimale base d'appoggio per la classica pedalata "di spinta"

❸ **Avvallamento posteriore**: protegge il coccige da contusioni e contraccolpi, ripartendo la superficie d'appoggio del ciclista tra i glutei e la parte inferiore delle ossa del bacino (tuberosità ischiatiche).

❹ **Lunghezza del carrello**: La sella è, in assoluto, il componente che influisce maggiormente sulla posizione in bicicletta. Il carrello delle selle SMP4BIKE offre il più ampio range di regolazione e consente a qualsiasi persona di individuare il posizionamento perfetto in termini di avanzamento/arretramento della sella, come su una bicicletta fatta su misura. L'efficacia del progetto SMP4BIKE è stata convalidata da uno studio scientifico pubblicato sul prestigioso Journal of Sexual Medicine (vedi NES, N. 1/2013) che dimostra come le selle SMP4BIKE garantiscano valori stupefacenti in termini di irrorazione sanguigna degli organi genitali maschili e femminili e rappresentino oggi la miglior soluzione disponibile sul mercato per ottenere le massime prestazioni in sella, vincendo anche in salute.

100% HANDMADE IN ITALY

SELLE SMP

designed on your body

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

HILTERAPIA® indicata nella cura della fascite plantare

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

Rappresenta circa il 10% delle patologie che interessano il piede con ricadute "dolorose" sulla qualità della vita di chi ne soffre: il Dottor Alessandro Valent ne analizza cause e sintomi, suggerendo i trattamenti più idonei per risolverla.

Compagna di corsa di runner amatoriali o "collega" di chi svolge attività lavorative che richiedono per molte ore la posizione eretta, la fascite plantare è tra le patologie più comuni del piede (10%). Ad essere colpite da questo processo infiammatorio acuto o cronico che coinvolge la fascia plantare - banda fibrosa di tessuto connettivo che origina dalla tuberosità mediale del calcagno, decorre lungo la pianta del piede e si inserisce a ventaglio sulla base delle falangi e sulle articolazioni metatarso-falangee, *ndr* – sono soprattutto le donne, tallonate dagli sportivi della corsa, del basket, calcio, pallavolo o salto in lungo. Un fattore di rischio comune è invece l'età: a parità di condizioni fisiche a sviluppare il rischio fascite plantare sono infatti gli over 40, complice la progressiva riduzione del tessuto adiposo a livello della fascia plantare con conseguente limitazione della sua funzione di cuscinetto protettivo. Non stupisce dunque che la fascite plantare si possa anche associare allo sperone calcaneare, tendinopatia inserzionale calcifica dei flessori brevi delle dita piuttosto che di un entesopatia della fascia plantare.

UN PROBLEMA DI…EQUILIBRIO

Sbaglia chi minimizza le problematiche connesse a questa patologia. La fascia plantare ricopre infatti un ruolo di notevole importanza nella trasmissione del peso del corpo durante le fasi di deambulazione, partecipando attivamente alla stabilizzazione della pianta del piede e supportando l'arco longitudinale mediale (volta plantare). Facile comprendere dunque come questo processo infiammatorio abbia ricadute che vanno ben oltre il piede. Prima di procedere alla diagnosi, opportuno dunque identificare i fattori di rischio e la cause che possono determinarne l'insorgenza.

CAUSE E FATTORI DI RISCHIO

La causa principale della fascite plantare va ricercata nelle modificazioni degenerative connesse a microtraumi ripetuti che interessano il legamento arcuato. Un'eccessiva sollecitazione del tallone provoca infatti un'infiammazione nell'inserzione dei fasci o, peggio, lungo tutta la loro estensione. Anche il piede cavo, la dismetria degli arti inferiori, la scarsa elasticità della volta plantare ed l' accorciamento delle catene muscolo-tendinee posteriori possono provocare una fascite plantare. Tra le cause tipiche di sviluppo anche un improvviso aumento del chilometraggio di corsa o camminata non supportato da opportuna preparazione, una frattura da stress, l'artrite (sindrome di Lyme) e l'utilizzo di calzature inadeguate (scarpe troppo larghe, con suole eccessivamente sottili o con tacchi troppo alti). Molti ortopedici, infine, individuano tale patologia come una delle conseguenze più comuni di un intervento al tendine d'Achille in seguito alla sua rottura o a tendinosi.

SINTOMI: PROTAGONISTA IL DOLORE

Un dolore calcaneare mediale che ha il suo apice al risveglio mattutino, per poi migliorare durante lo scorrere delle ore e ripresentarsi al termine della giornata è il principale sintomo di identificazione della fascite plantare.

Il dolore per posizionamento e temporalità ha però connotati diversi: può essere posto al centro del tallone, al centro della pianta del piede per continuare fino alle dita e persino risalire fino alla gamba. Il fattore "durata" è altrettanto altalenante: se nei casi più leggeri permane per l'intero svolgimento dell'attività sportiva, permettendo comunque di correre o saltare, in quelli più intensi è tale da impedire qualsiasi spostamento.
In ambedue le situazioni, trascurare il sintomo continuando a praticare l'attività sportiva può essere decisamente deleterio: questo tipo di patologia non regredisce spontaneamente!

TEMPO DI DIAGNOSI
La diagnosi è prevalentemente clinica, basata sull'anamnesi e sull'esame obiettivo che evidenzia un dolore in sede di bordo inferiore e mediale del calcagno, peggiorato dalla pressione manuale e dalla flessione dorsale passiva del primo raggio. Coadiuvano la diagnosi l'esame ecografico e la radiografia tradizionale, che possono confermare la presenza di flogosi inserzionale della fascia plantare e dello sperone calcaneare, per la cui identificazione preziosa è anche la diagnosi differenziale. Quest'ultima è ugualmente utile nei casi di frattura da stress del calcagno, periostite del bordo mediale calcaneare, rottura della fascia plantare, osteocondrosi del tallone e borsite calcaneare.

LA CURA CORRETTA
Per recuperare la piena funzionalità e dimenticare il dolore si ricorre ad un mix tra terapia farmacologica con antiinfiammatori sistemici e locali, terapie strumentali e terapia manuale mio-tensiva, mirata al rilassamento della fascia e all'allungamento delle catene posteriori. Tra le terapie strumentali, **Hilterapia®** è particolarmente efficace: grazie ai suoi effetti analgesico, decontratturante ed antiinfiammatorio è in grado di diminuire in maniera significativa la sintomatologia dolorosa e migliorare la funzionalità del piede. Nel caso poi di sperone calcaneare plantare e dorsale, in associazione con altre terapie, è in grado di promuovere e stimolare il processo di riassorbimento della calcificazione. Da non dimenticare infine che utili in caso di scorretto appoggio plantare e/o dismetria sono i plantari correttivi su misura. La pratica di infiltrazioni locali con preparati cortisonici da effettuare limitatamente a 1-3 sedute è invece da riservare solo ai casi più gravi.

facebook

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

un click per la tua salute

SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line
la tua prestazione sanitaria

GVDR

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

BILANCIO SOCIALE

Venerdì 14 Giugno verrà presentato,

nella splendida cornice della Villa Borromeo, il

BILANCIO SOCIALE 2012 DEL GRUPPO VENETO DIAGNOSTICA E RIABILITAZIONE

La nostra occasione per condividere il lavoro e l'impegno di un anno

e rinnovare la volontà di raggiungere nuovi obiettivi.

Venerdì 14 giugno 2013, ore 19.30

VILLA BORROMEO Via della Provvidenza, 61 Sarmeola di Rubano

La sfida dell'**ascolto**

a cura del professor Giampietro **Vecchiato**,
Consigliere Nazionale Ferpi, Federazione Relazioni Pubbliche Italiana
Consigliere Nazionale con delega alla Formazione e Ricerca

"Il più grave ostacolo alla comunicazione interpersonale
Consiste nell'incapacità di ascoltare con intelligenza,
con comprensione, con abilità quello che viene detto dagli altri.
Questa incapacità è diffusa in tutto il mondo moderno e,
purtroppo,non si fa nulla per porvi rimedio".
F. J. Roethlisberger

Molte persone ritengono che l'abilità del buon comunicatore sia da ricercare nella capacità di parlare e di inviare messaggi agli altri. Una comunicazione efficace inizia invece da una buona capacità di ascoltare. La nostra capacità di ascoltare può influenzare la nostra vita professionale (soprattutto nelle professioni nelle quali la relazione tra il "cliente" ed il "professionista" è centrale ma anche le nostre relazioni personali. "La dura realtà – afferma H. E. Chambers – è che non siamo buoni ascoltatori" né vogliamo diventarlo e"fingiamo" di ascoltare. In realtà stiamo solo aspettando il nostro turno per parlare. Ascoltare è invece un'attività volontaria che richiede una forte motivazione interiore. In altre parole non si può obbligare una persona ad ascoltare. La società tutta si aspetta che le persone siano in grado di ascoltare ma, in realtà, nessuno ci insegna come farlo e, soprattutto, a farlo efficacemente. Molto spesso quelli che vengono comunemente definiti come "problemi di comunicazione" in realtà altro non sono che problemi di ascolto. La scarsa capacità di ascoltare porta inevitabilmente a problemi di comunicazione, soprattutto nelle relazioni interpersonali. Generalmente infatti le persone di fronte ad un problema di comunicazione, tendono ad accusare gli altri e a non ammettere la propria scarsa capacità di ascoltare. L'accusa porta al conflitto, alla negazione dell'altro, alla chiusura. Ascoltare con attenzione e concentrazione è un dono che facciamo agli altri, è un segnale di rispetto, di attenzione, di etica personale. Ascoltare non è solo la prima fase della comunicazione, è anche un potente mezzo per costruire relazioni e, nelle professioni sanitarie, è alla base del "prendersi cura". Buoni ascoltatori non si nasce, ma lo si può diventare nel tempo, con lo studio, con l'allenamento, con l'esperienza. I motivi per i quali non ascoltiamo possono avere origine diverse: scarsa motivazione, disturbi dell'attenzione, difficoltà di concentrazione, rumori e disturbi provenienti dall'ambiente esterno, conflitti interni alla persona, stress, reazioni negative alle emozioni, ecc. Molte e diverse possono essere le cause e gli altri possono influenzare o danneggiare la nostra capacità, la nostra disponibilità ad ascoltare, quando toccano (anche involontariamente) i nostri punti deboli, i nostri "nervi scoperti", le nostre emozioni. Evitare le provocazioni e le trappole e mantenere il self control è parte integrante della capacità di ascoltare, elemento fondamentale della professione medica e sanitaria. Nel prossimo articolo parleremo degli "stili di ascolto" e di quali sono le "abilità dell'ascolto efficace".

© Can Stock Photo Inc. / wacker

La traversata dello **Stretto di Messina**

Tre padovani impegnati in agosto nell'ardua sfida per dare visibilità a chi ne ha bisogno

di Cristina **Chinello**

Cosa lega una ex campionessa di nuoto, una responsabile eventi di una palestra e un giornalista? I legami tra Cinzia Rampazzo, Alessandra Loro e Gianfranco Natoli sono più di uno: tutti condividono l'amore per lo sport, per le sfide, l'amicizia e quella voglia di aggregazione che spesso ci spinge verso gli altri, i meno fortunati. È nato da questo sentire comune, il progetto "Traversata dello Stretto di Messina" che porterà Cinzia, Alessandra e Gianfranco il prossimo 4 agosto a battagliare con correnti, onde, meduse e pure contro la loro testa.
Perché attraversare a nuoto lo Stretto non è soltanto sforzo fisico, ma è anche una battaglia mentale, contro le paure dell'ignoto e di un tratto di mare tra i più difficili al mondo. Ne è cosciente Gianfranco Natoli, giornalista del Mattino di Padova, passato dalle ultramaratone al nuoto da fondo: «Non ho mai nuotato per più di venti metri. Certo, sono abituato alla fatica, corse in condizioni estreme. Stavolta però è tutto diverso. L'acqua non è un elemento controllabile e la mia esperienza in questo settore è veramente nulla».
A spingere Gianfranco verso l'avventura ci sono molti motivi: «Quando per la prima volta ne ho parlato con Alessandra e Cinzia ci siamo trovati subito d'accordo su un punto: attraverso questa nostra avventura possiamo dare visibilità a chi ne ha bisogno. Stiamo studiando una collaborazione per aiutare chi sul campo si occupa di bambini, anche se personalmente ho un altro motivo per tentare la traversata. Sono legato all'associazione Padimo, una onlus che si occupa di Parkinson e di disturbi del movimento. Porterò a Messina un messaggio legato proprio al Parkinson affinché non si abbassi l'attenzione su un problema così importante, diventato drammatico in un momento in cui le risorse per la sanità in Italia sono sempre meno».
La "Traversata dello Stretto" è nata nel 1954 da un'idea di Rosario Calì, presidente dello Sporting Club Villa, e Mario Santoro, già presidente della Fin regionale. Dal 1994 l'organizzazione è curata dal Centro Nuoto Sub Villa che ammette solo cento concorrenti (meno di un quinto delle candidature) provenienti da tutto il mondo. Appena sette gli atleti che gareggiano con le insegne del Veneto. Oltre ad Alessandra Loro e Gianfranco Natoli della Padovanuoto, ci sarà, anche Cinzia Rampazzo dell'Arca Castelmassa, Riccardo Bucci veneziano di Dolo, Tobia Masetto, Alessandra Abbenite e Jacopo Barbieri vicentini di Schio.

Alessandra, Cinzia e Gianfranco vivono questi due mesi che li separano dalla traversata con grande intensità. Le loro emozioni sono le medesime: «Non ci nascondiamo le difficoltà, che

saranno tantissime. Ognuno di noi, seppure in maniera diversa, è al debutto in una gara di fondo. La tensione sarà tanta e crediamo che non sarà semplice quando ci troveremo da guardare l'altra costa che ci apparirà lontanissima. Ma le motivazioni sono forti».

I padovani protagonisti della sfida

Alessandra Loro è insegnante e responsabile corsi di Forum Padova. Quarantatré anni, inizia a nuotare giovanissima per poi passare, dopo una breve pausa nel volley, alla pallanuoto nel Plebiscito Padova, giocando in serie A nel ruolo di portiere. Divenuta anche allenatrice di nuoto al Nuoto 2000, fa esordire le future atlete olimpiche Alice Carpanese e Arianna Barbieri. Smessi i panni di allenatore, si dedica all'insegnamento del fitness acquatico e al mondo della corsa, diventando una maratoneta dagli ottimi risultati cronometrici. Conduce su Tv7triveneta una trasmissione televisiva dedicata al Coni Veneto.

Gianfranco Natoli: giornalista professionista, 62 anni, ha debuttato come maratoneta ad Atene 2004. Da allora ha corso una ventina di maratone tra le più importanti al mondo (New York, Londra, Parigi, Roma, Berlino, Stoccolma, Venezia, Firenze) e alcune ultramaratone (100 km del Sahara, 100 km di Asolo, 100 km del Passatore, 150 km no stop di Boavista a Capoverde). Ha rappresentato l'Italia agli World Masters Athletics Championships di Riccione 2007, Clermont Ferrand in Francia nel 2008 e Lahti in Finlandia nel 2009.

Cinzia Rampazzo, responsabile tecnico agli Impianti Sportivi 2000 di Padova, 51 anni, è stata una delle più forti nuotatrici italiane degli anni Settanta. Ha partecipato ai Mondiali di Cali in Colombia nel 1975 e di Berlino Ovest nel 1978 dove si è classificata quinta nei 200 delfino con il tempo di 2' 14" 76. Ha partecipato anche agli Europei giovanili di Ginevra nel 1975 e agli Europei assoluti di Jonkoping, in Svezia nel 1977. Ha conquistato dodici titoli italiani assoluti nei 100 e 200 delfino, 200 e 400 misti negli anni 1975, 1976 e 1977. Ha vinto la medaglia d'oro ai Giochi del Mediterraneo di Algeri del 1975 e la medaglia di bronzo dei 200 delfino ai Giochi del Mediterraneo di Spalato 1979. Tre bronzi agli Europei giovanili e quarto posto alle Universiadi di Città del Messico del 1979. Più volte primatista italiana nel delfino, allenatrice, è stata anche la responsabile della Nazionale Italiana giovanile.

Le avventure dello Spirito

Paolo Brosio e la sua esperienza A Medjugorje

di Raffaele **Rosa**

Giornalista, uomo di televisione e di spettacolo. Volto conosciuto e che continua a girare spesso in televisione. Ma se tanti lo ricordano come uno degli inviati di punta di Mediaset all'epoca della prima cosiddetta tangentopoli, con le riprese fuori di palazzo di giustizia di Milano, molti altri lo ricordano a Quelli che il calcio oppure all'Isola dei Famosi. Paolo Brosio, però, è anche e soprattutto un uomo. Con le sue debolezze. E in un periodo tremendo della sua vita, qualche anno fa, il giornalista piemontese ha incrociato la via della Madonna di Medjugorie.

Era il 2008. Un anno dopo esce il suo primo libro sul tema della sua nuova esperienza religiosa. E i libri oggi sono diventati quattro. L'ultimo lavoro, sempre dedicato al mondo della Madonna di Medjugorie Brosio lo ha dedicato al racconto delle storie di personaggi famosi che sono dediti al culto che ha cambiato la vita del giornalista piemontese, originario di Asti.

"Nella terra delle meraviglie. A Medjugorie la Madonna scende in campo" (edizioni Piemme) è un libro che si legge in maniera scorrevole. In quest'ultima fatica (che come ha detto lui stesso "per me scrivere non è fatica ma piacere") Brosio parla di alcune storie.

«La Madonna ha un progetto: incontrare i cuori di quelli che "cercano una luce" per portare a tutti il suo messaggio di consolazione e di speranza. Per realizzarlo ha deciso di "scendere in campo" non solo a Medjugorje – dove appare da oltre trent'anni – ma in molti altri luoghi, manifestandosi alla gente comune e a tanti personaggi dello sport e dello spettacolo amati dal grande pubblico affinché possano diventare testimoni visibili del suo annuncio di pace».

Guarigioni inspiegabili, fenomeni di bilocazione, stimmate e prodigi si moltiplicano in Italia e nel mondo accanto ai nuovi casi di veggenti e di manifestazioni soprannaturali non solo mariane. Fioriscono ovunque le "nuove Medjugorje", luoghi di preghiera che attraggono con il loro mistero milioni di pellegrini. Attraverso racconti incredibili Paolo Brosio nel suo racconto trascina il lettore in tante "avventure dello Spirito".

Un reportage di grandi storie fra cui spiccano: l'incontro con il cardinale di Vienna, Christoph Schönborn; la storia della conquista "miracolosa" della Premier League ottenuta dal Manchester City di Roberto Mancini dopo un pellegrinaggio a Medjugorje; la visita a padre Matteo La Grua, uno dei più grandi carismatici del Rinnovamento nello Spirito; una lunga intervista a padre Gabriele Amorth, l'esorcista più conosciuto al mondo; il caso della sorgente d'acqua miracolosa di madre Speranza, mistica privilegiata dal dono delle estasi.

Un'inchiesta nel mondo della fede che leggendo si fa in compagnia di un credente, Paolo Brosio, che proprio nel suo stile di raccontare i fatti non dimentica mai di essere un cronista serio e rigoroso.

Il genio ribelle della **Belle Epoque**

In mostra a Padova le opere anticonformiste di Ugo Valeri

di Margherita **De Nadai**

All'indomani del centenario della sua morte, avvenuta a trentasette anni cadendo da un balcone di palazzo Pesaro a Venezia, Padova omaggia l'artista Ugo Valeri, definito per affinità di vita e rapidità di tratto il "Toulouse Lautrec italiano". Fino al 21 luglio 2013, la Banca di Credito Cooperativo di Piove di Sacco – la sua città natale - e il Comune di Padova Assessorato alla Cultura - Musei Civici, hanno organizzato la più approfondita antologica che gli sia mai stata dedicata, curata da Virginia Baradel e Federica Luser, con la direzione di Davide Banzato. Titolo: "UGO VALERI (1873 – 1911). Volto ribelle della Belle Epoque". In esposizione, presso i Civici Musei agli Eremitani (Piazza Eremitani), oltre un centinaio di opere, tra cui diversi inediti e due "omaggi" degli artisti illustratori bolognesi e degli amici di Ca' Pesaro. Le opere provengono da varie istituzioni museali e collezioni private, ed evidenziano come elemento principe il movimento delle figure: la linea diventa una serpentina che costruisce i corpi, li fa volteggiare e contorcere fino al limite della caricatura, con un ritmo sfrenato che si diluisce d'un tratto, per effetto dell'acquarello, proprio come in un ballo popolare, una delle ambientazioni tipiche dell'artista. Differente sensazione suscitano, invece, gli splendidi dipinti a olio che hanno un respiro più simbolista, più largo e pacato, senza cancellare l'impetuosità tipica del suo stile. Nato a Piove di Sacco (Padova) il 22 settembre del 1873, Ugo Valeri frequentò l'Accademia di Venezia e quella di Bologna ma, incapace di sottostare a qualsiasi disciplina, fu espulso da entrambe. Aveva un carattere caparbio e ribelle, che lo spinse a vivere fuori dagli schemi preordinati del mondo artistico: la sua indole insofferente lo costrinse ad un'esistenza raminga alla ricerca di quei gruppi di artisti, definiti all'epoca "scapigliati", con cui condivideva lo stesso stile di vita. Viaggiò così tra Padova, Venezia, Bologna, e dopo un breve soggiorno a Napoli, si trasferì a Milano e quindi nuovamente Venezia, divenendo anche grazie all'ambiente stimolante incontrato a Bologna e Milano, il poeta della strada che dipinse ispirandosi a un campionario di uomini e donne assolutamente variegato. I protagonisti preferiti delle sue opere erano le sartine, i dandy, i ricchi borghesi, i frequentatori di teatri, le ballerine, tutti al limite della caricatura e immersi nel proprio mondo fatto di feste popolari, rappresentazioni teatrali, case di tolleranza. Il suo gusto grafico lo portò a essere uno dei maggiori illustratori italiani, e le sue opere apparvero nel primo decennio del 1900 su riviste quali "La Lettura", "Illustrazione Italiana", "Varietas", "Secolo XX", "Italia Ride" e libri di Marinetti, Neera, Cavicchioli, Notari. Valeri non fu solo un illustratore ma deve essere apprezzato anche per l'alto valore della sua opera pittorica, attraverso cui seppe offrire esempi di grande modernità che gli aprirono le porte a importanti esposizioni quali Premio Francia a Bologna (dove vinse nel 1898), il Concorso "I sette peccati" al Circolo filarmonico e artistico di Padova (1904), l'Esposizione Internazionale per l'apertura del Sempione (1906), la Biennale (1907) e le mostre di Ca' Pesaro del 1909 e del 1910 a Venezia. Commentando la sua scomparsa, Arturo Martini scriveva al fratello di Ugo, il poeta Diego Valeri: "Tuo fratello fu per noi tutti una tromba: la tromba del nuovo mattino".

Al centro: In salotto. In alto a destra: Ritratto di signora.

Hvala, Sarajevo!

Quando un viaggio ti cambia la vita

di Margherita **De Nadai**

Ci sono dei viaggi che ti cambiano la vita. No, non è un luogo comune e no, non sono qui nemmeno a fare la cronaca del mio ultimo viaggio. Sono qui a condividere, piuttosto, ciò che ho imparato dal viaggio da cui sono appena rientrata. Perché a volte, al ritorno da un viaggio, vedi la vita e il mondo con occhi differenti; perché, quando vai in una realtà lontana dalla tua, diventi tu "il diverso" dall'altro, quando quotidianamente si è abituati a vedere "l'altro" come diverso. La mia attrazione per Sarajevo e i luoghi della guerra è risaputa, una guerra che personalmente ho vissuto in maniera distante, dato che al tempo ero bambina e le immagini e le informazioni erano mediate dalla tv. Appena varcato il confine tra Croazia e Bosnia mi colpisce immediatamente il paesaggio: le case ancora distrutte, abbandonate, mitragliate e, ovunque, bianche distese di tombe, sfolgoranti al sole, lungo la banchina e inerpicate sulle verdi colline. Un "Paese cimitero". "Benvenuti all'inferno", sembrava quasi suggerire un cartello in cirillico, in un'enclave serba. Giunta a Sarajevo mi sembra di essere approdata in qualche paese del Medio Oriente. Alle "case gruviera" e alle tombe bianche, si aggiungono moschee e minareti sparsi ovunque: è sera e nell'aria esotica si mescolano le melodie dei Muezzin. Per la notte sono ospite dell'unica scuola cattolica di tutta la città. Oggi, pur essendo in occidente e geograficamente vicino al mio Paese, "la diversa" sono io, quando nella mia città "diversa" è la donna che gira con il burqa e pratica una religione differente dalla mia. Mi copro il capo con un foulard, entro in moschea, osservo gli autoctoni pregare. Entro anche in una chiesa ortodossa, qui è la settimana santa, ne studio i riti. Faccio colazione con il caffè turco, entro in un locale dove tutti fumano il narghilè, inspiro l'aria rarefatta e un po' speziata delle vie. Percorro il Viale dei Cecchini, ho quasi paura che ancora ci siano i cetnici a sparare, sull'asfalto della strada faccio attenzione a non pestare le "rose di Sarajevo", i buchi dei mortai riempiti di vernice rossa. A Mostar, altro luogo simbolo della guerra, rimango colpita da un'immagine. In un quartiere semi-distrutto, scovo una discoteca accanto ad un palazzo cadente e martoriato dai colpi di mortaio: la vita accanto alla morte e alla distruzione. Una cinquantina di giovani sono là fuori, si divertono, ballano, vivono, nonostante siano di fronte a quello scempio, simbolo di guerra e di morte. Una sorta di esorcismo. In Bosnia ho imparato una parola: "hvala". "Hvala", in bosniaco, significa "grazie". E' la parola che ho sentito pronunciare di più, in quei giorni. In Bosnia non hanno dimenticato di ringraziare, come invece spesso accade qui in Italia. Ed io, di ritorno da questo viaggio, mi sento di dire proprio questa parola: "hvala". Hvala Sarajevo, per quello che mi hai insegnato. Hvala, perché sono una ragazza fortunata. Hvala, perche dopo la morte c'è sempre la rinascita. Come mi insegnano quei ragazzi danzanti che davanti alle macerie urlano ancora alla vita e hanno voglia di andare avanti.

"Passa così una giornata di viaggio, e non c'è bisogno d'altro per riempirla da cima a fondo: un fiume, dei cespugli, una bella testa infantile, delle tombe".
Gustave Flaubert

Mezze maniche con **fave fresche**

È la stagione in cui gli orti ci regalano tante gustose verdure

di Maria Stella **Zaia**

© Can Stock Photo Inc. / Orson

Giugno è il momento in cui assistiamo all'esplosione degli orti, dalla Sicilia all'Alto Adige, il mercato offre di tutto: piselli, fave, patate novelle, fiori di zucca, bietole, insalate,cetrioli, zucchine.
Questa grande varietà di verdure e legumi ci consente di variare la nostra alimentazione, e ci danno lo spunto per realizzare piatti gradevoli e di costo contenuto. In questo numero voglio darvi una ricetta che prevede le fave fresche e le mezze maniche. Si tratta di un primo piatto gustoso e pieno di virtù (infatti le fave fresche sono poco caloriche, poiché hanno 40 kilo calorie per 100 grammi, sono ricche di proteine, fibre sali di potassio, ferro fosforo, calcio e sodio e di vitamine A, B1, B2, C ed E, contengono anche un aminoacido L_dopa che aumenta la quantità di levo-dopa presente nel cervello). Sono controindicate a chi soffre di favismo.

Ingredienti (per 4 persone):
320 grammi di mezze maniche
800 grammi di fave fresche già sgusciate
una cipolla
pepe, sale q.b.
Olio di Oliva extra vergine di oliva
Grana Padano grattugiato in abbondanza

Preparazione:
Stufare la cipolla in 5 cucchiai di olio extravergine, aggiungere le fave stufandole e portandole dolcemente a cottura mettendo man mano dell'acqua calda o del brodo vegetale. Una volta cotte (quando cioè sono diventate morbide) prenderne un po' meno della metà (delle fave) e metterle nel passaverdure, quindi aggiungere la purea così ottenuta al ragù di fave.
Nel frattempo portare ad ebollizione l'acqua, salarla e mettere le mezze maniche.
Togliere la pasta dal fuoco un po' al dente e unirla alle fave mescolando bene (aggiungere un po' di acqua della pasta portando a cottura la preparazione).
A cottura ultimata fuori dal fuoco aggiungere un'abbondante manciata di grana e del pepe a piacere. Quindi servire subito.
Buon appetito.

Attenti al lupo

Non si può accettare che una persona anziana trovi conforto alla solitudine dinnanzi ad un apparecchio così infido, anche se colorato e rumoroso

di Antonella **Prigioni**

Non credo alla dea bendata. Esiste la buona o la cattiva sorte, due facce imprevedibili di una sola natura, non vale la pena scommetterci, tantomeno soldi. Ogni volta che si evita di giocare, di acquistare un gratta e vinci, di tentare la fortuna con giochi in cui si possono guadagnare soldi, si ha la vincita certa di non aver perso il denaro che si voleva puntare. E non mi importa di attirare gli strali di chi lavora nel settore, di chi trae guadagno, ad iniziare dai monopoli di Stato, il gioco d'azzardo proprio non lo concepisco. Gli adulti sono liberi di sperperare patrimoni in scommesse, fiches e in alienanti ricerche di combinazioni di figure che fanno tintinnare, nel cassetto delle slot machine, decine di monete. Un suono che crea euforia, ma purtroppo incatena, schiavizza, fagocita la volontà di chi se ne lascia ammaliare. Non si può accettare invece che una persona anziana trovi conforto alla solitudine dinnanzi ad un apparecchio così infido, anche se colorato e rumoroso. Pensionati che trascorrono ore, quasi in trance, davanti ad una slot, come automi abbassano la leva nella speranza ossessionante di recuperare quelle monete da un euro, due euro, inghiottite da un pozzo crea illusioni che può essere solo traditore. Capita che vincano dieci euro, ma dopo averne persi cento, mille, chi lo sa, o forse, lo si sa benissimo, basta sbirciare nella busta di plastica che i nonni appoggiano a fianco della postazione di gioco, due panini e mezzo litro di latte, tutto quello che si possono permettere con la pensione, che cercano disperatamente di moltiplicare, senza accorgersi che si affidano al gatto e alla volpe elettronici. Quegli stessi malandrini da cui hanno messo in guardia, chissà quante volte, i loro nipoti....

DYN'ART.it

Hilterapia® e dopo ...

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

ASA LASER
Research and Therapeutic Solutions

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

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

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

Seguici su:

www.hilterapia.it

TU vuoi più semplicità nella gestione del tuo business.

NOI ti offriamo CONTO BUSINESS INSIEME.

MF Innovazione AWARD 2012

La soluzione vincente è sempre quella più semplice. Come Conto Business Insieme, il conto corrente flessibile che aiuta i piccoli imprenditori e i professionisti ad amministrare il proprio business. Conto Business Insieme ha ottenuto il primo premio MF Innovazione Award 2012 nella categoria "Conti e Carte Imprese". È un riconoscimento che premia i prodotti e i servizi bancari che sanno guidare o anticipare i cambiamenti del mercato. Perché da sempre mettiamo le esigenze delle Piccole e Medie Imprese al primo posto.

BUSINESS INSIEME CONTO

CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO
Vicini a voi.

Vieni in Filiale a parlarne con uno dei nostri gestori.
www.smallbusiness.intesasanpaolo.com

Banca del gruppo
INTESA SANPAOLO

Messaggio Pubblicitario con finalità promozionale. Per le condizioni economiche e contrattuali dei prodotti/servizi/finanziamenti consultare i Fogli Informativi a disposizione in Filiale e sui siti internet delle Banche che commercializzano il conto. La concessione delle carte e dei finanziamenti è soggetta alla valutazione della Banca.