PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **6**, numero **5**
Settembre - Ottobre 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

CALANO GLI INCIDENTI STRADALI

MINIFOCUS

TUTTO SULLA ZANZARA DEL NILO

SPECIALE

TORNA IL PREMIO GIORNALISTICO GIORGIA IAZZETTA

La non autosufficienza

pittarello.com

PITTARELLO

Questione di cuore.

cdcomunicazione Alberto Buzzanca photographer

NES - Nord Est Sanità - Anno 6 - numero 5 - **settembre- ottobre 2013**

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

La vignetta
Dottor Nessi 5

Editoriale
Il Veneto della Cassa Peota 7

L'intervento
Tutti siamo diversamente non autosufficienti 8

Primo piano: la non autosufficienza
Non autosufficienza, coinvolta una famiglia su tre 9
Tra residenzialità ed assegni di cura 14
Un esercito di badanti 17
La vita con un non autosufficiente «Al centro di un vortice» 20
Romano: «Sta cambiando il ruolo delle famiglie» 19
La famiglia non può sostituire la sussidiarietà 21
Case di riposo e residenze, ma quante sono in Veneto? 23
Tutta la domiciliarità dei non autosufficienti nei Lea 24
Una legge sulla disciplina dell'affido 26

Focus: gli incidenti stradali
Il Veneto conta il 46% in meno di incidenti stradali 28
Il valore delle statistiche 30
Meno vittime, più controlli, meno trasgressioni in Veneto 32
Padova Triste primato 34
Dossi e sicurezza Sono davvero tutti utili? 35
Incidenti diminuiti, ma sempre attenzione alla guida 36
Rientro sicuro, se al volante c'è Bob 39
Assicurazione, sparisce il tagliando 41

Minifocus: la zanzara del Nilo
La zanzara del Nilo: la storia, i sintomi, la prevenzione 41
L'azione della Regione 51

Speciale
Seconda edizione del premio giornalistico Giorgia Iazzetta 54

Viaggio nelle Asl
La Ulss 10 punta sull'ospedale unico 56

Rubriche
Le false promesse del federalismo in Sanità 59
No alle battaglie ideologiche, guardiamo i dati 60
Che tipo di Medico del Lavoro serve alle aziende? 63
Il deficit erettile 64
Più esercizio fisico e meno-pausa 65
Servizi di laboratorio clinico o supermercati 66
Novità nel trattamento chirurgico dell'artrosi del ginocchio 67
Diagnosi e terapia della scoliosi 68
Attenzioni ai denti fin da piccoli 69

Attualità
La parola al malato: Il Parkinsonologo ascolta 76
Medici chirurghi: bravi ma poco attenti alla comunicazione 77
Leonardo Da Vinci L'Uomo universale 78
«Ho smesso di piangere» 79
Italia, il Paese dell'ospitalità 80
Crespelle autunnali 81
Distanza di sicurezza 82

Gerenza

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

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

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via 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, Davide Zanella

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

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 26 ottobre 2013

La riproduzione e la ristampa, anche parziale, di articoli 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**

HOLOGIC™
The Women's Health Company

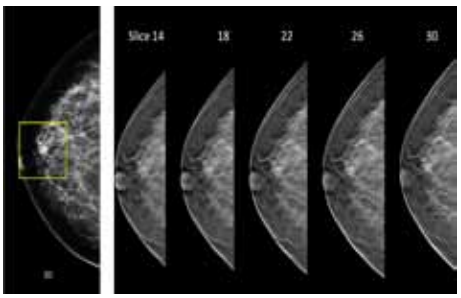
Selenia® Dimensions® 3D: la Tomosintesi al seno di Hologic

Il sistema Selenia Dimensions 3D è l'UNICO che:

- permette l'esecuzione di una biopsia verticale tomo guidata
- è citato in oltre 80 pubblicazioni, abstract e presentazioni scientifiche
- se utilizzato in combinazione con la mammografia digitale tradizionale:
  - permette un incremento del 27% sull'individuazione delle lesioni, del 40% dei tumori invasivi e riduce i falsi positivi del 15% (12.691 pazienti[1])
  - permette un incremento del 50% sull'individuazione delle lesioni e riduce i falsi positivi del 17.2% (7.292 pazienti[2])

[1] ***Comparison of digital mammography alone and digital mammography plus tomosynthesis in a population-based screening program.***
Per Skaane, Andriy I. Bandos, Randi Gullien, Ellen B. Eben, Ulrika Ekseth, Unni Haakenaasen, Mina Izadi, Ingvild N. Jebsen, Gunnar Jahr, Mona Krager, Loren T. Niklason, Solveig Hofvind, and David Gur
Radiology. 2013 Apr;267(1):47-56. doi: 10.1148/radiol.12121373. Epub 2013 Jan 7

[2] ***Integration of 3D digital mammography with tomosynthesis for population breast-cancer screening (STORM): a prospective comparison study.***
Stefano Ciatto, Nehmat Houssami, Daniela Bernardi, Francesca Caumo, Marco Pellegrini, Silvia Brunelli, Paola Tuttobene, Paola Bricolo, Carmine Fantò, Marvi Valentini, Stefania Montemezzi, Petra Macaskill
Lancet Oncol. 2013 Jun;14(7):583-9. doi: 10.1016/S1470-2045(13)7 0134-7. Epub 2013 Apr 25



I sistemi di "Densitometria Ossea DEXA" di Hologic

Consentono una diagnosi precoce della malattia in modo da poter intervenire sia sulle cause che sugli effetti migliorando sensibilmente la "qualità della vita" dei pazienti

Rappresentano il Gold Standard per la diagnosi e prevenzione dell'osteoporosi grazie alla tecnologia Fan Beam Isocentrica e all'energia pulsata, garantendo così una maggior accuratezza e precisione diagnostica

Forniscono, grazie all'ergonomia dell'apparecchiatura, il maggior comfort possibile al paziente durante l'esame

TECHNO LOGIC
Lungo Dora Voghera 34,36/a 10153 Torino
Tel. 0116601159 – Fax. 0116600146
technologic@hologicitalia.com

Il Veneto della **Cassa Peota**

Recuperiamo quello spirito di solidarietà

di Giuseppe **Caraccio**
Direttore Editoriale di NES

Nei secoli della Serenissima, quando i nobili veneziani trascorrevano i mesi estivi "villeggiando" in Riviera del Brenta o lungo il Sile, a bordo delle loro ricche imbarcazioni, anche i popolani cercavano – almeno un giorno l'anno – analoga distrazione. Niente burci per le loro gite, bensì le più popolari peote. Ma per concedersi questo svago – ricordato da Goldoni come garanghello – occorrevano soldi. Ecco allora la geniale intuizione: una cassa comune, spesso affidata ad una donna, piccole contribuzioni, e prestiti ripagati con un modestissimo interesse. Nasce così la cassa peota, un'invenzione tutta veneziana, che nei secoli vede poi accrescere la sua importanza: da sistema per finanziare gite e svaghi, diventa supporto nei momenti di bisogno e necessità. Per tanto tempo le casse peote sono state lo strumento principale per sostenere i poveri, i bisognosi. Erano istituzioni, per quanto non ufficiali, rispettate e guardate con gratitudine, per l'importante ruolo sociale che ricoprivano. Ed erano anche la rappresentazione plastica di una popolazione che si aiutava e sosteneva a vicenda, che affrontava assieme i momenti di difficoltà e godeva assieme di quelli di gioia. Il Veneto, terra di emigrazione prima (quanti nostri nonni hanno attraversato l'oceano o sono andati a lavorare nelle fabbriche di mezza Europa) e di immigrazione poi, regione di contadini che si sono spaccati la schiena per rubare la terra all'acqua, popolo che è stato protagonista del miracolo del Nordest grazie alla dedizione al lavoro, è cresciuto grazie al senso di solidarietà e di partecipazione di cui le casse peote erano un simbolo. Oggi quelle esistenti sono cambiate, regolamentate da rigidissime norme della Banca d'Italia (che stabilisce non ne possano nascere di nuove). Ma lo spirito che sottendeva alla loro esistenza non è sopito. In questo momento di crisi, la cui fine non sembra arrivare mai, bisogna recuperare quel senso di solidarietà, di aiuto reciproco, di mutuo soccorso che hanno permesso al Veneto di diventare quello che è. Certo, le banche dovrebbero aiutare chi ha coraggio, idee, iniziative. Ma non è a loro che voglio rivolgermi, bensì a tutti noi: diamoci una mano a vicenda, non chiudiamoci nell'indifferenza e nell'egoismo. Nella latitanza della politica, proviamo noi a fare ripartire il Veneto.

© Can Stock Photo Inc. / IvonneWierink

Tutti siamo diversamente **non-autosufficienti**

di Mario **Bertolissi**
Costituzionalista

Mano a mano che si avanza, si diviene sempre meno baldanzosi. Eravamo convinti di aver scoperto una vena inesauribile d'oro. Il gioco della finanza ha creato, per un tempo non trascurabile, nuovi ricchi. Tanti ricchi per caso, che hanno, volutamente o no, generato moltitudini di poveri. E, poi, il progredire, quasi senza discontinuità, della medicina, che ha allungato di decenni la vita media. Don Verzé vagheggiava durate surreali: centocinquant'anni, senza interrogarsi mai - è una pratica diffusa in chi non mena una vita grama - sulla sostenibilità dei costi per prestazioni e servizi, che si dovrebbero rendere anche a favore di chi sta bene. Soprattutto - è il caso di non dimenticarsi -, di chi sta male, anche in giovane o addirittura giovanissima età. Si tratta dei non-autosufficienti, che molto spesso sono anche i più bisognosi e deboli, la cui oggettiva umiltà rende grandi dinanzi a Dio, come recitano le scritture.
Per chiarirsi le idee e comprendere il senso di un richiamo che ha a che fare con la realtà, è opportuno scorrere un vocabolario qualunque. Bisognoso è "chi si trova in ristrettezze economiche, povero"; debole è chi "ha poca forza"; umile è "chi è consapevole dei propri limiti e non si inorgoglisce o esalta per i propri meriti o virtù"[1]. Questo può essere ed è il profilo del non-autosufficiente, che vive in ragione di ciò che gli altri gli danno. Un tempo, la società li emarginava e magari sopprimeva. Ora, se ne prende cura, perché la pietas antica si è coordinata con un intenso senso di umanità, che va coltivato e potenziato.
Il fondamento di un dovere incontestabile, oltre che di carattere etico, trova giustificazione anche a livello costituzionale. Non perché si debba ricercare, per ogni azione od omissione, un riferimento nella legge fondamentale, ma perché lotte plurisecolari e guerre mondiali hanno reso evidente quel che doveva essere tale di per sé: vale a dire, che è "più giusta e più umana" una società che si riconosce in "una solidarietà di tutti gli uomini, alleati a debellare il dolore"[2].
La percezione, nitidissima, di questo messaggio, che opera come un criterio-guida all'interno delle istituzioni, la si ha leggendo con un minimo di attenzione la Costituzione. Essa parla di "solidarietà" (art. 2), di "dignità" e di "eguaglianza" (art. 3), di "giustizia" (art. 11), di "senso di umanità" (art. 27), di "rispetto della persona umana" (art. 32), di "esistenza libera e dignitosa" (art. 36). Poco importa che un tal genere di espressioni riguardi, di volta in volta, aspetti particolari della vita. Conta, piuttosto, il richiamo costante alla persona e alla dimensione comunitaria dell'esistenza, la quale testimonia, ogni giorno, di una nostra strutturale debolezza. Perché, se si è profondi e non banali, tutti siamo diversamente non-autosufficienti. Si suicida il povero, ma anche il ricco; chi è ammalato, ma anche chi è sano. A dimostrazione del fatto, appunto, che ciascuno, anche per questo, dovrebbe percepire, di sé, la sua intrinseca finitezza. Fin dall'inizio, non soltanto alla fine: quando ormai è al tramonto.
Per quanto possa apparire sorprendente, a prima vista, questo approccio alla non-autosufficienza è concepito così perché è connesso all'idea di giustizia. Giustizia - scriveva Silvio Trentin - "è precisamente questo principio di razionalizzazione dell'imperativo etico, principio inerente al Diritto, dal quale il Diritto è portato nella soluzione dei conflitti ove è in causa l'essere sociale"[3]. Qui, il diritto è inteso - con le parole di Dante - come hominis ad hominem proportio. È una relazione paritaria tra esseri umani, che non va tradita mai, soprattutto quando la natura, e non solo la natura, ha reso deboli e bisognosi.

1 Dizionario italiano, a cura di T. De Mauro, Paravia, Milano, 2000.
2 On. Piero Calamandrei, A.C., 4 marzo 1947.
3 S. TRENTIN, La crisi del diritto e dello Stato, prima edizione italiana, a cura di G. Gangemi, Gangemi Editore, Roma, 2006, 144.

Non autosufficienza coinvolta una famiglia su tre

Sono 165mila secondo una ricerca Uil Veneto - Lan, ma in poco tempo saranno 200mila

di Ines **Brentan**

© Can Stock Photo Inc. / Leaf

Il 35,7% delle famiglie venete è interessata dal problema della non autosufficienza, più di un terzo dell'universo complessivo, e di queste il 24% sta già affrontando attualmente le problematiche legate all'assistenza di un proprio familiare, mentre l'11,6% si troverà in una situazione simile entro i prossimi tre anni.
Sono i principali numeri della ricerca "I non autosufficienti in Veneto, tra cambiamento demografico e nuovo welfare", effettuata da LAN - Local Area Network per conto della Uil Veneto e della Uil Pensionati.
La non autosufficienza riguarda in genere un solo componente per nucleo familiare, ma nel prossimo futuro molte famiglie (il 40% del campione intervistato) potrebbero trovarsi a gestire più di una persona rendendo necessaria fin da ora una maggiore implementazione dei servizi assistenziali a domicilio.
L'indagine Istat 2007 stima che in Italia il numero di persone

© Can Stock Photo Inc. / gina_sanders

in condizione di disabilità che vivono in famiglia sono pari a 2.600.000, il 4,8% della popolazione e di queste ben 2.000.000 sono persone anziane. La mancanza di un dato ufficiale però non permette di avere una stima certa del fenomeno e l'incremento del numero di anziani nel corso degli ultimi anni, con prospettive di crescita anche per il prossimo futuro, fa supporre ad un universo di riferimento ben più ampio. Dalla rilevazione effettuata in Veneto alla fine del 2010 si calcola che i non autosufficienti in regione rappresentino il 3,3% della popolazione complessiva, pari a circa 162 mila persone. Applicando la struttura attuale di non autosufficienti allo scenario futuro si prevede che il numero di non autosufficienti nel triennio (2011-2013) possa arrivare a superare le 191 mila persone, circa il 3,9% della popolazione complessiva.

Ma qual è il profilo dei non autosufficienti?

La maggior parte degli assistiti sono donne (sei su dieci), con un'età superiore ai 65 anni, anche se non sono rari i casi di non autosufficienti nelle classi di età più giovani: 8% tra gli "under 30" e un'analoga proporzione tra i 30 ed i 50 anni. La disabilità della persona si protrae da più di 5 anni per il 47% del campione osservato e nella maggior parte dei casi si tratta di un'assistenza globale, che va dalle cure sanitarie all'intrattenimento, dalla preparazione dei pasti alla pulizia dell'alloggio. Solo in misura ridotta si tratta di persone non autosufficienti da meno di due anni (28%) o che richiedono un'assistenza solo parziale (36%).

Il ruolo delle famiglie

Una delle caratteristiche peculiari dell'attività di assistenza ad anziani non autosufficienti e disabili è legata al lavoro svolto dalla famiglia, che ricopre un ruolo essenziale nel servizio di assistenza domiciliare.
Secondo i risultati emersi dalla ricerca, i non autosufficienti, in genere, risiedono nella propria abitazione od in quella di un proprio familiare, mentre solo una minima parte si appoggia alle strutture sanitarie o socio-residenziali presenti nel territorio. Il dato trova conferma nelle interviste realizzate con i familiari degli assistiti, in cui si osserva come il non autosufficiente nella maggior parte dei casi (63%) viva nella propria abitazione o, in alternativa, in casa di uno dei familiari (33%).
Trattenere il non autosufficiente in casa dipende, in genere, da una scelta interna alla famiglia, dettata nella maggior parte dei casi da motivi affettivi o per un'espressa richiesta dell'assistito.
Non si tratta però di una scelta univoca, perché una decisione di questo genere dipende anche delle risorse economiche disponibili. In base alle indicazioni emerse dalla rilevazione telefonica la correlazione tra il reddito famigliare e la volontà di trattenere il familiare in casa ha un andamento a clessidra: la soluzione "interna" riguarda le famiglie con fasce di reddito basse (inferiori a 15.000 €) o elevate (sopra i 25.000 €), mentre nella fascia intermedia è più alto il ricorso ad aiuti esterni. La scelta di gestire in maniera autonoma l'attività di assistenza mette in evidenza due situazioni differenti e diametralmente opposte: chi decide di operare in autonomia è perché non si può permettere di "pagare" i servizi esterni o nell'altro senso è perché, disponendo di risorse economiche adeguate, può servirsi di un'assistente familiare e

Per assistere il proprio familiare:
(% calcolate sul totale dei rispondenti)

trattenere in casa il disabile.

Assistenza e lavoro

Per ovviare al problema della conciliazione in molti casi si utilizzano ferie e permessi (29% degli intervistati) e chi può fa ricorso alla legge 104 (22%, *vedi box a lato*), che consente l'avvicinamento della sede lavorativa per motivi familiari. Sono frequenti anche i casi per cui una persona si è licenziata / è stata licenziata (12,4%), e non sono neppure rare le persone che hanno deciso di cambiare occupazione per stare più vicino al proprio familiare (3,4%). La riduzione dell'orario lavorativo / richiesta del part time e la domanda di pensionamento anticipato rappresentano delle soluzioni alternative, ma poco praticate (rispettivamente 8% e 4,5%). Nel complesso solo una persona su quattro mantiene la propria situazione / condizione lavorativa, a testimonianza delle evidenti difficoltà che si incontrano quando si presenta il problema di disabilità nella propria famiglia.

I servizi ai non autosufficienti

Negli ultimi anni i servizi agli anziani non autosufficienti e disabili hanno registrato un progressivo aumento dell'utenza, con una crescita più sostenuta tra i servizi domiciliari rispetto a quelli residenziali.

Per oltre la metà del campione si fa ricorso a soggetti esterni per supportare la famiglia nell'attività di assistenza; si tratta in primis di associazioni di volontariato / cooperative (quasi il 40% dei rispondenti) e dei servizi svolti dalle ASL di competenza (35,4%). Una certa rilevanza riveste anche la domanda di servizi a pagamento (22%); meno, invece, se si tratta delle prestazioni offerte dal Comune di appartenenza (10%). In misura ridotta,

I permessi retribuiti

(L. 104/1992 art. 33– Dlgs 151/2001 art. 42)

A chi spettano

I permessi retribuiti spettano ai lavoratori dipendenti sotto indicati del settore privato e, dal 1° gennaio 2009, anche ai lavoratori delle imprese dello Stato, degli Enti Pubblici e degli Enti locali privatizzate circ. 114/2008:

• alle persone in situazione di disabilità grave che lavorano come dipendenti spettano 2 ore al giorno o 3 giorni al mese anche frazionabili in ore;

• ai genitori lavoratori dipendenti di figli in situazione di disabilità grave con età inferiore a tre anni spetta il prolungamento dell'astensione facoltativa o 2 ore al giorno (Circ. 162/93, punto 1) fino al compimento dei 3 anni di vita del bambino o 3 giorni (circ. 155/2010) al mese anche frazionabili in ore Msg 15995/07 e msg 16866/2007:

• al coniuge, parenti o affini entro il 2° grado che lavorano come dipendenti spettano 3 giorni al mese anche frazionabili in ore Msg 15995/07. Il diritto può essere esteso ai parenti e agli affini di terzo grado della persona in situazione di disabilità grave soltanto qualora i genitori o il coniuge della persona disabile abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti. I tre giorni di permesso mensili possono essere fruiti anche dai parenti e dagli affini del minore di tre anni in situazione di disabilità grave (33, comma 3, della legge 104/92 come modificato dall'art.24 della legge 183/2010 - vedi circolare n. 155/2010-).

I requisiti

essere lavoratori dipendenti (anche se con rapporto di lavoro part time) e assicurati per le prestazioni economiche di maternità presso l'Inps

• la persona che chiede o per la quale si chiedono i permessi sia in situazione di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 riconosciuta dall'apposita commissione della ASL (handicap grave art. 4, comma 1 L. 104/92) A decorrere dal 01.01.2010 le suddette commissioni sono integrate da un medico dell'Inps. (Circ. 162/93, punto 1, Circ. 80/95, punto 1 ,circ. 32/2006, circ. 131/2009).

• non ricovero a tempo pieno della persona in situazione di disabilità grave.

La presenza delle badanti è significativa e coinvolge in media una famiglia su tre. Si avverte in generale la mancanza di un soggetto istituzionale che si faccia carico del compito di far incontrare domanda e offerta.

poi, si fa ricorso alle comunità parrocchiali (4%).
La presenza delle badanti è significativa e coinvolge in media una famiglia su tre.
Nella maggior parte dei casi le badanti vengono reperite tramite il passaparola o la rete di conoscenti, soprattutto se queste persone hanno già avuto altre esperienze analoghe in Italia. In misura minore ci si appoggia alle comunità parrocchiali (12%), ai Comuni (9,5%) o alle associazioni di volontariato (9%), ma questi canali risultano secondari e si avverte in generale la mancanza di un soggetto istituzionale che si faccia carico del compito di far incontrare domanda e offerta.
Un altro problema particolarmente avvertito dalle famiglie è la difficoltà di ottenere il riconoscimento dello stato di invalidità della persona (6 casi su 10). Gli iter burocratici e gli accertamenti clinici richiedono spesso tempi troppo lunghi, quando in realtà le famiglie hanno bisogno fin dall'inizio della certificazione di invalidità per poter usufruire dei benefici previsti dalla normativa vigente e assicurare fin da subito un'assistenza adeguata al proprio familiare.
Il 44% degli intervistati evidenzia, inoltre, alcune difficoltà a reperire gli strumenti necessari per assistere il disabile e tali difficoltà si ricollegano in parte al problema evidenziato in precedenza legato alla complessità delle procedure burocratico-sanitarie per ottenere il certificato di invalidità.
Gli intervistati poi sottolineano una volta di più la mancanza di informazioni adeguate, che molto spesso generano solo confusione (43%), soprattutto all'inizio quando non si sa come muoversi e si ha la necessità di avere indicazioni chiare per poter inquadrare il problema.

I costi dell'assistenza

Per quanto riguarda le spese da sostenere, emerge in maniera preponderante il problema dei costi dell'assistenza, che incidono in misura sempre più rilevante sui bilanci familiari: le risorse del non autosufficiente molto spesso non bastano e gli assegni di cura / di accompagnamento erogati dal sistema pubblico sono considerati poco più di un contributo che non permette di far fronte a tutte le spese. La situazione di difficoltà, aggravatasi nell'ultimo periodo con la crisi economica, è comune a molte famiglie, che in base alle loro possibilità cercano di ripartire i costi in base alle fonti economiche disponibili. Si utilizzano in primis le risorse del non autosufficiente, per poi sopperire alle ulteriori spese con le disponibilità del nucleo familiare. Ma in proporzione quanto incide sul reddito familiare l'assistenza ad un disabile?
I dati emersi dalla rilevazione telefonica fotografano un quadro con poche luci e molte ombre, tenendo anche conto della forte perdita del potere d'acquisto delle famiglie che si sta registrando nell'ultimo periodo. Solo il 28% del campione non si sente penalizzato dal punto di vista economico, mentre all'altro estremo la spesa per la non autosufficienza incide tra il 25 e 50% del reddito familiare (16% degli intervistati), a cui si aggiunge un 12% che reputa il budget disponibile più che dimezzato per far fronte alle necessità e cure da somministrare al disabile. Una famiglia su cinque, poi, percepisce un carico di spesa tra il 10 ed il 25%, mentre una quota analoga si annovera nella classe precedente con un livello di spesa inferiore al 10% del reddito disponibile.

© Can Stock Photo Inc. / Kamaga

L'analisi proposta dal sindacato, in sintesi, ha evidenziato alcune criticità rilevanti che possono essere così sintetizzate:

- **la scarsa conoscenza della normativa vigente sui diritti alle cure, permessi lavorativi, agevolazioni fiscali di cui hanno diritto le persone disabili;**
- **la difficoltà di conciliazione tra impegni di lavoro ed attività di assistenza per chi in famiglia si occupa dell'assistenza del non autosufficiente;**
- **le lacune del sistema informativo e la mancanza di un soggetto di riferimento in grado di svolgere un adeguato servizio di comunicazione;**
- **gli iter burocratici ed i tempi eccessivi che si riscontrano per il riconoscimento e la certificazione della disabilità del paziente;**
- **la mancanza di un intermediario tra domanda e offerta nel reperimento delle badanti;**
- **la crescente difficoltà delle famiglie a sostenere le spese in uno scenario economico fortemente negativo;**
- **l'inconsistenza e/o lo scarso peso dei sussidi per il sostegno economico.**

La separazione settoriale tra ambito sanitario e quello sociale, con una conseguente frammentazione delle aree di specializzazione e delle competenze, genera un allungamento degli iter burocratici e un ritardo delle certificazioni cliniche che creano non pochi disagi per chi deve affrontare il problema della non autosufficienza.
Di fondamentale importanza, dunque, appare anche la necessità di ottenere in tempi brevi il riconoscimento giuridico-previdenziale del servizio di assistenza svolto (48,7%). Secondo le indicazioni emerse, poi, il 46% degli intervistati auspica un miglioramento del servizio di assistenza sanitario, al fine soprattutto di potenziare la capacità di offerta nel territorio e qualificare gli interventi di fronte alla limitatezza di posti disponibili nelle strutture pubbliche.

Risulta, inoltre, importante l'integrazione ospedale-territorio: il frazionamento degli interventi tra diversi attori istituzionali, infatti, spesso non garantisce un'assistenza continuativa del paziente, che si trova ad affrontare anche il problema legato alla mancanza di raccordo tra servizi sanitari e servizi sociali. Un altro aspetto sottolineato da circa due intervistati su cinque è la necessità di aumentare le agevolazioni fiscali al fine di favorire l'assunzione regolare delle assistenti familiari. Appare indispensabile, dunque, rendere vantaggioso il contratto alle famiglie, concedendo maggiori agevolazioni, anche a livello locale, e conferendo una quota del costo della cura al servizio pubblico. La mancanza di integrazione tra il profilo sanitario e quello sociale produce un vuoto informativo che deve essere necessariamente colmato per favorire un adeguato inquadramento nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria. Il 38% degli intervistati auspica, infatti, un miglioramento del sistema informativo in merito alle modalità di cura, e tale intervento può essere anche esteso per colmare le lacune evidenziate in relazione alle agevolazioni e benefici previsti dalla normativa vigente. Tre intervistati su dieci, infine, chiedono una maggiore flessibilità degli orari di lavoro e la possibilità di usufruire di maggiori permessi, mentre circa una famiglia su quattro ritiene necessario implementare maggiormente i servizi comunali e ritengono utile la costruzione di nuove strutture residenziali.

Tra residenzialità ed **assegni di cura**

27mila persone ricevono un sostegno economico

di Ines **Brentan**

© Can Stock Photo Inc. / Claudio_Pics

L'evoluzione delle politiche sanitarie ha teso a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase delle emergenze e del trattamento delle fasi immediatamente successive, rinviando alla rete territoriale dei servizi residenziali i trattamenti di lungo-assistenza e di riabilitazione prolungata.
Per il 2011 il fabbisogno di residenzialità in Veneto è stimato a 27.244 unità, aumentato in cinque anni del 12,8%.
In termini assoluti nelle Ulss di Padova, Verona, Venezia e Treviso si conta il maggior numero di disponibilità (complessivamente circa il 30% del totale) e l'Ulss veneziana detiene anche il primato in termini di variazione percentuale con un progresso negli ultimi cinque anni pari al 28,5%. Tra il 2007 ed il 2011 al di sopra della media regionale si registra anche l'incremento nelle aree di Mirano (+16,9%) e del Veneto Orientale (+14,6%), mentre tra le più stabili si segnalano le Unità di Belluno e Feltre (rispettivamente +4% e +6,9%).

L'assistenza domiciliare integrata

L'assistenza domiciliare si distingue in:

- servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.): ha l'obiettivo di aiutare la persona nel disbrigo delle attività quotidiane sollevando in parte la famiglia dal carico assistenziale (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.)
- assistenza domiciliare integrata (A.D.I.): vengono erogate prestazioni domiciliari da parte di figure professionali sanitarie e sociali integrate fra loro (medico di medicina generale, infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista ecc.), secondo un intervento personalizzato definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D. dell'ULSS) competente per territorio (es. servizio di riabilitazione, servizio infermieristico, servizio medico - visite programmate, etc...).

Secondo gli ultimi dati disponibili (2011) il numero di coloro che beneficiano del servizio SAD all'interno dell'ADI si attesta a 15.818 unità, con una flessione significativa rispetto all'anno precedente (-4,3%) pari a -718 unità. Allargando l'orizzonte temporale, però si evidenzia un trend di crescita che solo nell'ultimo anno è stato ridimensionato: rispetto al 2006 si registra, infatti, un progresso di oltre 600 unità con una crescita media dell'utenza vicino al punto per-

I beneficiari degli assegni di cura, intesi come famiglie e persone a cui è stato riconosciuto il diritto ad un sostegno economico a seconda del carico di cura, delle tipologie e della modalità di assistenza fornita, si attestano nel 2011 di poco al di sotto di quota 27 mila.

centuale (+0,9%).

Gli assegni di cura

I beneficiari degli assegni di cura, intesi come famiglie e persone a cui è stato riconosciuto il diritto ad un sostegno economico a seconda del carico di cura, delle tipologie e della modalità di assistenza fornita, si attestano nel 2011 di poco al di sotto di quota 27 mila, registrando una leggera flessione rispetto all'anno precedente (-383 unità). Tra questi il 19% beneficia di un sostegno con assegno Alzheimer e il 16% con la maggiorazione per l'impiego di assistenti familiari. La dinamica degli ultimi anni in termini complessivi è caratterizzata da un trend positivo, con una variazione media del 3% tra il 2008 ed il 2011. L'incremento più sostenuto si rileva nel 2008 (+9,2%), mentre negli anni successivi la quota di beneficiari si mantiene pressoché stabile, con una leggera flessione, come già evidenziato in precedenza, nell'ultimo anno (-1,4%).

Il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Con l'approvazione della legge regionale 30/2009 è stato istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, che ha lo scopo di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sani-

Assistenza domiciliare integrata: i dati per Azienda Ulss del Veneto

	2010	2011
Azienda ULSS di riferimento	Utenti SAD in ADI	
1	657	628
2	786	571
3	298	130
4	1.138	1.324
5	455	432
6	767	189
7	682	526
8	954	992
9	854	834
10	1.478	988
12	697	903
13	527	567
14	140	148
15	516	449
16	851	990
17	629	668
18	406	428
19	397	392
20	2.040	2.132
21	1.392	1.310
22	872	1.246
Totale	16.536	15.847

taria, nonché di protezione e tutela delle famiglie che le assistono. Il Fondo riunisce le risorse del Fondo già costituito con l'articolo 3 della legge finanziaria regionale del 2008, quelle del Fondo per la domiciliarità di cui all'articolo 26 della LR 9/2005, quelle per i servizi di telesoccorso e telecontrollo e le risorse destinate al finanziamento dei centri diurni per persone con disabilità. Nel Fondo confluiscono, inoltre, i finanziamenti derivanti dallo Stato o da altri soggetti pubblici destinati alla non autosufficienza. E proprio in funzione di una maggiore sostenibilità del sistema di offerta, l'articolo 7 della LR 30/2009 ha previsto ulteriori forme di entrata, tra le quali l'introduzione di una quota del gettito dell'addizionale regionale all'IRPEF, anche se per l'attuazione di questa norma non sono ancora state emanate specifiche disposizioni. Secondo gli ultimi dati disponibili le risorse per il 2011 assegnate alla non autosufficienza ammontano a 721.450.000 euro, determinate dalla somma del Fondo Regionale per la non autosufficienza pari a 694.210.000 euro e dal riparto nazionale dei fondi per la sanità pari a 27.240.000 euro. Rispetto all'anno precedente si registra un incremento pari a due punti e mezzo percentuali delle risorse totali, nonostante il calo dei trasferimenti dello Stato (-5,6%), che sono arrivati ad incidere meno del 4% del totale.

Beneficiari degli assegni di cura per azienda Ulss di riferimento (2012)

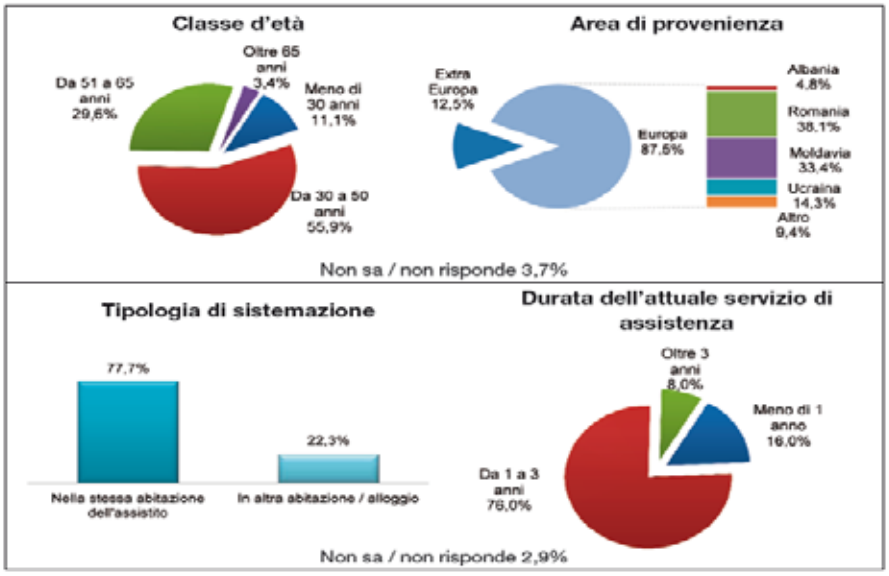
Azienda ULSS di riferimento	2012		
	Beneficiari Assegno di cura		
	TOTALE	di cui con assegno "Alzheimer"	di cui con maggiorazione "assistenti familiari"
1	311	35	128
2	220	66	88
3	476	150	110
4	473	79	140
5	563	62	102
6	799	122	240
7	626	200	168
8	831	266	152
9	1.236	361	327
10	888	372	226
12	1.074	521	332
13	1.096	231	282
14	715	147	53
15	1.241	228	258
16	1.435	491	492
17	1.167	112	167
18	1.225	423	144
19	595	225	49
20	1.487	244	342
21	729	131	127
22	713	262	163
Totale	17.900	4.728	4.090

Un esercito di **badanti**

Romania, Moldavia e Ucraina i Paesi di provenienza. Nel 93% dei casi, il rapporto di lavoro diventa legame affettivo

La possibilità di avvicinare alcuni assistenti familiari e conoscere il loro punto di vista sulle attività e modalità di assistenza conferisce alla ricerca condotta da LAN - Local Area Network, un valore aggiunto unico che la caratterizza e contraddistingue da tutti gli altri studi. Le persone intervistate, tuttavia, non rappresentano un campione probabilistico statisticamente rappresentativo dell'universo delle assistenti familiari operanti nel territorio, ma le informazioni raccolte permettono di descrivere in maniera significativa l'attività svolta da questa fondamentale risorsa del welfare familiare. Le intervistate hanno nella maggior parte dei casi tra i 30 ed i 50 anni; provengono per lo più dall'Europa dell'Est, soprattutto Romania, Moldavia e Ucraina; vivono nella stessa abitazione dell'assistito e hanno già maturato in passato altre esperienze analoghe in Italia. Tendenzialmente, infatti, le assistenti familiari arrivano in Italia con almeno un'esperienza alle spalle, ed in media il periodo di servizio a persona varia da 1 a 3 anni, anche se non sono rari i casi in cui si va oltre. Le badanti, in genere, svolgono un servizio continuo (24 ore su 24), perché vivono con la persona non autosufficiente e prestano un servizio integrale che va dalla gestione / pulizia della casa al supporto alla deambulazione, fanno compagnia all'assistito e si occupano della somministrazione delle medicine, utilizzando le attrezzature / strumenti in dotazione. In generale il rapporto con i parenti dell'assistito risulta buono (62%) o molto buono (31%) e va oltre alla mera prestazione del servizio: si instaura spesso un legame affettivo che rende a tutti gli effetti l'assistente familiare un componente della famiglia. Solo in casi limitati (meno del 10%) il rapporto risulta distaccato o difficile.

Fig. 2.5.1 – Caratteristiche delle assistenti familiari



Elaborazioni ed interviste LAN

© Can Stock Photo Inc. / gajdamak

La vita con un non autosufficiente «Al centro di un vortice»

Le testimonianze di alcune famiglie: «Tanta umanità intorno a noi ma pochissime informazioni»

Non è facile per i familiari di un non autosufficiente raccontare con lucidità la loro vita a fianco di un malato. Nel corso delle interviste affiorano rimozioni, black-out... Quando ci si ritrova in una situazione di quel genere, la mente è completamente assorbita: da una parte tutte le attenzioni sono rivolte al non auto-sufficiente, che ha bisogno non solo di essere seguito 24 ore su 24, 365 giorni, in tutti gli aspetti della sua quotidianità, con amore e devozione (e senza commiserazione); dall'altra, ci sono tutti gli aspetti pratici di una vita sconvolta che vanno organizzati, seguiti.
«Non esiste sufficiente informazione sui diritti e sui doveri dei non autosufficienti, le cose si imparano man mano. Per carità, al Distretto Sanitario sono tutti molto cortesi, ma rispondono alle tue domande. Se c'è qualcosa che non sai, o che non ti viene in mente, non trovi aiuto».
E poi c'è la burocrazia: la visita di una commissione medica - di solito a domicilio - certifica l'invalidità. In alcuni casi, come per i problemi di vista, bisogna invece spostare il non autosufficiente. Una volta accertata la condizione, si ha diritto a tutta una serie di sussidi (che cambiano a seconda dei casi): sedie a rotelle, sollevatori (per spostare il malato dalla sedia al letto e viceversa), materassi antidecubito, la cosiddetta "comoda" (sedia da utilizzare in bagno). Non è una fase priva di ostacoli. «Abitiamo in una casa su più piani - racconta una delle famiglie raggiunte - e avevamo bisogno di un montascale, cioè di un aggeggio che si aggancia alla sedia a rotelle e che permette di superare le rampe». È un ausilio previsto dal cosiddetto nomenclatore, cioè quell'elenco di sussidi prescrivibili (con relativi prezzi, a carico del sistema sanitario nazionale). «Ma la ditta che doveva fornircelo ci ha spiegato che il nomenclatore non era aggiornato da tempo, e che il prezzo era diverso. Spettava a noi pagare la differenza. Ma quando abbiamo visto che questa cifra lievitava in attesa della consegna («Sa - ci dicevano - nel suo caso ci vuole un modello speciale, più adatto»), ci siamo rivolti al direttore del Distretto: non è stato piacevole scoprire che stavano cercando di speculare sulla pelle di un malato...
I ricordi e i racconti toccano tanti aspetti, così comuni a tante famiglie: i giri in farmacia, dove si possono ritirare pannoloni e traverse. O la vendita dell'auto, per acquistarne una da attrezzare al trasporto di un disabile in sedia a rotelle... E poi l'infermiera del Distretto, che ogni mattina passa per curare le piaghe. Accadono anche cose assurde: per non fare atrofizzare completamente i muscoli, occorre far fare della fisioterapia passiva al malato. Spesso si ricorre ad un aiuto privato, perché l'Ulss mette a disposizione poche sedute. Ebbene, durante una di queste poche, il fisioterapista fa fare movimenti molto ampi e decisi alle gambe del paraplegico: «Guardate, è elastico come Heater Parisi». Ma quando, la sera, i familiari vedono la gamba del non autosufficiente gonfiarsi, corrono all'ospedale. E si scopre che i movimenti ampi e decisi hanno provocato una contrattura. Interpellato dopo qualche giorno, il fisioterapista candidamente ammetteva: «Ma il paziente non si lamentava». Certo: è insensibile dalla vita in giù...
Alcune famiglie si affidano a una badante, quasi sempre trovata attraverso il medico del paese o il parroco, e pagata in nero. «L'accompagnatoria è poca roba, e le spese sono tante. E per la scelta, ci fidiamo del passaparola, ma certo se ci fossero elenchi ufficiali e riconosciuti sarebbe meglio», è l'osservazione unanime. Situazioni che si protraggono per alcuni mesi o per diversi anni. «Quando arriva la fine non sei mai preparato. Ti sembra che tutto l'amore e tutte le cure che hai dato non siano servite a niente. A riportarti alla realtà è la telefonata del Distretto Sanitario, che entro pochi giorni viene a recuperare a casa tutti i sussidi: il sollevatore, le sedie a rotelle, il materasso. Servono ad un'altra famiglia, ad altri non autosufficienti. A casa il vuoto non è più solo mentale, è anche fisico, senza quegli oggetti che per anni hanno accompagnato le tue giornate. Anche la scomparsa del non autosufficiente ha la sua burocrazia: il Comune, l'Inps e tutto il resto. Anche qui si procede quasi come degli automi. La differenza rispetto all'inizio è che si ha il cuore spezzato dal dolore».

Romano: «Sta cambiando il **ruolo della famiglia**»

Il ricercatore: «Pensare ad una banca del tempo, per una solidarietà intragenerazionale»

di Ines **Brentan**

Numeri, interviste, riscontri, analisi. Che portano ad un risultato: sta cambiando il punto che ha tenuto in equilibrio il sistema: la famiglia. Luca Romano (*foto*), direttore dei LAN - Local Area Network, descrive il mondo della non autosufficienza come un puzzle. «Vediamo - conferma - come si affollano tanti fotogrammi, compositi, diversi e anche confusi, che ci restituiscono un'immagine frantumata della non autosufficienza. A monte un equilibrio si è spezzato. Nei mille rivoli della quotidianità, persone singole, famiglie, comunità, medici di medicina generale e territoriale, volontariato, badanti, enti locali e Ulss in qualche modo, tessono i fili di una riorganizzazione».

Ma questa organizzazione è in pericolo.

L'equilibrio spezzato è quello della famiglia forte, che si autogestisce il problema degli anziani non più autosufficienti o "in casa" letteralmente, a volte con il ricorso necessario alla badante e all'adi (assistenza domiciliare integrata) che viene organizzata dal welfare territoriale; altre volte, con l'affido alle strutture residenziali, che in Veneto hanno una diffusione capillare, pubblica e privata.Nelle ricerche che abbiamo condotto per la Uil del Veneto, si badi, questo capitale sociale è ancora

robusto. Sondaggi e questionari diretti confermano che in tre quarti dei casi la scelta famigliare è quella di tenersi l'anziano in casa sua o in quella propria.

Chi non sta in casa fino a qualche anno fa, lo sappiamo, veniva affidato alle strutture residenziali, nelle quali il pagamento della retta, avviene con la pensione, l'assegno di accompagnamento Inps, il contributo regionale e, nei casi in cui non si raggiungesse la quota, con il contributo dei famigliari. In assenza di pensione o redditi famigliari provvede l'Ente Locale. L'equilibrio di quello che a buon diritto è stato rivendicato come modello si raggiungeva in due modi:

a) con la forte deospedalizzazione della cura sanitaria dei pazienti;

b) con la forte sussidiarietà fondata su famiglie, badanti, residenzialità extraospedaliera e medicina territoriale.

Ne è derivata una reciprocità sussidiaria ben temperata, comunque fondata su risorse affluenti nel sanitario e nel sociale pubblico, tra le famiglie e il welfare.

Allora cosa è cambiato?

Il numero medio di componenti delle famiglie sta scendendo in modo consistente, il 33% delle famiglie venete è senza figli e il 60% ne ha uno solo. Ne viene che, tendenzialmente, in futuro la leva dell'accoglimento famigliare dell'anziano sarà sempre più debole. Il peso della crisi economica, invece, ha un effetto ambivalente nel rapporto tra anziani e famiglie. Da qualche tempo, infatti, alcuni indicatori hanno attestato che i licenziamenti, la cassa integrazione, la perdita del lavoro o, comunque, di fonti di reddito stanno inducendo a riportare dalle case di riposo a casa il proprio congiunto: sia per l'involontaria disponibilità di tempo da dedicargli, sia per ridurre l'onere della retta e beneficiare di pensione e assegno di accompagnamento. Un altro indicatore importante di adeguamento spontaneo nel ricorso alle funzioni di cura è l'espansione del fenomeno delle badanti, che è inversamente proporzionale al ridursi del "welfare nascosto" costituito dai famigliari.

© Can Stock Photo Inc. / gajdamak

Con la trasformazione della famiglia a cui abbiamo fatto riferimento il ricorso al lavoro privato di cura è destinato ad aumentare.

Si può invertire questa tendenza?

Ragioniamo sul funzionamento del sistema: il soggetto che più è sotto pressione, la famiglia, in prospettiva sarà meno presente e, comunque, pur essendo quello che drena meno risorse pubbliche, è quello meno premiato.

Al livello immediatamente successivo, quello della famiglia con l'aiutantato delle badanti, si riscontra una certa disorganizzazione, in cui le leve della diffusione delle informazioni sono ancora quelle della massima informalità diretta (il passaparola), ma con alcuni inaccettabili ritardi e carenze normative dalla regolarizzazione alla formazione. Per invertire la tendenza, la Regione - competente in materia - dovrebbe rendersi conto che il corpus dei cambiamenti e le sfide sono tali da rendere necessario un approccio altamente partecipato ai problemi della non autosufficienza, adottando sistematicamente un metodo di ascolto, dialogo e condivisione. Si tratta di costruire un "Libro Bianco" attivando percorsi di capillare compartecipazione alla reimpostazione delle politiche in un contesto di risorse sempre più scarse sia dal lato delle famiglie sia della finanza pubblica. Perché occorre la partecipazione? Perché il modello funziona solo attraverso un'intensa valorizzazione della sussidiarietà. Senza compromettere il senso di volontarismo solidaristico, si dovrebbe pensare a una banca del tempo, che strutturi una sorta di diritto alla reciprocità (o reversibilità) dell'aiuto prestato, nel caso in cui con il passare degli anni si dovesse cadere della non autosufficienza. Sarà con ogni probabilità necessario ricorrere in misura sempre maggiore alla solidarietà intragenerazionale, cioè al "lavoro" di assistenza e cura fornito da parte di anziani e vecchi in condizioni accettabili di salute ad anziani e vecchi che ne abbiano bisogno perché non autosufficienti. Questo lavoro potrebbe dar loro dei "crediti" da esigere quando essi stessi fossero colpiti, più avanti nell'età, da una qualche forma di non autosufficienza. L'Ente Locale andrà pienamente coinvolto in questo processo di trasformazione della famiglia allargata spontanea in comunità di prossimità costruita, organizzata, scelta.

Basterebbe questo?

No, i lavori di cura, esercitati in famiglia, vanno riconosciuti giuridicamente per gli aspetti regolativi, formativi, fiscali e previdenziali: va premiata doppiamente l'opera diretta alla cura del famigliare non autosufficiente, sia per l'onere assunto da conciliare con il lavoro e altre responsabilità famigliari, sia per il risparmio concreto che indirettamente si procura al funzionamento del welfare.

Questo processo di riconoscimento, che è straordinariamente coerente con una migliore allocazione delle risorse del welfare socio-sanitario, dovrebbe correlarsi a una riforma dell'indennità di accompagnamento, la cui graduazione va proporzionata alla gravità del bisogno. E si deve trattare di una graduazione al bisogno sociale e sanitario, prendendo quindi in considerazione sia la condizione sociale che lo stato di salute. Inoltre l'assegno di accompagnamento dovrebbe essere integrato da un voucher per l'assistenza, erogato dalla Regione e del tutto sostitutivo alle integrazioni dirette alle rette nelle case di cura, di cui l'anziano può disporre come libera scelta: può destinarlo ai famigliari, alla badante o per coprire una parte dei costi della struttura residenziale.

«La famiglia non può sostituire **la sussidiarietà**»

Colamarco (Uil Veneto): Dobbiamo saper intervenire usando sempre meglio risorse pubbliche sempre più scarse

di Ines **Brentan**

Perché un sindacato decide di affrontare le tematiche della non autosufficienza? L'abbiamo chiesto a Gerardo Colamarco (*foto*), segretario generale della Uil Veneto, che ha commissionato la ricerca di cui si dà conto in queste pagine.

«La scelta di effettuare queste ricognizioni - spiega il sindacalista - nasce dall'incrollabile certezza che siamo di fronte a una componente sociale sempre più rilevante, non solo dal punto di vista numerico, ma soprattutto per le dinamiche che sta innescando sulle relazioni intergenerazionali, nel rapporto tra famiglia e welfare, nella sostenibilità sociale e adeguatezza del sistema sanitario e nella sostenibilità, infine, della finanza pubblica, del welfare previdenziale e socio – sanitario».

E qual è il panorama che ne esce?

L'intreccio di queste dinamiche con la crisi economica e con le durissime restrizioni delle leve di finanza pubblica è stato ambivalente. Se da un lato, infatti, ha decretato l'impraticabilità della spesa facile per allargare in modo estensivo i servizi sanitari e residenziali, dall'altro, in particolare qui in Veneto, per indubitabili ragioni anche di cultura, ha ravvivato forme di capitale sociale e di solidarietà alimentate dalla famiglia. Già nel prossimo triennio, stime prudenziali indicano una crescita della popolazione dei non autosufficienti in Veneto da 162.000 a 193.000.

La permanenza dell'anziano in casa propria o in quella dei figli con l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e insieme, o in sostituzione, della badante ha implicazioni molto importanti sia per l'organizzazione dei servizi di medicina territoriale, sia per le direttrici della spesa sociale. Molto coerente con questo assetto, si è rivelato l'investimento regionale nel sistema di telecontrollo e telesoccorso. Quello che è da verificare è come vive la quota significativa che è fuori dal sostegno. D'altro canto il ricorso alle strutture residenziali è comunque consistente (2 su 10), sia numericamente sia qualitativamente, e con la crisi si sta accentuando l'elemento di selettività dell'accesso.

In questo contesto, qual è il ruolo della famiglia?

Ci preme non avallare un malinteso concetto di "sussidiarietà". Appurato, infatti, che la ospedalizzazione della non autosufficienza cronica è non solo costosissima, ma altresì sbagliata dal punto di vista terapeutico e sociale; che l'accesso alle strutture residenziali di cura agli attuali trend di crescita, con i sempre più diffusi problemi di reddito delle famiglie, non è sostenibile, se non in parte con gli interventi della finanza pubblica, statale, regionale e comunale, il potenziamento inevitabile del ruolo delle famiglie deve essere attuato in un quadro normativo e fiscale di incentivo da parte delle istituzioni. No alla sussidiarietà come mero "scaricamento" dei problemi alla famiglia.

Le trasformazioni della famiglia non vanno automaticamente nel senso di una maggiore e risolutiva sussidiarietà, si sta consumando una parte del potenziale di solidarietà; non è un caso che recentemente uno

studio della CEI, Il cambiamento demografico (Laterza 2011) assegna anche alla fascia di anziani autosufficienti un pieno coinvolgimento nella cura, o in funzioni complementari, dei loro coetanei meno fortunati. Cosa che già avviene nella sfera volontaristica, ma che potrebbe essere meglio organizzata in formule tipo "banca del tempo" che rende reversibile, in fase di bisogno, l'aiuto prestato.

© Can Stock Photo Inc. / rustle69

Qual è il giudizio sui servizi offerti dalla Regione Veneto?

Quello che si riscontra, suffragato dalle ricerche, è il problema dell'informazione agli utenti e alle loro famiglie: deve essere diffusa, tempestiva e sistematica. Ci vuole uno Sportello Unico e un Portale integrato. Ma il tema dell'informazione non è mai solo tecnologico, in realtà è la vitalità di una rete sociale che deve essere sempre alimentata e allargata.

In secondo luogo è indispensabile che la politica regionale conosca più a fondo la disponibilità territoriale di strutture e servizi, per governare occorre conoscere, conoscere bene. Le variabili sono molte, dagli appalti alla qualità del personale al raccordo con l'ADI, l'assistenza domiciliare sociale (SAD) e la formazione delle badanti. Terzo, occorre mettere mano alla governance, che deve'essere unitaria, visto il ruolo di Regione, ULSS e Comuni nella spesa sociale e nei modelli di organizzazione mista che si prospettano. Il Veneto, per fortuna, non parte da zero. Le difficoltà di bilancio, però, in un quadro di crescita dell'utenza non lasciano spazio alle illusioni.

Dobbiamo saper intervenire usando sempre meglio risorse pubbliche sempre più scarse.

Quello che oggi va posto con forza alla Regione, e come parti sociali siamo disponibili a fare la nostra parte, è di avere un progetto famiglia per la Non Autosufficienza. Danneggia il ritardo nella prospettiva dell'introduzione del federalismo fiscale ex legge 42 del 2009 e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Socio – Sanitarie. La verifica sui costi standard deve essere correlata alla appropriatezza e qualità del servizio, il costo non è un'unità astratta dal tipo di prestazione.

Case di riposo e residenze ma **quante sono** in Veneto?

Ufficialmente 25mila posti e 285 strutture. Ma secondo l'Auser sono più di 430. E i siti internet della Regione Veneto non aiutano....

Una delle soluzioni alla questione della non autosufficienza è rappresentata dalle case di riposo. Secondo la Regione Veneto sono 285 (l'85% delle quali Ipab, cioè pubbliche). Secondo una ricerca effettuata dall'Auser, tra pubbliche e private sono 431 (dati 2011). Per quanto riguarda quelle citate dalla Regione, comunque, i posti letto disponibili sono circa 25mila, appena sufficienti a coprire il fabbisogno attuale.

In una dichiarazione alla stampa, l'assessore alle Politiche Sociali della Regione Veneto Remo Sernagiotto afferma che per il 2012 c'erano «8mila richieste di nuovi ingressi in casa di riposo e contiamo che la crescita continuerà ad un ritmo di 2-3mila domande l'anno».

Un anziano in regime di «residenzialità» costa 3100 euro al mese, di cui 1550 euro di retta alberghiera (a carico della famiglia) e 1550 euro di quota sanitaria (a carico della Regione, che complessivamente spende 447 milioni di euro l'anno). Un anziano in regime domiciliare, invece, è ovviamente a carico della famiglia per il vitto e l'alloggio e riceve un contributo regionale che può andare dai 50 ai 300 euro a seconda delle patologie che lo affliggono.

Ma a proposito di trasparenza, la Regione certo non brilla. Il sito venetosociale.it, che dovrebbe contenere numeri e dati, è sempre inaccessibile:

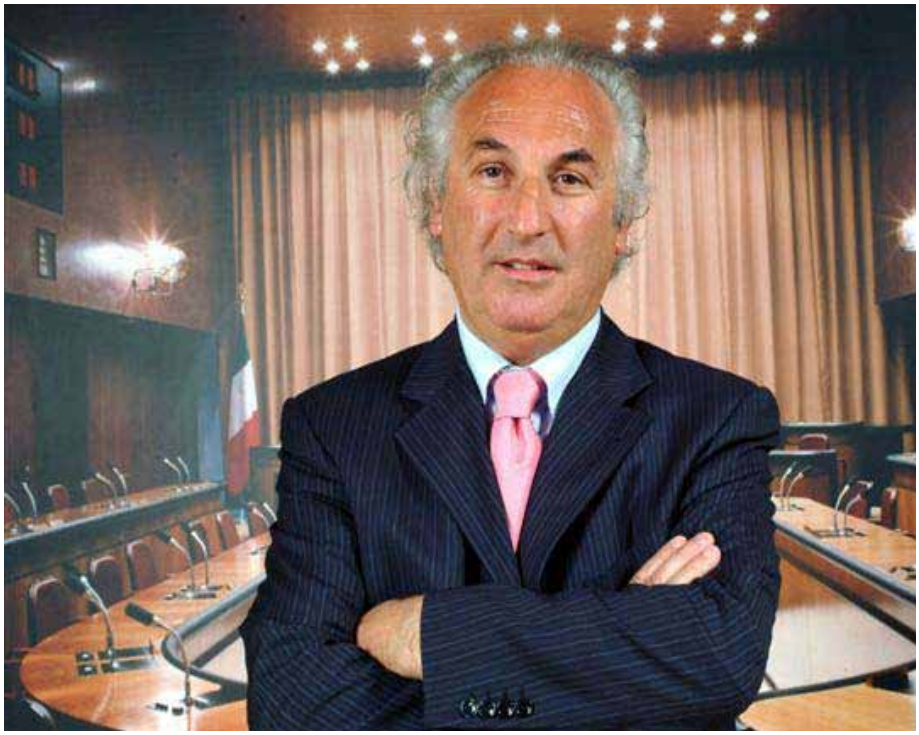
Non va meglio con il sito dell'Osservatorio Regionale sulle Politiche Sociali.

Dopo aver effettuato una registrazione (perché?), si riesce ad entrare in una sezione in cui si trova, per esempio, la "Rilevazione e rendicontazione delle attività residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti e altri non autosufficienti (SVP e SAPA) - anno 2010 (DGR 216/2010)". Ma una volta dentro, viene richiesta un'ulteriore autenticazione, con credenziali diverse (quali?) da quelle di iscrizione al sito. Di nuovo: perché?

Tutta la domiciliarità dei **non autosufficienti** nei Lea

Sernagiotto: La famiglia torna ad avere un ruolo centrale nell'assistenza dell'anziano o del disabile

di Ines **Brentan**



Col nuovo anno i non autosufficienti (anziani e disabili) potranno ritornare a casa propria. La Regione Veneto, infatti, punta più sulla domiciliarità che sulla residenzialità. E in questo scenario futuro la famiglia riacquisterà un ruolo centrale nell'assistenza del proprio caro, senza comunque essere abbandonata dalle istituzioni. Ma cosa succederà nel 2014?

«Una rivoluzione epocale – risponde l'assessore regionale ai Servizi Sociali Remo Sernagiotto (*foto*) - 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, come ad esempio il Ceod. 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 alle persone non autosufficienti e alle loro famiglie».

Attualmente in Veneto è prevalente la residenzialità: ci sono circa 300 case di riposo con 35mila posti letto. Una situazione che deve cambiare anche perché non più sostenibile economicamente: la domiciliarità, infatti, costa circa un terzo in meno della residenzialità. Con questo provvedimento nascerà di fatto una grande collaborazione tra la Regione e le famiglie venete.

«In pratica – spiega Sernagiotto – ci divederemo l'assistenza del non autosufficiente con la sua famiglia. Nell'arco di un anno, ad esempio, 6 mesi l'anziano verrà accudito dalla sua famiglia e gli altri 6 da noi. Come? Semplice, grazie ai progetti sollievo che stiamo attuando con successo. A Laggio di Cadore, nel bellunese, stiamo restaurando un vecchio ospedale che diventerà un albergo con 160 camere. Lì, il non autosufficiente potrà trascorrere uno o due mesi di vacanza. Altrettanto potrà fare poi al mare (proprio ora stiamo valutando la località più adatta per ripetere l'operazione vacanze in montagna)».

«A fianco di questi progetti di tu-

© Can Stock Photo Inc. / itkach

rismo sociale – aggiunge Sernagiotto – abbiamo poi le imprese, le fattorie, gli agriturismi, il teatro. Tutte iniziative finalizzate a spronare i non autosufficienti a partecipare a belle attività come quella di gestire un negozio, coltivare l'orto, raccogliere l'uva per fare il vino, mungere le capre per preparare del buon formaggio, imparare a recitare e cantare e tanto altro ancora».

Secondo il disegno regionale, in questo modo, non solo l'anziano o il disabile potrà rimanere più a casa propria accanto ai suoi famigliari, ma questi ultimi potranno nello stesso tempo avvalersi di un supporto di qualche mese da parte della Regione. In questo modo inoltre, le famiglie risparmieranno. «Se fino ad oggi – puntualizza Sernagiotto - una famiglia spende di media all'anno 18mila euro per il proprio caro, domani ne spenderà la metà».

Il provvedimento regionale, che inserisce tutta la domiciliarità degli anziani e disabili nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), istituisce l'impegnativa di cura domiciliare (acronimo "Icd") con cui, dal 1° luglio scorso sono stati unificati nelle Aziende Ullss gli interventi dell'ambito socio-sanitario 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).

Carli è il presidente Aism

In merito all'articolo dal titolo "La forza dell'amore" pubblicato sulla Vs. rivista "Nord Est Sanita" n.4 - Luglio/Agosto 2013, faccio presente che sono stato erroneamente citato come Presidente dell'AISM di Padova. Il Presidente di AISM sezione di Padova è l'ing. Alessandro Carli, mentre io all'epoca avevo incarico di Consigliere Provinciale dell'AISM di PD.

Mauro Tescaro

Ci scusiamo con gli interessati per l'imprecisione.

Una legge sulla **disciplina dell'affido**

De Poli: «Non possiamo lasciare sole le famiglie»

«Secondo alcune proiezioni dell'Istat, nel 2065, gli anziani in Italia saliranno dagli attuali 12 milioni ai 20 milioni. Ecco perché prima affrontiamo il problema di come assistere i nostri padri e i nostri nonni, meglio riusciremo a gestire l'emergenza anziani». Antonio De Poli, senatore dell'UDC, in passato due volte assessore regionale del Veneto alle Politiche Sociali, non ha abbandonato le tematiche che hanno accompagnato la sua carriera politica in Regione.

«Proprio in queste settimane - spiega - stiamo discutendo sui contenuti della Legge di stabilità, quella che una volta si chiamava Finanziaria. Governo e Parlamento dovranno impegnarsi affinché il rigore non tocchi le fasce più deboli della popolazione assicurando le risorse necessarie col Fondo nazionale delle Politiche e col Fondo nazionale per la non autosufficienza. Abbiamo il dovere di tutelare le fasce più deboli della popolazione e di rispettare il principio secondo cui il diritto dei disabili ad essere integrati nella nostra società non può essere soggetto ad alcun vincolo di bilancio».

Proprio su questo tema, ad inizio legislatura, De Poli ha presentato in Senato un disegno di legge, sulla "Disciplina dell'affido per l'integrazione familiare e sociale delle persone anziane".

«Visto l'allungarsi dei tempi di vita, oggi, c'è una sempre più alta incidenza di persone in età avanzata nella società. Le famiglie fanno la loro parte ma oggi le distanze abitative dei nuclei familiari e la diversità dei modelli organizzativi messi in atto dalle generazioni rende difficile e talvolta impossibile l'assistenza diretta dell'anziano da parte dei propri congiunti. Da qui nasce l'idea dell'affido allo scopo di evitare il ricovero dell'anziano in strutture residenziali e di rimuovere le cause che possono determinare il suo isolamento sociale».

Secondo il disegno di legge, che conta dieci articoli, sono tre le forme possibili di affido: «il piccolo affido (la prestazione di aiuto a persone anziane o in difficoltà, capaci di autogestirsi per le attività della vita quotidiana), l'affido di supporto (il prendersi cura della persona che, pur essendo in grado di vivere da sola nella propria casa, ha difficoltà a gestirsi. Tale modalità di affido comporta l'assistenza, diretta o per mezzo dei servizi domiciliari pubblici o privati in tutti gli atti della vita quotidiana per i quali vi è necessità di aiuto) e l'affido in convivenza (la prestazione di cure e di assistenza da parte di una famiglia, di un gruppo parafamiliare o di una persona nei confronti dell'anziano attraverso l'accoglienza dell'affidato in casa dell'affidatario o di quest'ultimo in casa dell'affidato). In Italia dei 2 milioni di anziani non autosufficienti, secondo fonti del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, solo 300mila vengono ospitati negli oltre 13.200 presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari. Non possiamo lasciare da sole le famiglie».

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

wwww.europeservice.info

www.a-circle.it

Il Veneto conta il 46% in meno di **vittime della strada**

Il bilancio della pubblicazione regionale "Statistiche Flash" che fotografa gli incidenti stradali del 2011

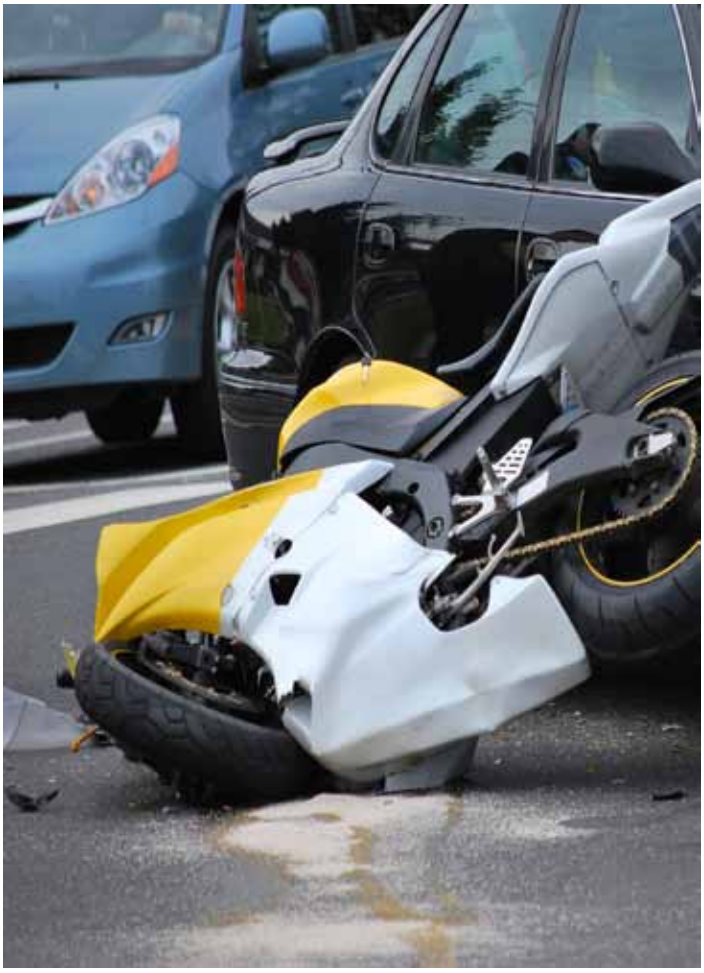
di Giacomo **Piran**

Oltre 205mila incidenti con lesioni a persone con 3.860 vittime (dieci al giorno) e 292.019 feriti (un ferito e mezzo ad incidente). Questi sono gli impressionanti numeri riguardanti gli incidenti stradali avvenuti in Italia nel 2011 divulgati su "Statistiche flash", la pubblicazione periodica curata dalla Direzione Sistema Statistico della Regione che nel numero di agosto 2013 ha svolto un'analisi dei dati relativi agli incidenti stradali.
I dati nazionali mostrano dei livelli molto elevati anche se il numero dei decessi, rispetto al 2001, ha subito una diminuzione pari al 45,6 per cento. Nel 2011 rispetto all'anno precedente, in Italia, le variazioni in diminuzione sono state del 2,7 per cento nel numero di incidenti, del 5,6 per cento nel numero dei morti e del 3,5 per cento nel conteggio dei feriti.
Dai dati si nota che l'Italia va meglio della media europea (44,5 per cento), e della Germania, che migliora nello stesso periodo del 42,6 per cento. In Veneto la diminuzione percentuale delle vittime sulla strada rispetto al 2001 ha un andamento più altalenante rispetto ai valori calcolati per l'Italia e si attesta nel 2011 ad un -46,8 per cento quindi meglio del livello italiano.

Progetto Regionale
Il flusso informativo individuato dal Progetto Regionale prevede che i dati raccolti dalle Polizie locali dei Comuni confluiscano in un Centro di Monitoraggio presso la Provincia competente e da qui al Centro di Monitoraggio presso la Regione, mentre i dati raccolti dalla Polizia stradale e dai Carabinieri siano trasmessi ai rispettivi Comandi centrali e da questi all'Istat che successivamente li mette a disposizione della Regione e degli Enti locali.
«Il Progetto regionale – si legge nella pubblicazione - ha ottenuto l'interesse delle Prefetture del Veneto che saranno chiamate ad un ruolo attivo in funzione del coordinamento delle Forze dell'Ordine e della prevenzione degli incidenti dovuti all'alta velocità. Il quadro organizzativo risulta quindi piuttosto complesso in quanto sono molteplici gli attori».

Dati Regione Veneto
Calandoci nell'analisi del Veneto si può evincere come nello stesso periodo dell'indagine nazionale gli incidenti siano stati 15.564 con 369 vittime, oltre un decesso al giorno, e 21.517 feriti. Questi numeri rappresentano,

© Can Stock Photo Inc. / oscarcwilliams



rispettivamente, il 7,6; il 9,6 e il 7,4 della quota nazionale. I dati rilevati in Veneto misurano una diminuzione inferiore sul numero di incidenti e sui feriti, ma gli incidenti rilevati hanno evidenziato una diminuzione della gravità superiore di 1,2 punti percentuali rispetto all'Italia con un decremento nel numero dei morti del 6,8 per cento.

Mortalità in Veneto suddivisa per giorno, età e orario

La ricerca analizza anche l'indice di mortalità per giorno della settimana che rappresenta il numero di vittime ogni 100 incidenti con lesioni a persone.
Il tracciato dell'indice di mortalità per giorno della settimana evidenzia una maggiore gravità degli incidenti rilevati in Veneto rispetto al dato nazionale. I giorni più pericolosi sono la domenica con un indice di mortalità regionale di 3,6 contro il 2,8 nazionale, e il sabato con un indice di mortalità di 2,9 contro il 2,2 italiano. Dalla ricerca si ricava come anche le giornate di lunedì e venerdì sono critiche con l'indice che supera i 2 punti, anche questi superiori ai dati nazionali che sono fermi a 1,7. In termini assoluti, i picchi di incidentalità si confermano nelle ore del giorno corrispondenti agli spostamenti casa-lavoro-scuola con una punta massima intorno alle ore 18 quando, secondo le statistiche dell'analisi, c'è il picco del traffico, la cosiddetta "ora di punta", unite agli effetti dello stress post-lavoro e al passaggio alle ore serali.
L'indice di mortalità è sopra la media giornaliera di 1,9 durante tutta la fascia oraria notturna, rivelando che intorno alle 5 del mattino ben 6 incidenti su 100 portano a esiti mortali.

Mortalità in incidente stradale per sesso e classe d'età

Nella ripartizione per classi di età e sesso sono i giovani tra i 20 e i 30 anni le principali vittime di incidenti mortali. Dai 25 anni in su si nota una netta prevalenza di mortalità maschile che rimane fino ai 59 anni quando c'è una diminuzione maschile e un aumento femminile dovuto anche per questioni di composizione della popolazione dove c'è una maggioranza della popolazione femminile. I livelli maggiori ci sono comunque nelle fasce tra i 30 e i 44 anni, e sopra i 65 anni.

In quali strade avvengono gli incidenti in Veneto? Differenza con i dati nazionali

La maggior parte degli incidenti stradali in Veneto avvengono sulle strade urbane (72,5 per cento) mentre per il 22,7 per cento su "altre strade" (statali, regionali e provinciali fuori dall'abitato e le strade comunali extraurbane) e il 4,9 per cento avvengono in autostrade e raccordi.
Per quel che riguarda le vittime da incidenti stradali si registrano in egual misura su strade urbane (48,5 per cento) e sulle "altre strade" (45,5 per cento) mentre su autostrade e raccordi il livello è del 6 per cento.
Per i feriti quasi sette su dieci (69,1 per cento) avvengono in strade urbane, quasi tre (24,5 per cento) sono nel gruppo "altre strade" mentre meno di uno (6,4 per cento) su autostrade e raccordi.
La stessa statistica in Italia vede una maggioranza di incidenti su strade urbane (76,4 per cento), mentre il 18,3 per cento su "altre strade" e il 5,4 per cento su autostrade e raccordi.
Le vittime di incidenti stradali avvengono per la quasi totalità nelle "altre strade" (46,1 per cento) e sulle strade urbane (45,2 per cento) mentre con l'8,8 per cento in autostrade e raccordi.
La maggior parte delle persone ferite durante incidenti stradali avvengono su strade urbane (72,9 per cento) mentre il 20,7 per cento su "altre strade" e il 6,3 per cento su autostrade e raccordi.

Il valore delle **statistiche**

Conoscere i dati, per pianificare controlli e interventi

di Antonella **Prigioni**

© Can Stock Photo Inc. / gyn9988

Non c'è un intento sadico nella raccolta di dati relativi all'infortunistica stradale. Ma è un'azione funzionale a prevenire un fenomeno che, silenziosamente, ogni giorno fa tante vittime quante in una battaglia. Le statistiche che sono il frutto di un'analisi e di un'attenta e scientifica rielaborazione di dati , offrono la sintesi di quanto accade sulle nostre strade ed autostrade e permette quindi di avviare delle efficaci politiche correttive, atte a contenere i costi in vite umane, i costi sociali ed economici. Capire come si può agire è la premessa essenziale per raggiungere l'obiettivo imposto dall'Unione Europea che punterebbe a ridurre gli incidenti stradali entro il 2020, quasi azzerandoli. Entro il 2010 c'era l'indicazione di dimezzare rispetto al 2001 e l'Italia, in qualche modo, è riuscita ad avvicinarsi a questo parametro con una diminuzione degli episodi del 44% e dei morti del 45,6%. L'immediatezza applicativa di buoni dati, favorisce efficienti iniziative di contenimento e contrasto del fenomeno. Sapere se una strada è pericolosa e in quali punti, permette di intervenire con opere viarie di messa in sicurezza, così come evidenziare problemi di tipo comportamentale agevola nell'organizzazione dei controlli. Migliorare la segnaletica stradale e fare campagne di sensibilizzazione nelle scuole, sono due azioni a basso costo, capaci di incidere positivamente nella lotta per la sicurezza stradale. «Dal primo gennaio 2013 – fa notare Pierantonio Belcaro, dirigente del Servizio Sistema informativo statistico della Regione Veneto – il flusso informativo, fino al 2011 gestito esclusivamente dall'Istat, passa attraverso il Centro di Monitoraggio della Regione, che acquisisce i dati direttamente alla fonte: polizie locali, carabinieri, polizia stradale. Nel caso delle polizie locali dei Comuni, c'è una prima confluenza in un centro di monitoraggio delle relative province e poi alla Regione, per i dati rilevati dalle altre forze dell'ordine, dai rispettivi comandi generali passano all'Istat e quindi alla direzione statistica regionale. Acquisite e analizzate le informazioni vengono comunicate sia alle prefetture, che hanno un ruolo di coordinamento delle forze di intervento sul territorio, che agli assessorati alla mobilità che hanno il compito di elaborare piani per la sicurezza stradale. Un processo in questo modo omogeneo di catalogazione dei dati, che si avvale di un controllo già in fase ascendente e che utilizza un software unico per i 580 comuni del Veneto».

Enti e strutture coinvolte nella raccolta dati

Istat
Acquisisce i dati sugli incidenti stradali di tutto il territorio regionale dal CMR e si impegna,terminata la fase di validazione,a restituire i dati validati alla Regione.

Regione del Veneto - Direzione Sistema Statistico Regionale - Centro di Monitoraggio Regionale CMR
È responsabile della validazione dei dati a livello regionale, applicando i criteri richiesti da ISTAT e altri eventuali criteri definiti dalla Regione stessa; sviluppa la rete di relazioni con le Amministrazioni Provinciali e i compartimenti regionali delle Forze dell'Ordine della Regione Veneto; acquisisce i dati da ISTAT e li trasmette ai CMP di competenza; aggrega le informazioni sugli incidenti stradali di tutto il territorio regionale in un unico database, e le trasmette a ISTAT; predispone elaborazioni (report, tabelle, ecc.) accessibili dagli attori partecipanti al progetto e dagli utenti; gestisce gli adempimenti inerenti la Normativa sulla privacy; restituisce ai CMP i dati validati da ISTAT; provvede alla copertura della rilevazione su tutto il territorio regionale anche in caso di mancata adesione di una o più Province; dà attuazione al Protocollo nell'ambito dell'Amministrazione regionale.

Regione del Veneto - Direzione Infrastrutture
Collabora con la Direzione Sistema Statistico Regionale per quanto riguarda lo sviluppo della rete di relazioni con le Amministrazioni Provinciali e i compartimenti regionali delle Forze dell'Ordine della Regione Veneto, la definizione dei fabbisogni conoscitivi, delle procedure di controllo e di validazione, e il coordinamento delle modalità di diffusione.

Veneto Strade S.p.a.
Si occupa della predisposizione, manutenzione ed aggiornamento, concordato in sede di CMR, del software per l'inserimento dei dati relativi agli incidenti stradali ad uso dei soggetti incaricati della rilevazione, ai Comuni e alle Province richiedenti; provvede all'assistenza tecnica e allo sviluppo di un applicativo informatico per l'unione dei file tracciato ISTAT inviati ai singoli CMP da fonti compatibili. Anche tale applicativo è messo a disposizione gratuitamente dei CMP.

Province - Uffici di Statistica - Centro di Monitoraggio Provinciali CMP
Gestiscono e coordinano i diversi soggetti impegnati nella rilevazione dei dati relativi agli incidenti stradali nei rispettivi territori di competenza, acquisendo dagli stessi i dati, che poi validano a livello provinciale e trasmettono in un unico file al CMR.

Comuni - Comandi di Polizia Locale
Trasmettono i dati sull'incidentalità stradale rilevati, inviandoli direttamente ai propri CMP. Per quanto riguarda i Comuni e le aggregazioni di Comuni della Provincia di Verona, tali dati vengono inviati al CMR, in quanto organo supplente del CMP.

Strumenti del progetto regionale

INCONTRA, è stato sviluppato su indicazione della Regione del Veneto e fornito ai vari Enti locali coinvolti nel Progetto quale unico strumento per l'invio dei dati al CMR (Centro di Monitoraggio Regionale).
Riguardo alle risorse umane, si sono occupati del Progetto funzionari interni alla Regione del Veneto, con l'ausilio di stagisti laureandi e neolaureati provenienti dall'Università degli studi di Padova e dallo IUAV.
Per aumentare la qualità dei dati raccolti e nella prospettiva di rafforzamento delle attività previste dal Progetto la Regione - Direzione Sistema Statistico Regionale, ha immediatamente dato supporto ad ISTAT, che, per il tramite del suo Ufficio regionale per il Veneto, sta promuovendo una serie di incontri nel territorio finalizzati a far conoscere, agli operatori delle Polizie locali addetti alla rilevazione e al trattamento dei dati, la piattaforma web di "Formazione a distanza" FAD sulla rilevazione statistica dell'incidentalità stradale. Tale piattaforma contenente documenti, sessioni di e-learning, esercizi e normativa rimarrà a disposizione degli addetti ai lavori conformemente a una buona pratica di formazione continua.

Meno vittime, più controlli, meno trasgressioni in Veneto

Ma qualche norma in più per la sicurezza, non farebbe male

di Antonella **Prigioni**

© Can Stock Photo Inc. / GillesPaire

L'incidente capita o si può evitare? E' questa forse la domanda da porsi per capire i risvolti dell'infortunistica stradale. Una riflessione che racchiude nella risposta, la giusta prospettiva al problema. «Non capitano. Gli incidenti attribuibili al caso fortuito sono una percentuale minima, gli incidenti si possono evitare o quanto meno ridurre con una maggiore attenzione alla guida e l'osservanza di norme di comportamento». Non ha dubbi Massimo Piampiani (*foto in alto*), dirigente della Polstrada del Veneto, che liquida la domanda con una risposta senza possibilità di appello. E se la responsabilità umana è il primo imputato delle stragi che si consumano sull'asfalto, c'è un dato positivo registrato in Veneto: nei primi otto mesi del 2013 le vittime della strada sono diminuite del 25 per cento.

«La perfomance positiva riguarda il valore complessivo regionale, scorporando il dato si registra però un aumento del 10 per cento dei decessi in provincia di Verona. Il bilancio resta positivo», commenta il dirigente della Polstrada.

La patente a punti e controlli sempre più serrati da parte della polizia stradale hanno funzionato nel regolamentare le trasgressioni. Ma ci sono margini di intervento ancora migliorabili. Il legislatore dovrebbe introdurre nuove norme che permettano di gestire la sicurezza e la prevenzione stradali in modo più efficace. Inserire tra le pratiche del rinnovo della patente, a qualsiasi età, un esame teorico delle nuove norme del codice della strada agevolerebbe quei conducenti che avendo conseguito il titolo di guida anni fa, possono non conoscere le nuove disposizioni. Per rinnovare la patente ora basta un certificato medico, ma non basta alla sicurezza. La non conoscenza del codice può determinare compor-

tamenti pericolosi sulla strada, non sapere come si procede quando si affronta una rotonda e come si deve dare la precedenza, ad esempio, può causare incidenti .
«Noi pur avendo incrementato i controlli registriamo una diminuzione delle violazioni alle norme, è chiaro che negli episodi particolarmente eclatanti la causa sono l'uomo e le sue condizioni psicofisiche non ottimali. E' evidente che in questi casi ci sono quelle vittime e quei morti che fanno salire la statistica. Ma non direi che c'è una maggiore incoscienza o superficialità comportamentale, in passato c'era meno percezione di questi atteggiamenti criminali perché c'erano meno verifiche. La patente a punti e l'inasprimento delle pene e delle sanzioni hanno ridotto le infrazioni, noi facciamo meno contestazioni perché il cittadino sta più attento, anche se magari è più scrupoloso perché le multe sono salate e deve risparmiare», evidenzia Piampiani.
Controlli di mezzi e persone con cadenza programmata, monitoraggio costante della rete stradale ed autostradale da parte delle pattuglie. Oltre alle attività ordinarie la Polizia stradale ha ampliato quelle che sono le partnership con altre istituzioni che possono contribuire a sensibilizzare alla sicurezza l'utente. «Appurato che c'è una frequenza di incidenti durante l'orario di lavoro o in itinere nel tratto casa–ufficio è molto utile la collaborazione con l'Inail e l'Ispettorato del Lavoro. Andiamo addirittura in azienda a verificare con gli ispettori il livello di garanzia fornita ai dipendenti», sottolinea Piampiani.

Le statistiche dimostrano che la giornata più pericolosa è la domenica, mentre anni fa era il sabato sera. Sono cambiate le abitudini della circolazione?
Statisticamente si tratta di uno spostamento impercettibile, non è detto che la domenica sia la giornata della maledizione della strada. Picchi di incidentalità si verificano quando c'è meno traffico e di conseguenza aumenta la velocità di crociera e diminuisce l'attenzione alla guida. Le fuoriuscite autonome sono un fenomeno estivo e coinvolgono soprattutto i motociclisti, sono legate alla stanchezza dei conducenti. Non sempre i colpevoli - evidenzia Piampiani - sono la droga e l'alcol, anzi sotto accusa vanno messi stanchezza e velocità.

Omicidio stradale?
Noi siamo quelli che applicano la legge, le norme le fa il legislatore. E' stato rilevato in più circostanze l'utilizzo di un veicolo per commettere reati anche se poi viene adotto l'alibi del sinistro stradale. La magistratura punisce i responsabili di questi episodi con sanzioni pesanti, certo c'è l'esigenza di rivedere l'ipotesi di reato nel decesso a seguito di sinistro stradale.

Assicurazioni scadute, patenti non rinnovate, quali le conseguenze?
E'un'abitudine solo in parte legata alla crisi economica, molte volte troviamo conducenti con il tagliando non valido che potrebbero fare a meno di utilizzare il veicolo. Noi dobbiamo tutelare la controparte, non essere assicurati è un espediente per non essere reperibili e non rispondere della responsabilità civile. Un fatto gravissimo.

L'obiettivo del 2020 imposto dall'Europa?
«Si può raggiungere, anche rinnovando il parco mezzi con adeguati incentivi alla sostituzione. Vecchie carrette della strada devono sparire e lasciare spazio a vetture con dispositivi di sicurezza adeguati.
Esiste un mercato florido per i veicoli senza troppa elettronica, dai Paesi del Nordafrica a quelli dell'Est. Questa può essere un'opportunità per facilitare un ricambio della macchina, che diventa obsoleta appena si finiscono di pagare le rate d'acquisto.

Padova
Triste primato

In aumento le vittime di incidenti stradali autonomi. Malori e distrazioni fatali

di Antonella **Prigioni**

È la provincia di Padova ad avere la maglia nera per le vittime della strada nel 2013. In questi primi dieci mesi dell'anno, i morti sono già 45, nel 2012 sono stati 74 contro i 65 dell'anno precedente. Vittime ed incidenti purtroppo aumentano in questo territorio. In aumento i motociclisti e i ciclisti che perdono la vita. «Ma il dato che maggiormente ci colpisce - sottolinea Paolo Battistini, responsabile della sezione di Padova dell'Associazione Italiana Familiari e Vittime della strada - sono le fuoriuscite autonome mortali.

Ben il 30 per cento. Si muore senza scontrarsi con altri mezzi, si perde la vita per distrazioni continue causate dal telefonino, per scrivere sms mentre si guida, per malori, per colpi di sonno sempre più frequenti. L'alcol sul colpo di sonno influisce enormemente. Un bicchiere di vino bevuto alle due di notte è deleterio, molto più che alle ventidue. I riflessi vengono rallentati oltre ad esserlo già per la stanchezza e le troppe ore di veglia. Ci vuole maggiore responsabilità, pochi si rendono conto di quello che succede dopo, pensano che tanto c'è l'assicurazione e risolve tutto. Non è così. Gli incidenti non avvengono perché siamo in troppi sulle strade, ma perché siamo troppo incoscienti e superficiali. Il 90 per cento delle tragedie dipende dall'uomo, da noi. Quando siamo al volante, non siamo seduti in salotto. L'omicidio stradale dovrebbe essere introdotto come concetto non solo quando chi lo provoca è sotto l'effetto di alcol o droghe, si uccide anche con un sorpasso azzardato. Lo scopo di associazioni come la nostra è quello di sensibilizzare, diffondere la cultura della responsabilità, raccontare quello che abbiamo vissuto ha un impatto positivo in chi ascolta e chi parla, abbiamo bisogno di condivisione e di buttare fuori il dolore». Era una mattina come tante altre, il figlio 15enne di Paolo doveva andare a scuola, chiede un passaggio allo zio; all'incrocio un'auto non rispetta lo stop, corre ad alta velocità: per il ragazzino, lo zio ed un'altra persona è il buio perenne.

«Perdere un figlio ti sconquassa, manda all'aria l'equilibrio psicologico di un'intera famiglia, mia moglie non si dà pace, bastavano pochi minuti e avrebbe accompagnato lei il figlio a scuola... Cinque minuti sarebbero bastati per evitare quella vettura assassina. E oggi che molti non rinnovano l'assicurazione, che girano con la patente scaduta - conclude Paolo - non c'è nemmeno più la certezza del risarcimento di un danno. E si deve ricorrere al fondo di garanzia».

Dossi e sicurezza
Sono davvero tutti utili?

A Padova sotto attenzione 100 rialzamenti distribuiti lungo 12 itinerari

di Alberto **Salmaso**,
consigliere comunale di Padova

La sicurezza sulla strada, sia per i guidatori di mezzi che per i pedoni, è stata sempre un punto di riferimento per il legislatore ma, come accade purtroppo sovente, non sempre le applicazioni sono quelle ottimali. Parliamo dei rialzamenti della piattaforma stradale, degli attraversamenti pedonali rialzati, comunemente - anche se non propriamente - chiamati "dossi" e definiti dalle Linee Guida per la redazione di un Piano di Sicurezza Stradale. La creazione di questo tipo di manufatti è prevista per tutelare, ancora più significantemente, il pedone nei confronti dei veicoli, ma allo stesso tempo la norma prevede che non ci possano essere ostacoli che rallentino o disturbino i cosiddetti "servizi pubblici": dalle ripercussioni in tema di percorrenza o di danneggiamento della meccanica dei mezzi a quelle ben più serie ipotizzate, ad esempio, per i soccorsi sanitari o per eventuali "dilatazioni" dei tempi di intervento.
Un tema di assoluta attualità, specialmente in riferimento alle sempre più adottate rotatorie e dei rialzamenti pedonali nelle loro prossimità piuttosto che da soli: centinaia in pochi anni nella sola città di Padova. Per cercare di porre rimedio a questo proliferare di rialzamenti, anche e specialmente in strade dove non sarebbero potuti essere costruiti, per concordare un piano di interventi e per individuare una serie di itinerari privi di ostacoli, come richiesto da più note ufficiali del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, è stato presentato in Consiglio Comunale di Padova un Ordine del Giorno, approvato con 17 voti a favore, 15 contrari e 3 astenuti, che è diventato Deliberazione del Consiglio Comunale n. 2012/0013 del 16/04/2012 (testo integrale su www.padovanet.it). Il Ministero dei Trasporti e quello della Salute (interpellati nel merito su Padova) hanno messo in guardia circa gli attraversamenti pedonali rialzati. Ed ancora: "Risulta evidente che la presenza di barriere introdotte con il fine di determinare rallentamenti obbligati e migliorare le condizioni di sicurezza stradale, in realtà risultano controproducenti in quanto finiscono per costituire un rischio, rallentando indiscriminatamente tutti i mezzi in transito, compresi i mezzi di soccorso, con relative possibili gravi conseguenze di un soccorso inefficace in quanto tardivo".
Anche la Croce Rossa Italiana riporta che "le amministrazioni comunali sembrano eludere il divieto di realizzazione di attraversamenti pedonali rialzati e le nostre legittime lagnanze s'infrangono di fronte ad un muro di insofferenza e a volte di astio verso chi come noi chiede il rispetto delle norme che comportano la salvaguardia della dignità umana".
Il Comando provinciale dei Vigili del Fuoco ha sostenuto che "è indubbio

che la presenza di attraversamenti pedonali rialzati, in particolar modo quelli con accentuata pendenza, dilati i tempi d'intervento e solleciti maggiormente la meccanica dei mezzi…". Sulla questione è stato interpellato anche il Sig. Prefetto di Padova, per un interessamento fattivo per l'applicazione di quanto deliberato dall'Organo Comunale.
A Padova, erano "sotto attenzione" 96 rialzamenti della piattaforma stradale e 4 attraversamenti pedonali rialzati variamente distribuiti su 12 itinerari di penetrazione del centro abitato: alcuni interventi per "addolcire" le spesso elevate accelerazioni verticali (pendenze) dei rialzamenti sono stati effettuati, ma, ancora ad oggi non si comprende, il perché ne stiano costruendone altri.
Invece, in tema di riduzione del numero e dell'individuazione di itinerari preferenziali privi di ostacoli che possano essere percorsi in sicurezza dai veicoli adibiti ai servizi di emergenza e di soccorso, oltre al servizio di trasporto pubblico di persone… come per altro sollecitato esplicitamente dal Ministero competente, ancora nulla, purtroppo, è stato fatto!

Incidenti diminuiti, ma sempre **attenzione alla guida**

Intervista a Luciano Marini, comandante generale della Polizia Municipale di Venezia

di Giacomo **Piran**

Oltre mille incidenti stradali rilevati, nove di questi mortali e 632 con feriti, mentre 23 sono stati quelli nautici. Questi alcuni dei dati presenti nel report dell'anno 2012 della Polizia Municipale del comune di Venezia diretta dal comandante generale Luciano Marini.

Comandante, quali sono le zone in cui si registrano più incidenti in terraferma e in laguna?
Le strade della terraferma sono prettamente strade locali urbane pertanto è inevitabile che siano esse a registrare il maggior numero d'incidenti stradali. L'alta urbanizzazione del Comune di Venezia porta al 90% la percentuale d'incidenti in ambito urbano rispetto alla media nazionale del 75%. I numeri più elevati si registrano in particolare nelle vie più lunghe: Triestina tra i 40 e 50 all'anno, Miranese tra i 40 e 50 all'anno, Castellana tra i 30 e 40 all'anno, ma anche Corso del Popolo con un solo chilometro di lunghezza è piuttosto incidentata con circa 30 incidenti all'anno. Il record negativo, se consideriamo le varie denominazioni toponomastiche che la caratterizzano, è detenuto dalla SR 11 che taglia da est a ovest la terraferma veneziana con circa 80 incidenti l'anno. In laguna il confronto numerico degli incidenti rilevati dalla Polizia Municipale è estremamen-

te a favore di una maggior sicurezza della circolazione in acqua, infatti a fronte di circa 900 incidenti stradali all'anno, in laguna si registrano circa 20-25 incidenti nautici l'anno di cui una minima parte con danni gravi a persone. Più numerosi sono gli incidenti nel Canal Grande che oltre a essere percorsa dai mezzi di linea è la via principale per le attività di trasporto merci. Gli incidenti nautici più gravi si registrano in laguna aperta la cui causa più frequente è data dall'eccessiva velocità.

Quali interventi mettete in atto per prevenire gli incidenti?

Ogni anno vengono pianificati in terraferma 35.000 controlli su strada per verificare le condizioni di guida dei conducenti e la sicurezza dei veicoli, oltre 4.000 sono i soggetti sottoposti ad alcoltest soprattutto durante le ore notturne. Le apparecchiature automatiche di controllo sicuramente, dove installate, hanno inciso positivamente sulla sicurezza; i conducenti hanno modificato le modalità di approccio al tratto stradale controllato elettronicamente riducendo la velocità, prestando maggior attenzione nell'attraversamento degli incroci. In ogni caso è sempre la presenza dell'agente che permette di valutare meglio i comportamenti pericolosi degli utenti della strada.

In Laguna vengono attivate più pattuglie su motoscafo, con idonea strumentazione per documentare la condotta irregolare rispetto ai limiti massimi di velocità, oltre postazioni fisse. Sarà attivato anche il controllo da remoto utilizzando il sistema Argos, che consente una verifica delle velocità eccessive dalla centrale operativa del Corpo. Il sistema funziona come il Tutor.

Qualche consiglio da dare agli automobilisti e ai natanti.

L'utente della strada (terraferma) deve tenere in mente che nell'85% dei casi è il fattore umano a determinare l'incidente, quindi il comportamento dei conducenti è fondamentale per garantire la propria e l'altrui incolumità. L'automobilista deve essere consapevole che in circa il 50% degli incidenti, la causa è attribuibile a entrambi i coinvolti e che non è esente da responsabilità chi guida distratto, con imperizia, non mantenendo una velocità adeguata alle condizioni della strada. Pochi ma determinanti i consigli che si possono dare, al fine di ridurre i rischi d'incidente: non usare il

Le foto che accompagnano questo articolo sono del Servizio Videocomunicazione del Comune di Venezia.

cellulare quando si è alla guida, evitare di bere alcolici (la probabilità di essere coinvolto in incidente aumenta di 11 volte con un tasso alcolemico compreso tra 0,5 e 0,9 g/l), allacciare le cinture di sicurezza anche nei sedili posteriori e assicurare i bambini ai seggiolini, prestare particolare attenzione alla distanza di sicurezza nelle prime ore di pioggia. Il traffico acqueo richiede cautele molto simili, dato che anche qui è sempre il fattore umano che discrimina una circolazione sicura da quella pericolosa. Quindi: regolare la velocità in funzione dei limiti e del traffico; conoscere le norme che disciplinano la navigazione; non iniziare la navigazione se non si è in condizioni psicofisiche idonee; non sottovalutare i pericoli che si possono incontrare; cercare di prevedere e prevenire le manovre altrui; vedere e farsi vedere.

Secondo la sua esperienza, quale è il trend degli incidenti? Ha notato un aumento o una diminuzione?

Il trend degli ultimi anni sia a livello nazionale sia locale è fondamentalmente positivo per gli incidenti stradali in generale e in quelli con feriti. A Venezia, questi ultimi, dal 2006 sono diminuiti del 12%, purtroppo non è così per gli incidenti gravi che nel nostro comune sono rimasti pressoché invariati (circa 20 all'anno di cui la metà con esiti mortali).

Un fatto ci deve far riflettere: nel 80% degli incidenti più gravi sono coinvolti utenti deboli e veicoli a due ruote. In tal senso l'amministrazione sta investendo molto per ampliare le piste ciclabili, la polizia municipale, oltre alle azioni sopra ricordate, sta svolgendo corsi di educazione stradale nelle scuole. Il numero complessivo degli incidenti nautici rilevati dalla Polizia Municipale, si mantiene sui livelli degli anni precedenti con l'eccezione del valore registrato nel 2007 (33) e va inoltre considerato il dato 2013 che al 31 agosto ha superato il dato dell'anno scorso con 23 incidenti.

I protagonisti degli incidenti sono più gli italiani o gli stranieri?

La presenza del 10% di stranieri residenti nella provincia di Venezia non poteva non riflettersi anche nel loro coinvolgimento nei sinistri stradali in terraferma. Mediamente rimangono coinvolti in incidenti nel nostro territorio circa 2500 persone (conducenti e trasportati), l'incidenza degli stranieri negli ultimi tre anni è pressoché stabilizzata sul 24%.

Le nazioni dei coinvolti più rappresentate sono Romania 11%, Moldavia 9%, Albania 8% e Cina e Bangladesh 6%. In campo nautico i coinvolti sono operatori del settore trasporti, quindi italiani e i cosiddetti diportisti, ovvero coloro che utilizzano i natanti per usi non professionali. Questi ultimi per la maggior parte sono italiani.

Rientro sicuro, **se al volante c'è Bob**

La campagna estiva per la sicurezza della Polizia Stradale

di Antonella **Prigioni**

Bob guida e non beve. Bob e' l'amico astemio, quello che per una sera ha brindato ad acqua, quello a cui gli altri si affidano per essere portati a casa in sicurezza. Bob è il simbolo di una campagna, avviata dieci anni fa, dalla Polizia Stradale per combattere il fenomeno delle stragi del sabato sera: gli incidenti stradali restano la prima causa di morte tra i giovani. Nel 2011, in Italia, sono morti 972 ragazzi con meno di 30 anni, delle 3860 vittime totali. Il 43,7 per cento dei giovani che hanno perso la vita, è deceduto di notte tra le 22 e le 6 del mattino. E il Veneto non si sottrae a questa drammatica statistica con 88 vittime della strada, il 24 per cento del totale, con meno di 30 anni. Risultati pesanti sul fronte del sacrificio umano, che tuttavia sono in netto miglioramento rispetto al 2001 quando i giovani morti erano quasi il doppio. Quella che era diventata un'emergenza sociale, non solo in Italia ma anche in Europa, è stata combattuta grazie a campagne di sensibilizzazione, e di informazione e iniziative che hanno lo scopo di educare alla salvaguardia della vita propria e degli altri. Alta velocità, alcol, incoscienza, sono le Parche che decidono la sorte di tanti ragazzi. Un destino che può prendere un'altra direzione se condotto sulle strade della sicurezza. "Guido con prudenza", è la manifestazione promossa durante la stagione estiva dalla Polizia Stradale in collaborazione con la Fondazione Ania per la sicurezza stradale, e il Silb –Fipe, l'associazione che raduna i gestori dei locali da ballo e le discoteche. Da dieci anni, all'ingresso delle strutture che aderiscono all'iniziativa, da giugno a fine agosto, viene allestito un angolo della sicurezza stradale. Qui, hostess e stewards della Fondazione Ania, sottopongono i giovani, che escono dalle piste da ballo, alla prova dell'alcoltest, in modo che abbiano la cognizione di quanto hanno bevuto e decidano di scegliere tra gli amici colui che non avendo bevuto, farà da accompagnatore degli altri, per ritornare a casa senza rischi. Il Bob è l'amico che non beve, il guidatore per la serata. Guido con prudenza è un progetto che interessa i litorali italiani a più alta densità di locali per il

Polizia di Stato

divertimento notturno: quello veneziano con Jesolo capitale della movida a Nordest, la Versilia in Toscana, la riviera romagnola e la costa del Salento, in Puglia. Un'idea che anche quest'anno, l'estate si è ormai conclusa, ha dato buoni riscontri. Ad essa sono abbinati controlli assidui da parte delle pattuglie della polizia stradale che ogni fine settimana hanno sottoposto al test del palloncino centinaia di ragazzi, ritirando le patenti, ma anche permettendo ai giovani sobri e prudenti, quindi ritenuti guidatori modello, di vincere degli ingressi omaggio alle discoteche. I controlli sul litorale veneziano, nell'ambito di Guido con Prudenza si sono conclusi con 1773 conducenti verificati, 81 patenti e tre carte di circolazione ritirate, 975 punti patente decurtati e due veicoli sequestrati a fini della confisca poiché condotti da automobilisti con oltre 1,5 grammi/litro di alcool nel sangue. Ai conducenti "virtuosi" sono stati consegnati 269 biglietti per l' ingresso gratuito nelle discoteche aderenti all'iniziativa di Jesolo. «Sebbene il numero dei morti sulle strade sia diminuito - spiega il Segretario Generale della Fondazione ANIA, Umberto Guidoni – muoiono ancora ogni anno quasi mille giovani al di sotto dei 30 anni. I positivi risultati ottenuti nelle diverse edizioni di "Guido con Prudenza" ci hanno anche convinto che solo attraverso la combinazione di azioni informative e di sensibilizzazione dedicate ai ragazzi e con l'incremento dei controlli di polizia, è possibile contrastare efficacemente queste tragedie ed evitare che le serate di divertimento vengano funestate dai lutti per giovani vite spezzate in incidenti stradali». Maurizio Pasca, presidente Silb, l'associazione italiana imprese di intrattenimento da ballo e di spettacolo aderente a Fipe-Confcommercio, ha commentato: «Grazie anche ad iniziative come queste, le discoteche si stanno riaffermando come i luoghi del divertimento sicuro e controllato. Infatti, non è nelle discoteche che si crea un rapporto distorto con l'alcol. I giovanissimi imparano a bere nelle famiglie, come dimostrato in una recente ricerca Fipe-Censis, e spesso sono proprio i genitori ad essere i responsabili delle prime sbornie dei loro figli». "L'opera svolta dagli operatori della Polizia Stradale affiancati, nella circostanza, anche dagli altri partner dell'iniziativa, è di fondamentale importanza per i giovani e per le loro famiglie - evidenzia il dirigente della Polizia Stradale del Veneto Massimo Piampiani- educare alla sicurezza e controllare su strada, contribuiscono alla cultura del ballo e non dello sballo".

Pullman azzurro

Non è il pullman che accompagna la nazionale di calcio ai ritiri o allo stadio, ma è il mezzo che trasporta una squadra altrettanto brava a fare goal, quando si tratta di sicurezza stradale. Il Pullman azzurro è l'iniziativa adottata in tutta Italia, durante l'esodo ed il controesodo estivo, a supporto degli automobilisti. Un punto informativo mobile, reperibile in varie aree di servizio delle autostrade più battute dal traffico delle vacanze, ove personale specializzato ha fornito agli utenti, in viaggio, informazioni sulla situazione della viabilità e sulle norme di sicurezza da rispettare dalla cura del veicolo, alla sistemazione del carico, al trasporto dei bambini. All'interno del mezzo è allestita una speciale webcam, attraverso la quale gli automobilisti possono collegarsi in tempo reale con la sala operativa del Ministero dei Trasporti per avere un quadro completo delle code e dei rallentamenti in tutta Italia. Durante l'anno, i pullman azzurri, che di fatto sono aule multimediali, sono utilizzati nell'attività didattica con i giovani.

Assicurazione, sparisce **il tagliando**

Entro il 2015, una banca dati telematica di chi è in regola con l'assicurazione

di Antonella **Prigioni**

È stato, è l'incubo di tutti gli automobilisti, quelli ligi per lo più, che il premio dell'assicurazione lo pagano puntualmente e che puntualmente si dimenticano però di esporre il tagliandino sul parabrezza. Quel piccolo tassello di carta riposto in un'appiccicosa custodia incollata al vetro, che se si decide di toglierla bisogna ricorrere alla fiamma ossidrica. Il contrassegno, quell'elemento, che quando ti fermano per un controllo, ti fa tremare le gambe perché non sai mai se è in regola, sta per andare in pensione. Dal 18 ottobre è entrato in vigore un decreto ministeriale che stabilisce la progressiva dematerializzazione dei contrassegni di assicurazione dei veicoli a motore su strada. I tagliandini di carta saranno sostituiti da un sistema elettronico e telematico. Quando una pattuglia di carabinieri o polizia stradale fermerà gli automobilisti, gli agenti non guarderanno più cosa è esposto sul vetro dell'auto ma si collegheranno con la banca dati della Motorizzazione Civile, che sarà alimentata in tempo reale dalle compagnie di assicurazione. Immediatamente si potrà sapere se il mezzo è coperto da assicurazione e se il conducente è in regola. Un sistema elettronico in grado di dialogare anche con i meccanismi di controllo del traffico come i tutor in autostrada, gli autovelox di ultima generazione, le telecamere delle ztl. Una semplice digitalizzazione e all'agente comparirà sullo schermo di uno smartphone la storia dell'automobilista e del veicolo che conduce. Una verifica incrociata, che farà emergere in tempo reale chi non è a posto con l'assicurazione obbligatoria (RCA), una questione non di poco conto se si calcola che nel 2012 ber 3 milioni e 100mila veicoli hanno viaggiato senza copertura, il 7 per cento del parco circolante in Italia. Una media che al Sud sale al 12%, con il record del 30% a Napoli, con un 6,4% al Centro e un 4,6 per cento al Nord. Un deterrente anche contro i contrassegni contraffatti, di cui c'è un preoccupante e fiorente mercato. La digitalizzazione dei controlli sarà ultimata entro il 18 ottobre 2015, ci vogliono diciotto mesi solo per predisporre il database a cui si collegheranno, in tempo reale , le apparecchiature per le verifiche automatiche. E poi un altro anno e mezzo per avviare le connessioni tra cittadini, assicurazioni, Motorizzazione Civile e forze dell'ordine.

La zanzara «del Nilo»: la storia, i sintomi, la prevenzione

La Regione Veneto consiglia di non fare allarmismi. La situazione è sotto controllo, continuano i monitoraggi e la disinfestazione fino a novembre

a cura di Cristina **Chinello**

© Can Stock Photo Inc. / GillesPaire

Un nome esotico per una minaccia subdola: il West Nile virus (Wnv), il virus del Nilo Occidentale, la scorsa estate è tornato a far parlare di sé, ma l'allerta non è ancora terminata. E' un virus da non perdere d'occhio, ma va tenuto costantemente sotto controllo per evitare che possa comportarsi in modo imprevedibile, in particolare da quando, qualche mese fa, ne è stato individuato un nuovo ceppo, responsabile di casi umani di malattia nel Nordest d'Italia. A individuare il nuovo lignaggio è stato il professor Giorgio Palù, direttore del dipartimento di medicina molecolare dell'Università di Padova e dell'unità operativa complessa di microbiologia e virologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, sede del laboratorio di riferimento regionale per le infezioni emergenti, e dalla sua équipe. Il team medico ha eseguito analisi e ricerche sui ceppi di virus del Nilo Occidentale isolati nel mese di agosto in pazienti residenti in Veneto. E' proprio il Veneto, insieme all'Emilia Romagna, l'area italiana maggiormente interessata da questo virus.

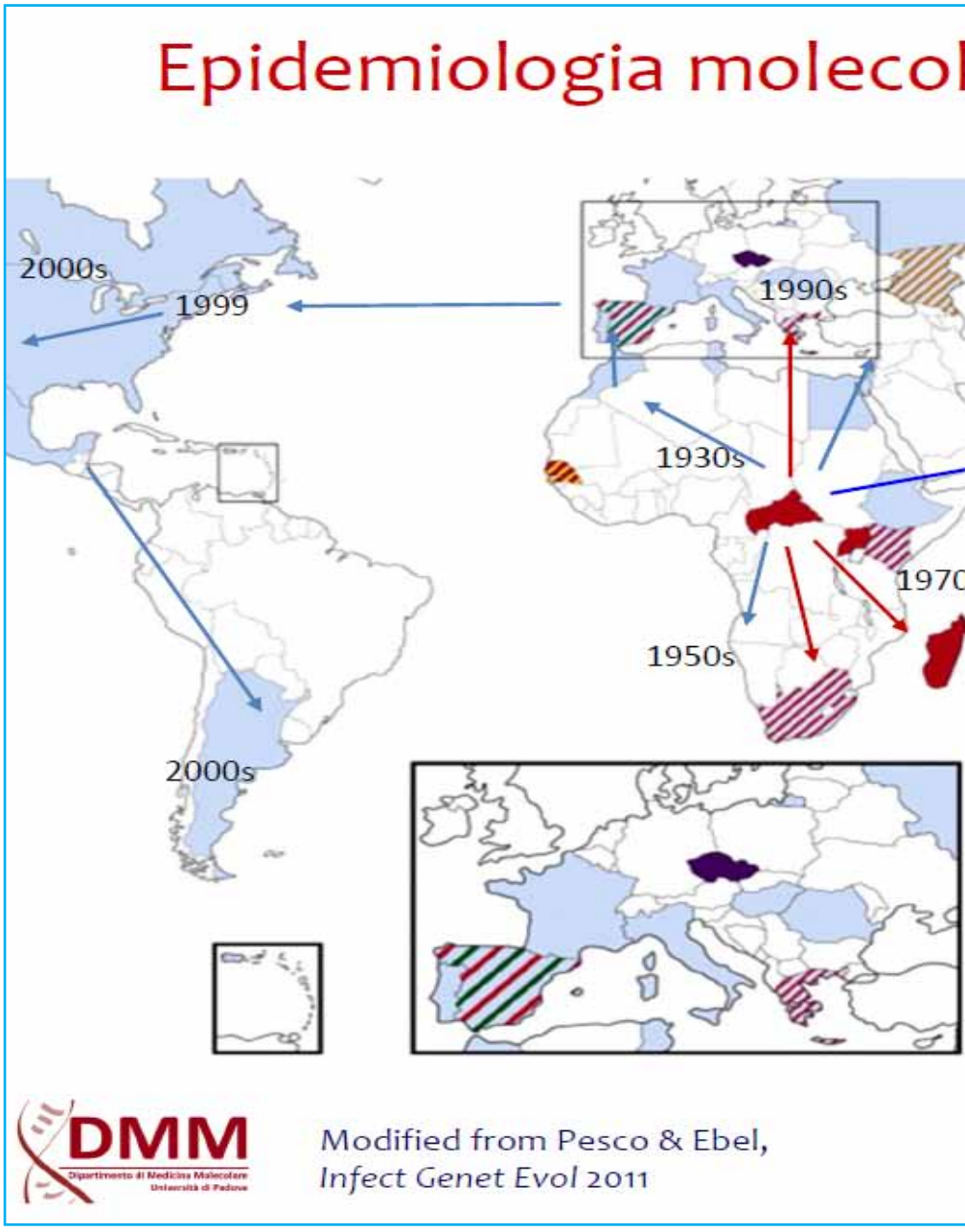
Wnv, cos'è

Il virus del West Nile è un virus della famiglia dei flavivirus (encefalite, Dengue, febbre gialla...)

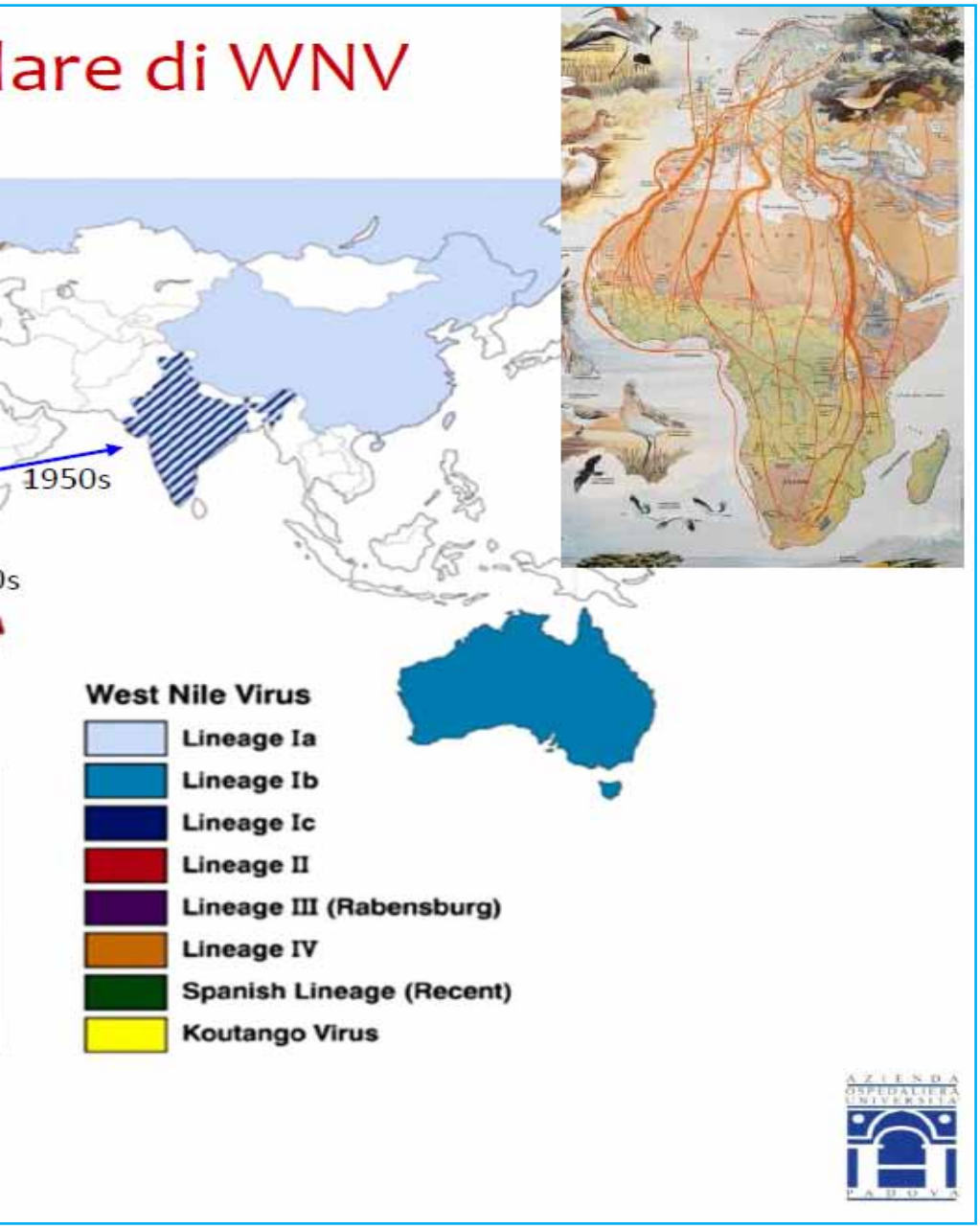
I medici dell'équipe presenti alla conferenza: Michelangelo Toppo, Luisa Barzon Riccardo Fusinato, Monia Parenti, Elisa Franchin, Lucia Rossi, Enrico Lavezzo, Giorgio Palù e Gianluigi Scannapieco.

che ha i suoi ospiti naturali negli uccelli migratori dal continente africano ed è trasmesso attraverso la puntura di zanzare del genere Culex (le "notturne", da non confondere con la zanzara tigre che punge anche di giorno). In passato si è rivelato particolarmente pericoloso per i

Nella foto in basso, il professor Giorgio Palù. Nella pagina accanto, il dottor Gianluigi Scannapieco.



cavalli: alcuni lustri fa causò non pochi problemi agli allevamenti, ma la ricerca, nel frattempo, ha messo a punto un vaccino che rende questi animali immuni dal virus. L'essere umano può esserne infettato, anche se non è possibile la trasmissione da uomo a uomo attraverso la puntura di una zanzara infetta. L'infezione si trasmette tra umani solo attraverso trasfusioni di sangue e trapianti d'organo. E' per questo motivo che l'allerta virus della scorsa estate ha riguardato in modo particolare i donatori di sangue. «Abbiamo preteso che si procedesse allo screening dei donatori di sangue di tutto il Veneto – sottolinea Palù – Si tratta di oltre 50mila persone che dal 1° luglio e fino a fine novembre, saranno sottoposte alle analisi. Per gli eventuali casi positivi, si faranno ulteriori indagini e il monitoraggio per sei mesi, prima di riammettere il soggetto alla donazione. Questo scenario si verificherà se non ci saranno particolari motivi di preoccupazione; diversamente, se emergeranno casi in altre province, o sarà necessario prolungare l'allerta, si agirà di conseguenza». Appare tuttavia meno probabile che si procrastini il termine, poiché con l'arrivo della stagione fredda le zanzare sono destinate a morire. I soggetti positivi rappresentano una grande risorsa: «Si tratta di persone preziose, perché possono donare il siero immunizzante. Due anni fa si verificò la trasmissione dell'infezione in un soggetto sottoposto a trapianto d'organo (nonostante i controlli meticolosi eseguiti, cariche virali basse possono sfuggire alla diagnostica). Si trattava di un rene, ed è stata proprio questa situazione che ci ha permesso di capire che il virus andasse ricercato nelle urine, e non nel sangue».

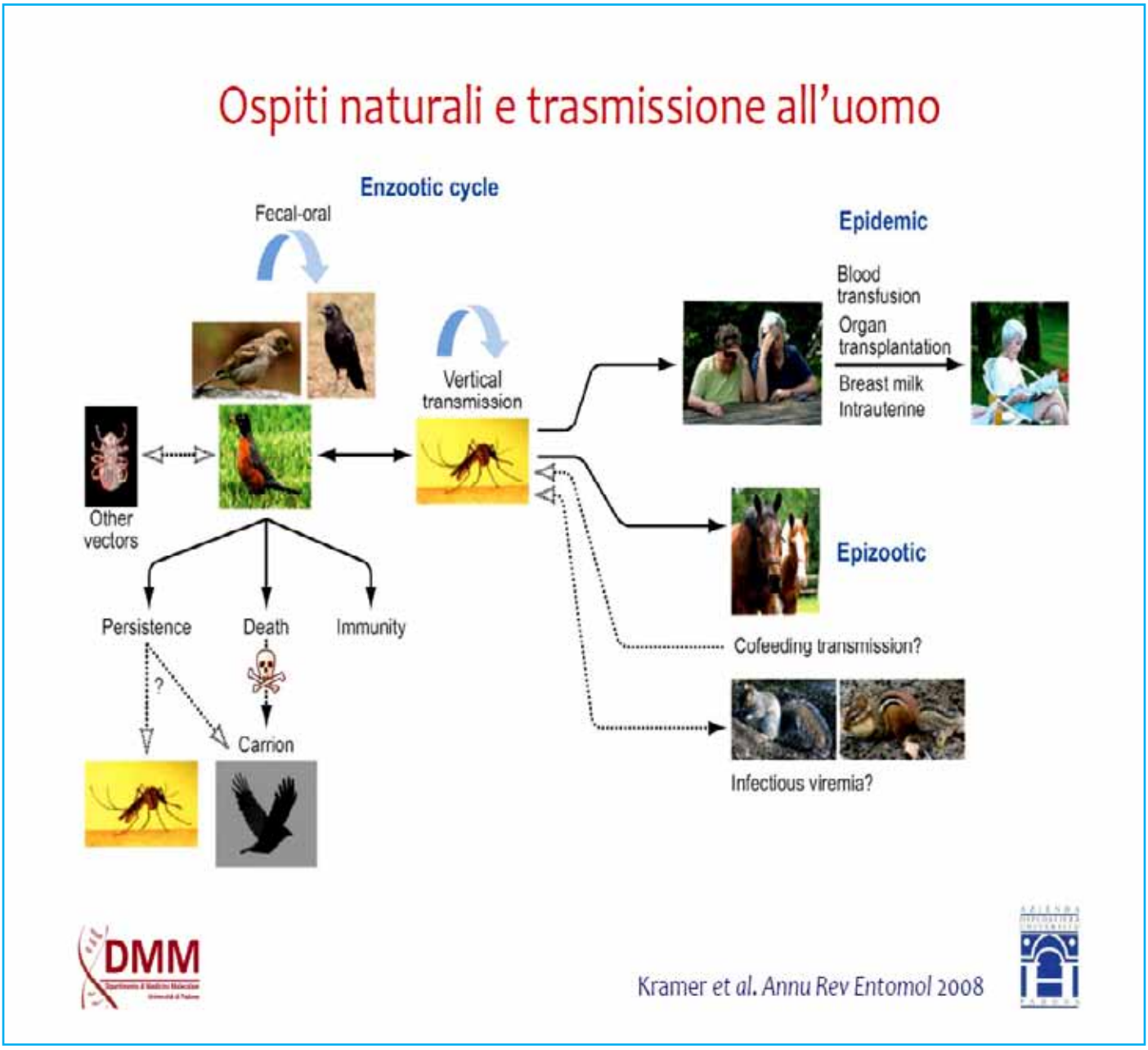


Le schede che accompagnano questo articolo sono tratte dall'«Aggiornamento sulla situazione epidemiologica nella Regione Veneto» curato dal Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università degli Studi di Padova, Laboratorio Regionale di Riferimento UOC Microbiologia e Virologia.

Wnv, la sua storia

Il Wnv è un virus emergente che da circa dieci anni circola nei Paesi dell'Europa centrale e orientale e del bacino mediterraneo, come Israele, Grecia, Italia, Romania, Ungheria, Russia. Dal 1999 circola anche negli Stati Uniti, dove ha causato migliaia di casi di malattia.

In Italia, il virus è stato identificato per la prima volta nel 1998 in Toscana in cavalli affetti da sintomatologia neurologica. In quell'occasione non furono documentati casi umani di infezione. I primi casi umani di malattia da Wnv sono stati segnalati nel 2008 in Veneto (provincia di Rovigo) e in Emilia Romagna (province di Ferrara e Bologna). L'anno successivo è stato registrato un aumento dei casi di malattia e l'area di circolazione del Wnv si è ampliata includendo altre provincie limitrofe (Venezia, Modena e Mantova). L'analisi filogenetica molecolare ha dimostrato che i casi di infezione del 2008-2009 erano riconducibili ad un unico ceppo di Wnv lineage 1 endemico nell'area del Po. Nel 2010 i casi di malattia da Wnv sono stati identificati solo in Veneto (province di Vicenza e Venezia); nel 2011 il Veneto è risultato nuovamente la regione più colpita dalla West Nile (province di Venezia, Treviso e Belluno), ma sono stati identificati casi anche in Friuli-Venezia Giulia, Sardegna e Marche. Nel 2011 il laboratorio di Padova ha sequenziato il genoma di Wnv da campioni di sangue prelevati da soggetti residenti nei pressi dei fiumi Piave e Livenza e ha dimostrato che si trattava di due nuovi ceppi virali, diversi dal virus che circolava nell'area del Po. Uno di questi virus, il ceppo Livenza, è stato responsabile del focolaio epidemico verificatosi nel 2012



principalmente nelle provincie di Venezia e Treviso. «Nel 2012 – ricorda Palù - è stato registrato il più elevato numero di casi di malattia da Wnv mai verificatisi in Veneto (e in Italia), con 21 casi confermati di malattia neuroinvasiva e 17 casi di febbre notificati nella Regione Veneto». Per quanto riguarda le altre Regioni italiane, nel 2011 sono stati segnalati casi sporadici di infezione in Friuli-Venezia Giulia, nelle Marche e in Sardegna; nel 2012, in Friuli-Venezia Giulia, Basilicata e Sardegna. Nel 2013 sono stati notificati tre casi di malattia neuroinvasiva nelle provincie di Ferrara e Modena. Nel 2013 sono stati riportati casi umani di infezione in diversi Paesi europei e limitrofi. I più colpiti sono la Serbia, con 104 casi segnalati, la Grecia (49 casi) e la Federazione Russa (102 casi). Anche in questi Paesi stanno circolando ceppi di Wnv lineage 2.

Wnv, i casi 2013 in Veneto

Durante la scorsa estate, il laboratorio di riferimento regionale ha confermato 6 casi di infezione neuroinvasiva da Wnv e 7 casi di febbre West Nile nelle province di Rovigo, Padova e Verona. Altri casi probabili di infezione sono stati (e saranno, fino a che cesserà l'allerta, ossia fino a novembre) in corso di valutazione. In 9 dei casi confermati è stato possibile dimostrare che l'infezione era causata da un Wnv appartenente al "lignaggio 2" (Wnv lineage 2). Le indagini genetiche eseguite sul genoma di questo ceppo virale hanno dimostrato che è diverso dai ceppi di Wnv lineage 1 che circolavano negli anni precedenti e respon-

Casi umani di malattia neuroinvasiva e febbre West Nile in Italia, periodo 2008-2010

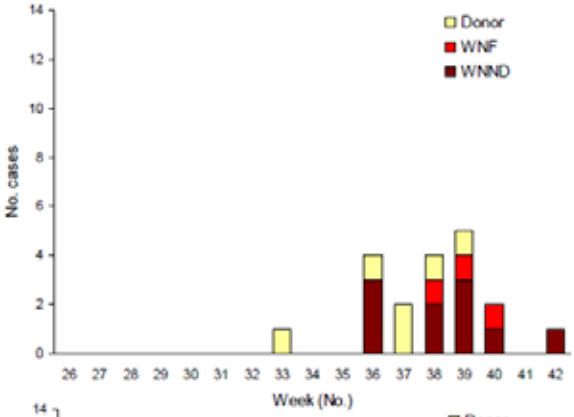
Map of north-eastern Italy representing autochthonous human cases of West Nile neuroinvasive disease and West Nile fever notified in Italy, 2008–2010 (n=32)

* West Nile virus IgG antibody prevalence per 1,000 blood donors, determined in 2010 in four blood donor centres in Veneto.

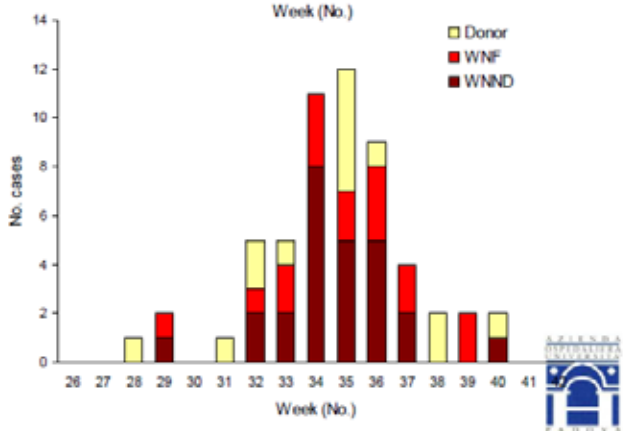
Modified from Barzon et al. Eurosurveillance, 2011

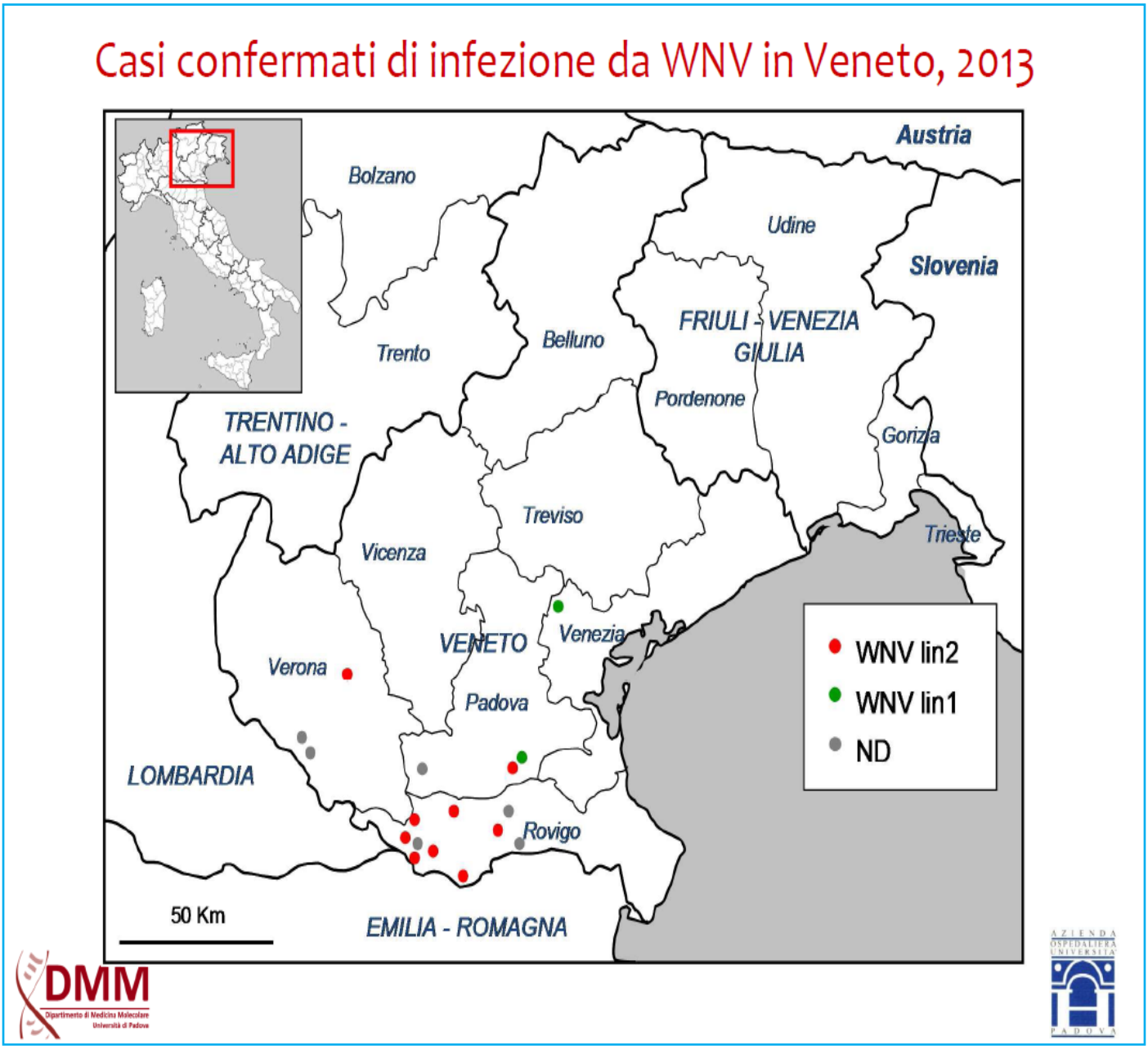
Un nuovo ceppo di WNV lineage 1 (Livenza) emerge nel 2011 e nel 2012 causa una epidemia in Veneto

2011



2012

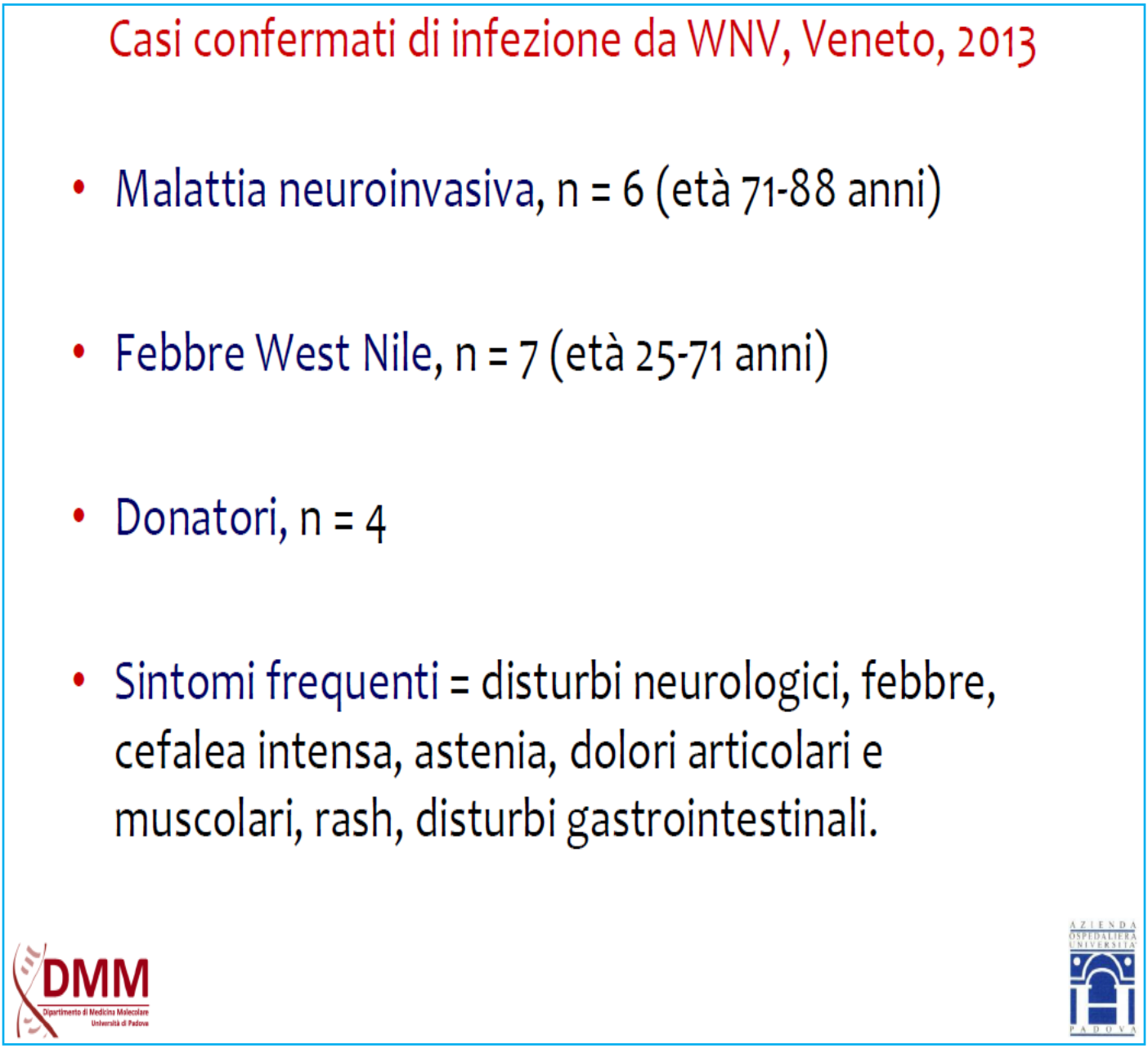




sabili di casi di malattia in Veneto e nelle altre regioni italiane. L'analisi della sequenza del genoma virale ha dimostrato che è simile ai ceppi di Wnv che dal 2010 stanno causando focolai epidemici in Grecia, in Serbia e in altri Paesi dell'Europa Centrale, ma presenta anche delle nuove mutazioni che lo caratterizzato come nuovo ceppo. Sono in programma studi per verificare se queste mutazioni possano avere implicazioni sulla patogenicità del nuovo virus. «Durante quest'estate – annuncia Gianluigi Scannapieco, direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Padova - il laboratorio regionale ha confermato 5 casi di infezione neuroinvasiva da Wnv e 5 casi di febbre da Wnv nelle province di Rovigo, Padova e Verona. L'ultimo è il caso di una donna di 84 anni della provincia di Padova, ricoverata per alcuni giorni in Rianimazione a causa dell'evoluzione della malattia in encefalite. La signora è stata curata e poi dimessa».

Wnv, il lignaggio 2

Il laboratorio del professor Palù ha dimostrato che i ceppi di Wnv che circolavano negli anni precedenti in Veneto non sono scomparsi. Infatti, in un donatore di sangue sottoposto a screening è stata dimostrata l'infezione da parte di un WNV lineage 1 identico al virus responsabile dei numerosi casi di malattia registrati nelle provincie di Venezia e Treviso nel 2012. «Mentre fino a quest'anno abbiamo sempre individuato il lignaggio 1, pressoché identico a se stesso, seppure con qualche piccola mutazione – l'annuncio di Palù – la scorsa estate abbiamo tro-



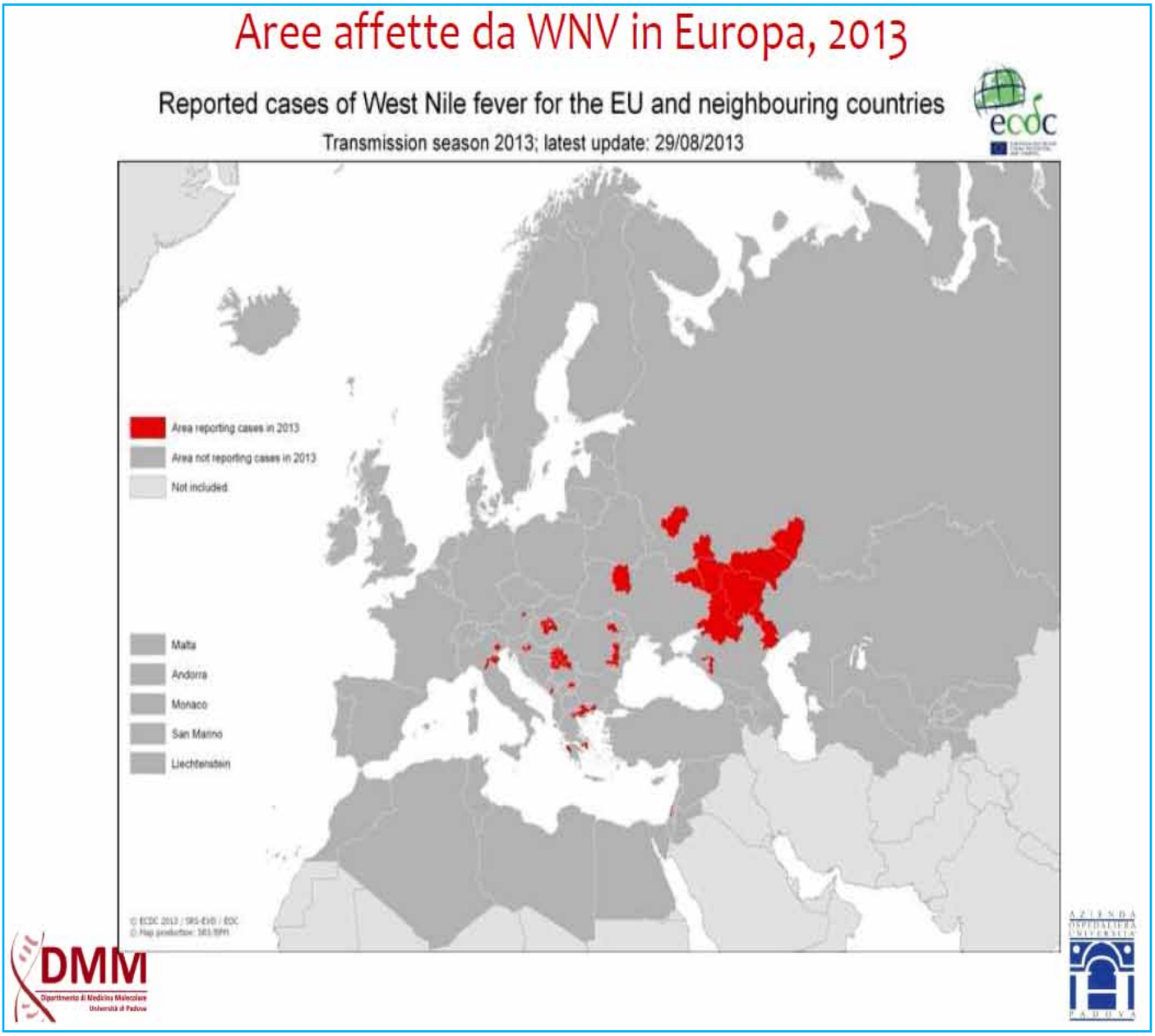
vato un nuovo ceppo di Wnv, il 2. Il lignaggio 2 è stato scoperto nel primo paziente di Rovigo ricoverato quest'anno. Abbiamo proceduto con le analisi per capire il grado di virulenza di questo nuovo ceppo e monitorarne l'evoluzione, anche se per ora non si registrano particolari motivi di preoccupazione».

Wnv, i sintomi

«Nell'80 per cento dei casi – sottolinea Palù – il virus è asintomatico, e pertanto non dà problemi; in circa il 20 per cento dei casi provoca febbre; in una percentuale inferiore all'1 per cento evolve in forma invasiva e può portare a encefalite, meningite, paralisi. Si rivela pertanto pericoloso per i soggetti anziani e/o immunodepressi». Infatti i dati registrati restituiscono un'immagine corrispondente: nel 2013 in Veneto si sono riscontrati 6 casi di malattia neuroinvasiva da Wnv in soggetti anziani (età compresa fra 71 e 88 anni); 7 casi di febbre da West Nile in persone adulte (25-71 anni). I sintomi frequenti sono disturbi neurologici, febbre, cefalea intensa, astenia, dolori articolari e muscolari, rash, disturbi gastrointestinali.

Wnv, le misure di prevenzione e alcuni consigli utili

La storia e l'evoluzione del virus nel corso degli anni è fondamentale per difendersi. Tutto parte da una considerazione: il primo ceppo del virus è rimasto più o meno uguale per alcuni anni. L'ipotesi più probabile è che il virus trascorra qui l'inverno: se fosse trasportato dagli uccelli migratori, ci si aspetterebbe che fosse diverso ogni anno,



cosa che non è. Le uova e le larve delle zanzare sarebbero pertanto le sue "culle" per proteggersi dal trimestre freddo. E' pertanto sulle uova delle zanzare che bisogna intervenire per evitare la diffusione del virus. Una buona disinfestazione dell'ambiente dalle zanzare, dalle loro larve e dalle uova, con larvicidi e insetticidi è l'unico modo, per ora, di sconfiggere il Wnv prima che si trasmetta agli esseri viventi. Siccome attualmente non esiste un vaccino per l'uomo, la prevenzione consiste soprattutto nel ridurre l'esposizione alle punture di zanzare. Ecco alcuni utili consigli per la protezione individuale: indossare preferibilmente pantaloni lunghi e camicie a maniche lunghe quando si è all'aperto, soprattutto all'alba e al tramonto, evitare l'uso di abiti scuri, profumi e dopobarba perché attraggono le zanzare; applicare lozioni repellenti sulle parti del corpo scoperte per tenere lontane le zanzare; gli insetto-repellenti non devono essere polverizzati sul viso, né applicati sugli occhi, le labbra e le zone delicate; svuotare frequentemente i sottovasi di fiori o altri contenitori (per esempio i secchi) con acqua stagnante.

L'attività di ricerca

Oltre all'attività di sorveglianza della West Nile, il gruppo di ricerca di Padova sta collaborando con altri centri europei nell'ambito di un progetto finanziato dall'Unione Europea per lo studio della virulenza e dei meccanismi di patogenicità dei ceppi di Wnv circolanti in Italia e in Europa, per lo sviluppo di un vaccino per la profilassi dell'infezione da Wv e per la scoperta di nuovi farmaci antivirali.

L'azione della **Regione**

Luca Coletto: «Situazione sotto controllo. Donazioni di sangue sicure e monitorate»

«La situazione relativa ai casi di West Nile registrati in Veneto è assolutamente sotto controllo e non si discosta di molto da quelle registrate negli scorsi anni. E anche le donazioni di sangue sono da considerarsi sicure in quanto sottoposte a screening come da indicazioni del Ministero della Salute». Lo sottolinea l'assessore regionale alla Sanità Luca Coletto, intervenendo per puntualizzare la reale situazione anche alla luce delle notizie in qualche modo allarmanti che sono circolate. «Nella nostra Regione l'infezione da West-Nile virus (WNV) è stata rilevata a partire dal 2008 ripresentandosi negli anni successivi negli animali (cavalli e uccelli), nell'uomo e nelle zanzare (le comuni zanzare notturne), le sole responsabili in natura della trasmissione del virus all'uomo. L'infezione è oggi endemica nella Regione Veneto cioè circola periodicamente, che ha dimostrato di essere un'area ad alto rischio di introduzione di malattie trasmesse da vettori. La situazione epidemiologica attuale è monitorata continuamente da parte della Regione che da quando si è presentato il problema effettua annualmente, a partire dal mese di giugno fino a fine novembre, una sorveglianza attiva delle febbri estive, consentendo di individuare il maggior numero di casi di malattie trasmesse da vettori sia autoctone che da importazione (per le malattie da importazione la sorveglianza prosegue per tutto l'anno).

Inoltre, continua la sorveglianza entomologica in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, che prevede catture settimanali di zanzare nelle aree

© Can Stock Photo Inc. / senkaya

considerate a maggior rischio, al fine di determinare la loro densità durante la stagione di attività (maggio-ottobre), e di ricercare i virus, contribuendo a meglio definire le aree interessate dalla circolazione virale. In queste ultime settimane si è reso necessario effettuare ulteriori interventi di disinfestazione, oltre a quelli già programmati. A tal proposito la Regione ha incontrato all'inizio della stagione estiva i rappresentanti dei Comuni e dell'ANCI Veneto per rafforzare la collaborazione, sensibilizzarli ulteriormente al problema e ribadire la necessità di attuare tali interventi, mettendo inoltre a disposizione un supporto finanziario gestito dalle Aziende Ulss per le situazioni di emergenza. Allo stato attuale tutte le Aziende Ulss interessate stanno effettuando, in collaborazione con i Comuni, gli interventi di disinfestazione straordinaria necessari in considerazione della presenza di casi umani e dell'elevato tasso di infezione del virus rilevata nelle zanzare. Si ritiene importante rassicurare la popolazione riguardo alle donazioni di sangue. Come previsto dalle indicazioni dal Ministero della Salute, in condivisione con gli Organismi sanitari europei preposti, nelle province del territorio regionale dove si sono verificati casi umani di WNv e dove si è rilevata la presenza di zanzare infette è in atto lo screening per i donatori di sangue, organi e tessuti al fine di limitare la diffusione del virus e prevenire la trasmissione dello stesso attraverso le donazioni di sangue ed emocomponenti. Le misure di sorveglianza attiva sul territorio nei confronti del West Nile virus, permettono, ove necessario, la pronta implementazione presso i Servizi trasfusionali dei test di laboratorio idonei a rilevare il virus sul sangue donato. Queste misure strutturate e consolidate negli anni hanno garantito e continuano a garantire la sicurezza delle trasfusioni; infatti, nessun caso di infezione da West Nile virus è finora stato trasmesso attraverso la trasfusione di sangue ed emocomponenti. I Servizi trasfusionali e le Associazioni dei donatori coinvolte nella raccolta del sangue adottano infatti precisi protocolli, trasmessi dagli Uffici regionali, nella selezione del donatore e nelle indagini finalizzate a rilevare la presenza di agenti patogeni nel sangue donato».

STNZ0313

CON AUDIUM SENTIRE BENE...

è facile come bere
un bicchiere d'acqua.

è irrinunciabile come
il pane in tavola.

costa solo come
un caffè al giorno.

IRRIPETIBILE OFFERTA DEL MESE

GRATIS
3 MESI
DI BENESSERE UDITIVO PER TE!

Padova
- Via T. Aspetti, 163
- Via Roma, 121

Camposampiero
- Via Tiso, 13

Albignasego
- Largo Obizzi, 5 (Piano terra)

Conselve
- Via Verdi,10

Este
- c/o Poliambulatorio
  San Fermo
  Via San Fermo, 17/19

Torreglia
- Via S. Pertini, 8/B

Cittadella
Via Borgo Vicenza, 27

Numero Verde Gratuito
800 985 094
www.audium.it

AUDIUM
IL BENESSERE DELL'UDITO

Seconda edizione del **premio giornalistico Giorgia lazzetta**

Al via la seconda edizione del premio giornalistico "Giorgia lazzetta", istituito da Nordestnet srl (editore della rivista NES Nordest Sanità) e patrocinato dall'Ordine dei Giornalisti del Veneto.
Il 30 novembre 2011 è scomparsa prematuramente Giorgia lazzetta, giornalista di Chioggia. Giorgia aveva cominciato a scrivere una decina di anni prima.
Aveva lavorato per il free press "La Piazza" (trasferendosi per questo anche a Bologna), per il Corriere del Veneto (di cui è stata corrispondente per Chioggia) e, negli ultimi tempi, era stata direttore del sito internet "Comunicatori pubblici" e aveva stretto importanti collaborazioni universitarie. Per ricordare il suo lavoro e per perpetuare la sua memoria, nasce questo premio di giornalismo, ispirato ai valori che hanno contraddistinto il suo lavoro: la curiosità, la serietà e soprattutto la cura per l'umanità. Nei suoi scritti, infatti, non è mai mancato il rispetto per il prossimo e l'attenzione per le ricadute morali delle parole affidate alla stampa.
Il premio è destinato a giornalisti iscritti all'albo che, alla data del 30 agosto 2013, non abbiano compiuto 35 anni di età.
Verrà assegnato un riconoscimento ad un articolo o servizio che si sia occupato di temi sanitari, in cui emerga con chiarezza l'aspetto umano della vicenda narrata.
La premiazione avverrà a fine gennaio 2014, in data da definire.
Nella pagina accanto, il bando del concorso.

Regolamento

Art. 1) Il valore del Premio, stabilito in euro 2.000 (duemila) è destinato al miglior elaborato (formato testo, audio o video) relativo alla sanità e ai suoi aspetti umani.

Art. 2) La partecipazione al Premio è gratuita e riservata a giornalisti professionisti e pubblicisti iscritti all'Ordine che pubblichino su testate (anche on-line) regolarmente registrate al Tribunale di competenza che, alla data del 30 agosto 2013, non abbiano ancora compiuto il 35° anno di età.

Art. 3) Possono concorrere al Premio gli autori di servizi in lingua italiana pubblicati da quotidiani, agenzie di stampa, settimanali, periodici, siti internet, o di servizi radiotelevisivi, pubblicati, trasmessi o diffusi nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2013 ed il 30 ottobre 2013.

Art. 4) Saranno presi in considerazione i contenuti pubblicati su testate giornalistiche regolarmente registrate. Sono esclusi dalla partecipazione i giornalisti membri della Giuria, i loro familiari e tutte le persone che abbiano legami contrattuali con l'organizzazione.

Art. 5) Saranno considerati i contenuti che abbiano attinenza con l'informazione sanitaria. In particolare, saranno considerati i servizi da cui emerga l'accuratezza dell'informazione associata alla disamina degli aspetti umani e personali.

Art. 6) Le opere in concorso (non più di una per ogni autore) dovranno pervenire, così come di seguito specificato, entro e non oltre il 30 novembre 2013, presso la Segreteria Organizzativa:

1. direttamente on-line, inviando una mail all'indirizzo segreteria@nordestsanita.it, specificando nell'oggetto (Premio Iazzetta)
2. oppure, via posta, inviando in busta chiusa a:
Nordestnet Srl
Premio Giornalistico "Giorgia Iazzetta", c/o Gvdr, via Gramsci 9, 35010 Cadoneghe (Padova).

a) 2 copie per ogni servizio giornalistico o nota di agenzia;
b) 2 copie su DVD per i servizi televisivi e per documenti filmati;
c) 2 copie su CD per servizi radiofonici;
d) 2 copie su CD o DVD per i contenuti Internet.

Art. 7) Ogni opera in concorso dovrà essere corredata da:

1) compilazione completa di una scheda allegata relativa all'autore (nome, cognome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici, e-mail, curriculum professionale, testata di appartenenza o sito) che non superi la cartella di 30 righe;

2) per i servizi editi con sigle o pseudonimi, i concorrenti dovranno allegare alla documentazione una dichiarazione firmata dal direttore della pubblicazione in cui si certifica l'identità dell'autore;

3) autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lg.196/2003 per gli adempimenti connessi al presente Premio.

Art. 8) L'assegnazione del Premio è determinata da una Giuria composta da:
Martina Zambon, consigliere Ordine Giornalisti Veneto, Antonella Agnello (Ordine dei Medici e Odontoiatri di Padova), Giampietro Vecchiato (consigliere nazionale FERPI, Federazione Relazioni Pubbliche Italiana), Umberto Iazzetta (Presidente Regionale Cittadinanzattiva – Tribunale del Malato), Marco Almagisti, Ph.D. professore Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e di Studi Internazionali dell'Università di Padova, Giuseppe Caraccio (direttore editoriale Nes - Nordest Sanità), Maria Stella Zaia (vicedirettore editoriale Nes – Nordest Sanità), Ines Brentan (direttore responsabile Nes – Nordest Sanità), Gianfranco Natoli (giornalista de "Il Mattino di Padova" e vicepresidente Associazione Stampa Medica Italiana), Elisabetta Boscolo Anzoletti (giornalista), Alessandra Lionello (giornalista), Giacomo Piran (giornalista).
Il Premio, nelle sue singole articolazioni, sarà assegnato a insindacabile giudizio della Giuria che deciderà a maggioranza.

Art. 9) È inteso che il concorrente, con la sua partecipazione, autorizza l'organizzazione del Premio a riprodurre e diffondere su qualunque supporto, immagini e testi tratti dai materiali presentati in concorso, nelle pubblicazioni, nel materiale informativo e pubblicitario e nel sito internet del Premio stesso. L'organizzazione si impegna a citare gli autori delle opere utilizzate.

Art. 10) Ogni autore è personalmente responsabile dei contenuti delle opere inviate. La partecipazione al Premio implica la completa accettazione del presente regolamento, sollevando l'organizzazione da ogni responsabilità civile e penale nei confronti di terzi.

Art.11) Le opere inviate al concorso non saranno restituite.

La Ulss 10 punta sull'**ospedale unico**

Le Schede Regionali prevedono un polo unico per San Donà e Portogruaro. Il DG Bramazza: «Occasione che non ci lasceremo sfuggire»

Via San Donà e Portogruaro per un nuovo ospedale. Novità per l'Ulss 10 che fino a ieri presentava nelle Schede regionali, approvate dalla Giunta, la presenza di tre ospedali con delle connotazioni ben specifiche: San Donà come polo medico, Portogruaro come polo chirurgico e Jesolo come polo riabilitativo. Ora il parere (non vincolante però) della V Commissione Regionale della Sanità propone una fotografia della sanità del Veneto Orientale completamente diversa: un ospedale unico che andrebbe a sostituire quelli di San Donà e Portogruaro. In attesa di vedere come si esprimerà la Giunta (con cui si avrà la delibera definitiva sulle Schede), abbiamo sentito il direttore generale Carlo Bramezza, alla guida dell'Ulss 10 da gennaio scorso.

Cosa ne pensa di questa novità? Ospedale unico sì o no?
Ospedale unico sì. E non lo affermo solo io. Già la Conferenza dei Sindaci aveva promosso un documento in tal senso e lo aveva trasmesso al Presidente della V Commissione Leonardo Padrin prima che ci venisse a far visita lo scorso settembre. Inoltre l'ospedale unico ci permetterebbe di risanare il bilancio di questa Ulss, di recuperare preziose risorse umane e di impiegarle per fornire nuovi servizi, di avere una struttura moderna, più attrattiva, provvista di nuove tecnologie. Devo anche dire che sia il personale di comparto che quello medico, organizzazioni sindacali comprese, hanno espresso un consenso unanime: tutti vogliono l'ospedale unico. E' una occasione che non ci lasceremo sfuggire.

Con il via delle Schede, la parola d'ordine sarà: meno ospedale e più territorio. Come si tradurrà in concreto questo slogan per l'Ulss 10?
Con l'approvazione delle nuove schede di dotazione ospedaliera e territoriale la Regione ha assegnato all'Ulss10 la realizzazione di 4 Aggregazioni Funzionali Territoriali, di 1 Distretto Socio Sanitario e 72 posti letto destinati agli ospedali di comunità e alle unità riabilitative territoriali. Verranno promosse forme associative di medicina convenzionata e strutture di ricovero intermedio. La pianificazione aziendale, inoltre, prevede che in ogni comune, o unioni di comuni, si realizzi almeno una medicina di gruppo e, con lo sviluppo della progettualità, la creazione di presidi territoriali nei quali verranno collocati gli ospedali di comunità.

Le eccellenze ospedaliere e le criticità.
Non voglio fare una classifica di chi è più bravo e chi è meno bravo. In questa azienda ci sono molte eccellenze e personale dalle grandi capacità,

Chi è Carlo Bramazza

- Nome: Carlo Bramezza
- Nato a: Treviso
- Età: 46 anni
- Stato civile: celibe
- Titolo di studio: laureato in Giurisprudenza all'Università degli Studi di Bologna
- Esperienze precedenti: è stato direttore presso la Casa di Riposo "G e P Marani" di Villorba (Tv); direttore presso la Casa di soggiorno "F.lli E. e P. Mozzetti" di Vazzola (Tv); direttore all'IPAB "Istituti San Gregorio" di Valdobbiadene (Tv); direttore nella Casa albergo per anziani "A. Rusalen" di Meduna di Livenza (Tv); direttore presso la Casa di Riposo "Aita" di Crespano del Grappa (Vi); direttore presso la Casa di Riposo "Casson" di Chioggia.

c'è anche personale che può dare di più e sono convinto che lo farà mettendolo nelle giuste condizioni di operare, ad esempio inserito in una struttura nuova come sarà l'ospedale unico. Una cosa che mi inorgoglisce è la grande organizzazione che attiviamo per 5 mesi l'anno a supporto delle 16 milioni di presenze turistiche che soggiornano sul litorale compreso tra Bibione e Jesolo, oltre ovviamente ai residenti. Per l'estate appena trascorsa abbiamo investito 4 milioni di euro con cui sono stati reclutati uomini e potenziati mezzi e attrezzature a disposizione. Sono stati attivati ambulatori per i turisti, attivata la dialisi estiva, potenziati i pronto soccorso del litorale e tutte le attività ospedaliere a supporto dei flussi turistici. Sono stati assunti cento stagionali ed è stato offerto lavoro in tempi di crisi. Nessun'altra azienda in Veneto e in Italia fa altrettanto.

Il ruolo della tecnologia in sanità.

La tecnologia è fondamentale nella sanità. Pertanto auspico che i servizi di prenotazione e di ritiro dei referti online attivati nel 2012, che fanno evitare code al Cup e risparmiare denaro all'utenza, vengano sempre più utilizzati. Così come auspico che il fascicolo sanitario elettronico regionale venga attivato quanto prima perché permetterà un ulteriore salto di qualità alla sanità di tutto il Veneto. Per quanto ci riguarda, nel 2012 sono stati fatti importanti investimenti nella informatizzazione della terapia intensiva, è iniziata la sostituzione delle TAC nei tre ospedali con modelli nuovi e più efficienti; con un programma pluriennale verranno investiti 10 milioni di euro per il completo rinnovo dell'Emodinamica all'ospedale di San Donà dove saremo in grado di fornire nuovi servizi rispetto l'attuale attività.

Quanto importante è la sanità convenzionata nell'Ulss 10? Un voto da 1 a 10 e una valutazione sul ruolo che ricopre....

Nella Sanità il rapporto tra pubblico e privato si articola sul piano della complementarietà. Il pubblico ha il ruolo di governo della sanità nel suo complesso, collaborando con il privato per garantire i bisogni di salute del cittadino, ampliando l'offerta messa a disposizione.

Le strutture private convenzionate permettono così al cittadino di rivolgersi liberamente a qualsiasi struttura, pubblica o privata convenzionata, che egli ritenga idonea alle sue necessità, secondo le indicazioni del medico di famiglia, a parità di condizioni. In questa Ulss, grazie a un sistema integrato e alla collaborazione delle strutture private, il cittadino, rivolgendosi al Cup, ha a disposizione l'intera gamma di offerta, pubblica e privata convenzionata, e può sceglierla sulla base della fiducia nella struttura, dei tempi di attesa o dell'accessibilità.

I numeri dell'Ulss 10

- Comuni afferenti: 20, pari a circa 218mila residenti assisiti
- Ospedali: 3
- Distretti socio-sanitari 2
- Utap: 2
- Strutture accreditate: 5
- Posti letto ospedalieri: 525
- Posti letto convenzionati: 105
- Prestazioni ambulatoriali erogate nel 2012: 2.823.884

NES

Nord Est Sanità

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

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

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

Per informazioni: www.nordestsanita.it

Sono interessato alla ricezione di NES - Nordest Sanità

Privato ☐ Azienda ☐

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

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

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

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

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

.....
FIRMA

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

.....
FIRMA

Le false promesse del **federalismo** in Sanità

In alcune aree del Paese si fa fatica persino a garantire i livelli essenziali di assistenza

di Umberto **Iazzetta**
presidente Cittadinanzattiva Regione Veneto

Negli ultimi anni la domanda salute è impennata a livelli "insostenibili", affermano erogatori e classe politica. Nonostante la *spending review*, aggiungo io, in molte regioni italiane si ottiene ancora oggi una buona risposta sanitaria. Il rapporto 2012 di cittadinanzattiva "Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità" rileva proprio le differenze tra i servizi sanitari regionali. In buona sostanza, mentre la direttiva europea approvata nel 2011 stabilisce che i cittadini europei possono scegliere liberamente in quale Stato curarsi, nel nostro Paese persistono disuguaglianze che la crisi economica ha ulteriormente evidenziato. Un dato che mi ha particolarmente colpito si riferisce ai 158 punti nascita distribuiti sul territorio nazionale con meno di 500 parti l'anno censiti nel 2009. A tutto oggi, dati 2012, ne sono stati chiusi soltanto 20. Certo, può apparire controversil il fatto che ritenga giusto chiudere i punti nascita che eseguono meno di 500 parti l'anno, perché non considerebbe i disagi che le future mamme dovrebbero affrontare. Ma un confronto sul territorio con i cittadini e le associazioni impegnate nella tutela sanitaria dovrebbe necessariamente avvenire, per aiutare le future mamme a capire se far nascere i propri bambini in sicurezza è più importante del disagio che affronterebbero nel viaggio verso una struttura più adeguata. Ancora più controversa appare la lettura dei dati in riferimento alla legge 38/2010 sul parto indolore. Al Sud, nelle strutture più piccole, si ottiene il parto in analgesia più facilmente; ovvio, si attua una politica attrattiva. In generale al Nord sono le strutture più grandi (più di 1000 parti l'anno) ad offrire il parto epidurale e Veneto e Friuli Venezia Giulia da questo punto di vista risultano le più virtuose. Diventa imperativo da parte delle future mamme informarsi anche attraverso il medico di fiducia dove indirizzarsi per il parto in sicurezza e indolore. I volontari però hanno il compito di monitorare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza proprio con l'obiettivo di tutelare la maternità. Del federalismo possiamo solo dire che molti cittadini sono rimasti delusi. Delegare competenze alle Regioni ha evidenziato differenze nei servizi in genere e nella sanità in particolare, tali da far rimpiangere lo stato centralista; vanificando gli sforzi che alcune Regioni hanno compiuto per mantenere servizi di qualità anche a dimostrazione della bontà della scelte federalista. Ho sempre pensato che un sistema basato su sana concorrenza potesse aiutare le regioni meno virtuose. Purtroppo è sotto gli occhi di tutti: non è stato così. Per lo meno fino ad oggi si è solo accennato ai costi standard e a modelli organizzativi virtuosi; nella sostanza si affronta ancora pendolarismo sanitario e ciò è sufficiente a rendere l'idea che nulla è cambiato. In alcune aree del Paese si fa fatica a garantire persino i livelli essenziali di assistenza e molti cittadini sopperiscono alle lunghe liste di attesa non solo rivolgendosi al privato convenzionato (a cui tra l'altro è stato ridotto il numero di prestazioni da erogare) ma, anche, al privato/privato; e quando non te lo puoi permettere rinunci alle cure. Inutile sottolineare che tutto ciò accade vergognosamente anche di fronte a malattie molto serie. Spesso si ha l'impressione che la nostra classe dirigente vive su un altro pianeta.

No alle battaglie ideologiche, **guardiamo i dati**

Intervista alla presidente di Anisap Lia Ravagnin

di Cristina **Chinello**

Non più di trenta giorni dal 17 ottobre "per adottare e comunicare le disposizioni definitivamente applicative della delibera 441/2013": è questa la parte cruciale dell'ordinanza emessa dal Tar di Venezia nell'ultimo ricorso in ordine di tempo fra strutture sanitarie private convenzionate e Regione Veneto. Riassumendo la questione, gli ambulatori sono tornati al tribunale amministrativo per palesare lo stato di sofferenza economica in cui riversano in seguito alla non distribuzione prevista dai soldi dell'extra-budget promessi dalla Regione nello scorso aprile, appunto nella delibera 441.
La notizia è stata naturalmente accolta con favore dai ricorrenti: «Una piccola soddisfazione in più» l'ha definita Lia Ravagnin, presidente Anisap, una delle sigle di categoria. «In base all'ordinanza dello scorso agosto, quest'ultima decisione appariva come una cosa quasi scontata. Siamo tuttavia sempre più amareggiati da questa situazione generale, perché ci è incomprensibile. C'è stata un'ordinanza così a fine agosto, pertanto non ci sarebbe dovuto essere un ulteriore ricorso. Ci chiediamo: quante volte dovremo ricorrere per avere qual che ci è stato promesso e quindi ci è dovuto?»- E incalza: «Mi dispiace solo come cittadina, perché la Regione spende un sacco di soldi per andare in tribunale (tra avvocati esterni, bolli, istruttorie..), e sono tutti soldi pubblici. Questa Regione dovrebbe iniziare a preoccuparsi di come spende i soldi pubblici».

Ora c'è un'ordinanza ben precisa: cosa sta accadendo a livello economico alle strutture convenzionate?
C'è chi ha finito il budget a giugno ma ha continuato a lavorare ugualmente non perché ci siamo sognati l'extrabudget, ma perché ci è stato promesso. Resisteremo, comunque, andremo avanti, sia per la difesa dei nostri interessi che ci sono, è fuori discussione, ma non c'è nulla di male in questo; sia per difendere la legalità.

Questo è solo l'ultimo tassello di una contrapposizione che ha coinvolto anche i sindacati: Cgil Funzione Pubblica era intervenuta confrontando il numero di abitanti delle Usl 20 (Verona) e 16 (Padova) e la spesa regionale per le prestazioni convenzionate (rispettivamente 13 e 52 milioni di euro), nonché aveva osservato il depotenziamento delle strutture pubbliche.
«I numeri sono veri, e allora?! – aveva tuonato Ravagnin - Cosa significa secondo loro, che il pubblico sarebbe stato depotenziato a causa nostra? Non ci risulta, perché sono leggi nazionali che stabiliscono questi parametri, e in particolare i posti letto da assegnare agli ospedali

sono definiti in base ai parametri regionali. Piuttosto, invece di contare quanti soldi vengono dati ai convenzionati, si guardi al servizio che eroghiamo, in termini di numeri e di qualità».

Ce li dica.

Partiamo dalla qualità. Noi strutture private convenzionate dobbiamo depositare i diplomi di tutti coloro che lavorano con noi. Ogni tre anni abbiamo la revisione dell'accreditamento regionale, pertanto siamo costantemente sotto controllo. Inoltre, tutte o quasi tutte le strutture sono certificate, e questo significa che ogni anno siamo soggetti a certificazione e controllo da parte di un ente certificatore internazionale e indipendente. E nelle certificazioni ci fanno le pulci su tutto.

Quanto ai numeri?

Prendiamo il libro bianco della Regione che riporta i dati del 2009 (rilevati almeno nel 2010). La spesa totale delle Usl per l'assistenza specialistica (cioè laboratorio analisi, radiologia, riabilitazione, branchia visita) è stata di 124.938.977 euro per Padova, 116.289.531 per Verona, con la differenza che a Padova sono state erogate 10.087.344 prestazioni, a Verona 6.623.130. In altre parole, i padovani hanno avuto 8,12 prestazioni procapite, i veronesi 4,10. Nell'Usl 20 la produzione interna è del 16,1 per cento; nelle strutture private accreditate è del 14,8 per cento; la fuga è del 69 per cento. A Padova la produzione interna è del 10 per cento; gli ambulatori fanno il 29,3 per cento; la fuga è del 60,1 per cento.

ANISAP Veneto

Cosa ne conclude?

"Concludiamo, numeri alla mano, quello che continuiamo a sostenere da tempo, e cioè che là dove c'è un numero di prestazioni assegnate al privato accreditato c'è un costo minore rispetto al pubblico. La guerra che sta combattendo la Cgil è di tipo ideologico, perché i numeri dicono altro. Questi sindacati si dovrebbero preoccupare del fatto che il budget regionale in materia di sanità sia speso bene. A tal proposito, riteniamo vergognoso che il sindacato si preoccupi di dare un premio in denaro ai lavoratori del pubblico attivi di sera e di domenica, sulle spalle di chi rischia di perdere il posto di lavoro nel privato convenzionato, che soffre per effetto di questi tagli".

Il corsetto notturno "providence" nel trattamento della scoliosi idiopatica

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

La scoliosi è una patologia molto comune che interessa i ragazzi durante l'età evolutiva, che non si può prevenire, ma per cui è fondamentale la diagnosi precoce e il trattamento tempestivo. Si tratta, per definizione, di un'alterazione morfologica tridimensionale della colonna, che prevede una deviazione laterale della stessa rispetto alla linea verticale, sul piano frontale, una deformità rotatoria dei corpi vertebrali, sul piano trasversale, e una rettificazione delle curve fisiologiche di lordosi lombare e cifosi dorsale, sul piano laterale. La scoliosi può essere primitiva o idiopatica (da causa sconosciuta) e secondaria (da causa nota), conseguenza di malattie neuromuscolari, traumi, dismetrie degli arti e molte altre. Deformità lievi e di scarsa rilevanza medica interessano circa il 3-5% degli adolescenti, mentre le deformità pari o superiori ai 20° Cobb (gradi angolari di deformità) interessano una fascia più ristretta di popolazione, circa il 5x1000, e necessitano di trattamento per evitare il peggioramento. La correzione posturale più efficace in assoluto prevede l'utilizzo di un busto ortopedico, con estensione lombare o lombo dorsale, la cui presenza è difficilmente percepibile attraverso i vestiti; tuttavia è ben noto che la ridotta compliance del paziente verso un busto tradizionale e i danni in termini di immagine, di autostima e di percezione di sé che esso comporta, generano una condizione di sofferenza psicologica che porta spesso all'uso discontinuo e talvolta all'abbandono del trattamento. Fortunatamente è da poco disponibile un busto ortopedico americano di nuova concezione, che presenta caratteristiche uniche e innovative quali l'uso limitato alle ore notturne e le ottime potenzialità correttive della curva scoliotica. Il "Providence Nighttime Brace" è stato ideato dal Dott. C.R. D'Amato e coll. (Department of Orthopaedic Surgery, Brown University School of Medicine, Providence; Rhode Island); il busto è nato quasi per caso testando la correggibilità preoperatoria della deformità scoliotica in pazienti candidati al trattamento chirurgico. Questi pazienti venivano posizionati supini su di un apposito telaio in plexiglass dotato di una griglia di fori ove era possibile applicare e modulare la spinta correttiva esterna, collocata in corrispondenza dell'apice della deformità. L'elevata correzione delle curve attribuita alle suddette condizioni ha condotto i colleghi a produrre un busto ortopedico in materiale acrilico, confezionato su misura con tecnologia computer assistita (sistemi CAD/CAM), che fosse in grado di replicare la situazione evidenziata sul telaio correttivo. Studi internazionali hanno dimostrato la sorprendente efficacia del presidio notturno, i cui risultati sono sovrapponibili, se non migliori, a quelli riportati da busti tradizionali quali Milwakee, Boston, Cheneau, etc, destinati all'uso a tempo pieno (24 h/24 h). Orthomedica ad oggi ha all'attivo ben 200 Corsetti Providence, dei quali una parte è stata interessata da una lavorazione estera (Stati Uniti) e il resto è stato prodotto interamente in Italia. Tutti i pazienti trattati sono stati monitorati dal momento della presa misure e del calco gessato per tutto il periodo di trattamento con il presidio, al fine di ottenere i migliori risultati. Di seguito riportiamo il caso clinico della paziente A, di 14 anni, alla quale è stato prescritto il corsetto per il trattamento di una scoliosi idiopatica. Come si può notare dalle immagini, la radiografia dopo un mese di trattamento evidenzia una notevole riduzione della curva scoliotica, sottolineando dunque la reale efficacia del busto anche in tempi relativamente brevi di trattamento continuo notturno.

Che tipo di Medico del Lavoro serve alle aziende?

Spesso al datore non conviene scegliere il prezzo più basso per la sorveglianza sanitaria

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

Il D.Lgs. n. 81/2008 ha delineato una figura di medico competente aziendale non più come colui che fa solo le visite per esprimere i giudizi di idoneità, ma come un consulente a pieno titolo del datore di lavoro, quindi impegnato non solo nella prevenzione secondaria ma anche nella prevenzione primaria. Ora c'è da chiedersi se questo nuovo ruolo del medico competente stia prendendo piede. La mia recente esperienza di medico del lavoro mi dice purtroppo che sta avvenendo il contrario: Il medico è sempre più relegato nell'attività di "visitificio" e quindi si occupa solo di prevenzione secondaria, interagisce con datore e i responsabili dei servizi di prevenzione e protezione (RSPP) solo per gestire i giudizi di idoneità condizionata e non per valutare e gestire i rischi sui quali potrebbe e dovrebbe per legge dare un contributo importante. Dare la colpa di questa situazione solo ai datori o ai RSPP sembra ingiusto perché sicuramente anche i medici, specie i nuovi medici che si affacciano al mercato, si isolano nel loro "visitificio". Siccome non crediamo nelle spiegazioni moralistiche, la causa strutturale più semplice di questa situazione sta nel fatto che le prestazioni del medico hanno un valore economico così basso (vanno da un massimo di 20 € lorde a visita ad un minimo che mi vergogno di riportare per dignità) che necessariamente si deve visitare dalla mattina alla sera per portare a casa uno stipendio decente; in questa situazione il medico non insiste certo per occuparsi d'altro ed afferma che nessuno l'ha interpellato per gli adempimenti riguardanti la valutazione dei rischi. Si riduce tutto quindi al sopralluogo e riunione periodica annuale nella stessa mezza giornata! Qualcuno potrebbe dire che queste sono le leggi del mercato, ma io vorrei sapere se questa situazione migliora o peggiora la salute dei lavoratori e migliora o peggiora la gestione della qualità in azienda. Mi sento di affermare con certezza che:

- La gestione della sicurezza, vista solo come problema tecnico e non con un approccio olistico, è poco efficace. Pensiamo solo a tutti i fattori soggettivi che sono presenti nell'albero delle cause degli infortuni. Pensiamo alla formula vincente praticata dalla L. n. 833/78 nell'istituzione degli Spisal delle ULSS, dove la gestione della sicurezza è stata individuata come un problema di salute e quindi con una centralità medica. Lo stile di lavoro degli Spisal è stato storicamente apprezzato da tutte le Organizzazioni dei Datori e dei Lavoratori.
- Il medico del lavoro spesso è il tecnico più esperto per la valutazione di molti rischi quali, movimentazione di carichi, tiro e spinta, movimenti ripetuti, studio ergonomico di posti di lavoro, aspetti tossicologici, stress lavoro-correlato ecc. Spesso è la figura più esperta nella progettazione dei corsi di formazione, nella gestione del pronto soccorso, nella gestione dei DPI, nell'impostare un sistema di promozione della salute.
- La ricerca delle soluzioni preventive specie di tipo ergonomico, di movimentazione, sono più complete se c'è il giudizio preventivo del medico in modo che non provochino altri e nuovi problemi ed inconvenienti non previsti.
- Il medico è colui, infine, che dovrebbe chiudere il cerchio della valutazione del rischio in quanto le misure di prevenzione vanno rielaborate considerando i dati della sorveglianza sanitaria. Quante volte ho visto che si continuano a considerare esposizioni a rischio chimico e a ripetere esami tossicologici per ennesimi anni anche se gli indicatori ambientali e biologici sono sempre inferiori a quelli della popolazione non esposta, invece di modificare la valutazione del rischio.

Il deficit erettile

Il 65% dei settantenni presenta problemi di potenza sessuale, ma esistono casi anche tra gli under 40

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

Il deficit erettile (DE), o impotenza, è l'incapacità di un soggetto di ottenere e mantenere un'erezione sufficiente per il raggiungimento di un rapporto soddisfacente. In Italia si stima che circa 3 milioni di uomini ne siano affetti, e sebbene non sia una patologia che influenza la spettanza di vita, ne altera la qualità. A tutti gli uomini può capitare, di non riuscire a raggiungere l'erezione, ma il DE persistente è un problema poco frequente al di sotto dei 40 anni, età da cui, l'incidenza aumenta rapidamente al punto che il 65% dei 70enni presenta problemi di potenza sessuale.

Etiopatogenesi: oltre all'individuazione di numerosi fattori di rischio che aumentano la probabilità di insorgenza di DE (età, fumo, consumo di alcool e droghe, ipercolesterolemia, iperglicemia, obesità) vi sono fattori fisici e psicogeni, spesso concomitanti, in grado di alterare direttamente il normale meccanismo fisiopatologico dell'erezione che possono essere così suddivisi:

Psicogeni: legati a situazioni di ansia e/o stress
Neurogeni: Parkinson, Alzheimer, traumi spinali, neuropatie
Endocrini: l'ipogonadismo ipogonadotropo e l'iperprolattinemia
Vascolari: ateriosclerosi, ipertensione, cardiopatie, diabete, insufficienza renale cronica, epatopatie croniche, traumi, collagenopatie.
Farmacologici: psicofarmaci, antipertensivi, anticolinergici.
Iatrogeni: secondari a chirurgia e/o radioterapia nello scavo pelvico.

Diagnosi: un corretto inquadramento diagnostico del ptz con DE può essere complesso in quanto l'anamnesi deve tener conto della sua componente organico-fisica, di quella psicologica e di quella relazionale-emozionale nei confronti della partner, del lavoro, della famiglia compreso il suo stile di vita. Questo permette di identificare 3 momenti patogenetici fondamentali della disfunzione erettile: l'organico, l'intrapsichico e il relazionale.

Questi elementi permettono di avanzare una diagnosi clinica che dovrà essere verificata da successive indagini di laboratorio (esami del sangue e del liquido seminale), indagini strumentali (ecodoppler penieno-scrotale dinamico, cavernosometria dinamica, ereziometria notturna con Rigiscan, potenziali evocati sacrali, test di farmaco erezione) e dall'esame obiettivo del paziente. Esistono inoltre dei questionari validati come l'IIEF-5, che ci consentono una iniziale quantificazione del caso.

Terapia: sarà intrapresa tenendo conto di diversi effetti collaterali e complicanze che possono insorgere.

- Abitudini di vita e condotta alimentare: evitare fumo, alcolici, caffeina, obesità e condurre una vita regolata oltre ad una sana attività fisica.
- Terapia medica: i più utilizzati sono gli inibitori della 5 fosfodiesterasi, indicati ai pazienti con integrità del meccanismo neuro-vascolare e la cui unica controindicazione assoluta è rappresentata dalla concomitante terapia con nitroderivati. Altri farmaci, sono le prostaglandine ad uso iniettivo intracavernoso, cui il paziente deve essere addestrato da personale specializzato.
- Presidi meccanici: (vacuum device) che provocano l'erezione mediante un dispositivo che crea il vuoto a livello penieno.
- Protesi: trattamento proposto dopo il fallimento di terapie meno invasive; ne esistono di diversi tipi (semirigide malleabili o idrauliche); la scelta oltre che dai costi dipende da ciò che desidera il paziente.
- Terapia chirurgica arteriosa: indicata nei traumi.
- Psicoterapia: nei casi di impotenza primitiva psicogena ma anche in quei casi di DE organica aggravata da elementi psicogeni.

Va ribadito il concetto che al medico che intende trattare questa patologia è richiesto un estremo rigore ed onestà; di conseguenza l'Urologo è in prima linea nel mantenere alto il livello scientifico e nello stigmatizzare ed isolare comportamenti non ortodossi.

Più esercizio fisico e **meno-pausa**

di Tiziano **Maggino**
Direttore Dipartimento Materno Infantile
ULSS 12 Veneziana Ospedale dell'Angelo – Zelarino

La menopausa definisce l'epoca della fine delle mestruazioni nella donna. Come tale, pur essendo un evento critico puntuale, essa si inserisce in un ambito più ampio di progressivo esaurimento dell'attività endocrina delle ovaie. Nel periodo che precede e che segue l'ultima mestruazione (climaterio) si verificano nella donna una variabilità di eventi endocrini che, pur contenuti nell'ambito della fisiologia, possono produrre una poliedrica varietà di sintomi, a volte di intensità molto soggettiva, che talora possono presentarsi in forma critica creando una situazione di malessere.
I problemi per i quali si è dimostrato un rapporto causale con la menopausa sono principalmente: sudorazioni, vampate di calore, disturbi vaginali legati a secchezza delle mucose, disturbi del sonno. Alcuni di questi sintomi sono generalmente temporanei e di intensità del tutto gestibile, ma in alcuni casi possono essere tali da influenzare negativamente la qualità di vita della donna. Altri problemi associati all'evento menopausale quali ad esempio l'irritabilità, la depressione, i dolori osteoarticolari, l'aumento di peso, hanno una genesi multifattoriale per la quale la menopausa stessa può costituire un tassello di un "puzzle" composito.
Colgo questa occasione per sottolineare che sempre più significativi dati scientifici ribadiscono l'importanza degli stili di vita nel controllo dei sintomi e del mantenimento di salute anche dopo la menopausa. Ciò vale soprattutto per una sia pur moderata attività fisica (camminata veloce per 30-40 minuti al dì), nel ridurre non solo i rischi metabolici che in epoca climaterica possono comparire, ma anche nel tono dell'umore, nella qualità del sonno, nel ridurre il rischio di alcuni tumori come quello della mammella, nel ridurre il rischio di osteoporosi.
Crescono anche i dati che suggeriscono effetti favorevoli della dieta, in particolare degli acidi grassi polinsaturi omega-3 nei confronti di vari problemi medici comprese le vampate di calore della menopausa. Vi sono molteplici strategie infatti che possono essere messe in campo in questo particolare periodo di vita della donna, compresa bene si intende, quando impiegata in modo oculato per indicazioni e scelta dei preparati, anche la terapia sostitutiva ormonale. Questa però da sola non basta se non si accompagna ad una revisione del bilancio complessivo dello stato di salute ed a un progetto di "mantenersi in salute" che è tappa fondamentale in questa epoca di cambiamento. Abbiamo la fortuna di vivere in uno splendido angolo di mondo nel quale non mancano le belle giornate di sole (produzione di vitamina D); l'irraggiamento solare e l'alternanza luce-buio offre un'ideale ritmicità per la regolazione della melatonina e del sistema serotoninergico (antidepressivo). I nostri mercati sono ricchi di prodotti agro-alimentari che ci consentono di assumere in quantità sufficienti vitamine, oligoelementi, acidi grassi polinsaturi, antiossidanti ed altro che ci consentono di controllare il rischio cardio-vascolare.
La conclusione potrebbe essere: più esercizio fisico e controllo dietetico e "meno-pausa".

© Can Stock Photo Inc. / ziprashantzi

Servizi di laboratorio clinico o supermercati?

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

Servizi di Medicina di Laboratorio, che ogni cittadino prima o poi si trova ad utilizzare per scopi di screening, diagnosi precoce, conferma di sospetto clinico, monitoraggio di terapie e follow-up sono sempre più nell'occhio del ciclone. Da un lato l'enorme sviluppo del numero e della tipologia di esami, sempre più accurati e sensibili, per rivelare non solo malattie conclamate ma addirittura il rischio di patologie prima di qualsiasi sintomo e/o segno clinico, dall'altro le proposte di riorganizzazione con riduzione delle strutture, consolidamenti e creazione di megalaboratori scollegati, anche fisicamente, dai luoghi di cura.

Il valore della medicina di laboratorio per il Sistema Sanitario Nazionale e l'impatto economico, politico e sociale sono stati al centro del dibattito nel corso di un importante Convegno organizzato presso l'Istituto Superiore di Sanità a Roma, con la collaborazione della Federazione delle Società Scientifiche della Medicina di Laboratorio (FISMELAB) e Assobiomedica).

L'importanza del Convegno va vista soprattutto nella possibilità di mettere a confronto i punti di vista di tutti gli stakeholders, professionisti del laboratorio clinico, imprenditori del settore ma soprattutto rappresentanti dell'utenza (Cittadinanzattiva), Amministratori (FIASO e Federsanità/ANCI) e organi tecnici del Ministero (Agenas). L'assenza dei politici è risultata spiegabile e giustificabile solamente nel contesto della crisi di governo che si era aperta e richiedeva la presenza in aula di tutti i parlamentari (peccato!).

Il dibattito ha permesso di chiarire la natura dell'esame di laboratorio che non va vista solo nella produzione di un risultato analitico, ma in tutti gli aspetti che a partire dall'appropriatezza nella richiesta e fino all'appropriatezza nell'interpretazione ed utilizzazione dell'informazione di laboratorio devono generare esiti favorevoli in termini di diagnosi più accurate e terapie personalizzate ed efficaci.

La domanda che ogni cittadino dovrebbe porsi è:" è la stessa cosa fare un esame in un laboratorio accreditato che mantiene stretti contati con il mondo clinico piuttosto che in un megacentro di produzione scollegato con il contesto clinico, nelle farmacie, per internet o a casa ?". La risposta richiede molte argomentazioni, alcune prettamente tecniche, ma fondamentalmente dovrebbe essere evidente che l'esame di laboratorio va valutato solo rispetto agli esiti che genera, siano essi esiti clinici e/o economici. In poche parole, l'esame di laboratorio, come ogni indagine diagnostica (anche di imaging) va richiesto se riesce a dare risposte ad un quesito clinico e se il rapporto fra costi e benefici presenta un margine positivo. Tuttavia, se è ben chiaro quali siano i possibili benefici (diagnosi e terapie appropriate), meno evidenti sono i costi che non sono puramente economici (spesa sostenuta), ma anche psicologici (timore di un risultato asteriscato o apparentemente anomalo) e di salute (vi sono prove che dimostrano come errori nell'esame di laboratorio siano parte fondamentale dell'errore diagnostico con frequenti eventi avversi per il paziente).

© Can Stock Photo Inc. / photosoup

L'empowerment del paziente, e del cittadino, che sempre più si informa e vuole essere informato su tutti gli aspetti che investono il mondo della salute sua e dei suoi famigliari, in questo caso va declinato nell'educare ad interpretare correttamente il significato ed il valore dell'esame di laboratorio. L'esame non è un bene da autoprescriversi, nè da forzare il medico di medicina generale a prescrivere "perchè l'ho letto, l'anno detto in televisione, me lo ha consigliato un amico", ma un'informazione che diviene utile se richiesta correttamente, eseguita in modo accurato e interpretata in modo adeguato. Qualità e sicurezza per l'utente devono guidare la riorganizzazione dei servizi di laboratorio clinico ed in questo percorso più che guardare all'efficienza bisogna mirare all'efficacia, ossia appropriatezza nella richiesta e nell'utilizzazione dei risultati.

Novità nel trattamento chirurgico dell'**artrosi del ginocchio**

a cura del dottor Franco **Rossi**,
medico chirurgo specialista in Ortopedia, Policlinico Abano Terme, Istituto clinico Città di Brescia e Policlinico San Marco di Mestre

Il trattamento chirurgico dell'artrosi di ginocchio (gonartrosi) allo stato dell'arte si avvale di procedure consolidate come l'artroscopia (lavaggio articolare, "pulizia" articolare), l'osteotomia correttiva (della tibia nell'artrosi monocompartimentale in varo, del femore nell'artrosi monocompartimentale in valgo), la protesi monocompartimentale (mediale, laterale, della femoro-rotulea), la protesi totale. In questo articolo verrà descritta una tecnica chirurgica alternativa all'osteotomia tibiale nel trattamento della gonartrosi in varo.
L'osteotomia è un intervento chirurgico la cui tecnica è tutto sommato standardizzata, può dare in almeno il 70 per cento dei Pazienti risultati soddisfacenti e duraturi (5-10 anni) soprattutto sul sintomo dolore; se eseguita in tempi precoci può addirittura non solo ritardare, ma in alcuni casi evitare un futuro intervento di protesi.
Si tratta però di un intervento importante per il Paziente, poiché si tratta di rompere l'osso (della tibia o del femore) per cambiare l'asse con cui carica l'arto e quindi scaricare la parte rovinata dell'articolazione caricando di più la parte ancora indenne; quindi necessita di mezzi di fissazione (placche in titanio, fissatori esterni) e di una lunga fisiokinesiterapia post-operatoria (3 mesi almeno) in cui il carico viene concesso sull'arto operato non prima di 50/60 giorni.
La nuova tecnica chirurgica (Kinespring) alternativa consiste nell'impianto di 2 placchette (una al femore e una alla tibia) raccordate da una molla precaricata tramite 2 piccole incisioni cutanee; la molla permette di scaricare il compartimento in sovraccarico e agisce sia a ginocchio esteso (soprattutto) che flesso.

Si ottiene così un effetto sull'articolazione molto simile a quello dell'osteotomia, senza però dover rompere l'osso; questo permette un carico sull'arto pressoché immediato e una riabilitazione molto limitata.
Inoltre in caso di risultato non soddisfacente o non duraturo c'è la possibilità di eseguire una Protesi Monocompartimentale, mentre dopo aver eseguito una osteotomia bisogna impiantare necessariamente una protesi totale; ciò in termini di "chirurgia mininvasiva" è quindi più vantaggioso.
Naturalmente questa metodica chirurgica non può essere eseguita in tutti i casi di artrosi in varo del ginocchio, ma si dovrà valutare da caso a caso.
Vorrei infine accennare all'ultima generazione di protesi totali di ginocchio; questa permette di "personalizzare" l'impianto (il nome è Persona) cercando di renderlo più anatomico e quindi simile ad un ginocchio normale.
Infatti c'è sia la possibilità di scegliere fra numerose taglie di femore (per maschi e per femmine) sia di impiantare piatti tibiali e politileni "anatomici", cioè conformati come quello naturale.
Questo si traduce in termini pratici non solo in un precoce recupero articolare ma anche in una più lunga sopravvivenza della protesi stessa nel tempo.

© Can Stock Photo Inc. / Andreus

Diagnosi e terapia della **scoliosi**

Il corsetto ortopedico è prescritto in caso di scoliosi di grado medio-grave

a cura delle dottoresse Elisa **Gomiero** ed Elisabetta **Corato**,
specialiste in Fisiatria

© Can Stock Photo Inc. / Eraxion

La scoliosi è una deformità strutturale complessa della colonna che si sviluppa sui tre piani dello spazio: sul piano frontale si manifesta con una deviazione laterale rappresentata dall'allontanamento di un certo numero di vertebre dalla linea mediana, su quello sagittale con un cambiamento della cifosi e della lordosi e sul piano assiale con un movimento di rotazione che interessa sia la curva nel suo insieme che le vertebre singolarmente. La scoliosi idiopatica, che per definizione non riconosce una causa nota e probabilmente nemmeno una causa unica, può essere classificata secondo la localizzazione iniziale in scoliosi toracica, toracolombare, lombare, a doppia curva, e, secondo l'età d'insorgenza in infantile, giovanile adolescenziale. E' il tipo di scoliosi più comune, interessa più spesso il sesso femminile e può progredire durante gli anni di crescita, specie durante il periodo pre-adolescenziale e adolescenziale. Anche se la diagnosi si sospetta dalla presenza di asimmetrie del corpo, essa può essere confermata solo dalla presenza di una curva di almeno 10° Cobb su una radiografia della colonna eseguita in stazione eretta. Il giovane paziente va visitato in stazione eretta con le braccia rilassate lungo i fianchi per ricercare una serie di segni clinici come asimmetrie delle spalle, delle scapole, dei triangoli della taglia. Attraverso il test della flessione anteriore (Test di Adams o Forward Bending Test) si valuta la presenza del gibbo, e, posti lateralmente al paziente si osservano variazioni della cifosi e lordosi.

Nel bambino adolescente una scoliosi idiopatica solitamente non è dolorosa. Le decisioni terapeutiche sono prese sulla base della gravità della curva al momento della diagnosi e sulla sua potenziale evoluzione; possono comprendere la ginnastica medica e i busti ortopedici, per le scoliosi gravi la chirurgia.

La ginnastica medica è un programma di esercizi fisici personalizzato sviluppato da un fisioterapista esperto che mira al rinforzo delle reazioni di equilibrio e alla stabilizzazione attraverso meccanismi correttivi; comprende esercizi di stretching, propriocettivi, esercizi di rinforzo muscolare ed esercizi respiratori. Comporta pertanto una rieducazione analitica globale e una correzione attiva con presa di coscienza della deformità e apprendimento di posture corrette da mantenere durante la giornata. Il corsetto ortopedico è prescritto in caso di scoliosi di grado medio-grave. La scelta del

tipo di corsetto dipende da numerosi fattori tra i quali l'apice della curva scoliotica, il residuo periodo di crescita e il rischio di peggioramento. Esistono, pertanto, numerosi tipi corsetti, costruiti in diversi materiali (es. polietilene, plexiglas, cuoio) e di diversa altezza (toraco lombari oppure con collarino cervicale per curve toraciche alte). La tridimensionalità della curva scoliotica comporta che la correzione ortesica debba prevedere un approccio tridimensionale mirato alla correzione della curva sul piano frontale (gradi Cobb), orizzontale (rotazione secondo Perdriolle e gibbo) nel pieno rispetto dell'assetto sagittale del rachide (in particolare la cifosi, ma anche la lordosi).

Attenzione ai denti **fin da piccoli**

La cura e la prevenzione nei bambini parte dalle abitudini alimentari fino alla pulizia dei denti

di Alberto **Salmaso**

© Can Stock Photo Inc. / OvertheHill

Abbiamo incontrato Maria Livia Mariuzzi (laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Ancona), con specializzazione in Odontostomatologia e la passione per la Pedodonzia per parlare della cura dei denti nei piccoli.

Odontoiatria non solo per gli adulti: perché?
Un approccio odontoiatrico per i bambini è ancora più importante che per gli adulti in quanto il bambino ha tutta la sua vita davanti ed un apparato dentario sano è un patrimonio inestimabile sia per la salute che per la crescita armonica delle arcate dentarie. Fare prevenzione fino dai primi anni di vita permette di intercettare i problemi e correggere le abitudini sbagliate sin dall'esordio consentendo di riequilibrare la situazione e di insegnare ai genitori come contribuire al benessere del loro bambino.

Quindi prevenzione, educazione e...
Prevenzione ed educazione a tutti i livelli, partendo dalle abitudini alimentari per passare attraverso la dieta e arrivare ad insegnare al bambino, con il genitore a fianco, come si esegue anche la semplice pulizia quotidiana.

Pedodonzia diversa da odontoiatria perché?
La Pedodonzia necessita di una grande attenzione alla sensibilità del bambino perché la cosa fondamentale è riuscire ad entrare in armonia con il piccolo paziente conquistando la sua fiducia ed il suo rispetto. Andare dal dentista dovrebbe poter essere una cosa divertente da affrontare con allegria e spensieratezza... In questo modo il giovane paziente sarà nella condizione di tornare volentieri ai successivi controlli.
Non solo azione di controllo ma vera e propria cura

Per i pazienti meno fortunati e che presentano già le prime carie in giovane età la Pedodonzia offre la possibilità di poter effettuare le cure con anestesie effettuate con metodiche indolori oppure trattamenti, per i bambini che hanno paura o precedenti esperienze non positive, in sedazione. Il paziente sedato può affrontare anche interventi come otturazioni ed estrazioni senza avvertire fastidi e soprattutto avendo un ricordo non negativo all'appuntamento successivo.

SMP: un esempio di successo 'made in Italy' nel mondo

L'Italia è da sempre il cuore pulsante del mondo della bicicletta, vantando nomi che incarnano la storia e l'essenza stessa del ciclismo, sia tra i grandi sportivi, sia tra i produttori di biciclette e componenti. Tra queste spicca una nutrita schiera di aziende venete che hanno conquistato un posto di prestigio nel contesto globale. In particolare, sin dagli anni '50 nel Veneto si formò una filiera produttiva altamente specializzata nella produzione di selle per bicicletta che, verso la fine degli anni '90, giunse a rappresentare oltre l'80% della produzione mondiale. Purtroppo, nei primi anni 2000 il settore venne colpito da una profonda crisi causata dalla formidabile concorrenza dei produttori asiatici. Tra le aziende si diffuse il credo "delocalizzare o morire", che portò al trasferimento degli stabilimenti produttivi in paesi a basso costo di manodopera. Oggi le aziende venete sono ancora al vertice per eccellenza e qualità, ma in molti casi produzioni e indotto sono stati spostati all'estero e, come in altri settori, più che di Made in Italy sarebbe forse opportuno parlare di Made in Romania o di Made in China. Ma delocalizzare non è l'unica strada percorribile.

1947. Il boom economico e la conseguente motorizzazione di massa sono di la da venire e l'Italia intera pedala sulle due ruote. Martino Schiavon, un giovane artigiano, produce selle per bicicletta in una soffitta di Piazza dei Signori, in pieno centro storico di Padova. Così inizia l'avventura di SMP - Schiavon Martino Padova - una storia italiana che sa di valori antichi come tenacia, coraggio, rispetto, lealtà, legame con il territorio e voglia di intraprendere puntando sulla forza delle proprie idee. Valori che applicati quotidianamente hanno accompagnato tutta la vita dell'azienda, consentendole di affrontare con determinazione i momenti più difficili.

Nel 2004 la scelta vincente. La famiglia Schiavon, convinta che il tessuto produttivo locale non debba essere depauperato di esperienze e capacità costruite in decenni di duri sacrifici e lavoro appassionato, decide di mantenere produzione e occupazione esclusivamente in Veneto e di alimentare lo stretto legame sociale tra l'azienda e la propria comunità. Competere quindi non sul costo del lavoro, ma nel campo dell'innovazione e della qualità attraverso un progetto rivoluzionario. SMP diventa pioniere di un diverso e innovativo concetto di sella per bicicletta: la soluzione ai problemi uro-genitali legati alla pratica del ciclismo. Viene realizzata una intera linea di prodotti, coperti da ben 4 brevetti internazionali, espressione del connubio tra la migliore tradizione artigianale locale e gli approfonditi studi antropometrici ed ergonomici eseguiti in collaborazione con l'equipe del Prof. Breda ed in particolar modo con l'aiuto del dott. Nicola Piazza, riferimenti nel campo dell'urologia e andrologia a livello mondiale. Il nuovo concetto di sella si scontra inizialmente con un generale scetticismo da parte del mondo del ciclismo. In precedenza mai si era affrontato il tema della salute del ciclista e le implicazioni della sella, il punto forse più delicato e personale in termini di interazione uomo-bicicletta.

Sono passati più di 60 anni e ogni singola sella viene ancora integralmente pensata e realizzata in Veneto, con la stessa passione e cura artigianale di quando Martino lavorava in una piccola soffitta. Grazie alla tenacia e all'impegno, oggi SMP è leader mondiale nel settore delle selle ergonomiche di alta gamma. Il mercato ha quindi pienamente riconosciuto l'efficacia delle selle SMP assicurando un successo che ha ancor più significato, in quanto raggiunto seguendo solo ed esclusivamente i propri principi, valori e ideali.

Martino Schiavon non c'è più, ma sarebbe orgoglioso di sapere che SMP è l'unica azienda al mondo a poter vantare una certificazione ISO 9001 per la **"Progettazione e produzione di selle per bicicletta intregralmente realizzate in Italia".**

RINA

CERTIFICATO N. 14856/06/S
CERTIFICATE No.

IL CERTIFICA CHE IL SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ DI
IT IS HEREBY CERTIFIED THAT THE QUALITY MANAGEMENT SYSTEM OF

SELLE SMP S.A.S. DI MAURIZIO SCHIAVON

VIA EINSTEIN, 5 35020 CASALSERUGO (PD) ITALIA

NELLE SEGUENTI UNITÀ OPERATIVE / IN THE FOLLOWING OPERATIONAL UNITS

VIA EINSTEIN, 5 35020 CASALSERUGO (PD) ITALIA

È CONFORME ALLA NORMA / IS IN COMPLIANCE WITH THE STANDARD

ISO 9001:2008

PER I SEGUENTI CAMPI DI ATTIVITÀ / FOR THE FOLLOWING FIELD(S) OF ACTIVITIES

PROGETTAZIONE E PRODUZIONE DI SELLE PER BICICLETTA INTEGRALMENTE REALIZZATE IN ITALIA; PRODUZIONE DI COMPONENTI IN MATERIALE TERMOPLASTICO E POLIURETANO SU PRESSE AD INIEZIONE E CANSELLI PER COLLAUDI.

DESIGN AND PRODUCTION OF BICYCLE SADDLES FULLY MADE IN ITALY; PRODUCTION OF THERMOPLASTIC AND POLYURETHANE COMPONENTS BY INJECTION MACHINES AND FLOW CARROUSELS.

Prima emissione / First Issue 07.07.2006
Emissione corrente / Current Issue 16.07.2012
Data di scadenza / Expiry Date 05.07.2015

Dott. Roberto Cavanna (Managing Director)

RINA Services S.p.A.
Via Corsica 12 - 16128 Genova Italy

CISQ

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

VIA DAL DOLORE ALL'ANCA con Hilterapia®

testo a cura del
Dott. **Alessandro Valent**
Specialista in Fisiatria

Artrosi, tendiniti e borsiti sono alcune delle patologie che colpiscono frequentemente l'anca, articolazione più grande del corpo umano. Il Dr. Alessandro Valent approfondisce i trattamenti più efficaci per affrontarli, recuperando la migliore qualità della vita.

Non c'è età per fare i conti con il dolore all'anca. Le patologie a carico di questa articolazione, frequenti nella popolazione, possono colpire sia l'adolescente sportivo che l'anziano. Ad accomunare "nipoti e nonni" non è solo il dolore, ma anche le problematiche specifi che che riguardano l'articolazione. Artrosi, osteonecrosi, tendiniti, fratture, lussazioni, displasia congenita, infezioni e artriti reumatiche colpiscono infatti l'anca indifferentemente dalla "stagione della vita", causando a chi ne soffre diffi coltà concrete nella gestione della quotidianità.

ARTROSI ALL' ANCA: DOLOROSA COMPAGNA DI VIAGGIO

Tra le patologie che più frequentemente interessano l'anca, l'artrosi si merita il gradino più alto del podio. Caratterizzata dall'usura della cartilagine articolare, la malattia produce la riduzione dello spazio articolare e la comparsa di dolore, segnale evidente dell'insorgenza della patologia insieme a zoppia e rigidità. Quest'ultimo sintomo in particolare facilita anche lo sviluppo di osteofi ti (speroni ossei) che, producendo ulteriore rigidità, rendono problematico e diffi coltoso anche il semplice gesto di infi larsi calze e scarpe. Anche la zoppia, che appare quando il dolore è tale da indurre a mettere in atto meccanismi di protezione per abbreviare l'appoggio sull'arto dolente, produce effetti non secondari. A doversi confrontare con queste limitazioni è circa il 50% delle persone over 60, nei quali l'insorgenza dell'affezione è legata a motivazioni che spaziano dalle malattie infantili dell'anca ai traumi, dall'osteonecrosi a pregresse infezioni articolari. Sessanta pazienti su 100, invece, presentano alcuni difetti congeniti (displasia) che, ridimensionando la superfi cie di contatto della testa femorale con l'acetabolo, aumentano la pressione di contatto rendendo l'usura più probabile. Ne deriva quindi che l'artrosi dell'anca non possa essere trascurata, ma vada trattata tempestivamente per evitare danni ulteriori. Come ricorda infatti il Dr. Marco D'Imporzano, presidente della Società italiana di ortopedia e traumatologia, «l'artrosi dell'anca (coxartrosi) è frequente e comporta la progressiva distruzione della cartilagine articolare, con conseguenti danni anche all'osso e interessamento della muscolatura circostante». La riduzione del movimento, che in genere appare quando l'artrosi comincia ad essere di grado più elevato, ne è un segno chiaro.

DAI SINTOMI AL TRATTAMENTO

La sintomatologia tipica dell'artrosi all'anca consiste in dolore inguinale o alla coscia anteriore a insorgenza progressiva oppure, come variante, in corrispondenza del gluteo, del versante laterale della coscia con irraggiamento fi no al ginocchio. Inizialmente presente solamente dopo uno sforzo, la sofferenza, che può progredire sino a presentarsi anche a riposo e di notte disturbandoil sonno del paziente, arriva anche a determinare la riduzione dei movimenti articolari e la zoppia.

Per confermare la presenza di un processo coxartrosico è suffi ciente una radiografi a dell'anca, mentre TAC o RMN sono richiesti solo se si volessero indagare nello specifi co le cause del problema. Ne consegue che il trattamento si diversifi ca sulla base della diagnosi.

Qualora, extrema ratio, la patologia dovesse progredire fi no a diventare invalidante si procede alla sostituzione completa dell'articolazione dell'anca con l'impianto di una protesi. Se nei pazienti anziani con bassa richiesta di attività fi sica sia la componente acetabolare che quella femorale vengono cementati, in quelli più giovani con elevata richiesta funzionale la tendenza è quella di usare impianti non cementati. Bisogna però sottolineare che l'approccio alla decisione sui tempi di impianto di una protesi si è molto modifi cato negli anni: mentre nel passato si procrastinava il più possibile la scelta, complici anche la durata limitata delle protesi (10 – 15 anni), oggi, incoraggiati dalla loro solidità frutto di ricerca e innovazione tecnologica, si concede priorità alla qualità della vita. Via libera dunque all'intervento precoce quando ad essere colpita è una persona ancora relativamente giovane e molto attiva con prospettive di signifi cativa limitazione funzionale dei movimenti dalle inevitabili ricadute psicologiche.

LUSSAZIONI, FRATTURE E BORSITE: ALTRE PATOLOGIE COMUNI

A colpire spesso l'anca, oltre l'artrosi, sono però anche altre problematiche di natura traumatica come lussazioni, patologia comune tra chi è vittima di incidenti stradali, e fratture del femore, conseguenti generalmente alle cadute nell'anziano. E' tipicamente legata al sovraccarico, invece, la borsite trocanterica, infi ammazione della borsa sinoviale del gran trocantere associata spesso ad una tendinite inserzionale del medio gluteo. Vittime designate sono spesso gli sportivi che si trovano a confrontarsi, oltre che con i rivali sul campo, anche con il dolore locale che si può irradiare anche a ginocchio e caviglia o prossimalmente al gluteo.

Nel trattamento di questo specifi co dolore all'anca particolarmente effi cace si è dimostrata Hilterapia® grazie ai suoi effetti analgesico, antinfi ammatorio e decontratturante in grado di diminuire sensibilmente la sintomatologia dolorosa ed incrementare la funzionalità. Nella coxartrosi, anche avanzata, la terapia con l'impulso HILT® inoltre può ritardare l'intervento chirurgico, soprattutto se associata a rieducazione funzionale da praticare in palestra ed in acqua.

Like

facebook

Seguici su Facebook, c'è ASAlaser (Italy)!

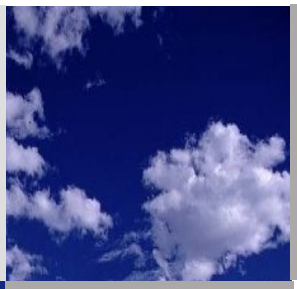
Lo sapevi che ASAlaser ha la pagina ufficiale su Facebook? Collegati e fai clic su "Mi piace": potrai condividere con professionisti ed esperti informazioni, approfondimenti, eventi e curiosità. **Ti aspettiamo!**

Quando la semplificazione **complica**

A cura di Mario **Infanti**, *presidente di As.F.O. Triveneto*

Oggi lavorare con gli ospedali pubblici oltre alla costrizione della domanda dovuta al taglio degli investimenti per l'acquisto di beni servizi causata dalla particolare crisi economica, l'imprenditore ospedaliero, si deve registrare e affrontare un nuovo fenomeno che da qualche anno sta emergendo e diventando ogni giorno più soffocante e oneroso.
Sino a pochi anni orsono gareggiare alle pubbliche forniture del SSN era relativamente semplice.
I ruoli dei protagonsiti erano chiari: da una parte c'era l'acquirente e dall'altra c'era l'offerente con la propria soluzione.
Beninteso non erano anni facili e la burocrazia era comunque presente.
Poi allo scopo di: controllare, regolare, sorvegliare, valutare, orientare, razionalizzare, omogeneizzare, armonizzare, unificare, equilibrare, economizzare, standardizzare, ecc. si è inserito un nuovo modello procedurale, dove tutto è assoggettato ad essere sottoposto a verifica o qualificata gestione.
Sono sorti così vari enti, authority, agenzie specializzate pubbliche e private, consulenti, per ogni esigenza e necessità.
Questi organismi sono dimensionati su vari livelli, basilari per il singolo presidio, per salire a pluripresidio, comunale, provinciale, regionale, statale centrale e nazionale.
Tutti organismi dichiarati e protesi al fine della massima efficienza, trasparenza e razionalità nel giudizio finale.
Ecco quindi che quello che una volta era immediato e rapido, è diventato tutto complesso, disomogeneo, tortuoso e causa di rallentamento dell'iter burocratico.
Oggi nell'era di internet, degli smartphone, degli ipod, della firma digitale, della posta certificata, dove con un clic si trasmettono volumi fantastici di informazioni e documentazione in ogni angolo del mondo in tempo reale, ebbene tutta questa meravigliosa tecnologia viene condizionata da tutti questi espletamenti.
Spesso vengono lanciati allarmi sulla necessità urgente di una semplificazione e sburocratizzazione, ma poi si scopre che oltre all'annuncio nulla segue.
Si assiste così al fenomeno, non raro, anzi assai frequente, che per lo stesso articolo cercato, stazioni appaltanti a volte vicine o attigue formulano disciplinari di gara diversi.
Sono avvenuti casi in cui, per il medesimo bene un primo committente richieda pochi essenziali documenti, il secondo per converso quantità incomprensibilmente ridondanti.
Volumi di carta da presentare con costi sterili e improduttivi, per chi li deve produrre, pena l'esclusione e per coloro che devono poi controllarla e verificare.
A volte queste bizzarrie avvengono per insufficiente o limitata conoscenza.
Ecco perché l'As.F.O. Triveneto ha trovato anche in questa tematica la ragione d'essere.
La nostra esperienza professionale è una risorsa in esperienza maturata in tanti anni di consolidata presenza sul campo.
Noi non dimentichiamo mai che il nostro usufruitore finale non è un numero, ma una persona e per di più malata, la quale chiede aiuto in veste di efficienza e tempestività, non di burocrazia.
È con questo spirito che l'As.F.O. Triveneto, si è offerta alle autorità preposte per avviare un dialogo costruttivo teso a trovare razionalizzazioni vere e veri risparmi indotti.
Offerta sinora caduta nel vuoto, eppure lo spirito è quello improntato su un rapporto di fiducia e schietta volontà collaborativa.
Ricordiamo che prima di essere soggetti attivi nella sanità locale nel rispetto delle leggi, siamo imprenditori di quella PMI che qui nella propria terra lavora e contribuisce al benessere collettivo del Nord Est.

Professionalità



Esperienza

Tecnologia

Determinazione

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

"La parola ai Parkinsoniani: **Il Parkinsonologo ascolta"**

Convegno in programma il 30 novembre a Padova

In occasione della Giornata Mondiale della Malattia di Parkinson le associazioni che rappresentano i pazienti e i loro familiari hanno deciso di riunirsi per condividere un momento di confronto che metta in luce le problematiche più critiche che caratterizzano la Malattia di Parkinson, chiedendo alla comunità scientifica ed istituzionale un ulteriore sforzo di ascolto.
Questi sono i punti cardine de "La parola ai Parkinsoniani. Il Parkinsonologo ascolta" convegno promosso dalle associazioni: Padimo (Parkinson e disordino del movimento), Unione Parkinsoniani di Padova, Rovigo, Treviso, Belluno, Vicenza, Verona e Associazione Parkinsoniani Associati di Mestre in programma sabato 30 novembre dalle 9 nella sala convegni del Hotel B4 in via San Marco, zona viale Venezia, nel quartiere Stanga a Padova.
La volontà delle associazioni che organizzano il convegno, che ha come slogan "Insieme per continuare a vivere e sorridere", è anche riunirsi, coinvolgendo pazienti, familiari, specialisti e rappresentanti istituzionali, per discutere assieme delle varie problematiche che intercorrono nella patologia, per unire le forze e per formare gruppi di "autoaiuto", con un obiettivo quanto mai importante, sconfiggere ed evitare l'isolamento e la depressione che spesso l'insorgenza o l'aggravarsi di queste patologie comporta.
Il programma del convegno inizierà con i saluti dei presidenti e dei rappresentanti delle associazioni organizzatrici, cui seguiranno quelli delle autorità in rappresentanza della Regione Veneto e del Comune di Padova.
Si passerà poi ad una lectio magistralis: "Inquadramento generale della patologia"a cura dei dottori Angelo Antonini e Rocco Quatrale. I lavori proseguiranno con gli interventi medici "Il problema: La gestione del farmaco" a cura dei dottori Vincenza Argentiero e Gianluigi Ricchieri, "Il problema motorio: Quando riabilitazione può coincidere con divertimento" a cura del dottor Daniele Volpe e Mariangela Sambini, e "Il problema: Pratica dell'invalidità" a cura della dottoressa Ivana Simoncello.
Il convegno prevede poi lo svolgimento di un forum – tavola rotonda, moderata dal giornalista Gianfranco Natoli, nel quale potranno essere rivolte domande e chiarimenti ai relatori presenti. La sessione mattutina si concluderà con dei canti gospel.
Nel pomeriggio i lavori proseguiranno con una tavola rotonda assieme a pazienti, familiari e medici presso la Clinica Neurologica dell'Università di Padova moderata dai dottori Angelo Antonini e Gianluigi Ricchieri
Ulteriori informazioni saranno disponibili sui siti internet: www.padimo.org e www.nordestsanita.it.

© Can Stock Photo Inc. / totalpics

Medici chirurghi: bravi ma poco attenti alla **comunicazione**

a cura del professor Giampietro **Vecchiato**,
Docente a contratto di "Linguaggio delle Relazioni Pubbliche", Università degli Studi di Padova

Da sempre ci si chiede se la medicina sia una scienza o un'arte. L'unica risposta possibile è: tutte e due. Si rimane infatti molto sorpresi quando si scopre che un medico iperspecializzato si rivela anche per le sue doti umane. Questo tipo di medico – fortunatamente sempre più diffuso – colpisce per la sua sensibilità, per la capacità di mettere il paziente a proprio agio, per la propensione all'ascolto e la capacità di percepire il malato come un tutt'uno. In ultima analisi spesso questo medico "cura meglio".

Questo rapporto tra gli aspetti tecnici e gli aspetti umanistico-relazionali della medicina sono stati indagati in una ricerca curata dalla Fondazione Chirurgo e Cittadino e patrocinata dall'ACOI (Associazione dei Chirurghi Ospedalieri Italiani) e da Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato. I chirurghi sono preparati ma poco propensi all'ascolto: questo, in sintesi, il giudizio dato dai pazienti. Se i chirurghi hanno evidenziato una buona conoscenza della patologia per il 64.4% dei pazienti, che hanno pienamente approvato nel 62.9% dei casi il trattamento medico-chirurgico ricevuto, con percentuali più basse ci sono una serie di elementi riguardanti il rapporto medico-paziente: la disponibilità all'ascolto, la capacità di informare e di comunicare, l'empatia. Basti pensare che solo il 53% circa delle risposte, considera "buone" le informazioni ricevute sulla malattia e sulla terapia.

Non esiste una formula ideale per rendere efficace l'interazione medico-paziente ma, come afferma Domitilla Foghetti (su ACOI news n. 18) ci sono alcuni principi guida (vedi scheda) che consentirebbero di migliorare il comportamento dei medici e di comprendere lo stato d'animo altrui. Le abilità comunicative sono un aspetto fondamentale della professione medica: nella relazione con il paziente, ma anche con i colleghi, con i collaboratori, con i famigliari.

Per costruire una relazione positiva ed efficace non è sufficiente adottare una modalità spontanea o semplicemente dettata dalla propria personalità: "buoni comunicatori si diventa" ed è indispensabile ricavare uno spazio ad hoc nella formazione del medico e nel suo aggiornamento permanente. Perché se "il medico è il farmaco principale del paziente" (come afferma Micheal Balint, psicoanalista ungherese scomparso nel 1970) è fondamentale ricordare che anche il tempo della comunicazione è tempo di cura.

I dieci NON della comunicazione al paziente

1. NON cominciare un discorso se non ci sarà il tempo di portarlo a termine.
2. NON comunicare diagnosi e non richiedere il consenso nella stanza della degenza, in presenza di altri pazienti.
3. NON consentire interruzioni alla conversazione (telefonate, colleghi, infermieri...).
4. NON restare in piedi accanto al paziente seduto o allettato, mettersi sullo stesso piano per evitare atteggiamenti che incutano soggezione.
5. NON utilizzare una terminologia troppo tecnica.
6. NON evitare lo sguardo del paziente e favorire anche il contatto fisico (dal contatto con le mani o dall'appoggiare una mano sulla spalla, deriva un senso di complicità e fiducia).
7. NON tralasciare di descrivere eventuali possibilità diagnostiche o terapeutiche alternative.
8. NON tralasciare parole di conforto ed incoraggiamento.
9. NON terminare un colloquio senza accertarsi che il paziente abbia ben compreso il nostro messaggio.
10. NON mettere fretta alle decisioni del paziente, prevedere eventualmente un secondo colloquio a breve termine.

Leonardo Da Vinci
L'Uomo universale

A Venezia una mostra imperdibile
che si può ammirare solo una volta in una generazione

di Margherita **De Nadai**

Per la prima volta, dopo trent'anni (l'ultima è stata nel lontano 1980), avremo l'occasione di vedere esposto l'intero fondo di fogli autografi del maestro di Vinci, conservato nella raccolta grafica delle veneziane Gallerie dell'Accademia dal 1822. Si tratta di 25 opere grafiche di norma mai visibili al pubblico, ma che lo saranno ora, fino al 1 dicembre 2013, grazie alla mostra "Leonardo Da Vinci. L'Uomo universale", allestita – appunto - presso le Gallerie dell'Accademia di Venezia. Una mostra imperdibile che si può ammirare una sola volta in una generazione, per motivi oggettivi: i disegni, essendo fragilissimi e alquanto preziosi, prima e dopo l'esposizione pubblica, devono necessariamente ritornare per svariati anni al buio assoluto dei caveaux climatizzati per essere opportunamente custoditi. Accanto alle opere grafiche vengono affiancati altri 27 prestigiosi fogli, prestiti di musei italiani - come la Biblioteca Reale di Torino, gli Uffizi di Firenze, la Galleria Nazionale di Parma - ed internazionali, con le collezioni Reali di Windsor Castle, del londinese British Museum, del Musée du Louvre e dell'Ashmolean Museum di Oxford. Ospite d'onore il celeberrimo studio noto come "Uomo Vitruviano", la perfetta sintesi tra arte e scienza.
La sezione che apre la mostra è quella della Botanica, dove accanto allo splendido "foglio di fiori" delle Gallerie dell'Accademia troviamo il cosiddetto "foglio tema", dove Leonardo fa convivere tre specie botaniche, progetti di studi geometrici, ritratti di uomini e nuvole.
Nella sezione dedicata alla Battaglia di Anghiari verrà ricostruita la storia dell'affresco che Leonardo aveva dipinto per il Salone dei Cinquecento di Firenze, attraverso l'esposizione di 10 disegni preparatori più una copia pittorica, la Lotta per lo stendardo, proveniente dalla Galleria degli Uffizi.
Nella sezione "Leonardo e la Francia" saranno invece affiancati due bellissimi fogli, le cosiddette Danzatrici della collezione veneziana, due figure femminili panneggiate che danzano con veli e drappi, e la famosa Pointing Lady di Windsor.

Un aspetto abbastanza sconosciuto nell'immaginario collettivo quando si pensa a Leonardo è quello delle armi: sarà infatti dedicata a questa tematica una sezione, che ci presenterà il Maestro come grande progettista di armi e ingegnere militare. Verranno esposti per l'occasione gli studi dei "carri falcati" provenienti da Torino, vero e proprio prototipo del carro armato, accanto agli "studi di armi e combattenti" delle Gallerie di Venezia e ai "progetti di armi" del Louvre. Queste sezioni ci rivelano che raramente Leonardo si presentava alle corti come pittore: molto più facilmente si proponeva come ingegnere, musico, costruttore d'armi, progettista e organizzatore di feste, a cominciare dalla corte di Ludovico il Moro nel periodo milanese fino al periodo francese.
L'ampia rassegna di ben 52 straordinarie prove grafiche di Leonardo è ampliata da una decina di volumi originali a stampa, a documentazione delle fonti storiche del sapere leonardiano, e da una sezione di grande interesse dedicata all'eredità di Leonardo in Lombardia, documentata da una trentina di disegni della collezione veneziana di allievi. Per aiutarci ad entrare nell'unitarietà e nella straordinarietà del pensiero di Leonardo i disegni in mostra sono tutti esposti sia nel recto che nel verso, grazie anche ai prestatori che hanno concesso questa possibilità.
L'esposizione, organizzata da MondoMostre e a cura del Direttore del Gabinetto dei Disegni Annalisa Perissa, è diretta da Giovanna Damiani, e presentata dalla Soprintendenza Speciale per il Patrimonio Storico Artistico ed Etnoantropologico, dal Polo Museale della città di Venezia e dai comuni della Gronda lagunare.

«Ho smesso **di piangere**»

L'odissea di Veronica Pivetti per uscire dalla depressione

di Margherita **De Nadai**

«Ho pensato, guardando quella vetrina, che la fine fosse vicina. Non la morte, la fine. La fine della felicità, la fine della vita che avevo vissuto fino a quell'istante, la fine della mia presenza attiva nel mondo. Ho sentito che tutto era dolore e lo sarebbe stato per sempre».

E' questo ciò che ha provato per sei anni Veronica Pivetti, nel periodo in cui ha cercato – passando da un tentativo di cura all'altro – di guarire dall'ipertiroidismo di cui si è trovata improvvisamente affetta. Un ipertiroidismo che però le ha procurato anche un altro male, piuttosto oscuro: la depressione. Un'attrice comica – che da anni fa ridere il grande e il piccolo pubblico – che soffre di depressione?!

Ebbene sì. E Veronica condivide la sua esperienza con la verve che da sempre la contraddistingue, in maniera ironica e gradevole, lasciando però trasparire l'enorme battaglia e la sofferenza che ha dovuto affrontare. Una sofferenza che durante la sua lotta quasi mai è stata compresa e considerata seriamente dai medici a cui si è rivolta. Racconta così la sua vera e propria odissea per uscire dalla depressione, costellata da medicine e dosaggi sbagliati, medici narcisi, più interessati alla fama o a "competere" con il "paziente famoso" che alla persona umana, e spesso indifferenti alle condizioni della psiche. Racconta, con disarmante semplicità, di quando non trovava più una ragione per lavarsi, per uscire, per lavorare, per amare, per combattere… per vivere.

«Torni presto a farci ridere!» è la frase – tanto odiata - che più si è sentita ripetere Veronica Pivetti durante il suo periodo buio, come se nessuno capisse veramente ciò che stava passando, perché la depressione – come dice l'autrice – «non la puoi raccontare e non la puoi descrivere, è invisibile». L'unica persona che l'ha accompagnata e sostenuta durante il lento viaggio verso la guarigione e che non l'ha abbandonata nemmeno un secondo è l'amica Giordana. E il suo cane, il fedele (e all'epoca trascurato) Harpo. Perché l'importante, in queste situazioni, è avere l'appoggio e la vicinanza di qualcuno, non sentirsi abbandonati. Anche se, come scrive Veronica Pivetti, quando si è depressi non si è mai soli veramente, perché si è una "Grande Famiglia (in)Felice".

Riuscirà alla fine la nostra Veronica a sistemare la sua tiroide e a ritrovare il sorriso? La risposta è sì. Ci impiegherà sei anni, ma il lieto fine per fortuna è assicurato.

Italia, il Paese dell'**ospitalità**

Metti una notte umbra (e affamata) di mezza estate…

di Margherita **De Nadai**

Bettona, uno dei borghi più belli d'Italia ad una manciata di chilometri da Assisi: case in pietra, torre campanaria a forma di cuspide, atmosfera romantica. E' una sera d'agosto: io e il mio fidanzato, affamati e sfiniti, stiamo perlustrando ogni angolo del paese in cerca di un posto dove mangiare. Bettona, però, sembra un paese fantasma. Non c'è anima viva. Contiamo circa quattro locali in tutto il borgo, rigorosamente chiusi e non capiamo il motivo di tanta desolazione. Cominciamo a scendere verso la fine del paese, ormai rassegnati a tornare al nostro agriturismo qualche chilometro più in là a stomaco vuoto, quando all'improvviso, ai margini del paese, la nostra attenzione viene catturata da un allegro vociare. Capiamo subito che si tratta di una cena, non aperta al pubblico naturalmente, e intuiamo che l'intera cittadella è radunata lì: è forse un miraggio dettato dalla fame?! Vedo il mio fidanzato illuminarsi: spinto probabilmente dall'istinto di sopravvivenza si fa avanti verso il tendone, cercando – con occhioni languidi - l'organizzatore di tutto quel ben di dio. "Salve, siamo turisti in vacanza qui vicino. Siamo affamati e stiamo cercando un posto dove mangiare, ma è tutto chiuso…" Imbarazzatissima, mi nascondo: penseranno - nonostante il nostro aspetto dignitoso - che siamo dei mendicanti, o chissà che cosa!!! Invece, un attimo dopo, succede l'incredibile: io e il mio ragazzo veniamo condotti ad una tavola imbandita, ci viene portato acqua, vino rosso e bianco, un enorme piatto di tagliatelle al ragù d'oca a ciascuno, una montagna di torte al testo (piatto tradizionale umbro) e tre tipi diversi di dolci. L'organizzatore di tutto ciò - il signor Francesco, nonché presidente della pro loco del paese – si siede con noi dandoci il benvenuto e ci spiega che quella è la festa per i volontari che hanno collaborato alla sagra dell'oca da poco conclusa.

A turno si avvicinano altri abitanti del paese, si siedono con noi, ci raccontano di Bettona: è un paese in crisi, come molti in questa Italia piena di contraddizioni, eppure ci festeggiano calorosamente, nonostante siamo dei perfetti sconosciuti. A fine serata, sazi e felici, il signor Francesco ci bacia e abbraccia come se fossimo dei figli e non vuole nemmeno un obolo per la cena. Inizialmente sono incredula, episodi del genere succedono solo nei film. Poi mi viene in mente di quando anni fa sono andata a Gallico, un paesino di poche anime a ridosso di Reggio Calabria: alle 2 di un rovente pomeriggio, gli abitanti – seduti sull'uscio come in un salotto – mi fermavano invitandomi a bere il caffè a casa loro. Ero una perfetta sconosciuta, eppure mi chiamavano "cugina", solo perché erano venuti a sapere "dalla vicina di casa" che ero una lontanissima parente di una vecchina del posto. Oppure ho ricordato quando l'anno scorso sono stata accolta a Collepasso, un ridente paese del Salento: erano le 16e30, arrivavo direttamente da Padova e i genitori (mai conosciuti) di un mio amico mi hanno preparato un autentico "pranzo di Natale" come segno di benvenuto. No, queste cose non succedono solo nei film, succedono solo in Italia. Perché l'Italia, nonostante la crisi e molti casi di povertà, è un paese generoso e accogliente. L'Italia è un paese ospitale, allegro e aperto, dal cuore grande, forse più di tutti gli altri paesi europei. Specialmente al centro-sud. E si vi capitasse di passare in Umbria durante la prima settimana di agosto, fermatevi a Bettona: merita il paese, merita la sagra dell'oca e meritano soprattutto gli abitanti del posto!

Crespelle **autunnali**

Il radicchio rosso protagonista di questa ricetta

di Maria Stella **Zaia**

© Can Stock Photo Inc. / jordygraph

Cominciano le prime giornate con una atmosfera marcatamente autunnale e quando il tempo è così, mi capita spesso di aver voglia di qualcosa di buono che rispetti la tradizione ma che sia anche sfizioso. Per questi motivi pensavo di proporvi la ricetta di una mia amica. La preparazione è simpatica da presentare per un pranzo domenicale e ha l'ottima qualità di poter essere preparata con anticipo concedendoci di riservare più tempo agli amici ed al relax.

Ingredienti per 4 porzioni
500 grammi di latte,
400 grammi di taleggio,
450 grammi di radicchio rosso, vanno bene tutte le varietà presenti sul mercato in questo periodo,
130 grammi di farina di castagne
130 grammi di farina forte
4 uova
burro quanto basta
taleggio
grana padano grattugiato quanto basta
olio extra vergine di oliva
qualche cucchiaio di Prosecco.

Preparazione
Per prima cosa lavare e tagliare a striscioline il radicchio. Scaltrirlo in una padella ben calda con un po' di olio extra vergine di oliva, aggiustando di sale e aggiungendo qualche cucchiaio di prosecco. Far andare la verdura quel tanto che basta finché non appassisce un po'.
Togliere dal fuoco e una volta che la preparazione si è intiepidita aggiungere il taleggio e le noci grossolanamente tritate.
In una ciotola rompere le uova aggiungere le due farine, 2 pizzichi di sale e il latte. Mescolare bene il composto, magari usando una sbattitore per non creare grumi, e cominciare ad ungere bene una padella non tanto grande del diametro di 10-12 cm e fare tante crespelle o frittatine. Queste andranno riempite col composto precedentemente preparato.
Le crespelle o frittatine andranno disposte in una pirofila bene imburrata e cosparse con fiocchetti di burro e grana grattugiato
La cottura prevede 200 gradi di calore e una permanenza nel forno di 15 minuti, servire caldissime.
E buon appetito!

Distanza di **sicurezza**

Miracolata più di una volta, mi rendo conto che alla guida bisogna rispettare gli altri e se stessi

di Antonella **Prigioni**

L'invito è quello di starmi alla larga, quando sono al volante o in sella ad una bicicletta. Non perché io sia un pericolo, ma perché in qualche modo attiro gli incidenti. Ben due gravi nel mio curriculum vitae, a cui vanno aggiunti tre tamponamenti che, come recita il codice della strada per definizione si subiscono, non si provocano. Investita in bici a vent'anni e centrata da una vettura che correva a tutta velocità a trent'anni mentre ero in auto: posso ritenermi fortunata, me la sono cavata la prima volta con un pesante trauma cranico che mi ha fatto perdere vista e coscienza per parecchie ore, la seconda invece il collo mi si è semplicemente raddrizzato. Oggi soffro di tutte le emicranie possibili ed immaginabili, la vista ogni tanto si sdoppia, ma sono sollevata non solo al pensiero di essere una miracolata, ma soprattutto dal fatto che a farmi male in entrambe le occasioni sono stata io e non le altre persone coinvolte nei miei sinistri, per usare questa orrenda parola sinistra che rende l'idea della gravità di un incidente stradale. Non mi sarei mai perdonata se avessi ferito qualcuno, in entrambi i casi potevo e dovevo stare più attenta.

Quando si è in strada, alla guida di un mezzo a motore o a pedale bisogna rispettare gli altri e se stessi. La distanza di sicurezza salva la vita, eppure non la si rispetta mai, pressati dall'urgenza di correre chissà dove, la stessa urgenza sconsiderata che fa inviare sms mentre si viaggia, si guadagnano solo frazioni di secondo, le stesse che bastano per uccidere, uccidersi ed essere uccisi, tra un ammasso di lamiere contorte....

© Can Stock Photo Inc. / JENYA

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, …

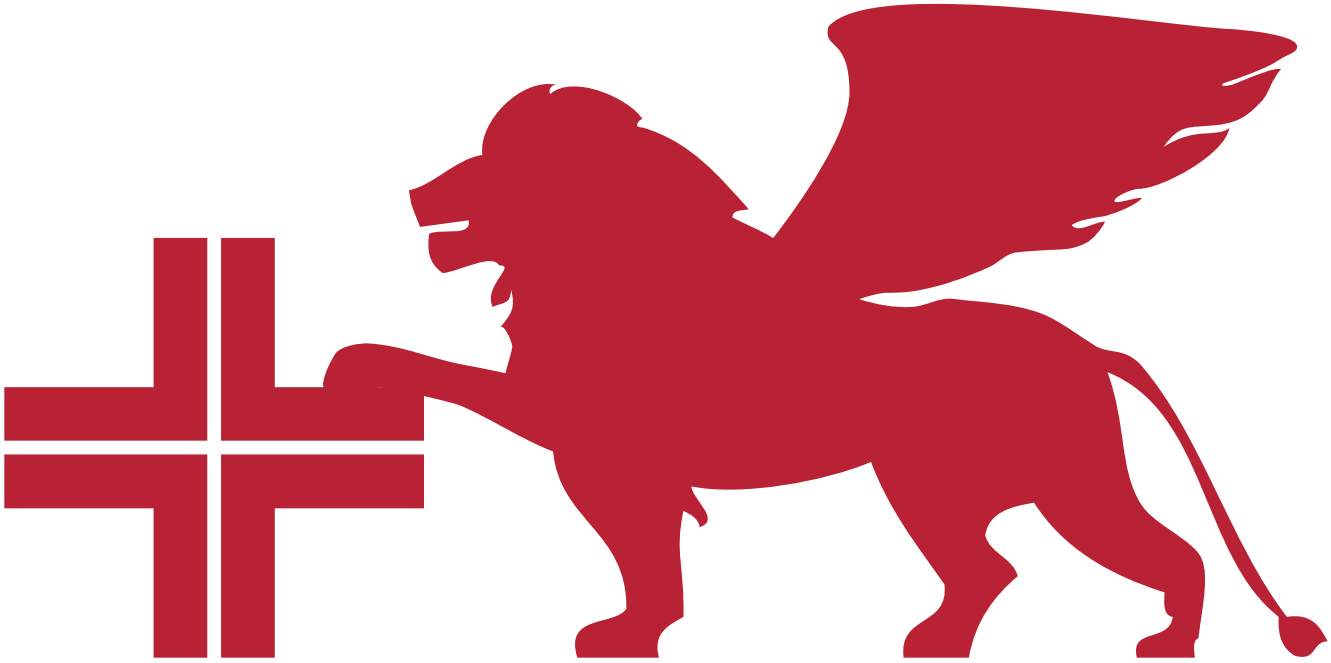
1. Benefici immediati e prolungati
2. Trattamento rapido, sicuro e indolore
3. Ricerca scientifica internazionale, risultati documentati
4. Brevettata negli Stati Uniti
5. Certificata dalla FDA (Food and Drug Administration - USA)
6. Praticata in centinaia di Centri Specializzati in tutta Italia

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

Seguici su:

www.hilterapia.it

un click per la tua salute



SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line
la tua prestazione sanitaria