PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno 8, numero 4
Giugno - Luglio 2015
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

La nuova povertà

FOCUS Le malattie trasmesse dagli insetti

VIAGGIO NELLE ASL Il D.G. dell'Azienda Ospedaliera di Padova Claudio Dario

MEDICINA NARRATIVA Intervista a Michele Cortelazzo

HITACHI
Inspire the Next

OASIS 1.2T

Efficenza della tecnologia ad Alto Campo progettata intorno al paziente

Hitachi Medical Systems S.p.A.
Via Edison 6, I-20090 Assago -Milano
Tel.+39 02 97166 Fax +39 02 97166127
E mail: welcome.it@hitachi-medical-systems.com

NES - NORD EST SANITÀ

Anno 8 - numero 4 -giugno - luglio 2015

Sommario

La vignetta
di Davide Zanella 5

Editoriale
Immigrazione, ci vuole un progetto globale 7

Primo piano: la nuova povertà
I poveri della porta accanto 8
La ripresa non si vede 11
Come vorrei una Chiesa povera, per i poveri 13
Il Veneto è un paese per giovani? 14
Professione: assistente sociale 15
Il welfare d'innovazione 16

Focus: le malattie trasmesse dagli insetti
Gli insetti? Non solo fastidiosi 19
Zanzara tigre, non abbassiamo la guardia 21
Gli animali domestici e i parassiti 22

Elezioni Regionali 2015
Luca Zaia, il perché di un plebiscito 25

Viaggio nelle Asl
Padova, non solo un ospedale ma un patrimonio di tutti 26

Notizie dalle Ulss
La giusta cura contro il dolore cronico 28
Le notizie dalle aziende sanitarie 30

Attualità
La medicina narrativa 36

Rubriche
La maledizione di Montezuma 42
E tu dove vai in vacanza? 44
La guerra dei nostri nonni 45
la Carta dei diritti del Pronto soccorso 46
l'Ascolto del paziente è fondamentale. Ma anche del medico 47

Interessi
Federico Bonaldi. La Magia del Racconto 48
I dolci di giugno 49
Il seme della solidarietà sociale 50

Questa rivista non riceve nessun finanziamento pubblico

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. 31
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

In copertina:
©canstockphoto/ halfpoint

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

Fotolito e stampa
Tipolito Moderna S.r.l., Via A. De Curtis 12/A, 35020 Due Carrare (PD), mail: info@tipolitomoderna.com sito: www.tipolitomoderna.com

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 20.000 copie

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 25 giugno 2015

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.

Caretherapy
nelle lesioni muscolari

In ambito di congressi di Medicina dello Sport viene ormai riconosciuta l'efficacia della termoterapia sul recupero delle lesioni muscolari.

Dall'ipertermia alla Tecarterapia sono stati documentati effetti di rigenerazione tissutale, tali metodologie si sono fermate al puro effetto termico, mentre **Caretherapy** (radiofrequenza pulsata) permette di favorire l'azione sui tessuti in modalità atermia (senza effetto termico, effetto magneto-elettrico, con importante effetto drenante-antiedemigeno).

Nella fase acuta della lesione muscolare si deve applicare il protocollo PRICE (protezione, riposo, ghiaccio, arto in elevazione) per 48 ore poi si puo' utilizzare Caretherapy, vi sono diversi protocolli sia con elettrodi capacitivo e resistivo manuale, ma anche con elettrodi capacitivo o resistivo statici.
Le lesioni muscolari vanno sempre documentate con ecotomografia per valutare la sede e l'entità della lesione, con una diagnosi chiara diventa più facile raggiungere il risultato del recupero totale della lesione ed evitare processi cicatriziali fibro-calcifici.

Caretherapy è una metodologia molto utilizzata nell'ambito sportivo professionistico, in quanto accelera i tempi di recupero e favorisce un integrazione della metodologia manuale del terapista con l'ausilio di un mezzo fisioterapico che facilita la rigenerazione della lesione.

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

di **Davide Zanella**

AD OGNUNO LA PROPRIA BARCA

CasaTua

Perché la polizza del condominio non basta

Special Price
per i proprietari di casa

Vivo in un appartamento in buon stato ed ho elettrodomestici di qualità. Non mi sento esposto a gravi rischi.
Ma a volte sono gli imprevisti a turbare la serenità familiare. Ad esempio: un rubinetto lasciato aperto, o il tubo di raccordo della lavatrice che si rompe, in 20 minuti può riversare fino a 300 litri d'acqua sul pavimento.

Altri esempi di scopertura della polizza del condominio	Ipotesi di danni (euro)
Una fuga di gas provoca uno scoppio. La tua casa e quella dei vicini vengono danneggiate	50.000
Il termoventilatore si surriscalda e provoca un incendio che rovina i muri e i mobili del bagno	5.000

CasaTua è la soluzione che protegge i locali e il contenuto della casa, assicurandoti anche contro i danni causati ai vicini da te o dai tuoi familiari.

Ecco un esempio:

Le coperture	Premio annuo* (euro)
Fino a **150.000 €** per danni ai **locali** e fino a **25.000 €** per danni al contenuto e preziosi da incendio, bagnatura, eventi atmosferici, sovraccarico neve e atti vandalici, con valore a nuovo	
Fino a **2.500.000 € di Responsabilità Civile della Proprietà**	**Sconto 25%**
Fino a 2.500.000 € di Responsabilità Civile della Famiglia attiva in tutto il mondo	~~210 €~~
Fino a **1.500 €** per danni ai locali, porta d'ingresso e serramenti causati dai ladri	**158 €**
Assistenza 24 ore su 24	

* Il prezzo promozionale è valido per la configurazione indicata nell'esempio e si riferisce ad un appartamento con una superficie dei locali fino a 120 mq, utilizzato come abitazione principale nella provincia di Padova. Nel calcolo della superficie dei locali si considerano il 100% delle superfici calpestabili e il 50% delle pertinenze dei locali. Gli importi sono comprensivi di tasse e arrotondati all'euro. Le somme assicurate per il contenuto sono considerate a Primo Rischio Assoluto. Gli elementi di personalizzazione oggettiva o soggettiva possono determinare un premio diverso da quello indicato. Le prestazioni possono prevedere franchigie e/o scoperti in caso di sinistro, limitazioni e/o esclusioni. Verifica in agenzia la configurazione più adatta alle tue esigenze.
AVVERTENZA: prima della sottoscrizione leggere il Fascicolo Informativo disponibile presso la nostra agenzia e su www.allianz.it

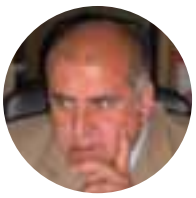
Offerta relativa al prodotto CasaTua – ed. Luglio 2014 valida dal 24 febbraio 2015 fino al 31 luglio 2015 presso:

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

Allianz

IMMIGRAZIONE, CI VUOLE UN PROGETTO GLOBALE

di **Giuseppe Caraccio**, direttore editoriale di NES



Che dire di quanto sta accadendo riguardo l'immigrazione se non che è il caos più totale. Faccio fatica in certi momenti a mettere in ordine le varie priorità sia di umanità che di sicurezza e non per ultimo di sostenibilità economica.

L'immenso numero di persone che con varie storie di umanità ferita ed oltraggiata con ogni mezzo ed a qualsiasi sacrificio cerca di trovare alternative in terra straniera dura ormai da 4 lustri, infatti mi ricordo di come le attraversate dei migranti dall'Albania verso gli approdi pugliesi abbiano riempito le cronache degli anni Novanta.

Questa prima ondata con numeri importanti a distanza di vent'anni è stata riassorbita e molti migranti hanno trovato nel nostro Paese pane e lavoro nonché strumenti per poter dare accesso ai propri figli al bene prezioso della conoscenza e quindi della scuola, che per molti di questi nuovi cittadini ha avuto un ruolo di ascensore sociale.

Ora ci troviamo a fronteggiare una più grande ed importante migrazione, direi di dimensioni bibliche, centinaia di migliaia ed anche più, forse milioni di persone diverse, per cultura, valori, religione, approccio alla vita da noi europei ma che soffrono come noi europei perché fatti del medesimo sangue e della medesima carne vengono a bussare alle nostre porte, non solo italiane ma soprattutto europee per chiedere lavoro, pane, ospitalità, a volte con atteggiamenti sicuramente non collaborativi e politicizzati anche da una teocrazia che nel mondo occidentale risulta incomprensibile, in un micidiale mix che mette in crisi il cittadino europeo che si sente invaso, prevaricato, derubato della sua sicurezza sociale nonché del suo futuro economico.

A questo drammatico stato di fatto si va ad aggiungere una classe politica italiana incapace di far fronte alle emergenze, quelle normali intendo, figuriamoci le bibliche, e di una classe europea che potrebbe avere il suo vessillo in Ponzio Pilato, governatore romano della Palestina, che rifiutando di prendere posizione sulla condanna di Gesù Cristo si lavò le mani per significare che era un problema che non riguardava il civile mondo romano. Tutto ciò non fa che incrementare paura ed intolleranza verso gli immigrati e fra gli stessi europei dove ognuno sostiene che il fenomeno è di competenza altrui e dove l'affermazione è, noi tedeschi piuttosto che francesi e o belgi e così via, abbiamo già dato. Ora tocca ad altri. Io penso invece che il problema vada risolto alla radice e cioè tutte le nazioni europee mettano mano al portafoglio e pensino ad un grosso investimento da fare (subito) in Africa per dare lavoro nelle aree da dove proviene l'immigrazione, creando ricchezza e benessere, condizioni indispensabili non solo per fermare questa immigrazione ma anche per creare coesione e sicurezza sociale.

Il progetto dovrebbe essere globale, quindi investire anche tutti i governi mondiali, infatti risolvendo il problema dello sviluppo dell'Africa si assicurerebbe all'intero universo anni di crescita e prosperità per tutti, e al contempo favorire un'alfabetizzazione e scolarizzazione spinta tale da abbattere l'ignoranza dove ora proliferano i malgoverni, i corrotti e i terroristi.

© Marina Militare Italiana

A questo punto il più benevolo di voi dirà è un sognatore! Ma è con i sogni che si cambia la realtà pensate a Kennedy piuttosto che Gandhi o Martin Luther King.

Il sogno di un'Africa dove tutti (a parte gli scontenti cronici che sono presenti in tutte le nazioni) trovano uno spazio per una vita accettabile e dove nessuno vuole migrare è l'obiettivo che ognuno di noi deve perseguire.

© Canstock Photo Inc. / Ruslanchik

I POVERI DELLA PORTA ACCANTO

DAGLI ANZIANI AI GIOVANI SENZA UN LAVORO SICURO: IL RAPPORTO CARITAS 2014 FOTOGRAFA LA POVERTÀ ITALIANA SMONTANDO L'OTTIMISMO DELLA RIPARTENZA

di **Ines Brentan**

Quando si pensa al povero, la prima immagine che ci viene in mente è quella del "barbone", un caso grave di emarginazione. Il povero è quello rannicchiato sotto alcune coperte sporche, disteso a terra, su giacigli di fortuna. Oppure si pensa all'immigrato, allo straniero. Difficile pensare ad un famigliare, un amico, un vicino di casa. E invece, sempre di più, si segnalano casi in cui la persona o le persone (le famiglie) ridotte in povertà, poco prima conducevano una vita normale e rassicurante. Avevano un lavoro, una casa, una serenità famigliare. Poi le cose cambiano e, nella maggioranza dei casi, a fare la differenza è proprio avere o non avere un lavoro. Sempre più spesso leggiamo sui quotidiani di famiglie che si riducono a dormire in auto, in tenda...qualcuno arriva persino a trasformare l'ospedale nella sua nuova abitazione. Casi di ordinaria povertà sotto gli occhi di tutti, cittadini e istituzioni. Casi di solitudine che rischiano in pochissimo tempo di entrare nel meccanismo perverso della routine: se ne parla all'inizio, per poi dimenticarsene. Su questa povertà ha riflettuto Caritas e la sua analisi ci viene proposta nel rapporto 2014 che porta un titolo emblematico: "Le false partenze". Della serie: si dice che la crisi morde meno di ieri, peccato però che quello che vediamo attorno a noi non lo confermi pienamente.

LA POVERTÀ COLPISCE SEMPRE DI PIÙ GLI ITALIANI

Don Francesco Soddu, direttore della Caritas italiana, nel suo editoriale non lascia spazio a false interpretazioni: più che di "ri-partenze", dice, è meglio parlare di "false partenze". Chi ha cercato di rimettersi in gioco, di non darsi per vinto, nella maggioranza dei casi, infatti, si è scontrato con una amara realtà rappresentata da lavori al limite dello sfruttamento e della sotto-retribu-

• Stefano Bozzi

MACROVOCI DI BISOGNO	2013		TOTALE
	ITALIANI	STRANIERI	
Povertà economica	65,4	55,3	59,2
Problemi di occupazione	43,8	49,5	47,3
Problemi abitativi	14,6	17,2	16,2
Problemi familiari	13,1	5,7	8,6
Problemi legati alla immigrazione	0,4	8,4	5,3
Problemi di istruzione	2,1	5,3	4,0
Problemi di salute	5,3	3,8	4,4
Dipendenze	3,8	0,9	2,0
Detenzione e problemi con la giustizia	2,9	1,0	1,7
Handicap/disabilità	2,9	0,5	1,5
Altri tipi di problemi	5,5	2,7	3,8

• Utenti per macrovoci di bisogno e cittadinanza. Anno 2013 - % sul totale delle persone. Il totale di colonna supera il 100 in quanto ogni utente può essere portatore di più di un bisogno. Fonte: "False partenze. Rapporto 2014 sulla povertà e l'esclusione sociale in Italia" della Caritas Italiana.

zione. E se di partenze si vuole parlare, continua Don Soddu con vena ironica, si può far riferimento piuttosto ai cosiddetti "cervelli in fuga" o agli immigrati, che in "numero sempre più consistente stanno lasciando l'Italia". Tanto che il "censimento della popolazione italiana del 2011 non ha ottenuto risposta da oltre 800mila stranieri, risultati irreperibili". Dato che trova conferma, ad esempio, nel veneziano parlando con l'associazione San Vincenzo Mestrina onlus. "Se fino a quattro, cinque anni fa – spiega il presidente dell'associazione Stefano Bozzi – si rivolgevano a noi più stranieri che italiani, con un rapporto di 70 a 30. Oggi siamo 50-50. E dico di più: se ieri lo straniero mi chiedeva aiuto per un biglietto che lo portasse in un'altra zona d'Italia, oggi me lo chiede per far ritorno a casa sua". Due le tipologie di povero italiano, quelle che vanno per la maggiore: l'anziano e il giovane (in una fascia di età tra i 25 e 50 anni) che imperversa in uno stato di disagio lavorativo. E il problema più grosso che deve affrontare chi diventa povero, qual è? Non tanto il pensiero del mangiare quanto quello delle utenze domestiche. "Solo l'anno scorso – aggiunge Bozzi – abbiamo pagato 80mila euro di utenze a chi non poteva farlo. Bollette importanti, che in alcuni casi erano però il frutto di una cattiva gestione famigliare. Del resto, si sa che talvolta dietro ad una povertà materiale si nasconde anche una povertà mentale. Drammatico poi quando la povertà si eredita: la verità è che per alcune famiglie, nate "sotto una cattiva stella", è davvero difficile intraprendere un percorso di riscatto e risanamento".

CRISI DEL LAVORO E DELLA CASA.

Nel 2013, si legge nel Rapporto Caritas, "il problema-bisogno più frequente degli utenti dei Centri di ascolto di Caritas è stato quello della povertà economica (59,2% del totale degli utenti), seguito dai problemi di lavoro (47,3%) e dai problemi abitativi (16,2%)". "Tra gli italiani – si legge - l'incidenza della povertà economica è molto più pronunciata rispetto a quanto accade tra gli stranieri (65,4% contro il 55,3%). Più elevata la presenza di problemi occupazionali tra gli immigrati rispetto agli italiani (49,5 contro il 43,8%)". Se l'italiano difficilmente divide la sua casa con connazionali (il concetto di famiglia è molto cambiato rispetto agli anni Cinquanta e Sessanta, dove in una stessa abitazione trovavano spazio più generazioni), cosa ben diversa è per lo straniero che, così facendo, trova anche il modo per pagare più facilmente un eventuale affitto. Occupazioni che l'italiano medio ormai perlopiù snobba o almeno lascia come ultima spiaggia vengono scelte e "occupate" proprio dagli immigrati. Il problema economico emerge quando quello che si prende come retribuzione lavorativa non è sufficiente per soddisfare i bisogni della quotidianità: "si tratta di una quota di persone pari al 47,4%, ovvero ben 75.260 italiani". Ognuno destinatario di bisogni diversi che vanno dal mensa ai buoni

> Non tutte le persone che si rivolgono alla Caritas si caratterizzano per una condizione di indigenza o vulnerabilità economica. Le problematiche che emergono dai colloqui nei Centri di Ascolto sono invece di eterogenea natura, anche se in gran parte tendono a concentrarsi numericamente sulla dimensione del bisogni materiali (reddito, lavoro, casa).

pasto, al vestiario fino al dormitorio. Non solo: c'è chi si rivolge a Caritas ma anche ad associazioni come quella veneziana di San Vincenzo per pagare bollette, cercare un lavoro o addirittura una casa. "Il Comune non ha soldi e tanto meno, quindi, gli assistenti sociali – evidenzia Stefano Bozzi – anzi sono proprio questi ultimi che ci mandano persone bisognose". "Si parla di famiglie monoreddito – aggiunge il direttore della Caritas veneziana Stefano Enzo - che, una volta perso l'unico lavoro che dava sostentamento, non sanno dove sbattere la testa. Si parla di padri separati che devono mantenere due famiglie. Si parla di giovani con lavori precari che non hanno una famiglia alle spalle in grado di sostenerli o, viceversa, di anziani, i cui figli non possono economicamente supportare i genitori". "Con le associazioni del territorio e con le cooperative – continua Enzo – cerchiamo di dare risposte immediate alle richieste di aiuto, ma è vero che non è sempre facile". Nel Rapporto Caritas 2014 si scopre come la casa diventi motivo di stress nei momenti di difficoltà economica. "La maggioranza degli utenti Caritas – si continua a leggere - vive in affitto: sia presso abitazioni private che, sempre più spesso, presso case in affitto da Ente pubblico. Tuttavia, essere proprietari dell'alloggio di residenza non elimina del tutto il rischio di povertà: senza un reddito adeguato anche la casa di proprietà può diventare un peso eccessivo da sopportare". "La quota di utenti in regola con il pagamento delle spese abitative prosegue il Rapporto – si riduce progressivamente: in caso di affanno economico, le spese relative ai costi accessori dell'alloggio sono infatti tra le prime ad essere rinviate. Si riscontrano a tale riguardo problemi con le banche per il pagamento dei mutui, difficoltà nel pagare gli affitti, numerosi casi di rischio sfratti e difficoltà con gli enti gestori delle utenze".

© Canstock Photo Inc. / wrangler

AZIONI CONTRO LA CRISI.

Caritas e le diocesi hanno messo in campo tutta una serie di progetti per far fronte alla crisi: dal sostegno economico fino all'orientamento. La forma di microcredito permette alle persone in situazione di povertà di aver accesso al credito. Si parla di famiglie ma anche di imprese: nel primo caso si tratta di sostegni economici "responsabilizzanti", ovvero che devono poi essere restituiti con piccole rate mensili; nel secondo caso si parla di prestiti ad aziende appena avviate o già costituite, che hanno problemi finanziari ed hanno difficoltà ad accedere al credito. Vicino ai prestiti, ci sono anche progetti che promuovono un sostegno economico a "fondo perduto". Un aiuto per quelle famiglie che non sono capaci di affrontare situazioni di forte crisi, che si verificano ad esempio all'improvviso. Tra i progetti anticrisi c'è anche l'orientamento, ovvero la possibilità di chi è in stato di bisogno di ricevere un supporto sul fronte del lavoro e della casa. Gli sportelli della consulenza casa garantiscono un aiuto a 360 gradi, dalla compilazione di appositi moduli per case popolari all'housing sociale. Ci sono poi progetti legati all'acquisto di beni di prima necessità, come carte prepagate, buoni spesa, supermercati solidali a misura di famiglia, dove i prezzi sono inferiori rispetto a quelli di un normale supermercato.

© Foto di Armando Rotoletti

NEMICO IL PESSIMISMO VERSO SE STESSI E VERSO LE ISTITUZIONI

INTERVISTA A DON VIRGINIO COLMEGNA, PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE CASA DELLA CARITÀ "ANGELO ABRIANI" DI MILANO

di **Ines Brentan**

L'ULTIMO RAPPORTO DI CARITAS "GIOCA" SULLA METAFORA DELLE FALSE PARTENZE. EPPURE LE ISTITUZIONI SNOCCIOLANO NUMERI SULLA RIPRESA. E' COSÌ? C'È LA RIPRESA SECONDO LEI?

La ripresa non si vede. Possiamo, se vuole, parlare di ripresa nel senso che non stiamo tornando indietro. Vediamo un minimo di regolarizzazione nei contratti di lavoro, ma solamente in chi già lavorava anche prima. Non ci sono nuovi poveri, o ce ne sono di meno, ma ce ne sono di vecchi. La povertà rischia cioè di cronicizzarsi e la colpa è anche di questa sfiducia, di un pessimismo che chiamiamo "tristezza epocale", che dilaga. Per riemergere davvero, c'è bisogno prima di tutto di una ripresa culturale di ottimismo. Il tasso di sfiducia, infatti, verso se stessi e verso le istituzioni - nei riguardi dello Stato e ora anche verso la società civile, tra cui l'associazionismo - è ancora travolgente. Viviamo in un Paese dove si vendono più ansiolitici che antitumorali.

UNA "VECCHIA" POVERTÀ CHE HA PERÒ NUOVE NECESSITÀ: SE UNA VOLTA LA GENTE SI RIVOLGEVA A CARITAS PER MANGIARE, ORA LO FA SOPRATTUTTO PER LA PERDITA DEL LAVORO E DELLA CASA.

E' vero! Quei beni che prima davano sicurezza, ora sono motivo di ansia e di depressione. Il lavoro non è più solido, si perde facilmente, anche quello che prima era il cosiddetto "tempo indeterminato", quello sicuro. E quando non si lavora più, non si riesce a pagare più l'affitto o il mutuo. Dopo il lavoro, quindi, si perde la casa. Una

© Foto di Armando Rotoletti

cosa impensabile, anni fa, per un italiano. Era il mattone la cosa più sicura su cui scommettere. E allora cosa si fa? Si comincia a girare per le tortuose strade istituzionali, quelle dei servizi. Ma ben presto ci si accorge che i servizi sono frammentati. Non è vero che la persona è al centro, perché chi ha bisogno viene rimbalzato da un ufficio all'altro fino a farlo cadere in depressione, fino a farlo demotivare. E' la teoria che noi chiamiamo del flipper.

E' QUI CHE ENTRATE IN CAMPO VOI?

Il rischio è cadere nell'assistenzialismo, nel pietismo. Non va bene. Ecco perché puntiamo ad un nuovo welfare, quello "generativo", come promuove la fondazione Zancan di Padova. In pratica, la fondazione patavina invita a superare un modello di welfare basato su uno Stato che distribuisce risorse tramite trasferimenti monetari per un welfare capace di rigenerare le risorse, responsabilizzando le persone che ricevono aiuto. Per riemergere, c'è bisogno anche di riscoprire la solidarietà, di cui si son perse le tracce. Si devono rivedere le politiche sociali e di come si ripartiscono i soldi, dandone di più ai Comuni.

Chi è don Virginio Colmegna

Nato a Saronno (Va) il 1 agosto 1945. Ordinato sacerdote il 28 giugno 1969, nel settembre dello stesso anno ha conseguito la licenza in teologia. Negli anni Ottanta ha promosso diverse cooperative e comunità di accoglienza, principalmente nel campo della sofferenza psichica e dei minori. Nel 1982 è entrato nell'ufficio Vita sociale e Lavoro della Curia di Milano, in qualità di assistente diocesano del Movimento dei lavoratori di Azione Cattolica, ed è nominato vicepresidente del Coordinamento nazionale delle comunità di accoglienza (Cnca). Nel 1990 è diventato responsabile della parrocchia "Resurrezione" di Sesto San Giovanni (Mi). Il cardinale Carlo Maria Martini, nel 1993, lo ha designato direttore della Caritas Ambrosiana. Nel 1998 ha assunto le cariche di direttore della delegazione regionale Caritas Lombardia e di presidente dell'Agenzia solidarietà per il lavoro (Agesol) impegnata nel reinserimento lavorativo dei detenuti. Nel 2002, il Cardinal Martini lo ha nominato presidente della neonata fondazione Casa della carità "Angelo Abriani" di cui tuttora è presidente. Nel 2004, ha lasciato la guida della Caritas Ambrosiana per dedicarsi a tempo pieno alla Casa della carità, inaugurata il 24 novembre.

LO SCENARIO CHE DESCRIVE È A TINTE FOSCHE. C'È SPAZIO PER LA SPERANZA?

Mai perdere la speranza, mai rassegnarsi. E' l'augurio che faccio a tutti col cuore e poi, ricordate, che la nostra porta è sempre aperta.

Combattere la povertà con un "welfare generativo"

Rendere la persona protagonista della sua uscita dallo stato di bisogno. Lo slogan della Fondazione Emanuela Zancan "Non posso aiutarti senza di te", rende l'idea di come si debba cambiare il modo di contrastare la povertà passando ad una sorta di "welfare generativo" che supera la logica del puro assistenzialismo. L'aiuto tramite trasferimenti economici (l'esempio classico della cassa integrazione), va bene fino ad un certo punto. Perché, così facendo, si lascia comunque la persona nel suo pessimismo e stato di passività. E' invece bene che, se una persona riceve un aiuto economico, la stessa lo restituisca sotto altra forma, mettendosi a disposizione della comunità con le sue competenze e professionalità. "Nel corso degli ultimi mesi, finalmente, la voglia di cambiamento sembra aver iniziato a diffondersi", ha dichiarato il direttore della Fondazione, Tiziano Vecchiato. "Lo dimostrano le sperimentazioni partite in diversi territori – ha spiegato - che puntano a una nuova idea di welfare. Cambiare è possibile.

• Tiziano Vecchiato

Ma con quali passi? Sono almeno cinque: a) ridurre i trasferimenti e trasformare il valore equivalente in servizi; b) misurare il rendimento in occupazione e in gettito fiscale e contributivo conseguente; c) misurare gli indici di ampliata accessibilità a vantaggio di quanti ne hanno bisogno a costi per loro sostenibili; d) valorizzare e misurare le capacità degli aiutati (dei beneficiari delle risposte di welfare) nel rigenerare quota parte delle risorse investite; e) portarle a corrispettivo sociale, misurando l'impatto e il "dividendo sociale" conseguito. Sono azioni che parlano di «cosa» e «come» raccogliere, in base alle capacità, per poter distribuire più equamente le risorse a disposizione, facendo rendere i talenti, su scala personale e sociale, così da rigenerare le capacità e le risorse, responsabilizzando ogni persona".

COME VORREI UNA **CHIESA POVERA**, PER I POVERI

PAPA FRANCESCO E LA LOTTA ALLA POVERTÀ

di **Antonella Prigioni**

È con questo auspicio che Jose Mario Bergoglio ha inaugurato il suo pontificato, il 16 marzo del 2013, quando divenne il 266esimo Papa della Chiesa Cattolica e vescovo di Roma. La povertà, una delle prove più dure a cui è sottoposto l'essere umano e Papa Francesco non manca occasione per sottolineare il tema. Quello che vi proponiamo è un estratto del discorso dell'udienza papale di mercoledì 3 giugno in Vaticano.

"La famiglia ha tanti problemi che la mettono alla prova.

Una di queste prove è la povertà. Pensiamo a tante famiglie che popolano le periferie delle megalopoli, ma anche alle zone rurali... Quanta miseria, quanto degrado! E poi, ad aggravare la situazione, in alcuni luoghi arriva anche la guerra. La guerra è sempre una cosa terribile. Essa inoltre colpisce specialmente le popolazioni civili, le famiglie. Davvero la guerra è la "madre di tutte le povertà", la guerra impoverisce la famiglia, una grande predatrice di vite, di anime, e degli affetti più sacri e più cari.

Nonostante tutto questo, ci sono tante famiglie povere che con dignità cercano di condurre la loro vita quotidiana, spesso confidando apertamente nella benedizione di Dio. Questa lezione, però, non deve giustificare la nostra indifferenza, ma semmai aumentare la nostra vergogna per il fatto che ci sia tanta povertà! E' quasi un miracolo che, anche nella povertà, la famiglia continui a formarsi, e persino a conservare – come può – la speciale umanità dei suoi legami. Il fatto irrita quei pianificatori del benessere che considerano gli affetti, la generazione, i legami famigliari, come una variabile secondaria della qualità della vita. Non capiscono niente! Invece, noi dovremmo inginocchiarci davanti a queste famiglie, che sono una vera scuola di umanità che salva le società dalla barbarie.

© www.photovat.com

• Papa Francesco

Una nuova etica civile arriverà soltanto quando i responsabili della vita pubblica riorganizzeranno il legame sociale a partire dalla lotta alla spirale perversa tra famiglia e povertà, che ci porta nel baratro.

Non è solo questione di pane. Parliamo di lavoro, parliamo di istruzione, parliamo di sanità. E' importante capire bene questo.

Rimaniamo sempre molto commossi quando vediamo le immagini di bambini denutriti e malati che ci vengono mostrate in tante parti del mondo. Nello stesso tempo, ci commuove anche molto lo sguardo sfavillante di molti bambini, privi di tutto, che stanno in scuole fatte di niente, quando mostrano con orgoglio la loro matita e il loro quaderno. E come guardano con amore il loro maestro o la loro maestra! Davvero i bambini lo sanno che l'uomo non vive di solo pane! Anche l'affetto famigliare; quando c'è la miseria i bambini soffrono, perché loro vogliono l'amore, i legami famigliari. La Chiesa è madre, e non deve dimenticare questo dramma dei suoi figli. Anch'essa dev'essere povera, per diventare feconda e rispondere a tanta miseria. Una Chiesa povera è una Chiesa che pratica una volontaria semplicità nella propria vita – nelle sue stesse istituzioni, nello stile di vita dei suoi membri – per abbattere ogni muro di separazione, soprattutto dai poveri.

IL VENETO È UN PAESE PER **GIOVANI**?

LA CRISI HA COLPITO ANCHE I NOSTRI RAGAZZI, MA MENO RISPETTO AL RESTO DEL PAESE

di **Margherita De Nadai**

• **Giuseppe Bortolussi**

La crisi ha colpito anche i giovani del Veneto? Pare di sì, ma meno rispetto al resto dell'Italia: la regione, infatti, registra il terzo tasso di disoccupazione giovanile più basso del Paese, dietro solo a Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia e, nonostante l'esplosione della disoccupazione nell'ultimo quinquennio, il tasso di giovani veneti senza lavoro si mantiene 15 punti al di sotto della media nazionale, pari quasi alla metà della gran parte delle regioni del Centro-Sud.
Inoltre il Veneto può contare su giovani più attivi nella ricerca di lavoro, che partono anche da una situazione di vantaggio, determinata da competenze a livello di istruzione che primeggiano a livello europeo. Lo riporta la rivista "Veneto Nordest", della Cgia di Mestre (Ve).
Dei circa 460 mila Under 25 residenti in Veneto, infatti, ben il 70% è inattivo, perché, nella stragrande maggioranza dei casi, impegnato in percorsi di studio o formazione. Di conseguenza la fascia d'età immediatamente superiore, quella dai 25 ai 34 anni, può fornire informazioni più realistiche del mercato del lavoro dei giovani: si tratta infatti di ragazzi che hanno nella gran parte dei casi ultimato un percorso di studi o di formazione e che dunque dovrebbero essere maggiormente coinvolti nel mercato del lavoro: ecco allora che dei 530 mila veneti dai 25 ai 34 anni, quasi 392 mila (73,8%) sono occupati e 40.500 disoccupati (7,6%), per un tasso di disoccupazione corrispondente del 9,4%.
Sono oltre 15 mila i disoccupati da oltre 12 mesi, quasi 4 su 10. La quota di scoraggiati nella possibilità di trovare lavoro si fa per questi giovani più consistente e sicuramente preoccupante: si stimano infatti in oltre 9 mila i 25-34enni veneti che non cercano lavoro perché convinti di non poterlo trovare, ovvero quasi il 10% degli inattivi di pari età. I numeri illustrati per il Veneto evidenziano, quindi, una situazione di grande difficoltà per i giovani over 25 nel trovare sbocchi nel mercato del lavoro regionale. Resta il fatto comunque che i ragazzi veneti dai 25 ai 34 anni presentano un tasso di disoccupazione che è la meta di quello nazionale, oltre 14 punti percentuali di occupati in più e quasi la meta, in proporzione, di scoraggiati. Tuttavia il confronto tra pre e post crisi aggiunge elementi importanti che consentono di delineare le vere dimensioni del peggioramento della situazione veneta: in sei anni si è perso oltre il 30% degli occupati tra i giovanissimi, ed il 26% tra i 25-34enni, pari complessivamente a 184 mila occupati in meno, con i disoccupati più che raddoppiati nella fascia d'età 15-24 anni e aumentati dell'87% tra i 25-34enni (40 mila in più). Triplicato, poi, in due anni il dato degli scoraggiati, passati da meno di 5 mila totali ad una stima di circa 16 mila nel 2014. Come si vede dal confronto Veneto vs. Italia, quindi, la crisi ha colpito duro in regione come nel resto del Paese: la flessione degli occupati - in particolare tra i 25-34enni - è quasi perfettamente sovrapponibile, la crescita dei disoccupati anche più ampia in regione (in particolare tra i 15-24enni), lo scoraggiamento che da sconosciuto diventa notevole.
In conclusione si può dire dunque che la situazione attuale del mercato del lavoro giovanile in Veneto è migliore di quella nazionale esclusivamente perché la nostra regione partiva da una condizione nettamente migliore. E proprio per questo, forse, il fenomeno dello scoraggiamento, perché la crisi ha colto del tutto impreparati i giovani veneti rispetto agli altri coetanei italiani.

PROFESSIONE: **ASSISTENTE SOCIALE**

TROPPE EMERGENZE TOLGONO SPAZIO ALLA PROGETTAZIONE STRUTTURALE

di **Antonella Prigioni**

È sbagliato dire che il pubblico ha abdicato alla sua funzione sociale, demandando alle associazioni, alle cooperative, ai volontari l'onere di dare risposte ai bisogni. I tagli alla spesa pubblica sono vistosi in ogni amministrazione comunale e quindi si ripercuotono anche nei servizi di supporto a chi è in difficoltà.
Difficoltà che sono sempre più complesse e variegate e che possono nascondere dietro alla povertà economica, altri disagi, altre forme di emarginazione. Se le forze sociali di libera iniziativa riescono a tamponare i singoli casi, spesso con soluzioni creative ed azzeccate, il compito di stilare una visione di insieme del benessere e del malessere di una comunità resta di pertinenza degli assistenti sociali, che hanno la veste istituzionale e la competenza per dare una lettura professionale, corretta e coerente delle istanze personali ed elaborare una progettazione che coinvolga il tessuto sociale di cui fa parte il singolo individuo.
"Il welfare comunitario ha uno sviluppo più che positivo - commenta Monica Quanilli, presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto - stimola la cultura della partecipazione e dell'investimento delle risorse naturali presenti in un territorio, per promuovere il benessere della collettività di quello stesso territorio.

• Monica Quanilli

Il ruolo degli assistenti sociali è quello di porsi a coordinamento dei gruppi e delle realtà che operano socialmente in una comunità. Noi dobbiamo sostenere la capacità generativa che parte dai bisogni e promuovere risorse a costo zero.
A noi spetta delineare la visione generale, per ripensare le esigenze delle persone e stilare programmi che non si esauriscono nello spazio di un progetto, ma prevedano una progettazione strutturale delle politiche sociali".
Le difficoltà ci sono e sono tante. La percezione che il servizio pubblico lasci, alla generosità e all'inventiva dei volontari e dei privati, la soluzione delle emergenze sociali, non è ingiustificata. "A causa dei tagli all'organico siamo costretti a lavorare sempre sull'urgenza, rimane poco spazio alla progettazione pianificata e lungimirante. Non aiuta poi la mobilità degli operatori, che passano da un Comune ad un altro per esigenze di formazione, le esternalizzazioni creano instabilità. Nonostante tutto, ai servizi sociali dell'ente pubblico sono demandati la gestione di quegli interventi con elevata fragilità e i casi più complicati. La stretta collaborazione tra pubblico, cooperazione sociale e volontariato ha un'unica finalità condivisa: che la priorità è occuparsi di chi ha bisogno, secondo i suoi reali bisogni. Noi abbiamo più vincoli, abbiamo obbligatoriamente tempi più lunghi di realizzazione, per la complessità insita nell'essere un progetto che deve essere efficace per una intera comunità, non risolvere il problema di uno o di pochi cittadini".

© Canstock Photo Inc. / Canaurinko

IL WELFARE D'INNOVAZIONE

700MILA POSTI DI LAVORO, NEI PROSSIMI DIECI ANNI

di **Antonella Prigioni**

Aumentano i bisogni, diminuiscono le risorse. Il welfare state, l'impostazione che ha caratterizzato le politiche sociali per tutto il Novecento, non regge più. Uno stato sociale che pensa per tutti e mette a disposizione delle fasce più svantaggiate le risorse, che trae dalla fiscalità, redistribuendo gli introiti che provengono dall'aumento del Pil, oggi non è più sostenibile e non solo causa crisi economica. "Negli anni '70 - fa un breve excursus, Loris Cervato responsabile del settore sociale di Legacoop Veneto, - c'è un'incentivazione dello stato sociale, nascono i centri per l'assistenza ai disabili, i centri servizi per gli anziani, i primi asili nido per l'infanzia. Il welfare, allora, era stabilire il quantum, legato alla fiscalità, da redistribuire a chi e come, fissando un'asticella della povertà. E' in quel periodo storico che lo Stato delega alle Regioni, in toto, la sanità e il sociale e con i Comuni spetta definire il quantum e la ripartizione di esso. Ad un certo punto, però, questo sistema salta e ai fabbisogni crescenti di disabili, anziani, persone in difficoltà, iniziano a pensare movimenti, associazioni che hanno interessi diretti al problema e si formano le prime cooperative sociali, la cooperativa è la forma più semplice per fare impresa. Cooperative composte per lo più da genitori, familiari che vogliono dare un'opportunità non solo assistenziale ma anche di partecipazione attiva ai loro cari con disabilità. Negli anni '90 vengono disciplinati i soggetti che sono l'anima della cooperazione sociale, le associazioni di volontariato, le Ong che si occupano di interventi per il terzo mondo, le associazioni impegnate nella promozione sociale, le onlus. La legge quadro 328 del 2000 riconosce giuridicamente e normativamente il terzo settore, assegnando ai soggetti della cooperazione sociale un ruolo importante, sussidiario e interlocutore delle istituzioni Ulss e Comuni. La coprogettazione tra il privato sociale e l'ente pubblico, fatica però a decollare. Si lavora comunque ad un nuovo welfare veneto generativo che da sistema di distribuzione di servizi e prestazioni passi a meccanismo che genera ricerca, investimento e sviluppo. Un welfare con al centro la comunità che includa nella piena integrazione i soggetti più deboli. L'obiettivo è quello di attivare crescita, lavoro ed occupazione". Sono molteplici gli esempi di cooperative aderenti a Legacoop Veneto, basati sull'innovazione sociale. Nell'alta padovana è stato avviato il progetto di un centro polifunzionale, dotato di teatro, spazio

• Loris Cervato, responsabile Settore sociale di Legacoop Veneto

concerti, ambulatorio per la riabilitazione, che prevede proprio l'inclusione della persona svantaggiata che non è più parcheggiata in un Ceod, ma partecipa alla vita sociale della comunità offrendo anche un supporto lavorativo, a seconda delle proprie abilità. Uno spazio dedicato alla comunità del territorio e al suo benessere, inteso però come mix imprescindibile di relazioni tra tutte le persone, sviluppo e cura del proprio corpo e della propria creatività, nel rispetto di parametri di sostenibilità ambientale ed economica. Nel bellunese si sperimenta un progetto di turismo di comunità, dove l'accoglienza del visitatore si basa sull'incontro e lo scambio tra residenti e viaggiatori, nel rodigino si lavora per rendere a chiunque accessibile l'area del delta del Po, esempio di turismo sociale che occupa cinque lavoratori in condizione di svantaggio dopo essere stati formati come guide turistiche. A Badia Polesine, una cooperativa di servizi socio sanitari ed educativi per anziani, disabili e minori è formata per il 95 % da giovani donne, per lo più mamme, un modello operativo che permette di conciliare lavoro e famiglia. Nel trevigiano è stato creato una sorta di incubatore di impresa partecipato, la novità è che al posto di consulenti di business, c'è a disposizione di chi cerca lavoro, un team di facilitatori, composto da esperti di start up e di politiche attive del lavoro e c'è il coinvolgimento dell'intero tessuto socioeconomico del territorio. L'elenco delle esperienze è davvero ricco, sono tutti modelli innovativi che includono le persone nella comunità e in relazione con essa, si cerca di dare risposte ai bisogni di assistenza, supporto e lavoro. "Il ruolo delle istituzioni, nel welfare generativo, deve essere quello di collaborare con le risorse del territorio, attivandole non in termini di costo ma di investimento, e perché la collaborazione funzioni servono più tavoli di confronto, per semplificare la burocrazia, le rigidità procedurali che paralizzano i progetti innovativi. Serve stilare delle linee guida chiare e condivise applicative di leggi nazionali già esistenti. Un lavoro da affrontare insieme da un pool di soggetti, non solo della cooperazione sociale, del mondo dell'associazionismo ma anche del pro profit. La competizione non deve essere sul costo del lavoro, che premia il massimo ribasso, ma sulla qualità del servizio, in modo trasparente e senza privilegi. Un meccanismo di trasparenza che mette al riparo anche da fenomeni di illegalità e corruzione. Il Censis, ha calcolato, che con il welfare generativo nei prossimi dieci anni si possono creare 700mila nuovi posti di lavoro", conclude Cervato.

La ricerca dello Iusve

E' una mappa interessante, quella tracciata dal Dipartimento di Scienze dell'educazione dello Iusve, l'Istituto Salesiano Universitario Veneziano in collaborazione con Federsolidarietà del Veneto: una mappa delle risposte nuove e creative alla richiesta sempre più complessa di solidarietà non assistenziale.
"Il Veneto sociale – dice Lorenzo Biagi , coordinatore del progetto - si è mosso sottotraccia, in modo attivo e creativo, ha inventato soluzioni ad hoc circoscritte a singole necessità scaturite da nuove emarginazioni sociali prodotte dalle nuove forme di povertà, di chi ha perso il lavoro e non riesce più a mantenere la famiglia. Si è attivato un mondo che non ha aspettato la manna dal cielo leccandosi le ferite, ha attinto alle risorse interne, avviando anche raccolte fondi. Cito un esempio, nel bellunese, in cui un progetto di valorizzazione ambientale è passato attraverso il recupero di posti di lavoro, in cui sono stati inseriti disabili, disoccupati, giovani in cerca di prima occupazione. Nel padovano più soggetti, banche, cooperative, enti locali, lavorando insieme, sono riusciti a collocare 600 persone tra attività artigianali, lavori di pulizia, giardinaggio, manutenzione stradale".

un click per la tua salute

SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line la tua prestazione sanitaria privata

tipolito moderna

© Canstock Photo Inc. / sasel77

GLI INSETTI? NON SOLO FASTIDIOSI

UNA PERSONA SU SEI CONTRAE MALATTIE GRAVI ATTRAVERSO LE PUNTURE DEGLI INSETTI. COME PREVENIRLE GRAZIE AI CONSIGLI DELL'ESPERTO

di **Alberto Salmaso**

In estate, anche perché più all'aria aperta e a contatto con la natura, si riscoprono le zanzare (ma non solo) e i loro "ricordi" sulla pelle e ci si rende conto - con molta più attenzione - delle problematiche legate agli insetti. Comunemente viene utilizzato il termine "insetto" per indicare non solo gli insetti, e cioè piccoli invertebrati con sei zampe quali zanzare, pulci, mosche, scarafaggi e pidocchi, ma anche erroneamente quelli con otto zampe come ad esempio acari e zecche. L'importanza degli insetti per l'ambiente è riconosciuta: senza di essi molte piante e alberi (da cui sia uomini che animali dipendono) non potrebbero essere impollinati né tanto meno portare frutto, alcuni si nutrono solo di piante, mentre altri mangiano altri insetti e, nella grande maggioranza dei casi, sono innocui per l'uomo. Certo, è innegabile che ci siano insetti che infastidiscano con le loro dolorose punture oppure con la loro presenza in numero elevato o ancora che possano rovinare raccolti o intere dispense, però è sicuramente più preoccupante e pericoloso constatare che ci siano insetti che diffondono malattie che possono anche portare alla morte. Alcune statistiche riportano che circa 1 persona su 6 contrae una malattia trasmessa da insetti e l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) stima che le malattie trasmesse da vettori costituiscano più del 17% di tutte le malattie infettive causando più di un milione di decessi ogni anno. I cosiddetti "vettori" sono organismi viventi che possono trasmettere malattie infettive tra gli esseri umani o dagli animali all'uomo e spesso si tratta di insetti che, nutrendosi del sangue di un ospite infetto, preservano ed amplificano il patogeno e al "pasto" successivo lo inoculano nel nuovo ospite.

Principalmente sono due i modi in cui gli insetti sono vettori, e cioè trasmettono malattie:

1. **"meccanico"**: gli insetti possono trasportare, e quindi trasmettere, milioni di microrganismi che, in quantità sufficienti, possono causare malattie. Le mosche, ad esempio potrebbero raccogliere sostanze contaminanti anche dagli escrementi animali e trasferirle su cibi e bevande. E' il caso di malattie gravi come la febbre tifoide, il colera e la dissenteria. Le mosche, altresì, contribuiscono anche alla diffusione del tracoma – infezione batterica che, lesionando la cornea, può provocare la cecità. Nel mondo sono stimati circa 500 milioni di persone che soffrono a causa di questa infezione e, secondo l'OMS oltre 150 milioni sarebbero bambini.

2. **"attivo"**: gli insetti possono trasmettere malattie - con punture o altro – in quanto ospitano e moltiplicano nel loro corpo batteri, virus o parassiti. Va precisato che solamente una piccola percentuale di insetti trasmette, in questo modo, malattie all'uomo. Tra quelli più pericolosi vanno annoverate le zanzare dato che diffondono dengue, malaria e febbre gialla, che sono responsabili di milioni di morti ogni anno: si stima che almeno il 40% della popolazione mondiale possa rischiare di contrarre la malaria o la dengue.

Ma tra i portatori di malattie non ci sono solo le zanzare ma anche - sempre a titolo esemplificativo - la mosca tse-tse (malattia del sonno), le mosche nere (oncocercosi o cecità fluviale) i pappataci o flebotomi (leishmaniosi), le pulci che possono "ospitare" tenie (eventualmente cau-

© Canstock Photo Inc. / Dessie_bg

sare encefalite, tularemia o peste). Anche pidocchi, zecche e acari possono trasmettere varie forme di tifo e altre malattie. Non bisogna però avere il terrore degli insetti: in natura ce ne sono oltre 800.000 specie conosciute e presentano un'enorme varietà. Anche se l'OMS riferisce "di tutti gli insetti che trasmettono malattie, la zanzara costituisce la peggiore minaccia", è doveroso ricordare che se esistono migliaia di specie di zanzare, solo la zanzara anofele trasmette la malaria (malattia contagiosa che causa più decessi al mondo dopo la tubercolosi) e solamente alcune zone del pianeta sono esposte fortemente a questo tipo di rischio. Insomma, zanzare, moscerini, pappataci, mosche, etc., possono causare fastidio, disturbo, reazioni cutanee o trasmettere malattie e, dal momento che – attualmente – pochi vaccini sono in grado di garantire una protezione totale dal rischio di malattie trasmesse da insetti (malaria, dengue, febbre gialla, malaria, filariosi e molte altre ancora) è fondamentale e indispensabile cercare di evitare, quanto più possibile, il contatto con i vettori che le trasmettono. Da rilevare che, con i mezzi utilizzati per "difendersi" dalle zanzare il rischio di acquisire l'infezione malaria si ridurrebbe del 90%.

Le malattie principali

La DENGUE

La dengue è una malattia virale acuta provocata da virus appartenenti al genere Flavivirus – dello stesso genere del virus responsabile della febbre gialla.
Il periodo di incubazione può variare da 3 ai 14 giorni e come sintomi, in generale, presenta febbre, disturbi gastro-intestinali,cefalea, dolore articolare e muscolare accompagnata da una eruzione cutanea simile al morbillo. In alcuni casi si sviluppa una febbre emorragica dalle petecchie (emorragie puntiformi sottocutanee), alle ecchimosi (macchie emorragiche sulla cute o mucosa) , epistassi (sangue dal naso) ed emorragie a carico dell'apparato gastrointestinale.
La dengue è una malattia dall'elevato rischio di mortalità se non curata o trattata impropriamente e può arrivare anche al 40/50%, se invece correttamente trattata la letalità è inferiore al 2%.
Questa Malattia si trasmette solamente con la puntura di zanzare del genere "Aedes" che, a differenza della "Anopheles" (che trasmettono la malaria) pungono durante il giorno e si riproducono anche in ambienti contaminati grazie anche a piccole raccolte d'acqua. Si può prevenire la proliferazione di questo tipo di insetto attraverso le normali misure adottate per eliminare o ridurre l'infestazione di zanzare (rimozione di rifiuti, eliminazione delle raccolte d'acqua, pulizia degli scarichi e fogne, zanzariere, etc.). Non sono disponibili vaccini contro questo tipo di malattia.

La FEBBRE GIALLA

La febbre gialla è una malattia virale provocata da virus appartenente al genere Flavivirus e si può presentare in due forme: quella classica e quella emorragica (con o senza stato di shock). Il periodo di incubazione può variare da 3 ai 6 giorni. Si scatena con un inizio improvviso e come sintomi presenta febbre con brividi, disturbi gastro-intestinali, nausea e vomito e senso di prostrazione. In alcuni casi si sviluppano manifestazioni emorragiche con epistassi (sangue dal naso), perdita di sangue dalle gengive ed emorragie a carico dell'apparato gastrointestinale, accompagnati da segni di insufficienza renale (blocco renale e conseguente ritenzione idrica) e insufficienza epatica (ittero grave).
La febbre gialla è una malattia il cui rischio di mortalità è di circa il 5% nelle regioni endemiche (Africa centrale, occidentale e alcune regioni equatoriali e tropicali dell'America Centrale e Latina) e può arrivare anche al 50% negli adulti in caso di manifestazioni epidemiche.
Questa Malattia si trasmette solamente con la puntura di zanzare infette, del genere "Aedes" pungono durante il girono si riproducono anche in ambienti contaminati grazie anche a piccole raccolte d'acqua. Esiste un vaccino con un'efficacia protettiva superiore al 90%, somministrabile in una sola dose e conferisce un 'immunità superiore ai 10 anni.

La MALARIA

La malaria è una malattia trasmessa dalle zanzare infette del genere "Anopheles" e si può presentare con una sintomatologia variabile come: febbre con brividi, sudorazione, dolori muscolari disturbi gastro-intestinali, nausea, vomito. Nei casi più gravi, non trattati, si possono presentare anche complicanze come l'edema polmonare, insufficienza reale, coma e arrivare fino al decesso dell'infettato.
La malaria umana può essere causata da 4 tipi di Plasmodi: I parassiti malarici si trasmettono solamente con la puntura di zanzare femmine (che necessitano di sangue per le loro uova) che sono inoculati nell'organismo umano e non per contagio interumano diretto. Le zanzare "Anopheles" pungono di norma nelle ore notturne e comunque dopo il tramonto e prima dell'alba)
Il periodo di incubazione di questa malattia dipende dal tipo di parassita malarico che causa l'infezione e di norma è compreso tra i 7 e i 30 giorni: per alcuni ceppi del Plasmodium vivax e ovale anche 10 mesi e oltre.

© Canstock Photo Inc. / johnnychaos

ZANZARA TIGRE, NON ABBASSIAMO LA GUARDIA

I CONSIGLI DELL'ESPERTO PER EVITARE IL PROLIFERARE DI INSETTI NOCIVI

di **Alberto Salmaso**

Intervista alla dottoressa Gioia Capelli, Dirigente responsabile laboratorio di Parassitologia, Diagnostica specialistica, istopatologia e parassitologia dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie.

CI SONO INSETTI NOCIVI PER L'UOMO E PERCHÉ?

A parte gli insetti che danneggiano l'agricoltura, alcuni insetti possono essere parassiti obbligati dell'uomo (ad es. i pidocchi), oppure parassiti temporanei, come le zanzare che ci attaccano per pochi secondi per compiere un pasto di sangue. Durante la puntura, alcune zanzare possono trasmettere patogeni.

QUALI SONO QUELLI CHE PREOCCUPANO PER LE MALATTIE INFETTIVE?

Le principali zanzare che possono trasmettere malattie nelle nostre aree sono la comune zanzara notturna (Culex pipiens) e la ben nota zanzara tigre (Aedes albopictus). La zanzara che invece trasmetteva la malaria fino alla sua eradicazione negli anni '50, oggi è molto poco rappresentata.

QUALI SONO LE MALATTIE INFETTIVE PIÙ A RISCHIO DI CONTAGIO TRAMITE QUESTI VETTORI?

La zanzara comune può trasmettere una malattia virale, detta febbre del Nilo occidentale (West Nile), che è presente in Veneto dal 2008, arrivata molto probabilmente con uccelli migratori dall'Africa. La zanzara tigre è competente a trasmettere più di 20 virus, fra i più noti il virus dengue e il virus Chikungunya, fortunatamente per ora tutti esotici. Tuttavia ogni anno molte persone contraggono l'infezione nei paesi dove queste malattie sono presenti e la portano a casa, con conseguente rischio di infettare le zanzare autoctone. Per tutte queste malattie esistono piani di sorveglianza e controllo che coinvolgono medici e veterinari. Ad esempio per West Nile esiste una rete di trappole entomologiche che catturano zanzare su tutto il territorio del nord-est da maggio ad ottobre, nelle quali viene ricercato il virus, oltre a controlli che vengono effettuati in animali sensibili (cavalli e uccelli). Tutti i donatori di sangue che vivono nelle provincie dove il virus circola sono controllati ad ogni donazione per il virus West Nile. Anche per i virus trasmessi dalla zanzara tigre esiste un preciso protocollo di intervento: quando viene segnalata la presenza di una persona infetta in un dato luogo, i comuni provvedono a disinfestare un'area del raggio di 100 metri (estendibile fino a 300 metri in base in caso di focolaio) attorno alla residenza della persona infetta.

• Gioia Capelli

COME PREVENIRE PUNTURE, MALATTIE, (CONSIGLI, SE POSSIBILE)?

Nonostante gli sforzi per controllare le zanzare non è possibile eradicarle. E' quindi necessario durante l'estate proteggersi dalle punture. Per la zanzara comune che punge nelle ore serali e notturne è consigliabile l'utilizzo di zanzariere alle finestre e di repellenti in caso di bisogno. Per la zanzara tigre è fondamentale che impariamo a non... allevarle. Infatti la tigre predilige per riprodursi piccole e anche piccolissime raccolte di acqua che vengono in genere fornite dall'uomo. E' buona idea quindi svuotare i sottovasi e tutti gli altri piccoli contenitori presenti nei giardini, non tenere acqua negli annaffiatoi, coprire i bidoni di riserva acqua per gli orti (vedi volantino regione). Senza il contributo dei privati cittadini nei loro giardini non è possibile controllare la popolazione di zanzara tigre in un'area.

GLI ANIMALI DOMESTICI E I **PARASSITI**

ANCHE ALL'INTERNO DELL'AMBIENTE DOMESTICO SI ANNIDANO RISCHI PER GLI ANIMALI E PER I PADRONI

di **Antonella Rapuano,** medico veterinario

• Antonella Rapuano

Alcuni proprietari sono convinti che basta curare l'igiene del proprio pet per proteggerlo da ospiti indesiderati e che la profilassi debba essere eseguita solo in certi periodi dell'anno o solo se il proprio cane o il proprio gatto ha contatti con l'esterno e con altri animali. Ma non è proprio così. Anche all'interno dell'ambiente domestico si possono creare le condizioni ideali per la sopravvivenza e la moltiplicazione di alcuni parassiti, anche d'inverno e anche se la casa è perfettamente pulita. Le pulci per esempio sono in grado di sopravvivere attraverso delle forme immature su divani e tappeti in tutti i periodi dell'anno.

Ovviamente con l'arrivo della bella stagione le probabilità che i nostri animali possano essere infestati aumentano sia perché trascorreranno molto più tempo all'aperto e sia perché con il caldo si creano le condizioni ambientali che favoriscono il proliferare non solo di pulci, ma anche di zecche, zanzare e flebotomi .Questi parassiti possono costituire un serio pericolo per la salute dei nostri animali domestici perché possono veicolare tramite la loro puntura agenti patogeni responsabili di patologie, a volte anche molto gravi, e che sono potenzialmente trasmissibili anche all'uomo.

Non tutti sanno che basta anche la sola puntura di una pulce per scatenare nei soggetti predisposti una violenta crisi pruriginosa provocando delle dermatiti allergiche. Inoltre questi parassiti possono veicolare agenti patogeni responsabili di malattie che possono colpire noi e i nostri animali,come per esempio la teniasi, una parassitosi intestinale potenzialmente trasmissibile anche all'uomo, e la Bartonellosi, meglio conosciuta come "Malattia da graffio" del gatto.

Le zecche possono causare disturbi di vario genere, dal semplice prurito nel punto di contatto, alla trasmissione di gravi malattie che possono essere anche mortali e possono colpire anche l'uomo, come la Rickettsiosi, la Babesiosi, l'Ehrlichiosi, l'Hepatozonosi, Malattia di Lyme, ecc Inoltre le infestazioni massive sia di pulci che di zecche possono provocare gravi forme di deperimento e di anemia nei nostri animali domestici.

Da non sottovalutare quanto possa essere pericolosa la puntura di una zanzara che può essere responsabile della Filariasi nel cane e nel gatto ,una malattia diffusa nelle zone paludose dell nord-est dell'Italia, o la puntura di un flebotomo, responsabile della leishmaniosi nel cane, malattia diffusa soprattutto al sud dell'Italia ma in continua espansione. Anche queste due malattie in particolari condizioni possono colpire l'uomo.

© Canstock Photo Inc. / AuntPittypat

Il trattamento antiparasitario deve essere mirato non solo alla distruzione dei parassiti presenti sull'animale ma anche nel territorio in cui vive, sia gli ambienti interni che quelli esterni.

Le cucce, le coperte, i divani, tappeti, vanno puliti periodicamente e disinfettati con prodotti adeguati perché è li che si annidano principalmente i parassiti. Importantissimo anche l'uso dell'aspirapolvere soprattutto negli angoli dove si accumulano più facilmente polvere e detriti.

Per quanto riguarda inoltre la protezione nei confronti delle zanzare e dei flebotomi, è necessario applicare zanzariere a maglia fitta sulle finestre ed applicare sugli animali prodotti repellenti adeguati.

Da quanto detto si evince quanto sia importante proteggere i nostri Pet 365 giorni all'anno, evitando ovviamente il fai da te perché alcuni prodotti possono contenere molecole anti-parassitare tossiche per alcune specie conviventi o possono essere tossiche per alcune razze.

Informazione Sanitaria a cura di Gvdr Srl

GVDR

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

"Salute & Benessere"
la nuova palestra di Gvdr

Vengono proposte attività, sotto la guida di Fisioterapisti laureati in Scienze Motorie, rivolte a:
- Persone che hanno concluso la rieducazione nella fase acuta e devono ritornare all'attività sportiva e lavorativa.
– Persone con patologie ortopediche che vogliono essere seguite da personale medico-sanitario.
– Persone obese o in sovrappeso che vogliono dimagrire, tonificare e tenersi in forma.
– Persone con patologie quali diabete mellito, cardiopatie, sindrome metabolica, obesità che vogliono migliorare le proprie condizioni di salute.

Fitness Metabolico
Rieducazione Metodo Pilates
Gvdr Lab - Laboratorio del Movimento
Ginnastica Dolce
Stretching
Tecar (r) Estetica

Rieducazione Cardiologica (Post - Acuta)
Rieducazione del Rachide con Danzaterapia
Rieducazione Funzionale
Massaggi Terapeutici
Dimagrimento

Gvdr, via Gramsci 9, tel. 0498874111 int. 1 - www.gvdr.it

furlancostruzioni

CASE E APPARTAMENTI IN CLASSE A

A Padova il connubio fra arte e edilizia residenziale: Furlan Costruzioni presenta la nuova Residenza Neruda, che abbina il significato della poesia al valore delle migliori tecnologie costruttive per vivere in Classe A.

50 anni di attività nel mondo dell'edilizia

oltre **2.000** unità abitative realizzate negli ultimi **20** anni

6 cantieri avviati tra il **2012** e il **2013**

1ª azienda in Italia ad ultimare un intervento residenziale utilizzando il sistema Samsung EHS

Forse è il primo caso in Italia, sicuramente verrà etichettata come l'unica abitazione padovana in Classe A che abbina il messaggio poetico di una poesia di Pablo Neruda con la scelta di una casa dalle caratteristiche innovative per vivere nel massimo comfort.

La grande avventura edilizia del Gruppo Furlan Costruzioni continua e si arricchisce di una nuova opportunità immobiliare che sarà pronta a inizio 2016 per il mercato residenziale padovano: la Residenza Neruda, ovvero l'intervento immobiliare in Classe A – definito "Casa Zero" – che sorgerà nel cuore del Quartiere Nazareth, a pochi minuti dal Centro storico di Padova, e che avrà impressi in un muro laterale della palazzina gli stupendi versi della poesia "Se saprai starmi vicino" di Pablo Neruda.

Il progetto è molto particolare e si svilupperà in un'area urbana che è riuscita a conciliare la presenza dell'uomo con l'ambiente circostante. La Residenza Neruda, il cui accesso è in via Scardeone, è adiacente al Parco Busonera ed offre il connubio fra un comodo accesso a tutti i più importanti servizi e la vicinanza ai principali collegamenti stradali. Insomma, la soluzione ideale per chi vuole mettersi al riparo dalle oscillazioni del mercato, per chi vuole risparmiare sui consumi energetici e nel contempo desidera vivere in un ambiente confortevole.

Il progetto immobiliare di Furlan Costruzioni prevede la realizzazione di un edificio condominiale residenziale suddiviso in due vani scala, per un totale di 16 appartamenti di varie metrature comprese tra i 50 e 150 metri quadrati, con garages fuori terra e posti auto scoperti ad uso esclusivo.

Tutti gli appartamenti saranno realizzati con l'esclusiva e innovativa tecnologia Bioisotherm, nella convinzione che per puntare a un futuro pulito e a una vita di qualità bisogna partire dalla propria casa.

Questa tecnologia permette infatti di costruire una casa "intelligente" in Classe A, optando per le migliori performance a livello di isolamento termico, acustico ed antisismico puntando così a vivere la propria abitazione in piena armonia e benessere.

Con questo sistema Bioisotherm, le Residenze Neruda garantiranno una protezione totale dai rumori indesiderati e dal fuoco. Massimo comfort abitativo, risparmio energetico senza rivali sul mercato, isolamento acustico, eccellente sicurezza antisismica e bioedilizia per vivere nel totale rispetto della propria salute e dell'ambiente.

Se poi ci si mette anche quel tocco di magia e significato poetico legato alla scelta di accostare l'arte poetica all'architettura per trasmettere tutto il valore di acquistare una casa per la vita, a coronamento di un sogno, il progetto di Furlan Costruzioni lancia un ulteriore messaggio: la Casa intesa come "contenitore" delle nostre emozioni e del percorso di vita familiare. Perché vivere nel Ben-Essere significa anche vivere in armonia con se stessi e con le persone a noi più care.

furlancostruzioni

ufficio +39 **049 8872446**
mobile +39 **348 1441441**

www.furlancostruzioni.it
info@furlancostruzioni.it

LUCA ZAIA, IL PERCHÉ DI UN PLEBISCITO

PIENO DI VOTI PER L'ESPONENTE DELLA LEGA. DELUDONO ALESSANDRA MORETTI E FLAVIO TOSI. A QUASI UN MESE DAL VOTO ANCORA INCERTEZZA SUI CONSIGLIERI REGIONALI ELETTI

Luca Zaia è di nuovo governatore del Veneto. Il voto del 31 maggio non lascia spazio a dubbi: un elettore su due (tra quelli che sono andati a votare) ha scelto Zaia, consegnandoli una maggioranza granitica: 29 seggi su 51, le briciole agli altri. Alessandra Moretti, candidata del centrosinistra, ha raccolto il 22,7% delle preferenze, al di sotto delle più cupe previsioni. Appaiati Flavio Tosi e Jacopo Berti all'11,9%. «E' un risultato stratosferico» ha detto Zaia all'Ansa. «Soprattutto sapendo da dove venivamo», alludendo alla scissione tosiana. Confessa di non avere mai avuto di non farcela, piuttosto di vincere «con un risultato non buono o con un'affluenza bassa». Ora invece non ci sono alibi: la maggioranza è plasmata ad immagine e somiglianza del governatore, e certi progetti non attuati nel corso dello scorso mandato (in cui, anche se mai ammesso apertamente, hanno influito una certa litigiosità nella maggioranza, tra fedeli a Zaia e fedeli a Tosi, e i problemi interni a Forza Italia) dovrebbero avere il via libera. Partendo da un presupposto: l'onestà.

«In questi giorni corre l'anniversario dello scandalo Mose che non ha toccato né il sottoscritto né il mio partito. E' stato un elemento con il quale hanno cercato di delegittimarmi. Ma non ci sono riusciti». Alcuni giornali dipingono per Zaia un futuro a livello nazionale, alla guida del centrodestra, benedetto da Silvio Berlusconi. La sua moderazione, il suo non rincorrere le provocazioni lanciate dal segretario della Lega Nord Matteo Salvini (su ruspe per i campi rom e uscita dall'Euro) lo hanno sicuramente premiato. «Ricordiamoci che il ruolo di un segretario politico è diverso da quello di un amministratore. Io rappresento chi vuole le ruspe e chi non le vuole e devo fare una sintesi. Sull'uscita dall'Euro si può dire tutto e il contrario di tutto, è un po' come la discussione sulla nocività o meno degli Ogm». Sul futuro governo veneto, annunci di riforme; "non appena scelta la squadra di assessori, almeno cinque dei quali devono essere presi dai consiglieri, intendo riorganizzare le deleghe in capo ai singoli assessorati. Certe competenze, come ad esempio la gestione dei fondi comunitari - rileva - non possono essere ripartite fra più persone, è necessario un punto di riferimento monocratico. Poi cercherò di introdurre in assemblea un meccanismo simile al voto di fiducia».

***

In questa pagina era previsto lo spazio per l'elenco dei consiglieri regionali eletti e speravamo anche per i componenti della giunta. Ma a causa di una assurda legge elettorale, il tanto efficiente Veneto è ancora senza un governo. Nella quasi fallita Grecia, al di là dell'Adriatico, si è votato una domenica, e il lunedì il primo ministro aveva giurato ed aveva cominciato a lavorare.

© Azienda Ospedaliera di Padova

NON SOLO UN OSPEDALE, MA UN PATRIMONIO DI TUTTI

IL 2016 SARÀ L'ANNO DA RICORDARE, PARTE LA SFIDA DEL NUOVO POLO SANITARIO-UNIVERSITARIO

di **Ines Brentan**

È riduttivo chiamarlo "Ospedale", o almeno lo è se pensiamo al classico ospedale sotto casa. Quello che probabilmente, per qualche padovano è così (ed è comprensibile visto che ce l'ha a due passi da casa propria), non è per fortuna per il resto del mondo. Certo, all'Ospedale di Padova c'è un Pronto Soccorso come in un qualsiasi altro ospedale, e lì si eseguono anche piccoli interventi che si possono fare in strutture sanitarie di rete, ma questo non deve assolutamente fuorviare da quello che è veramente questo Ospedale: un patrimonio veneto, a cui certo i padovani hanno la fortuna di accedervi più facilmente di altri cittadini, ma in cui tutta Italia vorrebbe curarsi e a cui persino gli stranieri guardano con attenzione. Perché l'Ospedale di Padova è un Ospedale Hub, collegato con l'Università, complesso in quanto ricco di potenzialità dal punto di vista tecnologico, professionale e per le cure all'avanguardia e gli interventi innovativi che mette in atto, sia per il paziente adulto che quello pediatrico. Sono trascorsi già due anni di lavoro per il "nuovo" direttore generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova. In questo periodo, Claudio Dario, che proveniva da due mandati all'Ulss 9 di Treviso, si è rimboccato le maniche per riorganizzare l'Azienda, rendere più lineare e sinergico il rapporto con l'Università e con le altre Aziende sanitarie, fino a istituire un gruppo di lavoro sul nuovo Ospedale: per lui, la grande sfida di oggi e di domani.

• Claudio Dario

DIRETTORE, È CHIARO CHE PER LEI IL NUOVO OSPEDALE NON È TANTO UN COSTO MA UN INVESTIMENTO. COME LO IMMAGINA?
Un Polo sanitario guardato dal mondo, capace di dare risposte a 360 gradi perché nascerà "flessibile" grazie ai materiali che lo costituiranno. Sarà un contenitore che potrà cambiare aspetto e grandezza e forma a seconda delle esigenze che emergeranno negli anni. Quindi pareti in cartongesso, pavimenti flottanti, basta con il cemento, troppo rigido e vincolante. Se domani devo cambiare una stanza, lo devo poter fare in poco tempo e senza disagio

per i pazienti. Una struttura all'avanguardia che avrà al suo interno grandi professionalità e tecnologie di ultima generazione. Un Polo sanitario-universitario di eccellenza che sarà un riferimento per gli italiani e non solo.

DOPO UN LUNGO DIBATTITO (FARLO NUOVO O RISTRUTTURARE IL VECCHIO, DOVE COSTRUIRLO), QUINDI, LO AVREMO.

Sì, penso che siamo quasi pronti per pensare alla posa della prima pietra. Il 2016 sarà un anno da ricordare: io, o chi mi succederà (a dicembre scadono i direttori generali attuali), dovrà lavorare su questo importantissimo progetto del nuovo Ospedale, la grande sfida di oggi ma anche di domani.

E NEL FRATTEMPO?

Nel frattempo lavoriamo su quello che abbiamo, che non è poco. Ricordiamoci che, a parte il nuovo involucro, il "grande" Ospedale ce l'abbiamo già. Per darne un'idea, diamo qualche numero: qui prevale l'attività di ricovero di alta complessità, ben 12mila ricoveri l'anno e 100mila accessi al Pronto Soccorso. A questo Ospedale si rivolge un bacino di popolazione ben più ampia di quella veneta: sono 7mila i pazienti che si fanno curare da fuori regione e 700 sono persone che giungono dall'estero. Al giorno contiamo ben 15mila visitatori, 33mila esami di laboratorio, 1300 visite specialistiche, 800 esami di radiologia.

UNA REALTÀ COMPLESSA…

Certo, ma la sua complessità è legata alla sua potenzialità. Perché qui diamo risposte di alta complessità (siamo riferimento regionale e nazionale per alcune patologie) o risposte relative a casi rari e particolari di persone che non potrebbero trovare la soluzione al loro problema di salute nell'Ospedale sotto casa. Penso al ricovero di un anno di una paziente di un'altra Ulss, che ora è tornata al proprio domicilio. Penso al nostro Centro Ustioni, dove si curano situazioni gravissime e al programma Trapianti, per cui l'Ospedale di Padova è il secondo in Italia dopo la Città della Salute e della Scienza di Torino.

Un programma completo che riguarda il trapianto (350 all'anno) di tutti gli organi solidi, ma anche quelli di midollo osseo, sia in età adulta che pediatrica, da vivente e da cadavere. Su questo fronte siamo davvero all'avanguardia, basti pensare che ci stiamo preparando al prelievo a cuore fermo (attualmente il trapianto si esegue a cuore battente) in particolare, ad esempio per quanto riguarda gli interventi di cardiochirurgia microinvasiva a cuore battente e per l'inserimento di VAD (Ventricular Assist Device): un percorso che migliorerà notevolmente la capacità di donazione. Ma non solo.. Penso alla chirurgia oncologica mininvasiva del fegato per cui l'Azienda Ospedaliera di Padova è leader in Italia. Dal 2004 ad oggi abbiamo eseguito, infatti, oltre 600 interventi in laparoscopia, soprattutto sul fegato cirrotico, cioè in casi complessi e difficili da trattare.

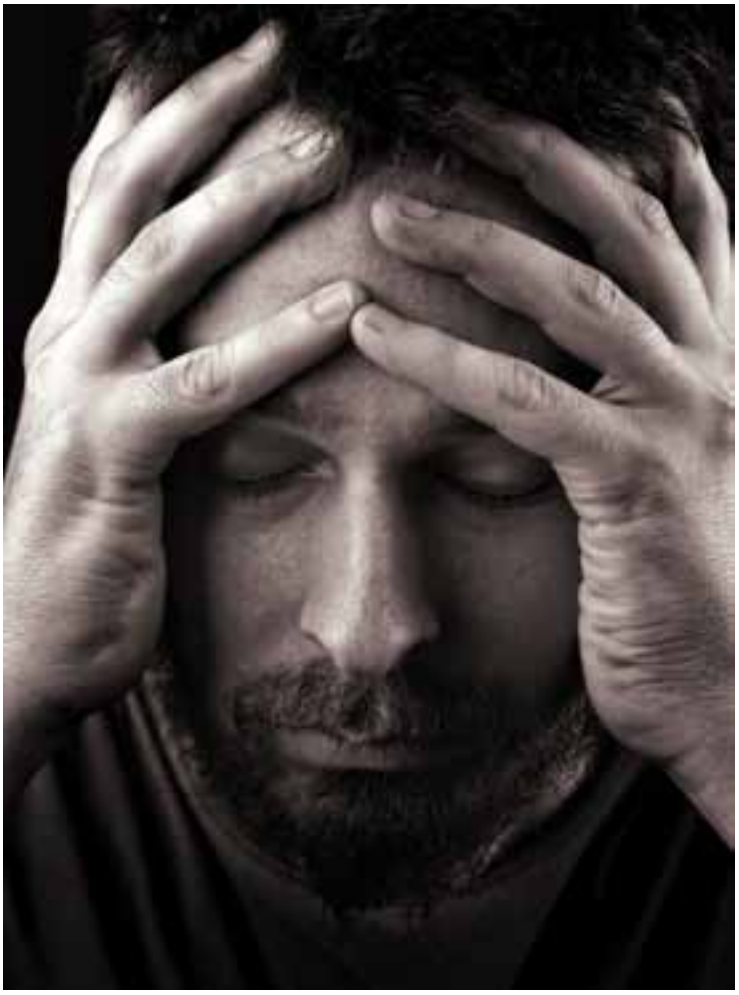
MA QUELLO DI PADOVA È UN OSPEDALE A CUI GUARDA ANCHE IL PAZIENTE PEDIATRICO.

Sicuramente. L'ambito pediatrico è un altro Ospedale dentro l'Ospedale. Su questo tema è in corso un dibattito: trattare il bambino in un Ospedale a parte oppure continuare a curarlo all'interno di questo Ospedale insieme ai casi adulti? Io sono più per la seconda ipotesi, quella che già operiamo. Questa "mescolanza" arricchisce, grazie al confronto e agli scambi. E' indubbio che l'Ospedale pediatrico si benefici del grande movimento di tutto il resto della struttura che, recentemente, ha anche aderito alla rete degli ospedali pediatrici nazionali. Qui il bambino è seguito da quando è nel grembo materno (screening delle malattie metaboliche) ed è curato con le migliori tecnologie e professionalità.

PER CONCLUDERE, PER MESI SI È PARLATO DI UN DEPAUPERAMENTO DELLA SANITÀ PADOVANA A FAVORE DI QUELLA VERONESE. E' VERO? COSA NE PENSA?

Credo che sia tempo di superare i campanilismi. Ciascuna delle Aaziende Oospedaliere ha le proprie caratteristiche, specificità ed elevatissime competenze, ma soprattutto rappresenta un'eccellenza in settori nei quali esiste una positiva interazione e collaborazione tra strutture all'avanguardia nei rispettivi ambiti. Benvenga dunque una sana competizione tra le Aaziende Oospedaliere di Padova e Verona se questa contribuisce ad aumentare l'eccellenza dei servizi che rende la nostra Regione modello all'avanguardia nella sanità.

© Can Stock Photo Inc. / dundanim



LA GIUSTA CURA CONTRO IL DOLORE CRONICO

QUANDO NON È PIÙ UN SINTOMO, DIVENTA INUTILE E VA SCONFITTO: A CHIOGGIA E A VENEZIA A CONFRONTO SULLE NUOVE STRATEGIE DEL "SOLLIEVO"

Se ci fosse una black list della medicina, un elenco dei nemici da combattere, molto in alto in questo elenco ci sarebbe scritto "dolore cronico". La medicina moderna, infatti, ha dichiarato guerra a quel tipo di dolore che non è più un sintomo, ma diventa a sua volta una malattia; e lo combatte perché, di fatto, è inutile.
Anche se negli ultimissimi anni i dati rilevano un significativo miglioramento, il dolore cronico – uno stimolo negativo continuo al sistema nervoso centrale che non si riesce ad interrompere – resta un problema di molti: nel 2006, infatti, un italiano su quattro soffriva di dolore cronico. Che, va detto, non è solo quello dei malati oncologici; anzi, per l'87% dei casi è dovuto ad altre patologie, dall'ernia discale al diabete, dall'artrosi alla cefalea, di cui soffre il 14% delle donne.
Diffuso, esteso, inutile, il dolore cronico – a cui le Ulss di Venezia e di Chioggia hanno dedicato il loro incontro pubblico nel mese di maggio, organizzato in collaborazione con NES in vista della Giornata del Sollievo – causa sofferenza, riduce fortemente la qualità della vita, influisce sulla produttività. E per combatterlo occorre innanzitutto misurarlo, cioè comprenderne le dimensioni e la gravità – una delle sfide più recenti è l'elaborazione di efficaci scale del dolore, che siano utilizzabili anche con i bambini, con chi è demente, con chi non comunica – ma anche la qualità e la storia.
Il secondo passo, quello cioè del trattamento e della cura, si rivela ancora più complesso, anche a causa di pregiudizi duri da sconfiggere, relativi ad una delle armi più efficaci contro il dolore cronico, e cioè gli "oppioidi", guardati fin qui con eccessivo sospetto sia dai sanitari che dai pazienti. Un'indagine realizzata nel 2008 – lo hanno spiegato a Chioggia il dottor Andrea Cinetto, esperto di Terapia del Dolore, e il dottor Carlo Gatti, Primario di Oncologia – consente di verificare le dimensioni del pregiudizio rispetto a questi farmaci. Tra i sanitari, in primo luogo, in cui restava molto diffuso il pregiudizio verso la morfina ad uso terapeutico, tanto che si registravano le seguenti affermazioni: "Porta alla morte", "va usata solo quando il paziente sta per morire", "ha effetti collaterali gravissimi", "non funziona". Speculari ed altrettanto inquietanti i timori e i pregiudizi degli stessi pazienti, fotografati da affermazioni come le seguenti: "Non la voglio prendere perché vuol dire che sto morendo", "perché diverrò tossicodipendente", "perché se non funziona quella, poi che cosa prendo?", alle quali si associa un diffuso senso di vergogna.
Questa vera e propria "oppiofobia" del mondo sanitario va assolutamente superata: "I moderni farmaci derivati dall'oppio – spiega ancora il dottor Cinetto – non danno dipendenza e non portano con loro gli effetti collaterali prodotti invece dagli antinfiammatori (che possono condurre a gravi gastropatie e

alla dialisi). Occorre quindi aiutare il paziente ad 'abituarsi', se necessario, agli oppioidi, che possono far vivere bene, anche da malati". "Con una rete di competenze a sostegno delle scelte terapeutiche, tra cui quelle del radioterapista, dell'anestesista e del palliativista – conclude il dottor Cinetto – il paziente deve poter conquistare, in ospedale e nel territorio, il diritto a non soffrire. E perché ciò accada il medico deve poter prescrivere il farmaco più adatto senza particolari complicazioni burocratiche; al contrario il consumo di oppioidi dev'essere un target di appropriatezza nelle cure, come accade nell'Ulss 14 di Chioggia".

"In particolare, va detto stop alle sofferenze inutili per le donne che combattono o che hanno combattuto contro un tumore al seno": lo ha sottolineato il dottor Paolo Morandi, Primario di Oncologia dell'Ulss 12 Veneziana, parlando all'Ospedale di Mestre in un incontro "da bollino rosa", inserito cioè nel Progetto Onda, nato per tutelare i diritti e le sensibilità delle donne in sanità. "Scandagliando tutte le fasi di una patologia, il cancro al seno, che colpisce quasi esclusivamente le donne e che è la prima causa di morte per pazienti al di sopra dei 50 anni – spiega Morandi –, si scopre che si tende a rassegnarsi al dolore. Le donne lo subiscono, senza sapere a chi rivolgersi". "Ma stare male non è indicatore dell'efficacia di una terapia. Le cure non devono necessariamente causare sofferenze per funzionare. Va detto che nelle donne colpite da tumore al seno – continua l'oncologo Morandi – i dolori possono avere tante origini. La terapia ormonale, ad esempio, che è fondamentale perché protegge per almeno 15 anni, può causare dolori alle articolazioni. Ci sono casi più lievi dal formicolio alle dita, all'ago e al filo che sfuggono, ai bottoncini della camicia che si faticano a prendere, e casi più gravi se, ad esempio, non si riesce a tenere in mano un bicchiere o a guidare per i dolori ai piedi. O ancora quel senso di strano affaticamento che non ha nulla a che vedere con lo sforzo fisico.

Sul malato, poi, può calare l'ombra della depressione, causata dai cambiamenti corporei e di qualità della vita, dalle fatiche sul posto di lavoro, dagli spazi e dai costi presi dalle patologie".

Come sempre, quindi, per capire e curare, anche di fronte al dolore oncologico, serve poter raccogliere molti elementi; per questo analisi e i trattamenti sono sempre più personalizzati e mirati. Ma resta l'obiettivo chiaro: sconfiggere il dolore cronico e inutile, che diventa pericoloso. "Un quarto delle donne colpite da tumore al seno – segnala infatti il dottor Morandi – smette di prendere i farmaci per i loro effetti collaterali, mettendosi a serio rischio di recidiva".

Alcune pagine alla scoperta delle novità provenienti dalle Ullss della nostra Regione, con tanti approfondimenti e notizie, per rimanere sempre aggiornati sui servizi sanitari offerti ai cittadini. Per contribuire alla nostra rubrica, le Aziende sanitarie locali possono contattarci all'indirizzo redazione@nordestsanita.it.

ALL'ANGELO IL NUOVO **ENDOSCOPIO DIGITALE**

a cura di **Margherita De Nadai**

Ulss 12 Veneziana
all'Angelo il nuovo endoscopio digitale in HD per curare calcoli e neoplasie

Due pazienti destinati alla dialisi sono stati trattati con successo, nelle scorse settimane, grazie ai nuovi endoscopi digitali in HD, recentemente acquistati dall'Ospedale dell'Angelo. Sono anche questi i risultati - spiega il Primario di Urologia dell'Angelo, Franco Merlo - dell'innovazione digitale ad alta definizione introdotta nelle sale operatorie.
"I calcoli urinari sono purtroppo noti – spiega il dottor Merlo – per i sintomi a cui danno origine, come le dolorose coliche, e per i danni renali che provocano e che, anche se in rari casi, possono portare alla dialisi. Ma negli ultimi decenni vi è stata una grande evoluzione tecnologica che consente agli specialisti di operare con efficaci tecniche mini invasive, ottimi risultati, brevi ricoveri e precoce ritorno alle normali attività quotidiane".
Oggi l'urologo può risalire, con strumenti endoscopici dedicati, attraverso le vie naturali fino al rene e qui trattare i calcoli renali ed, in alcuni casi, le neoplasie urinarie, con fibre laser del diametro di 1/5 di millimetro. E l'ultima frontiera di questa tecnologia sono gli endoscopi digitali HD, da alcuni mesi in dotazione al reparto di Urologia dell' ospedale dell'Angelo. Il principale vantaggio degli strumenti digitali, sottolinea il Primario, è che consentono di ridurre i tempi operatori di circa il 30% rispetto ai tradizionali strumenti a fibre ottiche. Con questa dotazione è inoltre possibile trattare anche Pazienti con calcoli di discrete dimensioni, altrimenti destinati a più trattamenti o a procedure più invasive".
"L'investimento in tecnologia dei nostri Reparti è importante – continua il dottor Merlo – perché solo con questi strumenti, ad esempio, è stato possibile, nelle settimane scorse, trattare due pazienti con neoplasia delle vie urinarie renali; pazienti che, se curati con le tecniche chirurgiche convenzionali, sarebbero stati destinati alla dialisi".

• L'endoscopio digitale dell'ospedale dell'Angelo, a Mestre

"All'Angelo la dotazione strumentale a disposizione dell'urologo – sottolinea il Direttore Generale, Giuseppe Dal Ben – è stata concordata con il nuovo Primario. E' stata recentemente è stata completata con l'acquisto di un generatore laser a luce verde, di ultima generazione, strumento indispensabile per il trattamento della calcolosi, ma particolarmente utile anche per la terapia conservativa delle neoplasie uroteliali che nel territorio dell'Ulss 12 veneziana hanno una delle incidenze più alte d'Italia".

Ulss 17
All'Ospedale di Schiavonia arrivano 10 elettrocardiografi di ultima generazione

La Bassa Padovana dimostra inequivocabilmente la

• Un'ala dell'ospedale di Schiavonia

generosità e la sensibilità dei suoi abitanti anche nei momenti più difficili. E lo fa attraverso le donazione di organi e tessuti, per i quali l'Ulss 17 e i cittadini del territorio sono stabilmente ai primissimi posti in Veneto, primato che si è confermato anche nel 2014. Nella nostra regione, infatti, l'Ulss 17 - considerando il rapporto donatori/abitanti - è al 1° posto per donatori di organi utilizzati tra le Ulss senza neurochirurgia (reparti in cui avvengono i decessi che generalmente consentono la donazione di organi), al 1° posto per donatori di cornee e di tessuto vascolare e al 2° posto per la donazione di tessuto osseo.
Per quanto riguarda più in dettaglio i numeri delle donazioni, nella Bassa Padovana tra il 2005 e il 2014 ci sono stati in media ogni anno, per milione di abitanti, 678 donazioni di cornee (contro una media regionale di 328); 60,7 donatori di tessuto osseo (media regionale 30,4); 38 donatori di tessuti vascolari (19,1); 58,5 donatori di valvole cardiache (25,1); 33,6 donatori di pericardio (14,2); 24,9 donatori di tessuto cutaneo (11,4 - dato relativo 2009-2014); 17,8 donatori di organi utilizzati, contro una media veneta, calcolata sulle aziende senza neurochirurgia, di 7,8. E questi numeri sono in ulteriore incremento, addirittura le donazioni di cornee sono quasi raddoppiate nel I trimestre di quest'anno rispetto allo stesso periodo dello scorso anno (72 contro 38).
"Questi numeri - afferma il dottor Giuliano Carturan, Coordinatore Ospedaliero per i Trapianti dell'Ulss 17 - dimostrano la grande sensibilità e generosità dei cittadini della Bassa Padovana anche nel momento dell'estremo dolore, ma anche la dedizione di tutto il personale sanitario dell'Ulss 17, che ogni giorno lavora per attuare l'espressione di volontà del cittadino in merito alla donazione di organi e tessuti. Un impegno al quale si affianca quello del personale di Anestesia e Rianimazione diretto dal dott. Lamberto Padovan, che parallelamente con la sua preparazione e competenza si prodiga affinché i pazienti in attesa di un trapianto possano ritornare a una nuova vita".
E tra i primati dell'Ulss17 in questa delicata attività vi è anche la tempestività: il 50% dei prelievi di tessuti oculari avviene entro 11 ore e 10 minuti dal decesso, un dato migliore di quello generale del Veneto (11.40), e nel 50% dei casi l'intervallo fra la segnalazione e il decesso, che dimostra l'efficienza della struttura del Coordinamento e dell'organizzazione ospedaliera, è inferiore a 8 ore e 50 minuti, migliore di 20 minuti rispetto al dato del Veneto (9 ore e10).
Indicatori che sono destinati a migliore ulteriormente grazie anche all'arrivo recentemente, all'ospedale di Schiavonia, di 10 elettrocardiografi di ultima generazione che consentono di effettuare una registrazione continua di 20 minuti alla ricerca di eventuali funzioni vitali, abbreviando così i tempi di attesa per la dichiarazione del decesso e quindi aumentando le possibilità che gli organi e i tessuti espiantati possano essere utilizzati.
I nuovi tanatogrammi - è questo è il nome delle apparecchiature, dalla parola greca "thanatos", "morte") - sono inoltre collegati alla cartella clinica informatizzata, migliorando così la sicurezza dei dati e riducendo i tempi delle procedure di prelievo. "Ci rendiamo conto - commenta il dott. Salvatore Barra, direttore sanitario dell'ULSS 17 - che parlare di riduzione dei tempi per dichiarare la morte di un paziente può sembrare una mancanza di tatto, ma purtroppo quando non c'è più niente da fare per una vita il nostro impegno, oltre al conforto dei familiari, deve essere rivolto a quei pazienti che da una disgrazia possono ricevere una nuova speranza di vita normale".
I nuovi elettrocardiografi si aggiungono alle altre dotazioni dell'obitorio del nuovo ospedale, che rispetto al passato consente un livello superiore di privacy, grazie alla disponibilità di 7 stanze di esposizione singole per i parenti (mentre ad Este ad esempio vi era un'unica stanza comune).
Tra le dotazioni figurano anche il tunnel sotterraneo che collega in modo discreto l'ospedale all'obitorio, lontano da sguardi indiscreti, e due sale per lo svolgimento delle autopsie e degli espianti.
Su tutto, comunque, a svettare è la risposta delle famiglie: "Di fronte alla nostra proposta di donazione - racconta la Coordinatrice Infermieristica dott.ssa Marisa Barina - il numero dei rifiuti da parte delle famiglie è davvero molto basso. Un risultato frutto anche di un'attività di informazione e sensibilizzazione portata avanti da più di 10 anni nelle classi quarte e quinte delle scuole superiori del territorio. La sensibilità diffusa tra le famiglie del territorio è testimoniata anche dal numero di richieste di informazioni da parte delle famiglie sull'esito finale della donazione. E la generosità degli abitanti della Bassa Padovana è confermata anche dal registro nazionale delle dichiarazioni di volontà dei cittadini in merito alla donazione di organi e tessuti, dal quale risulta che a livello Veneto l'Ulss 17 ha il più basso numero di opposizioni alla donazione e il più alto numero di consensi depositati".
Per questa delicata attività, nel nuovo ospedale sono stati creati anche degli spazi dedicati ai colloqui con i familiari. "L'azione svolta - spiega ancora il dott. Carturan - è sempre ed esclusivamente di informazione e sensibilizzazione e viene portata avanti con estrema

delicatezza. Un compito difficile, ma fondamentale per i benefici che possono trarre ogni anno migliaia di pazienti con gravi patologie o invalidità. Con un atto estremo di generosità nel momento più triste, infatti, è possibile di fatto restituire una vita serena ad un'altra persona. Da parte nostra, quindi, vorremmo cogliere l'occasione per ricordare ai cittadini che sono favorevoli alla donazione di organi e tessuti l'importanza di recarsi presso il proprio medico di famiglia o presso il Coordinamento Ospedaliero per i Trapianti o nelle sedi di distretto per formalizzare la loro espressione di volontà".

• Cucina senza glutine all'Ulss 4 Alto Vicentino

L'Ulss 4 Alto Vicentino promuove la cucina sana e senza glutine

Il Direttore Generale dell''Ulss 4 Alto Vicentino, Daniela Carraro, ha consegnato il mese scorso a Tonezza gli attestati di partecipazione ai 74 allievi dei corsi per la somministrazione di pasti, alimenti e bevande senza glutine correlata alle linee guida per una sana alimentazione.
"Celiachia? Prego, si accomodi" è il nome dei corsi di formazione rivolti agli allievi operatori della ristorazione di sala e bar, agli allievi pasticceri e panettieri dell'Istituto Alberghiero Engim (Ente Nazionale Giuseppini del Murialdo) E. Reffo di Tonezza per l'anno scolastico 2014-2015.
Ai corsi, promossi dal Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell'Ulss 4, diretto da Edoardo Chiesa e facente parte del Dipartimento di Prevenzione, hanno partecipato 43 allievi maschi e 31 femmine di età compresa tra 16 e 19 anni sotto la supervisione del tecnico cuoco dell'Ulss 4 Alto Vicentino Franco Zampieri e della nutrizionista Manuela Meneghello. I corsi hanno fornito anche elementi di educazione nutrizionale e hanno promosso un corretto livello qualitativo igienico nutrizionale nel settore HO.RE.CA: (Hotel, Restaurant, catering).
Ogni classe terza ha partecipato, nei mesi di novembre e dicembre 2014 e gennaio 2015 ad un incontro di teoria di due ore, uno di pratica di quattro ore e un altro per la classe terza di cucina con la lezione di cucina vegetariana e legumi. "Scopo degli incontri - nota Zampieri - è stato quello di far sapere cos'è la celiachia, dove si trova il glutine, come preparare un piatto senza glutine evitando le contaminazioni; realizzare un intero menù senza glutine. Inoltre, sono state fornite conoscenze di merceologia, tecnologia e aspetti nutrizionali, correlati alle preparazioni culinarie, con tecniche alternative di cottura, uso di erbe aromatiche e sali profumati al posto degli esaltatori di sapidità o del glutammato, sostituzione dei grassi animali con l'olio extravergine a crudo".
La collaborazione tra l'Ulss 4 e l'Istituto nasce da una convenzione stipulata nel 2013. Il documento stabilisce che l'Istituto di Tonezza affidi la gestione dei corsi sulla sicurezza igienico sanitaria alimentare e nutrizionale al Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell'Ulss 4 attraverso programmi formativi per docenti ed allievi. L'Ulss 4 mette a disposizione gratuitamente il proprio personale e le materie prime, garantendo almeno un corso di formazione per ogni anno scolastico sulla cucina senza glutine rivolto agli allievi del terzo anno. La scuola mette a disposizione aule e cucine per le lezioni.

Ulss 14 e Ulss 19, assistenza sanitaria potenziata per i turisti

I turisti che quest'estate si recheranno nel litorale veneto vivranno vacanze in sicurezza. Anche quest'anno, infatti, l'Ulss 14 vara il piano "Vacanze Sicure" per Chioggia e Sottomarina. Un progetto sensibile alle emergenze-urgenze, ma anche alle necessità sanitarie "quotidiane" (basti pesare, ad esempio, ad un dializzato) che può avere un utente che decide di trascorrere le ferie nel nostro litorale. L'iniziativa, che parte il 1 giugno e si chiude a fine agosto, nasce principalmente per dare una risposta alle esigenze dei tanti turisti che affollano la spiaggia di Sottomarina. Soprattutto nei fine settimana, infatti, alla popolazione residente si sommano i villeggianti, con picchi che sfiorano le 250mila presenze, per un totale di 300mila unità potenziali. "Agli importanti carichi di lavoro quotidiani – ha evidenziato il direttore generale Giuseppe Dal Ben – si aggiungono nei mesi estivi quelli dovuti alla grande presenza di turisti. Ed è proprio pensando a loro (spesso stranieri o comunque non conoscitori della realtà clodiense) che crediamo in questo progetto. L'obiettivo

è quello di garantire ai turisti servizi di qualità sia dentro che fuori l'ospedale". "Chi viene a trascorrere le sue vacanze in questo splendido litorale – ha concluso Dal Ben – dovrà sentirsi accolto e al sicuro come se fosse a casa propria". Quest'anno l'Ospedale di Chioggia ha un suo pontile per l'approdo della idroambulanza, si è dotato di un secondo quad per il litorale di Isola Verde (l'altro è nella zona Diga di Sottomarina), terrà aperto il nuovo ambulatorio per gli stomizzati, organizzerà in spiaggia dei corsi per la disostruzione, visto il successo che la Pediatria ha riscontrato con quelli fatti per gli asili nido. Fiore all'occhiello della Ulss 14 – prima nel Veneto a dotarsene - rimane la APP Vacanze Sicure (in 5 lingue) che si può scaricare gratuitamente dal sito internet aziendale (www.asl14chioggia.veneto.it) su qualsiasi telefonino che utilizzi il sistema "Android o IOS (Apple)". Un utile strumento per il turista che in questo modo può facilmente prenotare una visita per l'ambulatorio di Medicina Turistica o scaricare gli esiti degli esami effettuati presso il Laboratorio Analisi. Una sorta di mappa virtuale che aiuta l'utente in vacanza ad orientarsi all'interno dell'Ospedale e ad accedere ai servizi sanitari in maniera semplice ed appropriata. Inoltre, fondamentale il numero unico che è stato attivato per l'assistenza sanitaria del turista: 800186010. Ecco in sintesi e nel dettaglio quello che l'Ulss 14 riserva per i turisti sia in spiaggia che in Ospedale:

- In spiaggia saranno attivi tre ambulatori infermieristici: uno in zona Granso Stanco", un altro in zona "Diga" (con presenza di un quad), infine uno in zona "le Tegnue". Saranno aperti dalle 11.00 alle 19.00 con la presenza del medico solo nei prefestivi e festivi dalle 15.00 alle 17.00.
- Nella spiaggia di Isola Verde verrà posizionata (nei festivi e prefestivi) una ambulanza: questo per garantire dei soccorsi immediati in un momento dell'anno in cui il traffico è più caotico. Nelle vicinanze del litorale, inoltre, ci sarà un quad con barella per gestire il soccorso sulla spiaggia libera.
- In Ospedale, invece, verranno potenziati alcuni servizi e verrà aperto il cosiddetto "Ambulatorio medico per il turista", attiguo al Servizio di Continuità Assistenziale dove il turista può accedere per le visite ambulatoriali. Il servizio sarà aperto: dal 1° al 30 giugno nei giorni prefestivi e festivi dalle 08.00 alle 20.00; dal 1° luglio al 31 agosto tutti i giorni della settimana dalle 08.00 alle 20.00. E' un servizio rivolto ai non residenti. Dal 1° luglio al 31 agosto, sarà attivo anche un ambulatorio in Isola Verde (via delle Nazioni Unite 22, presso I.S.A. Residence) aperto tutti i giorni della settimana dalle 14.00 alle 18.00. Nel contempo, saranno potenziati alcuni servizi: la Dialisi, la Cardiologia, l'Ambulatorio Pediatrico e degli Stomizzati, il Ser.D, l'Ortopedia, la Dermatologia, la Radiologia, la sala Prelievi. In Ospedale sarà attivato il servizio di interpretariato e traduzione telefonica multilingue: dedicato prevalentemente all'Area di Urgenza ed Emergenza (Pronto Soccorso, Rianimazione, Sale Operatorie, Sala Parto, Dialisi), ma anche alle aree di tipo amministrativo – contabile (Cup Cassa, sportelli) e area distrettuale (sportelli, consultorio, etc.). Anche l'Azienda Ulss 19 di Adria riprende dal 1° giugno, il Servizio di medicina di base ai villeggianti nelle località balneari di Rosolina mare e di Bonelli di Porto Tolle. Il servizio è destinato al turista che non risiede nel territorio dell'Ulss 19, ha le stesse caratteristiche assistenziali del medico di famiglia ed è soggetto, come da normativa, al pagamento di una tariffa per la prestazione, stabilita ogni anno dalla Regione Veneto e che, secondo quanto disposto dalla Regione di residenza, può essere rimborsata o meno. Per i residenti nel Veneto è previsto il rimborso, tramite richiesta al Distretto della propria Ulss, per particolari categorie di persone, quali i bambini d'età inferiore ai 12 anni, gli ultra 60enni, i lavoratori e studenti dimoranti, per ragioni connesse all'attività lavorativa e di studio, fuori del proprio domicilio e, infine, i cittadini portatori di handicap il cui grado di menomazione è superiore all'80% ai fini dell'attività lavorativa. Le tariffe per il 2015 sono di 21 euro per la visita ambulatoriale e di 31 euro per la visita domiciliare. Il ripetersi della prestazione, che non comporti ulteriore visita, ha una tariffa di 5 euro. Come l'anno scorso, anche per il 2015 è assicurata 24 ore al giorno l'apertura dell'ambulatorio di Rosolina mare, secondo le seguenti modalità: dal 1° al 30 giugno il medico sarà disponibile ogni giorno dalle 8 alle 20, festivi compresi, con visite ambulatoriali dalle 8 alle 12 e dalle 16 alle 19 nel pomeriggio; dal 1° luglio al 15 settembre, tenuto conto della forte affluenza turistica, il medico sarà disponibile 24 ore al giorno, tutti i giorni festivi compresi, per garantire la continuità dell'assistenza medica ai villeggianti. L'ambulatorio di Rosolina mare si trova in Via dei Lauri n. 76 ed ha numero telefonico 0426-68245. Il servizio di assistenza sanitaria ai turisti in Bassopolesine si completa con la presenza a Bonelli di Porto Tolle, al villaggio turistico "Barricata Beach" con numero telefonico 0426/389930, di un medico nei giorni prefestivi e festivi, con orario dalle 8 alle 20, dal 1° giugno e sino al 31 agosto.

• Il quad in dotazione all'Ulss 14 di Chioggia

Human Tecar®

FEEL YOUR BEST

Synergistic Healthcare Methodology

Esperienza e tecnologia
verso una nuova fisioterapia

Human Tecar
nello sport
come nella vita
di tutti i giorni.

C.E.M. Butterfly World

DISTRIBUTORE HUMAN TECAR VENETO E FRIULI
35127 PADOVA - Z.I. Camin - Via Svizzera 8
Tel. 049 761200 - Fax. 761165
Email: infocem@cemelettromedicali.com
www.cemelettromedicali.com

Human Tecar. Ci sono atleti che potrebbero dedicarle una medaglia. Altri la carriera.

Risultati rapidi e stabili nelle patologie osteoarticolari, muscolari, acute e croniche, nel recupero muscolare e nel miglioramento della forza, equilibrio e tono-trofismo muscolare.

humantecar.eu - synergymat.it

SHM • HUMAN TECAR • SHM • HUMAN TECAR •

FEEL YOUR BEST

LA MEDICINA **NARRATIVA**

RIPORTARE IL PAZIENTE AL CENTRO DEL PROCESSO DI CURA, ATTRAVERSO IL RACCONTO DI SÉ E DI CIÒ CHE GLI ACCADE

© Can Stock Photo Inc. / Leaf

di **Cristina Chinello**

«Un uomo va dal dottore. Dottore – dice – mi fa male il gomito, cosa posso fare? Il dottore lo guarda e gli pesta un piede. Ahi! Perché l'ha fatto? Sente ancora dolore al gomito? No. Avanti il prossimo". L'aneddoto divertente, inserito nella prefazione scritta dall'attore Robin Williams al libro Visite a domicilio – La missione del medico-clown: guarire il mondo una visita alla volta, di Patch Adams (ed. Urra - Apogeo, 1999), porta a riflettere sul rapporto fra medico e paziente. Un rapporto che, secondo il medico statunitense, dovrebbe essere basato sull'empatia. In un certo senso Adams può essere considerato un dottore che della medicina narrativa ha fatto una bandiera (anche se emergono prioritariamente altri aspetti del suo approccio, come la clowneria ad esempio), quando racconta che ad ogni prima visita dei suoi pazienti dedicava almeno quattro ore. Un'eternità.
Eppure il fatto che l'Istituto superiore di sanità abbia voluto codificare ciò che si intende per "medicina narrativa" la dice lunga sul ruolo che questo approccio può avere nell'affrontare le malattie. Numerose persone fra medici, infermieri, psicologi, rappresentanti di associazioni di tipo sanitario, fisioterapisti, hanno lavorato alla stesura di un documento che contiene le linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale per le malattie cronico degenerative. Un documento che è stato pubblicato a febbraio di quest'anno tra i Quaderni di medicina del Sole 24 Ore. Componente del panel scientifico e del comitato di scrittura, era anche Michele Cortelazzo, docente di linguistica all'università di Padova.

PROFESSORE, COSA SI INTENDE PER MEDICINA NARRATIVA?
E' un metodo di intervento clinico-assistenziale, che non sostituisce il tradizionale approccio scientifico, nato a codificato negli Stati Uniti all'inizio di questo secolo. Coinvolge il medico e il paziente nella cura della malattia – che continua a mantenere le basi nella medicina scientifica e non le si contrappone – ma usa la raccolta e l'ascolto della narrazione che il paziente fa della sua condizione. Ad Aviano, attualmente, c'è un utilizzo molto avanzato di questa metodologia.

DALLA SUA CODIFICA A OGGI SONO PASSATI MOLTI ANNI: TROPPI?
I testi fondamentali sulla medicina narrativa sono del 2001. Da quel momento in poi si è diffusa in modo ampio in tutto il mondo, penso che questo sia il momento giusto per dare le linee guida di comportamento a chi fa medicina: medici, infermieri, operatori sanitari. L'obiettivo di questo metodo è riportare il paziente al centro del processo di cura, attraverso il racconto di sé e di ciò che gli accade.

COSA HA PORTATO A TEORIZZARE QUESTO APPROCCIO?
L'idea di partenza è che una buona medicina abbia bisogno di tempi meno sincopati di quelli attualmente previsti per valorizzare il ruolo di medici curanti e non tecnici. Chi fa medicina deve partire dalla storia della persona: non si può curare una persona ignorandone il passato, e la medicina narrativa vuole proprio sostenere questo concetto, anche se poi non è la medicina narrativa che guarisce le persone (ruolo che spetta alla medicina scientifica), ma rende più efficaci le cure.

COME SI CONCILIA QUESTO CONCETTO CON LA NECESSITÀ DI "FARE NUMERI" PER RIDURRE I COSTI IN SANITÀ?
La qualità serve per essere efficaci e la qualità ha dei costi di gestione.

ERA DAVVERO NECESSARIO QUESTO DOCUMENTO?
Penso di sì, proprio per definire i confini di questa metodologia, per accreditarla e per indirizzare gli operatori della sanità verso una concezione precisa e condivisa di cosa sia. Questo documento avvalla il lavoro di chi già fa uso di medicina narrativa. Già il fatto che sia stato diffuso dal supplemento sanitario del Sole 24 Ore fa riflettere molte

persone sui suoi vantaggi e sui suoi svantaggi.

LA MEDICINA NARRATIVA PUÒ ESSERE VISTA COME UNO STRUMENTO DI MEDICINA DIFENSIVA DA PARTE DEI MEDICI, CONTRO LE CAUSE INTENTATE DAI PAZIENTI (CAUSE CHE STANNO AUMENTANDO)?

Se il rapporto fra medico e paziente viene valorizzato e approfondito, da un lato il medico ha più elementi di valutazione, più informazioni dal paziente sulla sua condizione fisica e in questo modo giungere a diagnosi migliori e proporre percorsi di cura più adeguati. Dall'altro lato, se un paziente arriva a fare causa al medico, significa che non c'è stata empatia fra loro: è l'empatia che porta il paziente a capire che il medico non è un mago e che anche lui ha delle percentuali di possibilità di non farcela. Pertanto la mia risposta è sì: penso che attraverso la medicina narrativa, il clima fra medico e paziente sarebbe migliore e la propensione alle cause, inferiore.

• Michele Cortelazzo

COME MAI È STATO CHIAMATO LEI, UN LINGUISTA, A PARTECIPARE AI LAVORI?

E' stata un'esperienza interessante: sono stato chiamato sia per scegliere le parole adatte alla codifica della medicina narrativa in sé, sia in quanto esperto sul modo in cui le persone narrano. Il lavoro si è svolto in più fasi: inizialmente è stato raccolto e sintetizzato tutto il materiale scientifico disponibile. Poi ci siamo trovati con i medici, i rappresentanti delle associazioni di professioni sanitarie, quelli di associazioni di pazienti e malati, umanisti, e abbiamo codificato.

CI SONO ELEMENTI DI PERPLESSITÀ A PROPOSITO DELLA MEDICINA NARRATIVA?

Se si intraprende questa strada, il problema da risolvere è quello della formazione. La competenza narrativa è naturale nell'uomo, più difficile è imparare a saper promuovere il racconto di un'altra persona. In questo momento storico c'è un grande recupero della narrazione come elemento forte, anche in altri ambiti: in quello giudiziario, ad esempio, o nel marketing, dove lo storytelling ha una diffusione sempre più ampia. Ci siamo posti il problema della formazione perché nessuno studente di medicina, o nessun medico, ha sentito parlare di medicina narrativa in aula o ai corsi di aggiornamento. Qui a Padova esiste l'unico corso in Italia di Linguaggio medico, tenuto da me alla Facoltà di Medicina: è proposto al primo anno, per rendere questi giovani consapevoli del fatto che se parlano di medicina fra loro, si capiscono perfettamente, ma che la comunicazione crolla nel linguaggio con i pazienti. Il fatto di sapere che c'è un problema, però, è già un modo per iniziare ad affrontarlo.

STIAMO UN PO' TORNANDO INDIETRO, AL RECUPERO DI QUEL RAPPORTO QUASI FAMIGLIARE FRA MEDICO E PAZIENTE?

Distinguiamo: negli ultimi decenni la medicina ha fatto dei balzi enormi grazie allo sviluppo tecnologico, pertanto dal punto di vista tecnico-scientifico non si torna indietro. Ora, invece, stiamo recuperando una dimensione umana che forse si era persa e speriamo che questi due aspetti si possano fondere, attraverso il continuo miglioramento tecnologico e il ripristino del dialogo col paziente che lo sviluppo tecnologico e le necessità economiche hanno messo in secondo piano. Del resto, nessuno meglio del paziente sa raccontare ciò che gli accade, e anche quelle che apparentemente sembrano sciocchezze, possono far capire il quadro clinico. Non è un caso che questo lavoro sia emerso nell'ambito delle malattie rare, che sono le più difficili da individuare e diagnosticare: è in queste patologie che – a maggior ragione – serve scavare nella vita del malato, perché solo lui può dare tutte quelle informazioni che ancora non sono conosciute.

CI SONO STATI, NEL PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL DOCUMENTO, DEI TEMI SU CUI AVETE PARTICOLARMENTE DISCUSSO?

Premetto che questa esperienza è stata uno dei migliori esempi di confronto e discussione a cui abbia mai assistito e partecipato. Il primo punto che ha richiesto un confronto è stato proprio il nome da dare alla materia: sarebbe stato più preciso ed esplicito il nome di "medicina basata sulla narrazione", ma abbiamo ritenuto che non fosse il caso di cambiare la dicitura di "medicina narrativa" che ormai si era diffusa. Per il resto, gran parte del lavoro si è concentrato sul "come": come fissare nel modo più chiaro e concreto un concetto astratto.

SECONDO LEI CI SARANNO INTEGRAZIONI AL DOCUMENTO?

Il settore è nuovo e appena identificato nei suoi confini, ritengo che saranno naturali integrazioni, miglioramenti e approfondimenti. Per esempio, si darà spazio al valore della scrittura nella narrazione della malattia. Molti pazienti tengono un diario e la scrittura è considerata terapeutica: questo è un settore finora tenuto in insufficiente considerazione solo perché le priorità erano altre. E poi c'è il problema cruciale del rapporto tra la medicina narrativa e gli altri tipi di approccio terapeutico, e qui si dovrà lavorare molto.

© Alma Pater

SANITÀ, QUANTE DISPARITÀ

TROPPE VARIAZIONI DA REGIONE A REGIONE, A SCAPITO DEGLI UTENTI

a cura di **Anisap Veneto**

C'è stato un momento - in verità, alcuni anni - in cui tutta Italia si diceva federalista. A metà degli anni Novanta la Lega Nord era passata da soggetto regionale a forza politica nazionale, e tutti gli schieramenti (sia quelli alleati che quelli avversari) cavalcavano l'onda del federalismo, considerato argomento vincente presso gli elettori e soluzione di tutti i mali italiani. Oggi, a conti fatti, di federalismo non se ne vede neanche un po'. Stiamo anzi tornando verso un rigido centralismo, con tutte le decisioni prese a Roma. Questa lunga premessa - che può sembrare politica - potrà spiazzare i nostri lettori, ma serve per spiegare che invece, almeno in un settore della vita quotidiana, ua specie di federalismo è compiuto. Non si tratta infatti di una scelta ponderata o ragionata, ma il frutto spontaneo di 21 (tante sono le regioni italiane) politiche sanitarie diverse. E' vero che ogni territorio ha le proprie peculiarità, ma le differenze tra una Regione e l'altra sono abissali. Ormai possiamo contare venti tipi di Sanità diverse. Ci sono grandi variazioni sia sulla spesa privata che sul pagamento dei ticket. Per non parlare dell'annosa questione dei costi standard, che dovrebbero portare uniformità e risparmi in tutta Italia. Siamo così lontani da questo modello che ci sono differenze anche e addirittura all'interno della stessa Regione.

Secondo una ricerca effettuata da "Quotidiano Sanità", nei 21 sistemi sanitari regionali «i ticket sui farmaci non si applicano allo stesso modo. L'unica costante è rappresentata dalla differenza di prezzo che il cittadino paga se sceglie di acquistare un farmaco 'branded'" in luogo del generico».

Pensate che ci sono quattro regioni che non applicano il ticket su farmaci o confezioni: Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Marche e Sardegna. Tutte le altre si muovono in ordine sparso, ed è difficile anche cercare punti di contatto tra un sistema e l'altro.
Il periodico di sanità segnala un altro paradosso: «Se i ticket sono diversi da una Regione all'altra il risultato delle scelte regionali in materia di esenzioni alla compartecipazioni è una vera e propria giungla. Possiamo dire che non c'è una regione che abbia un sistema sovrapponibile ad un'altra eppure i cittadini dovrebbero essere tutti uguali, sia che si consideri il reddito che lo stato di salute, di fronte a questa che, comunque la si chiami, è pur sempre una tassa sui consumi».
Anisap continuerà a vigilare su queste tematiche, perché la salute è un diritto che deve essere garantito a tutti, senza disparità dovute alla regione in cui si vive o al reddito percepito.

Regione	Tipologia	Costo
Valle d'Aosta*	No ticket	No ticket
Piemonte	Quota fissa	2 € a confezione fino a massimo 4 € per ricetta
Liguria	Quota fissa	2 € a confezione fino a massimo 4 € per ricetta
Lombardia	Quota fissa	2 € a confezione fino a massimo 4 € per ricetta
PA Trento	Quota fissa	1€ a ricetta
PA Bolzano	Quota fissa	Da 1€ fino a massimo 4€ per ricetta
Veneto	Quota fissa	2 € a confezione fino a massimo 4 € per ricetta
Friuli Venezia Giulia*	No ticket	No ticket
Emilia Romagna	Quote per reddito	Da 1 € fino ad un massimo di 3 € a confezione e da 2€ a 6 € a ricetta
Toscana	Quote per reddito	Da 2 € fino ad un massimo di 6 € a confezione e da 4 € a max 8 € per ricetta
Marche*	No ticket	No ticket
Umbria	Quote per reddito	Da 1 € fino ad un massimo di 3 € a confezione e da 2 € a 6 € a ricetta
Lazio	Quota fissa	Da 1 € a 4 € a confezione (per quelle che costano più di 5€
Abruzzo	Quota fissa	2 € fino a un massimo di 4 € a ricetta per farmaci con prezzo superiore a 5 €; 0,50 € fino a un massimo di 1 € a ricetta per farmaci con prezzo inferiore a 5 €
Molise	Quota fissa	0,5 € a ricetta; 2 € fino a max 6€ farmaci con brevetto; 0,5 € farmaci a brevetto scaduto
Campania	Quota fissa	1,5 € a confezione e 2 € a ricetta
Basilicata	Quote per reddito	Da 1 € fino ad un massimo di 2 € a ricetta
Puglia	Quota fissa	2 € a confezione e da 1 € a 6,5 € per ricetta
Calabria	Quota fissa	1 € per ricetta e 2 € a confezione
Sicilia	Quota fissa	Da 2 € a 4 € a confezione
Sardegna*	No ticket	No ticket

Non pagano la quota fissa di 2 € per confezione:
Invalidi civili al 100%
Ciechi ex art. 6 della Legge 482/68
Grandi invalidi del lavoro
Invalidi per servizio 1^ categoria
Danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati
Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
Pazienti in trattamento con analgesici oppiacei nella terapia del dolore relativamente alle prescrizioni disciplinate dalla legge 8 febbario 2001, n. 12.
Soggetti in possesso di esenzione per malattia rara
Soggetti in possesso di esenzione per patologie croniche e invalidanti (dal 01/07/03 limitatamente alla prescrizione dei farmaci correlati alla patologia)
Sordomuti (dal 01/07/03)
Invalidi civili minori di 18 anni con indennita' di frequenza (dal 01/07/03)
Assistiti appartenenti ad un nucleo familiare con reddito ISEE non superiore a 12.000,00 euro (dal 01/04/05)

Non pagano la quota fissa di 2 € per confezione ne' la differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso:
Invalidi di guerra titolari di pensioni vitalizie

Nella tabella in alto: ticket farmaci per Regione. Nella tabella in basso: Esenzioni ticket per reddito nelle Regioni. Entrambe le elaborazioni sono tratte da "Quotidiano Sanità".

DISTORSIONE ALLA CAVIGLIA: CON HILTERAPIA® SI TORNA A CORRERE

OGNI GIORNO CIRCA 50 MILA ITALIANI INCAPPANO IN QUESTO TRAUMA CARATTERIZZATO DA DOLORE E TUMEFAZIONE. PER RECUPERARE AL MEGLIO ED IN TEMPI RAPIDI LA TERAPIA DI ASALASER SI È DIMOSTRATA VINCENTE

testo a cura di **Raffaella Borea** / Ufficio Comunicazione ASAlaser

Recuperare la forma fisica dopo un inverno sedentario è un diktat per 8 italiani su 10 pronti a scendere in pista per azzerare maniglie dell'amore o qualche accumulo di troppo su fianchi e glutei in vista della prova costume. Corsa, pallavolo, ma anche bicicletta e nordic walking diventano così appuntamenti settimanali per dare un taglio alle calorie e riattivare il metabolismo. Lo stop imposto dalla stagione fredda non deve essere sottovalutato: i muscoli ed i legamenti poco allenati possono infatti ribellarsi all'attività sportiva creando qualche problematica dolorosa di troppo. Lo sa bene la caviglia, prima vittima di eccessi di training. Sono circa 50.000 gli italiani che ogni giorno (dati Croce Bianca, ndr) devono infatti fare i conti con una sua distorsione, tra i traumi muscolo-scheletrici più frequenti (20%) soprattutto tra chi pratica pallavolo (56%), basket (55%), calcio (51%) e corsa di resistenza (40%). Con l'arrivo dell'estate si stima che il numero dei casi sarà in ascesa (35%) con buona pace degli atleti della domenica con scarso allenamento nelle gambe.

• Hilterapia® al servizio di team sportivi prestigiosi

DISTORSIONE: UN TRAUMA NON BANALE

Circa l'85% delle distorsioni della caviglia, complici motivi anatomici e la prevalenza nella popolazione del piede cavo-supinato, avviene in inversione, vale a dire con una rotazione interna e una flessione plantare del piede. Ne consegue che nella maggior parte dei traumi acuti ad essere direttamente coinvolte sono le strutture capsulo-legamentose, mentre meno frequentemente si assiste ad un'associazione di fratture o lesioni cartilaginee. Molto più rari sono invece i casi di distorsione del comparto interno, che avvengono per un esagerato movimento di rotazione esterna e flessione dorsale della caviglia, quelli di interessamento tra tibia e perone e la frattura o lesione alla cartilagine dopo distorsione. L'insorgenza delle diverse tipologie di trauma va spesso di pari passo con fattori di rischio tutti strettamente connessi con la conformazione del piede (particolarmente esposto alla possibilità di fare i conti con la distorsione è quello cavo-supinato), la condizione dei legamenti (a causare dèbacle sono quelli lassi) e il tipo di sport praticato. Nemici giurati della caviglia sono non solo la pallavolo, il basket e il calcio, ma anche la corsa soprattutto se praticata su terreni irregolari che comportano difficoltà del corretto appoggio del piede.

SINTOMI: ATTENZIONE AL DOLORE

Le complicanze di una distorsione alla caviglia non vanno mai sminuite, come i sintomi. Primi tra tutti il dolore, vivo e localizzato a livello della zona anteriore del malleolo peronale, la tumefazione, modesta o rilevante a livello periarticolare, e la limitazione funzionale. Per consentire la corretta diagnosi e procedere quindi alla identificazione della terapia più idonea, sono indispensabili, oltre ad un'attenta anamnesi, anche un esame obiettivo con l'ausilio di valutazioni strumentali come ecografia, radiografia tradizionale e risonanza

magnetica nucleare. I risultati raccolti portano quindi alla definizione della terapia più corretta che, nella maggior parte dei casi conservativa (quella chirurgica è riservata ai casi di distorsione di 3° grado), si suddivide in tre fasi: acuta (durata 3-7 giorni), subacuta (7-15 giorni) e guarigione (15-30 giorni). Nella fase acuta, nello specifico, il presidio da applicare consiste in riposo, astensione dal carico, utilizzo di ghiaccio e bendaggio compressivo per alcuni giorni. Utili sono anche i farmaci antiinfiammatori, i massaggi di scarico e le terapie strumentali. Tra le più utilizzate **Hilterapia®**. La terapia di **ASAlaser**, grazie ai suoi effetti analgesico, decontratturante ed antiinfiammatorio, si è confermata particolarmente efficace perché in grado di diminuire in maniera significativa la sintomatologia dolorosa e ridurre gli edemi post-traumatici, migliorando la funzionalità articolare. Il caso di un paziente affetto da distorsione tibio tarsica a seguito di una partita di calcetto ne è il perfetto esempio, come racconta Salvatore Germano, massofisioterapista.

HILTERAPIA®: UN CASO CLINICO NE CONFERMA L'EFFICACIA

«*Il paziente* – spiega Salvatore Germano – *si è presentato lamentando dolore, evidente anche alla palpazione sul legamento peroneo astragalico anteriore e peroneo calcaneare, oltre a impotenza funzionale*». A seguito di visita ortopedica gli è stato prescritto il protocollo RICE (riposo-elevazione-compressione-elevazione), bendaggio all'ossido di zinco con bende coesive a corta estensibilità e Hilterapia®. «*Il paziente ha effettuato 6 sedute* – prosegue il massofisioterapista – *la prima dopo 48 ore dall'evento traumatico: le prime tre si sono articolate in un'applicazione di Hilterapia® e in un bendaggio, mentre nelle successive tre il trattamento con la terapia di ASAlaser è stato effettuato in dinamica con mobilizzazioni attive e passive dell'articolazione tibio tarsica. Sin dalla prima sessione si è notato un netto miglioramento contraddistinto dalla radicale diminuzione dell'edema e del dolore*». A conclusione del ciclo di Hilterapia® prescritto il paziente non lamentava nessun dolore alla palpazione tanto da proseguire nella riabilitazione con esercizi sia propriocettivi per la tibio tarsica, sia di rinforzo muscolare. «*La terapia di ASAlaser* – conclude Germano – *è stata determinante soprattutto nella riduzione del dolore e nel trattamento dell'edema, tanto da consentire il migliore recupero in tempi ridotti*».

ASAlaser dialoga con te, anche su Facebook.

ENTRA IN FACEBOOK E CLICCA "MI PIACE" ALLA PAGINA UFFICIALE DI ASALASER. POTRAI SEGUIRE I NOSTRI AGGIORNAMENTI, CONOSCERE TUTTI GLI EVENTI A CUI TI INVITIAMO, CONDIVIDERE CON PROFESSIONISTI ED ESPERTI INFORMAZIONI E CURIOSITÀ, COMMENTARE I NOSTRI POST E SOPRATTUTTO CHIEDERCI DI PIÙ SU CIÒ CHE TI INTERESSA.

TI ASPETTIAMO QUI

facebook.com/asalaser

LA MALEDIZIONE DI **MONTEZUMA**

O ANCHE LA VENDETTA DI TUTANKHAMON : TUTTO QUELLO CHE C'È DA SAPERE SULLA DIARREA DEL VIAGGIATORE

A cura del dott. **Andrea Rossanese**, Specialista in Medicina Interna
Certificato per la Medicina dei Viaggi

© Can Stock Photo Inc. / sumners

Conosciuta con i nomi esotici di "vendetta di Montezuma" o "vendetta di Tutankhamon" a seconda del luogo visitato, la diarrea del viaggiatore è definita come l'emissione nell'arco delle 24 ore di 3 o più scariche di feci liquide o poco formate, talvolta associate a uno o più dei seguenti sintomi: nausea, vomito, febbre, dolori addominali, muco o sangue nelle feci. Tali manifestazioni si presentano durante o immediatamente dopo un viaggio e in genere si risolvono entro alcuni giorni. Tuttavia tra il 30 e il 50% di coloro che ne sono colpiti sono costretti a modificare i piani di viaggio e se questo, nel caso di una vacanza, può significare solo un brutto ricordo, nel caso di un viaggio d'affari può significare anche importanti perdite di opportunità o di danaro. La diarrea del viaggiatore colpisce il 30-40% di tutti coloro che da un paese a buone condizioni igienico-sanitarie si spostano verso uno a condizioni igienico-sanitarie precarie. Le cause sono batteriche (80%), parassitarie (12%) e virali (8%). Tutti i viaggiatori sono potenzialmente esposti al rischio di contrarre una diarrea, anche coloro che soggiornano in alberghi lussuosi, dal momento che il numero delle stelle che classifica l'albergo non sempre combacia con il numero delle stelle...della cucina!

La prevenzione di tale malattia si basa tradizionalmente sul detto: "Se un cibo non puoi né farlo bollire né cuocerlo né sbucciarlo, lascialo perdere". Tuttavia la realtà ha dimostrato che è quasi impossibile riuscire ad applicarlo alla lettera. Il presidio preventivo più importante di tutti rimane la buona pratica di lavarsi sempre le mani con acqua e sapone prima di mangiare. Poi ci sono le scelte alimentari: si dovrebbe sempre bere acqua proveniente da fonti sicure o fatta bollire o imbottigliata (meglio se gassata). Sono generalmente affidabili le bibite del commercio (ottenute da processi di lavorazione industriale), il vino, la birra e le bevande bollenti (tè, caffè) purché appena preparate. Altri consigli preventivi comprendono: evitare il ghiaccio e le bibite non sigillate; consumare latte e latticini solo se si è serti che siano stati pastorizzati; evitare i gelati artigianali e i dessert con creme o panna; mangiare cibi ben cotti e

serviti molto caldi; mangiare frutta dalla buccia spessa, sbucciandola da sé ed evitando le macedonie già pronte; evitare crudità di tutti i tipi (verdure, specie se in foglia, carni, pesci); scegliere preferibilmente cibi poco elaborati e non facilmente deperibili (es pane, biscotti secchi e simili). Solitamente non è indicata alcuna prevenzione farmacologica della diarrea del viaggiatore e non esiste un vaccino specifico.

La terapia si basa innanzitutto su una adeguata assunzione di acqua (per evitare di disidratarsi). In secondo luogo non si deve commettere l'errore di digiunare (si peggiora la diarrea!), ma si deve continuare ad alimentarsi prediligendo alimenti naturalmente astringenti, come riso e patate. Nei casi più lievi si possono utilizzare farmaci sintomatici che riducono il numero delle scariche. Si ricorre agli antibiotici solo nei casi più gravi (con più di 6-8 scariche al giorno), quando con le feci si eliminano anche sangue o muco o pus e sempre quando ci sia febbre > 38°C. In questa fase, l'abbinamento di un probiotico accelera il ritorno alla normalità, favorendo la crescita dei microrganismi normalmente presenti nell'intestino.

La diarrea del viaggiatore, quindi, è una malattia evitabile. Ricordarsi le più comuni misure igieniche, come il banale lavaggio delle mani prima di mangiare, fa sì che sia meno probabile portarsi a casa dal viaggio "souvenir" a dir poco spiacevoli e certamente indesiderati.

L'AVVENTO DELLA STAMPA IN 3D NELLA **TECNICA ORTOPEDICA**

a cura del Presidente di Orthomedica Variolo **Massimo Pulin** e dell'ing. **Giorgia Sartorato**

Nel Settore della Tecnica Ortopedica, per realizzare supporti di protezione o sostegno (ad esempio busti per scoliosi), ancora oggi, prevale il metodo di rilevazione delle misure dei segmenti corporei mediante calco gessato, stilizzazione del modello (gessato) e termo-formazione della plastica (polietilene). Questo procedimento richiede una buona forza fisica da parte dell'operatore a causa del peso dei modelli di gesso e vi è inoltre, un rischio per la sicurezza del lavoratore (vedi D. Lgs n. 626/1994 che regolamenta la sicurezza sui luoghi di lavoro). Orthomedica Variolo Srl, grazie alla collaborazione con G-Factory3D, darà la possibilità di passare ad una metodica di lavorazione molto più semplice, pratica e sicura. La tecnica in questione, consiste nell'utilizzo di software cad per la fase di acquisizione dei modelli virtuali e di una fresa a controllo numerico o stampante 3D per la realizzazione del modello solido.

Fase di ACQUISIZIONE: si esegue con un tablet (iPad) a cui si applica un dispositivo di scansione, il cui funzionamento è basato su un sistema a luce strutturata. Il dispositivo, proietta un pattern di pixel sull'oggetto in scansione e riscostruisce il modello scelto, in 3D (nel nostro caso può essere un volto, una gamba etc.).

Fase di MODELLAZIONE: una volta acquisito il modello in 3D, viene stilizzato mediante software di elaborazione a seconda dell'utilizzo che se ne deve fare: si può torcere, ruotare, allungare, allargare e infine "scolpire" con strumenti digitali come scalpello, carta vetrata etc. Una volta ottenuta la forma desiderata, viene salvato il file elaborato in formato STL (tra i più utilizzati sia da Stampanti 3D che Frese a controllo numerico).

Fase di PROTOTIPAZIONE: sono disponibili due metodi principali: Stampa 3D o fresatura. La STAMPA 3D prevede l'utilizzo di filamenti di polimeri, che, estrusi, vanno a formare, mediante sovrapposizione di strati, l'oggetto desiderato. Fra i materiali in commercio quello da noi utilizzato è il PLA. L'acido polilattico, o PLA, è un termopolimero generato dalla fermentazione del mais che può essere estruso e stampato, sia ad iniezione che a soffiatura. Questo materiale è estrudibile a temperature intorno a 200-230 °C, non emette sostanze tossiche per l'uomo (se estruso alle temperature indicate) ed è reperibile sul mercato sotto forma di filamenti colorati o neutri e dal diametro variabile (in genere 3mm o 1.75mm).

FRESA A CONTROLLO NUMERICO: essa, muovendosi sugli assi x,y,z, va ad asportare materiale da un blocco compatto di poliuretano espanso fino ad ottenere la forma prestabilita con la progettazione. Infine, sia sul modello stampato che su quello fresato, viene deposto il materiale termoplastico che, raffreddandosi, diventa una protezione o un supporto applicabile al corpo umano.

E TU DOVE VAI IN **VACANZA**?

IL PARADOSSO DELL'ITALIANO CHE NON CONOSCE CASA SUA

di **Margherita De Nadai**

Quando ho la possibilità di andare in vacanza, o anche di trascorrere un semplice weekend fuori porta, non sono mai convinta della meta. L'Italia ha così tante bellezze, scegliere la regione o la località più bella è impossibile.

Amo la montagna, apprezzo molto il mare, vado matta per le città d'arte e per l'atmosfera magica dei borghi. Non saprei dire se la vacanza al mare più bella che ho passato è stata in Salento o in Calabria. Come non ricordare con nostalgia, poi, la costa abruzzese e quella marchigiana, o quelle gite in Sicilia, tra Etna, mare e rovine greche. E le bellezze artistiche della Toscana e dell'Umbria? Non riesco mai a decidermi quale delle due regioni centrali preferisco! Per non parlare del Lazio, che tra Roma, il mar Tirreno, e le meraviglie etrusche e romane mi ha fatto vivere sempre piacevoli giorni.

E le povere Molise e Basilicata, delle quali tutti confondono i rispettivi capoluoghi, sono fucina di tante piacevoli sorprese!

E poi l'Emilia Romagna, di cui non esiste solo la riviera, ma anche un entroterra verde e ricco di storia e tradizioni. La Liguria e le sue particolarità morfologiche. Ricordo con emozione quando sono salita in cima al Monte Bianco in Valle d'Aosta, mentre in Piemonte torno sempre molto volentieri. Il Duomo a Milano non smette mai di affascinarmi e la vicina Friuli-Venezia Giulia è spesso meta anche solo di una gita in giornata. Posto d'onore nel mio cuore ce l'ha il Trentino-Alto Adige, regione nella quale non appena posso mi rifugio a ritrovare pace, equilibrio e rigenerazione.

Vogliamo parlare, infine, del nostro Veneto? Credo che la nostra sia una regione completa: abbiamo tutto, il mare, le montagne, le colline, la pianura, e l'arte!

Conosco piuttosto bene l'Italia, ho la fortuna di avere avuto una famiglia che sin da piccolina mi ha insegnato ad apprezzare il mio Paese, e che ha avuto la possibilità - anche economica - di farmela scoprire: i miei genitori, infatti, mi hanno sempre detto che prima di conoscere il mondo, è bene conoscere la propria terra. Ed è proprio questo il messaggio che vorrei diffondere tra queste righe.

Non è sbagliato viaggiare all'estero, anzi. Anch'io quando sono stata in America ho realizzato uno dei sogni della mia vita! Ma conosco molti giovani che hanno girato il mondo, sono stati negli Usa, in Australia, in Nuova Zelanda, hanno visitato tutte le capitali europee, e non sanno nemmeno in che regione stiano ad esempio Viterbo, Teramo, o Arezzo. Conosco bambini che a 10 anni sono già stati a New York, ma non sanno nemmeno i capoluoghi di provincia della propria regione. Conosco ragazzi che disprezzano tanto l'Italia, senza nemmeno averla mai vista, al di fuori delle immagini televisive e al di là della propria città. E tutto questo spesso perché è molto più "trendy" dire che si è stati in vacanza all'estero, piuttosto che in Italia.

Vado in giro per l'Italia e lungo il mio cammino incontro frotte di turisti come me, ma sono tutti stranieri.

Ecco, italiani, visitate e scoprite l'Italia, ve ne innamorerete! Conoscete il vostro Paese, lo apprezzerete di più e capirete ancora meglio quello che vedrete al di fuori del confine. Senza dimenticare mai la nostra storia e le nostre origini.

Ps. Nel mio elenco delle regioni, ne manca una: la Sardegna, solo perché non ho ancora avuto il piacere di andarci. Ma spero di colmare al più presto la mia lacuna!!!

LA **GUERRA** DEI NOSTRI NONNI

UN INSIEME DI RACCONTI E TESTIMONIANZE RACCOLTE E SAPIENTEMENTE UNITE DAL GIORNALISTA ALDO CAZZULLO

di **Margherita De Nadai**

Racconti di episodi feroci, carichi di tensione sociale, e racconti teneri di amori e di amicizie di cui si è persa la memoria. Riferimenti a personaggi storici come il pittore futurista Umberto Boccioni e il poeta Giuseppe Ungaretti, e i brani di scrittori famosi come Carlo Emilio Gadda e Giuseppe Ungaretti. Racconti di una straordinaria umanità, che considera tutti i punti di vista di chi visse il tragico periodo della Grande Guerra: soldati, contadini, ufficiali di nobile stirpe, ma anche donne, portatrici, prostitute, crocerossine; scrittori e poeti, prigionieri, dissidenti, patrioti, spie. Tutte le voci dei nostri nonni, da nord a sud, raccolte nelle commuoventi pagine scritte dal giornalista del Corriere della Sera Aldo Cazzullo "La guerra dei nostri nonni", un libro che riscrive la storia raccontando la vita e la morte al fronte, con uno sguardo rivolto in particolare alle persone che l'hanno vissuta e combattuta, ai soldati e alle tante donne che hanno dimostrato di poter fare le stesse cose degli uomini, come lavorare in fabbrica, guidare i tram, laurearsi, insegnare.
Un libro realizzato unendo milioni di cartoline postali spedite da casa dai soldati italiani durante la Prima Guerra mondiale, le testimonianze rinvenute nei diari dei soldati semplici, conservati con cura nel Museo storico di Trento e nel Museo della guerra di Rovereto, e le testimonianze dei parenti e dei reduci raccolte direttamente dall'autore, insieme agli articoli apparsi sui giornali del tempo, in cui giornalisti raccontano i loro reportage dal fronte, e ai racconti dei grandi poeti e scrittori italiani.

Aldo Cazzullo in "La guerra dei nostri nonni" rispolvera quelle lapidi che sono spesso ignorate o forse poco notate dedicate al conflitto del '15-'18, che vide per protagonisti moltissimi giovanissimi di allora - i famosi ragazzi del '99, mal armati dai governi di allora, impreparati tecnologicamente e strategicamente, e mandati letteralmente a morire - e tantissimi fanti-contadini, che seppero difendere la loro terra e le loro montagne con grandissimo valore. Un esercito di italiani che doveva quotidianamente fronteggiare il freddo causato dal cattivo equipaggiamento, la fame, le scarse condizioni igieniche, le malattie letali, come il tifo, il colera e l'influenza spagnola, e comandato da una manciata di generali impreparati e talvolta sadici, che non videro mai le linee nemiche e che decimarono i loro stessi uomini. Un drammatico racconto della fatica della trincea, dei caduti e dei feriti, delle munizioni, delle bombe e del gas, che tutti possiamo ancora contribuire a ricordare e tramandare.

"La guerra dei nostri nonni"
Aldo Cazzullo
Ed. Mondadori

SIMEU E CITTADINANZATTIVA PRESENTANO LA **CARTA DEI DIRITTI** DEL PRONTO SOCCORSO

di **Umberto Iazzetta,** Presidente Cittadinanzattiva- Tribunale per i Diritti del Malato Regione Veneto. Membro della Direzione Nazionale di Cittadinanzattiva e componente della commissione Regione Veneto delle Cure Palliative e contrasto della sofferenza e dolore inutile

Fare squadra, è risaputo, contribuisce a raggiungere migliori risultati e in minor tempo; però questa volta fare squadra significa molto di più. Simeu – Società Italiana di Medicina Emergenza Urgenza - e Cittadinanzattiva-Tribunale per i Diritti del Malato - lavorano insieme per ottenere in tutti i pronto soccorso italiani cure efficaci per i cittadini e migliori condizioni di lavoro per gli operatori sanitari. La partnership, che giunge alla seconda edizione quest'anno, avrà un obiettivo specifico: ci sarà un focus sulla gestione del dolore in emergenza. Solitamente ci occupiamo delle lunghe attese e della gestione del triage, (sistema a codici che regola l'accesso al P.S. sulla base delle criticità e urgenza delle cure), invece questa volta affronteremo un punto chiave che fino ad oggi per ragioni inspiegabili non veniva mai chiesto all'accoglienza: il grado di dolore e dunque di sofferenza provato dal paziente.

Abbiamo da poco ottenuto che il grado di dolore fosse riportato in cartella clinica quando si è ricoverati ma, mai in pronto soccorso; e siamo seriamente intenzionati a verificare vi sia la stessa attenzione anche al P.S.

Bisogna però partire con il piede giusto e considerare prima di tutto le condizioni di lavoro degli operatori sanitari. Non è facile gestire situazioni al limite della sopportabilità e considerare la sofferenza semplicemente conseguenza della malattia.

Una volta individuata la causa che lo provoca, il dolore va affrontato e curato da professionisti come vera e propria malattia. Recentemente abbiamo sottolineato le stressanti ed estenuanti attese che certo non agevolano il rapporto operatore/cittadino. Su tutto il territorio nazionale ci sono 844 pronto soccorso, in cui lavorano 12.000 medici e 25.000 infermieri, si tratta di circa 24 milioni di accessi ogni anno; giusto per capire di cosa stiamo parlando.

Soltanto in Veneto vi sono 44 pronto soccorso che hanno accolto e assistito circa 2 milioni di persone (rapporto annuale realizzato e diffuso dal Centro Regionale Urgenza Emergenza -CREU- della Regione Veneto). Si tratta di realizzare una Carta dei Diritti al P.S. iniziando proprio dalla cura del dolore al momento della presa in carico del paziente, sin dall'accettazione, e successivamente, se il medico ritiene necessario il ricovero in reparto, inserirlo in cartella clinica. Certo non è cosa semplice ma, una volta acquisito che la non sofferenza è diritto riconosciuto, diventa routine prescrivere il farmaco idoneo già dal primo momento. In ogni caso, all'inizio degli anni 2000 Cittadinanzattiva ha realizzato la campagna "non siamo nati per soffrire" con gazebo in tutta la penisola e sono state distribuite guide utili per sensibilizzare cittadini e operatori sanitari alla non sofferenza. In buona sostanza si dovrà salvaguardare: diritto alla presa in carico; diritto alla dignità personale; diritto alla continuità del percorso di cura; diritto alla prevenzione delle emergenze evitabili; diritto alla competenza; diritto all'informazione; diritto a rimanere al pronto soccorso il tempo minimo indispensabile, e comunque non oltre le sei ore necessarie per trattamenti di stabilizzazione e per il sollecito trasferimento ad una sistemazione idonea.

© Can Stock Photo Inc. / jcpir

L'ASCOLTO DEL PAZIENTE È FONDAMENTALE. **MA ANCHE DEL MEDICO**

a cura di **Giampietro Vecchiato**, professore a contratto all'Università di Padova
e Senior partner di P.R. Consulting srl, Padova

Si sente sempre più spesso parlare di Medicina Narrativa. Si tratta, in sintesi, dell'idea che il racconto in chiave personale o soggettiva della malattia e della salute, concorra a migliorare l'efficacia della medicina. Un'attenzione smisurata rispetto all'ascolto del medico nei confronti del paziente dunque, ma quasi banale se si pensa che è proprio nelle professioni d'aiuto quali medici, psicologi, infermieri, psichiatri, insegnanti/educatori, poliziotti, etc, che la "relazione" ha un ruolo centrale.

Certo, se ne parla proprio per la carenza d'ascolto denunciata da numerosi pazienti. Da molte ricerche si evince che quasi mai il paziente ha tempo per raccontare di se e della propria malattia e che sia il medico ad indirizzare il colloquio a scapito di informazioni utili per la diagnosi, il trattamento e la prognosi. Sia chiaro, è fondamentale che ci sia un cambiamento in questo senso. Ma quando si parla di Medicina Narrativa è utile capire "perché" il medico deve mettere in atto questi comportamenti.

La Psicologia del Lavoro ci parla di un fortissimo meccanismo di difesa, conosciuto, ma poco preso in considerazione: il burnout. Il termine è una metafora significativa perché da l'idea di un'energia che si esaurisce, del fuoco dell'entusiasmo che a poco a poco si spegne. Ne parla per la prima volta la psichiatra americana C. Maslach nel 1975, configurandolo come lo stadio finale di un meccanismo di difesa, strategia inconsapevole che ha tuttavia i suoi antecedenti in atteggiamenti positivi, di coinvolgimento nei confronti dei pazienti, in aspettative professionali che ad un certo punto vengono disattese. Occuparsi della sofferenza degli altri in contesti organizzativi complessi, che implicano richieste di assistenza sempre maggiori senza dare la possibilità di elaborare le situazioni, può indurre gli operatori sanitari ad innalzare barriere difensive tra loro e il paziente. Il confronto continuo con la sofferenza può diventare insostenibile e comportare un forte impegno sul piano emotivo; a ciò si aggiungono le molteplici richieste fatte ai professionisti, non sempre attinenti alla professione d'aiuto, e magari i mancati riconoscimenti e feed back sul lavoro svolto, da parte dei loro superiori, colleghi o pazienti. Numerosi elementi che concorrono a creare quel distacco psicoemotivo, meglio interpretato come una "presa di distanza" rispetto alle caratteristiche centrali del proprio lavoro. L'arrivare a detestare ciò che probabilmente aveva motivato la scelta iniziale.

Detto ciò, "il medico stesso è il primo e principale farmaco per il paziente", e su questo non c'è dubbio. Lo diceva lo psicoanalista ungherese Michael Balint nel lontano 1957. L'ascolto, l'empatia diventano cruciali nel favorire il rapporto tra il medico e il paziente, aiutando quest'ultimo a capire meglio la diagnosi e la prognosi. Un vero e proprio strumento clinico. In America la insegnano all'università. Incredibile. Il Massachusetts General Hospital (htto://empathetics.com) e altri ospedali universitari di Harvard hanno cominciato a inserire nei piani di studio i corsi di empatia. Alla Columbia ci sono workshop e master in medicina narrativa. Il test di ammissione alla facoltà di Medicina prevede domande di psicologia e comportamento umano e l'Association of American Medical Colleges ritiene che un buon medico deve essere in grado di capire e avere a che fare con le persone, non solo essere clinicamente competente. Dopo queste premesse urge trovare una soluzione. La capacità di creare una relazione qualitativa con il paziente deve essere una prerogativa del medico, tanto quanto la preservazione dello stato di salute mentale del medico stesso. Se una qualità così umana come l'empatia si può insegnare e dunque, in misura diversa, apprendere, urge trovare un rimedio per quanto riguarda l'atteggiamento distaccato dell'operatore sanitario. Perché non ci si può limitare a denunciare un comportamento o una dinamica diffusa, ma più costruttivo sarebbe individuarne le cause per poter poi trovare una soluzione. Ma la strada è ancora lunga.

(ha collaborato Enrico Trevisiol)

© Can Stock Photo Inc. / 4774344sean

FEDERICO BONALDI
LA MAGIA DEL RACCONTO SCULTURE CERAMICA GRAFICA

BASSANO DEL GRAPPA, CIVICI MUSEI – NOVE, MUSEO DELLA CERAMICA DAL 13 GIUGNO AL 18 OTTOBRE 2015

di **Margherita De Nadai**

Quando si parla di ceramica, si pensa subito ai tradizionali vasi che ognuno di noi ha in casa, o al classico servizio da tè, o ancora, ai piatti popolari di solito esposti nelle vecchie trattorie. Con Federico Bonaldi, la ceramica non è nulla di tutto ciò. Lo si scopre visitando la mostra "La magia del racconto – sculture ceramica grafica" , in corso a Bassano del Grappa fino al 18 ottobre 2015. A cura di Giuliana Ericani, Nico Stringa e Antonio Bonaldi, la mostra riunisce - da collezioni pubbliche e soprattutto private - oltre 130 sculture in ceramica dell'artista datate tra il 1951 e il 2012 (esposte nella sede del Museo Civico di Piazza Garibaldi), oltre 50 fogli ed incisioni, esposte al Museo della Ceramica e della Stampa di Palazzo Sturm, oltre alla giocosa sequenza di 200 cuchi al Museo della Ceramica di Nove. L'intera operazione è organizzata dal Comune di Bassano del Grappa – Assessorato alla Promozione del Territorio e alla Cultura – in collaborazione con il Comune di Nove, sotto il patrocinio della Regione Veneto e dell'AiCC Associazione Italiana Città della Ceramica. Bonaldi, nella sua vita, si è incessantemente impegnato a amalgamare nelle sue creazioni gli elementi delle più disparate culture e tradizioni di cui era appassionato cultore: dai bestiari medievali alla Cabala ebraica, dalla mitologia andina alla religiosità barocca, dalle iconografie Pop alle immagini paleolitiche.

La mostra si dipana lungo le cinque Stanze della Creazione, ovvero in cinque sezioni che richiamano lo spirito del Laboratorio bonaldiano. In apertura la produzione iniziale degli anni '50 e '60, che rielabora le lezioni dei maestri della Scuola d'Arte di Nove e dell'Accademia di Venezia.

Fa seguito la seconda fase, in cui l'autore si ritira in laboratorio dove lascia libero spazio alla felicità creativa e dà voce al proprio universo di memorie, emozioni, valori umani e affettivi. La terza sezione è riservata alle Grandi sculture, mentre un discorso a parte sono i Geroglifici, segni moniti da una dimensione arcaica, primitiva, ancestrale, se non addirittura limpidi giochi infantili. L'itinerario si chiude con la quinta ed ultima sezione riservata alle installazioni su pannelli, assemblaggi di tessere ceramiche create su suggestioni visive di volta in volta emerse dalla memoria, dalla cronaca, dalla emotività. Molti riconoscimenti ufficiali sono stati conferiti a Bonaldi, come molti e importanti sono stati i tributi internazionali a lui dedicati. Nel suo laboratorio creativo in riva al Brenta, nel cuore di Bassano, Bonaldi (nato nel 1933 proprio in questa cittadina, dove è anche deceduto nel 2012) ha continuato a cercare forme sempre nuove, a seguire un suo filo di ricerca, considerando superfluo ciò che la critica e il mercato nel frattempo riconoscevano e richiedevano.

• Federico Bonaldi: Lavoro felice, 1975

I DOLCI DI **GIUGNO**

SEMPLICI MA ADATTI PER I PRIMI GIORNI DI CALDO

© Canstock Photo Inc. / Dusan

di **Maria Stella Zaia**

Oggi vi voglio proporre una ricetta veramente facile più o meno copiata da un gourmant famosissimo come l'Artusi, e cioè il Gelato alle Pesche.
In questa stagione infatti le pesche abbondano e spesso arrivano a maturazione prima che si riesca a consumarle.

Ingredienti

1,5 kg di pesche ben mature
200 gr. di zucchero
poca acqua circa 100-150 cc.
una manciata di gocce di cioccolato fondente

Preparazione

In una pentola dal fondo spesso, mettere le pesche sbucciate e tagliate a dadini. Aggiungere lo zucchero e l'acqua, e mettere su una fiamma dolce (in pratica si procede come per una marmellata) e si cuoce sino a quando lo zucchero si è sciolto. A questo punto si danno altri 5 minuti di cottura. Fatto quanto detto precedentemente si frulla il composto (chi non avesse il frullatore può usare il passaverdura) ed una volta ottenuto un composto omogeneo si mette a raffreddare nella ghiacciaia del frigo avendo cura ogni tanto di sbattere il tutto con due forchette per far in modo che si incorpori più aria possibile. Prima che il gelato diventi troppo duro si aggiungeranno le gocce di cioccolato, poiché se le avessimo aggiunte a composto caldo avrebbero potuto dare un brutto colore al gelato. Lasciare poi raffreddare per almeno 8 ore. Togliere il gelato dal frigo 10 minuti prima di servirlo, in modo che abbia la giusta cremosità, guarnire a piacere con scagliette di cioccolato.
Buon appetito

AREA IMPIANTI s.n.c.
Pronto Intervento 24h su 24h
ELETTRICITÀ SICUREZZA
CONDIZIONAMENTO
GABRIELE 338.5612012 • DAVIDE 349.2962713
Via Bagnoli, 12 - 35010 CADONEGHE (Padova)
Fax 049.700804 - mail: area.imp@alice.it
• IMPIANTI CIVILI • INDUSTRIALI • DOMOTICA • FOTOVOLTAICI • CITOFONIA
• CANCELLI ELETTRICI • ANTENNE TV-SAT • ANTIFURTO • VIDEOSORVEGLIANZA
• TRASMISSIONE DATI • CONDIZIONATORI • INSEGNE LUMINOSE
• MANUTENZIONE • SERVIZIO ANTIALLAGAMENTO

IL SEME DELLA **SOLIDARIETÀ SOCIALE**

La disillusione è il tradimento consapevole della speranza. E' una colossale bugia, che si racconta quando forse non si ha il coraggio della verità. La verità, che il rapporto sulle povertà della Caritas italiana, ha il nome di false ripartenze, quelle propinate come balsamo ipocrita a indebolimenti che persistono e non migliorano. Non siamo fuori dal tunnel e non serve leggere il rapporto della Caritas per capirlo. La crisi c'è, si sente e morde ancora pesantemente, perché azzanna organismi fiaccati da una pressione che, seppur rallentata, non trova più quell'energica resistenza, opposta all'inizio del cammino nella selva oscura. Per moltissimi un tempo senza problemi, il quotidiano è diventato una lotta titanica alla sopravvivenza, per quelli già bordeline è stato il colpo di grazia. I soldi non sono tutto, ma risolvono molti disagi è inutile negarlo, sarebbe anche questa una falsa ripartenza. Monete tintinnanti ce ne sono poche nelle tasche di giacche e pantaloni, ma anche nelle casse delle istituzioni ed anche le migliori intenzioni possono sfracellarsi contro il muro della non alternativa. Meno risorse, meno servizi: un'equazione elementare nella sua linearità logica, ma i servizi servono alle persone, non sono un diritto superfluo, un vezzo di sinistra, uno slogan da propinare in campagna elettorale, sono indispensabili per un paese che vuole ritenersi civile e solidale. Voglia di occuparsi degli altri ce ne è molta però, una voglia che anima cooperative, associazioni, volontari, fondazioni, liberi pensatori che arrivano per primi laddove è emergenza, e non c'è tempo per sterili discussioni nelle assemblee amministrative. Il fermento di idee, proposte e soluzioni di chi condivide il disagio con chi ne è vittima, è un seme capace di germogliare con semplici regolette di palazzo, basterebbe che qualcuno si prendesse la briga di scriverle...

Hilterapia®

MLS® Multiwave LockedSystem

Siamo orgogliosi di migliorare la qualità della vita delle persone. Dal 1983.

Da oltre 30 anni ASAlaser è punto di riferimento nella tecnica del Laser finalizzata al reale e rapido benessere del paziente. Nei centri specializzati Hilterapia® e Laserterapia MLS® ASAlaser curiamo con successo problemi legati all'artrosi, a tutte le patologie dolorose e infiammatorie, a dolori articolari, edemi, ematomi, piaghe, ulcere: perché la qualità della vita dei nostri pazienti è da sempre l'obiettivo del nostro lavoro. **www.asalaser.com**

ASA LASER

Research and Therapeutic Solutions

Seguici su:

Padimo
Associazione malattia di Parkinson
e disordini del movimento

PADIMO
Associazione di malattia di Parkinson e disordini del movimento

Ricordati di noi per la scelta della destinazione del 5 per mille

Sostegno del volontariato
Codice fiscale: 92233140281