NES - Nord Est Sanità
Anno **14**, numero **2**
Maggio 2021
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

PERIODICO di attualità a carattere tecnico, scientifico, sociale

www.nordestsanita.it

È IL MOMENTO DEI VACCINI

PALÙ

Vaccini: il prossimo passo da compiere è un richiamo che protegga dalle varianti

GARATTINI

I benefici del vaccino sono superiori ai rischi che si possono correre

FIGLIUOLO

Il Veneto primo della classe in quasi tutti i parametri. Qui scienza e organizzazione

Allianz ULTRA
Casa e Patrimonio

COSTRUTTORI DI CERTEZZE

Allianz ULTRA Casa e Patrimonio è una soluzione innovativa che ti protegge dagli imprevisti che possono capitare nella vita privata.

Per maggiori informazioni ti aspettiamo in agenzia

Allianz

Agenzia Allianz Padova Sud - C & D Assicurazioni S.r.l.
Lorenzo Sanco
Via Marco Polo 3, Padova
049 8804492 l.sanco@ageallianz.it

AVVERTENZA
Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Prima della sottoscrizione leggere il set informativo di Allianz ULTRA Casa e Patrimonio presso le nostre agenzie e su allianz.it
Allianz ULTRA Casa e Patrimonio prevede 4 livelli di protezione: Essential, Plus, Premium, Top. I prezzi sono comprensivi delle imposte e dei costi di frazionamento. Prezzo minimo annuo 50 € imponibili.
Le prestazioni possono prevedere franchigie e scoperti in caso di sinistro, limitazioni ed esclusioni.

NES - NORD EST SANITÀ

Anno 14 - numero 2 - Maggio 2021

SOMMARIO

La vignetta
I complottisti - salutisti 5
Editoriale
Dal Nordest all'Italia intera 7
La controcopertina
Un piano per la Next Generation 8
Primo piano: la stagione dei vaccini-
13 italiani su 100 sono già vaccinati 10
Figliuolo: in Veneto scienza e organizzazione 12
Russo: Ecco le scelte di salute pubblica 15
Palù: un richiamo che ci protegga dalle varianti 19
Garattini: Il beneficio del vaccino è largamente superiore ai rischi che si possono correre 22
L'influenza stagionale? Non c'è stata 25
Vaccini: un po' di storia 26
Covid, viso e mani: i consigli della dermatologa 30
Minifocus: la terapia in acqua
I benefici della terapia in acqua post intervento chirurgico oncologico (e non solo) 35
Attualità sanitaria
Covid, in Veneto maxi progetto per la riabilitazione dopo la fase acuta 39
Covid, durante la pandemia 30% in meno di screening 42
Nuovo sito internet per NES on-line 44
Rubriche
Le cure non bastano. Le persone vogliono sentirsi accolte 50
La parte piena del bicchiere 52
Partecipare tutti all'assistenza sanitaria 53
Interessi
Piegodilibri / Le nuove eroidi 54
Ecogaia / L'età della plastica 56
La ricetta / Un abbinamento curioso: i piselli e il pesce per un piatto buono e scenografico 57
L'ape regina / I rischi della trasparenza 58

GERENZA

Direttore editoriale Giuseppe Caraccio (editore@nordestsanita.it)
Vicedirettore editoriale Maria Stella Zaia (editore@nordestsanita.it)
Direttore Responsabile Giuliano Gargano (direttore@nordestsanita.it))
Redazione Antonella Prigioni, Margherita De Nadai, Gaia Bortolussi, Alberto Salmaso

Editore
Giuseppe Caraccio

Proprietario
Nordestnet S.r.l. - Via Santa Maria Assunta n. 31 - 35125 Padova
Partita IVA 03538580287 - Telefono: 0498874111 int. 2
Sito internet: www.nordestsanita.it
Facebook: www.facebook.com/nordestsanita
Email: redazione@nordestsanita.it

Progetto grafico e impaginazione
Giuliano Gargano

Comitato Scientifico
Giuseppe Caraccio, Domenico Corda, Antonio Di Maggio, Cosimo Di Maggio, Massimo Dal Bianco

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

Hanno collaborato a questo numero
Davide Zanella, Umberto Iazzetta, Giampietro Vecchiato, Chiara Bertocco

In copertina: © Pixabay

Marketing e Pubblicità Nordestnet S.r.l.

Fotolito e stampa
Litografia PEGASO Srl - Via dell'Edilizia, 23 - 36100 VICENZA
Ph. +39.0444.565011 - Fax +39.0444.567399 - www.litografiapegaso.it

Periodicità: Trimestrale

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 14 maggio 2021

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.

QUESTA RIVISTA NON RICEVE NESSUN FINANZIAMENTO PUBBLICO

europe service
forniture elettromedicali

Europe Service sas
Viale del Lavoro, 14
35020 Ponte San Nicolò (PD)
Tel./Fax +39 **049.8647133**

E-mail: info@europeservice.info
www.europeservice.info
P.IVA 04012430288

NUOVA METODOLOGIA CHE APRE NUOVE PROSPETTIVE PER LA RIABILITAZIONE, PER TORNARE A MUOVERSI DOPO UNA LESIONE MIDOLLARE, ICTUS, INTERVENTO NEUROLOGICO O ORTOPEDICO.

Una vita migliore, più autonoma e con minori necessità di assistenza e ospedalizzazione.

In Europa, circa un milione di persone soffre forme di paralisi in una o più parti del corpo.
Le cause principali di queste forme di disabilità sono l'ischemia cerebrale, gli incidenti traumatici e le malattie del sistema nervoso. L'invecchiamento della popolazione è un'altra causa di molte delle limitazioni funzionali che richiedono un'assistenza a lungo termine.
VIK16 nasce dalla ricerca VIKTOR per offrire un contributo importante al miglioramento della qualità della vita di tutte le persone con disabilità motorie temporanee o permanenti.

Uno strumento essenziale per ospedali, cliniche di riabilitazione e centri fisioterapici.

Con VIK16 medici e operatori sanitari possono strutturare un percorso riabilitativo personalizzato più rapido ed efficace, in linea con il protocollo terapeutico.
Lo scopo è quello di favorire e accelerare il recupero delle attività che il soggetto non è più in grado di svolgere, aumentandone l'autonomia e riducendo il ricorso a ausili e la necessità di assistenza e ospedalizzazione.
VIK16 si è dimostrato un supporto fondamentale nel recupero post-traumatico e post-operatorio e nella terapia riabilitativa di pazienti con deficit motori conseguenti a ischemie cerebrali, emiplegie e malattie neuromuscolari.
VIK16 aumenta le capacità residue di movimento in pazienti con lesioni spinali incomplete rieduca i muscoli che hanno perduto qualità in seguito a un'immobilizzazione prolungata riduce l'atrofia dei muscoli denervati migliora il funzionamento e il controllo volontario dei muscoli in pazienti con deficit motori da ictus e malattie neuromuscolari

Un supporto fondamentale all'invecchiamento attivo e un ausilio per alleviare i dolori cronici.

VIK16 è molto utile ai fisioterapisti che possono conservare il trofismo muscolare del paziente, agendo in modo estremamente mirato ed efficace senza sottoporre a sforzi gravosi le articolazioni. Ciò è di fondamentale importanza nei soggetti più anziani per mantenere adeguate capacità di movimento, di deambulazione e per minimizzare il rischio di caduta. VIK16 può essere impiegato con successo anche con finalità analgesiche e antalgiche, per attenuare i dolori cronici o acuti associati a cervicalgie, lombaggini o lombosciatalgie.
VIK16 rallenta il declino funzionale nei pazienti anziani aumenta il range del movimento allevia dolori cronici o acuti associati a disturbi muscolo-scheletrici diminuisce i disturbi legati a problemi circolatori

RIABILITAZIONE

SALUTE

*"L'idea di sviluppare una tecnologia in grado di replicare il movimento è nata oltre quarant'anni fa durante il mio lavoro nell'ex Unione Sovietica in ambito aerospaziale, militare e sportivo" dice il **dottor Viktor Terekhov**, medico e ricercatore di grande esperienza.*

Per info **www.viktor.physio**
www.viktor.physio/video/

di **Davide Zanella**

I COMPLOTTISTI-SALUTISTI

FR Snc
Canon accredited partner
"stampanti per l'azienda"
www.frpadova.it
p.iva: 03951180284
Viale della Navigazione Interna, 82L
35027 Noventa Padovana -Padova
info@frpadova.it

Rendere l'ufficio ancora più ecocompatibile e sicuro

L'obiettivo è operare in modo responsabile

Le innovazioni e gli avanzamenti tecnologici integrate nei prodotti devono arricchire la vita dei clienti senza nuocere all'ambiente.
Canon , già nei primi anni '90, ha dato il via allo sviluppo di tecnologie eco-compatibili, quando è diventata la prima società giapponese a ottenere l'accreditamento degli standard, circa la gestione ambientale.
Da allora l'ambiente costituisce un importante punto di riferimento per l'ideazione dei prodotti, con una punta di riguardo nei confronti della conservazione delle risorse, dell'uso dell'energia e nell'eliminazione delle sostanze pericolose.

I prodotti Canon hanno un basso impatto ambientale in tutti gli stadi del loro ciclo di vita, perché sono progettati e costruiti per essere vicini all'ambiente, favorendo così un buon rapporto con entrambi e un utilizzo agevole.
Le principali caratteristiche ecocompatibili dei prodotti Canon sono:

- Efficienza energetica
- Risparmio delle risorse
- Eliminazione di sostanze pericolose

DAL NORDEST ALL'ITALIA INTERA

di **Giuseppe Caraccio**

Dopo il primo numero di marzo, torna tra le vostre mani NES Nord Est Sanità. Un piccolo segnale di ritorno alla normalità: riuscire a rispettare la periodicità della nostra rivista vuol dire che si può fare. Proprio un anno fa eravamo stati costretti a fermarci e a raffozare la comunicazione on-line perché l'Italia (e gran parte del mondo) si era ritrovata in lockdown, con tutte le attività (salvo quelle essenziali) ferme.
Questo secondo numero del 2021 rappresenta dunque il vero segnale di ripartenza e che abbiamo voluto farlo coincidere con alcune novità.
Innanzitutto la foliazione: è un numero corposo, perché tanti sono gli argomenti affrontati. Stiamo cercando - e fateci sapere cosa ne pensate - il giusto equilibrio tra la pubblicazione cartacea e quella on-line. Vista la cadenza con cui esce il giornale, infatti, oscilliamo tra il desiderio di raccogliere più notizie possibili e realizzare numeri più sostanziosi, o al contrario concentrarci (vista anche la velocità con cui si accavallano le notizie) sulla versione on-line e realizzare giornali più snelli e monotematici. Lo vedremo assieme, suggerimenti e consigli sono bene accetti!
Ma proprio in questa ottica, abbiamo deciso di rinnovare il sito internet di NES on-line, raggiungibile all'indirizzo www.nordest-sanita.it.
Una versione più moderna, più snella (maggiori dettagli sono contenuti nell'articolo all'interno di questo giornale) che speriamo incontri il vostro gusto.
Infine - ed è forse la novità più importante - noterete un respiro diverso all'interno degli articoli: si parla e si parlerà tanto di Veneto, come è normale. Ma numeri, interviste e interventi strizzano l'occhio al resto d'Italia, perché è giusto raccontare quello che vediamo quotidianamente nel luogo in cui viviamo, ma è altrettanto capire cosa succede nel resto del nostro Paese. Sarà un percorso graduale, ma la strada è tracciata: dal Veneto e dal Nord Est cercheremo di arrivare in tutta Italia. Spero continuerete ad accompagnarci e spero altrettanto di incontrare nuovi amici di NES lungo questo percorso.

UN PIANO PER LA NEXT

© Ufficio Stampa Palazzo Chigi

«Metteteci dentro le vite degli italiani, le nostre ma soprattutto quelle dei giovani, delle donne, dei cittadini che verranno. Le attese di chi più ha sofferto gli effetti devastanti della pandemia. Le aspirazioni delle famiglie preoccupate per l'educazione e il futuro dei propri figli. Le giuste rivendicazioni di chi un lavoro non ce l'ha o lo ha perso. Le preoccupazioni di chi ha dovuto chiudere la propria attività per permettere a noi tutti di frenare il contagio L'ansia dei territori svantaggiati di affrancarsi da disagi e povertà. La consapevolezza di ogni comunità che l'ambiente va tutelato e rispettato. Ma, nell'insieme dei programmi che oggi presento alla vostra attenzione, c'è anche e soprattutto il destino del Paese».

Con queste parole il presidente del Consiglio Mario Draghi ha illustrato al Parlamento il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, cioè l'insieme di progetti da finanziare con i fondi del Next Generation EU. Votato a larghissima maggioranza dai due rami del Parlamento, inviato a Bruxelles entro la data stabilita, il Piano è una riforma organica ed epocale del funzionamento del Paese Italia.

Il Piano prevede investimenti pari a **191,5 miliardi di euro**, finanziati attraverso il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza, lo strumento chiave del NGEU. Ulteriori 30,6 miliardi sono parte di un Fondo complementare, finanziato attraverso lo scostamento pluriennale di bilancio approvato nel Consiglio dei ministri del 15 aprile. Il totale degli investimenti previsti è pertanto di **222,1 miliardi di euro**. Il Piano include inoltre un corposo pacchetto di riforme, che toccano, tra gli altri, gli ambiti della pubblica amministrazione, della giustizia, della semplificazione normativa e della concorrenza. Il Piano si organizza in sei missioni. Ecco, per il lettori di NES, una guida ragionata e sintetica a quanto previsto dall sei direttrici guida.

La prima missione, "**Digitalizzazione, Innovazione, Competitività, Cultura**", stanzia complessivamente 49,2 miliardi – di cui 40,7 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 8,5 miliardi dal Fondo.

I suoi obiettivi sono promuovere la trasformazione digitale del Paese, sostenere l'innovazione del sistema produttivo, e investire in due settori chiave per l'Italia, turismo e cultura. Gli investimenti previsti nel piano assicurano la fornitura di banda ultra-larga e connessioni veloci in tutto il Paese.

La seconda missione, "**Rivoluzione Verde e Transizione Ecologica**", stanzia complessivamente 68,6 miliardi – di cui 59,3 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 9,3 miliardi dal Fondo.

I suoi obiettivi sono migliorare la sostenibilità e la resilienza del sistema economico e assicurare una transizione ambientale equa e inclusiva. Il Piano prevede investimenti e riforme per l'economia circolare e la gestione dei rifiuti, per raggiungere target ambiziosi come il 65 per cento di riciclo dei rifiuti plastici e il 100

GENERATION

per cento di recupero nel settore tessile. Il Piano stanzia risorse per il rinnovo del trasporto pubblico locale, con l'acquisto di bus a bassa emissione, e per il rinnovo di parte della flotta di treni per il trasporto regionale con mezzi a propulsione alternativa. Sono previsti corposi incentivi fiscali per incrementare l'efficienza energetica di edifici privati e pubblici. Le misure consentono la ristrutturazione di circa 50.000 edifici l'anno. Il Piano investe nelle infrastrutture idriche, con l'obiettivo di ridurre le perdite nelle reti per l'acqua potabile del 15 per cento, e nella riduzione del dissesto idrogeologico.

La terza missione, "**Infrastrutture per una Mobilità Sostenibile**", stanzia complessivamente 31,4 miliardi – di cui 25,1 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 6,3 miliardi dal Fondo.

Il suo obiettivo primario è lo sviluppo razionale di un'infrastruttura di trasporto moderna, sostenibile e estesa a tutte le aree del Paese. Il Piano prevede un importante investimento nei trasporti ferroviari ad alta velocità. A regime, vengono consentiti significativi miglioramenti nei tempi di percorrenza, soprattutto nel centro-sud. Ad esempio, si risparmierà 1 ora e 30 minuti sulla tratta Napoli-Bari, 1 ora e 20 minuti sulla tratta Roma-Pescara, e 1 ora sulla tratta Palermo-Catania. Il Governo investe inoltre nella modernizzazione e il potenziamento delle linee ferroviarie regionali, sul sistema portuale e nella digitalizzazione della catena logistica.

La quarta missione, "**Istruzione e Ricerca**", stanzia complessivamente 31,9 miliardi di euro – di cui 30,9 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 1 miliardo dal Fondo. Il suo obiettivo è rafforzare il sistema educativo, le competenze digitali e tecnico-scientifiche, la ricerca e il trasferimento tecnologico.

Il Piano investe negli asili nido, nelle scuole materne, nei servizi di educazione e cura per l'infanzia. Crea 152.000 posti per i bambini fino a 3 anni e 76.000 per i bambini tra i 3 e i 6 anni. Il Governo investe nel risanamento strutturale degli edifici scolastici, con l'obiettivo di ristrutturare una superficie complessiva di 2.400.000 metri quadri. Inoltre, si prevede una riforma dell'orientamento, dei programmi di dottorato e dei corsi di laurea, ad esempio con l'aggiornamento della disciplina dei dottorati e un loro aumento di circa 3.000 unità. Si sviluppa l'istruzione professionalizzante e si rafforza la filiera della ricerca e del trasferimento tecnologico.

La quinta missione, "**Inclusione e Coesione**", stanzia complessivamente 22,4 miliardi – di cui 19,8 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 2,6 miliardi dal Fondo. Il suo obiettivo è facilitare la partecipazione al mercato del lavoro, anche attraverso la formazione, rafforzare le politiche attive del lavoro e favorire l'inclusione sociale. Il Governo investe nello sviluppo dei centri per l'impiego e nell'imprenditorialità femminile, con la creazione di un nuovo Fondo Impresa Donna.

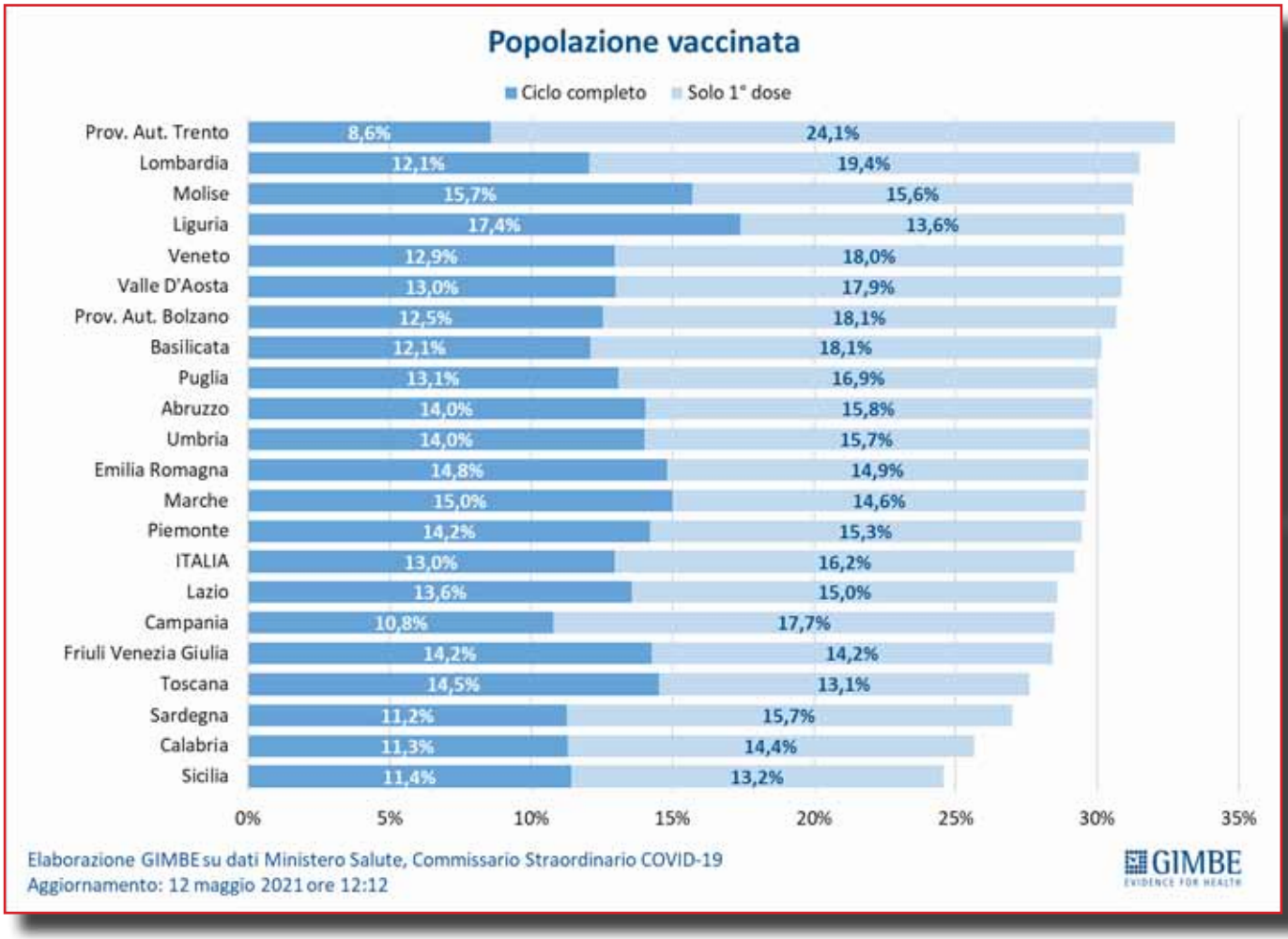
Si rafforzano i servizi sociali e gli interventi per le vulnerabilità, ad esempio con interventi dei Comuni per favorire una vita autonoma alle persone con disabilità. Sono previsti investimenti infrastrutturali per le Zone Economiche Speciali e interventi di rigenerazione urbana per le periferie delle città metropolitane.

La sesta missione, "**Salute**", stanzia complessivamente 18,5 miliardi, di cui 15,6 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 2,9 miliardi dal Fondo. Il suo obiettivo è rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il Piano investe nell'assistenza di prossimità diffusa sul territorio e attiva 1.288 Case di comunità e 381 Ospedali di comunità. Si potenzia l'assistenza domiciliare per raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, la telemedicina e l'assistenza remota, con l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali. Il Governo investe nell'aggiornamento del parco tecnologico e delle attrezzatture per diagnosi e cura, con l'acquisto di 3.133 nuove grandi attrezzature, e nelle infrastrutture ospedaliere, ad esempio con interventi di adeguamento antisismico. Il Piano rafforza l'infrastruttura tecnologica per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati, inclusa la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico.

(g.g.)

13 ITALIANI SU 100 SONO GIÀ VACCINATI



© Fondazione GIMBE

di **Giuliano Gargano**

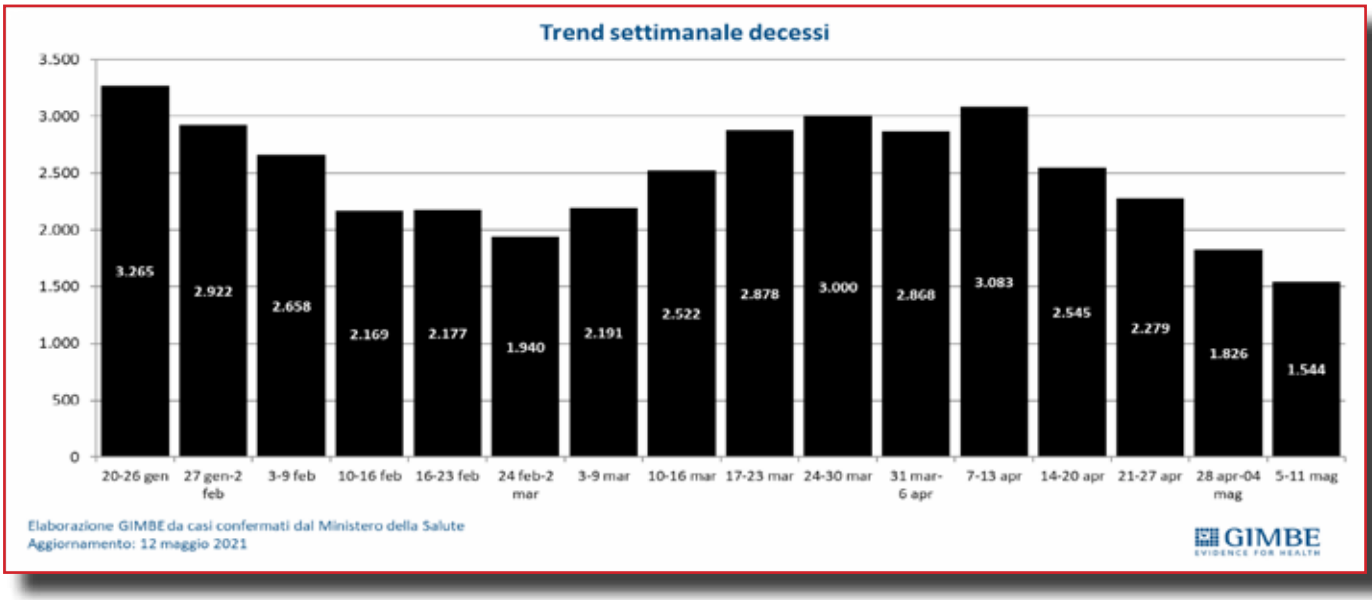
Al 12 maggio 2021, il 29,2% della popolazione italiana ha ricevuto almeno una dose di vaccino (n. 17.413.508) e il 13% ha completato il ciclo vaccinale (n. 7.725.554). Il dato emerge dal monitoraggio settimanale della Fondazione GIMBE. Quello riportato in queste pagine è l'ultimo prima della chiusura in stampa del giornale e coincide con la visita del commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 Figliuolo in Veneto (con tappe a Venezia, Padova e Verona). Il monitoraggio una diminuzione di nuovi casi (63.409 rispetto ai 78.309 della settimana precedente) e decessi (1.544 contro 1.826). Scendono anche i casi attualmente positivi (363.859 contro 413.889), le persone in isolamento domiciliare (346.866 contro 393.290), i ricoveri con sintomi (14.937 contro 18.176) e le terapie intensive (2.056 contro 2.423).

Il monitoraggio della Fondazione GIMBE conferma, nella settimana 5-11 maggio, la riduzione di nuovi casi (-19%) e decessi (-15,4%). Si allenta ancora la pressione sugli ospedali: in 35 giorni -49,1% ricoveri con sintomi e -45,1% terapie intensive. Campagna vaccinale: ancora scoperta 1 persona su 4 nella fascia 70-79 e 1 su 2 nella fascia 60-69.

Secondo il presidente della fondazione GIMBE Nino Cartabellotta, il calo è frutto «di 6 settimane di un'Italia tutta rosso-arancione». Come si diceva, quasi un italiano su 3 ha ricevuto almeno una dose di vaccino (n. 17.413.508) ma poco più di 1 su 10 ha completato il ciclo vaccinale. Se è vero che nelle ultime settimane il numero di somministrazioni viaggia attorno alle 4-500mila al giorno, è altrettanto vero che nei primi due o tre mesi della campagna si è perso troppo tempo, vaccinando chi forse non ne aveva immediato bisogno e inseguendo progetti (i centri vaccinali a forma di primula...) che distoglievano dal vero obiettivo: mettere in sicurezza le classi di età più a rischio.

Ad oggi solo il 68% degli over 60 ha ricevuto almeno la prima dose di vaccino, con le Province autonome di Trento e Bolzano che si avvicinano all'80%. Si rilevano notevoli differenze regionali nelle fasce over 80 e 70-79 anni, mentre quella 60-69, a fronte di un rilevante impatto sulle ospedalizzazioni, è ancora molto indietro. Ribaltando la prospettiva, ovvero guardando alla percentuale di popolazione che non ha ricevuto nemmeno una dose di vaccino, la copertura degli over 60 è complessivamente insufficiente. Infatti, se solo il 9,9% degli over 80 (n. 439.599) non ha ricevuto neppure una dose, la percentuale sale al 25,9% della fascia 70-79 (n. 1.548.525) e al 49,6% per quella 60-69 anni (n. 3.650.078). In altri termini, oltre 5,6 milioni di persone a rischio elevato di ospedalizzazione sono ancora totalmente scoperte dalla protezione vaccinale.

«A fronte di percentuali così elevate di over 60 non ancora coperte dalla prima dose – aggiunge Cartabellotta – da un lato si offre alle Regioni di aprire sino ai 40 anni per non rallentare le somministrazioni, dall'altro non si rendono noti i numeri di mancate adesioni e rifiuti selettivi di AstraZeneca, che hanno "costretto" ad estendere l'intervallo della seconda dose dei vaccini Pfizer e Moderna sino a 42 giorni con il solo obiettivo di supplire alla carenza di dosi di vaccini a mRNA». Considerato che la campagna vaccinale sta entrando in una fase condizionata dall'adesione della popolazione, occorre integrare la prenotazione volontaria con un sistema a chiamata attiva, coinvolgendo in maniera sistematica e capillare i medici di famiglia e mettendo in campo un'adeguata campagna di comunicazione istituzionale e strategie di persuasione individuale.



© Fondazione GIMBE

© Ufficio Stampa Comune di Venezia

FIGLIUOLO
IN VENETO SCIENZA E ORGANIZZAZIONE

Il commissario all'emergenza elogia il sistema vaccinale del Veneto

di **Antonella Prigioni**

Con la irrinunciabile mimetica e il cappello con la penna bianca, determinato ma gentile, il commissario per l'emergenza covid, il generale Francesco Paolo Figliuolo, in ogni tappa della sua visita agli hub vaccinali (Marghera, Padova, Villafranca Veronese) dello scorso 13 maggio, ha esordito elogiando la risposta del Veneto nella profilassi collettiva.

«Il Veneto – ha evidenziato - è primo della classe in quasi in tutti i parametri, il risultato di un grande

lavoro sinergico tra medici, operatori sanitari, protezione civile, uomini della difesa ed istituzioni». «Questa grande sinergia ha prodotto - ha dichiarato visitando l'allestimento alla Fiera di Padova - un hub incredibile, strutturato su due padiglioni. Una sinergia tra istituzioni, con anche quel pizzico di scienza che promana dalla facoltà di medicina della più antica università nel mondo, una eccellenza che non devo essere io a magnificare. I complimenti al Veneto sono superflui, i numeri parlano da soli, qui ci sono hub capaci di raggiungere le 10 mila dosi al giorno. Quando i vaccini arriveranno, in quantità copiose, daremo la spallata definitiva, lasciando il periodo peggiore della epidemia e raggiungeremo l'immunità di gregge.

Maggio è il mese della transizione, a giugno la svolta con 20 milioni di dosi che sono convinto ci saranno. Gli hub sono il frutto del "sistema paese", quando si fa sinergia si vince. Il Palaexpo di Venezia, la Fiera di Padova, sono esempi di collaborazione proficua. Con 20 milioni di dosi si potrà dare respiro alle aziende e aprire a tutte le classi anagrafiche, quelle del settore produttivo, perché dobbiamo supportare la ripresa economica.

Il presidente del Consiglio Mario Draghi segue in prima persona l'andamento del piano vaccinale, si sta adoperando con le big pharma per garantire una fornitura adeguata. Sono 26 milioni le dosi inoculate, in Italia al momento e si registra un calo netto di ricoveri e decessi. La vaccinazione è un insieme di scienza ed organizzazione , qui c'è e l'ho vista».

Inevitabile chiedere al generale una valutazione su Astrazeneca e sul prolungamento del periodo per il richiamo dei vaccini ad rna messaggero.

«Tutti i vaccini salvano la vita, ma dobbiamo seguire le indicazioni della comunità scientifica nell'applicazione di essi. Ci sarà il bilanciamento delle dosi tra Regioni, perché non facciamo magazzino; la struttura commissariale controlla tutti i giorni ciò che c'è, si bilanciano le forniture, però con il consenso delle regioni interessate. Dobbiamo vaccinare il più possibile, vale sempre il principio una testa un vaccino».

Le dosi rimaste nei magazzini di alcune Regioni sono proprio quelle di Astrazeneca.

«Ema, l'Agenzia Europea del Farmaco, ha ribadito che è un siero buono. L'Aifa, l'Agenzia Italiana del Farmaco, sulla base delle segnalazioni giunte al sistema di farmacovigilanza, ha fornito solo la raccomandazione di utilizzarlo negli over 60 e questo al momento rimane, anche se la sua bontà è

Il 12 maggio il turno di Zaia

Al Presidente della Regione una dose di Pfizer

Il governatore del Veneto Luca Zaia si è vaccinato mercoledì 12 maggio pomeriggio contro il Covid. Zaia, che si era prenotato personalmente nei giorni scorsi, è stato ricevuto nel centro vaccinale di Godega di Sant'Urbano (Treviso), il più vicino alla sua abitazione. A Zaia, che ha 53 anni, è stata somministrata una dose di "Pfizer". "E' andata benissimo

- ha detto al termine Zaia ai giornalisti - le due alternative per la mia classe d'età erano Pfizer o Moderna , mi hanno dato Pfizer. Devo complimentarmi con gli operatori per la velocità; eravamo in tanti in attesa, ma credo che non abbiamo aspettato più di 3-4 minuti. La macchina del Veneto, con 60 centri vaccinali, funziona".

© Ufficio Stampa Regione Veneto

© Ufficio Stampa Comune di Venezia

certificata dai 21 milioni di vaccinati in Inghilterra, a fronte di infinitesimali episodi avversi. Quanto all'allungamento del periodo per il richiamo di Pfizer e Moderna, esistono studi scientifici che dimostrano che non cambia l'effetto del farmaco, se si procrastina la seconda dose. Questo raddoppio permette di somministrare la prima dose a più persone. Non sto facendo la difesa d'ufficio del Comitato Scientifico che ha validato il raddoppio, lo dico da laico valutando le curve di contagio.

© Ufficio Stampa Regione Veneto

A giugno dopo aver messo al sicuro gli over 80, i fragili e gli over 65, si potrà dare il via libera anche agli hub aziendali, (sono 65 quelli pronti in Veneto).
Con una riduzione del 50 per cento delle ospedalizzazioni e del 45 per cento dei ricoveri in terapia intensiva, le categorie produttive possono sperare in un loro coinvolgimento a breve».
I termini più volte ripetuti da Figliuolo sono stati sinergia e confronto, un confronto che il presidente della Regione Veneto Luca Zaia, ha evidenziato essere quotidiano e costruttivo.
«Lo sento quotidianamente, lui scambia spesso ragionamenti e discorsi con noi, visto che a volte siamo gli innovatori. Ora bisogna gettare il cuore oltre l'ostacolo, per parlare di terza dose bisogna avviare uno studio sierologico per capire la durata degli anticorpi nei vaccinati. Ad ottobre non possiamo essere impreparati, può darsi che il Covid sparisca come la Sars, ma uno studio scientifico - coinvolgendo le università del Veneto - ci permetterebbe di capire sul campo e programmare le vaccinazioni. Ad ottobre c'è anche il vaccino antinfluenzale, per il quale abbiamo già avviato la gara».

RUSSO
ECCO LE SCELTE DI SALUTE PUBBLICA

Dirige la prevenzione del Veneto e coordina quelle delle altre Regioni. Francesca Russo , l'esperta che ha redatto i piani di sanità pubblica

di **Antonella Prigioni**

L'Italia in bianco a giugno. Più che una aspettativa, quella espressa dal governo nazionale, attraverso le parole del sottosegretario alla sanità Pierpaolo Sileri. E salvo improvvise impennate del virus, sembra essere uno scenario concreto e realistico, proprio grazie alla campagna vaccinale, che finalmente, ha preso ritmo con più di 500 mila dosi al giorno a livello nazionale, quasi 50 mila in Veneto, forniture permettendo. L'organizzazione del piano vaccinale , rientra nel piano di salute pubblica redatto in ogni regione dalla Direzione della Prevenzione e Sicurezza alimentare e veterinaria, sulla base delle indicazioni del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità. Una direzione che abbraccia in tutte le sue articolazioni tutto ciò che si può definire sanità umana e veterinaria . A dirigere la Prevenzione, in Veneto, c'è Francesca Russo, medico chirurgo specializzata in materia, che ha affrontato dal suo arrivo alla direzione nel 2009 la pandemia del virus H1N1, esperienza sul campo che ha fornito degli schemi utili per la pandemia da Sars-cov2 . In Veneto esisteva dunque un piano antipandemico a cui fare riferimento, ma pur sempre correlato alla direttive nazionali, e la vicenda del rapporto, redatto dall'Oms di Venezia, getta ombre e necessità di verifica sull'aggiornamento delle disposizioni nazionali.

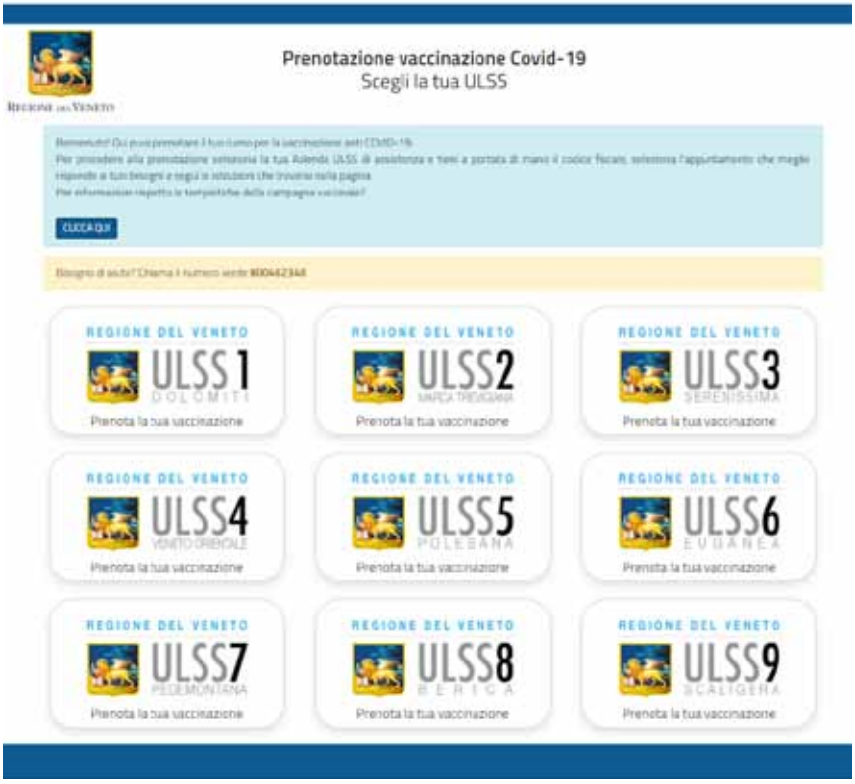
«Il nostro compito è rendere attuabili, fattibili e sostenibili, tutti quelli che sono gli indirizzi che attraverso i piani nazionali arrivano alle Regioni, quindi ad esempio rendere applicativo il piano nazionale della prevenzione che adesso è stato rinnovato fino al 2025. Abbiamo il nuovo piano pandemico 2021-2023 e il piano delle antibioticoresistenze. La funzione della Direzione è quella di indirizzo ai dipartimenti che sono sul territorio e di monitoraggio con debiti informativi al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità. La nostra è una funzione di governo per le nostre materie.
Il covid si inserisce nelle nostre competenze perché è una malattia infettiva e noi abbiamo l'obbligo, per legge, di segnalare tutte le malattie infettive al Ministero e, attraverso le aziende sanitarie, di

Il portale delle prenotazioni

Rapidità e grandi numeri. Come nasce il portale della Regione Veneto per le prenotazioni

Una lotta contro il tempo e con numeri mai visti. Vaccinare 4.292 mila veneti, o meglio dare loro, volendolo, la possibilità di sottoporsi a profilassi anticovid, in tempi brevi. Al netto ovviamente del terzo incomodo, che ha caratterizzato l'avvio della campagna vaccinale, per mesi zoppicante per l'incertezza continua sulla fornitura delle dosi.

Se all'inizio il sistema della chiamata con lettera, si è rilevato efficace per convocare i grandi anziani, dichiara Michele Mongillo della Direzione della Prevenzione , successivamente dovevamo pensare ad un sistema per le prenotazioni semplificato , rapido ed efficiente. Siamo partiti dal modello preesistente quello utilizzato per lo screening incrementandolo affinchè potesse gestire numeri importanti. Gli operatori non hanno dovuto imparare nuove procedure ma affinare quelle a loro già note. Scendendo con l'età dei vaccinandi, si affina la capacità dell'utente di accedere al sistema informatico, ma diminuisce la percezione del rischio e quindi è necessario comunicare ai più giovani la consapevolezza di una missione collettiva.



La stabilizzazione delle forniture, o almeno in parte permette di pianificare e far funzionare il meccanismo. A fine dicembre 2020 avevamo già il piano delle dosi ma nel primo trimestre non è stato rispettato. Ora c'è più stabilità Pfizer consegna il mercoledì, da 30 mila e passato a 170 mila a settimana e l'ultima settimana di maggio ha una punta di 265 mila dosi.

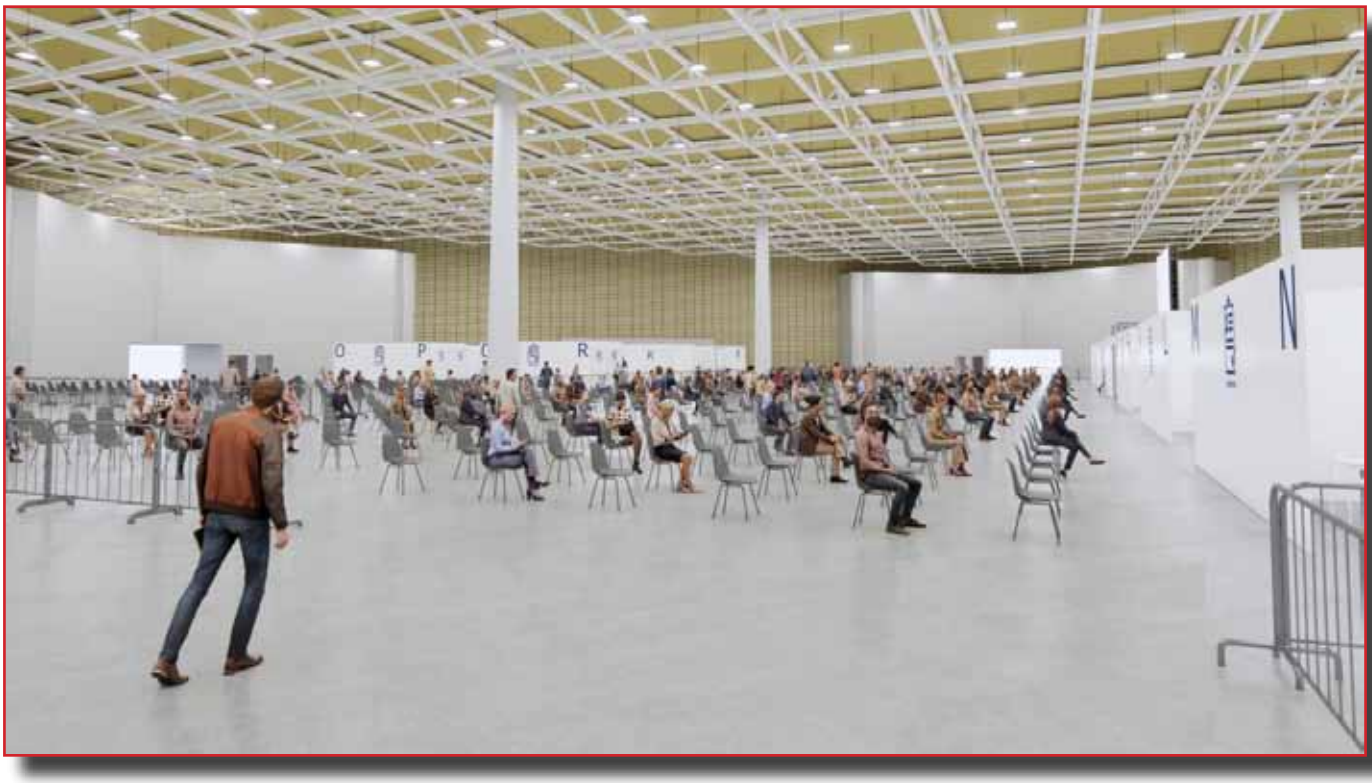
L'aver esteso il tempo per il richiamo dei vaccini ad rna a 42 giorni, velocizza le prime dosi, garantendo un maggior grado di protezione a livello globale, a cui si aggiunge la nostra capacità di ricavare sei dosi qualche volta sette da una fiala. La capacità vaccinale supera le 50 mila dosi al giorno, considerate che non sono ancora scesi in campo i farmacisti e gli hub nelle aziende. Credo ci sia più consapevolezza verso i vaccini, stiamo raggiungendo percentuali altissime , anche del 95 per cento, per vaccinazioni di massa se penso all'influenzale che arriva malapena al 65 %. La comunicazione anche se a tratti ondivaga, è stata molto approfondita e sta già dando notevoli risultati e siamo ad un quarto del percorso.

© Ufficio Stampa Quirinale

adempiere alle misure di controllo per evitare che possano diffondersi».

Quanto era plausibile una pandemia di questa portata?

La prima pandemia vissuta in Veneto è quella del 2009 dell'influenza H1N1, che è stata molto più contenuta sia per mobilità che mortalità. Da quella situazione però abbiamo tratto una lezione fondamentale: che dovevamo essere pronti ad affrontare tutte le pandemie emergenti e le emergenze. Abbiamo sviluppato procedure operative, dove era specificato chi faceva cosa e con quali strumenti. Abbiamo creato, nei vari dipartimenti di prevenzione e in Regione, gruppi operativi a risposta rapida, capaci di fron-



© Ufficio Stampa Comune di Venezia

teggiare la situazione epidemica e formato in ogni azienda sanitaria un comitato per le emergenze di sanità pubblica coordinato dal direttore sanitario, con direttore del dipartimento, direttore medico farmaceutico e di laboratorio, con tutte quelle figure che sono chiamate a fronteggiare una malattia infettiva. A fine dicembre 2019, quando a livello internazionale si è diffusa la notizia dei casi in Cina, abbiamo aggiornato il database dei componenti dei gruppi composti e il 30 gennaio 2020, con un mio decreto, abbiamo istituito un gruppo operativo a risposta rapida regionale con la direzione, il Creu 118, i reparti di malattie infettive ed alcune dirigenze mediche, per essere pronti a trattare quelli che all'epoca pensavamo potessero essere solo alcuni casi di importazione.

Che differenza c'è con virus precedenti?

Le epidemie passate sono state causate da virus influenzali, virus respiratori che si trasmettono velocemente da un soggetto all'altro. Altra cosa è la pandemia che si verifica quando un virus trova scoperta tutta la popolazione del mondo e, a seconda della gravità, della diffusione e dell'impatto sul sistema sanitario, si classifica dal grado uno a sei. Il coronavirus ha fatto il suo esordio nel 2002 con la Sars, che aveva una alta capacità infettante ed una notevole letalità, ma è stato un episodio che si è aperto e chiuso in poco tempo. Il coronavirus fa parte di microrganismi patogeni emergenti ma mai avremmo potuto immaginare una situazione di questo tipo. La nostra organizzazione si è rifatta al piano pandemico per l'H1N1 del 2007 contestualizzandolo al Sars-cov2. Un piano che abbiamo comunque sempre aggiornato: qualche anno fa il pericolo di ebola è stato occasione per un'esercitazione con l'introduzione delle barelle di contenimento , i dispositivi di protezione e la relativa formazione degli operatori.

Questi quindici mesi di esperienza con il covid che patrimonio lasciano nel piano pandemico futuro?

Dal punto di vista tecnico abbiamo rafforzato il concetto di essere sempre pronti, avere sempre in mente una metodologia per affrontare le situazioni complesse, sapendo chi fa che cosa. Si aggiunga una formazione specifica e continua sui patogeni emergenti o le situazioni emergenti. Un lavoro di questo tipo lo stavamo già elaborando per l'ambiente. Dobbiamo strutturare ancora di più il nostro approccio agli eventi emergenziali.

La Direzione della prevenzione del Veneto ha anche il compito di coordinamento delle prevenzioni di tutte le regioni. Insieme avete elaborato le linee guida per le riaperture, dalla scuola alle attività, ora state lavorando anche alla revisione dei parametri per la classificazione della fascia di rischio di ogni territorio. L'RT non è più dirimente, va abbinato all'incidenza e anche alla percentuale di vaccinati

Io ho il coordinamento delle pre-

venzioni di tutte le Regioni, ne sono molto fiera, perché confrontarsi con i colleghi è uno stimolo continuo , una miniera di possibilità per capire come fare le cose. Per il metodo di monitoraggio è stato istituito, dalla Conferenza delle Regioni, un gruppo tecnico ristretto, coordinato dal Veneto con Lombardia, Molise, provincia di Trento. Il mandato è rivedere il sistema dei 21 indicatori e di proporre una semplificazione ed un aggiornamento, sulla base di questo quadro epidemiologico, perché il monitoraggio è nato nell'aprile 2020 e doveva supportare le Regioni nell'automonitoraggio; a ottobre si è passati ai colori. Non so ancora se rimarranno le fasce cromatiche: la nostra proposta è quella di un monitoraggio ogni due mesi, vorremmo un sistema di indicatori che andasse di pari passo, in modo semplificato, con l'evolversi dello scenario epidemiologico. Adesso entriamo nella fase del superamento della malattia, abbiamo l'arma dei vaccini in più e forse i colori che servivano come simboli nel periodo del contenimento, possono non essere più adeguati. Metterei nella valutazione del rischio delle Regioni la copertura vaccinale, la capacità di testing e di contenimento.

Come evolverà ora il piano vaccinale?

Il Veneto ha seguito le direttive nazionali mettendo in sicurezza in primis gli over 80 e gli operatori sanitari. Questo è riuscito; abbiamo una percentuale del 96% di adesione per gli over 80. Un allegato del piano prevede tra le priorità i vunerabili a prescindere dall'età. E così abbiamo fatto. Poi abbiamo aggiunto i disabili, con caregiver e conviventi e quindi le categorie essenziali: scuola, forze dell'ordine. Questa sezione è stata bloccata per la scarsità di forniture.

Importante il sistema di farmacovigilanza per la segnalazione di eventi avversi correlati. E nel caso di Astrazeneca noi ci siamo adeguati alle disposizioni che consigliavano l'utilizzo agli over 60. Se in futuro interveranno altre indicazioni basate sulle evidenze scientifiche e non sulle dichiarazioni, saranno gli organismi internazionali a comunicarlo e bisognerà essere molto ligi nell'applicazione. Le forniture stanno avvenendo con ritmo regolare per cui speriamo di vaccinare al più presto tutta la popolazione.

E i bambini?

Pfizer ha condotto studi sull'efficacia anche sui bambini dai 12 anni. Se gli enti regolatori ne certificheranno la validità, potremo vaccinare anche i giovanissimi, che si ammalano poco ma possono mantenere la circolazione del virus, perché questo è il problema.

Una pandema in evoluzione, che provoca legittimo disorientamento nella popolazione...

C'è un adattamento continuo delle nostre conoscenze che poi, vanno trasformate in azioni da comunicare alla popolazione e questo può creare disorientamento, ma i cittadini hanno capito questo concetto. L'adeguamento delle linee avviene in rapporto all'avanzamento della ricerca ed alla evoluzione del comportamento del virus.

Come è cambiata Francesca Russo studiosa, medico, donna.

Il nostro è un lavoro di rete. È stato, ed è, un anno molto difficile, non ci aspettavamo la portata di questa pandemia, sembrava che si aprisse e si chiudesse rapidamente. Così non è stato. Avere il coordinamento delle prevenzioni mi ha offerto la possibilità di confrontarmi con altri colleghi, abbiamo fatto proposte a livello nazionale, alcune sono state accettate, questo ci dà soddisfazione. Questa esperienza ha posto l'accento sulla importanza della prevenzione sulle azioni sanitarie. La prevenzione è la capacità di contenimento dei fenomeni. È una lezione trasversale per tutti. Come persona ho cambiato un po' il carattere, sono diventata più determinata, c'è meno tempo per decidere, non si pu' tentennare sulla scelta delle misure, ci vuole il coraggio di andare avanti su disposizioni in cui credi ed è necessario avere l'umiltà di tornare indietro se si evince che le soluzioni prospettate non funzionano.

PALÙ

«CREARE VACCINI PER UN RICHIAMO CHE PROTEGGA DA TUTTE LE VARIANTI»

Il quotidiano punto stampa del presidente Zaia si trasforma per qualche ora in una lezione universitaria: il presidente Aifa fa chiarezza su origine, pericolosità e varianti del coronavirus. E sui vaccini...

di **Gaia Bortolussi**

L'ormai consueto punto stampa tenuto dalla Regione per dare i quotidiani aggiornamenti sulla situazione del Covid-19 in Veneto si è trasformato per qualche ora in un'aula universitaria grazie alla presenza del professor Giorgio Palù, virologo, presidente dell'agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) e componente del Comitato tecnico scientifico nazionale sull'emergenza sanitaria. Il professor Palù ha così avuto occasione di fare chiarezza sulle varianti che circolano nel mondo e in Italia e sulle raccomandazioni riguardanti le fasce d'età relative alle diverse tipologie di vaccino secondo gli sviluppi emersi con il procedere della campagna vaccinale di massa.

«La variante è una costante naturale di ogni virus», ha chiarito da subito. «Da gennaio 2020, quindi, il virus ha subito un'evoluzione dopo la sua comparsa, con il salto dal pipistrello all'uomo, avvenuto in Cina molti mesi prima che ne diffondessero notizia. Nello specifico tutti i virus ad Rna mutano naturalmente nello stesso o altro individuo. Questo coronavirus in particolare è molto complesso, il più grande virus che infetta uomini e mammiferi, con 26 geni. In SarsCov2 le varianti insorgono meno, ad esempio, che nel coronavirus dell'influenza, ma insorgono. Per studiare le mutazioni è necessario studiare i genomi. Il virus di Wuhan era già mutato prima che arrivasse in Italia, le varianti vanno studiate per capire come funzionano i nostri farmaci, i vaccini e come evolve la situazione. Per questo sto insistendo molto sulla necessità che il virus venga man mano sequenziato, cosa che l'Italia purtroppo finora ha fatto meno di tutti».

Le varianti finora insorte che su

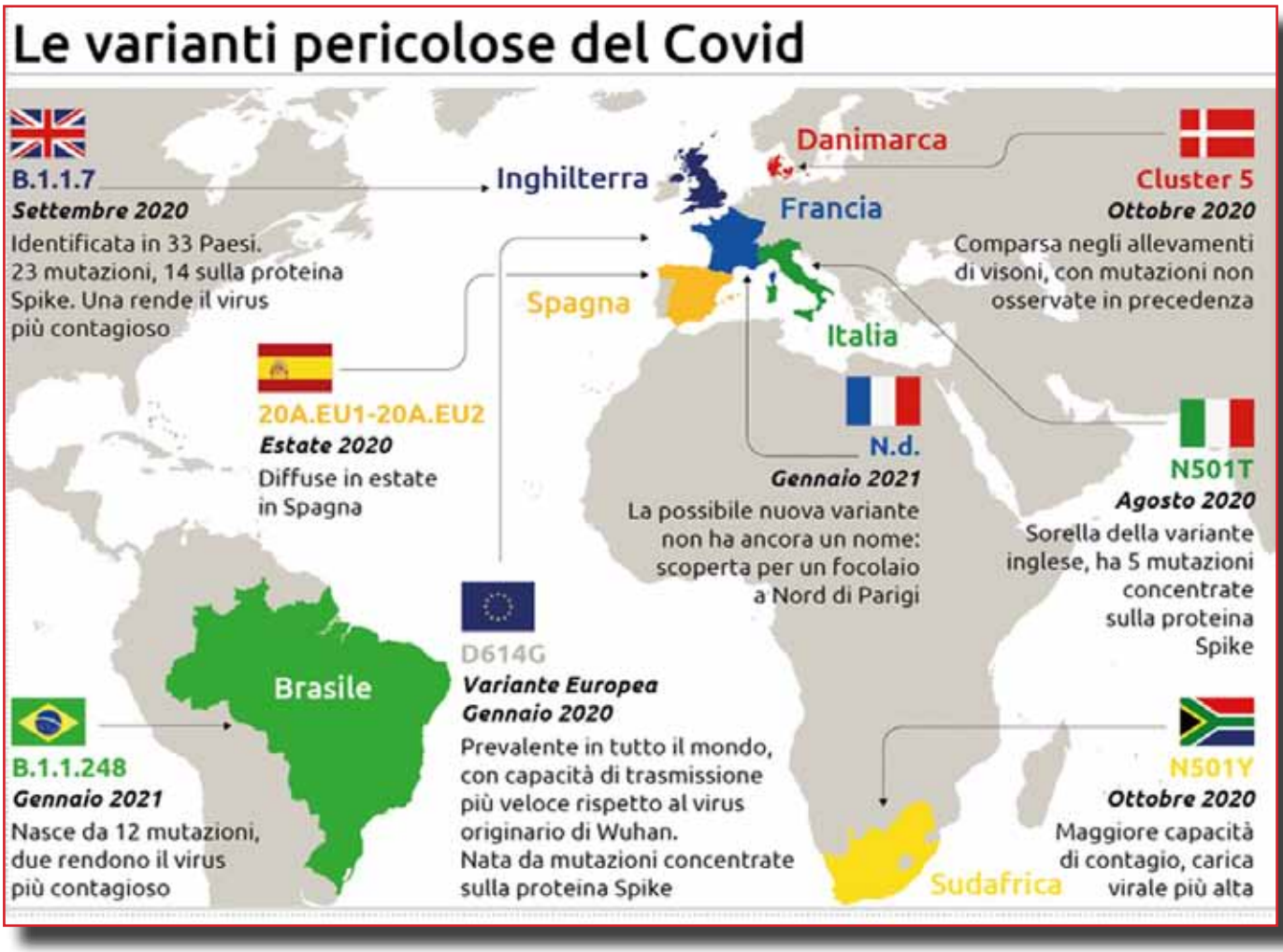
altre preoccupano sono principalmente tre: quella predominante è presente in 33 Paesi ed è quella chiamata "Inglese", iniziata a settembre 2020 con 23 mutazioni, 8 sulla proteina Spike; una di queste ha reso il virus più contagioso. «La variante Inglese in Italia poche settimane fa costitutiva il 91,6% del virus circolante», conferma Palù. «La variante "Sudafricana", ora in calo in Italia, ha una mutazione in più, che si lega alla sua contagiosità e alla risposta immunitaria, ovvero alla capacità di resistere al vaccino. E' stata identificata dall'ottobre 2020 in 10 Paesi, con 21 mutazioni di cui 9 sulla proteina Spike. La variante "Brasiliana" invece, rilevata da gennaio 2021, con la stessa pericolosità di quella Sudafricana, ha subito 17 mutazioni di cui 10 nella proteina Spike, presente al 4,5% in Italia, ma ora sta calando. L'ultima nota variante "Indiana" è la combinazione di due mutazioni già comparse in India separate e, da quello che sappiamo, se un virus è più contagioso preoccupa ma non si sa se è collegato alla sua letalità. Se aumenta l'infettività, certo sarà che più persone sono a rischio e aumenterà anche la mortalità. La buona notizia sulla variante Inglese è che tutti i vaccini ora a disposizione funzionano. Il passo in avanti più importante da fare è creare vaccini per un richiamo che protegga da tutte le varianti e farlo è oggi possibile, anche in breve tempo».

Il professor Palù ha inoltre rilanciato il progetto, già annunciato in Regione tempo fa, forte ora dell'approvazione del presidente del Consiglio Mario Draghi, di dar luogo a Venezia della sede del Centro di ricerca sulle pandemie. Unendo al suo ruolo di rinomato virologo quello di presidente dell'Aifa, Giorgio Palù ha poi approfondito alcuni aspetti legati ai vaccini che, ricordiamo, essere attualmente quattro (box in alto per approfondire) a disposizione della popolazione e con i quali si sta procedendo alla vaccinazione di massa. Essa azzera quasi del tutto, nei soggetti vaccinati, l'insorgere di malattia grave (se con buona risposta anticorpale); per alcuni vaccini poi è già verificato che abbassino molto la trasmissibilità e, in generale, creano uno "scudo" protettivo generale, se raggiunto il 65-70% dei vaccinati, con l'ormai nota immunità di

I quattro vaccini

Dei quattro vaccini anti Covid-19 approvati e in uso, due sono a mRNA con due dosi di siero: Pfizer/BioNTech e Moderna; due a vettore virale : AstraZeneca/Vaxzevria (due dosi di siero) e Janssen di Johnson & Johnson (unico, finora, con unica dose di siero). - I vaccini a mRNA contengono quote di RNA messaggero (mRNA) di Sars-Cov2 su cui sono conservate le istruzioni per la codifica di una specifica proteina del virus, nota come spike o proteina S. Con la somministrazione di questi vaccini, l'mRNA entra nelle cellule del ricevente e, qui, in virtù delle sue caratteristiche, sfrutta l'apparato per la sintesi proteica per codificare la proteina virale per la quale è stato specificatamente progettato. La proteina virale prodotta è fondamentale a stimolare il sistema immunitario e la conseguente produzione di quegli anticorpi che serviranno a immunizzare. La proteina virale codificata dall'mRNA del vaccino è bioingegnerizzata in modo tale da risultare innocua per chi riceve la vaccinazione (non causa la malattia), ma comunque in grado di innescare una risposta anticorpale utile all'immunizzazione.

- I vaccini a vettore virale sfruttano un virus (di solito un adenovirus), opportunamente reso inoffensivo, per introdurre nelle cellule di chi riceve la vaccinazione la sequenza di Sars-Cov2 codificante per la proteina spike. Ovvero, c'è un virus che agisce da tramite per inserire nelle cellule della persona sottoposta a vaccino la sequenza di materiale genetico di Sars-Cov2 che produce la proteina spike. Dopo la somministrazione del preparato vaccinale, quello che avviene è simile a quanto osservato per i vaccini a mRNA: la sequenza di materiale genetico interagisce con l'apparato per la sintesi proteica proprio delle cellule della persona vaccinata; da questa interazione scaturisce la proteina spike; la proteina spike rappresenta l'innesco per l'attivazione del sistema immunitario della persona vaccinata e l'avvio della produzione di anticorpi utili a immunizzare. Anche in questi vaccini, la sequenza codificante per spike è bioingegnerizzata in modo da non provocare la malattia, ma da stimolare comunque la risposta anticorpale.



gregge. Proprio per questo Palù ha sottolineato l'importanza del cambio di passo nella quantità di vaccinazioni effettuate (circa 500mila al giorno e potrebbero arrivare ad 1 milione se la fornitura fosse sufficiente e costante): «Solo così, salvo imprevisti, si potrà tirare un sospiro di sollievo e staccarci dall'emergenza. La certezza su quando finirà la pandemia non c'è, altre non sono durate più di due anni, ma oggi le persone nel mondo si muovono velocemente rispetto ad un tempo e la pandemia è asincrona nei continenti, per questo la vaccinazione dev'essere ingente e soprattutto fatta equamente in tutto il pianeta, non funziona se ci mettiamo al sicuro solo noi da questa parte del mondo». E sui rischi legati ai vaccini e alle fasce d'età per le quali sono raccomandati, il presidente Aifa ha sottolineato: «Gli effetti avversi segnalati legati ai vaccini sono pubblicati nel sito di Aifa. Si conoscono perché la farmacosorveglianza funziona. Il pericolo d'infezione e malattia da Covid-19, in particolare nelle persone sopra i 60 anni, è decisamente più alto di quello legato alla profilassi vaccinale. Per quanto riguarda le trombosi da adenovirus in Italia si può dire siano pochissime, davvero rare. Siamo nel campo delle ipotesi ancora, potrebbe essere che i casi di trombosi siano legati alla genetica, oppure ad una risposta autoimmunitaria. Il punto da valutare ora, più che sulla fascia degli over 60, è fin quanto estendere la vaccinazione con AstraZeneca e J&J su persone sotto i 60 anni, forse più a rischio di trombosi e in particolare sui i più giovani, ovvero 20-30enni. L'Ema, agenzia europea del farmaco non ha posto finora restrizioni, Aifa ha invece suggerito per entrambe questi vaccini un uso preferenziale per persone sopra i 60 anni. E' una raccomandazione, non una regola, e va ricordato che il rapporto tra rischi e benefici dei due vaccini adenovirali su larga scala resta a vantaggio dei benefici. Ora però valutazioni sono in corso e le decisioni riguardo questo tipo di vaccini per la fascia d'età più giovane arriveranno a breve dal Cts; fondamentale sarà avere fornitura di vaccini ad mRna sufficienti per le fasce più giovani».

GARATTINI

«IL BENEFICIO DEL VACCINO È LARGAMENTE SUPERIORE AI RISCHI CHE SI POSSONO CORRERE»

Il fondatore e presidente dell'Istituto Mario Negri: «Bisogna ribadire continuamente che vaccinarsi con qualsiasi vaccino è meglio che non vaccinarsi»

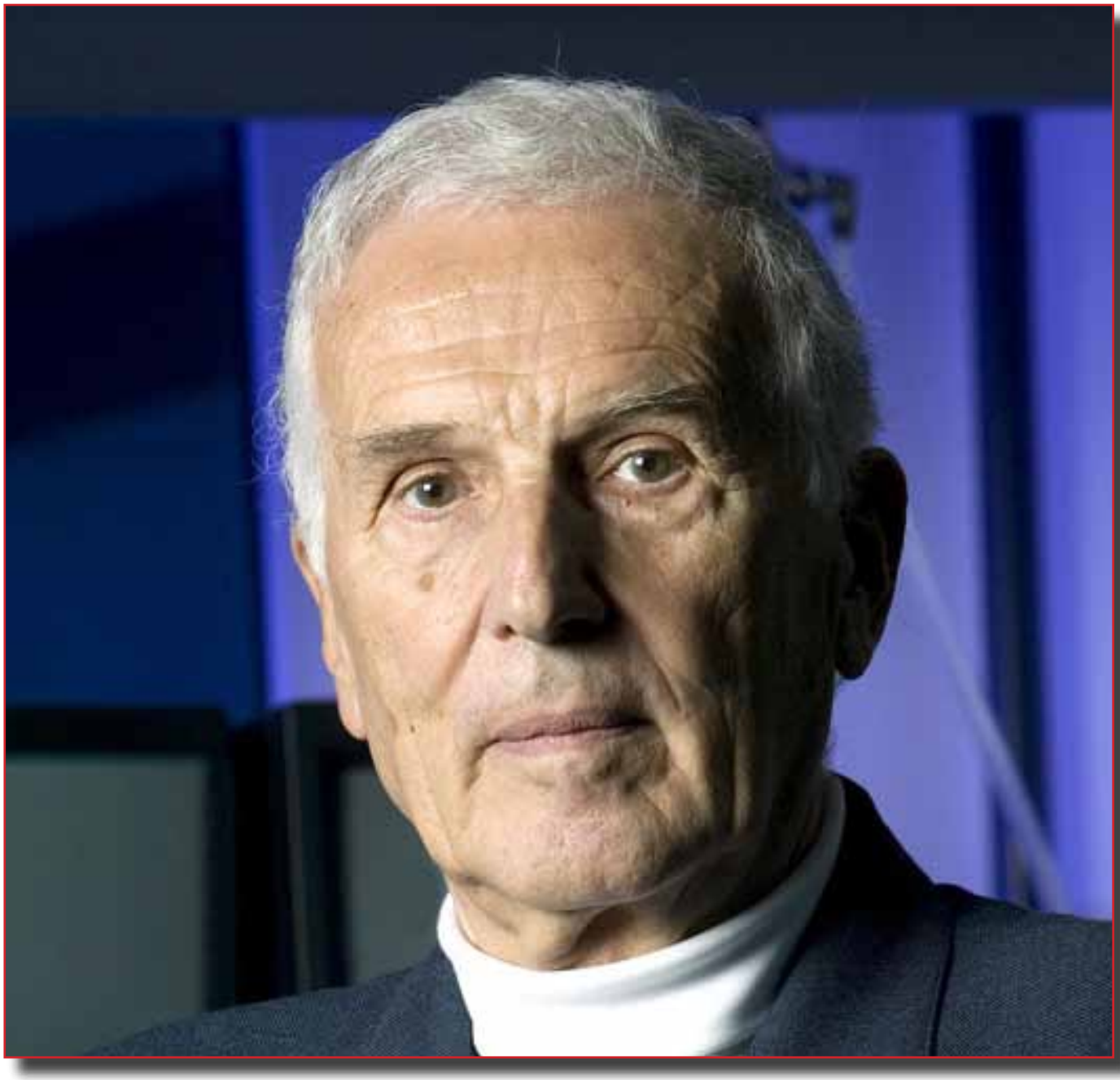
di **Giuliano Gargano**

Il beneficio del vaccino? Largamente superiore ai rischi che accettiamo utilizzando altri farmaci. Sulla comunicazione si poteva fare meglio, ma adesso che ci sono state le riaperture, manteniamo le forme di sicurezza: ricordiamo che la Sardegna è passata in un mese da zona bianca a zona rossa. Silvio Garattini, farmacologo, illustre scienziato e presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, affronta a tutto tondo il tema delle vaccinazioni in Italia. E ricorda che - in generale - l'Italia deve fare di più nel campo della prevenzione: «Nna condizione necessaria - conferma - per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale».

Prof. Garattini, a campagna vaccinale è la strada maestra per fermare la pandemia. I numeri in giro per il mondo dimostrano che dove si vaccina di più, calano drasticamente i decessi. Eppure pochi casi di reazioni avverse su milioni di inoculazioni (soprattutto con Astrazeneca e Johnson e Johnson&Johnson) destano preoccupazioni e rallentano la campagna. E' il caso di rassicurare l'opinione pubblica?
Certamente è molto importante rassicurare l'opinione pubblica attraverso adeguate informazioni che facciano capire quanto sia difficile fare comparazioni fra vaccini che sfruttano metodologie diverse e che, soprattutto, sono stati studiati su popolazioni di età diversa e con fattori di rischio non comparabili. Stabilire le differenze richiederebbe studi comparativi che oggi non è facile fare. Alcuni dubbi da parte dell'opinione pubblica riguardano la velocità con cui sono stati sviluppati i vaccini. E' vero che mancano le conoscenze sulla durata dei vaccini, ma data l'urgenza è meglio utilizzarli piuttosto che correre i gravi rischi connessi con il contagio da parte del virus SARS-CoV-2. Va considerato che il beneficio del vaccino è largamente superiore ai rischi che si possono correre, rischi molto bassi rispetto a quelli che accettiamo utilizzando molti farmaci.

La campagna vaccinale è condizionata dal numero di dosi che arrivano, ma i numeri confermano che il motore della macchina organizzativa stia andando a regime. Non mancano comunque le contraddizioni: il commissario Figliuolo è passato dal "non si deve buttare una sola dose, vacciniamo il primo che passa" a una rigida tabella che tiene conto dell'età e delle fragilità. Qual è la strada migliore da seguire?
La comunicazione non è certamente il meglio degli interventi dell'autorità pubblica. Molte delle frasi che utilizzano danno l'impressione che qualcuno abbia il privilegio di un buon vaccino mentre altri debbano accettare gli scarti. Non è il modo migliore per informare il pubblico, bisogna ribadire continuamente che vaccinarsi con qualsiasi vaccino è meglio che non vaccinarsi.

Il 26 aprile molte attività hanno riaperto i battenti, gli studenti sono tornati a scuola e



molte restrizioni sono venute meno. E' stato il momento giusto o si è trattato di una decisione prematura?

A mio parere avrei aspettato ancora un paio di settimane, ma ormai la decisione è presa. Non bisogna perciò dimenticare di continuare a informare la popolazione sulla necessità di mantenere le forme di sicurezza. Non dimentichiamo che in quattro settimane la Sardegna è passata da zona bianca a zona rossa. Vanno intensificati i controlli. Quando ci si aspetta un raduno di massa, come quello avvenuto il 2 maggio in Piazza Duomo a Milano per ragioni calcistiche, si poteva facilmente chiudere le vie di accesso alla piazza. Probabilmente avremmo evitato una probabile diffusione del contagio.

E sempre a proposito di riaperture, cosa pensa del "pass vaccinale", quella sorta di lasciapassare che dovrebbe permettere ai già vaccinati di frequentare determinati luoghi o viaggiare?

Il pass vaccinale non è attualmente fattibile perchè si tratta di una discriminazione rispetto a chi non ha potuto ancora vaccinarsi. La soluzione di inserire accanto alla vaccinazione un test sierologico non è adeguata, come pure non ha senso ritenere che un tampone negativo ottenuto 48 ore prima sia equivalente ad una vaccinazione. Da un punto di vista pratico inol-

tre è difficile organizzare tamponi per milioni di persone che non sono stati ancora vaccinati e che vogliono poter viaggiare.

Infine, lei qualche giorno fa ha posto l'attenzione sull'importanza della prevenzione, di stili di vita corretti, spiegando che in Italia l'aspettativa di vita sana è tra le più basse d'Europa. Ci spiega meglio perché?

La popolazione italiana è ai primi posti per quanto riguarda la durata di vita: circa 81 anni per i maschi e 85 per le femmine.
Tuttavia, se misuriamo invece della durata totale la durata di vita "sana", retrocediamo nella classifica. Ciò è dovuto al fatto che abbiamo in generale 6-8 anni di cattiva qualità di vita dovuta alla presenza di una o più malattie croniche. Purtroppo, il Servizio Sanitario Nazionale - un bene insostituibile per la salute di tutti - ha trascurato negli ultimi decenni la prevenzione. Il 50% delle malattie croniche non piove dal cielo ma siamo noi che ce le autoinfliggiamo, il 70% dei tumori sarebbero evitabili ma muoiono ancora 160mila persone all'anno per tumore. Molte delle attività e degli interventi del Servizio Sanitario Nazionale sarebbero evitabili se vi fossero buoni stili di vita che tutti conosciamo ma non attuiamo: evitare fumo, alcol e droghe, non aumentare di peso, incrementare l'esercizio fisico ed intellettuale, mantenere i rapporti con gli altri, dormire almeno 7 ore al giorno. Sono alcune delle basi su cui ispirare i nostri stili di vita. Sviluppare la prevenzione è una condizione necessaria per la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

Chi è Silvio Garattini

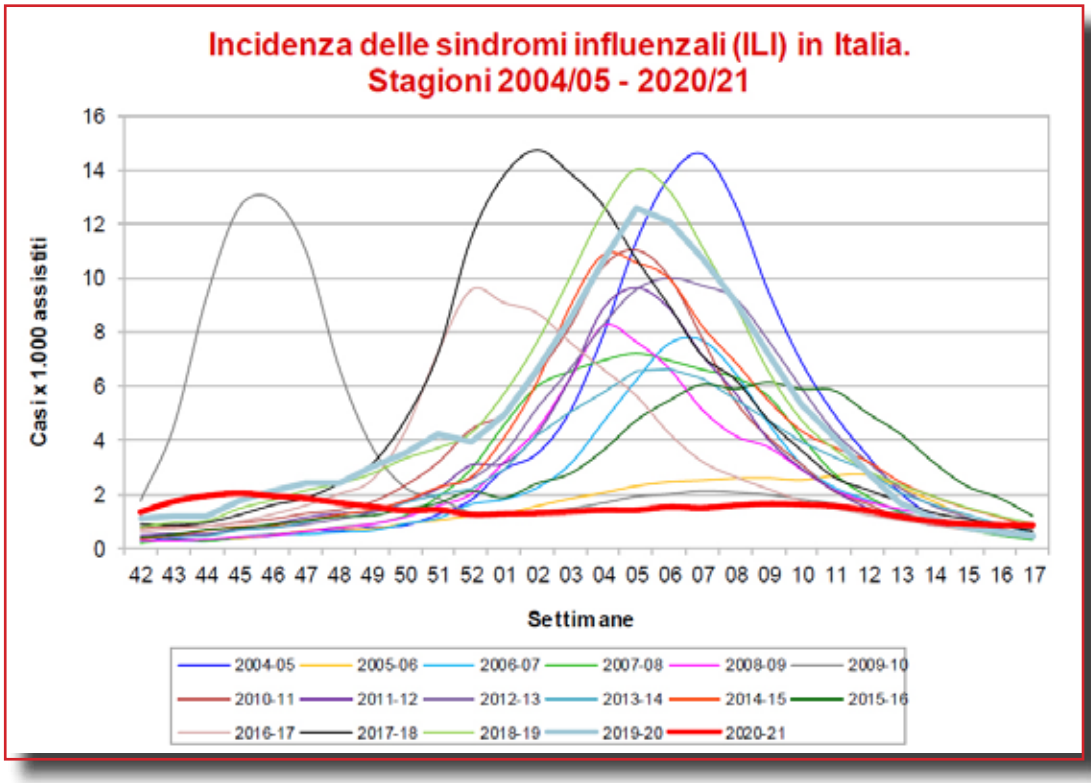
Silvio Garattini è nato a Bergamo il 12/11/1928.
Perito Chimico. Dottore in Medicina. Libero Docente in Chemioterapia e Farmacologia. Assistente ed Aiuto presso l'Istituto di Farmacologia dell'Università di Milano fino all'anno 1962. Fondatore nel 1963 e direttore dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS fino a giugno 2018. Dal primo luglio ricopre la carica di Presidente dell'Istituto.
Autore di molte centinaia di lavori scientifici pubblicati in riviste nazionali ed internazionali e di numerosi volumi nel campo della farmacologia. Fa parte del Gruppo 2003 {gruppo dei ricercatori italiani altamente citati nella letteratura scientifica internazionale}. Fondatore dell'European Organization for Research on Treatment of Cancer.
Negli ultimi decenni é stato membro di vari organismi fra cui: Comitato di Biologia e Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche (C.N.R.), Consiglio Sanitario Nazionale e Commissione della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la politica della ricerca in Italia, Membro della Commissione Unica del Farmaco (CUF) del Ministero della Salute.
Fellow della New York Academy of Sciences, dell' American Association for the Advancement of Science e di numerose società scientifiche nazionali ed internazionali.
Honorary Fellow Royal College of Physicians (Pharmaceutical Medicine).
Tra le numerose onorificenze ricevute si segnalano:
- la Legion d'Onore della Repubblica Francese per meriti scientifici;
- Premio della Società Italiana di Chimica "Giulio Natta",
- Cavaliere di Gran Croce della Repubblica Italiana e Lauree Honoris Causae alle Università di Bialystok, Polonia e di Barcelona, Spagna.
Fra i premi dell'ultimo triennio: Premio Ippocrate per la comunicazione scientifica. Premio Mens Sana in Corpore Sano. Università degli Studi di Milano, Premio Nuova Spoleto, Premio Angelo dell'Anno, Alkmeon International Prize, Premio Internazionale Sant'Agostino Città di Bergamo, Premio Il Campione per la Scienza. Premio Luigi Coppola, Lecce, Premio Scienza e Società nell'ambito del Premio Città di Firenze, Premio Rana d'Oro, Casalbeltrame (Novara), Premio Barocco (Lecce).
In oltre 50 anni di attività, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, sotto la direzione di Silvio Garattini, ha prodotto oltre 13.000 pubblicazioni scientifiche e circa 250 volumi, in cancerologia, chemioterapia e immunologia dei tumori, in neuropsicofarmacologia, in farmacologia cardiovascolare e renale.
Oltre 4000 sono i giovani laureati e tecnici che si sono specializzati in questo periodo presso l'Istituto.

L'INFLUENZA STAGIONALE? NON C'È STATA

Nessun virus influenzale vero e proprio è stato isolato in Italia. Le misure anticovid hanno frenato la circolazione di altre infezioni

L'influenza stagionale? Non c'è stata. Con oltre 2,4 milioni di casi di sindromi simil influenzali, è terminata in aprile la sorveglianza stagionale dell'influenza ma senza che l'epidemia sia mai di fatto partita e senza che nessun virus influenzale vero e proprio sia stato isolato in Italia. Il dato si evince dall'ultimo bolletino settimanale InfluNet, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss).

Dai dati inviati dai medici sentinella circa al Sistema di Sorveglianza Integrata dell'Influenza, nella 16/ma settimana di sorveglianza (dal 19 al 25 aprile) risulta che l'incidenza totale di sindromi simil influenzali è pari a 0,85 casi per mille assistiti e i casi stimati rapportati all'intera popolazione italiana sono circa 51.000, per un totale di circa 2.431.000 casi dall'inizio della sorveglianza.



© Bollettino Influnet

Nella fascia di età 0-4 anni l'incidenza è pari a 2,07 casi per mille assistiti, nella fascia di età 5-14 anni a 0,72 nella fascia 15-64 anni a 0,89 e tra gli individui di età pari o superiore a 65 anni a 0,53 casi per mille assistiti.

L'anno passato, l'epidemia influenzale era arrivata al termine, dopo aver contagiato oltre 7,5 milioni di persone in Italia, oltre 5 milioni in più di quelli visti nella stagione in corso. La curva epidemica è rimasta da ottobre a oggi sempre sotto soglia epidemica, grazie alle misure anti-Covid che hanno ridotto anche la circolazione di altre infezioni respiratorie.

Durante la stagione 2020/21 un totale di 6.818 campioni clinici sono stati ricevuti e analizzati dai diversi laboratori afferenti alla rete InfluNet e, tra questi, nessuno è risultato positivo al virus influenzale. Di questi però 1.470 sono risultati positivi al Sars-CoV2.

Per venire al dettaglio del Veneto, nell'ultima settimana di osservazione (19 - 25 aprile 2021), sono stati rilevati appena 11 casi, con una incidenza dello 0,18.

VACCINI, UN PO' DI STORIA

Dal vaccino anti-vaiolo a quello trivalente, ecco le scoperte che ci hanno salvato dalle maggiori pandemie dell'epoca moderna

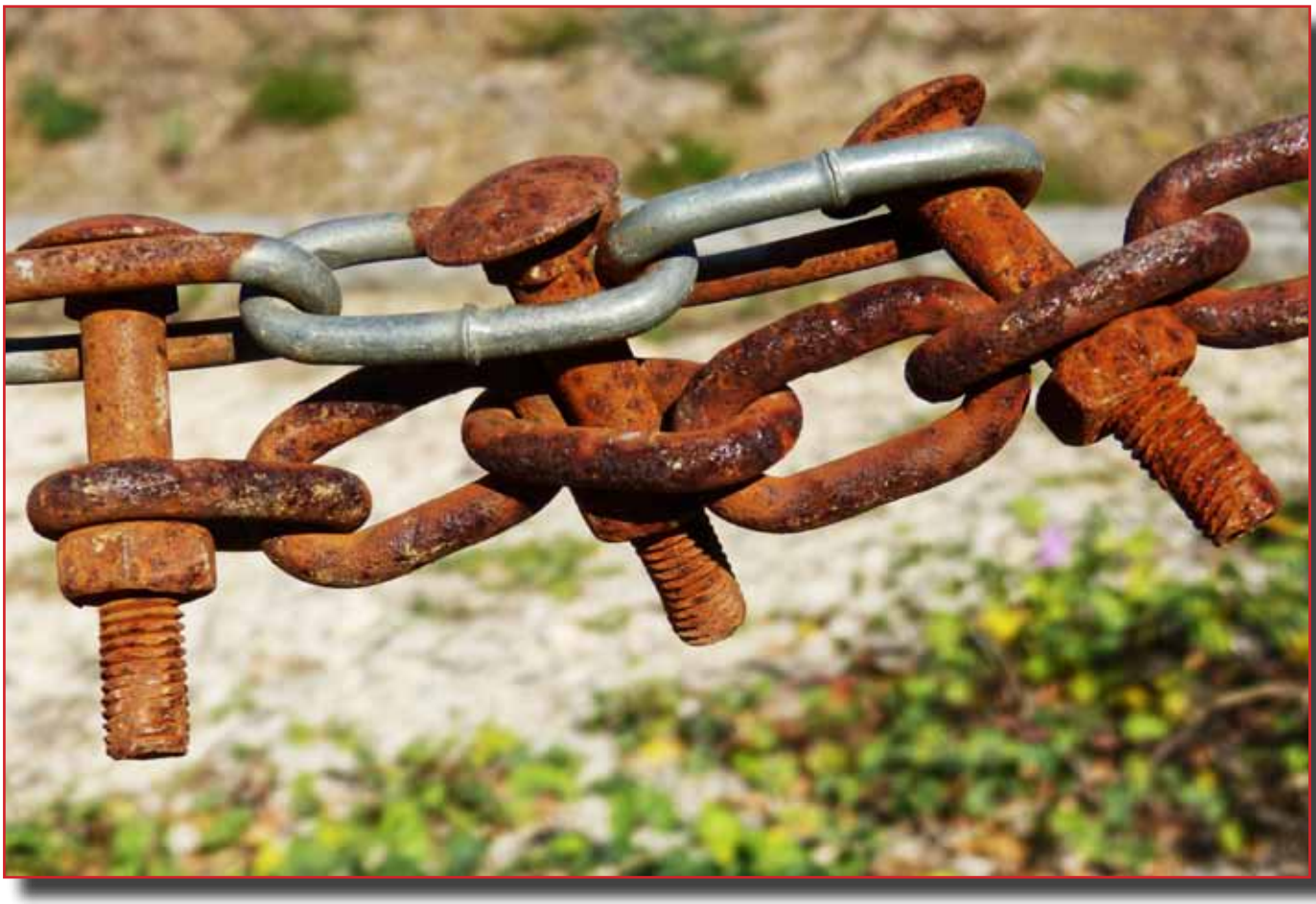
© Foto di Angelo Esslinger da Pixabay

di **Margherita De Nadai**

I vaccini ci salveranno e guardandosi indietro, non si può che essere d'accordo con questa affermazione. E' indubbio infatti che se gradualmente stiamo tornando ad una parvenza di normalità, dopo oltre un anno di pandemia da COVID-19, il merito è soprattutto dei vaccini, così come senza dubbio, non è la prima volta nella storia moderna che l'umanità "viene salvata" grazie a loro.
Tanto dibattuti in passato quanto attualmente, i vaccini hanno sicuramente impattato in maniera positiva sulla salute globale, aumentando l'aspettativa di vita umana, riducendo la mortalità infantile e migliorando nettamente la qualità della vita delle persone. Insomma, è grazie a loro se certe malattie come il vaiolo, sono state debellate, e se altre, come la poliomielite, non ci fa più paura. Ma come e quando sono nati i vaccini?

1796
JENNER E IL VACCINO ANTI-VAIOLO

La scoperta della vaccinazione, come tecnica per sconfiggere le malattie infettive, è attribuita ad Edward Jenner (1746-1823), che in Inghilterra, nel Gloucestershire, alla fine del Settecento, tramite osservazione empirica, diede scacco matto al vaiolo, che in quel tempo imperversava nelle campagne nelle quali era medico condotto. All'epoca la malattia stava avendo in Europa un incremento allarmante: nel 1753 a Parigi morirono di vaiolo 20.000 persone; a Napoli nel 1768 ne morirono 60.000 in poche settimane e ogni anno a causa del virus Variola l'Inghilterra contava 40.000 decessi.
Jenner non era un semplice "medico di campagna" come spesso, erroneamente, viene descritto. Era invece un uomo colto e dotato di un intuito fuori dal comune: egli osservò che i mungitori che entravano a contatto col pus del vaiolo bovino, la malattia che colpiva le mammelle delle vacche con pustole simili a quelle del vaiolo umano, di solito erano immuni al virus che colpiva l'uomo. Se quindi il vaiolo bovino, meno aggressivo del vaiolo umano, fosse stata la soluzione? Nel 1796 Jenner decise di rischiare, provando questa sua supposizione: prese James Phipps, il figlio di otto anni del suo giardiniere, e gli innestò il pus estratto dalle pustole di Sarah Nelmes,



© Foto di Marc Pascual da Pixabay

una mungitrice che aveva contratto il vaiolo bovino. Il ragazzino ebbe un po' di febbre, ma in due giorni guarì: due mesi dopo il medico lo espose al virus e James non sviluppò alcun sintomo. Dopo due anni e altri 23 esperimenti, Jenner fu il primo a dimostrare scientificamente l'efficacia antivaiolosa di quello che battezzò "vaccino" (in quanto derivato dalla vacca).
Il vaccino di Jenner dunque si diffuse rapidamente in tutta Europa e in America, e molti medici, fra cui l'italiano Luigi Sacco, lo sperimentarono su se stessi, inoculandosi prima il vaiolo vaccino e poi quello umano per provare l'avvenuta immunizzazione. Nel 1806 Sacco riferì di avere fatto vaccinare nei soli Dipartimenti del Mincio, dell'Adige, del Basso Po e del Panaro più di 130.000 persone. In breve, i vaccinati del Regno d'Italia giunsero a un milione e mezzo, riducendo drasticamente la mortalità da vaiolo. A Unità d'Italia avvenuta, la vaccinazione antivaiolosa fu resa obbligatoria per tutti i nuovi nati a partire dal 1888.
Non solo: Jenner aveva anche scoperto che il vaiolo bovino poteva essere trasmesso da uomo a uomo, e questo permetteva di avere sempre a disposizione una fonte di pus vaccinico per procedere a nuove vaccinazioni. Grazie a questo fu possibile la prima campagna internazionale di vaccinazione della storia, che fu condotta contro il vaiolo nelle colonie spagnole delle Americhe fra 1803 e 1806 dal medico Francisco Javier de Balmis.
Tra il 1967 e 1979, l'Organizzazione mondiale della Sanità condusse una campagna di vaccinazione a livello mondiale grazie alla quale, il 9 dicembre 1979, questa malattia fu trionfalmente dichiarata "eradicata". Grazie al vaccino, oggi il vaiolo è la sola e unica malattia del tutto scomparsa nella popolazione umana, e l'obbligo vaccinale in Italia è stato abolito nel 1981.

1880
BEHRING E IL VACCINO CONTRO DIFTERITE E TETANO

I vaccini antidifterico e antitetanico sono basati sulla somministrazione della rispettiva tossina inattivata (antitossina), ed esistono grazie agli studi del tedesco Emil Adolf von Behring (1854-1917) e alle scoperte compiute con il collega giapponese Shibasaburo Kitasato (1853-1931), mentre lavoravano insieme

© Can Stock Photo / GeorgiosArt

all'Istituto di Igiene di Berlino.
La svolta avvenne nel 1880 quando Behring rese un animale temporaneamente immune dalla difterite e dal tetano iniettandogli siero sanguigno infettato di un altro animale, dimostrando così che questa pratica era non solo preventiva, ma anche curativa, se il siero veniva iniettato ai primi sintomi delle malattie. Il concetto di "antitossine" fece guadagnare a Behring il merito di essere considerato tra i fondatori dell'immunologia.
Nonostante la strabiliante scoperta di Behring, nel mondo la difterite non è ancora debellata completamente, sebbene in Italia, dove la vaccinazione antidifterica è obbligatoria dal 1939, l'ultimo caso risalga al 1996.
Per quanto riguarda il tetano, la vaccinazione nel nostro paese è obbligatoria dal 1968 e il numero di malati è drasticamente diminuito: vengono notificati circa una settantina di casi ogni anno, soprattutto in persone anziane.

1885
PASTEUR E IL VACCINO CONTRO LA RABBIA

Anche Louis Pasteur è considerato tra i protagonisti della storia dei vaccini. Egli è noto per essere innanzi tutto il padre della batteriologia, in quanto fu tra i primi a dimostrare la "teoria dei germi", secondo la quale le malattie infettive erano causate da un agente microscopico "vivente". Secondo Pasteur il "germe" poteva essere attenuato in vari modi: passandolo serialmente in animali diversi, o in colture cellulari, o aggredendolo con calore od ossigeno per renderlo innocuo, suscitandone al contempo la risposta immunitaria. In questo modo Pasteur riuscì ad attenuare il bacillo del colera dei polli che era stato isolato qualche anno prima.
La scoperta fu dovuta al caso: Pasteur infatti dimenticò delle colture in laboratorio durante un periodo di vacanza, e al suo ritorno notò che esse fornivano un virus fortemente attenuato ed efficace, quindi, nell'indurre l'immunità nei polli contro il colera. Tutto questo grazie alla prolungata esposizione all'ossigeno che attenuò i germi.
Basandosi su questo concetto sviluppò un vaccino contro l'erisipela suina, e poi si dedicò allo studio della rabbia. Pasteur dimostrò che l'agente patogeno non risiedeva nella saliva del cane come si pensava in precedenza, bensì nel sistema nervoso, sebbene

non disponesse di microscopi abbastanza potenti per individuarlo (visto che non si trattava di un batterio, ma di un virus). Certo di poter ottenere un virus attenuato attraverso l'esposizione all'aria di midollo spinale di coniglio infettato, nel 1885 ottenne uno straordinario successo inoculando questa sostanza in alcuni pazienti morsi da cani rabbiosi.

1921
CALMETTE E GUERIN CONTRO LA TUBERCOLOSI

La storia dei vaccini è costellata però anche da fallimenti. Robert Koch nei primi anni del 1900 tentò di produrre un vaccino contro la tubercolosi, ma la sua "tubercolina" si rivelò del tutto inefficace, anche se fu poi utilizzata, con successo, nella diagnostica della malattia. La lotta contro la TBC fu vinta invece da Albert Calmette e Camille Guérin nel 1921: i due ricercatori francesi trasferirono un ceppo di batteri di tubercolosi bovina per 230 volte, lungo un periodo di ben 13 anni, in terreni di coltura costituiti da bile, glicerina e patata, ottenendo, così, un germe non vi-

© Can Stock Photo / andrianocz

rulento che fu chiamato "Bacillus Calmette-Guèrin".

1955 - 1963

SALK E SABIN, GLI INVENTORI DEL VACCINO ANTIPOLIOMIELITE

Nella prima metà del 1900 un nuovo virus faceva strage tra la popolazione tra Europa e Stati Uniti: stiamo parlando del poliovirus, che tra gli anni Quaranta e gli anni Cinquanta uccideva o paralizzava più di mezzo milione di persone all'anno in tutto il mondo. Trovarono il modo di sconfiggerlo due scienziati, Jonas Salk e Albert Sabin.

Il primo vaccino fu messo a punto dallo scienziato statunitense Jonas Salk, che conteneva un virus inattivato che stimolava gli anticorpi a difendere l'organismo in caso di contagio.

Adottato tra mille festeggiamenti nel 1955, venne soppiantato dopo breve tempo dal vaccino con virus attivo attenuato del virologo polacco Albert Sabin, inventato due anni dopo. Più economico e semplice da somministrare, a gocce su una zolletta di zucchero, quello di Sabin fu l'arma letale antipolio usata nelle vaccinazioni a tappeto partite dal 1962, che portò a ridurre drasticamente i casi di poliomielite nel mondo e ad eradicare la malattia in Europa. In realtà oggi in Italia è utilizzato il vaccino di Salk, però potenziato.

1971

MAURICE HILLEMAN E IL VACCINO TRIVALENTE MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

Morbillo, parotite e rosolia: un tempo, prima dei vaccini, erano malattie difficilmente evitabili da ogni bambino in età scolare e spesso costituivano un discreto pericolo. Per quanto riguarda il morbillo, in particolare, si calcola che fino a quando non si è diffusa a livello mondiale la sua vaccinazione, cioè nel 1980, il virus abbia ucciso una media di 2 milioni e mezzo di bambini ogni anno. Il primo vaccino per prevenire il morbillo risale al 1963, mentre i vaccini per la parotite e la rosolia furono resi disponibili rispettivamente nel 1967 e nel 1969.

Il merito, per tutti e tre, va al microbiologo americano Maurice Hilleman (1919-2005), che sviluppò successivamente, nel 1971, il vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia (MPR), cioè i tre vaccini in un'unica somministrazione. Ma le sue fatiche non finirono lì: infatti Hilleman e il suo staff svilupparono negli anni avvenire anche molti altri importanti vaccini, tra cui quelli contro l'epatite A, l'epatite B, la varicella, la meningite, la polmonite e contro il batterio emofilo dell'influenza.

Tutto il resto… è storia contemporanea.

COVID, VISO E MANI: I CONSIGLI DELLA DERMATOLOGA

Come i dispositivi di protezione dal Covid devono cambiare la nostra routine

di **Gaia Bortolussi**

Ti conosco mascherina

E se ti conosco, so anche come prevenire i disturbi della pelle legati al necessario uso delle protezioni. A spiegarci cosa succede alla nostra cute con l'uso quotidiano e prolungato dei dispositivi di protezione sanitaria, con utili consigli per prevenire e curare le problematiche correlate, è la dott.ssa Anna Belloni Fortina, professoressa di dermatologia all'Università di Padova.

Quali sono i problemi della pelle correlati all'uso della mascherina?

Preciso fin da subito che i problemi correlati all'uso di dispositivi anti-Covid 19 sono infinitamente bassi rispetto a qualsiasi rischio d'infezione. In più, ogni problematica può essere facilmente risolta, quindi raccomando sempre un uso corretto della mascherina e degli igienizzanti per mani. I problemi per adulti e bambini, donne o uomini sono in sostanza gli stessi. Parliamo in generale, di problematiche riscontrate su una grande fascia di popolazione con consigli base per tutti, ovviamente chi ha già pregressi problemi dermatologici o situazioni più severe deve consultare uno specialista per ricevere le giuste indicazioni di cura, se serve anche farmacologiche. I problemi si possono verificare quando c'è un uso quotidiano prolungato (fino a 8-9 ore al giorno) del dispositivo che più è composto da tessuto spesso più crea un effetto occlusivo per l'epidermide, infatti, anche attraverso la pelle del viso produciamo di continuo vapore acqueo, ovvero sudore utile al raffreddamento corporeo, che con la mascherina viene trattenuto proprio in una zona ricca di ghiandole sebacee. Si potrebbe dunque creare nella zona coperta dal dispositivo una follicolite (infiammazione dei follicoli piliferi sebacei), situazione più comune che come specialisti stiamo riscontrando e che spesso però, sbagliando, viene scambiata per acne visto che crea nella pelle dei foruncoli. Alcune mascherine non idonee inoltre potrebbero contenere nella loro composizione trattamenti che al contatto con la pelle causano delle irritazioni, in particolare

nei punti di contatto, in quel caso è consigliato dismetterne l'uso e cambiare prodotto verificandone l'idoneità. Per quanto riguarda l'uso di prodotti disinfettanti per le mascherine, che contro i virus devono contenere una formulazione con giusta base di alcol, io non ne sconsiglio in assoluto l'uso ma di sicuro raccomando se serve di utilizzarlo solo per l'esterno del dispositivo. Questo perché se spruzzati all'interno potrebbero causare irritazioni entrando a contatto con la pelle o attraverso il sudore. Altro caso, invece, è quando la pelle viene a contatto con il dispositivo nei punti di frizione, specialmente il nasello squando rigido con componente metallica, e vengono a formarsi delle dermatiti irritative da contatto/frizione, caratterizzate da rossore e prurito, oppure delle lievi abrasioni. Avviene però se l'utilizzo è prolungato, ad esempio l'abbiamo visto nei sanitari all'interno degli ospedali che per molte ore indossano strati di dispositivi; tutti ricordiamo le ormai tristemente famose foto nella prima ondata dello scorso anno delle infermiere con i volti pieni di segni. Nella popolazione in generale direi che questo tipo di conseguenza è molto più rara, anche per la tipologia di dispositivi utilizzati. Molto più comune invece è la comparsa di foruncoli, sempre dovuti alla frizione della mascherina sulla pelle -sollecitata ad esempio dal semplice movimento quando parliamo-, dovuti all'occlusione del follicolo pilifero sebaceo con probabile presenza dei batteri che possono portare a piccole infezioni.

Come risolvere questi problemi?
Dipende dalla serietà del problema e per quanto tempo perdura, in ogni caso richiedere il parere di uno specialista è sempre utile per avere la giusta indicazione di cura o soluzione. In linea generale, per un intervento "fai da te" consiglio di utilizzare creme quanto più prive di profumazionii e agenti aggressivi che possono peggiorare rossori e irritazioni. Ancora di più ideali sono i prodotti come gel idratanti o fluidi, molto presenti ormai in commercio, caratterizzati da texture meno pesanti e più fresche, che non vanno ulteriormente ad ostruire i follicoli. Per ottenere un sollievo non solo immediato ma anche curativo, il prodotto scelto e applicato deve stare il più possibile sulla pelle, per questo raccomando di utilizzare sempre la sera/notte come momento nel quale anche la nostra pelle possa giovare di riposo e ristoro, riequilibrando lo stress accumulato durante il giorno. Se invece è presente un'irritazione più importante, spesso dove posa il nasello, si possono utilizzare delle creme antinfiammatorie non steroidee oppure, sempre su consiglio del medico o del dermatologo, creme a base di cortisone. Se invece c'è la comparsa di una follicolite importante ci sarà necessità di utilizzare un antibiotico antisettico topico (ovvero in crema e non ad ingestione) per bloccare la proliferazione dei batteri.

C'è una casistica che dimostra una differenza tra effetti sull'epidermide maschile e femminile nella comparsa di tali problemi?
Non c'è una sostanziale differenza, sono problematiche comuni. Nelle donne può però verificarsi più comunemente la follicolite perché la pelle è più sensibile, in particolare dopo la pubertà quando la pelle femminile diventa più irritabile per un aumento naturale delle terminazioni nervose, oppure per la presenza sotto il presidio sanitario di una base cosmetica o di make-up.

Cosa può dirci invece sulle dermatiti legate all'uso di prodotti per l'igiene delle mani o guanti?
Anche se parliamo di un virus che trova la sua più significativa diffusione per via aerea, tramite le goccioline che si producono da naso e bocca, ormai è noto e consolidato che sia altrettanto importante la

sanificazione di ambienti e superfici, quindi, anche quella costante delle nostre mani, in particolare se tocchiamo oggetti in uso anche ad altre persone o se siamo fuori casa. La prima arma per eliminare i virus dalla pelle, che consiglio ogni qual volta sia possibile, è il lavaggio delle mani, con gli ormai consueti movimenti conosciuti che vanno a sanificare tutta l'epidermide della mano e con un giusto tempo che permetta al sapone, va benissimo uno normale, di agire. Il lavaggio con sapone comune fatto bene è certamente efficace e meno impattante dell'uso degli igienizzanti senza risciacquo.
Questi ultimi però, vista la situazione, sono fondamentali quando siamo fuori casa ed è bene usarli ogni qualvolta sia necessario, ricordo comunque che l'importante nel dubbio di non avere le mani pulite è non toccarsi naso, bocca e occhi in modo in caso di non far penetrare il virus. Dalla nostra esperienza a contatto con i pazienti e dagli studi scientifici finora prodotti le dermatiti irritative alle mani in questo periodo non hanno avuto un aumento esponenziale, a maggior rischio anche questa volta ovviamente sono i sanitari che usano guanti e gel per molte ore, nella popolazione generale invece sono meno comuni. Se si ritiene necessario o si vuole usare i guanti, per evitare che al contatto con la pelle e con il sudore ci siano problemi consiglio di utilizzare sotto il guanto protettivo un guanto di cotone o in caso di cambiarli spesso. Gli ormai comuni gel che usiamo per sanificare le mani, in alcune persone che magari ne fanno uso eccessivo, possono creare rossori e secchezza a causa principalmente del componente gelificante. Così sollecitata come in questo periodo, viene intaccata la struttura dell'epidermide delle mani; comunemente anche a livello scientifico infatti si usa paragonare la struttura della pelle a dei mattoni tenuti assieme dalla malta per spiegare come le sollecitazioni esterne influiscano sull'integrità della barriera cutanea delle mani. Solitamente per casi generici di irritazione, come avviene anche per il normale effetto dell'esposizione al freddo invernale, la struttura viene riparata grazie all'uso di creme idratanti ed emollienti, meglio se poco profumate, che devono agire il più possibile, quindi ne consiglio l'uso la sera/notte.
Se invece la problematica è più seria, sempre dopo il consiglio di un medico o dermatologo, risolutivo può essere l'uso di creme al cortisone che vanno a "spegnere" l'infiammazione.

Gel disinfettanti a base di alcol hanno controindicazioni con l'esposizione al sole e l'interazione con le creme solari?
Non c'è nessuna controindicazione, anche in spiaggia quindi se tocchiamo qualcosa in giro o di non nostro resta importante la pulizia delle mani secondo le abitudini adottate finora.

La pandemia ha accentuato l'uso di disinfettanti anche sugli indumenti, cosa può dirci a riguardo?
Era una tendenza che per fortuna prima dell'avvento del Covid-19 era andata a perdersi, purtroppo ora invece è tornata molto frequente. Da sempre io

Effetti di Covid-19 sulla pelle: le manifestazioni che possono svelare l'infezione

Non se ne parla molto perché ci sono manifestazioni ben più acute e gravi ma anche quelle di Covid-19 sulla pelle non sono così rare come si pensa. Sono perlopiù effetti cutanei legati all'infiammazione dei piccoli e grandi vasi, come spesso accade anche con altri virus. Si manifestano sulla pelle con vasculiti, se nei capillari danno natura ai geloni che si sono evidenziate molto più spesso nei bambini, tanto da diventare effetto "precoce" da attenzionare proprio perché sintomo d'infezione da Covid. Altra manifestazione, anche sugli adulti, è quella di un eritema diffuso multiforme. Se una persona nota qualcosa di simile a quanto sopra descritto nella propria pelle, potrebbe anche essere asintomatica o già guarita da Covid ma sarebbe meglio chiedere il parere del medico che ne verifichi la natura e in caso indichi la soluzione.

sconsiglio l'uso di qualsiasi disinfettante che viene usato per il lavaggio in lavatrice o a mano assieme al detersivo. Il detersivo e un'adeguata temperatura di lavaggio bastano infatti ad igienizzare gli indumenti, anche quelli dei bambini.
Lo preciso perché ne riscontriamo l'uso maggiore da parte di persone con bambini piccoli o in età scolare, ovvero quei soggetti che però sono più di altri soggetti a reazioni cutanee dovute all'aggressività di tali prodotti. Infatti anche se viene fatto il risciacquo, una parte di prodotto rimane nei tessuti e può causare problemi sulla pelle perché sono prodotti chimici: la maggior parte delle dermatiti nei bambini sono dovute proprio a questo. E' un' iper-protezione che non serve, tuttalpiù si usino prodotti naturali come aceto e bicarbonato, o nulla.

furlancostruzioni®

Il **luogo** condensa in sé più di 700 anni di storia patavina, lambito ad Est dalle trecentesche mura del Soccorso e della Cittadella Vecchia, si affaccia sulla prima forma di difesa urbana “il Piovego” ed è dominato dalla “Torlonga” e dal castello Carrarese a Nord. Il sito, di particolare sensibilità paesaggistica, mostra lacerti dell’antica Accademia Delia, di cui sopravvive, lungo il confine orientale, un relitto delle mura perimetrali e tratti di pavimentazione e fondazione. Esso è cerniera e punto d’incontro tra il vecchio e la città nuova sviluppatasi nei primi del 900 lungo via Riello.

La **memoria** collettiva dei luoghi coinvolge non solo il quartiere, ma l’intera comunità Patavina. La Torlonga è diventata nel tempo uno dei luoghi “simbolo” della città e uno dei più rappresentati.

Il **segno** doveva inserirsi in un contesto delicato e complesso, era necessario essere eleganti senza apparire e senza sminuire quanto presente. Per questo motivo il progetto, affidato all’architetto Vanzetto Mario Alessandro, si caratterizza per forme semplici e razionali, schiacciandosi per quanto possibile su linee orizzontali senza ridurre prospetticamente gli spazi verdi antistanti e le verticalità della Torlonga.
La pietra, il corten, la calce bianca sono i materiali della “continuità” atti a relazionarsi con le antiche mura presenti. Le stesse mura, ripulite da tutte le superfetazioni saranno oggetto di intervento di recupero e restituite alla città.

Tali convinzioni rispecchiano a pieno il concetto di **CasaZero®**, progetto che nasce nel 2011 con la volontà di dare vita a una nuova generazione di abitazioni che permettessero di ridurre drasticamente i costi di riscaldamento e di eliminare il consumo di gas e di qualsiasi altro combustibile fossile od organico, azzerando così le immissioni di anidride carbonica in atmosfera.

La nuova asrchitettura, progettata e realizzata dal Gruppo Furlan Costruzioni di Cadoneghe, leader nella costruzione di abitazioni in Classe A4, si propone alla città come un intervento originale, ecosostenibile e “amico dell’ambiente”, dove tutto viene inoltre gestito da remoto tramite smartphone o tablet, grazie alla domologica.

CasaZero ® rappresenta una nuova generazione di abitazioni dove tutto crea armonia e comfort a chi ci abita.

CASAZERO®
abitare il proprio futuro

049 887 244 6
348 144 144 1
info@furlancostruzioni.it
www.furlancostruzioni.it

© Foto di loseitlady da Pixabay

I BENEFICI DELLA TERAPIA IN ACQUA

POST INTERVENTO CHIRURGICO ONCOLOGICO (E NON SOLO)

di **Chiara Bertocco,** laurea in Fisioterapia, Master in Linfologia Dr. Vodder School International Certificated Therapist, che lavora nei Centri del Gvdr

Perché in acqua?

I nostro legame con l'acqua è molto profondo e ci riporta indietro nel tempo, alle origini della vita sulla Terra ma anche alla nostra vita prenatale.
Il nostro stesso corpo è costituito per due terzi di acqua e indubbiamente essa costituisce per noi un elemento indispensabile. Ognuno di noi si muove in modo diverso e possiede abilità motorie differenti: questo accade anche in Acqua.
Il termine idroterapia deriva dall'unione delle parole greche hydor (acqua) e therapeia (guarigione).
L'acqua ha sempre avuto una forte valenza aggregante nella storia della civiltà umana: basta pensare ad esempio ai fiumi che mettono in comunicazione città e paesi diversi o al mare che, bagnando varie nazioni, ha permesso scambi commerciali e culturali. Non si sa con precisione quando l'acqua fu usata per la prima volta per scopi curativi, ma si sa che Ippocrate (460-375 a.C.) usava i bagni di contrapposizione (acqua calda e fredda) nel trattamento di malattie.
L'impiego delle acque termali per idroterapia, nel bacino del Mediterraneo, era conosciuto fin dai tempi antichi, come evidenziato dai reperti archeologici, dalle te-

stimonianze letterarie e scientifiche, dalle numerose epigrafi.
L'acqua per scopi ricreativi e curativi fu largamente usata ad esempio dai Romani. La riconosciuta efficacia terapeutica delle acque non solo termali ha infatti comportato il loro inserimento nel sistema sanitario nazionale e nei livelli essenziali di Assistenza.
E' solo negli anni 50, in Inghilterra, che l'utilizzo terapeutico dell'acqua esce dal contesto termale; da allora, in tutto il mondo occidentale si sono moltiplicati i centri di riabilitazione che prevedono l'utilizzo di vasche terapeutiche.
La terapia in acqua ha assunto quindi un ruolo fondamentale a fianco delle altre possibilità di trattamento. Il trattamento in acqua rappresenta una forma di terapia coadiuvante non esclusiva, inserita nel capitolo della rieducazione motoria.

Quali sono i benefici della terapia in Acqua?

L'esercizio in acqua comporta diversi effetti terapeutici:

- Effetto antalgico e miorilassante
- Miglioramento della mobilità articolare
- Miglioramento dello stato delle cute e della circolazione
- Effetto drenante
- Miglioramento della deambulazione/utilizzo delle braccia
- Rieducazione muscolare e trofismo
- Simmetria del movimento
- Aumento delle afferenze esterocettive
- Effetti psicologici

Aqua Lymphatic Therapy The Tidhar Method©

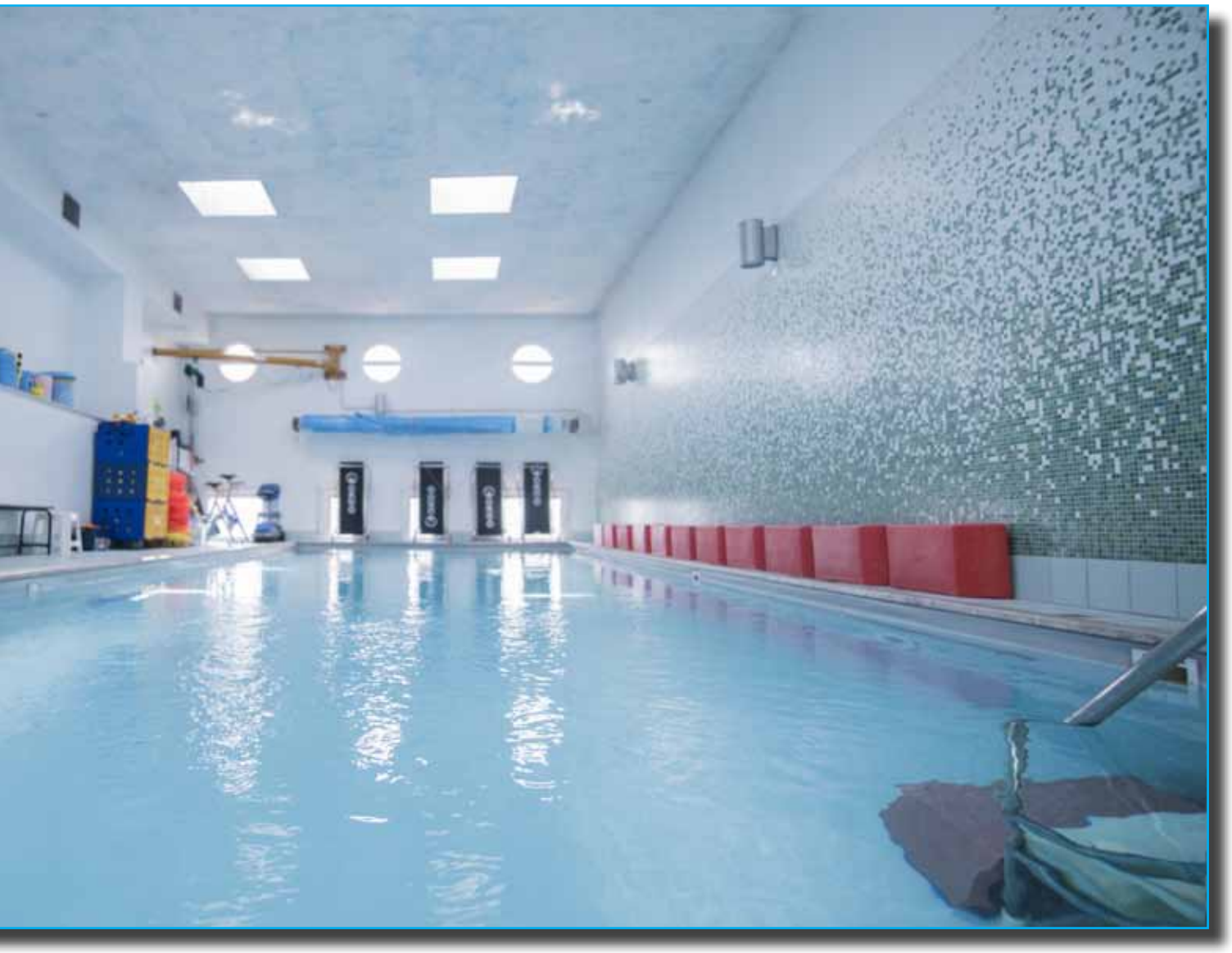
L'Aqua Lymphatic Therapy (ALT) è una metodica innovativa ideata dalla Fisioterapista Israeliana Dorit Tidhar nel 2002 basandosi sui principi degli esercizi riabilitativi proposti per la rieducazione degli arti edematosi e con linfedema. Dorit Tidhar è una fisioterapista nata in Israele che dal 1999 si è avvicinata alle patologie linfatiche, seguendo la formazione secondo la Scuola Casley Smith International fondata dal Dr John and Dr Judith Casley-Smith.
Nel 2002 Dorit presentò il suo programma di esercizi in ambiente acquatico che denominò "Aqua Lymphatic Therapy (ALT). The Tidhar Method©".
Il programma di Aqua Lymphatic Therapy nasce come aiuto rivolto alle persone affette da patologie linfatiche, sia di natura primaria (congenita) sia a seguito di interventi chirurgici post oncologici (come il tumore al seno) per mantenere e aumentare i risultati ottenuti con la tradizionale terapia di decongestione complessa e la fisioterapia senologica e la riabilitazione post oncologica. In letteratura scientifica sono presenti molteplici studi, molti dei quali curati da Dorit stessa che sostengono l'efficacia del metodo. Atttualmente Dorit si divide tra Israele e il Canada (Montreal) dove lavora sia come docente sia come fisioterapista presso la McGill University Health Centre's Lymphedema Clinic. Lei cura i programmi riabilitativi che il team riabilitativo linfologico proporrà ai pazienti affetti.
ALT quindi risulta una metodica innovative nel panorama riabilitativo linfologico poichè mette insieme le proprietà specifiche dell'acqua e le caratteristiche del

drenaggio linfatico manuale. La Terapia consiste nell'esecuzione in ambiente acquatico di esercizi specifici per i problemi e disfunzioni linfatiche (primarie o secondarie come in caso di intervento chirurgico al seno) in abbinamento a tecniche di respirazione e automassaggio. Il metodo aumenta l'efficacia della terapia di decongestione combinando i principi anatomici del sistema linfatico e le caratteristiche fisiche dell'acqua (temperatura, galleggiamento, pressione idrostatica e viscosità).

La temperatura dell'acqua deve esser compresa tra i 29 ed i 33 ° C poiché tali temperature consento di eseguire i movimenti lentamente, in modo sicuro senza causare un aumento dell'edema. La spinta di galleggiamento permette di svolgere gli esercizi e l'automassaggio con il minimo sforzo senza sovraccaricare le articolazioni.

La pressione idrostatica dell'acqua aumenta il flusso linfatico e venoso riducendo l'edema.

Piscina del Centro Gvdr di Mejaniga di Cadoneghe" (Padova)



I pazienti possono sfruttare un nuovo strumento, divertente e sicuro, per mantenere e ottimizzare i risultati ottenuti dopo la terapia intensiva di decongestione; inoltre questo metodo fornisce l'opportunità di un auto trattamento che può migliorare la cura di sé, la socializzazione e l'autostima.

Ai pazienti viene riservato un ruolo estremamente attivo nella terapia: insieme al terapista ALT infatti, viene steso un piano di trattamento individuale, monitorato costantemente con lo scopo di apportare miglioramenti continui nella mobilità articolare e di stimolare e mantenere attivo il drenaggio linfatico e circolatorio del nostro corpo.

Sarà infatti premura del professionista sanitario esser in grado di adattare la terapia ALT a tutte quelle condizioni particolari, specifiche che caratterizzano il paziente come ad esempio il linfedema bilaterale, il linfedema delle zone genitali, obesità, convivenza di pluripatologie, Range articolare limitato, Debolezze muscolari, e fenomeni quali il Cording o Axillary Web Syndrome, la presenza di protesi mammarie fisse, la sensazione di fatigue tipica del paziente post oncologico. In conclusione, possiamo concordare che sebbene la terapia del linfedema abbia in ogni soggetto un risultato differente, che varia a seconda di molteplici fattori individuali e tecnici, i pazienti sono invitati a praticare in modo costante un'attività fisico-motoria che diventa uno stimolo sia per il corpo in generale ma di fondamentale importanza se di fronte a condizioni patologiche croniche di linfedema primario, secondario o associato o come riabilitazione post oncologica.

Conoscere quali attività sono consideraste sicure per un paziente affetto, evita peggioramenti della condizione e soprattutto non si rischia di incorrere in complicanze.

Affidarsi a personale sanitario e sportivo esperto, che conosce la patologia è sicuramente il primo step per poter scegliere in sicurezza come imparare a gestire correttamente la patologia, ma soprattutto per inserirla nella routine di tutti i giorni e nella vita "normale" che ogni persona merita.

L'offerta del Gruppo Veneto Diagnostica Riabilitazione

La struttura Gvdr di Cadoneghe è dotata di due piscine. Si eseguono sedute di **Aqua Lymphatic Therapy – The Tidhar Method**©, rieducazione motoria in acqua per lombalgia; corsi per mamma e bebè; corsi pre e post parto; esercizio terapeutico per calo ponderale; corsi riabilitativi per patologie agli arti; rieducazione motoria per pazienti con Parkinson; rieducazione neurologica e rieducazione post intervento arti e rachide.

COVID, IN VENETO MAXI PROGETTO PER LA RIABILITAZIONE DOPO LA FASE ACUTA

Il Covid sta creando notevoli problemi di gestione della malattia non soltanto nella fase acuta, ma anche in quella che segue, tanto che già, nella letteratura scientifica, viene riscontrato che l'80% di tutti i pazienti positivizzati, di qualsiasi gravità, presenta, nel medio e lungo termine, almeno uno tra 55 diversi sintomi, segni e parametri clinici alterati che impattano sulla vita quotidiana.
Si tratta, principalmente, di affaticamento (58%), cefalea (44%), disordini dell'attenzione (27%), dispnea da sforzo (24%). Il quadro è inoltre complicato da sintomi neuropsichiatrici/neuropsicologici che impattano sull'integrazione sociale, sul reinserimento lavorativo, sulla partecipazione a una vita attiva.
Si tratta, nel solo Veneto, di centinaia di migliaia di persone, alle quali la Regione assegna una particolare attenzione.
Per questo, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla Sanità Manuela Lanzarin di concerto con l'Assessore al Turismo Federico Caner, ha ap-

provato un modello organizzato per la presa in carico di questi malati post acuti, istituendo una specifica "**Piattaforma per la presa in carico riabilitativa e per l'erogazione di interventi di Teleriabilitazione**" e un Centro Regionale per le Tecnologie della Teleriabilitazione e il Termalismo (CERTTT), che sarà collocato presso l'Azienda Ospedaliera di Padova.

In un prima fase, il modello sarà sperimentato nel contesto territoriale dell'Azienda Ospedaliera e dell'Ulss 6 Euganea, per poi essere esteso a tutto il Veneto.

«Non lasciare mai sole le persone una volta uscite dall'ospedale – dice il Presidente Luca Zaia – è da sempre una delle priorità della sanità veneta. A maggior ragione lo è oggi, alla luce dell'evidenza scientifica che ci dice come i malati di Covid vadano incontro a sofferenze anche dopo essersi negativizzati. Ecco, quindi, una pianificazione a 360 gradi, con la quale vogliamo che la sanità sia vicinissima al cittadino anche quando si troverà a casa sua e avrà comunque bisogno di assistenza e riabilitazione. Una sanità che voglia dirsi d'eccellenza come quella veneta deve saper fare anche questo».

«Si tratta di una nuova organizzazione imponente – aggiunge l'Assessore Lanzarin – caratterizzata da una spiccata multidisciplinarietà e dal massimo utilizzo delle nuove tecnologie, dalla quale ci aspettiamo risultati importanti. La modalità di presa in carico riabilitativa in ambito extraospedaliero, permette infatti di attivare la continuità assistenziale anche in situazioni geografiche sfavorevoli, in un innovativo modello organizzativo che sviluppa pertanto il modello di presa in carico del paziente secondo il concetto di prossimità. La possibilità di erogare una terapia riabilitativa nel luogo idoneo più vicino possibile al paziente - evidenzia l'Assessore - richiede disponibilità di tecnologie che permettano, in relazione al caso trattato, la videoconferenza, la raccolta, trasmissione e registrazione di dati integrati, il telemonitoraggio, fino ad arrivare alla realtà virtuale, alla robotica controllata a distanza e sistemi per la terapia occupazionale».

Verranno quindi organizzati e gestiti percorsi di riabilitazione prevalentemente extraospedaliera, utilizzando le più moderne tecnologie, e sfruttando anche la funzione del termalismo come branca della fisoterapia.

Nell'ambito della Telemedicina, con la Teleriabilitazione è possibile erogare prestazioni riabilitative, con differenti intensità e complessità, in ambienti facilmente accessibili al paziente ed ai professionisti sanitari. Per quanto riguarda i professionisti sanitari, in particolare, attraverso tale strumento, è possibile sviluppare gli aspetti multidisciplinari delle prestazioni ed è possibile una migliore adattamento alle differenti necessità del paziente con modelli organizzativi sanitari efficaci dal punto di vista clinico. Tra gli ambiti specialistici in cui la Teleriabilitazione trova oggi applicazione vi sono la riabilitazione neuromotoria, la riabilitazione respiratoria, la riabilitazione cognitiva, la terapia occupazionale e vocazionale, la psicologia, il nursing infermieristico e l'integrazione sociale.

Per questo è nato il CERTTT, che avrà il compito di promuovere l'innovazione tecnologica in riabilitazione mediante l'utilizzo della telerariabilitazione e di tutte le nuove tecnologie connesse al suo sviluppo e funzionamento al fine di favorire l'accesso alla riabilitazione con maggiore efficacia ed efficienza e, tra l'altro, di:

- implementare e uniformare le tecnologie e i processi regionali di presa in carico riabilitativa dei pazienti affetti da patologie correlate al COVID-19;
- istituire una piattaforma telematica di Teleriabilitazione, con il supporto di Azienda Zero, conforme al regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR, General Data Protection Regulation), regolamentato dall' Unione Europea, che

integri e si interfacci alla rete di servizi a disposizione del cittadino e della sanità regionale per la presa in carico multidisciplinare dei pazienti;
- istituire percorsi extra-ospedalieri in strutture termali idonee ad erogare in fase post-critica un approccio alla riabilitazione di tipo multiorgano per la presa in carico riabilitativa personalizzata, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e riabilitative;
- promuovere la qualificazione sanitaria degli stabilimenti termali, i benefici delle cure termali e riabilitativi e l'integrazione degli stessi con le altre strutture sanitarie del territorio.
- elaborare le proposte di pacchetti di prestazioni riabilitative che saranno approvati con decreto del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale;
- promuovere, in collaborazione con la Fondazione Scuola di Sanità pubblica, la formazione di tutti i soggetti interessati, ivi compresi i pazienti.

«I benefici delle acque termali possono rappresentare un valido alleato nella fase riabilitativa - commenta l'assessore regionale al turismo Federico Caner – di qui anche la scelta di incentivare il loro utilizzo nella cura delle persone post Covid. Viene così dato un valido aiuto al benessere, che rappresenta anche una spinta al comparto turistico termale, tra i più colpiti dalla crisi».

La telemedicina del GVDR

Il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione ha attivato, fin dall'aprile 2020, in tutte le sue strutture un progetto per la **TeleMedicina** che coinvolge varie specialità e vede la collaborazione di numerose figure professionali del Gvdr.
Un servizio altamente tecnologico, dotato di tutti i protocolli di sicurezza, per andare incontro alle necessità e alle esigenze degli Utenti e degli altri Stakeholders.
Il Gvdr si è dotato di un programma specializzato in TeleMedicina di livello internazionale oltre a potenziare il suo sistema di connettività tra le strutture e verso l'esterno.
Il progetto si è realizzato in primis nelle strutture del Centro Fisioterapico Padovano di Cadoneghe e del Centro Medico Fisioguizza di Padova, e poi adottato dagli altri centri del Gvdr: Poliambulatorio Marca Trevigiana di Conegliano (Treviso) e Poliambulatorio San Benedetto di Scorzè (Venezia).
Il progetto vede coinvolti: **Medici, Fisioterapisti, Neuropsicologi, Logopedisti, Laureati in Scienze Motorie, Responsabile It, Responsabile Protezione dei Dati e Responsabile Comunicazione.**
Già durante il periodo di lockdown del marzo-maggio 2020 sono state svolte **oltre 200 sedute di Riabilitazione Logopedica in Telemedicina**.
Le attività di Telemedicina sono continuate con numerose di sedute di **Teleriabilitazione Logopedica, di Teleriabilitazione di mantenimento per i pazienti che avevano superato la parte "acuta" e di Televisita fisiatrica**.
Da ottobre 2020 ad aprile 2021 nel Centro Medico Fisioguizza e nel Centro Fisioterapico Padovano di Cadoneghe le sedute di Logopedia Adulti in Telemedicina sono state 199 su un totale di 366.
Per gli Utenti minori le sedute di Riabilitazione Logopedica sono state circa una decina.
Gli Utenti e i nostri professionisti hanno osservato che il servizio di Telemedicina promosso dal Gvdr è qualitativamente eccellente. Le sedute di Teleriabilitazione Logopedica continuano ad essere richieste anche perché permettono all'utente di seguire le sedute rimanendo comodamente a casa ed evitando spostamenti che coinvolgerebbero anche familiari e caregiver. Il servizio di Telemedicina del Gvdr risponde ad esigenze che non sempre sono collegate all'attuale emergenza sanitaria Covid19.
L'intento della Direzione del Gvdr per il futuro è quello di investire sempre di più sulla Telemedicina considerandola un'indispensabile forma di integrazione socio-sanitaria che si affianca a quella "tradizionale" e permette di poter raggiungere potenzialmente qualsiasi utente.

COVID, DURANTE LA PANDEMIA 30% IN MENO DI SCREENING

Secondo una analisi di Agenas, nel 2020 si è registrata una diminuzione dei volumi delle visite. Nel webinar promosso da Motore Sanità e Favo, la situazione nelle principali regioni italiane

Secondo una recente analisi delle attività svolta da AGENAS in tempo di pandemia, emerge nel 2020 la diminuzione di circa il 30% dei volumi dei tre screening (cervicale pari a -32,20%, mammografico, -30,32% e colon rettale, pari a -34,70%) e una diminuzione dei volumi di attività degli interventi chirurgici per tumore che varia dal 20% al 24% al 30%: per tumore alla mammella -22,05%, per tumore alla prostata -24,02%, per tumore al colon -32,64%, per tumore al retto -13,86%, per tumore al polmone -18,25%, per tumore all'utero -13,84%, per melanoma -21,47%, per tumore alla tiroide – 31,23%.

Dall'indagine IQVIA durante il 2020 il Covid 19 ha avuto un impatto significativo sul numero di nuove diagnosi e trattamenti, oltre che sulle richieste di visite specialistiche ed esami: -613.000 nuove diagnosi (-13%), -35.000 nuovi trattamenti (-10%), -2.230.000 invii allo specialista (-31%), -2.860.000 richieste di esami (-23%).

Questo si è riflettuto soprattutto in ambito ospedaliero ad una drastica riduzione nel consumo di farmaci. Inoltre emerge che a tutt'oggi gli oncologi visitano molti meno pazienti che nel periodo antecedente la pandemia: 30% in meno da aprile 2020 a febbraio 2021, che significa che in media vengono visitati circa 25-30 pazienti in meno la settimana.

La drammatica situazione emergenziale ha messo a dura prova il Sistema sanitario nazionale ma ha anche permesso di mettere in luce punti di forza e di debolezza sui quali è necessario intervenire per dare un nuovo volto all'oncologia italiana. Tutto questo è stato affrontato nel corso del webinar organizzato da Motore Sanità in collaborazione con FAVO - Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia, dal titolo **"Cancro e Covid - L'emergenza nell'emergenza. L'oncologia nell'era intra e post pandemica".**

«Serve un piano di investimenti sulla sanità pubblica molto rilevante – ha spiegato **Stefano Bonaccini,** Presidente della Regione Emilia-Romagna - che tenga conto di questi aspetti: strutture anche ospedaliere che siano sempre più moderne, digitalizzate e al servizio delle necessità e delle richieste delle persone, una medicina sempre più di territorio, perché più strutture nel territorio si hanno, più è facile convincere le persone ad andare a fare test o diagnosi. Credo che il Governo debba investire molto su questo.

E poi c'è l'assistenza domiciliare: da un lato che c'è bisogno di sistemi sanitari pubblici all'altezza e dall'altro c'è necessità di avere un rapporto anche

con la domiciliarità che diventi in percentuale quello che già alcuni Paesi occidentali hanno, il 9-10% di cittadini complessivi. Oggi in Italia è solo il 4%. Le prospettive sono di salire al 6% ma sarebbe ancora troppo poco».

«Sono convinta che i finanziamenti debbano essere strutturali e non una tantum per l'emergenza - ha sottolineato **Manuela Lanzarin**, Assessore alla Sanità e al Sociale della Regione del Veneto – perché altrimenti è difficile creare dei percorsi effettivi e risolutivi rispetto alle richieste dei pazienti. Quindi le grandi sfide sono un rafforzamento dei sistemi e un lavoro di rete sempre più efficace tra i diversi luoghi di cura proprio nell'ottica di dare risposte ai cittadini, di avere una maggiore qualità della presa in carico degli assistiti e di una maggiore appropriatezza che vuol dire una cura più mirata. Ci sarà ancora molto su cui lavorare».

Nuova dimensione territoriale per una nuova vicinanza al paziente oncologico è un'altra sfida, ma non bisogna dimenticare che mancano le risorse umane e che bisogna ripensare il tema dell'equità nel riparto delle risorse. Questo è il commento di **Pier Luigi Lopalco**, Assessore alla Sanità e benessere animale - Regione Puglia. «Non possiamo fare solo affidamento sulle risorse, che speriamo che arriveranno, ma bisogna rendere efficiente il sistema investendo in innovazione e potenziando le risorse umane perché mancano i medici. Per la medicina territoriale investire in innovazione significa migliorarne l'efficienza garantendo al paziente una "medicina a km 0". Però dobbiamo anche ripensare il tema dell'equità: nel riparto delle risorse il Sud è penalizzato, la mobilità passiva è un cane che si mangia la coda, che impoverisce le sanità meridionale: sarà necessario ristabilire l'equità delle risorse».

«A causa della pandemia il Piemonte ha perso il 19% di ricoveri ordinari di pazienti oncologici e ha visto una riduzione di attività di ricoveri chirurgici oncologi del 15% – ha spiegato **Alessandro Stecco**, Presidente Commissione Sanità Regione Piemonte -. Ma altre attività sono andate avanti come i trapianti di cellule staminali e la somministrazione della terapia Car-T. Ci sono stati anche dei rilanci: siamo state tra le prime regioni italiane a fare la delibera per sbloccare la telemedicina a livello regionale. A febbraio 2021 abbiamo normato il Molecular Tumor Board regionale che sta per essere avviato e prossimamente saranno identificati i centri di riferimento e i centri prescrittori. Stiamo riprogettando la sanità territoriale per costruire insieme alla Rete oncologica la cosiddetta oncologia di prossimità. Infine, grazie alla riforma dei medici di medicina generale metteremo in rete la medicina di famiglia e le Case della salute con le 40 oncologie del Piemonte che fanno parte dell'ossatura della Rete oncologica regionale. Proprio sul concetto di rete porteremo avanti le nostre nuove sfide in campo oncologico».

«Per il rilancio dell'attività oncologica credo che prima di un Piano oncologico nazionale e di un Piano della prevenzione nazionale ci deve essere un Piano sanitario nazionale – ha spiegato **Domenico Mantoan**, Direttore Generale Agenas - che vada a definire finalmente qual è il modello della medicina del territorio, qual è il modello organizzativo dell'integrazione ospedale-territorio da cui poi ne derivano anche i modelli organizzativi e i fabbisogni sanitari e di personale. La grande occasione per fare questo, e che non possiamo sprecare, è il Recovery fund, ma per evitare che questi soldi siano diffusi in mille rivoli, credo che ci sia la necessità di andare a definire, insieme ad un Piano oncologico nazionale, un livello di HTA nazionale che vada a precisare meglio quali sono le tecnologie che il nostro Paese deve avere sia in termini di chirurgia oncologica sia in termini di radioterapia, e dare le possibilità a tutte le regioni di avere lo stesso livello di tecnologia. Ricordo che l'UE sta costruendo le reti degli ospedali di accreditamento, la nostra oncologia in questa rete di centri di alta eccellenza accreditati ci deve essere, altrimenti saremo una sanità di serie B».

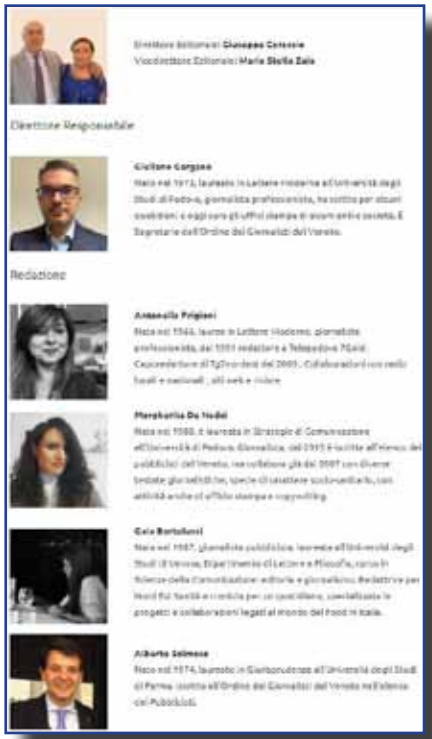
NUOVO SITO INTERNET PER NES ON-LINE

Dopo quasi 10 anni, cambia veste grafica la nostra pagina web. Spazio a sanità, sociale, attualità, con un focus sul Covid-19. Restano on-line le 65 riviste pubblicate e le 7.700 notizie in archivio

Ci siamo rifatti il trucco! Dopo un decennio di onorata carriera, va in pensione il sito di NES Nord Est Sanità, sostituito da una versione più al passo con i tempi.

Il progetto grafico e la realizzazione è stato affidato a Studiosign di Roma, che ha proposto una piattaforma leggera e ariosa, al passo con le normative e le esigenze di sicurezza.

I contenuti restano i medesimi: ogni giorni ci saranno notizie sul mondo della sanità, del sociale, dell'attualità. Sono state create delle sottocategorie specifiche per alcuni temi: per forza di cose una è dedicata alle notizie sulla pandemia di coronavirus. Ma ci sono anche sezioni dedicate alle informazioni sulle ULSS e sull'attività delle strutture private accreditate. Poi appunto spazio alle notizie legate al sociale e all'attualità. Il nuovo sito, sempre raggiungibile all'indirizzo www.nordestsanita.it, riparte con le notizie dal 1° gennaio 2021. Ma abbiamo pensato di non disperdere il patrimonio di articoli, informazioni e lavoro compiuto fino ad ora: nella barra dei menù c'è un collegamento all'archivio, cioè alla precedente versione del sito. Lì possono essere trovati gli oltre 7.700 articoli pubblicati dal gennaio 2012 in avanti.



Sono stati ripubblicati tutti i numeri cartacei di NES Nord Est Sanità: un modo per ricordare - tutti assieme - che quello che state sfogliando è il 65esimo numero della rivista.

Infine, ampio spazio del sito è dedicato ai link: quelli legati al mondo di NES e di Nordestnet (proprietaria della rivista) e quelli più istituzionali, dal Ministero della Salute a tutte le Aziende Sanitarie del Veneto.

Restano confermati gli indirizzi social:

Facebook: www.facebook.com/nordestsanita

Twitter: www.twitter.com/nordestsanita

Fateci sapere cosa ne pensate della nuova versione: intanto, buona "navigazione"!

Euro Hygiene

Igiene Professionale

PRODOTTI HACCP IDONEI

EU Ecolabel www.ecolabel.eu

Presidio Medico Chirurgico Autorizzato dal Ministero della Salute

0444 639347 - info@eurohygiene.it - www.eurohygiene.it

LISTE D'ATTESA, IL GOVERNO CHIEDE AIUTO ALLE STRUTTURE ACCREDITATE

Sono molte le misure che riguardano la Sanità - con una particolare attenzione a quella privata accreditata - contenute nel cosiddetto decreto legge Sostegni Bis, che è in discussione proprio nei giorni in cui chiude in redazione questo giornale.
Tra i punti contenuti nella bozza, cè il il potenziamento dei laboratori di analisi, lo snellimento delle liste d'attesa, il monitoraggio dei pazienti post Covid.
Cominciamo proprio da quest'ultimo.
Al fine di garantire la presa in carico omogenea su tutto il territorio nazionale delle persone che hanno avuto un quadro clinico COVID-19 correlato, mediante un programma di monitoraggio dedicato tale da assicurare un'attività clinico-diagnostica assistenziale modulata in base alla severità della sintomatologia presentata, anche mediante la diagnosi precoce delle possibili sequele della malattia, il Sistema sanitario nazionale garantisce le prestazioni di specialistica ambulatoriale, comprese nei Livelli essenziali di assistenza, senza compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, per un periodo di anni due, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.

© Giuliano Gargano

Per l'applicazione di quanto previsto dal presente articolo è autorizzata per l'anno 2021 la spesa di euro 24.112.981, di euro 20.121.067 per l'anno 2022 e di

ANISAP
Veneto • Trentino Alto Adige

euro 5.534.965 per l'anno 2023, per complessivi euro 49.769.013. A tal fine è conseguentemente incrementato, per gli anni 2021, 2022 e 2023 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per un importo corrispondente.
Il fine della proposta normativa è quello di garantire una presa in carico omogenea su tutto il territorio nazionale, mediante un programma di monitoraggio dedicato, delle persone che hanno avuto un quadro clinico severo Covid 19 correlato e che potrebbero nel tempo mostrare effetti cronici della malattia. Le ultime evidenze scientifiche dimostrano, infatti, possibili conseguenze cardiache e polmonari nei pazienti con pregressa polmonite interstiziale da Covid 19, anche se, allo stato attuale, queste possibili complicanze a lungo termine non sono confortate da adeguati studi prospettici.
Ma proprio per questo diventa fondamentale in questi pazienti avviare una presa in carico che consenta di identificare precocemente l'eventuale possibile sviluppo di fibrosi polmonare o cardiopatie. Nella prima fase sperimentale, è previsto l'arruolamento dei pazienti che hanno avuto la necessità di un ricovero ospedaliero per un quadro severo di Covid 19 (polmonite interstiziale da SARS-CoV-2, con relativa insufficienza cardio-respiratoria con o senza necessità di terapia intensiva/subintensiva, insufficienza renale acuta ecc). Questi soggetti, spesso anziani e polipatologici, presentano un maggior rischio di eventuali sequele e complicanze legate alla pregressa malattia da Covid 19. La durata del percorso di monitoraggio è di 2 anni.
Nei 5 commi da inserire nel Dl Sostegni bis è delineato un elenco delle prestazioni sanitarie per verificare le funzioni respiratori, cardiache e renali che saranno messe gratuitamente a disposizione dalle Regioni:

- esami del sangue e delle urine
- elettrocardiogramma,
- spirometria,
- ecodoppler,
- tac toracica,
- test del cammino,
- varie visite specialistiche.

Oltre a una particolare attenzione sugli individui più anziani, per i soggetti che hanno subito il ricovero in terapia intensiva e sub-intensiva saranno effettuate anche visite di tipo psicologico. Un monitoraggio sugli effetti a lungo termine del Covid-19 è stato già iniziato dai medici del reparto di malattie infettive dell'ospedale Sacco di Milano, coinvolgendo circa 1.100 pazienti dopo il ricovero.

Liste d'attesa

E' il capitolo che riguarda e riconosce più da vicino il ruolo delle strutture private accreditate.
Al fine di abbattere le liste di attesa e "tenuto conto del protrarsi dello stato di emergenza" le Regioni potranno acquistare delle prestazioni sanitarie da strutture private accreditate per recuperare le prestazioni non erogate nel 2020 di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, nei limiti di 100 milioni di euro.
A tal fine le regioni e le province autonome devono rimodulare il piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n.126, prevedendo, ove ritenuto, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse. Le strutture private accreditate interessate dal periodo precedente, anche ai sensi dell'articolo 4, commi 4, 5 e 5-bis del decreto-legge n. 34/2020, rendicontano entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato.

L'ORDINE DEI MEDICI DI PADOVA SCRIVE ALLA REGIONE VENETO: PREOCCUPAZIONE PER LE PRESTAZIONI NON EFFETTUATE DURANTE LA PANDEMIA

Il Presidente dell'Ordine dei Medici della provincia di Padova, unitamente al Coordinatore della Commissione Ordinistica Ospedale-Territorio, hanno ritenuto necessario richiamare l'attenzione della Regione sul grave problema delle prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali che non si sono potute effettuare non solo nel 2020, ma anche nel 2021.
Su questa iniziativa l'Ordine dei Medici di Padova ha ritenuto di coinvolgere anche i Presidenti degli altri Ordini del Veneto in quanto questo grave problema riguarda, purtroppo, i cittadini dell'intera Regione.
Nella missiva inviata in Regione, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Padova esprime una grande preoccupazione per l'elevato numero di prestazioni specialistiche mediche, in regime sia ambulatoriale che di ricovero, non effettuate nelle Aziende Sanitarie del Veneto e nello specifico in quelle della provincia di Padova, dal marzo 2020 ad oggi, in conseguenza della fase acuta della pandemia da Covid 19.

Ritiene che il numero di prestazioni non fatte in regime di ricovero sia già molto alto, come risulta dai dati ufficiali. Una attenta valutazione ci fa presumere che il numero di quelle ambulatoriali sia di gran lunga più elevato da quello che emerge dalle liste di attesa ufficiali.
Si ricorda a tal proposito che nella primavera del 2020 in conseguenza della pandemia le prestazioni non urgenti sono state rinviate ai rispettivi medici prescrittori con l'invito a confermarle o meno e a indicare eventualmente una nuova priorità. Contestualmente per lunghi periodi dal marzo 2020 ad oggi le liste di attesa per moltissime prestazioni sono state bloccate.
Tutto ciò ha impedito molto spesso alla popolazione di prenotarsi o addirittura ha convinto i pazienti a rinunciare, in conseguenza anche della paura di contagio dal virus.
Si presume che questo bisogno sanitario, in gran parte nascosto perché non tracciato, riaffiorerà prepotentemente nei prossimi mesi.
Ecco perché l'Ordine richiama le possibili conseguenze: dall'intasamento del meccanismo delle "priorità" e di conseguenza la difficoltà di assolvere ai suoi compiti all'irritazione crescente dei pazienti per le difficoltà prenotative che incontreranno e per i tempi di attesa. Ci sono poi i presumibili rischi di aggravamento di alcune patologie per i ritardi negli screening, nelle diagnosi precoci, nei trattamenti terapeutici, nei controlli dei follow up.
Tutto ciò preoccupa notevolmente l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Padova.
Il rischio reale che paventiamo è che le prime "vittime" di tali conseguenze possano essere i Pazienti e i Medici. La lettera - indirizzata a tutto il mondo sanitario della Regione, a partire dell'assessore Manuela Lanzarin fino al Direttore dell'Area Sanità e Sociale Luciano Flor, contiene alcune precise richieste: le dimensioni attendibili delle prestazioni non fatte, sia in regime di ricovero che ambulatoriali (compreso il sommerso non tracciabile); i programmi e le modalità organizzative che si intendono attuare.

Il Garante della Concorrenza: più privato nella sanità

© Giuliano Gargano

Nello scorso mese di marzo, il presidente dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, Roberto Rustichelli, ha inviato al Presidente del Consiglio dei Ministri la segnalazione contenente le proprie proposte ai fini del disegno di legge per la concorrenza. L'AGCM ha accolto prontamente e con senso di responsabilità l'invito arrivato dal Presidente del Consiglio, professor Mario Draghi, durante il discorso per la fiducia al Governo pronunciato nell'Aula del Senato della Repubblica lo scorso 17 febbraio cui è seguita richiesta formale in data 8 marzo.
Pubblichiamo un estratto della relazione, che riguarda il Servizio Sanitario Nazionale e la necessità di aprirlo alla concorrenza (ma sarebbe meglio dire collaborazione) con il mondo privato accreditato, che noi consideriamo la seconda gamba su cui deve camminare la Sanità. «Per garantire una più efficiente allocazione delle risorse pubbliche e una maggiore libertà di scelta degli assistiti in termini di luogo di cura e di medico, **si ribadisce la necessità di un intervento che aumenti le condizioni di concorrenza nell'accesso delle strutture private all'erogazione delle prestazioni sanitarie**. Nel settore sanitario, l'apertura alla concorrenza deve, infatti, essere perseguita come strumento che, incentivando la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante, consente l' allocazione efficiente delle risorse, sia sotto il profilo dell'efficacia delle prestazioni sanitarie che sotto quello del rispetto del vincolo di spesa. Purtroppo in l'Italia la riforma in senso concorrenziale del sistema sanitario sconta gravi ritardi dovuti all'eterogeneità dei meccanismi di implementazione del sistema da parte delle regioni.
Nell'ottica di eliminare gli ostacoli che limitano la libertà di iniziativa economica delle strutture sanitarie private si segnala la necessità di modificare l'art. 8-ter, comma 3, del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502' **prevedendo che l'accesso dei privati all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari**. Sempre in tale ottica andrebbero modificati anche gli artt. 8-quater e ss. del d.lgs. n. 502/1992, al fine di riformare il sistema di accreditamento al SSN delle strutture private eliminando il regime di accreditamento provvisorio (comma 7, secondo cui "l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati"), attraverso la previsione di una norma generale che disponga l'**obbligo di accreditamento definitivo da parte delle Regioni** per le nuove strutture sanitarie o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti. L'Autorità auspica, in secondo luogo, che il sistema di convenzionamento delle imprese private operi su base selettiva, non discriminatoria, periodica e trasparente.
A garanzia di un accesso equo e non discriminatorio degli operatori privati al circuito del SSN, dovrebbe essere inserita nell'art. 8-quinquies del d.lgs. n. 502/1992 una norma che preveda selezioni periodiche regionali, adeguatamente pubblicizzate, che facciano seguito a verifiche sistematiche degli operatori già convenzionati ed alla conseguente eventuale razionalizzazione della rete in convenzionamento. Al fine di favorire la scelta del luogo di cura da parte degli utenti, si rende altresì necessario **incrementare l'informazione disponibile sulle performance delle strutture pubbliche e private, in termini di efficienza gestionale e di qualità del servizio, procedendo a rendere ampiamente disponibili i bilanci delle ASL e delle strutture private e i dati sugli aspetti qualitativi del servizio** (es. lunghezza delle liste di attesa per le prestazioni presso le diverse strutture pubbliche dello stesso territorio), nonché sugli aspetti relativi all'attività medica svolta. Tali informazioni potrebbero orientare la domanda verso le strutture più efficienti, creando di fatto una concorrenza fra strutture pubbliche ovvero fra strutture pubbliche e private convenzionate».

LE CURE NON BASTANO. LE PERSONE VOGLIONO SENTIRSI ACCOLTE

di **Giampiero Vecchiato,** Professore a contratto
di Relazioni Pubbliche presso l'Università degli Studi di Padova

Ciò che viene chiamata "umanizzazione delle cure" altro non è che l'attenzione a 360° del paziente preso in carico, senza sottovalutare alcun aspetto e soprattutto quelli psicologici e relazionali. Significa, nella quotidianità, non isolare la pratica clinica da un trattamento complessivo della persona e un ascolto concreto dei suoi bisogni e delle sue necessità. Il Ministero della Salute pone, in particolare, l'attenzione su alcune categorie ritenute più fragili, rispetto alle quali è imprescindibile un approccio integrato: anziani, bambini, famiglie in situazioni di disagio.

Questi casi debbono, dunque, essere trattati con percorsi personalizzati che non si limitano alla semplice cura della malattia, ma includano anche la cura del malato. Questo obiettivo assume un'importanza ancora più fondamentale nelle attività di emergenza e urgenza, quando la sofferenza fisica per un grave problema di salute, paura e angoscia per le proprie condizioni o di una persona cara, ansia in attesa della visita e dell'esito finale, prendono il sopravvento. Stati d'animo che si provano quando si va al Pronto Soccorso o si accompagna un familiare o un amico in condizioni di emergenza o pericolo di vita. Rendere questi luoghi più "umani" è uno degli obiettivi della riforma dell'emergenza e urgenza.

«Umanizzazione delle cure significa preservare il diritto di ogni persona al rispetto della propria dignità in strutture adeguate», afferma Monia Mancini, del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva e che ha fatto parte del gruppo di lavoro ministeriale di lavoro che ha stilato le nuove Linee guida.

«Va prestata attenzione non solo agli aspetti clinici della malattia – prosegue Monia Mancini – ma alla persona nella sua interezza, con i suoi bisogni psicologici, relazionali, la sua umanità. Oltre ad una comunicazione empatica ed efficace da parte degli operatori, le Linee guida raccomandano una serie di accorgimenti, anche strutturali e tecnologici, per garantire alle persone il diritto di essere informate costantemente durante la permanenza in Pronto soccorso».

Da questo punto di vista le Linee guida individuano, da una parte, una serie di strumenti per miglio-

« E' evidente che per umanizzare l'assistenza in Pronto soccorso le cure non bastano: è necessario che le persone si sentano accolte e ascoltate. Va quindi posta molta attenzione al modo di comunicare con pazienti e familiari, alle informazioni, ma è anche importante creare ambienti accoglienti e confortevoli »

rare il comfort (opuscoli, monitor tv, musica in filodiffusione, erogatori di bevande e cibo, ecc.); dall'altra, partendo dall'idea che umanizzare il Pronto soccorso significa soprattutto "offrire sostegno", individuano una serie di accorgimenti per accogliere le persone. In particolare le linee guida raccomandano;

a) la presenza di volontari (formati e autorizzati) con il compito di rispondere tempestivamente ai bisogni di informazione e accudimento di pazienti e famigliari;

b) la presenza di uno psicologo nelle strutture a più elevato livello di complessità;

c) l'individuazione di soluzioni specifiche per l'accoglienza di persone in condizioni di fragilità (pazienti con agitazione psico-motoria, vittime di violenza, bambini, donne in gravidanza, ecc.);

d) di definire modalità efficaci per dare informazioni in tempo reale all'assistito (e ai suoi familiari) che si trova in sala di emergenza. In questo modo è anche possibile contribuire ad allentare la tensione di chi aspetta notizie in sala d'attesa e chiede di continuo informazioni.

E' evidente che per umanizzare l'assistenza in Pronto soccorso le cure non bastano: è necessario che le persone si sentano accolte e ascoltate. Va quindi posta molta attenzione al modo di comunicare con pazienti e familiari, alle informazioni (che devono essere chiare, puntuali e soprattutto costanti), ma è anche importante creare ambienti accoglienti e confortevoli.

LA PARTE PIENA DEL BICCHIERE

Ovvero tutto quello che di positivo ho tratto dalla pandemia

di **Margherita De Nadai**

Per questo numero di Nes avrei voluto cambiare argomento, far finta che il Covid non esistesse più e che non monopolizzasse ancora le nostre vite, i nostri argomenti di discussione, le nostre riflessioni. Purtroppo però, nonostante le numerose riaperture e l'avanzare dei vaccini, la pandemia fa ancora parte della nostra quotidianità. Finora ho sempre scritto sull'argomento in una prospettiva negativa; stavolta ho deciso di farlo secondo una chiave di lettura diversa, di trarne ciò che ho imparato in positivo. Perché credo che nessuno di noi possa negarlo: questo ultimo anno abbonante, che ci è sembrato lungo quanto un decennio, nel bene o nel male, in meglio o in peggio, ci ha cambiati, ci ha plasmati, ha modificato il nostro punto di vista. Non sono una sociologa, non so se questo cambiamento si protrarrà o sia qualcosa, almeno parzialmente, di temporaneo. Certo è che nella vita bisogna cercare sempre di trarre il meglio anche dalle situazioni negative, di trovarne un insegnamento positivo, di cambiare prospettiva: è quello che ho cercato di fare anche in questo caso.

Credo anzi che il coronavirus abbia potenziato in me questo aspetto: mi ha rafforzato la capacità di vedere il bicchiere mezzo pieno, senza concentrarmi troppo sulla parte vuota, immaginandomi che la parte mancante del contenuto del bicchiere io me la sia bevuta e gustata e che sia solo in attesa di essere riempita nuovamente… di un nettare ancora più buono.

Ad esempio ho imparato a vivere più lentamente. Il covid, per quanto mi riguarda, ha aumentato la mia mole di lavoro e senza dubbio anche lo stress, ma ha annullato e cancellato molti degli impegni che avevo: ne ho guadagnato in tranquillità, in sessioni di lettura e in serie tv la cui visione procrastinavo da tempo, in colazioni più lente, in tempo per la cura di me stessa.

Sono riuscita poi a fare pace con la solitudine, la cui paura è qualcosa che mi ha sempre generato frustrazione e affanno. Ho imparato a stare in pace con me stessa anche da sola, a dedicare più spazio all'introspezione. Ho firmato un armistizio anche con l'inquietudine che mi ha sempre messo lo stare in casa: lavorando in smart working da anni, non uscire nel tempo libero mi ha sempre suscitato nervosismo e una certa smania di evasione. Un'ansia che sono riuscita in parte a placare… e che mi ha portata ad apprezzare anche l'ambiente circostante la mia abitazione. Se fino ad un anno fa, infatti, cercavo di uscire il più possibile dal mio comune, ho imparato a conoscerlo meglio e a rivalutare quello che offre: tanto verde, corsi d'acqua, argini, campi e una vista sulle montagne a 180 gradi. Lo stesso è accaduto con la mia regione: spesso cercavo di esplorare altre zone, altri luoghi...

Ora mi sono resa conto che in Veneto alla fine c'è tutto! Le Dolomiti, le colline, il mare (anche se non paragonabile a quello del sud Italia, non è da disdegnare), la pianura, le città d'arte… e questo, per un po', può bastare.

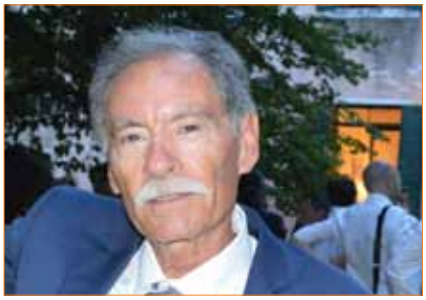
Ho imparato ad apprezzare anche le più piccole cose che un tempo davo per scontate, in primis la libertà di movimento e di socialità. E dal punto di vista umano, ho capito chi in questo periodo mi è man-

© Foto di wuny da Pixabay

cato veramente. Sì, la lontananza fisica dal proprio entourage sociale, mi ha fatto capire chi sono le persone veramente importanti per me. E' brutto dirlo e forse anche pensarlo, ma ci sono persone che non mi sono mancate per niente, altre che mi sono mancate più del solito, rapporti che ne sono usciti rafforzati e altri che si sono indeboliti, addirittura fino a scomparire. La pandemia mi ha insegnato, in generale, a puntare sulla qualità, più che sulla quantità. A stare bene con me stessa. Ad amare quello che ho, senza concentrarmi su quello che mi manca. E a non vedere l'ora di riempire la parte vuota del bicchiere, per fare un bel brindisi alla salute e alla fine di tutto questo.

PARTECIPARE TUTTI ALL'ASSISTENZA SANITARIA

di **Umberto Iazzetta,** già Presidente e Segretario Regionale di Cittadinanzattiva -Tribunale per i Diritti del Malato



I dati sono ancora allarmanti: al momento di inviare il mio articolo al giornale, ci sono - soltanto in Veneto - 468 nuovi casi di contagio e, per questo, non possiamo abbassare la guardia.

Il dato positivo di oggi è che i guariti sono 983. Quello negativo è che ci sono stati ancora 9 decessi.

Purtroppo alcuni (negazionisti ed altri, che non saprei come definire) imperterriti, continuano a circolare senza i necessari dispositivi previsti.

Eppure non è difficile, oramai dovrebbe essere chiaro a tutti: mascherina, guanti e gel salvano la vita. Non si tratta soltanto di Covid 19, questo atteggiamento irresponsabile lo ritroviamo anche nella vita di tutti i giorni: la prevenzione di tutte le altre malattie che pure esistono e sono tante e da cui dobbiamo tutelarci, passa in secondo piano.

Il vecchio detto "quando c'è la salute c'è tutto", pare abbia perso il suo valore.

Già nel 1978 la Dichiarazione di Alma Ata, conferenza internazionale patrocinata da OMS e UNICEF, sanciva il principio secondo cui "le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione dell'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno".

Certo non è richiesta a nessuno la laurea in medicina (a meno che non si voglia svolgere la pratica medica), però la consapevolezza e la partecipazione alla cura (questione trattata da molte associazioni di tutela della salute) tra cui Cittadinanzattiva- Tribunale per i Diritti del Malato, dovrebbe essere esercitata sempre.

Considerato che la nostra classe medica punta proprio al coinvolgimento del paziente nella convinzione che si ottiene prima e meglio la guarigione, il prossimo impegno dovrebbe consistere nel richiedere di utilizzare un linguaggio più semplice possibile al fine di ottenere la partecipazione richiesta. Per meglio intenderci, non siamo tutti medici, ma tutti possiamo fare qualcosa per la salute collettiva.

LE NUOVE EROIDI AUTRICI VARIE

di **Sara Della Monica**

Secondo le fonti statistiche europee, l'impatto della pandemia Covid-19 si è rivelato devastante soprattutto per la categoria femminile. Sono le donne le più colpite dagli effetti del Covid, quelle rimaste senza voce, senza aiuto e senza lavoro e che, più di tutti, hanno avvertito il senso di solitudine e il peso del ruolo sociale ed economico che rivestono nella società odierna.

Per questo Le Nuove Eroidi – che raccoglie i contributi delle scrittrici Ilaria Bernardini, Caterina Bonvicini, Teresa Ciabatti, Antonella Lattanzi, Michela Murgia, Valeria Parrella, Veronica Raimo e Chiara Valerio – riscrittura moderna delle Heroides di Ovidio, rappresenta quasi un urlo liberatorio ai tempi del Covid e tocca tutti i drammi possibili vissuti dal mondo femminile passato e moderno.

Poco più di due mila anni fa, il poeta latino scrisse una raccolta epistolare di lettere poetiche intitolata Heroides: le eroine della mitologia greca e latina si rivolgevano ai loro compagni, mariti e amanti per dare sfogo alla propria voce, dopo che per secoli erano state le figure maschili a dominare la scena. Un'opera già moderna, quella ovidiana, pronta a rendere protagoniste le donne, le amanti, le madri, i loro dolori, il loro sogno di amori perduti.

Oggi, nel testo Le Nuove Eroidi, otto tra le più importanti scrittrici italiane nate negli anni '70 reinterpretano il classico di Ovidio e lo contestualizzano nel mondo contemporaneo. Così Antonella Lattanzi ci rende partecipi del processo in cui è coinvolta Fedra, Valeria Parrella dona voce a una Didone moderna, forte e consapevole della codardia di Enea, Ilaria Bernardini ci fa assistere alla tragedia di Ero e Leandro in fuga dal loro paese su un barcone. Veronica Raimo ci introduce in una chat erotica tra Laodamia e Protesilao, Caterina Bonvicini prende le veci di una Penelope che si è imbarcata per mare e salva rifugiati mentre Ulisse la aspetta ad Itaca. La Fedra della Lattanzi si trova in tribunale, pronta a testimoniare dell'omicidio del figliastro Ippolito, di cui si è innamorata e che lei stessa ha falsamente accusato di violenza. Quando entra in aula, Fedra viene seguita dagli sguardi di chi assiste al processo, un pubblico di curiosi, pronti a postare le sue foto su Instagram e a condannarla ancor prima del suo interrogatorio.

«La gente sa tutto, ha visto tutto, anche quello che non sappiamo noi, anche quello che non abbiamo visto noi».

Ne verrà fuori l'immagine di un'amante, moglie e madre che confessa ogni cosa ai figli e acquisisce consapevolezza: i suoi figli, proprio perché sono e saranno sempre i suoi figli, la ameranno per sempre pur sapendola colpevole. Nelle pagine successive, sbarchiamo a Cartagine dove la Didone di Valeria Parrella assume una veste completamente nuova, pur sempre introdotta dai versi in latino di Virgilio. La regina di Cartagine non è più una donna abbandonata e ferita. È Didone che lascia Enea e la sua ragion di stato.

«Tu non riesci a decidere: lo faccio io […]
Qui d'intorno è pieno di amiche che si sentono abbandonate – perchè lui è tornato dalla moglie; perché i miei figli cominciavano ad andare male a scuola […]

beate loro che hanno tempo da perdere. Io no, devo pensare al regno».

Consapevole di perdere un uomo che non ha avuto davvero, anche per la sua posizione, Didone con le sue parole lascia spazio a un tema più attuale che mai: la parità di genere, argomento mal tollerato anche dagli stessi uomini.

«A star qui saresti stato meno re, poco re, consorte della regina».

Incontriamo poi Laodamia e Protesilao, protagonisti di una chat erotica. Un altro tema che, in tempi di Covid, è diventato ragione di incomprensione coniugale oltre che motivo predominante di separazioni. La nuova Laodamia, molto meno pudica della propria antenata, scambia messaggi erotici con il fantasma di Protesilao, lasciandosi eccitare dalla statua che aveva fatto costruire a immagine e somiglianza dopo la morte del marito.

«Confesso che mi lusingava la tua vanità, l'idea che ti fossi impegnato tanto a contrastare le palle per renderle artistiche, che avessi voluto trasformarti in una statua per me.»

Ricordate Penelope, la donna rimasta a casa a tessere la tela in attesa di Ulisse? Quella di Caterina Bonvicini è una donna diversa, intraprendente, questa volta, infatti, è Penelope a prendere il largo e salpa non con una nave qualunque, ma con Open Arms:

«Ciao Ulisse, stavolta parto io»

Viaggiamo con lei verso le coste libiche, la seguiamo nel suo nuovo lavoro di cuoca per l'equipaggio e i profughi. Vivendo la tragedia del mare, Penelope ripercorre la sua vita, la sua quotidianità:

«Amore mio, com'è bella la nostra vita. Com'è libera. Io me ne accorgo solo adesso, di questa bellezza. Noi abbiamo un passaporto, noi possiamo partire, noi possiamo rivederci. Loro no»

In ultimo, Michela Murgia e la sua Elena di Troia ci raccontano la fragilità dell'eroina passata alla storia come la donna della discordia storica, quella della Guerra di Troia. Come Fedra e Medea, anche Elena acquisisce l'arma della consapevolezza e trova, seppur con sofferenza, la forza di ammettere a se stessa e a un Paride immerso nel sonno la verità:

«Io ti amavo, tu invece amavi l'idea di avermi, ma se adesso ti svegliassi per dirtelo tu mi chiederesti qual è la differenza e io non saprei spiegartela».

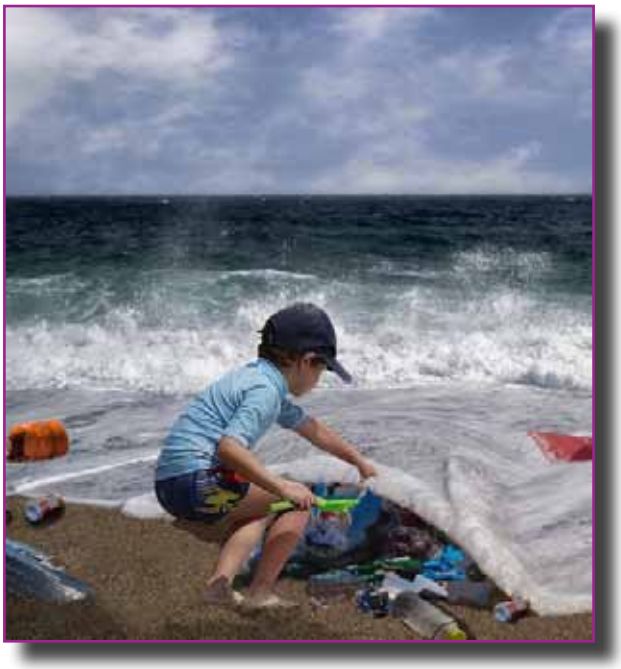
Il suo non è vittimismo, Elena fa molto di più: ammette la colpa di un amore che l'ha portata a tradire se stessa, ma pur sempre un amore fedele perché sentito.
Di questi tempi fermarsi a riflettere diventa inevitabile: bloccati dal lockdown, chiusi in casa, alle prese con lo smart working e l'impossibilità di una vita normale siamo costretti inevitabilmente a fare i conti con noi stessi, proprio come le eroine di Ovidio. Concedersi un momento per questo libro significa pensare a un'altra possibilità, a un finale diverso, a una vita pensata in modo differente, come nel caso di Penelope, a una riscrittura delle nostre esigenze private e non, come Didone conscia di avere un ruolo ben preciso e di volerlo mantenere partendo da ciò che ha e che ha costruito piuttosto che dall'incertezza, come Fedra, consapevole di un amore che avremmo dovuto permetterci prima e mai vissuto realmente, ma recuperato nella disperazione di un tradimento terminato in tragedia. Per questo vale la pena leggerlo: per sentirsi meno sole, comprese e ascoltate e abbastanza forti da ricominciare.

L'ETÀ DELLA PLASTICA

Dopo quella della pietra, del bronzo e del ferro, ecco come potrebbe essere ricordata la nostra civiltà

di **Gaia Bortolussi**

Ripassiamo e riflettiamo: età della pietra, età del bronzo, età del ferro. E se nei libri di storia tra qualche anno dovessero denominare la nostra era, come la chiamerebbero? Magari a qualcuno verrà in mente una risposta più acuta della mia, pensateci. Io intanto vi dico la mia: età della plastica. A mia volta sono stata stimolata da un documentario a rifletterci, ho colto la provocazione ovviamente. Condivido, abbiamo prodotto una quantità di plastica che, chiusa la produzione oggi, basterebbe ancora per intere generazioni.



Quantità, appunto. Troppa plastica, usata per la sua versatilità, resistenza, costo e facilità di lavorazione anche quando se ne potrebbe fare a meno. Il punto secondo me è questo: non dobbiamo demonizzare la plastica, perché così ci hanno incitato a fare, capiamo piuttosto dove se ne può fare a meno ma soprattutto impariamo a riciclarla. Perché la plastica (materiale di origine fossile, gas naturale o petrolio) nonostante resti una grande invenzione della modernità è, purtroppo, immortale. Non deperisce, rimane sempre qui. Incentiviamo quindi tutte quelle realtà virtuose - che già esistono - che raccolgono la plastica usata, non la smaltiscono (cosa non poco difficoltosa ed inquinante sotto molti aspetti) e ne promuovono il riuso.

Il "male assoluto" infatti non è la plastica di per sé ma la sua gestione. Ci sono infatti settori come quello sanitario, tecnologico, dell'arredamento, automobilistico ed alimentare, per citarne alcuni, dove l'avvento della plastica è stata una rivoluzione e sarà difficile tornare indietro, sempre se non verrà scoperto un altro prodotto con equali caratteristiche performanti (si spera meno inquinante). Usiamola però dove serve, limitiamo tutto il resto. Nel nostro piccolo facciamo scelte sostenibili; controlliamo sempre provenienza e certificazione dei prodotti per metterci a riparo da rischi di tossicità; stiamo sempre attenti ad usare prodotti che abbiano le indicazioni di riciclo; eseguiamo la raccolta differenziata in modo impeccabile e impariamo ad acquistare prodotti che, ad esempio, forniscano le ricariche oppure limitino gli imballaggi; usiamo abbigliamento con tessuti naturali; torniamo ad acquistare giocattoli in stoffa, legno o latta: al resto ci penserà la fantasia dei bambini. E noi grandi usiamo la nostra. Il resto sta alle grandi industrie, che speriamo si convincano a non smaltire o accumulare rifiuti plastici ma a riconvertirsi per dare nuova vita al prodotto già in circolo. Questa sarebbe la svolta per non trovarci soffocati da montagne, mari e spiagge di rifiuti. Vi lascio così, con un'altra domanda: vi immaginate gli studiosi, storici e archeologi, del futuro ad analizzare i nostri bei tupperware per capire le nostre abitudini? Insomma, chi ci ha preceduto forse ha fatto una figura migliore. Le scelte di oggi si ripercuotono nel domani, sta a noi.

UN ABBINAMENTO CURIOSO: I PISELLI E IL PESCE PER UN PIATTO BUONO E SCENOGRAFICO

di **Maria Stella Zaia**

Si sta avvicinando il periodo dei piselli, legume non solo molto salutare ma anche molto apprezzato da noi veneti. Oggi voglio condividere con voi una ricetta forse insolita poiché unisce ai piselli il pesce.

Ingredienti

- piselli freschi già sgranati 600 grammi
- uno scalogno
- brodo vegetale un litro e un quarto,
- 8 gamberi sgusciati grandi a cui toglierete il budello
- 4 capesante pulite
- 4 filetti di triglia

Preparazione

Preparate il pesce pulendolo ed eviscerandolo o fatevelo preparare dal vostro pescivendolo.

Pulite lo scalogno. In una casseruola disponete lo scalogno, il brodo, i piselli, sale e pepe; portate a bollore e cuocete per 10 minuti.

Togliete la casseruola dal fuoco e frullate il composto aggiungendo ad operazione conclusa del buon olio di oliva. In una padella antiaderente aggiungete un filo di olio e scottate le capesante da entrambi i lati. Quando sono pronte, togliete dal fuoco e aggiungete i gamberi facendoli dorare. A cottura ultimata, togliete i gamberi e mettete i filetti di triglia. In questo modo si rispetterà il tempo di cottura di ogni pesce. Non vi resta che assemblare il piatto: in un piatto fondo mettete il passato di piselli ed in circolo mettete le capesante, i gamberi ed i filetti di triglia. Buono e scenografico. Potete accompagnare con del pane grigliato e strofinato con un po' di aglio. Buon appetito!

I RISCHI DELLA TRASPARENZA

di **Antonella Prigioni**

Mi sento intontita. Più cerco di capire, più mi è difficile fare sintesi. Da più di quindici mesi non si parla d'altro, non si riesce a parlare d'altro. Ed anche quando si affrontano temi diversi, la correlazione con il covid è onnipresente. La pandemia ha stravolto il mondo e non si tratta di una espressione iperbolica, ma di una evidenza descrittiva , una fotografia, a parole, di quello che stiamo vivendo .E se all'inizio la ricerca di informazioni e la necessità di sapere in tempo reale erano un modo per difendersi dagli attacchi di questo virus maledetto , che resta fondamentalmente misterioso, ora prevale la voglia di svegliarsi una mattina e sentire poche parole, senza tante spiegazioni scientifiche, vogliamo solo che le nostre orecchie percepiscano la frase, non c'è più. Un desiderio unanime, alimentato oltre che dall'esperienza diretta di questo nemico invisibile, da una comunicazione non stop e per questo inevitabilmente, ondivaga, contraddittoria, disorientante. Una comunicazione esacerbata dalla visibilità di chi , per la prima volta si è trovato al centro della scena, ed è umano farsi travolgere dal fascino del presenzialismo misto ad una sorta di consapevolezza, che la scienza ora poteva giocarsi la partita per non essere più la cenerentola delle espressioni umane, era invitata al ballo da principessa. La più bella del reame, con il rischio pero' di perdere la scarpetta di cristallo e sciogliere l'incantesimo, che per una volta, interessi e politica si affidassero ad essa. Ma il virus dispettoso ed infingardo sembra beffarsi di questa collettiva ansia da prestazione che ha colpito tutti coloro che bramano, poter un giorno dire il covid l'ho sconfitto io. Scienziati e politici presi nel vortice di voler dare delle risposte, rischiano di parlare troppo e di non essere più credibili e soprattutto ascoltati. A forza di gridare al lupo, si sa come finisce……

AREA IMPIANTI

ELETTRICITÀ · SICUREZZA · CONDIZIONAMENTO

Area Impianti S.r.l. nasce nel 2007 operando fin da subito nel settore dell'impiantistica elettrica. Con il passare degli anni ha acquisito una sempre maggiore professionalità diventando così una realtà affidabile e conosciuta, capace di soddisfare le esigenze di ogni cliente.

La lunga esperienza nella realizzazione di impianti elettrici di piccole, medie e grandi dimensioni, unita all'attenzione alle nuove richieste del mercato, ha portato la Ditta ad ampliare e perfezionare la tipologia dei servizi offerti

SERVIZI PER OGNI ESIGENZA

IMPIANTI CIVILI • INDUSTRIALI • DOMOTICA • CANCELLI ELETTRICI • ANTENNE TV – SAT • ANTIFURTO • VIDEOSORVEGLIANZA • CONDIZIONATORI • CITOFONIA • TRASMISSIONE DATI • MANUTENZIONE • FOTOVOLTAICI • INS. LUMINOSE • SERV. ANTIALLAGAMENTO

PRONTO INTERVENTO S.U.E.E.C.I.S. – **S**ervizio **U**rgenze **E**mergenze **E**lettriche **C**ivili **I**ndustriali **S**tradali

certificato di qualità

AREA IMPIANTI S.R.L.

Via G. Garibaldi, 30 - CADONEGHE (PD) - Tel. 049.700804 - 324.9991652 - GABRIELE 338.5612012 - DAVIDE 349.2962713

codice fiscale e partita iva 04165450281 - codice sdi SU9YNJA - info@area-impianti.it - www.area-impianti.it

PRONTO INTERVENTO 24H SU 24H

Nice assistenza tecnica

GVDR

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Valore al Tuo Benessere

I Nostri Servizi

presso il Centro Gvdr di Cadoneghe

Diagnostica per Immagini

Risonanza Magnetica ad Alto Campo 1,5 Tesla

Tac da 128 Slices

Mammografo Tomosintesi 3D

HIGH TECHNOLOGY

Fisioterapia

Sistema Robotico Hunova

PER LA PREVENZIONE E LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA, PER FAVORIRE IL RICONDIZIONAMENTO E MIGLIORARE L'EQUILIBRIO CON ESERCIZI DI CONTROLLO POSTURALE, DI EQUILIBRIO, CORE STABILITY E PROPRIOCETTIVI.

I Nostri Progetti

Riabilitazione Post Covid-19

TeleMedicina

Ambulatorio Polispecialistico per i Disturbi Cognitivi e le Demenze

PER INFORMAZIONI VISITA IL SITO

www.gvdr.it

o contatta il numero 0498874111

facebook

facebook.com/gvdrgruppovenetodiagnosticariabilitazione

instagram.com/gvdr_diagnosi_riabilitazione