PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno 9, numero 2
Marzo - Aprile 2016
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

RIFORMA DELLA SANITÀ
I nuovi servizi per il territorio: la mappa, i numeri

FOCUS
Tomosintesi, nuove frontiere diagnostiche del tumore al seno

MINIFOCUS
Le apnee notturne e la licenza di guida

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 9 - numero 2 - marzo - aprile 2016

Sommario

La vignetta

Quando il sonno arriva all'improvviso 5

Editoriale

Ricerca e sviluppo 7

Primo piano: Nascono le MGI

Sanità veneta, un modello che piace 8
Lavori in corso 9
La mappa delle MGI 11
Medici non più soli 13
Sanità e territorio: è il momento di collaborare 16
Un sistema integrato anche con il comparto privato 18
Quale ruolo della specialistica ambulatoriale per il modello Veneto 19
Cos'è (o cosa dovrebbe essere) la medicina del territorio 21

Focus: la tomosintesi della mammella

Tomosintesi, nuove frontiere diagnostiche del tumore al seno 22
La tomosintesi della mammella 23
Alla ricerca dell'innovazione continua 25

Minifocus: le apnee notturne

Apnee notturne e licenza di guida:
l'Italia si adegua alla direttiva europea 34
Apnee: la parola allo specialista 36
Come si applicano le nuove regole 37
Notizie dalle Ulss 39

Rubriche

Le piante pericolose 48
Pediatra, genitore e bambino: una "strana relazione a tre". 50

Interessi

Pashedu. Un artigiano alla corte dei faraoni 52
Viva la mamma e il papà 53
Piego di libri: Jonathan Franzen - Purity 54
Una ricetta per le mamme che piacerà ai bambini 56
Quiche di asparagi 57
L'ape regina: pronto, ho mal di pancia! 58

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
Antonella Prigioni, Margherita De Nadai, Gaia Bortolussi, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via Santa Maria Assunta n. 3l
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

Ha collaborato a questo numero
Davide Zanella

In copertina:
© Canstock Photo Inc. / PokerMan

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

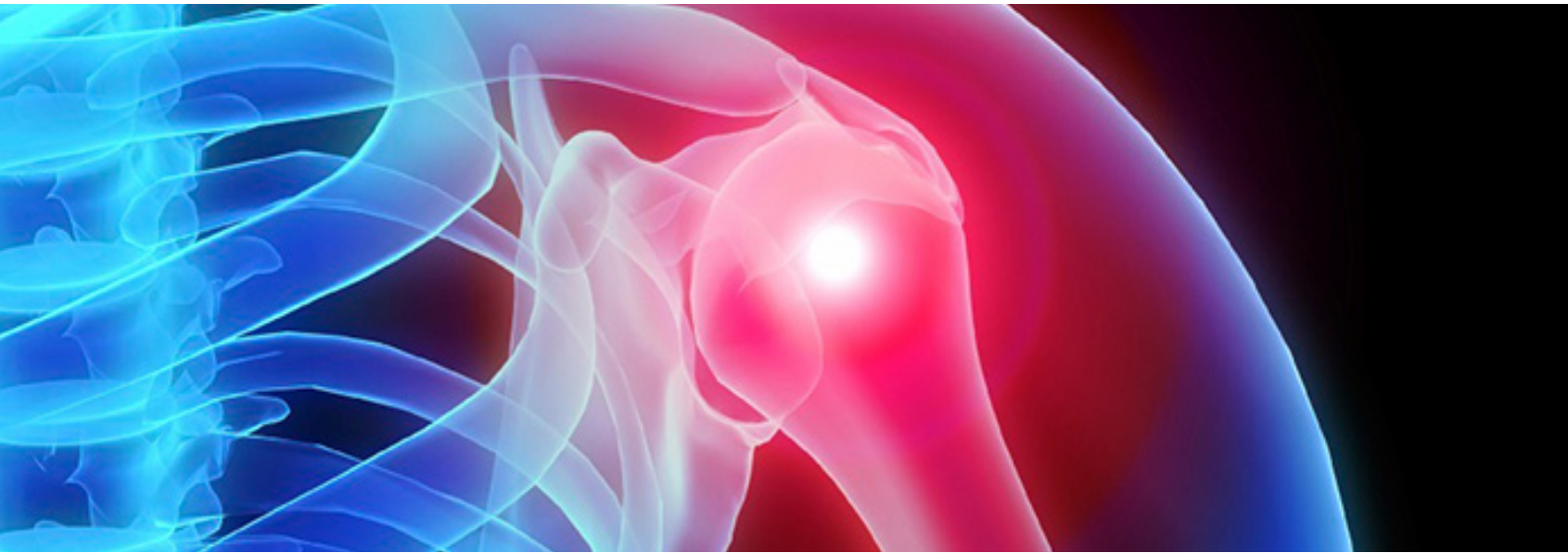
Fotolito e stampa
Tipolito Moderna S.r.l., Via A. De Curtis 12/A, 35020 Due Carrare (PD), mail: info@tipolitomoderna.com sito: www.tipolitomoderna.com

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 20.000 copie

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 12 aprile 2016

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.

L'utilizzo della Caretherapy a radiofrequenza pulsata nelle patologie di spalla



La patologia di spalla è frequente sia tra uomini che tra donne, a volte diventa invalidante e può portare anche ad interventi chirurgici impegnativi, che determinano molte ore di assenza dagli ambienti di lavoro. L'eziopatogenesi della lesione dei tendini della cuffia dei rotatori (muscoli importanti per mantenere la funzionalità articolare della spalla) è multifattoriale, significa che sono molte le cause e concause a favorire la tendinopatia e nei casi più gravi la lesione dei tendini della cuffia dei rotatori.
Ad oggi le tecniche chirurgiche sono molto evolute (artroscopia) e mininvasive, ma anche dopo un ottimo intervento è richiesta una riabilitazione specialistica mirata alla ripresa funzionale della spalla. Grazie alla terapia con diatermia a radiofrequenza pulsata (DIATER2) siamo in grado di favorire sia il recupero biologico di una lesione dei tendini della cuffia dei rotatori non chirurgica, sia il recupero di una spalla post chirurgica.
In una spalla dolorosa acuta serve ridurre dolore ed infiammazione ed in fase acuta serve la cura farmacologica (FANS, infiltrazione di cortisone) in quanto più efficacie, poi pero' in fase sub acuta serve ripristinare la FUNZIONE, significa ridare la possibilità al paziente di tornare ad utilizzare la sua spalla nell'ambiente lavorativo, nello sport, nei lavori di casa, ecc. In fase sub acuta serve mobilizzare la spalla in ambito riabilitativo, la definiamo chinesiterapia passiva ed attiva assistita, se insieme alla mobilizzazione applichiamo una termoterapia (diatermia) si riesce a facilitare il movimento articolare riducendo il dolore, aumenta la vascolarizzazione dei tendini della cuffia dei rotatori (normalmente poco vascolarizzati). Il terapista effettua la seduta ponendo un elettrodo sulla spalla mentre favorisce il movimento del paziente, riesce così a coordinare il movimento facendo stretching sui muscoli rigidi e potenziare con l'esercizio attivo i muscoli deboli.
Questa metodologia oggi anche applicata all'estero ed in medicina sportiva prende il nome di **CareTherapy**. Fondamentale nella patologica di spalla è non solo curare la tendinopatia, ma RIABILITARE la funzione in modo da ottenere un risultato nel medio lungo termine.

di Gianluca Bernabei

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

QUANDO IL **SONNO** ARRIVA ALL'IMPROVVISO

di **Davide Zanella**

Agenzia Allianz Padova Sud

C & D Assicurazioni Srl

VIA MARCO POLO 3 - PADOVA (PD)
Tel. 049 8804492 Fax 049 8804714
info@cdassicurazioni.it www.cdassicurazioni.it
orario continuato

Allianz 1 Business

L'abbonamento alla serenità per la tua impresa

Marco, per la sua autofficina a Padova ha scelto la protezione Allianz1 Business a:

45€ /mese

DANNI A TERZI	DANNI AL CONTENUTO	FURTO E RAPINA
22€ /mese	6€ /mese	15€ /mese

EMERGENZE IN AZIENDA
2€ /mese

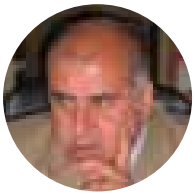
Proteggi la tua attività con una piccola spesa mensile

Allianz

AVVERTENZA: Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Prima della sottoscrizione leggere i Fascicoli Informativi disponibili in agenzia e sul sito Allianz.it. Il profilo indicato è a puro scopo esemplificativo, elementi di personalizzazione diversi possono determinare premi differenti. Per conoscere il dettaglio delle garanzie scelte chiedi in agenzia. I premi sono comprensivi delle imposte. Durata minima contrattuale: 12 mesi. Premio minimo Allianz1 Business: 5 euro al mese.

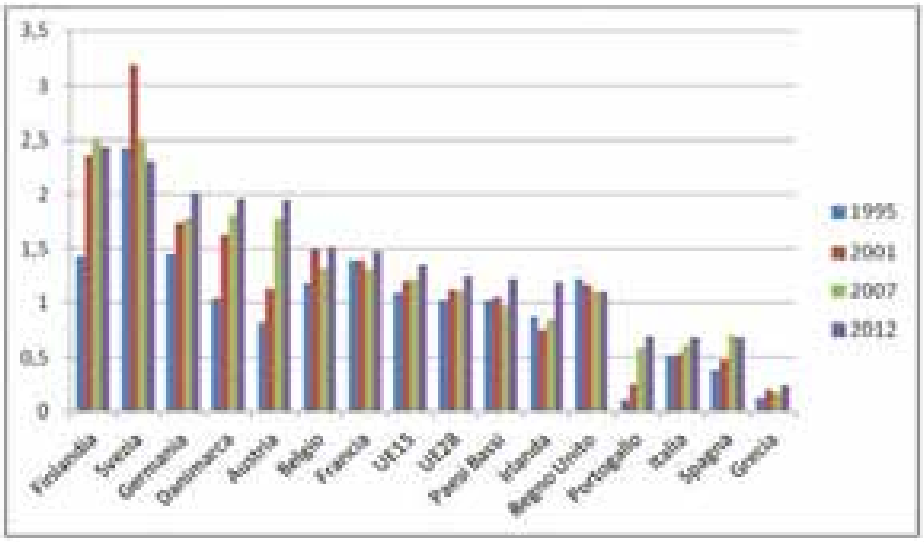
RICERCA E **SVILUPPO**

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



Riflettendo in questi giorni, mi pare sempre più evidente come il nostro Paese sia fortemente frenato non soltanto da una classe politica che ha preso ad esempio l'azzeccagarbugli di manzoniana memoria, piuttosto che da un insieme lento e farraginoso di leggi piene di lacci e lacciuoli che sembrano essere pensate da una mente perversa per aumentare le difficoltà dei cittadini.
Ad aggravare questo fosco quadro, bisogna aggiungere una cronica e storica carenza di investimenti in ricerca e sviluppo che ci vedono assieme a Grecia, Portogallo e Spagna fanalini di coda, anche in questo settore, nella locomotiva europea.
Eppure già nel 1945 il presidente Roosevelt commissionò a Venner Bush uno studio che evidenziava come la frontiera infinita dello sviluppo era e sarebbe stata la scienza e la ricerca, solo queste due cose armonicamente coniugate avrebbero dotato la società civile di uno stupefacente motore che avrebbe garantito benessere nei secoli a venire.
Gli Stati Uniti, per non soccombere alla crisi dei *subprime*, hanno potenziato gli investimenti per aumentare il patrimonio scientifico e tecnologico e contemporaneamente hanno riqualificato il capitale umano con più educazione, ricerca ed innovazione, grazie a questa formula è il Paese che più velocemente ha visto la ripresa.

Percentuale della spesa in ricerca e sviluppo delle imprese (fonte: Ocse)



In Europa i nostri investimenti in questo settore nevralgico risultano essere rispetto al Pil dello 0,33 per cento, mentre in Gran Bretagna sono dello 0,57 per cento ed i Germania sono dello 0,59 per cento.
Stiamo purtroppo accumulando un ritardo via via crescente, che ci vede progressivamente più poveri anche perché, "la nostra migliore gioventù" sta cercando a voltre in modo illusorio, presso Paesi più sensibili, ambienti adatti allo sviluppo della tecnologia e della ricerca.
Quanti sono ormai i casi di giovani laureati che decidono di andare all'estero, dove nessuna guarda di chi sei figlio o nipote, ma viene preso in considerazione solo quello che sai e quello che sai fare?
La domanda è retorica, ma c'è la consapevolezza i tutti noi che la una delle malattie che ci affliggono è proprio questa, l'incapacità di investire in ricerca e sviluppo, che sono le uniche vere forze che possono dare futuro e sogni ai nostri figli. Amo quelli che piantano alberi alla cui ombra non potranno sedersi, ma altri lo faranno.

SANITÀ VENETA, UN **MODELLO CHE PIACE**

L'OMS PLAUDE ALL'INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA REGIONALE

a cura di **Antonella Prigioni**

Un modello che piace all'organizzazione Mondiale della Sanità. Il sistema veneto di integrazione tra cure ospedaliere, territoriali e servizi sociali corrisponde alle linee guida più avanzate indicate dal massimo organismo mondiale in termini di tutela della salute. Un plauso espresso direttamente dal direttore generale dell'Oms Margaret Chan e dai sei direttori regionali dell'organizzazione mondiale, che hanno incontrato, a marzo, a Venezia, a Palazzo Ferro-Fini, sede del Consiglio Regionale del Veneto, l'assessore alla Sanità Luca Coletto, l'assessore ai servizi sociali Manuela Lanzarin, il direttore generale Domenico Mantoan, il presidente del Consiglio regionale oltre che i tecnici dell'area sanità e sociale della Regione.

«Dalla dottoressa Chan, che guida l'organizzazione mondiale della sanità da dieci anni – ha sottolineato l'assessore Lanzarin – è arrivata una importante conferma alle caratteristiche di universalità, integrazione, flessibilità e sostenibilità del nostro sistema regionale socio-sanitario. Il Veneto, regione '*benchmark*' per il sistema sanitario nazionale, è stato promosso anche dall'Oms come modello di studio e di riferimento per le 'buone pratiche' di salute e di cura, in particolare per i paesi del mondo con la popolazione più longeva».

Il sistema veneto di salute affianca ai 17.500 posti letto ospedalieri per acuti, 3 mila posti letto riabilitativi in ospedali di comunità, una rete di assistenza di base attraverso medici di medicina generale e medicine integrate di gruppo, 30 mila posti in residenze sanitarie assistite per anziani e non autosufficienti e 120 mila assegni di domiciliarità per aiutare le famiglie a prendersi cura dei loro congiunti malati cronici. Il costo di cura e assistenza è pari a 2 mila dollari pro capite, 1600 in meno del costo medio unitaria del sistema tedesco, 300 in meno della media italiana.

«La stretta interconnessione tra ospedale e territorio, tra sanità e sociale appare, anche agli occhi degli esperti dell'Oms – sottolinea la Lanzarin- l'unica ricetta per affrontare le sfide del progressivo invecchiamento della popolazione, della cronicità e della sostenibilità anche economica del sistema di welfare e della spesa sanitaria. Investire nella prevenzione, negli stili di vita, nei servizi sociali alla persona, nelle cure di prossimità risulta, quindi, un dovere della politica per garantire il diritto di tutti alla salute e il benessere della comunità».

• Un momento dell'incontro con il direttore generale dell'Oms Margaret Chan

Fulcro di questo sistema sono le Medicine di Gruppo Integrate, un progetto che grazie ad un accordo tra Regione e Medici di Medicina generale, definisce il contratto di esercizio tipo, prevede forme transitorie a termine per una graduale estensione del modello su tutto il territorio, fissa in 25 milioni l'anno per 4 anni (2015-2018) l'investimento regionale necessario a realizzare l'intera rete. «Siamo di fronte – sottolinea l'Assessore Luca Coletto – alla realizzazione di uno degli aspetti fondanti della riforma sanitaria che abbiamo delineato, e stiamo attuando, con il nuovo Piano Sociosanitario Regionale: valorizzare e potenziare la medicina sul territorio e i bravi professionisti che la esercitano; avvicinare i servizi ai cittadini e ampliare al massimo la loro fascia di erogabilità; creare un rete di prima diagnosi e cura sul territorio, che potrà evitare numerosi accessi impropri ai Pronto Soccorso, consentendo un risparmio di risorse sempre importante, perché si tratta di soldi della gente».

LAVORI **IN CORSO**

MANTOAN : ENTRO DUE ANNI MGI, OSPEDALI DI COMUNITÀ E RIFORMA DELLE IPAB.

La popolazione invecchia ed aumenta il fabbisogno di cure primarie nel territorio. Aumenta anche la richiesta di informazioni sul processo, in corso di applicazione, del piano socio sanitario regionale, che tra qualche mese scadrà e che solo in parte è stato attuato. Domande che sono state affrontate durante un convegno organizzato dalla Fnp Cisl Pensionati Veneto a Creazzo, nel vicentino, dove sono intervenuti Domenico Mantoan, direttore generale Area Sanità e Sociale della Regione, Maria Chiara Corti, responsabile settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione socio-sanitaria del Veneto, e Cristina Ghiotto, responsabile settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie. Una sintesi di quanto emerso.

«Con il ritmo adottato negli ultimi mesi, e con l'accelerazione che ci sarà nei prossimi, in due anni porteremo a compimento le Mgi, gli ospedali di comunità e la riforma delle Ipab», ha dichiarato Mantoan assicurando anche che il pdl 23, la famosa riforma sanitaria in discussione in V commissione, non bloccherà il Pssr: «Abbiamo scritto il pdl 23 come naturale prosecuzione del Pssr – ha precisato il dg regionale – i risparmi che deriveranno dalla riorganizzazione amministrativa, dagli appalti su scala regionale per esempio, serviranno a finanziarlo ulteriormente». Quando la discussione politica toccherà il pdl 25 sulla riforma delle Ipab, ha concluso Mantoan, ci sarà un ulteriore passaggio: «Nel Pssr è previsto che nelle Ipab possano esserci strutture intermedie come le Unità riabilitative territoriali, o anche le Mgi. L'Ipab che deciderà di diventare Apsp avrà il sostegno della Regione, quella che diventerà fondazione entrerà nel libero mercato».

• In alto, Domenico Mantoan. Qui accanto: un momento del convegno organizzato da Fnp Cisl Pensionati Veneto.

Il pilastro del Pssr 2012-2016 è lo sviluppo dell'assistenza territoriale su modelli integrati che hanno il Distretto come regia di una rete composta da Mgi, strutture residenziali (Centri di Servizio), le Unità riabilitative territoriali (Urt), Ospedali di comunità (Odc), hospice e i servizi domiciliari comunali. Le relazioni di Maria Chiara Corti, responsabile settore Strutture di Ricovero Intermedie e Integrazione socio-sanitaria del Veneto, e di Cristina Ghiotto, responsabile settore Assistenza Distrettuale e Cure Primarie, hanno portato dati aggiornati su quanto fatto sinora. Il percorso di realizzazione delle strutture di ricovero intermedio Odc e Urt è circa a metà strada (a oggi 435 posti letto attivati, con previsione di chiudere il 2016 a 761, rispetto ai 1.236 previsti dal Pssr) mentre la filiera degli hospice è all'80%. Le Mgi così come concepite dal contratto di esercizio stipulato lo scorso anno si stanno realizzando ora: da settembre sono stati approvati 50 progetti, che coinvolgono 449 medici di base che assistono una popolazione di

Monitoraggio Tavolo "CRITE-MGI" DGR n.751/2015 - DDR n. 213/2015 DATI AL 01/03/2016

Fonte: Progetto per lo sviluppo delle cure primarie attraverso la diffusione del modello di MGI.
Giunta Regionale - Area Sanità e Sociale - Settore Assistenza distrettuale e Cure Primarie

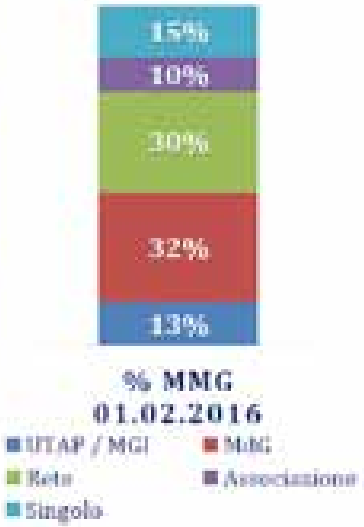
N. ULSS CHE HANNO PRESENTATO I PROGETTI	17
N. PROGETTI AUTORIZZATI	36
n. progetti totali (autorizzati + in corso di)	57
TIPOLOGIA DI PROGETTI:	
Riconversione UTAP	18
Passaggio da Gruppo A MGI	25
Conferma MGI	4
MGI ex novo	10

MONITORAGGIO EVOLUZIONE DELLE CURE PRIMARIE NELLA REGIONE VENETO

Fonte: Progetto per lo sviluppo delle cure primarie attraverso la diffusione del modello di MGI.
Giunta Regionale - Area Sanità e Sociale - Settore Assistenza distrettuale e Cure Primarie

Forme Associative	n. MMG	% MMG	n. Assistiti	% copertura Assistiti
Medico Singolo	472	15%	488.761	12%
Associazione semplice	327	10%	450.017	11%
Rete dei medici*	976	30%	1.300.368	30%
Medicina di gruppo	1.031	32%	1.454.548	34%
Medicina di Gruppo Integrata e UTAP	407	13%	557.563	13%

** Comprensivo delle forme miste*



Fonte: dati estrazione AUR al 01.02.2016

circa 627mila abitanti, in tutte le Ulss tranne le 4, 5, 9, 22. È anche vero che dei 3.500 medici di base operanti in regione, dal 2010 è diminuita fino al 14% la percentuale di coloro che lavorano da soli: forme associative sono diffuse in tutto il Veneto, si tratta ora di uniformarle ai nuovi criteri.
«L'obiettivo di questo convegno era fare informazione e lo abbiamo raggiunto - ha commentato Luigi Bombieri, segretario generale Fnp Cisl Veneto – vigileremo ancora per verificare che l'accelerata all'attuazione del Pssr duri due anni e confidiamo nella ripresa del confronto, soprattutto il prossimo anno quando sarà necessaria una verifica dopo la scadenza del piano». «Se è vero che del lavoro è stato - fatto precisa il segretario - è altrettanto vero che non c'è stato passaggio di informazioni, e restano molti problemi di natura quotidiana soprattutto per gli anziani che si vedono sballottati da una struttura all'altra.
Oggi qui sono presenti 260 pensionati dei nostri direttivi territoriali, che ora hanno gli strumenti per relazionarsi con le proprie Ulss e i propri sindaci».

LA MAPPA **DELLE MGI**

È un quadro in fieri, un puzzle che va progressivamente componendosi ma che ancora non dispone di tutte le tessere. Abbiamo cercato, compatibilmente con i dati a disposizione, di delineare la mappa delle Medicine Integrate nelle varie Ulss, pubblichiamo le informazioni che siamo riusciti a reperire, nella consapevolezza di non poter ancora fornire un quadro esauriente e chiaro. Sono dati spurii ma utili per visualizzare nel territorio questa rivoluzione in atto. Stando alle disposizioni del DGR 751 le Mgi dovrebbero essere 410 in Veneto: dati riferiti al 30 marzo 2016, evidenziano però l'operatività solo di una ventina di aggregazioni , per altre trenta o quaranta è iniziato il percorso di attivazione

Il primo embrione di Mgi, in Veneto, è sorto nel 2012 nell'Ulss14 (Chioggia, Cavarzere, Cona) presso la Cittadella Socio Sanitaria di Cavarzere, con una struttura formata da 14 medici, che serve l'intero territorio, con un numero di assistiti che supera le 16mila unità. Inoltre c'è una Mgi anche a Chioggia.

Il 2 novembre 2015 l'Ulss13 Mirano – Dolo avvia cinque Medicine di Gruppo Integrate con trentasei medici, professionisti del territorio che lavorano in sinergia con personale sanitario ed amministrativo (infermieri laureati e segretarie). Le MGI si trovano a Mira (via Dante 6/19), a Martellago (via Fapanni 85), Noale (Largo S. Giorgio 3), Spinea (viale Viareggio 3/A) e Vigonovo (via De Gasperi 2). Nel frattempo si sta lavorando per attivarne altre sei a partire dal 2016, con un bacino di utenza da circa 10mila persone ciascuna.

L'Ulss di Belluno sta attivando due medicine di gruppo la Longarone- Zoldo, con sette medici e 8450 assistiti, operativa a giugno prossimo, e la Dolomiti – Belluno con sede a Cavarzano con sette medici e 10.500 assistiti.

L'Ulss 10 del Veneto Orientale ha in programma l'avvio di due strutture a Portogruaro e San Stino di Livenza , nate dalla conversione delle "Unità territoriali di assistenza primaria. Le due medicine di gruppo integrate potranno infatti mettere a disposizione dei pazienti, circa ventimila, oltre agli 8 medici di famiglia in ciascuna sede, anche specialisti, personale infermieristico e di studio "L'obiettivo è garantire il governo sistematico del percorso di cura della persona fragile, favorendo la condivisione delle informazioni sanitarie e la continuità nei vari livelli di assistenza – puntualizza il direttore generale Carlo Bramezza – con una organizzazione del lavoro tale da poter fornire un'assistenza costante per 12 ore al giorno".

Confronto serrato anche all'Ulss9 di Treviso tra medici e direzione generale. Francesco Benazzi al tavolo della trattativa con i medici di medicina generale ha posto due criteri fondamentali per l'attivazione delle MGI: che siano aggregazioni di almeno otto medici, per garantire una presenza h12 di due medici contemporaneamente, per effettuare un vero filtro dei codici bianchi, e che siano privilegiate le medicine di confine, laddove non ci sono gli ospedali e i cittadini hanno necessità di un polo di riferimento sanitario vicino .

Le MGI dell'Ulss 16: Guizza, Maserà, Saonara.
La struttura MGI "Guizza", sita in via Guizza n. 43 a Padova, associa 8 medici che assicurano l'assistenza di base a 11.117 assistiti.Il servizio è contattabile per informazioni, ricette e appuntamenti nei giorni feriali, dalle 8.00 alle 20.00, al numero telefonico 049 681549. Attualmente la sede, suddivisa tra piano terra e primo piano, è composta da sette ambulatori medici, due ambulatori infermieristici e una segreteria; è in previsione, a conclusione di alcuni lavori di ampliamento attualmente in corso, l'incremento del numero degli studi medici che ammonteranno così a otto, con l'apertura di spazi dedicati alla medicina specialistica (cardiologia, dermatologia e diabetologia), oltre ad un'area dedicata ai prelievi.

La medicina di gruppo integrata di Maserà ha sede in via Conselvana, n.110 e riunisce 13 medici, per un bacino assistenziale di 18.956 utenti che possono usufruire dei servizi di medicina di base. Alcuni di questi medici mantengono anche la loro sede periferica nei comuni limitrofi. Il servizio è contattabile dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 20, ai seguenti recapiti telefonici: 049 88 60790; 049 8862705; 049 8869551. La sede conta cinque locali adibiti ad ambulatorio medico, un ambulatorio infermieristico e una segreteria. All'interno del presidio sanitario di Maserà è ubicata anche la Guardia Medica.

La medicina di gruppo di Saonara, in via Falcone n.4, vede l'aggregazione di 6 medici. Gli 8.561 assistiti possono rivolgersi ai medici, telefonando al numero 049 640115, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, nei giorni feriali. La struttura, annessa alla sede del Distretto, che vede anche la presenza del servizio di Guardia Medica, si com-

pone di quattro ambulatori medici, un ambulatorio infermieristico e una segreteria.

Le MGI dell'Ulss17
Conselve, Este, Pernumia, Due Carrare
La Medicina di Gruppo Integrata di Conselve ha sede in via G. Marconi 15, dove trovano posto 5 studi medici, un'infermeria e due sale di attesa, oltre alla reception. Complessivamente ha un bacino di 17.605 assistiti. Sono 14.398 invece gli assistiti della Medicina di Gruppo Integrata di Due Carrare, che può contare su una sede centrale di 260 mq in via Roma 93, composta da 6 studi medici, un'infermeria, due sale di attesa e reception. Anche in questo caso l'orario di apertura è dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 e il sabato 8.00 alle 10.00.
La Medicina di Gruppo Integrata di Este, invece, partirà come detto tra un paio di mesi e avrà sede in via San Fermo n.10. Complessivamente assistono 20.845 pazienti. La Medicina di Gruppo Integrata di Pernumia, infine, ha sede in via Angelo Beolco n.10, su uno spazio di 250 mq che comprende 5 studi medici (di cui uno adibito a infermeria), un'ampia sala di attesa e uno spazio per la reception. è aperta dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 e il sabato dalle 8.00 alle 10.00. Gli assistiti sono complessivamente 9.816 assistiti.

Noi abbiamo voluto le MGI

I medici di famiglia rivendicano la paternità delle medicine di gruppo

Un cambiamento voluto fortemente da loro. La nascita delle medicine di gruppo, a detta del segretario dei medici di medicina generale del Veneto, Domenico Crisarà, è una rivoluzione di metodo spinta dai dottori di famiglia, già cinque anni fa. Un suggerimento che la politica di Palazzo Balbi, leggi presidente Luca Zaia e segretario generale Domenico Mantoan, avrebbe condiviso e promosso al punto di marcare stretto gli attori delle procedure burocratiche per le necessarie modifiche del sistema. In tre mesi, la Regione ha già autorizzato 58 Mgi. «Un numero notevole», sottolinea Crisarà, il quale attribuisce più che ai propri colleghi, ad alcuni direttori di distretto o generali, una certa ritrosia ad accettare ed accelerare la trasformazione in atto. «I medici ci credono, cinque anni fa quando è partita l'idea, vi ha aderito il 98,6% dei medici del Veneto, un'adesione rimasta inalterata. Ogni cambiamento produce qualche resistenza, ma ripeto se abbiamo qualche dubbio nella riorganizzazione è solo relativo ai cavilli dell'amministrazione pubblica, qualcuno sembra voler ritrattare il processo, temendo che non vi sia la copertura finanziaria. Alcuni funzionari pubblici si chiedono ad esempio come si pagheranno gli infermieri e gli amministrativi, di supporto ai medici. Nell' Ulss 16 stiamo assistendo ad un'accelerazione dei processi, in quella di Treviso invece registriamo qualche avversione. Ma si lavora, soprattutto Zaia e Mantoan, per fare l'impossibile per uniformare i progetti assistenziali ed assicurare una copertura omogenea del territorio regionale. Va dato atto al Veneto di essere l'unica Regione in Italia che ha investito le risorse necessarie per creare un sistema delle medicine integrate di gruppo. Sono 200 i milioni messi a disposizione dalla Regione, contro i 100 milioni che lo Stato ha erogato nel 2005 per tutto il Paese . Si creeranno quattromila nuovi posti di lavoro. Se non si vuole fare un semplice ricettificio, bisogna investire nell'assistenza domiciliare, non nei medici di famiglia, ma nei servizi del territorio. E' una leggenda metropolitana che non si effettuano le visite domiciliari, alle volte i pazienti hanno pretese che esulano il loro stato di salute, offriamo assistenza a domicilio a chiunque sia impossibilitato a muoversi. Noi - conclude il segretario Finmg - a supporto della nostra predisposizione al cambiamento, abbiamo voluto la semplificazione della ricetta digitale, la resistenza era dei farmacisti, non nostra».

Come l'Araba Fenice, che la Mgi ci sia tutti lo sanno, dove sia nessuno lo dice...

Ci sono ma non si vedono, perché sono ancora troppo poche. Le MGI , sono un progetto ambizioso : 410 poli integrati, 250 milioni di euro in tre anni, per le cure primarie, stanziati dalla Regione. Sono le linee di una riforma sanitaria che al momento resta per lo più sulla carta di un Piano socio Sanitario che è stato disatteso. «Non possiamo che essere d'accordo sul fornire le prestazioni sanitarie al cittadino in modo coerente ed organizzato, ma restano delle criticità nel modello che si sta delineando delle MGI. Sono aspetti per lo più burocratici», evidenzia Giuseppe Cicciu, responsabile veneto del Tribunale dei diritti del Malato - Cittadinanzattiva. «Non è pensabile che un paziente che necessiti di visita specialistica, nel caso delle prestazioni dedicate, possa ricevere solo diagnosi ma debba ritornare dal mmg per la terapia. Si devono abbattere i livelli di complessità che nascono da una volontà di ipercontrollo e omogeneità forzata, da parte della Regione. Paletti asfissianti rendono l'organizzazione meno flessibile e quindi meno funzionale. Un cambiamento che dovrebbe poter avvalersi di un soggetto terzo che lo valuti dall'esterno, osservandone la percezione sia che ne hanno i medici che i pazienti. Noi ci siamo proposti per studiare l'andamento delle cure primarie: basterebbero 200mila euro dei 250 milioni stanziati per il progetto, per analizzare con precisione l'impatto sulle persone della nuova organizzazione. Gli interessi di potere prevalgono però sulle ricadute positive per i cittadini. Si ha come la sensazione di un percorso non pianificato, che procede a spot senza una precisa volontà politica di attuarlo con ferrea determinazione. Cittadinanzattiva boccia l'ipotesi di un sistema misto pubblico-privato e chiede di ripensare anche le guardie mediche, che non funzionano. Se devono coprire la fascia oraria suppletiva a quella dei medici aggregati, non possono essere ubicate ai confini dell'impero e nemmeno avere operatori che rimandano all'ospedale. Le guardie mediche devono poter gestire codici bianchi e verdi».

MEDICI NON PIÙ SOLI

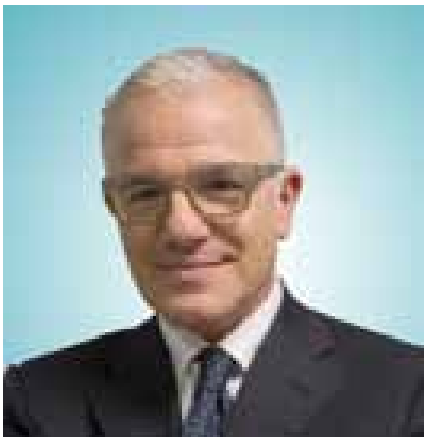
CON LORO INFERMIERI E SEGRETARI: IN FASE DI ATTIVAZIONE LE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE

La macchina della riorganizzazione sanitaria, o più precisamente socio-sanitaria, in Veneto, si sta muovendo, lentamente, ma si muove. Il nuovo assetto del sistema di cura e assistenza, delineato nel Piano Socio Sanitario 2012-2016, inizia a prendere forma e molti cittadini se ne stanno accorgendo, con la comparsa delle cosiddette medicine di gruppo integrate, che altro non sono che un poliambulatorio unico in cui operano in sinergia più medici di medicina generale, affiancati da personale amministrativo e infermieristico.

L'Ulss16 di Padova, ha già attivato tre strutture con la formula aggregata delle cure primarie, alla Guizza, a Saonara e a Maserà; entro la fine dell'anno saranno operative tutte quelle necessarie alla copertura totale degli assistiti della città e della provincia.

«Ce ne sono altre cinque nella Ulss 16, e molte altre in tutto il Veneto, che hanno avviato l'iter - dichiara Gino Gumirato, direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale dell'Ulss 16 - che ci accompagna nell'analisi dello stato dell'applicazione della medicina del territorio, prescritta dalla programmazione regionale. E' questa la prima fase del modello organizzativo a rete della medicina di famiglia - evidenzia - un sistema che garantisce la presa in carico integrata dell'assistito sul territorio».

«L'attivazione delle MGI (medicine d gruppo integrate) era uno dei primi obiettivi indicati dalla Regione, che possiamo dire di avere raggiunto nei tempi previsti», commenta con soddisfazione il Direttore Generale dell'Ulss16 Claudio Dario. «La costituzione dei primi tre centri, nel giro di un paio di mesi, dimostra l'importanza della continuità d'azione in questo campo e l'attenzione che questa direzione dedica al territorio e ai suoi servizi. Sono convinto che i vantaggi per la popolazione, in termini di continuità dell'assistenza, saranno notevoli».



• Gino Gumirato

• A pagina 13: la sala d'attesa della MGI di Due Carrare. Qui in alto: l'ingresso della struttura di Pernumia.

Al momento le attivazioni in Veneto sono ancora a macchia di leopardo. Perché il piano sia complessivamente avviato e operativo in toto, bisognerà attendere la fine del 2016.
«Perchè le MGI sono delle organizzazioni che raggruppano otto, dieci, dodici, sedici medici, in un'unica struttura, sono aperte sei giorni a settimana, dal lunedì al venerdì per dodici ore, il sabato dalle otto alle tredici e la procedura principale è quella di scrivere il progetto assistenziale», sottolinea Gumirato. «Non si tratta solo di mettersi insieme e di allargare l'orario di ricevimento, ma di decidere con l'azienda sanitaria quali sono gli obiettivi da raggiungere e come si raggiungono, come si integrano, ad esempio, le cartelle sanitarie dei cittadini, come si attua una vaccinazione a copertura efficace. Passaggi necessari per una trasformazione della sanità molto meno per acuti, più vicina al cittadino, molto più integrata».

COSA SI INTENDE PER PROGETTO ASSISTENZIALE?

Significa dare i farmaci giusti a seconda dei bisogni, fornire prestazioni sanitarie a seconda delle reali necessità, evitare di andare al pronto soccorso e di essere ricoverati se non è indispensabile. Fare tutto ciò con un accesso più facile al cittadino, con orari più flessibili, e con la possibilità di trovare risposte anche in assenza del proprio medico, se serve una ricetta o un consulto. Ma i medici devono conoscere le cartelle cliniche dei pazienti degli altri colleghi, per intervenire se occorre anche per pazienti non propri. Sono modalità che vanno inserite in una nuova organizzazione, molto diverse dalla concezione e dall'esperienza che abbiamo oggi del medico di famiglia .

CAMBIA L'APPROCCIO AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE?

Sappiamo che ci dovrà essere una grossa riduzione della burocrazia, già la prescrizione di una medicina avviene con la ricetta digitale direttamente al farmacista, sarà lo stesso studio medico poi che potrà prenotare direttamente una visita specialistica, sia diagnostica, che di controllo.

COME SI ESPLICA L'INTEGRAZIONE TRA CURA E ASSISTENZA SOCIALE, SEMPLICE DIRE DI NON AFFOLLARE GLI OSPEDALI, SE POI NON SI TROVANO POLIAMBULATORI A CUI RIVOLGERSI IN PRIMA BATTUTA. L'OSPEDALE RASSICURA CHI STA MALE…

L'ospedale nella nostra testa resta il principale punto di riferimento. Dobbiamo però aiutare i cittadini a trovare risposte alternative, se non vi è un bisogno immediato o un'urgenza. Dobbiamo partire da un presupposto diverso, quando si ha realmente bisogno, e per fortuna a molti capita poche volte nella vita, si va al pronto soccorso e in ospedale, per il resto esiste un percorso socio assistenziale e socio sanitario nel territorio. Con l'invecchiamento progressivo della popolazione, queste esigenze aumentano.
Abbiamo raggiunto un approfondimento con la medicina generale che si espande in ambiti ancora poco esplorati, come le cure palliative. Ci avviamo verso la figura di un medico che esce molto di più dal proprio ambulatorio, che va a casa del malato, tutte le volte che serve. E' una sfida che i medici hanno colto.

UNA SFIDA CHE NECESSITA DI PIÙ MEDICI, DI MEDICI MENO SCRIBACCHINI?

I medici, per alleggerire il loro carico burocratico, avranno infermieri e amministrativi, da noi retribuiti, un supporto affinché loro possano dedicarsi meglio ai pazienti. Questo è il dato rivoluzionario: a carico delle Asl c'è il costo del personale ausiliario, facendo un investimento molto importante.
All'Ulss16, una medicina integrata di gruppo con dieci medici con personale infermieristico e amministrativo, aperta sei giorni su sette, riceverà delle cifre a compensazione dei costi, che possono arrivare sino ad 800mila euro l'anno. Cifre che variano a seconda del numero dei medici, per i quali si verserà una media di 70 -80mila euro l'anno, il 60 per cento da destinare ai costi organizzativi e gestionali delle cure primarie, il restante 40 per cento al medico che assolve agli obiettivi del progetto assistenziale.

UNA SITUAZIONE ANALOGA IN TUTTE LE ULSS DEL VENETO?

Noi, dalla piattaforma di Padova, vediamo anche quello che succede all'Ulss 15 Camposampiero – Cittadella e all' Ulss 17 Este - Monselice. In tutto il Veneto stanno partendo le MGI.

IL CITTADINO COME SI ACCORGE DELL'ATTIVAZIONE DELLA MGI?

Ai singoli medici rimangono i propri pazienti, a loro il compito di informarli e di segnalare la presenza della struttura unica, anche se molti manterranno all'inizio il proprio studio per non spezzare il cordone ombelicale con gli assistiti.
Siamo curiosi di capire cosa penseranno i cittadini, quando inizie-

• Gli ingressi delle strutture di Este e di Conselve

ranno a frequentare le Mgi, dove troveranno sempre un medico per una ricetta ed una prestazione oltre a infermieri e segretari. Ci sarà per tutti una piccola casa della salute nel territorio e siamo convinti che il rapporto fiduciario con il proprio medico resterà, ma con maggiori servizi.

LA DOMENICA RESTA UNA GIORNATA SCOPERTA?

No, c'è sempre la guardia medica, dal sabato pomeriggio alle 14 a tutta la domenica.

Sappiamo che i cittadini si lamentano spesso, sarà una sorta di presidio paraospedaliero qualche volta vicino al pronto soccorso per rivolgersi in caso di codice bianco e verde. Anche per le guardie mediche dobbiamo fare un ulteriore investimento, in modo che non siano percepite come parte residuale del sistema, ma parte totalmente integrata.

QUANTO LA SANITÀ PRIVATA CHE PRESIDIA IL TERRITORIO SIA CON POLIAMBULATORI E STRUTTURE OSPEDALIERE, PUÒ ESSERE UN'OPPORTUNITÀ?

Abbiamo incontrato gli imprenditori della sanità privata accreditata ed abbiamo chiesto loro di diventare un partner ufficiale, intendendoli come attori che partecipano a pieno titolo agli obiettivi della giunta regionale e del piano, anche in termini di riduzione delle prestazioni e del controllo e della riduzione delle liste d'attesa. Entreranno anche nei nostri sistemi di prenotazione, per un'integrazione più efficace tra pubblico e privato. C'è uno sforzo da parte nostra e loro, di essere un intero sistema a disposizione del cittadino. Ovviamente il pubblico deve controllare quello che fa il privato convenzionato, importante è che il cittadino abbia minore tempi d'attesa, minori difficoltà, migliori servizi.

GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ E LE UNITÀ RIABILITATIVE TERRITORIALI, COSA E A CHE PUNTO SONO?

In passato avevamo case di cura private che erano ricoveri per acuti, una specie di ospedali privati, con l'ultimo piano le case di cura possono avere posti letto per cure intermedie, quelle riabilitative che permettono al paziente dimesso dall'ospedale hub di recuperare la condizione necessaria per ritornare al domicilio. Succederà presto che saranno assegnati i posti letto di ospedale di comunità e di urt, unità riabilitazione territoriale.

LA SANITÀ PRIVATA PURA CHE DESTINO HA, CONSIDERANDO CHE RISPONDE AI BISOGNI DI RISORSE SEMPRE PIÙ DEFILATE ED OCULATE. ANDREMO VERSO LE ASSICURAZIONI PER LA SALUTE?

Le polizze in Italia coprono meno dello 0,7% di tutte le prestazioni sanitarie erogate. La totale copertura di cura e assistenza non è più possibile, è auspicabile una crescita del sistema privato se avviene in maniera strutturale e governata dalla garanzia di un servizio pubblico garantito dai Lea. I Lea, livelli essenziali di assistenza, sono strettamente controllati anche in termini di lista d'attesa. Per le prestazioni di alta o altissima specializzazione si sceglie ancora il pubblico o il privato accreditato, per il resto il privato puro.

© Can Stock Photo Inc. / Andres

SANITÀ E TERRITORIO: È IL MOMENTO DI COLLABORARE TRA PUBBLICO E PRIVATO

di **Giampaolo Fagan**, direttore Anisap Veneto

Il primo piano di questo numero di NES è dedicato alla nascita e diffusione delle Medicine Generali Integrate. Una fotografia molto precisa della situazione, seppure in una fase storica di grande e veloce cambiamento.

Sembra infatti essersi sbloccate l'empasse sul grande tema della sanità del presente e, soprattutto, del futuro.

Sta tramontando la visione ospedalecentrica della salute del cittadino: è sempre più chiaro che i nosocomi sono destinati ai pazienti acuti e non più ai cronici. Quindi meno sedi, sempre più specializzate e all'avanguardia dal punto di vista tecnologico. Ma perché questo sia possibile, è necessario che la sanità si diffonda al di fuori dagli ospedali e sia sempre più sul territorio, vicina ai cittadini.

Rivestono dunque un ruolo fondamentale e secondo noi indispensabile le strutture ambulatoriali private accreditate: è una rete già esistente diffusa in modo capillare, che lavora su tariffe decise dalla Regione, e che da anni garantiscono già molti servizi a tutela della salute degli utenti.

La diffusione delle Medicine Generali Integrate avviene nel mezzo della creazione di un nuovo modello sanitario, che dovrà vedere sempre di più un più stretto legame tra il pubblico e privato accreditato, tale da porre in essere un'offerta più efficiente, tempestiva e meno dispersiva e quindi un minor sperpero di risorse umane e finanziarie. Questo darebbe alle strutture accreditate la possibilità di una maggiore e più efficace organizzazione tale da ridurre i costi generali, di garantire il personale dipendente tecnico ed amministrativo nonché i Professionisti, con ciò garantendo anche il conto economico dell'Azienda.

Ma soprattutto i risultati sarebbero a tutto vantaggio degli utenti: essi potrebbero avere minori costi (vista la capillarità delle strutture sul territorio), più facilità di acesso (con conseguente risparmio di tempo e costi di trasporto) ed anche la Regione potrebbe avvalersi della professionalità di medici e strutture che già da tempo operano sul territorio.

IL RUOLO STORICO DI ANISAP

ANISAP
Veneto • Trentino Alto Adige

L'ANISAP, attiva sul territorio Nazionale dal 1990, è l'Associazione più rappresentativa nell'ambito delle Istituzioni Ambulatoriali Private Accreditate e non. Vanta infatti una presenza capillare in quasi tutte le Regioni, risponde all'esigenza di affermare la piena dignità dell'apparato sanitario ambulatoriale privato nei confronti di quello pubblico e tutela il diritto alla salute del cittadino in considerazione anche degli aspetti professionali ed imprenditoriali degli Associati.
In ambito Regionale, grazie alla presenza in ogni provincia, l'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige, risulta un interlocutore riconosciuto dall'Assessorato e dalla Segreteria regionale per la Sanità, ai tavoli di trattativa con le Regioni per l'Accreditamento, il Nomenclatore Tariffario, i Budget e i Requisiti Minimi; è presente con propri rappresentanti anche nella Commissione Tecnica Consultiva Regionale (C.T.C.R.) ed è identificata dall'ULSS come organismo di tutela degli interessi delle strutture ambulatoriali private accreditate.

L'ANISAP è al servizio dei cittadini e dei Medici di famiglia che si avvalgono delle Strutture ambulatoriali accreditate private, per svolgere tutte le operazioni diagnostiche e riabilitative, senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero e per attuare, quindi, una deospedalizzazione, nonché una riabilitazione precoce quando la degenza risulta essere evitabile, snellendo in tal modo gli inutili sprechi di risorse pubbliche.
L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige, gestisce Strutture piccole, medie e grandi che operano per la tutela della salute, perfettamente rispondenti alle indicazioni della sanità moderna; infatti ANISAP significa anche certificazione di qualità, organizzazione, "Carta dei Servizi", informazione, formazione continua del personale; tutte caratteristiche e obiettivi primari delle Strutture associate.

L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige opera localmente per migliorare, con un servizio più veloce e capillare, l'equilibrio tra il Servizio Sanitario pubblico e quello privato, al fine di trasformare la figura dello "Stato Italiano" in garante che, anziché gestire l'offerta di Servizi, eserciti il proprio ruolo a tutela della salute collettiva, controllandone l'efficienza, l'efficacia e, soprattutto, l'economicità.

L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige comunica direttamente con il cittadino, attraverso piani di comunicazione mirati, per valorizzare il grande patrimonio di tecnologie e le risorse umane della Sanità privata italiana che, anche grazie agli investimenti di tutti i nostri Associati, renderà nel tempo più fruibili e qualitativamente superiori tutte le prestazioni che ad oggi vengono offerte.

STRUTTURE ASSOCIATE ANISAP VENETO-TRENTINO A.A. N. 51
RADIOLOGIA-DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA - MEDICINA DI LABORATORIO - MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

PERSONALE CHE OPERA NELLE STRUTTURE ANISAP

PROFESSIONISTI DIPENDENTI	200 ca
LIBERI PROFESSIONISTI	850 ca
PERSONALE TECNICO DIPENDENTE	430 ca
PERSONALE AMMINISTRATIVO DIPENDENTE	390 ca

PRESTAZIONI STRUTTURE ASSOCIATE ANISAP

MEDICINA DI LABORATORIO	ANNO 2014	3.400.000
	ANNO 2015	3.150.000
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	ANNO 2014	2.200.000
	ANNO 2015	1.850.000
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	ANNO 2014 -	287.000
	ANNO 2015 -	275.000

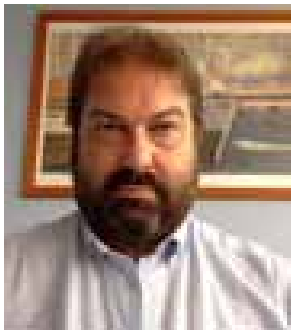
NUMERO RICETTE

MEDICINA DI LABORATORIO	ANNO 2014	490.000
	ANNO 2015	450.000
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	ANNO 2014	180.000
	ANNO 2015	160.000
RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	ANNO 2014	230.000
	ANNO 2015	200.000

UN SISTEMA INTEGRATO ANCHE CON IL **COMPARTO PRIVATO**

GLI OPERATORI DELLA SANITÀ PRIVATA CONVENZIONATA VOGLIONO PARTECIPARE ALLA RIORGANIZZAZIONE SANITARIA

Lo spauracchio aleggia nell'aria. Evocare la coperta corta, comunica sempre una sensazione di freddo per chi rimane senza. Un freddo che quando si tratta di cure mediche e salute, fa correre ai ripari inevitabilmente mettendo mano al portafoglio. Per chi lo ha pieno di banconote. Il timore che anche nel nostro meraviglioso paese, che ha garantito tutto a tutti per anni, si arrivi alle assicurazioni private per preservarci la salute, non è un pensiero da ipocondriaci economici ma da avveduti ragionatori. Nel percorso di una trasformazione in atto ci sono sempre delle tappe intermedie che segnano la nascita di modelli integrati che coniugano qualità del servizio, contenimento dei costi, capillarità e innovazione dell'assistenza. Il programma della medicina nel territorio, con le Medicine di Gruppo Integrate, delinea un sistema di poliambulatori in cui avere concentrati in unica sede medico di famiglia, specialisti, infermieri, possibilità di farsi un esame ed essere parte di un progetto assistenziale di screening o di terapia, che di fatto i centri medici privati convenzionati già offrono nel territorio. Basterebbe collocare all'interno di essi le Medicine di Gruppo integrate del servizio pubblico.



• Marco Dal Brun

«Il tema del modello aggregativo si dibatte in Veneto, il medico di famiglia – evidenzia Marco Dal Brun di Confindustria Sanità Veneto, una delle realtà che riunisce con Anisap il maggior numero di strutture private convenzionate della regione - è il fulcro del progetto di depressurizzazione dei pronto soccorso. Con loro per il momento si concentrano le consultazioni e le trattative, inevitabilmente però la Regione non può proporre modelli ex novo, sia perché crea un'inutile competizione, sia perché disperderebbe il patrimonio già esistente di strutture capaci ciascuna di rispondere alle esigenze di un bacino di utenti che va dalle diecimila alle cinquantamila unità. I nostri poliambulatori potrebbero già intercettare codici bianchi e gialli, eseguire dei triage territoriali. E' necessaria una fase di sperimentazione congiunta anche per abbattere la diffidenza verso modelli innovativi».

Una diffidenza che per Dal Brun si annida soprattutto tra i medici di medicina generale, che temono di perdere la propria autonomia professionale. Un sentire diverso quello attestato dai medici neo assunti, che forse colgono l'opportunità di un sistema integrato. «Non deve riproporsi nel territorio una succursale ingessata del modello ospedaliero – evidenzia Dal Brun - la politica è favorevole al modello integrato. Noi privati siamo pronti a mettere sul piatto 50 milioni di prestazioni convenzionate, per permettere alla Regione di trasferire questa spesa sui medici di medicina generale aggregati nei nostri ambulatori. Su 100 mila pazienti, l'80 per cento richiede interventi specialistici. Non vogliamo appropriarci dei soldi, vogliamo solo un sistema più efficiente».

Ma la sanità privata non vive di filantropia, indubbiamente il modello integrato offre opportunità di mercato che potrebbero essere messe a rischio da Mgi contigue ai poliambulatori privati convenzionati, che però d'altro canto diventerebbero un doppione anche di costo, avvalendosi già il servizio pubblico delle prestazioni dei privati in convenzione. «Nessuno ambisce a fette di risorse destinate ad altri - precisa il presidente di Confindustria Sanità Veneto - ma tutti vogliono un modello di efficienza ed organizzazione. Il privato può garantire una copertura h 24 a parità di costo, può organizzare un'assistenza domiciliare continua, ha un'unica condizione per l'investimento efficiente ed efficace: che ci sia la certezza e la durata della commessa. Siamo pronti a fornire una quota di prestazioni non pagate se la Regione ci garantisce le prestazioni per cinque anni. Assurdo pensare a case della salute pubbliche, sarebbe uno spreco inopportuno ed inappropriato, il modello integrato per il pubblico c'è già, lo può monitorare e ha la garanzia di un elevato livello di qualità. C' è il rischio altrimenti di indebolire il meccanismo socio assistenziale. Siamo in fase dibattimentale con la Regione, servono tavoli di concertazione. Chiediamo però, una classificazione delle strutture poliambulatoriali, solo quelle complesse possono proporsi come nuclei di aggregazioni primarie sperimentali e in Veneto,di idonee, ve ne saranno una decina».

QUALE RUOLO DELLA **SPECIALISTICA AMBULATORIALE** PER IL MODELLO VENETO

ABBIAMO L'AMBIZIONE DI DIVENTARE VALIDI INTERLOCUTORI TRA OSPEDALITÀ E TERRITORIO

di **Giuseppe Caraccio**, vicepresidente Rete Salute per il Veneto

La complessità sempre crescente della società quali l'invecchiamento, nuove tecnologie, minori risorse, determina importanti cambiamenti nel welfare sanitario, indirizzandosi sullo sviluppo di nuovi modelli organizzativi per poter rispondere alle esigenze di salute della popolazione. Il piano sanitario regionale prevede una complessa ed articolata architettura dove sono incastonati nuovi progetti che hanno lo scopo di ridefinire non solo l'ospedalità, ma soprattutto il rapporto di sinergia tra tutti gli attori sanitari presenti sul territorio. L'impianto del piano socio sanitario regionale è basato sull'efficientamento del sistema presente: niente sprechi, no sovrapposizioni. Nel Veneto alcune strutture sanitarie specialistiche ambulatoriali si sono organizzate in "rete" per lavorare in sinergia, migliorando la qualità e definendo protocolli condivisi per univocità di risposte. Il confronto in un progetto globale di medicina territoriale prevede una stretta collaborazione, anche informatica, con i medici di base per quanto riguarda sia la medicina di gruppo che per quella individuale.

• Giuseppe Caraccio

Nel Veneto le strutture ambulatoriali specialistiche hanno l'ambizione di diventare validi interlocutori tra ospedalità e territorio, ponendosi come obiettivo la prevenzione e la riduzione di accessi ospedalieri impropri.

La medicina generale integrata offrirà al territorio una serie di prestazioni ambulatoriali per pazienti con patologie come i diabetici piuttosto che scoagulati e broncopneumatie croniche ostruttive nonché servizi infermieristici dove i medici garantiranno una copertura oraria più ampia, tale da decongestionare il pronto soccorso ospedaliero.

La nuova capacità organizzativa della medicina integrata potrà trovare amplificazione e completezza nelle strutture sanitarie ambulatoriali specialistiche private accreditate che già offrono al territorio prestazioni di diagnostica per immagini, di riabilitazione e di poliambulatorio aperte oltre 12 ore al giorno; strutture qualificate dalla Regione Veneto le quali, già da tempo, hanno intrapreso percorsi virtuosi di governance sanitaria.

I costi delle nostre prestazioni sono certamente concorrenziali a quelle erogate dalle strutture a diretta gestione pubblica. Non vorremmo vedere la nascita di nuovi costosi modelli di strutture sanitarie, sovrapposti ad un tessuto di servizi sanitari ambulatoriali già presente, che stanno offrendo all'utente prestazioni sanitarie sul territorio in maniera capillare e qualitativa. Rivendichiamo l'importanza del nostro ruolo nella specialistica ambulatoriale nell'ambito della medicina territoriale della Regione Veneto.

LA RETE **SALUTE PER IL VENETO** È LA RISPOSTA

La Rete Salute per il Veneto è la risposta innovativa alla sempre più estesa richiesta di prestazioni e servizi sanitari e sociosanitari che sappiano coniugare esigenze di affidabilità, qualità, sicurezza dell'utente, presenza sul territorio, sostenibilità economica.

La Rete Salute per il Veneto offre una coordinata, completa e qualificata offerta sanitaria e socio-sanitaria che pone l'Utente al centro di un sistema integrato costituito da strutture sanitarie, enti previdenziali, partners economici.

La rete è un contratto tra imprese sanitarie private venete che si impegnano ad attuare un programma comune. Perché con essa si realizza un'alleanza strategica finalizzata ad incrementare la competitività e la capacità innovativa delle imprese coinvolte;

Perché permette di coniugare l'indipendenza e l'autonomia patrimoniale dei singoli con la possibilità di ottenere massa critica, Know-how e più in generale i benefici delle economie di scala e di scopo, altrimenti fuori portata per una piccola impresa;

Perché con la collaborazione prevista nel programma strategico unitario le aziende partecipanti possono migliorare, integrare e innovare la propria offerta di servizi, rendendola più appetibile all'utilizzatore finale;

Perché gli aderenti operano secondo processi di rete e un sistema servizi che consentono di ottenere una maggiore qualità ed efficienza dei servizi offerti;

Perché l'appartenenza alla rete accresce la visibilità dei singoli.

Perché i singoli componenti possono beneficiare di un piano di comunicazione integrato che altrimenti non potrebbero sostenere;

Perché le decisioni sulle materie e aspetti di interesse comune sono decise democraticamente dai partecipanti;

Perché il vantaggio economico riveniente da una produttività superiore e da un'offerta di servizi più complessa e a più alto valore aggiunto viene ripartito tra i partecipanti.

Come si attua La Rete Salute per il Veneto

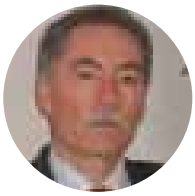
Attraverso gli obiettivi ed i progetti caratterizzanti il "Contratto di Rete", strategici per il raggiungimento e l'attuazione dello scopo "istituzionale":

- applicazione di un'unica Carta dei Servizi, delle Linee Guida e delle Raccomandazioni delle Società scientifiche, garanzia di livelli di qualità standard ed omogenei in qualunque "nodo" della Rete e garanzia dell'impiego di processi, tecnologie e strumentazioni di avanzato e certificato livello tecnologico;
- adozione di un listino socialmente sostenibile; abbattimento delle liste di attesa attraverso l'attivazione di un efficiente e moderno Centro Unico di Prenotazione (CUP) condiviso da tutti gli aderenti alla Rete; attivazione di strumenti informatici di riconoscimento dell'utente e di CRM;
- implementazione e sviluppo di iniziative, sia nell'ambito delle prevenzione, che dell'assistenza sociale;
- stipula di accordi con le Ulss locali ed il servizio sanitario regionale;
- stipula di accordi con associazioni, assicurazioni e organizzazioni mutualistiche private;
- implementazione di strumenti innovativi di incentivazione e pagamento delle prestazioni sanitarie; stipula di accordi con la grande distribuzione organizzata;
- stipula di accordi con le associazioni di categoria dei commercianti e degli esercenti; implementazione di programmi di formazione continua finalizzata a garantire la crescita delle competenze medico-scientifiche, tecniche, organizzative ed operative di tutti i dipendenti ed i collaboratori delle strutture aderenti;
- stage formativi per giovani neo diplomati da introdurre nel mondo del lavoro e stage di alta specializzazione per neo laureati in medicina e per i diversi ruoli tecnici presenti nell'ambito della Rete.

Info: www.saluteperilveneto.org

COS'È (O COSA DOVREBBE ESSERE) LA **MEDICINA DEL TERRITORIO**

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



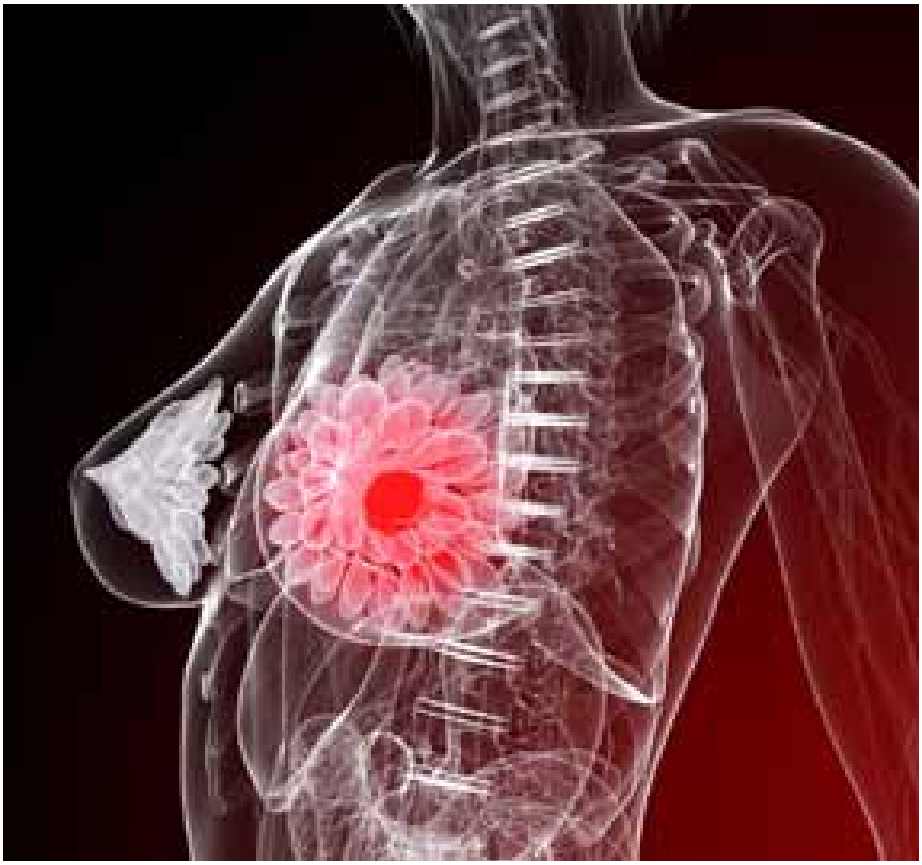
Quando ci accorgiamo che il malato è una "persona" che vive in stato di fragilità ci viene subito in mente l'ospedale e il medico di famiglia (MMG); nessuno pensa al distretto sanitario e dunque al territorio. Ci sono malati cronici che richiedono assistenza continua ma non ospedaliera, e persone che per svariate ragioni hanno bisogno di cure a cui necessiterebbe il loro medico di famiglia, ma trovano l'ambulatorio chiuso perché siamo a tarda ora e allora ci ricordiamo della continuità assistenziale (guardia medica), che solitamente ha orari che vanno dalle 20 alle ore 8 tutti i giorni e nei festivi dalle 8 alle 20. Tra l'altro il servizio è gratuito: nessun ticket. Però la medicina del territorio non è solo questa. La definizione è più ampia, fa riferimento ad una rete assistenziale integrata che garantisca certezza di cura sia in termine di strutture che convenzioni e aggregazioni tra medici di Medicina generale, in modo tale da garantire un servizio h 24. Le UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) già da alcuni anni in Veneto, dove attivate, offrono servizi di cure primarie risolvendo in qualche modo anche il problema di accessi impropri al Pronto Soccorso ospedaliero, lasciando il servizio a disposizione di chi ne ha effettiva necessità. Poi si sa, ci possono essere incongruenze tra i servizi erogati nelle varie regioni: il federalismo sanitario non ha prodotto il risultato sperato. Anzi, ha contribuito ad approfondire solchi di disuguaglianze. Se pensiamo all'applicazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) a cui dovrebbero poter accedere tutti, e che comunque richiedono una contribuzione alla spesa, vediamo che alcuni purtroppo rinunciano ad accedervi. Siamo arrivati al punto di inserire nel reddito ISEE (Indicatore Socio Economico Equivalente), rivisto dal governo Letta e entrato in vigore con l'esecutivo Renzi, anche le somme delle pensioni di invalidità percepite e quindi, non più considerate come indennità di sostegno per aiutare i portatori di handicap. Allora di che parliamo? Consideriamo la disabilità una fonte di reddito? Hanno ragione le associazioni di tutela a protestare. Prima di toccare le categorie più deboli ci sono privilegi che indignano e gridano giustizia, ma non si riescono neppure a scalfire. Le cure sul territorio, invece, hanno bisogno di essere promosse e dove richieste erogate a domicilio. Se poi consideriamo l'aspettativa di vita allora vanno sicuramente riviste, garantite e considerate come vere e proprie cure primarie. Deve essere superata l'ottica ospedale-centrica, dove si deve invece ricorrere per urgenze, emergenze e tutto quanto non può essere erogato sul territorio. Ora possiamo e dobbiamo impegnarci per potenziare l'assistenza territoriale e chiedere alle istituzioni preposte di garantire effettiva accessibilità ai cittadini. Deve essere chiaro a tutti che il rafforzamento dell'assistenza territoriale si tradurrà automaticamente in una riduzione dei servizi ospedalieri.

La medicina del territorio non è solo questa. La definizione è più ampia, fa riferimento ad una rete assistenziale integrata che garantisca certezza di cura sia in termine di strutture che convenzioni e aggregazioni tra medici di Medicina generale, in modo tale da garantire un servizio h 24

TOMOSINTESI, NUOVE FRONTIERE DIAGNOSTICHE DEL TUMORE AL SENO

a cura di **Margherita De Nadai**

La tomosintesi sarebbe in grado di scovare il 40% di tumori alla mammella in più rispetto alla tradizionale mammografia. Non solo, la nuova tecnica riduce l'esposizione ai raggi X ed è meno dolorosa. A dimostrarlo una ricerca condotta dalla università svedese di Lund, in Svezia, che ha coinvolto 7500 donne dai 40 ai 74 anni, mettendo a confronto la tradizionale mammografia con la tomosintesi, detta anche "mammografia 3D", con risultati davvero sorprendenti. Una scoperta che faciliterà di molto la diagnosi del cancro più frequente nel sesso femminile (rappresenta infatti il 29% di tutti i tumori che colpiscono le donne), nonché prima causa di decesso. Ma in che cosa consiste esattamente?



La tomosintesi mammaria è una tecnica tridimensionale a raggi X, che nasce dalla necessità di analizzare meglio i seni densi, quelli giovanili, più difficili da "leggere" e/o che possono generare dubbie interpretazioni diagnostiche. Si tratta di un'evoluzione tecnologica della mammografia digitale, rifacendosi allo stesso principio tecnico della tomografia, infatti le immagini vengono prese dalle diverse angolazioni: in questo modo è possibile vedere i vari sottili strati del seno, al contrario della mammografia tradizionale che mostra tutto il tessuto del seno in una sola immagine, offrendo quindi una visione parziale che può in certi casi aiutare il tessuto tumorale a rimanere nascosto agli occhi del radiologo. Da un punto di vista metodologico, questo macchinario di ultima generazione offre una prestazione simile ad una mammografia digitale, ma è meno dolorosa perché la compressione del seno necessaria è inferiore. Il costo dell'esame è praticamente uguale, mentre la quantità di radiazioni assorbite è quasi trascurabile. Sebbene si ritenga necessario comprendere quale sia il costo effettivo della diffusione della tomosintesi (dato che è un esame più oneroso della mammografia), secondo i ricercatori dell'università di Lund, tra cinque o dieci anni al massimo questa nuova tecnica sarà presente in tutti i centri diagnostici. Una buona notizia per sconfiggere un tumore, quello della mammella, che secondo i dati Aiom-Airtum (Associazione italiana di oncologia medica e Associazione italiana registri tumori) nel 2014 in Italia ha colpito circa 48.200 donne e circa 1000 uomini.

LA **TOMOSINTESI** DELLA MAMMELLA

INTERVISTA CON IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI RADIOLOGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI VERONA

Tomosintesi della mammella: perché è migliore della tradizionale mammografia? Ce lo spiega la dottoressa Stefania Montemezzi, direttore del dipartimento di radiologia dell'Azienda Ospedaliera di Verona

TOMOSINTESI DELLA MAMMELLA: IN CHE COSA CONSISTE QUESTA TECNICA DIAGNOSTICA?

La tomosintesi è una mammografia tridimensionale che permette di ricostruire una stratigrafia della mammella partendo da un numero finito di proiezioni bidimensionali.

PER COSA SI DIFFERENZIA DALLA CLASSICA MAMMOGRAFIA? CHE COS'HA IN PIÙ?

La tomosintesi è nata per superare i limiti diagnostici della mammografia dovuti alla sovrapposizione del tessuto fibroghiandolare e adiposo. Lo studio della mammella a strati permette di riconoscere lesioni che altrimenti verrebbero mascherate e di analizzare meglio e scomporre "false" immagini derivanti dalla sovrapposizione di strutture. Tutto questo si traduce in un vantaggio per i seni densi, difficili da leggere, ma anche per i seni adiposi.

QUALI SONO I PRO E I CONTRO DELLA TOMOSINTESI?

Molteplici e recenti pubblicazioni scientifiche indicano che tale tecnica consente sia l'individuazione di un maggior numero di lesioni (aumento della sensibilità), con una miglior analisi della forma e dei contorni delle lesioni stesse, sia una riduzione dei falsi positivi e della necessità di successivi approfondimenti (aumento della specificità). Tuttavia la refertazione di un esame di tomosintesi da parte di un Medico Radiologo si allunga dal momento che deve scorrere più immagini, e questo vale anche per lettori esperti. Tale incremento del tempo medico viene in parte compensato dal minor tempo impiegato negli approfondimenti, data la riduzione del numero di richiami nell'ambito dello Screening e da una minore necessità di radiogrammi aggiuntivi nella Senologia Clinica.

• Stefania Montemezzi

PER LO SCREENING DELLA MAMMELLA NON SAREBBE IL CASO, SECONDO LEI, DI PASSARE ALL'USO DELLA TOMOSINTESI?

A questo proposito il Centro di Prevenzione Senologica della Ulss 20 di Verona e l'U.O. di Senologia Clinica e Screening Mammografico dell'APSS di Trento, hanno condotto uno studio per la validazione di questa nuova metodica.

Tra i risultati ottenuti sulle 7.292 Pazienti di Screening esaminate associando l'imaging 2D (mammografia digitale) a quello 3D (tomosintesi) spicca l'aumento della capacità di riconoscere le lesioni cancerose (quasi il 30% in più) cui si unisce la riduzione del numero di richiami (circa il 17% in meno). E' importante sottolineare come il richiamo per l'approfondimento abbia

importanti ripercussioni sulle pazienti in virtù del carico "emotivo" che il richiamo genera; ridurre tali richiami significa ridurre uno dei peggiori effetti indesiderati dello screening, ovvero l'ansia generata nella donna.
I risultati conseguiti in Italia sono perfettamente in linea con quelli di altri studi a livello internazionale.
Sulla scia di tali risultati, in collaborazione con la dott.ssa Francesca Caumo, responsabile del Centro di prevenzione Senologica dell'Ulss 20, abbiamo proposto alle autorità regionali di partire con un progetto che prevede di effettuare la tomosintesi come test di Screening a tutte le donne dell'Ulss 20 per le durata di un intero round (iniziato nel 2015) nelle tre sedi ubicate rispettivamente a Marzana, all'Ospedale Fracastoro di S. Bonifacio e in Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata a Verona.

IN QUALI CENTRI/OSPEDALI È USATA LA TOMOSINTESI IN VENETO?

Molti sono i centri che attualmente in Veneto possono disporre di apparecchiature di tomosintesi che al momento vengono prevalentemente utilizzate nella Senologia Clinica come tecnica di approfondimento anche se, a mio avviso, il valore aggiunto di questa metodica è proprio nel primo approccio, data l'elevata potenzialità nella diagnosi di un maggior numero di cancri.
Come Sezione di Senologia della Società Italiana di Radiologia Medica stiamo inoltre producendo e pubblicando delle raccomandazioni all'utilizzo della tomosintesi.

La tradizionale mammografia e lo screening mammografico

Le Linee guida del Ministero della salute, attualmente, suggeriscono di eseguire una mammografia ogni 2 anni, dai 50 ai 69 anni di età, ma la cadenza può variare a seconda delle considerazioni del medico sulla storia personale di ogni donna: ad esempio nelle donne che hanno avuto una madre o una sorella malata, infatti, in genere si comincia prima, verso i 40-45 anni. In alcune Regioni si sta sperimentando l'efficacia in una fascia di età più ampia, quella compresa tra i 45 e i 74 anni (con una periodicità annuale nelle donne sotto ai 50 anni).

La mammografia è un esame radiologico della mammella, efficace per identificare precocemente i tumori del seno, in quanto consente di identificare i noduli, anche di piccolo dimensioni, non ancora percepibili al tatto. I programmi organizzati di screening prevedono che l'esame venga eseguito visualizzando la mammella sia dall'alto verso il basso che lateralmente. Una maggiore accuratezza nella diagnosi viene ottenuta dalla valutazione della mammografia effettuata separatamente da 2 medici radiologi. Un ampio studio pubblicato nel settembre 2012 sul Journal of Medical Screening e che ha passato in rassegna le ricerche pubblicate sui programmi di screening per il cancro al seno attivi in Europa ha mostrato che la mortalità si riduce del 25% per le donne che si sottopongono allo screening. Per ogni 1.000 donne di età tra i 50 e i 69 anni sottoposte regolarmente ai programmi di screening e seguite fino a 79 anni di età, lo screening permette di salvare tra 7 e 9 vite. Una positività alla mammografia non equivale a una diagnosi certa di cancro al seno, anche se indica una maggiore probabilità di essere affette dalla patologia. Per questa ragione, in caso di un sospetto, al primo esame seguono ulteriori accertamenti diagnostici che, all'interno dei programmi organizzati di screening, consistono in una seconda mammografia, in un'ecografia e in una visita clinica. A questi esami può far seguito una biopsia per valutare le caratteristiche delle eventuali cellule tumorali. Soltanto al completamento di questo percorso si ottiene la conferma della diagnosi e, in caso di positività, si dà il via all'iter terapeutico.

© Can Stock Photo Inc. / picturepartners

ALLA RICERCA DELL'**INNOVAZIONE CONTINUA**

PRIMI A PADOVA GVDR SI DOTA DELLA TOMOSINTESI DELLA MAMMELLA. MAMMOGRAFIA 3D CON L'ESCLUSIVO SOFTWARE C-VIEW

La Radiologia Scrovegni del Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione di Mejaniga di Cadoneghe, da trent'anni attiva nell'ambito sanitario ambulatoriale, con profonda sensibilità nella promozione della Salute e dell'innovazione tecnologica, è lieta di annunciare che, prima struttura ambulatoriale pubblica e privata della provincia di Padova, si è dotata dalla Tomosintesi della mammella-Mammografia 3D con l'esclusivo software C-View.

Radiologia Scrovegni offre alle pazienti tutti i vantaggi della Mammografia 3D senza necessità di ulteriore esposizione ai raggi X grazie all'esclusivo software C-View di cui il nuovo Mammografo 3D Selenia Dimensions è dotato.
Questo rappresenta un importante passo in avanti nella diagnosi delle neoplasie della mammella, per il quale le possibilità terapeutiche sono aumentate; riconoscere prima la lesione significa poterla curare.

Gvdr. Investimenti e qualità continui con un'attenzione particolare al sociale
Il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione, come prevede la sua vision e la sua mission, offre il massimo della tecnologica, dell'organizzazione e della qualità a favore dei proprio utenti. A comprova c'è la dotazione della Tomosintesi 3D-Mammografia 3D con l'esclusivo software C-View oltre al nuovo progetto "Valore e benessere per la mamma". Grande attenzione c'è

anche per l'aspetto sociale che da sempre contraddistingue la nostra mission.
Ricordiamo che Gvdr è l'unico gruppo sanitario che realizza il proprio Bilancio Sociale, ormai da sette anni, e che il prossimo sarà presentato il 14 maggio all'auditorium San Gaetano di Padova con le concomitanti premiazioni della 4' edizione del "Premio Giornalistico Giorgia Iazzetta" e la 1' edizione del premio scolastico "Gvdr Scuola" organizzato assieme all'Ufficio Scolastico Provinciale di Padova.

Il tumore della mammella

a cura del dottor Francesco Peruzzi

Il Tumore della Mammella è in Italia il tumore più frequente della donna (il 29 per cento di tutti i tumori della donna, cioè uno su tre tumori della donna è il tumore della mammella) ed è, assieme al tumore del colon-retto, il tumore più frequente nell'intera popolazione.
Si stima che nel 2014 questo tumore sia stato diagnosticato in 48.200 donne e in circa 1000 uomini.
L'incidenza è simile a quella di altri paesi occidentali ed è stimata in circa 150 casi ogni 100.000 donne.
Il rischio di ammallarsi di tumore alla mammella aumenta con l'età ed è stimato
del 2,3% fino a 49 anni (1 donna su 43),
del 3,4% tra i 50 e i 69 anni,
del 4,5% tra i 70 e i 84 anni.
Nelle donne più giovani il tumore tende ad essere più aggressivo.
La sopravvivenza è molto alta, ed è superiore all'85% per cento a cinque anni dalla diagnosi.
Si è osservata una continua riduzione della mortalità per carcinoma alla mammella grazie alla diagnosi precoce ed ai progressi della terapia.
La diagnosi precoce si basa sulla Mammografia che si è dimostrata in grado di ridurre la mortalità del 30% circa.
La Mammografia 3D, o Tomosintesi della Mammella, rappresenta un grande progresso della mammografia digitale poiché consente di diagnosticare un maggior numero di neoplasie e di ridurre i falsi positivi.
L'esecuzione della mammografia è raccomandata ogni anno dopo i 40 anni (raccomandazioni dell'American College of Radiology e dell'American Cancer Society). L'ecografia e l'esame clinico, eseguiti assieme alla mammografia, aumentano le capacità diagnostiche.

© Can Stock Photo Inc. / bds

in collaborazione
con il Provider ECM Nordestnet

con il Patrocinio di

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Padova

onda

ULSS 16

Comune di Padova

Evento promosso da

RETE SALUTE PER IL VENETO
www.saluteperilveneto.org

GIORNATA NAZIONALE DEDICATA ALLA SALUTE DELLA DONNA

Venerdì 22 Aprile 2016

presso la Sala Polivalente Diego Valeri
Via Diego Valeri, 17 35131 Padova

3,5 Crediti Ecm per Medici Chirurghi tutte le Discipline

In riferimento alla Direttiva dell' 11 giugno 2015 del presidente del Consiglio, il **22 Aprile** è stata istituita la **"Giornata nazionale dedicata alla salute della donna"**. In questa occasione Salute per il Veneto Srl, organizza a Padova l'evento che approfondirà i temi della **salute della donna nelle varie fasi della vita fertile**. Verranno esposte le buone pratiche di tutela della salute della donna, il suo coinvolgimento, l'equità degli accessi alle prestazioni necessarie. La **Diagnosi tempestiva dei TUMORI DELLA MAMMELLA** in donne presunte sane: verranno presentate e discusse le metodologie attuate e quelle attuabili/sostenibili in rapporto alle attuali conoscenze ed alle disponibilità del territorio.

L'EVENTO E' ACCREDITATO ECM E LA PARTECIPAZIONE E' GRATUITA.
L'ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIA

PROGRAMMA

ore 15.00 Registrazione partecipanti

15.30-16.00 Saluti Autorità

16.00-17.15
LA SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
Relatore ***Gianfranco Jorizzo****, Responsabile Servizio di Medicina Prenatale ULSS 16, Coordinatore Nazionale Comitato Percorso Nascita del Ministero della Salute)*
PREVENZIONE PATOLOGIE VASCOLARI AL FEMMINILE
Relatore ***Fabio Verlato****, Direttore Distretti ULSS 16*

Conduttori: Giovanni Battista Nardelli e Antonella Agnello

17.15-18.30
DIAGNOSI TEMPESTIVA DEI TUMORI DELLA MAMMELLA
Relatore ***Cosimo di Maggio****, prof. Ordinario di Radiologia Università di Padova*

Conduttori: Donato Nitti e Giuseppina Bonavina

18.30-19.00 Discussione

19.00-19.15 Questionario ECM

Autorità
Sindaco e Vicesindaco di Padova ,
Dott.ssa Vera Sodero Assessore alle Politiche Sociali,
Dott. Claudio Dario Dir. Generale ULSS16,
Dott. Gino Gumirato Direttore Servizi Sociali ULSS 16,
Prof. Paolo Simioni Presidente OMCO di Pd,
Prof. Giampietro Vecchiato - Presidente Rete Salute per il Veneto, Dott. Marco Vecchietti - Consigliere Delegato RBM Salute

Conduttori
Prof. Giovanni Battista Nardelli, Dir Clinica Ostetrica e Ginecologica Padova
Dott.ssa Antonella Agnello, Presidente AGEO, consigliere OMCeO Padova
Prof .Donato Nitti, Dir Clinica Chirurgia Padova
Dott.ssa Giuseppina Bonavina, Dir Sanitario IOV

Responsabili Scientifici
Dott. Fabio Verlato, ULSS 16
Dott. Gianfranco Jorizzo, ULSS 16
Dott. Giuseppe Caraccio, Direttore Sanitario Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Per iscrizioni contattare la segreteria organizzativa di Rete Salute per il Veneto
via Santa Maria Assunta 31,35125 Padova
Telefono 049 8803767 Fax 049 8870010
e-mail: info@saluteperilveneto.org – www.saluteperilveneto.org

TOMOSINTESI ALLA MAMMELLA: UNA MIGLIORE MAMMOGRAFIA

testo a cura di **Technologic Srl**

La Tomosintesi è la tecnica di imaging 3D nata per superare i limiti diagnostici della mammografia convenzionale 2D dovuti alla sovrapposizione del tessuto fibroghiandolare.
La Tomosintesi digitale permette di ricostruire una stratigrafia della mammella a partire da un numero finito di proiezioni bidimensionali. Rispetto a un mammografo convenzionale, la struttura dello stativo è modificata per permettere alla sorgente radiogena di ruotare ed eseguire radiografie del seno a diversi angoli di proiezione; le immagini digitali, acquisite a bassa dose, sono poi processate per ricostruire gli strati a diversa profondità.
Diverse pubblicazioni scientifiche indicano che la ricostruzione tridimensionale consente sia l'individuazione di un maggior numero di lesioni (aumento di sensibilità), con una migliore analisi della forma e dei contorni delle lesioni stesse, sia una riduzione dei falsi positivi e della necessità di successivi approfondimenti (aumento della specificità).
La gran parte, se non la quasi totalità, degli Studi Scientifici a oggi pubblicati sono stati condotti con apparecchiature Hologic, la cui introduzione in Europa risale alla seconda metà del 2008. La notevole produzione scientifica con utilizzo di Mammografi con Tomosintesi Hologic è stata possibile sia per l'immediata affidabilità e bontà dei sistemi commercializzati sia per la disponibilità da parte degli Utilizzatori a investire le proprie energie nell'attività Scientifica.

Gli Studi sono stati condotti sia su popolazione di Screening di Primo Livello che di Clinica. In ambito di Screening, i risultati conseguiti nel 2011-2012 in Italia (Trento-Verona), in Europa (Oslo) e negli Stati Uniti hanno come comun denominatore l'aumento della capacità diagnostica, in modo particolare per le lesioni invasive, senza per questo aver portato ad un incremento del riscontro delle lesioni meno aggressive. Oltre alla possibilità di rilevare un numero superiore di lesioni grazie alla Tomosintesi, non sono affatto da trascurare i vantaggi derivanti dalla diminuzione del tasso di richiamo. È importante considerare come il richiamo per approfondimento abbia importanti ripercussioni sulle pazienti in virtù del carico "emotivo" che il richiamo genera; ridurre tali richiami significa ridurre significativamente uno dei peggiori effetti indesiderati dello Screening, ovvero l'ansia generata nella donna dal richiamo.
Una delle prime questioni poste circa l'utilizzo della Tomosintesi in Mammografia è stata quella riguardante la dose erogata. Sin da subito tutti i riscontri eseguiti da parte della Fisica Sanitaria hanno testimoniato che la dose in Tomosintesi era ampiamente nei limiti imposti dalle Normative. La questione è stata poi completamente superata con l'introduzione dal 2012 di un software (C-View) che permette

la ricostruzione dell'immagine 2D a partire dalle acquisizioni in Tomosintesi. I primi risultati pubblicati (Oslo) relativi al funzionamento di questo software di ricostruzione hanno evidenziato come i valori di sensibilità e di specificità ottenuti con le immagini C-View+3D siano risultati decisamente superiori a quelli conseguiti con le sole immagini 2D.

Grazie ai positivi riscontri di Oslo e alle Esperienze maturate a Trento e a Verona sull'utilizzo delle immagini C-View in combinazione con le immagini 3D di Tomosintesi, sono partiti due progetti pilota circa l'uso della Tomosintesi in Screening a Trento (nel 2014) e a Verona (nel 2015): si è deciso di offrire alle donne afferenti ai 2 programmi di Screening quanto di meglio la tecnologia in campo mammografico è in grado di permettere a oggi, fornendo quindi un servizio con una mammografia di altissima qualità.

Il tempo di acquisizione delle proiezioni di Tomosintesi Hologic è tra i più rapidi tra i sistemi attualmente disponibili. Il Mammografo impiega meno di 4 secondi per acquisire le diverse proiezioni ai diversi angoli, garantendo il miglior comfort per la paziente, senza praticamente impattare in alcuno modo sul flusso di lavoro del personale tecnico.

Il Mammografo con Tomosintesi Hologic ha inoltre anche la disponibilità di un sistema di biopsia con guida Tomosintesi che, attraverso l'acquisizione di immagini in modalità Tomosintesi, consente:

- la centratura delle lesioni individuate solo dalle immagini di Tomositensi
- il controllo finale per verificare l'esatto posizionamento del marker
- la riduzione dei tempi di procedura e riduzione della dosi erogate rispetto alla stereotassi convenzionale

L'introduzione della biopsia con guida Tomosintesi si è rivelata importantissima per permettere la verifica istologica di quelle lesioni che risultano visibili solo in Tomosintesi e non in Mammografia 2D Convenzionale o in Ecografia, evitando così il ricorso alle procedure bioptiche con guida RM. La biopsia con guida Tomosintesi si è rivelata inoltre così rapida e accurata che oramai tale procedura risulta nella pratica utilizzata per tutte le lesioni sospette. Importanti riscontri si sono ottenuti con il Mammografo con Tomosintesi Hologic in ambito non solo di Screening ma anche di Clinica. In fase di approfondimento è già oggi possibile sostituire l'utilizzo della compressione mirata con la proiezione in Tomosintesi, e si sta valutando come utilizzare la Tomosintesi come 2nd look. Hologic ha già inoltre sviluppato nuove applicazioni quale la possibilità di utilizzare la Dual Energy con il Mezzo di Contrasto in modalità 2D in combinazione con la 3D, con già in previsione l'utilizzo della Dual Energy con il Mezzo di Contrasto in modalità Tomosintesi.

La mammografia con mezzo di contrasto è utilizzata come approfondimento, venendo ad avere le stesse indicazioni cliniche della RM della mammella, oltre che per le donne che non possono sottoporsi all'esame di RM per una varietà di ragioni, per esempio la claustrofobia. Il mezzo di contrasto è lo Iodio, lo stesso usato in TAC.

Di ultimissimo sviluppo è il CAD Mammografico applicabile alle immagini generate dalla Tomosintesi: il marker va a posizionarsi sull'immagine 2D sintetica e cliccando sulla zona di interesse con il tasto del mouse si va ad aprire automaticamente la fetta di Tomosintesi dove la zona di interesse è meglio "evidenziata".

La Tomosintesi oramai risulta essere sempre più affermata come strumento di routine per l'indagine mammografica, venendo di fatto a sostituirsi alla stessa mammografia digitale in quanto in grado di fornire informazioni e dettagli di elevatissima qualità per una diagnosi più sicura e accurata.

MARJPOSA®
phytocosmesi

Marjposa Phytocosmesi propone linee cosmetiche professionali e naturali studiate per la bellezza del viso e del corpo.

CENTRI ESTETICI | SPA | SCUOLE DI ESTETICA

Marjposa Phytocosmesi
info@marjposa.it
www.marjposa.it

Attrazione Fatale

OGGI LE ZANZARE SI COMBATTONO COSÌ!

MOSQUITO MAGNET

Stop ai fastidi

DISTRIBUTORE ESCLUSIVO

FREE GARDEN

www.freegarden.it
cell. 337 510046
info@freegarden.it
CASELLE DI SELVAZZANO (PD)
Tel. 049 635763

MOSQUITO MAGNET

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

IL **GOMITO DEL TENNISTA** POCHE SEDUTE DI «ONDE D'URTO» PER STARE MEGLIO

a cura del dott. **Giuseppe Caraccio,** direttore sanitario Gvdr

L'epicondilite è una sofferenza dell'inserzione della loggia muscolare del gomito fino all'epicondilo laterale dell'omero. Oggi, rispetto al passato dove veniva definito come "gomito del tennista", è una patologia che si riscontra con grande frequenza tra chi utilizza in modo sistematico il mouse, a causa della sollecitazione ripetitiva degli estensori della mano che vanno ad inserirsi sull'epicondilo, o chi utilizza avvitatori o altri attrezzi similari diventando tra le patologie che vengono definitive "tecnopatie".
La sofferenza è molto fastidiosa e può giungere a compromettere aspetti funzionali molto comuni, come stringere la mano, versare una bottiglia d'acqua, avvitare con un cacciavite. Il dolore sull'apice osseo dell'epicondilo è "vivo" e molto spesso l'infiammazione viene trascurata e si persiste nella attività con sovraccarico funzionale.

Scarso risultato si ottiene attraverso l'assunzione di antinfiammatori.
Il trattamento deve essere più immediato possibile affrontando innanzitutto le cause della sofferenza con una riduzione del sovraccarico funzionale e con la modifica delle condizioni di lavoro. Il gomito deve essere totalmente appoggiato sulla scrivania ed è utile un moderato rialzo al polso e utilizzo di tutori all'avambraccio per ridurre la tensione dei muscoli estensori dell'avambraccio a non "tirare" sull'epicondilo.
Per quanto riguarda le terapie fisiche trovano un'indicazione specifica la laserterapia e la tecarterapia associate ai consigli ergonomici che ho sopra indicato.
Se non si ottengono miglioramenti con le precedenti terapie, quelle delle onde d'urto (2-3 sedute) trovano una indicazione specifica con risultati di miglioramento pari all'85 per cento dei nostri casi trattati con netta riduzione del dolore valutabile con la scala "VAS" (indicatori del dolore) pari ad oltre il 50 per cento.
In ultima possono essere indicati delle infiltrazioni cortisoniche locali, che molto spesso possono presentare effetti collaterali indesiderati.

© Can Stock Photo Inc. / barsik

de chirico

MTS

Distributore esclusivo per l'Italia di onde d'urto MTS
Medical UG
DE CHIRICO SRL
TEL/FAX: +39 080 5326292
E-mail: info@dechiricosrl.it

APNEE NOTTURNE E LICENZA DI GUIDA: L'ITALIA SI ADEGUA ALLA DIRETTIVA EUROPEA

NUOVE REGOLE, PIÙ CONTROLLI E PATENTE AL SICURO PER CHI SI CURA

a cura di **Gaia Bortolussi**

Sono 17.300, con più di 250 morti e 12.200 feriti, gli incidenti stradali in Italia causati da problemi di sonnolenza diurna alla guida, dovuta principalmente dalle complicanze della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno, meglio conosciuta con l'acronimo inglese OSAS - Obstructive Sleep Apnea Syndrome.
L'associazione tra OSAS e aumentato rischio di incidenti sulla strada viene confermata da studi e letteratura scientifica che dimostrano, anche in assenza di sonnolenza documentata, nei pazienti che soffrono di apnee notturne un allungamento dei tempi di reazione, con conseguente rischio di impatto con un ostacolo. Ciò che contribuisce maggiormente nella capacità di guida, è la comparsa della sonnolenza diurna, una delle complicanze più gravi dell'OSAS, che viene definita come l'impossibilità a rimanere svegli ed attenti durante la maggior parte dei momenti della giornata che richiedono la veglia. La sonnolenza diurna può anche diventare eccessiva (Eccessiva Sonnolenza Diurna, Excessive Daytime Sleepiness, EDS) e influire in maniera consistente nella qualità della vita dei pazienti sotto la sfera relazionale, sociale e lavorativa.

© Can Stock Photo Inc. / guijunpeng

LE CIFRE

Da una ricerca scientifica, effettuata da una equipe italiana coordinata dal Professor Sergio Garbarino, neurologo dell'Università di Genova, e rappresentante per l'Italia della Commissione Europea di esperti preposta ad approfondire il tema apnee notturne-patente di guida, si evince che ogni anno in Italia l'OSAS provoca oltre 17.300 incidenti stradali, con più di 250 morti e 12.200 feriti. Garbarino spiega che questa sindrome è molto diffusa, ma purtroppo essa è sottostimata nella popolazione generale, le cui dimensioni possono essere paragonate al diabete. I più recenti dati epidemiologici indicano che l'OSAS di grado moderato e grave ha una diffusione nella popolazione adulta pari a circa il 50% nell'uomo e circa il 23% nella donna. In base alle ultime statistiche Istat, si stimano 40.000 sinistri in Italia e circa 240.000 in tutta l'Unione Europea. "Diagnosticare e curare rapidamente la sindrome da apnee nel sonno, dalla quale sottolineo che si può guarire, e, meglio ancora, prevenirla - facendo attenzione ai fattori di rischio-, comporterebbe un risparmio economico notevole non solo perché si eviterebbero incidenti e infortuni, - sottolinea Garbarino - ma perché la patologia in sé costa. Si calcola all'incirca 1,5 milioni di euro l'anno tra spese dirette e indirette (per esempio, giornate di lavoro perse, incidenti sul lavoro e non soltanto alla guida)". "Bisogna, dunque, puntare sull'attenzione alla sindrome da parte dei medici di medicina generale, sensibilizzare il cittadino sui primi sintomi della patologia, poi, una volta posto il sospetto diagnostico, il soggetto deve essere indirizzato in tempi brevi a strutture in grado di confermare la diagnosi e di fornire un corretto approccio multidisciplinare alla patologia con un adeguato trattamento. L'approccio multidisciplinare -conclude il neurologo - è l'unica via per risolvere i problemi di questi pazienti".

CE LO CHIEDE L'EUROPA

L'Italia, dove sono stimati circa 1,6 milioni gli italiani che soffrono di apnee notturne, con l'ultimo l'aggiornamento del Codice della Strada, si è dovuta allineare con la direttiva europea del 1° luglio 2014, n. 2014/85/UE, che ha reso obbligatori interventi diagnostici e terapeutici per il conseguimento e il rinnovo della patente di guida per chi soffre di patologie del sonno.
È stato dunque pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dello scorso 13 gennaio 2016, il decreto del 22 dicembre 2015 , firmato dal Ministro dei Trasporti Graziano Delrio, che contiene le nuove regole sull'esame di idoneità per la licenza di guida. Con la riforma, infatti, sono state inserite nell'elenco delle malattie che potrebbero pregiudicare il benestare medico necessario al rilascio della patente, una serie di nuove patologie: tra di esse, c'è anche l'OSAS.

LA RISPOSTA ITALIANA

Il decreto prevede che tutti coloro a cui è stata diagnosticata la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (sia in forma lieve che grave), ed anche per coloro che sono consapevoli di essere russatori incalliti, sono obbligati a dichiararlo al medico. Sarà compito di quest'ultimo, al momento della visita di controllo per il rilascio o il rinnovo della licenza di guida, fare alcune domande al paziente e considerare la presenza o meno di determinati indicatori (tra i quali obesità, collo grosso, mandibola piccola o poco prominente, ipertensione, diabete), in modo da verificare se è effettivamente presente la patologia. Se così dovesse essere, la competenza per la valutazione dell'idoneità alla guida passa alla Commissione medica locale, la quale deciderà il da farsi solo previa consulenza di uno specialista.

LE NUOVE REGOLE

DIRETTIVA 2014/85/UE DELLA COMMISSIONE del 1 luglio 2014 recante modifica della direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio concernente la patente di guida.
LA COMMISSIONE EUROPEA, visto il trattato sul funzionamento dell'Unione europea, vista la direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 dicembre 2006, concernente la patente di guida, considerando quanto segue: dall'adozione della direttiva 2006/126/CE, le conoscenze scientifiche sulle patologie che influiscono sull'idoneità alla guida si sono evolute, in particolare per quanto concerne la stima dei rischi per la sicurezza stradale e l'efficacia delle misure atte a scongiurare tali rischi. Di recente sono stati pubblicati studi e ricerche che confermano come la sindrome delle apnee ostruttive da sonno sia uno dei principali fattori di rischio negli incidenti automobilistici. Pertanto questa patologia non dovrebbe più essere ignorata nell'ambito della legislazione unionale in materia di patente di guida.
La direttiva 2006/126/CE deve pertanto essere modificata per adeguare l'allegato III ai progressi scientifici e tecnici.

HA ADOTTATO LA PRESENTE DIRETTIVA: Nell'allegato III della direttiva 2006/126/CE, la sezione 11 (MALATTIE NEUROLOGICHE) è sostituita dalla seguente: MALATTIE NEUROLOGICHE E SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO.

SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NEL SONNO:
11.3. Il richiedente o il conducente in cui si sospetti una sindrome da apnea ostruttiva notturna moderata o grave deve essere sottoposto a un consulto medico approfondito prima dell'emissione o del rinnovo della patente di guida. A tali soggetti si può consigliare di non guidare fino alla conferma della diagnosi.
11.4. La patente di guida può essere rilasciata ai richiedenti o conducenti con sindrome da apnea ostruttiva notturna moderata o grave che dimostrano un adeguato controllo della propria condizione, il rispetto delle cure adeguate e il miglioramento della sonnolenza, se del caso, confermato dal parere di un medico autorizzato.

© Can Stock Photo Inc. / oxygen64

11.5. I richiedenti o i conducenti in cura per sindrome da apnea ostruttiva notturna moderata o grave sono soggetti a un esame medico periodico, a intervalli che non superano i tre anni per i conducenti del gruppo 1 e un anno per i conducenti del gruppo 2, al fine di stabilire il livello di rispetto delle cure, la necessità di protrarle e una buona vigilanza continua.

APNEE: LA PAROLA ALLO **SPECIALISTA**

INTERVISTA AL DIRETTORE DEL REPARTO DI FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA DELL'OSPEDALE DI PADOVA ANDREA VIANELLO

Lo specialista è una figura fondamentale nel percorso diagnostico e terapeutico per il rilascio della licenza di guida. Abbiamo chiesto al professor Andrea Vianello, Pneumologo e Direttore del reparto di Fisiopatologia Respiratoria dell'Ospedale di Padova, maggiori informazioni su questa sindrome.

COME SI MANIFESTA?

L'OSAS si manifesta con tipici sintomi notturni e diurni, tra i primi da ricordare: il russamento abituale -in tutte le posizioni e per la maggior parte della notte-; le pause respiratorie -generalmente riferite dal partner-; la nicturia -ripetuto bisogno di urinare durante il riposo notturno- e l'enuresi -emissione involontaria di urina durante il sonno. Tra i sintomi diurni, riconducibili alla frammentazione del sonno e all'ipossia indotta dagli episodi di apnea, prevalgono l'eccessiva sonnolenza diurna, la cefalea mattutina, la sensazione di sonno poco riposante e i deficit di concentrazione e di memoria, frequentemente coesiste con l' ipertensione arteriosa sistemica, spesso resistente ai farmaci.

QUALI SONO I RISCHI?

Se non adeguatamente trattata, l'OSAS si associa ad un significativo aumento del rischio di morte, specie tra i soggetti di età inferiore ai 50 anni, potendo causare accidenti cardiovascolari (infarto miocardico, aritmie maligne) e cerebrovascolari (ictus).

QUANDO RITIENE DEBBA ESSERE NEGATA LA LICENZA DI GUIDA AD UN SOGGETTO AFFETTO DA OSAS?

Quando non aderisce alle indicazioni terapeutiche, in particolare a quelle che prevedono l'utilizzo della ventilazione meccanica a pressione positiva continua (in inglese C-PAP, acronimo di Continuous Positive Airway Pressure).

• Andrea Vianello

IN CHE COSA CONSISTE?

La C-PAP costituisce il trattamento di prima scelta per l'OSAS e consiste nell'applicazione nelle ore notturne di un dispositivo in grado di erogare un flusso d'aria continuo nelle vie aree, attraverso un'interfaccia nasale oppure oro-nasale, allo scopo di garantirne la pervietà e di evitare gli episodi di ostruzione. La terapia con CPAP è risultata estremamente efficace nel ridurre i sintomi e migliorare l'aspettativa e la qualità di vita dei portatori di OSAS.

IL MINISTERO VI HA INVIATO UNA CIRCOLARE CON LINEE GUIDA DA SEGUIRE PER ATTUARE LE NUOVE REGOLE?

Sì, ho ricevuto la Circolare con le linee guida da seguire, a noi specialisti è stata fornita dalla Società Scientifica di Pneumologia.

COS'È L'OSAS

Il Professor Andrea Vianello, Pneumologo, spiega che la Sindrome dell'Apnea nel Sonno di tipo Ostruttivo è un disturbo caratterizzato dall'insorgenza di ripetute interruzioni del respiro durante il sonno associate a transitorie riduzioni dell'ossigenazione, espresse dalla caduta della Saturazione Ossiemoglobinica (SaO2). Le apnee tipiche dell'OSAS sono provocate dall'instaurarsi di un'ostruzione completa/parziale delle vie aeree superiori, in particolare dell'orofaringe, prive di strutture ossee o cartilaginee di sostegno. Nella fase di inspirazione la pressione a livello faringeo scende infatti al di sotto di quella atmosferica: sebbene modesta, questa pressione negativa endoluminale favorisce il collasso del faringe, ciò si deve al fatto che il sonno comporta una riduzione del riflesso di contrazione dei muscoli dilatatori faringei. I pazienti con OSAS, inoltre, presentano molto spesso un restringimento anatomico delle vie aeree superiori che facilita l'insorgere delle apnee, principalmente correlato ad un concomitante eccesso di peso, con accumulo di tessuto adiposo a livello del collo.

© Can Stock Photo Inc. / BVDC

COME SI APPLICANO LE **NUOVE REGOLE**

È DIFFICILE CHE IL MEDICO POSSA ACCORGERSI DI QUESTA SINDROME IN SEDE DI VISITA DI CONTROLLO PER IL RILASCIO O IL RINNOVO DELLA PATENTE

La Commissione Medico Locale (che trova fondamento nell'art. 119 del d.lgs. 285/92 Codice della Strada e nell'art. 330 del D.P.R. 495/92 Regolamento di esecuzione e applicazione al codice della strada) ha ricevuto la Circolare direttamente dal Ministero della Salute, datata 3 febbraio 2016, dove sono riportate le indicazioni operative per la valutazione dell'idoneità alla guida in soggetti con OSAS. A riferirlo è il dottor Eustachio Cipolla - Ulss 16 Padova, direzione strutt. Semplice (U.O.S delle certificazioni medico legali e polizia necroscopica), presso il Dipartimento di prevenzione, Servizio Igiene e Sanità Pubblica-, al quale abbiamo chiesto chiarimenti sulle nuove regole.

«Il problema dell'applicazione delle nuove regole – riferisce Cipolla - è soprattutto di carattere pratico: è difficile che il medico monocratico possa accorgersi di questa sindrome in sede di visita di controllo per il rilascio o il rinnovo della patente, se non è lo stesso soggetto visitato ad 'autodenunciarsi', perché ne è a conoscenza. Il medico ha l'obbligo di chiedere della presenza riscontrata di qualsiasi patologia pericolosa e segnalata nel Codice della Strada, ma finisce lì l'indagine».

LO SPECIALISTA HA L'OBBLIGO DI SEGNALARE ALLA COMMISSIONE LA PRESENZA DI QUESTA SINDROME?

No, anche qualora un soggetto abbia una diagnosi certa di OSAS -eseguita da uno specialista - e non la segnali, a differenza di altre patologie per le quali lo specialista ha l'obbligo di segnalare agli organi di controllo la presenza di una malattia che limita la capacità di guida, in questo caso l'obbligo non c'è.
È rimandato tutto alla buona fede del soggetto di non mettere in pericolo se stesso e gli altri, oltre al fatto che incorre in una dichiarazione falsa e quindi a riscontri giudiziari. Si evidenzia di conseguenza, la mancanza di un "registro" al quale gli organi di controllo possano riferirsi per delle verifiche in caso si sospetta OSAS.

GLI ASPETTI OPERATIVI PIÙ IMPORTANTI CHE VALUTATE PER RILASCIARE LA PATENTE IN PRESENZA DI QUESTA SINDROME?

I soggetti che dimostrano di curarsi regolarmente, e quindi di avere dei benefici dalle cure, hanno ottime possibilità si vedersi rinnovata o rilasciata la patente.
Cambieranno solo gli anni di durata della stessa, come riportato dal testo del decreto.

QUANDO VIENE NEGATA LA LICENZA DI GUIDA?

Secondo la mia esperienza, è raro che per la Sindrome delle apnee ostruttive del sonno le Commissioni, compresa quella di Padova della quale faccio parte, si siano trovate a negare la licenza di guida. Accade più volte per altre patologie, qualora accadesse sarebbe solamente un ritiro temporaneo da rivalutare dopo le terapie, che devono essere costanti e continuative. È comprovata, infatti, la diminuzione della sonnolenza diurna, come anche la completa guarigione.

DIAGNOSI E TERAPIA

Ad un primo livello, la diagnosi di OSAS si basa sulla ricerca della sintomatologia tipica, con particolare attenzione al grado di sonnolenza diurna,per la quale si rivela importantissima l'auto-osservazione; un primo riscontro della patologia si può avere sottoponendo il paziente ad un test dei tempi di reazione -della durata di appena 10 minuti- in cui il soggetto dovrà rispondere ad una sequenza rapida di stimoli luminosi premendo un pulsante.
Se questo non bastasse a confermare i sospetti, sarà necessario un ulteriore approfondimento tramite la somministrazione del questionario standardizzato Epworth Sleepiness Scale (vedi pagina seguente). La certezza diagnostica, invece, richiede il ricorso alla cosiddetta Polisonnografia-PLSG.

© Can Stock Photo Inc. / federicofoto

EPWORTH SLEEPINESS SCALE

Quanto è probabile che lei si appisoli o si addormenti nelle situazioni indicate nel seguente Questionario?

E'importante che lei distingua una generica "sensazione di stanchezza" da un vero e proprio "colpo di sonno".
Il Questionario si riferisce a situazioni della sua vita quotidiana attuale o recente. Anche se lei non ha svolto di recente le attività indicate, provi comunque ad immaginare cosa potrebbe succedere in situazioni di questo tipo.
Per valutare in modo appropriato la possibilità che lei si addormenti, usi solo le seguenti risposte: in genere non succede, è poco probabile, è abbastanza probabile, è molto probabile.
Situazioni:
E' seduto e sta leggendo ?
Sta guardando la televisione ?
E' seduto ed inattivo in un posto pubblico (teatro, riunione)?
Sta viaggiando in macchina come passeggero da un'ora senza soste ?
Si sdraia per riposarsi nel pomeriggio, quando le circostanze lo permettono ?
È seduto e sta parlando con qualcuno ?
È seduto comodamente dopo un pranzo in cui non ha bevuto alcolici ?
È alla guida della macchina ferma nel traffico da pochi minuti ?

RISULTATO:

ESS tot score: **range: (0-24)**
2-10: normal control
10-15: Primary snoring
>16: High level of ASP

0 = nessuna probabilità
1 = scarsa probabilità
2 = moderata probabilità
3 = alta probabilità

LA POLISONNIGRAFIA

La dottoressa Laura Battistella, Pneumologa presso il Gruppo Veneto Diagnostica e Ribilitazione (Gvdr), ci spiega in che cosa consiste la polisonnografia.
«È un esame diagnostico specifico che permette di studiare le modificazioni respiratorie che si verificano durante il sonno. L'obbiettivo è quello di identificare l'esistenza e l'entità di eventuali disturbi respiratori del sonno (DRS), tra cui la Sindrome delle Apnee ostruttive del sonno, l'insufficienza respiratoria e la roncopatia semplice».

COME FUNZIONA?
Il Polisonnigrafo è un apparecchio di piccole dimensioni, applicato al paziente da un operatore esperto e programmato per registrare simultaneamente, nel corso dell'intera notte, diversi parametri fisiologici tramite alcuni sensori non invasivi. Normalmente vengono rilevati: il flusso aereo nasale mediante cannule nasali (termistore nasale), la frequenza cardiaca e la saturazione ossiemoglobinica attraverso un sensore digitale (pulsossimetro), i movimenti del torace e dell'addome tramite due fasce elastiche dotate di sensori di movimento, la posizione corporea e il russamento.
La mattina successiva lo strumento viene smontato e i dati memorizzati vengono elaborati attraverso un programma specifico, per essere analizzati in dettaglio ed interpretati dal medico specialista.
Di conseguenza sarà possibile per i pazienti avere una terapia mirata, a beneficio della salute e del conseguimento della patente di guida.

Il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione – GVDR- ha in dotazione la migliore tecnologia disponibile nel campo della polisonnografia, con apparecchi di massima affidabilità. La polisonnografia viene programmata in tempi rapidi, senza lunghe liste di attesa, e il test si effettua comodamente al proprio domicilio. In questo modo si evita che l'esame influisca sugli impegni quotidiani del paziente e si riducono le variabili ambientali correlate al dormire in un ambiente non abituale, quale quello ospedaliero o ambulatoriale. Una volta individuata la presenza di apnee notturne e definito la stadio della malattia, il paziente può intraprendere con GVDR il successivo iter terapeutico con ventiloterapia notturna - mediante la fornitura dell'apparecchio C-PAP - e il monitoraggio con visite pneumologiche periodiche

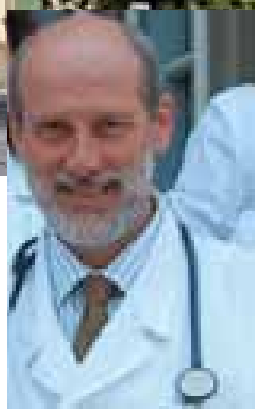
© Can Stock Photo Inc. / utah778

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.

SANITÀ: OPOCHER DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO**

a cura di **Margherita De Nadai**

«Una scelta che dà all'Istituto Oncologico Veneto la continuità nella qualità. Complimenti e buon lavoro al Professor Opocher».
Con queste parole il Presidente della Regione del Veneto commenta la nomina del Professor Giuseppe Opocher a Direttore Scientifico dello IOV.
«La storia professionale, scientifica e accademica di Opocher – aggiunge il Governatore – parla da sé – e testimonia di un uomo che ha dato tanto all'oncologia veneta, nazionale e internazionale e di un grande esperto che saprà incentivare ulteriormente la crescita di una struttura che già oggi, pur dovendo competere con realtà storiche, si è ritagliata un riconosciuto spazio nell'eccellenza oncologica nazionale».
«Nella lotta al tumore alcune sfide sono già state vinte, altre le stiamo vincendo – conclude il Presidente – altre ancora le stiamo combattendo. Con Centri come lo IOV e uomini come Opocher i malati veneti possono avere la certezza che per guarirli in veneto si fa tutto nel migliore dei modi, con le migliori tecnologie e con i migliori specialisti e ricercatori».
Giuseppe Opocher ha 65 anni; è sposato da 40 anni con Paola Fontana, ha tre figli e quattro nipoti.



• La sede dello Iov. A destra: Giuseppe Opocher

Si è formato alla scuola del Prof. Mario Austoni, per molti anni ha lavorato con il Prof. Mantero contribuendo allo sviluppo dello studio della patologia surrenalica in Italia. Assistant Professor presso l'Università di California di San Francisco con il Prof. E. G. Biglieri nel 1986, collabora da diversi anni con il Prof. Hartmut Neumann di Friburgo e con la Prof. Mercedes Robledo, del CNIO di Madrid: insieme a loro ha approfondito molti aspetti, genetici e clinici del feocromoctima/paraganglioma, contribuendo alla scoperta del gene TMEM127 e MAX.
Opocher è arrivato allo IOV nel 2008; al Busonera ha fondato e diretto l'Unità per i Tumori Ereditari e Endocrinologia Oncologica. Nel 2013 era stato nominato Direttore Scientifico facente funzione. Da allora l'Istituto di via Gattamelata ha visto costantemente incrementare il finanziamento ministeriale per la Ricerca Corrente, che premia parametri quali produttività scientifica, sperimentazioni cliniche e

qualità assistenziale. Nel 2015, in particolare, per la prima volta il contributo ha abbattuto il muro dei 3 milioni di euro (3.195.361,35) con un balzo del 20 per cento sull'anno precedente, collocando l'IRCCS padovano ai vertici nazionali della produttività scientifica. Un andamento in controtendenza rispetto a quanto fatto registrare anche da Istituti più grandi e antichi dello IOV, che punta a consolidare il trend con il potenziamento delle infrastrutture dedicate alla ricerca.

SUICIDIO NELLE CARCERI: OLTRE IL 50% DEI DETENUTI È A RISCHIO I RISULTATI DI UN PROGETTO REGIONALE DI PREVENZIONE COORDINATO DALL'U.O. SANITÀ PENITENZIARIA DELL'ULSS 6 VICENZA

Sono circa 50 ogni anno i suicidi nelle carceri italiane, e il problema non riguarda solo il nostro Paese naturalmente: il tasso di suicidi in carcere è ovunque elevato e costante nel tempo, superiore a quello della popolazione in generale. La capacità del sistema sanitario e del sistema penitenziario di integrarsi, di approfondire la conoscenza del fenomeno e di adottare strategie di prevenzione costituisce dunque un obiettivo prioritario. Anche l'OMS ha fornito fin dal 2007 alcune importanti indicazioni per la prevenzione del fenomeno, tra le quali due in particolare possono costituire il punto di partenza per creare una comune sensibilità di chi opera in carcere e migliorare la comprensione del disagio dei detenuti. La prima riguarda l'organizzare di corsi specifici di addestramento (e di aggiornamento) per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli operatori sanitari, per aiutarli a riconoscere i detenuti a rischio suicidio; il secondo suggerimento tocca invece i temi della comunicazione e dello scambio di informazioni tra il personale sanitario e penitenziario sui soggetti a rischio.

• Il convegno di Vicenza rivolto agli operatori del sistema penitenziario regionale.

Su queste basi, con delibera del 2013, la Regione Veneto ha finanziato un progetto di Prevenzione del Suicidio in Carcere e negli Istituti Minorili, affidandone il coordinamento sul piano scientifico all'Unità Operativa Sanità Penitenziaria dell'ULSS 6 Vicenza. Dopo due anni di lavoro, i risultati sono statu presentati a Vicenza, in occasione di un convegno rivolto a tutti gli operatori del sistema penitenziario regionale. «Si tratta di un progetto di grande rilievo - sottolinea il dott. Salvatore Barra, direttore dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale dell'ULSS 6 - sia per la delicatezza del tema, sia per la complessità dell'ambiente sul quale si è intervenuti, che come noto è sottoposto a pressioni molto forti in termini di numero di detenuti rispetto alle caratteristiche delle strutture, difficoltà delle situazioni personali dei detenuti e complessità nell'attuazione di efficaci percorsi di recupero. Con questo lavoro portiamo un contributo importante, anche nell'ottica di uniformare i protocolli di prevenzione tra i diversi istituti di pena».

Gli obiettivi del progetto

Obiettivo del progetto era in particolare migliorare le conoscenze del personale che opera in carcere sul rischio suicidio e i comportamenti autolesionisti in genere, monitorandone allo stesso tempo le condizioni di stress lavorativo. Parallelamente, l'iniziativa era finalizzata alla costituzione di un gruppo di "esperti facilitatori" composto da personale sanitario e penitenziario che - dopo la fase formativa - collabori attivamente nella stesura e attuazione di un piano di prevenzione nei vari istituti di pena della regione e più in generale sia di riferimento per successive iniziative all'interno delle varie strutture.

I fattori di rischio

«All'interno dell'ambiente carcerario - spiega il dott. Stefano Tolio, responsabile dell'U.O. Sanità Penitenziaria dell'ULSS 6 Vicenza e coordinatore del progetto - c'è davvero una grande concentrazione di possibili fattori di rischio. Ad esempio il fatto di avere alle spalle esperienze di abbandono o violenze nell'età dell'infanzia e dell'adolescenza, piuttosto che l'essere affetti da disturbi antisociali e manifestare comportamento border line, fino alle patologie psichiatriche vere e proprie, in primis la depressione. Anche i disturbi cognitivi possono essere un fattore

• Dipendenti e figli di alcuni dipendenti della Ulss 14 con la maglietta "alata"

significativo, sia quelli congeniti sia quelli acquisiti, magari a seguito di una lunga storia di tossicodipendenza. Un altro tema molto sentito è la solitudine, per quei detenuti che non hanno al di fuori del carcere un nucleo familiare o comunque un contesto sociale di riferimento. E vi è poi il problema della dipendenza dalla droga. Anche la posizione giuridica può essere un fattore significativo: risultato più a rischio ad esempio i soggetti che sono appena entrati in carcere o al contrario quelli che sono in carcere già da molti anni e hanno davanti a sé ancora un tempo molto lungo di detenzione, così come a rischio risultano essere i detenuti ancora in attesa di giudizio. Questi sono tutti fattori di rischio riconosciuti in letteratura ed è facile intuire come in un carcere, per una serie di situazioni, si ritrovino in una concentrazione del tutto fuori dall'ordinario, al punto di poter dire che risultano a rischio di suicidio tra il 50 e il 60% dei detenuti».

Il ruolo degli operatori

A fare la differenza, nel concretizzarsi o meno di questi fattori fino alle estreme conseguenze, è l'ambiente. «Il carcere - sottolinea ancora il dott. Tolio - può esasperare o contenere questo rischio e va sottolineato come questa sia una responsabilità che tocca tutti gli operatori».

Partendo da questa premessa, il progetto regionale di prevenzione ha quindi voluto intervenire proprio sull'elemento ambientale, ovvero sul personale che opera nelle carceri.

Monitoraggio e formazione degli operatori

A questo scopo è stata condotta una ricerca preliminare sugli operatori al fine di indagare, mediante un questionario con risposte volontarie e anonime, la condizione di chi lavora all'interno delle carceri venete e la loro opinione personale sul suicidio. Al questionario ha risposto un campione molto ampio, data la delicatezza del tema: circa 360 operatori sui 1.600 dipendenti del sistema carcerario regionale. «I risultati hanno confermano tutta la difficoltà di svolgere questo lavoro, come evidenziato dagli elevati livelli di stress riscontrati. Livelli che risultano maggiori in particolare, come prevedibile, tra chi ha un'esperienza lavorativa ancora ridotta o al contrario è più vicino alla pensione».

La seconda fase del progetto ha visto l'organizzazione di una specifica attività di formazione e prevenzione rivolta direttamente al personale penitenziario e sanitario, mediante incontri nelle singole carceri per approfondire i fattori di rischio del suicidio e parasuicidio e il riconoscimento dei soggetti con un'elevata probabilità di compiere gesti autolesionisti.

I DIPENDENTI ULSS 14 "METTONO LE ALI" PER METTERE IN MOTO LA SALUTE TRE MESI DI CAMMINATA PER PROMUOVERE I CORRETTI STILI DI VITA NEL TERRITORIO, ANCHE I CITTADINI POSSONO ACCEDERE ALLA INIZIATIVA

La maglietta alata testimonial di una vita sana. Le ali le abbiamo viste per la prima volta addosso a delle sagome, dentro e fuori l'Ospedale, per promuovere la campagna contro il fumo. Si trattava di dipendenti della Ulss 14 che avevano prestato la propria immagine facendosi fotografare nelle vesti di angeli della salute. Una idea nata dal direttore del Ser.D Ermanno Margutti che non si è fermato lì, ma ha fatto stampare le stesse ali su semplici magliette bianche distribuendole tra i dipendenti e i cittadini che lo richiedevano. Pure il direttore generale Giuseppe Dal Ben ne aveva ricevuta una e, in quella occasione, aveva "apprezzato e promosso l'insolita iniziativa di prevenzione suggerendo di estenderla il più possibile nel territorio organizzando e partecipando ad eventi proprio con questa maglietta addosso". Detto fatto. La maglietta alata e' stata indossata da ragazze under 14 della Clodia Volley, una società di pallavolo di Chioggia, in una impor-

tante gara che si è articolata in tre giornate nella Città di Torri in provincia di Venezia. Ottocento cinquanta ragazze da tutta Italia, sedici da Chioggia, figlie per la gran parte di dipendenti Ulss 14, hanno gareggiato per arrivare in finale.
"Un grande risultato per le nostre ragazze e per noi! Infatti, la maglietta ufficiale della squadra chioggiotta e' diventata proprio quella nostra alata", ha evidenziato il direttore del Dipartimento del Ser.D Margutti. Ma la promozione della prevenzione sul territorio non si ferma qui.
Proprio da lunedì 4 aprile è partito il progetto "Metti in moto la salute"' un gruppo cammino rivolto a tutti i dipendenti Ulss fuori l'orario lavorativo. Una iniziativa organizzata dal Ser.D insieme al dipartimento di Prevenzione della Ulss 14. "Ci metteremo tutti la maglietta simbolo della buona salute - ha detto Margutti - perché dobbiamo essere modello di salute e con le nostre azioni veicolare i messaggi dei corretti stili di vita, tra cui il movimento".
Una camminata veloce dedicata ai dipendenti della Azienda sanitaria, ma alla quale anche i cittadini possono aderire. Il ritrovo per la camminata è previsto presso il prato antistante la sede del Ser.D (Villa Verde, strada Madonna Marina 500) e la camminata durerà all'incirca un'ora, dalle 14.30 alle 15.30. Obiettivo è il giro del Lusenzo, che verrà percorso ogni lunedì per tre mesi.

SCI ALPINO E RAGAZZI DISABILI - PROGETTO EMMA GRAZIE ALLA COLLABORAZIONE TRA AZIENDA ULSS 22 DI BUSSOLENGO, LO SCI CLUB EDELWEISS E LA SCUOLA SCI "SCIE DI PASSIONE"

Riproposto anche per l'anno 2016 l'esperienza denominata "Progetto Emma" che vede l'insolita, ma proficua collaborazione tra i servizi socio sanitari dell'Ulss 22 di Bussolengo e lo sci club Edelweiss di Verona per un percorso di avvicinamento all'ambiente montano di un gruppo di 7 ragazzini con disabilità, dagli 8 agli 11 anni, attraverso la pratica dello sci alpino. Dopo l'entusiasmante avventura dello scorso anno presso gli impianti di Novezza in cui i giovanissimi atleti si sono cimentati con scarponi, sci, tapis roulant, discese e spazzaneve, dimostrando tenacia e determinazione e acquisendo competenze inaspettate, si è ampliata la proposta sportiva presso la scuola sci "Scie di Passione" in località Passo Coe a Folgaria.
Questa struttura promuove, attraverso la formazione e la pratica sportiva, progetti legati alla disabilità, dando la possibilità a tutti, indistintamente dalla nazionalità e dalle possibilità psicofisico o motorie, di vivere la montagna e gli sport di scivolamento in maniera autonoma e in totale sicurezza. Sino a metà marzo, il gruppo di ragazzi, accompagnato e supportato da

• I protagonisti del progetto Emma dell'Ulss 22

quattro operatori del Servizio Integrazione Scolastica dell'ULSS 22, ha alternato il periodo scuola con l'uscita settimanale a Passo Coe, esperienza inserita nell'offerta formativa degli istituti comprensivi di provenienza e quindi a tutti gli effetti riconosciuta come attività educativa scolastica, in una visione di progetto educativo allargato all'acquisizione di competenze sociali. Ogni giornata si caratterizza secondo un ritmo ben preciso con ritrovo alle ore 8 presso i due punti di raccolta di Sommacampagna e Bussolengo, e l'accoglienza a Passo Coe presso la baita Food4all, base di appoggio per i servizi di cambio, pranzo e relax. Le lezioni di sci si svolgono presso il campo scuola e le piste limitrofe con l'impegno di tre maestri, coadiuvati dagli operatori dell'Ulss 22 e da alcuni volontari, tutti pronti a mettere in campo competenza, dedizione, passione e... allegria.
Il rientro nel tardo pomeriggio conclude la giornata e riporta a casa dei bambini stanchi ma felici, col sorriso per aver vissuto un'esperienza carica di significato, dove l'acquisizione di nozioni, concetti e nuovi schemi motori diventa curiosità e piacere. Motore dell'esperienza è la convinzione che nulla sia impossibile quando si crede e si collabora per perseguirne lo scopo. Questo progetto, al suo nascere, era sostenuto da pochi coraggiosi sognatori; è gradualmente cresciuto attirando e coinvolgendo ad ogni piccolo passo nuovi simpatizzanti che sono divenuti protagonisti attivi nella realizzazione e nell'evoluzione del progetto stesso: amministrazioni comunali, associazioni sportive e non, dirigenti scolastici, insegnanti, genitori, tutti pronti a contribuire e cooperare per la buona riuscita di questa piccola grande sfida.
L'edizione 2016 del Progetto Emma si è conclusa il 17 marzo a Passo Coe con un momento comunitario, insieme a promotori, sostenitori e famiglie dove i giovani e speciali atleti hanno esibito le loro conquiste e acquisizioni.

La prima rete sanitaria del Veneto

www.saluteperilveneto.org

TIPOLITO MODERNA

Human Tecar®

FEEL YOUR BEST

Human Tecar Mat

A piedi nudi verso
il controllo del tuo corpo

Human Tecar
dallo sport
professionistico
alla vita
di tutti i giorni.

c.e.m.

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 Mat:

Le pedane propriocettive per l'esercizio controllato a piedi nudi che migliorano l'equilibrio, la coordinazione, l'agilità, l'elasticità e la forza.

humantecar.com

#humantecar

SCACCO MATTO AL **DOLORE DELLA SPALLA** CON HILTERAPIA®

RECUPERARE LA MOBILITÀ DELL'ARTICOLAZIONE ARGINANDO RAPIDAMENTE LA SOFFERENZA È POSSIBILE ABBINANDO GINNASTICA FUNZIONALE E SEDUTE CON LA LASERTERAPIA D'ECCELLENZA DI ASALASER

testo a cura di **ASAlaser**

La signora V.I., casalinga di 67 anni abituata quotidianamente a riassettare casa senza alcun aiuto, da tempo fa i conti con un dolore sordo alla spalla che la sveglia di notte e non le consente né di alzare il braccio, né di portarlo dietro alla schiena. Le sue giornate sono dunque tormentate dalla sofferenza e vissute nell'inattività, con buona pace della pulizia dei vetri o del letto da rifare. Una convivenza indesiderata che la porta a fissare una risonanza magnetica e, a seguire, la visita ad un fisiatra. La diagnosi è chiara: rottura a tutto spessore del tendine sovraspinato con retrazione tendinea, alterazione degenerativa del tendine del sottospinato, modesta tenosinovite del capolungo del bicipite e borsite subacromiale-deltoidea. L'incontro con lo specialista non fa che confermare gli esiti della risonanza magnetica, evidenziando anche una limitazione nella rotazione della spalla e un deficit di forza alla cuffia dei rotatori. Un problema con la "p" maiuscola che, dati alla mano, risulta però più diffuso di quanto si possa immaginare nella popolazione italiana. Come confermano i medici ed alcune indagini e studi, infatti, "*il dolore alla spalla, che colpisce tra il 7% e il 26% degli adulti, è il terzo motivo muscolo-scheletrico più comune per la ricerca di cure mediche*". Ad esserne vittima in particolare gli over 70 (15%) che, nonostante la lesione, possono però recuperare la sua funzione senza intervento chirurgico. Una rassicurazione importante per la signora V.I. che vuole rapidamente tornare a svolgere le sue attività giornaliere.

• Hilterapia® e Laserterapia MLS® di ASAlaser innescano un circolo virtuoso con evidenti risultati benefici in termini non solo di riduzione e conseguente eliminazione del dolore, ma anche recupero dello status di salute precedente all'insorgenza della malattia.

Hilterapia® per dimenticare il dolore

Come risolvere il dolore legato alla lesione tendinea? Come tornare a dormire la notte e a utilizzare la spalla senza timore?

La risposta la fornisce la laserterapia purché in grado di raggiungere i tessuti profondi in tutta sicurezza, senza provocare danni termici al paziente. Va in questa direzione **Hilterapia®** nata dalla lunga e meticolosa ricerca scientifica integrata dall'ultra trentennale esperienza nell'ambito della laserterapia di **ASAlaser**. L'impulso laser ad alta intensità HILT® (High Intensity Laser Therapy), applicato con Hilterapia®, è frutto di una combinazione di fattori integrati tra cui spiccano l'erogazione verticale dell'energia, che assicura un'azione terapeutica profonda e istantanea, la scelta di un'adeguata lunghezza d'onda, che ottimizza l'interazione laser-tessuti e la definizione di protocolli terapeutici ad hoc per affrontare con efficacia patologie specifiche. Risultato? Hilterapia® permette di trattare con successo numerose problematiche dell'apparato osteo-muscolo-tendineo, da quelle superficiali fino alle più profonde. Proprio per queste caratteriste la soluzione terapeutica di ASAlaser viene prescritta alla signora V.I. perché possa velocemente recuperare la migliore qualità della vita.

La cura: rieducazione e laserterapia

La terapia prescritta alla paziente prevede, oltre ad un ciclo di rieducazione funzionale alla spalla, 5 sedute di Hilterapia® i cui risultati non tardano ad arrivare.

«*Il trattamento* – spiega Maddalena De Togni, fisioterapista e responsabile palestra arti e rachide – *ha in primis previsto l'esecuzione di mobilizzazioni articolari passive su tutti i piani di movimento: elevazione, flessione, rotazione, adduzione e abduzione. Inizialmente solo passivamente, per passare poi al gesto accompagnato e, infine, contro lieve resistenza. Durante lo svolgimento di esercizi attivi assistiti abbiamo inserito anche carrucole, pallone grande e bastone per avere gesti simmetrici con entrambi gli arti. Abbiamo quindi proceduto con l'esecuzione di esercizi monoarticolari con il pallone di spugna ed esercizi posturali con controllo di tutto l'arto davanti allo specchio*». La ginnastica è andata di pari passo con le sessioni di Hilterapia® che hanno sensibilmente diminuito l'infiammazione della zona periarticolare riducendo la sintomatologia dolorosa sino a consentire non solo il recupero del movimento articolare, ma anche il sereno risposo notturno. «*Hilterapia®* - prosegue De Togni - *svolge un'azione biostimolante ed attiva il metabolismo cellulare. La trasmissione dell'impulso doloroso viene così rallentata e si assiste ad un rapido effetto analgesico. Provocando poi un aumento controllato della temperatura dei tessuti, induce una stimolazione della circolazione con conseguente aumento dell'apporto di ossigeno alle strutture sofferenti. Grazie al suo effetto fotomeccanico si generano delle onde elastiche di pressione che esercitano un micromassaggio fondamentale per la riattivazione del microcircolo e del drenaggio linfatico. Favorendo così l'ossigenazione dei tessuti viene facilitato il drenaggio delle molecole infiammatorie ed anche l'eliminazione delle raccolte di liquido viene agevolata. Si assiste quindi ad un rapido ed intenso effetto anti-infiammatorio ed antiedemigeno*». Un circolo virtuoso che produce evidenti risultati benefici non solo in termini di riduzione e conseguente eliminazione del dolore, ma anche recupero dello status di salute precedente all'insorgenza della malattia. Lo può confermare la signora V.I. a cui sono bastate 5 sedute di Hilterapia® per tornare alle sua incombenze domestiche. Sempre senza bisogno di aiuto.

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

LE PIANTE **PERICOLOSE**

SONO PIÙ DIFFUSE LE INTOSSICAZIONI DA VEGETALI NEL CANE CHE NEL GATTO

di **Antonietta Rapuano,** medico veterinario

La primavera tanto attesa è arrivata e molti di noi attratti dai colori e dai profumi della natura amano abbellire giardini e case con piante e fiori.
Ma non tutti sanno che molte delle più comuni piante ornamentali risultano tossiche per i nostri animali domestici e che l'elenco delle piante potenzialmente pericolose è veramente vasto.
Secondo alcuni studi sembra che siano più frequenti le intossicazioni da vegetali nel cane rispetto al gatto. Nel cane giovane tali intossicazioni sono imputabili al periodo della dentizione, al comportamento di gioco ed esplorativo, mentre nel cane adulto sono invece più spesso dovute a problemi di ansietà, aggressività o noia. L'ingestione di piante nel cane a volte è un atteggiamento voluto per esigenze di natura digestiva o può essere legata ad una condizione patologica o di natura comportamentale. Il gatto, avendo un comportamento alimentare più discriminatorio rispetto al cane, si intossica invece meno frequentemente . Nella specie felina, le principali cause d'intossicazione sono dovute al comportamento di gioco dei giovani, alla curiosità innata che contraddistingue tutti i gatti oppure alla necessità di apportare la fibra necessaria all'evacuazione delle palle di pelo.
Tra le piante pericolose figurano specie selvatiche o coltivate reperibili in campagna, ma anche piante ornamentali presente nei parchi, sui terrazzi e giardini di casa e nei nostri appartamenti.
L'insospettabile stella di natale, immancabile nelle nostre case nel periodo natalizio, l' elegante anthurium, le maestose calle, le colorate begonie e tante altre piante di uso

comune che a noi sembrano così innocue in realtà possono risultare tossiche per i nostri animali domestici.
I sintomi da intossicazione sono variabili e dipendono dal tipo di pianta, dalle parti e dalla quantità ingerita: nei casi meno gravi si manifestano con irritazioni locali con dermatiti, congiuntiviti, glossiti e stomatiti; nei casi più gravi si possono manifestare sintomi respiratori e gastro-intestinali, lesioni ad organi interni anche importanti, convulsioni, schock, paralisi.
Esistono inoltre piante estremamente velenose in grado addirittura di uccidere i nostri pelosi anche se ingeriti in quantità limitate: tra queste le più comuni sono l'ortensia, l'azalea, ciclamino, tulipano, giglio, cycas, tasso, vischio. E' per non parlare dell'oleandro, pianta tossica per eccellenza in tutta le sue parti.
Da non sottovalutare poi le piante spinose o con foglie appuntite che anche se non sono velenose potrebbero accidentalmente ferire i nostri animali, causando dei danni anche permanenti soprattutto agli occhi.
Per evitare spiacevoli conseguenze sarebbe opportuno prima di introdurre una nuova pianta nell'ambiente domestico accertarsi che sia innanzitutto innocua, magari informandosi tramite un'accurata ricerca su internet o su riviste e libri specifici, e/o chiedendo consiglio al veterinario di fiducia. E se proprio non volessimo rinunciare alla bellezza di una di queste piante dovremmo quantomeno impedire che i nostri amici possano avere un contatto, disponendole a distanza di sicurezza. Ciò è importante perché, anche se questo tipo di avvelenamento non è molto frequente, è spesso sottostimato in quanto non sempre il nostro pet viene colto in fragrante alle prese con queste piante; inoltre quasi mai esiste un antidoto per questo tipo di intossicazione ed il trattamento è quasi sempre sintomatico e non sempre garantisce la guarigione o la sopravvivenza del nostro amico a quattro zampe.

© Can Stock Photo Inc. / salparadise

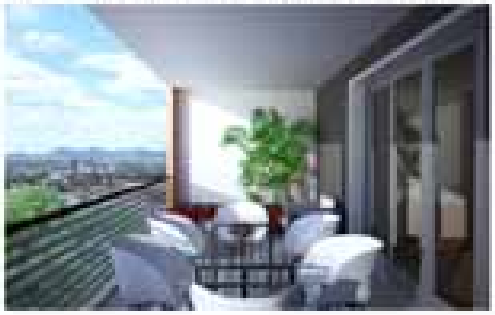
Arte, edilizia residenziale innovativa, rispetto dell'ambiente: i tre assi delle Residenze Neruda nel cuore del Quartiere Nazareth a Padova.

furlancostruzioni

CASE E APPARTAMENTI IN CLASSE A4

"Perché imprimere una poesia di Neruda su un muro esterno di un'abitazione? Per lo stesso motivo che ci spinge a utilizzare una nuova pittura murale rispettosa dell'ambiente al 100%, e per questo rivoluzionaria, per tinteggiare la sua facciata principale: è tempo che l'edilizia cominci ad invertire la rotta nel modo di costruire. Noi progettiamo e realizziamo case rispettando l'ambiente che le circonda e pensando alla salute delle persone che le abiteranno. E un tocco di poesia aiuta a personalizzare il nido domestico". E' convinto di quel che dice **Marco Furlan**, uno dei titolari del Gruppo Furlan Costruzioni di Cadoneghe che da diversi anni studia e fa sbocciare veri gioielli residenziali in diverse zone di Padova e provincia.

Nel caso della Residenza Neruda la nuova palazzina che sta sorgendo in via Scardeone, nel cuore del Quartiere Nazareth, a pochi minuti dal centro storico di Padova, questa rivoluzionaria filosofia del costruire che contraddistingue l'azienda abbina il valore dell'arte alle innovative tecnologie edilizie legate alla Classe A4, che in questo caso si avvalgono anche delle particolari caratteristiche ecologiche e quindi rispettose dell'ambiente di una tipologia di pittura murana: la **Airlite**, la nuovissima vernice mangia-inquinamento.



"Questa polvere muraria -spiega Marco Furlan- è amica dell'ambiente e quindi 100% ecologica. Basta dire che per ogni 100 metri quadrati di superficie trattata con Airlite, si eliminano i gas di scarico prodotti da 12 automobili. Imitando il comportamento delle piante, questa pittura da esterni e interni purifica l'aria mangiando lo smog. Ci concentreremo sulla facciata principale della palazzina in via Scardeone, quella dove imprimeremo i versi della poesia <Se saprai starmi vicino> di Pablo Neruda, con questa incredibile polvere inorganica".

Airlite è dunque un prodotto che neutralizza le sostanze inquinanti e assorbe CO^2.

La palazzina in costruzione sarà il primo caso a Padova in cui viene utilizzata questa innovativa polvere inorganica che, tra le sue caratteristiche ha anche quella che non si sporca e non produce odori. "E' vero -dice Marco Furlan-, questa pittura resta al 98,5% stabile. Il suo potere antinquinante risulta uno dei pochi elementi efficaci in tempi di inquinamento massiccio e pervicace come quelli che stiamo vivendo".

Le abitazioni CasaZero garantiscono l'eliminazione totale di emissioni in atmosfera, a differenza dei comuni edifici che in media emettono 3,5 tonnellate di CO^2 all'anno per ogni abitazione.

Inoltre il fabbisogno energetico necessario per il riscaldamento delle abitazioni verrà interamente coperto da energia prodotta tramite fonti rinnovabili.

Le residenze Neruda si propongono dunque all'acità come un fabbricato originale e soprattutto "Amico dell'ambiente", offrendo una triplice azione: zero emissioni, energia da fonti rinnovabili e riduzione dell'inquinamento atmosferico. Tutti gli appartamenti saranno inoltre realizzati con l'esclusiva tecnologia Bioisotherm, nella convinzione che per puntare a un futuro pulito e a una vita di qualità bisogna partire dalla propria casa, da vivere come ambiente confortevole e salutare.

50 anni di attività nel mondo dell'edilizia

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

1° azienda in Italia ad ultimare un intervento riqualificazione utilizzando il sistema Samsung EHS

10 cantieri avviati tra il **2012** e il **2015**

furlancostruzioni

ufficio +39 **049 8872446**
mobile +39 **348 1441441**
www.furlancostruzioni.it
info@furlancostruzioni.it

PEDIATRA, GENITORE E BAMBINO: **UNA STRANA "RELAZIONE A TRE".** L'IMPORTANZA DI UN "ASCOLTO ATTIVO"

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

Quante volte, arrivati in ambulatorio, abbiamo avuto delle difficoltà a far capire al medico il nostro problema o abbiamo faticato a finire la frase senza essere interrotti? Sappiamo bene quanto sia importante essere ascoltati quando ci ammaliamo e quanto abbiamo bisogno della rassicurazione e dell'esperienza di una figura professionale. Ma la situazione si complica quando ad avere bisogno di cure non siamo noi, ma i nostri bambini. Sì, perché in questo caso i soggetti in gioco non sono più solamente due, ma diventano tre (o quattro, nel caso in cui siano presenti entrambi i genitori): si tratta di una relazione piuttosto complicata, in cui il rischio di cadere in facili incomprensioni è elevato e in cui la parola e l'ascolto rivestono un ruolo fondamentale. Questo è anche quanto afferma un recente studio datato ottobre 2015 e presentato al XXVII congresso della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS): in particolare viene sottolineata l'importanza del cosiddetto "ascolto attivo".

Leo Venturelli, referente dell'educazione alla salute e comunicazione per la SIPPS, ha contribuito alla discussione con un interessate intervento intitolato "In ambulatorio. Quando comunicare è prevenire"; quello che emerge è che per il pediatra la capacità comunicativa sia un'abilità che eguaglia per importanza la pratica clinica e l'intuizione diagnostica. Saper comunicare è alla base di ogni tipo di relazione, ma in quella di cura (e in particolare nella cura di un bambino) quest'abilità deve accompagnare ogni azione e decisione del medico. Non si tratta solo di guarire i piccoli pazienti, infatti, ma anche di aiutare i genitori nella loro capacità di curare i figli, rendendoli consapevoli delle scelte da operare.

Secondo Venturelli, la visita pediatrica dev'essere orientata di più sulla persona e meno sulla malattia: la conversazione non deve essere guidata dal medico, ma alla sua base deve sussistere un "ascolto attivo", che si esprime attraverso la formulazione di domande aperte, lo

© Can Stock Photo Inc. / mangostock

spazio per momenti di pausa o di riflessione durante il dialogo, l'empatia, il contatto oculare, la discussione delle diverse alternative possibili con tutti gli interlocutori, l'assertività, il non formulare giudizi, la comprensione delle esigenze e delle preoccupazioni dei genitori, la verifica della comprensione reciproca. Le parole sono molto importanti in questa speciale relazione a tre: sono da evitare le interpretazioni (cioè non bisogna sostituirsi al genitore, anticipando i problemi che portano alla visita), ma anche le contrapposizioni, come nel caso di espressioni come "Ve l'avevo detto che si sarebbe ammalato se...". L'ascolto attivo inoltre si utilizza anche per "captare" la tipologia di persona che si ha davanti e per capire in che modo instaurare un rapporto ottimale con essa: esistono genitori collaborativi e fiduciosi, a cui non è necessario fornire spiegazioni approfondite, ma anche genitori ansiosi, che hanno bisogno di continue rassicurazioni e di ascolto; esistono mamme e papà ostili, con cui è difficile costruire un

A noi interessa vi siano appropriatezza dei servizi e attenzione ai pazienti; in buona sostanza verificheremo sia mantenuta alta la qualità della risposta sanitaria. Però le nostre Aziende devono parlarsi tra loro e vorrei capire se nei due casi successi in Veneto ci siano state la giusta gestione dell'emergenza o carenze di carattere organizzativo e clinico.

rapporto di fiducia, ma ci sono anche gli "accondiscendenti", a cui fare attenzione perché spesso non ascoltano le raccomandazioni del pediatra. Insomma, il pediatra deve provare a mettersi nei loro panni per poter costruire una relazione di fiducia; persino la scelta delle parole usate nel descrivere un sintomo può influenzare la comprensione di mamma e papà, dunque è fondamentale pesare ogni dettaglio durante la visita.
Un altro aspetto che è stato sottolineato durante il congresso è che il protagonista della relazione dovrebbe essere sempre il bambino, poiché anche lui ha paure e preoccupazioni o anche solo domande a cui è doveroso rispondere. Secondo gli studi, invece, rimane soesso ai margini del colloquio in ambulatorio e partecipa ad esso solo per il 10% del tempo. È necessario dunque coinvolgerlo e parlare con lui prima ancora che con i genitori, spiegargli che cosa accadrà durante la visita e mostrargli gli strumenti che verranno usati. Una buona comunicazione deve essere alla base della relazione con ogni piccolo paziente, ma ancor di più se si tratta di un bambino gravemente malato: in questo caso è necessario informarlo del suo problema nel modo più delicato e comprensibile per lui, e coinvolgere in questo processo tutta la famiglia.
Insomma, il pediatra deve saper costruire una relazione di fiducia e instaurare un dialogo con due soggetti diversi, tenendo conto di due modalità differenti di comunicazione: infatti, il bambino non è un adulto in miniatura, ma non è nemmeno un individuo privo della capacità di comprensione e di scelta, e di conseguenza è necessario approcciarsi a lui considerando la sua età, i suoi tempi e i suoi modi di espressione, per farlo partecipare e non "subire" il processo di cura.

(Ha collaborato Giulia Lucchini)

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

PASHEDU. UN ARTIGIANO ALLA CORTE DEI FARAONI

L'ANTICO EGITTO APPRODA A PADOVA, CON LA RICOSTRUZIONE DELLA CELEBRE TOMBA DI PASHEDU, ARTIGIANO ALLA CORTE DEI FARAONI

di **Margherita De Nadai**

Fino al 19 giugno 2016 i Musei Civici di Padova ospiteranno nella sede di Palazzo Zuckermann la ricostruzione a grandezza naturale della celebre tomba egizia di Pashedu, artigiano e artista dell'era di Ramses II (XIX dinastia, XIII secolo a.C.).
La ricostruzione della tomba di Pashedu, organizzata da Cultour Active, è un vero e proprio capolavoro, progettato e realizzato dalle mani sapienti di Gianni Moro, artigiano di Motta di Livenza che ha lavorato accanto a egittologi del Cairo e del Museo Egizio di Torino. Essa riproduce fedelmente, con una struttura di 5 metri per 2,50 metri, la camera sepolcrale, il relativo corridoio di accesso e i minuziosi dipinti nelle pareti, rinvenuti nella necropoli di Deir el-Medina, il villaggio che ospitava le famiglie di artigiani e artisti addetti alla costruzione e alla decorazione delle tombe faraoniche della Valle dei Re. Pashed o Pashedu, il cui nome significa il Salvatore, fu proprio caposquadra di uno dei gruppi di lavoratori che realizzarono le grandi sepolture reali. Dal corredo funerario rinvenuto nella sua sepoltura si conservano un papiro-libro dei morti oggi al British Museum di Londra, una stele al Museo del Cairo e un rilievo al Museo Egizio di Firenze. «Questa ricostruzione – afferma l'assessore alla Cultura del Comune di Padova Matteo Cavatton – si configura per la città come una nuova opportunità per approfondire la conoscenza della civiltà egizia. Non va infatti dimenticato che il rapporto tra Padova e l'Egitto, ha origini lontane: Padova è patria del grande Belzoni (1778-1823), l'esploratore cui sono indissolubilmente legate la scoperta dell'Egitto faraonico e la nascita dell'egittologia. La ricostruzione della tomba di Pashedu restituisce uno spaccato sulla cultura dell'antico Egitto, che si integra con quanto esposto nelle sale dei Musei Civici di Piazza Eremitani: il Museo Archeologico ospita infatti una collezione significativa, costituita da circa 180 reperti, tra cui spiccano proprio quelli legati alla figura dell'illustre padovano Giovanni Battista Belzoni».
Sempre a Padova, nella collezione del Museo Archeologico, si conserva anche un ushabti (statuina che riproduceva il defunto e che doveva lavorare per lui nell'aldilà nei campi di Osiride), proveniente ancora da Deir El Medina. Per approfondire i legami tra Padova e l'antico Egitto, l'esposizione della tomba di Pashedu è corredata da una serie di pannelli, fondamentali anche per contestualizzare la sepoltura.
Testi e ricerca iconografica sono dell'egittologa Claudia Gambino (Università degli Studi di Padova), del Team Egitto Veneto.
Per tutta la durata della mostra, il pubblico sarà inoltre coinvolto con attività educative, laboratori e degustazioni.

• Tre immagini della tomba di Pashedu ricostruita a Padova.

VIVA LA MAMMA E IL PAPÀ!

TUTTI NOI ABBIAMO QUALCOSA DI CUI RINGRAZIARE I NOSTRI GENITORI, RICORDIAMOCELO OGNI GIORNO

di **Margherita De Nadai**

© Can Stock Photo Inc. / 4774344sean

La primavera è la stagione di molte feste, tra cui quella del papà, a marzo, e quella della mamma, un paio di mesi dopo. Eppure i genitori, secondo me, meriterebbero di essere festeggiati ogni giorno. Perché loro non ci amano solo una volta all'anno. I genitori amano i propri figli sempre, da ancora prima che nascano, di un amore infinito e incommensurabile, che parole umane non credo siano capaci di descrivere. E perché i genitori, purtroppo, non sono eterni. E finché ci sono, devono essere amati e debitamente ringraziati.

Quello che sono, lo devo soprattutto ai miei genitori, ed è a loro che voglio dedicare questo breve articolo, seppur consapevole che queste poche righe non sono sufficienti a ringraziare per tutto ciò che hanno fatto per me, e che ancora fanno, giorno per giorno, nonostante io abbia abbandonato il loro "nido" già da un paio di anni. Perché ammettiamolo: possiamo anche emigrare dall'altra parte del mondo, ma noi figli non abbandoneremo mai quel nido totalmente.

E' strano il rapporto che noi figli abbiamo con i nostri genitori. Quando siamo piccoli, loro sono i nostri eroi. Poi, crescendo, la conflittualità aumenta, e in certi periodi dell'adolescenza i contrasti e la ribellione fanno dimenticare a noi figli quello che i genitori fanno e sacrificano per noi ogni giorno. Una volta cresciuti, superato il periodo in cui siamo dominati dagli ormoni, i nostri genitori tornano ad essere i nostri migliori amici. Perché è inutile, nessuno ci ama e ci amerà mai come i nostri genitori. E non potremo mai contare su nessun altro come su di loro. Perché il loro non è paragonabile a nessun altro tipo di amore. Ci amano e basta, in maniera incondizionata. Io ho tante, troppe cose di cui ringraziare alla mia mamma e al mio babbo. Penso che tutti noi figli abbiamo almeno qualcosa di cui ringraziarli.

Devo ringraziarli indubbiamente per avermi sempre sostenuta, per esserci sempre stati, per essere sempre il mio punto fermo, nonché modello. Loro non mi hanno mai fatto mancare niente. Mi hanno donato la loro giovinezza. Mia mamma, quando sono nata, ha deciso di essere genitore a tempo pieno, sacrificando la sua laurea e carriera nascente per essere sempre presente, fino a che non sono stata grande abbastanza per cavarmela da sola. Poco importava di vivere di un solo stipendio, quello sudato, di mio papà. Devo ringraziarli perché mi hanno donato un fratello. Un fratello del quale vado orgogliosissima, un fratello che – nonostante la differenza di età, i litigi e gli scontri da bambini – è stato mio compagno di giochi e avventure durante l'infanzia e la prima adolescenza, e che adesso considero uno dei miei migliori alleati. Devo ringraziarli perché hanno sempre appoggiato le mie scelte, e perché mi hanno sempre fatto ragionare, quando pensavano che non fossero giuste, senza però mai togliermi la libertà di sbagliare. Devo ringraziarli per avermi permesso di compiere i miei studi, di aver incentivato i miei sogni e le mie aspirazioni. Ma soprattutto vorrei ringraziare i miei genitori per avermi insegnato l'amore, in ogni sua sfumatura. Per avermi insegnato che cosa significa essere marito e moglie, madre e padre.

Sono una figlia fortunata. E di questo cerco di ricordarmene ogni giorno.

JONATHAN FRANZEN **PURITY**

È UNA PROSA CHE PIOMBA GIÙ COME UN MACIGNO, QUELLA DI FRANZEN. NON SGUSCIA VIA, NON LASCIA SOTTINTESI, TI SI APPICCICA ADDOSSO.

di **Ilaria D'Angelo**

Da questo numero comincia la collaborazione con Piego di Libri, un blog di recensioni letterarie (dal noir al romanzo storico, dalla sociologia fantascientifica alla narrativa contemporanea) e che segue i più importanti festival letterari italiani, presenta autori esordienti, scova opere ingiustamente dimenticate, offre notizie e apre una finestra letteraria sul mondo. Gli articoli saranno firmati di volta in volta da ognuno dei 12 blogger del gruppo.

Ho sempre pensato che i romanzi di Jonathan Franzen avessero mani. Con una ti afferrano per il collo, con l'altra ti trascinano sotto, dentro al vortice, quasi in apnea. Spesso è difficile, se non impossibile, staccarsi.

Lo stesso accade con Purity, con quei paragrafi in cui ogni frase sembra animata da un respiro suo proprio – un mare di tante piccole onde che increspano il filo nitido della narrazione tornando indietro e poi avanti, come se non ci fosse un prima o un dopo più importante dell'altro.

A tratti, però, è una prosa che piomba giù come un macigno, quella di Franzen. Non sguscia via, non lascia sottintesi, ti si appiccica addosso e, come una maschera di fango, si crepa leggermente adattandosi alla tua forma. Il risultato è un piano rugoso, dalle mille sottili fratture, che, pure in una sorta d'instabile equilibrio, sopporta il peso di qualcosa di essenziale.

Il nuovo romanzo arriva a cinque anni da Libertà (Freedom, 2010) ed è suddiviso in sette capitoli, ciascuno dedicato a un particolare momento nella vita di uno dei personaggi. Il filo è uno solo, ma è come se ci trovassimo a riavvolgerlo ogni volta da capi diversi.

Nel primo capitolo entriamo a piè pari e senza esitazioni nella vita di Pip Tyler. Che di speciale, in sé, non ha niente. O, forse, solo il nome. Pip sta per Purity, Purity Tyler. Occasionalmente afferriamo la sua intelligenza, sappiamo che ha circa 21 anni e un aspetto più che gradevole. Si è appena laureata dal college con 130 mila dollari di debito e non ha un soldo. Dall'esterno, insomma, la sua vita assomiglia a quella di centinaia di altri graduates che spesso finiscono risucchiati negli ingranaggi del corporativismo americano – e in particolare californiano – il cui vero volto era stato ben descritto da una serie tv prematuramente cancellata come Enlightened.

Ma non è questo il destino di Pip, né la storia che Franzen vuole raccontare. Ci sono un passato ingombrante, un presente frammentario e instabile, vecchie storie della Repubblica del Cattivo Gusto, ovvero la DDR, (The Republic of Bad Taste è il titolo del secondo splendido capitolo), a testimoniarlo. Poi la Stasi, un segreto inconfessabile, una colpa che scava un solco profondo nella vita di più di un personaggio, il mistero che aleggia sulle vere origini di Pip e sull'identità del padre che non ha mai conosciuto. E ancora qualcosa di più. Fasci emotivi, stringhe di sensazioni, ricordi, azioni e reazioni che innervano la storia, la attraversano e ne illuminano le connessioni.

Di Pip, il primo personaggio con cui impariamo a familiarizzare, Franzen non ci nasconde la ferita scoperta, la piaga purulenta che ne plasma la vita interiore, oltre a influenzarne le (spesso dubbie) scelte, il carattere, il comportamento: sua madre. Il rapporto con la propria madre è un tema a dir poco centrale per Franzen, e anche in questo libro potremmo isolarne i contorni e metterlo a fuoco come

un perno a sé stante nella vita di ciascun personaggio. Sono i momenti in cui le doti di Franzen come scrittore emergono in modo quasi disarmante. C'è qualcosa di vero e autentico nel modo in cui Pip, in particolare, pensa alla madre, in ciò che la lega a lei, in quel misto di tenerezza, compassione e incazzatura che in qualche modo riassume universalmente il rapporto madre/figli nell'età adulta.
La capacità dell'autore di entrare nella testa del lettore e di stabilire una connessione diretta con i suoi sentimenti e le sue emozioni – a tratti dolorosamente sconvolgente – è pari alla sua capacità di entrare prima di tutto nella testa dei suoi personaggi. Nessuno fa eccezione. Capitolo dopo capitolo, nuove figure sembrano staccarsi da uno sfondo lasciato in penombra, per giocare il loro ruolo fondamentale nella storia.
Forse il problema più grosso di Purity è che, a prima vista, o, se vogliamo, a una facile lettura, potrebbe essere scambiato per molte cose. Si potrebbe confonderlo, ad esempio, con una poderosa invettiva contro la società tecnologica, contro il mito digitale della trasparenza. Si potrebbe addirittura arrivare a considerarlo come un (mero) gioco di punti di vista, in cui a ogni voce spetta una sua versione del racconto. Ma a sconfessare queste interpretazioni si palesa con evidenza la solida presenza di una storia, un corso di ampia portata cui ciascun rivolo, ruscello o piccolo fiume, dà il suo contributo. In effetti, a ben vedere, nel romanzo non c'è un vero protagonista. Pip, Andreas Wolf, Leila, Tom, Anabel e altri: ognuno di questi, con il proprio bagaglio, è ugualmente importante.
Qualcosa però, fa da perno per tutti e non è difficile individuarlo. Non si tratta né di simbolo né un passepartout che apre ogni porta. La Purezza di cui parla il titolo è lì, di fronte a noi costantemente, sebbene solo nella misura in cui è raccontata attraverso la storia, ovvero, solo nella misura in cui cerchiamo di distinguerne il significato attraverso il racconto stesso, attraverso gli avvenimenti di cui il romanzo è denso. Per Pip, che odia il suo vero nome e fa di tutto per nasconderlo, la parola purity richiama in modo litotico qualcosa di niente affatto puro – qualcosa che a sua volta deve essere nascosto o, nel migliore dei casi, riscattato attraverso un nome del genere. D'altro canto Andreas Wolf, a capo del Sunlight Project – progetto immaginario che nel solco tracciato da Wikileaks e da Julian Assange, lotta per la trasparenza nell'informazione abolendo il filtro dei media – è una sorta di Tantalo, circondato da figure che per lui incarnano una purezza ormai perduta, ma attraverso cui è incapace di redimersi. E anche Anabel, nella sua vita e nella straziante storia con Tom cerca soprattutto un nuovo inizio, una verginità che non le verrà mai restituita, ma che, anzi, le impedirà non solo di diventare un'artista, ma di vivere l'amore della sua vita. La purezza è inseguita o proiettata – più che incarnata – su qualcuno o qualcosa. Uno spettro inafferrabile che alberga nei ricordi, o in una speranza per il futuro che non ha radici nel presente. Ma quello che, forse, vuole davvero farci intravedere Franzen in queste pagine che non smetterei di leggere ma che, allo stesso tempo, sono stata sollevata di finire, è il convitato di pietra dal volto parzialmente oscurato che, proprio nell'era digitale, solo in apparenza ha perso di significato. Se è vero che non esiste purezza nel senso di un velo virginale a cui tornare, né liberazione, assoluzione completa per le proprie azioni, esistono, però, responsabilità ben precise da assumere su di sé. Ed è questa, infine, la speranza per le nuove generazioni, la lezione che (ci) tocca imparare dagli errori dei nostri padri e delle nostre madri. Di questo potremo sempre star certi: vivere consapevoli delle nostre responsabilità non sarà come vivere con il peso di colpe che inevitabilmente avremo, in cerca di un'impossibile redenzione.

UNA RICETTA PER LE MAMME CHE **PIACERÀ AI BAMBINI**

di **Lorenzo Cogo**

Ecco un risotto semplice e gustoso che nasce dall'idea di far assaggiare le verdure ai bambini non presentandole nella loro forma canonica, ma in altri modi. Perché si sa, con i bambini ci vuole sempre un po' di magia e allora radicchio in polvere sia!
Con la polvere di radicchio il dolce del risotto al taleggio verrà contrastato con l'amaro, e il tutto porterà a un equilibrio di gusti apprezzato sia dai grandi che dai bambini.

L'IDEA!
"Si può scegliere di preparare la polvere con qualche altro vegetale per rendere magici tutti i piatti che si vogliono. La procedura è sempre la stessa."
Risotto con taleggio e polvere di radicchio

INGREDIENTI PER 4 PERSONE
320 gr riso carnaroli
80 gr formaggio taleggio
1 radicchio
Un goccio di vino bianco
Sale e pepe q.b.
Noce di burro

Per la polvere:
Aprire le foglie del radicchio, lavarle e asciugarle bene.
Porle in forno a 90° fino a che non diventano croccanti.
Tritarle finemente fino a che non diventano polvere.
Utilizzare un setaccio per eliminare le parti più grosse.

Per il risotto:
preparare un semplice brodo vegetale con acqua, una cipolla, sedano, carota. Far bollire per un ora e poi filtrare il tutto. Tostare il risotto con un goccio di olio. Bagnare il riso con un goccio di vino bianco e lasciare evaporare la componente alcolica. Cucinare il riso con il brodo. Quando è quasi pronto, aggiungere il taleggio a pezzettini piccoli e la noce di burro. Mescolare il tutto, aggiustare con sale e pepe finché non risulterà perfetto. Impiattare il tutto e per finire spolverare sopra con la polvere di radicchio.

• Lorenzo Cogo, classe 1986, è lo chef/imprenditore stellato più giovane d'Italia. A soli 25 anni conquista la sua prima stella Michelin, quando apre il suo ristorante a Marano Vicentino, El Coq. Un nome una garanzia, perchè in dialetto veneto "cogo" significa cuoco e Lorenzo da sempre ha dedicato alla cucina un impegno e una passione inesauribili, che lo hanno condotto in giro per il mondo. Dall'Australia, al Regno Unito, passando per il Giappone e i Paesi Baschi: un pellegrinaggio culturale e gastronomico che gli ha permesso di connotare in maniera unica il suo modo di pensare e di fare cucina.

QUICHE DI **ASPARAGI**

di **Maria Stella Zaia**

© Can Stock Photo Inc. / chas53

Ingredienti per 4 persone
300 gr di pasta brisée, o meglio ancora un rotolo di pasta già pronta
2 uova
50 gr di grana
100 gr di ricotta (passata al setaccio)
50 gr di robiola
1 noce di burro
sale pepe
1 kg di asparagi

Preparazione
Per prima cosa lavare gli asparagi, togliere la parte legnosa, e comunque passarli con un pelapatate procedendo come di norma come con le carote, metà del mazzo di asparagi va lessato in abbondante acqua salata, avendo cura di non cuocerli troppo ma di scolarli ancora al dente, l'altra metà degli asparagi vanno tagliati a rondelle e fatti saltare sul fuoco con un po' di olio extravergine ed una noce di burro.
Preparata la verdura e messa ad intiepidire, sbattere le uova con un pizzico di sale e pepe ed aggiungere il grana grattugiato, la ricotta passata al setaccio e la robiola amalgamando perfettamente le uova con i formaggi, aggiungere a questo punto gli asparagi tagliati a rondelle.
Prendere una tortiera, imburrare ed infarinare attentamente il fondo e le pareti, stendere la pasta e disporre a raggera gli asparagi, aggiungere il composto precedentemente preparato con le uova, i formaggi ed i restanti asparagi.
Mettere in forno preriscaldato a 180 gradi per 30/35 minuti, togliere dal forno e servire tiepido.
Questo piatto è ottimo anche accompagnato da prosciutto crudo dolce.

Italiana Servizi srl

Rivolgersi a Italiana Servizi significa trovare una risposta personalizzata affidandosi **ad uno staff che fa del lavoro di squadra la sua forza per:**

- Rispondere alle vostre aspettative.
- Proporre un approccio proattivo nella definizione dei vostri bisogni.
- Ottimizzare e migliorare l'efficienza dei servizi.

"DEL SUCCESSO OCCORRE CONSIDERARE LA NATURA, NON IL RUMORE"

CHIAMACI E RICHIEDI SUBITO UN' ANALISI GRATUITA DELLE TUE ESIGENZE:
TEL. 049 9387096 FAX. 049 9388672
MAIL. INFO@ITALIANASERVIZIGROUP.IT

PRONTO, HO **MAL DI PANCIA!** VENGA PURE IN AMBULATORIO...

Casa dolce casa....della salute. Dove dimenticarsi di estenuanti ore d'attesa, di code infinite, di orari striminziti a disposizione per una visita ed una ricetta, di rimpalli continui per riuscire a sapere qual è la causa di un malessere, che il più delle volte si può curare in ambulatorio. Riuscire ad avere risposte, sulla propria salute, quando servono, senza intasare in preda a panico da erinni, i pronto soccorsi, lasciando gli angeli dell'emergenza liberi di occuparsi di chi ne ha, veramente e seriamente, bisogno, ora sembra si possa o meglio si potrà, entro la fine dell'anno. Bellocci come George Clooney, magari anche più giovani, si possono trovare anche nelle Medicine di Gruppo Integrate, non è detto che siano solo al servizio dei codici rossi. I medici, gli infermieri, il personale paramedico, gli os , i volontari, che formano il tanto decantato sistema veneto integrato socio – sanitario sono però soprattutto bravi, umani e professionali e in quanto umani anche tra loro c'è l'indolente, il pigro, lo scorbutico, il poco preparato, ma sono, ammettiamolo, delle fisiologiche eccezioni. Quelle che ho appena elencato sono le figure che troveremo nelle MGI , che non è una sigla di una casa di produzione cinematografica (anche se il progetto appare ancora solo come un bel film) ma il termine con cui appunto si indicano quelle strutture che stanno nascendo al momento, a spot, in Veneto , in cui si aggregano i medici di medicina generale creando un polo di assistenza e cura a disposizione dei cittadini, quella casa dolce casa della salute, che diffondendosi in modo omogeneo in tutta la regione, proporrà un modello unico in Italia ed apprezzato anche dall'Oms. Troppo presto per esprimere una valutazione sulla rivoluzione in corso, solo una minima parte delle MGI è già operativa e altrettante in fase di approvazione, attraverso un iter che deve essere vidimato da Palazzo Balbi. Una rivoluzione che tutti attendono e vogliono, per motivi diversi ma con uno stesso fine: essere assistiti ed assistere meglio, a minori costi.

GVDR

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Valore al tuo benessere da 30 anni al Vostro Servizio

- CENTRO FISIOTERAPICO PADOVANO
  RADIOLOGIA SCROVEGNI
  Medicina del Lavoro
  Laboratorio di Analisi
  Palestra "Salute & Benessere"
  (Mejaniga di Cadoneghe)

- FISIOGUIZZA
  (Padova quartiere Guizza)

- FISIOVICENTINA
  (Barbarano Vicentino)

www.gvdr.it

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: