

VENEZIA IN SALUTE



ALL'INTERNO



OTTOBRE/NOVEMBRE 2012 - NUMERO 4

Il Centro Antiviolenza sulle Donne
del Comune di Venezia

LOTTA CONTRO IPERTENSIONE, FUMO, ALIMENTAZIONE SCORRETTA

sommario

PRIMO PIANO

- 25esimo anniversario della Fondazione Banca degli Occhi del Veneto. Testimonianze, attività e dati; a cura di Enrico Vidale, Maria Paola Scaramuzza e Michela Coppola, Ufficio Comunicazione Fondazione Banca degli Occhi
- Il tavolo interregionale per i biomarcatori in oncologia ed il Centro CRIBT dell'Ulss 12; a cura di Massimo Gion, direttore del Centro CRIBT dell'Ulss 12

FOCUS ULSS 12

- Lotta alla ipertensione, nemico silenzioso; a cura di Cristiana Leprotti, direttore Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Ipertensione Arteriosa e Aterosclerosi dell'Ospedale Civile di Venezia
- Nell'Ulss 12 il terzo polo di trapianto di midollo nel Veneto. Colloquio con Renato Bassan, primario di Ematologia dell'Ospedale dell'Angelo ed Ospedale Civile di Venezia
- La salute è anche e soprattutto nelle nostre mani. Intervista ad Alfredo Saggiaro, primario di Gastroenterologia dell'Ulss 12
- La nutrizione artificiale a domicilio nell'Ulss 12; a cura di Paolo Pallini, Unità Semplice di Dietetica e Nutrizione Clinica ed Unità complessa di Gastroenterologia, Ospedale dell'Angelo
- La Carta dei Servizi sociosanitari dell'azienda Ulss 12. Trapianti e screening

PREVENZIONE E STILI DI VITA

- Sigarette, a rischio soprattutto i giovani maschi; a cura di Annalisa Rainer, specialista in pneumologia e medico di medicina generale, Gruppo COMEFARE
- Lotta al fumo. A Noale un ambulatorio contro il tabagismo; a cura di Valentina Pescatore, Erica Brugin, Marzia Sarto, Teresa Vescovo, Donatella Noventa, Franco Giada, Dipartimento Cardiovascolare Ulss 13, Medicina dello Sport, Ospedale di Noale-Venezia

STUDI E RICERCHE

- La salute degli abitanti della terraferma veneziana. Diabete, malattie cardiovascolari e sofferenze psichiche; a cura di Lorenzo Simonato, Laboratorio di Sanità Pubblica e studi di Popolazione dell'Università di Padova

SPECIALE DONNE

- SOS Violenza contro le donne. I punti di Ascolto nel Pronto Soccorso; a cura di Patrizia Marcuzzo, coordinatrice Centro Antiviolenza del Comune di Venezia
- Medicina di genere. L'appropriatezza della cura per la salute della donna; a cura di Maria Teresa Menotto e Franca Marcomin, della Consulta delle Cittadine

PUNTI DI VISTA

- Metabolé, percorsi e riflessioni sul corpo e le sue trasformazioni; a cura di Stefania Bragato, presidente associazione Metabolé
- Riabilitazione neuromotoria a Venezia. La richiesta alla Regione per un Centro Convenzionato territoriale; a cura di Giampaolo Lavezzo, cooperativa sociale Rochdale
- Ordine Farmacisti di Venezia. Storie eccellenti di farmacisti della Serenissima; a cura di Renato Vecchiato, farmacista

Fondazione Banca degli Occhi 25 anni a servizio del dono

a cura di **Enrico Vidale, Maria Paola Scaramuzza e Michela Coppola**
Ufficio Comunicazione, Relazioni Esterne e Raccolta Fondi
Fondazione Banca degli Occhi

Venticinque anni fa era una piccola stanza del reparto di oculistica dell'Ospedale Umberto I di Mestre, ed era il sogno di un professore che sapeva guardare lontano. Oggi, dentro quel Padiglione che, visto dall'alto, sembra un occhio avveniristico teso a scrutare il futuro, Fondazione Banca degli Occhi è la prima banca di tessuti oculari in Europa, una struttura in grado di coprire oltre il 40% della richiesta nazionale di tessuti per trapianto, di servire altri 16 centri oftalmologici sparsi in quattro continenti, di utilizzare cellule staminali con pratiche sicure e scientificamente riconosciute, di restituire la speranza e soprattutto la vista a migliaia di pazienti attraverso la sensibilizzazione, la diagnosi, il trapianto, la ricerca. Risultati che però, afferma il suo direttore Diego Ponzin, hanno tutti una sola origine: «Nulla di tutto questo – dice – esisterebbe senza la sorgente principale del nostro lavoro: il dono».

Dal dono partiva 25 anni fa, e con il dono è arrivata fin qui la Fondazione, ente non profit, Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS), nata nel 1987 e che quest'anno festeggia 25 anni di attività. Fondata da Regione Veneto, Fondazione è stata fortissimamente voluta da due persone che hanno segnato la storia della città di Venezia: il professor Giovanni Rama, chirurgo oftalmologo pioniere del trapianto di cornea e storico primario dell'ospedale Umberto I di Mestre, e il Cavaliere del Lavoro dottor Piergiorgio Coin, l'imprenditore che al progetto dell'amico chirurgo ha dato linfa, intelligenza e cuore.

GLI INIZI: LA DONAZIONE AI TEMPI DEL PROFESSOR RAMA

Erano gli anni '80 quando la donazione di cornee era un gesto di buona volontà di pochi generosi "pionieri", e il trapianto una pratica appena agli inizi. Non esisteva ancora la legge 301/93 sul trapianto di cornea, di cui il professor Rama sarebbe stato il principale promotore. Ma quel che più mancava era una cultura diffusa della donazione: oltre 2.000 pazienti si trovavano in lista d'attesa per un trapianto, costretti ad attendere anche due anni, mentre i "viaggi della speranza" di pazienti provenienti da tutta Italia erano la routine nel reparto di oculistica di Mestre, guidato da quel professore la cui fama era nota in tutto il paese. Allo stesso tempo le strutture sanitarie erano prive di personale dedicato alla donazione e sprovviste di un processo strutturato di raccolta e selezione dei tessuti.

Nasce l'idea di una banca degli occhi

Per questo, ad un certo punto, l'idea di una banca che raccogliesse, analizzasse e conservasse i tessuti corneali per trapianto si fece sempre più necessaria, assieme all'esigenza di sensibilizzare e parlare alle famiglie della donazione, un aspetto di cui il professor Rama si fece carico in prima persona, assieme ai colleghi più sensibili e alle associazioni del territorio, andando ad incontrare la gente di persona per parlare di donazione.

L'autorevolezza del professor Rama

Era stata la fama e l'autorevolezza del professore a convincere inoltre l'ospedale stesso della bontà della donazione di cornee. Le cornee provenivano da tutti i reparti, raccontano i primi dipendenti di Fondazione, anche se il lavoro più grosso era svolto però dai necrofori dell'Ospedale di Mestre, che in molti casi parlavano con le famiglie e contattavano i medici dell'Oculistica per effettuare i prelievi. Fu così che l'attività prese avvio: dopo il 1989 la banca degli occhi cominciò ad operare nella prima sede ufficiale situata a Mestre in via Ospedale poco distante dall'Umberto I, diventando poi nel 1993, per nomina di Regione Veneto, il Centro di Riferimento Regionale per gli Innesti Corneali.

CRESCE LA DONAZIONE

Un intenso percorso di sviluppo cominciò nel 1996 con la nuova direzione gestionale. Nel 1998 venne creata l'Area di Comunicazione e Relazioni Esterne e venne potenziata l'Area Medica. L'attività venne estesa in ambito nazionale, soddisfacendo, grazie all'aumento delle donazioni, anche la domanda programmata di molti ospedali al di fuori del Veneto. Parallelamente venne ampliata la tipologia di tessuti per la chirurgia oculare e la gamma dei servizi forniti.

Nel 1999 venne formato in Fondazione un team di medici impegnati a raggiungere gli ospedali in ogni angolo del Veneto, per alleggerire il lavoro delle oculistiche e garantire che il prelievo delle

cornee in tutta la regione fosse effettuato in modo professionale e sicuro. Una scelta che si rivelò vincente.

RICERCA, FORMAZIONE, DIAGNOSI: IL 2000 E LE NUOVE FRONTIERE

Nel dicembre del 2000 si inaugurò la sede di Fondazione Banca degli Occhi di via Felisati a Mestre, in grado di soddisfare le crescenti esigenze legate allo sviluppo delle attività e dei servizi. Ma è il 2002 ad essere un anno denso di innovazioni e riconoscimenti. In collaborazione con la Regione Veneto e l'ULSS 12 Veneziana, venne avviata l'attività di ricerca sulle cellule staminali. Fondazione Banca degli Occhi divenne quindi quell'anno **Centro Regionale di Ricerca sulle Cellule Staminali Epiteliali**, sede di una delle più importanti e affermate attività di ricerca in ambito oculare, quella legata ai primi innesti di cellule staminali autologhe dell'occhio, che permettevano l'esito positivo di successivi trapianti di cornea altrimenti destinati a fallire. Anche la formazione in ambito ospedaliero trovò una collocazione strategica attraverso Eidon, Centro di Formazione e Studi destinato alla formazione permanente degli operatori coinvolti nel processo donazione-trapianto dei tessuti. Un'esperienza che durò sei anni e fu molto significativa per intrecciare relazioni con gli operatori del settore sanitario.

Fondazione vinse in quegli anni anche l'**Oscar di Bilancio e della Comunicazione delle Organizzazioni non Profit**, consegnato dal Premio Nobel per la Medicina Rita Levi Montalcini, fino a ottenere nel 2005 dalle mani del Presidente Carlo Azeglio Ciampi la **Medaglia d'Oro al Merito della Sanità Pubblica**.

Nello stesso periodo la banca degli occhi ottenne inoltre l'accreditamento con il punteggio massimo da parte di **Eye Bank Association of America**, l'associazione delle banche degli occhi statunitensi. Nel frattempo nel 2003 la cultura di donazione si era già radicata nel territorio non solo veneziano ma regionale. Le donazioni di cornea erano cresciute così tanto da permettere a Fondazione di acquisire l'autosufficienza, evitando l'importazione di tessuti corneali dagli Stati Uniti. I tempi di attesa per il trapianto rientrarono ad appena un mese. Nello stesso anno partì anche l'attività di **Diagnosi e Consulenza**, nella quale Fondazione mise a frutto l'esperienza maturata in campo oftalmologico a favore dei pazienti con gravi patologie oculari, in collaborazione con i chirurghi oftalmologi.

FONDAZIONE OGGI: RICERCA, SVILUPPO, FUTURO

Nel 2008 Fondazione Banca degli Occhi cessò di essere accreditata presso l'Eye Bank Association of America per diventare la prima banca degli occhi

accreditata dal Centro Nazionale Trapianti. Oggi, a distanza di 25 anni, Fondazione è cresciuta, ma non da sola: l'attività di raccolta dei tessuti corneali viene svolta all'interno della rete del Sistema Regionale Trapianti del Veneto, con la collaborazione di Coordinamenti presenti in ogni Ulss del Veneto che propongono alle famiglie il gesto della donazione, un gesto capace di dare conforto, spesso un piccolo frammento di luce per chi di fronte al lutto si sente travolto dal buio. Ma anche in Fondazione l'attività di diffusione della cultura di donazione non si è mai fermata attraverso iniziative di comunicazione e sensibilizzazione, eventi di ringraziamento sul territorio, attività e progetti rivolti alle famiglie. Progetti che in alcuni casi uniscono, al fine della sensibilizzazione, anche quello della raccolta fondi, per sostenere un'attività impegnativa che fa capo ad un'organizzazione non profit, sostenuta in più occasioni da aziende, istituzioni, associazioni e tanti semplici cittadini. Attività, quelle di comunicazione e raccolta fondi, che hanno sempre puntato alla trasparenza e al dialogo con il territorio.

La ricerca ed il miglioramento delle tecniche

Parallelamente corre il filo del trapianto e della ricerca sulle malattie oculari, del miglioramento delle tecniche di intervento oggi sempre più selettive, spesso elaborate dalla fitta collaborazione tra i laboratori di Fondazione e i chirurghi oftalmologi.

Nuovo sviluppo ha avuto anche il Centro di Diagnosi e Consulenza denominato Nuova Visione, ambulatorio di terzo livello frequentato da pazienti provenienti da tutta Italia e nato per accogliere i casi clinici più complessi inviati dai chirurghi oftalmologi.

Eye banking, ricerca, diagnostica, comunicazione sociale: queste le principali attività di un'organizzazione che nel 2009 ha radunato ciascuna delle proprie attività riunendole in un'unica e prestigiosa sede predisposta dall'Ulss 12 Veneziana presso l'area dell'**Ospedale dell'Angelo di Zelarino, all'interno di quello che è stato chiamato *Padiglione Rama*** in omaggio all'ingegno di chi ha saputo vedere, e ben al di là delle conoscenze e delle possibilità già affermate.



LE TESTIMONIANZE

Chi mi ha donato le cornee non ha salvato solo me, ma il mio mondo.

Storia di Renato, operaio vicentino: “Con il trapianto ho ritrovato il lavoro e la fiducia nelle persone”.

«A 23 anni mi hanno diagnosticato un cheratocono. Con le lenti tutto sembrava normale, solo poi mi sono reso conto... Chi mi ha donato le cornee non ha salvato solo me, ha salvato la mia famiglia, ha salvato il mio mondo». Renato, operaio vicentino, dopo il doppio trapianto di cornea è tornato a fare il suo mestiere. Ma come fai a lavorare in cantiere, se non ci vedi? Renato ha rischiato grosso, ma oggi, tra un intervento e l'altro nelle scuole in cui va a parlare di donazione, è un uomo che vede di nuovo la vita a colori.

Renato, com'era la tua vita prima del trapianto?

Faticavo a leggere, a lavorare. Al lavoro con la polvere si creavano spesso le abrasioni corneali e ogni volta mi ci volevano tre giorni a letto al buio e poi un'altra settimana di recupero prima di tornare a mettere le lenti che dovevo portare, così ho perso diversi lavori. Il mio disagio era diventato anche economico: le ditte non mi licenziavano ma ci sono mille modi per fartelo capire quando non servi, ti mandano a fare un lavoro che non puoi più fare perché non ci vedi, oppure mi dicevano "non preoccuparti, tornerai quando starai meglio...".

All'epoca eri un ragazzo, cosa accadeva con gli amici, nella vita di tutti i giorni?

Il rapporto con gli altri è la prima cosa che cambia. All'inizio io portavo delle lenti speciali, e agli altri tutto sommato sembravo "normale", pareva che non avessi nulla! Ma non potevo portarle 24 ore al giorno. Quando ho cominciato a dire di no agli amici che mi chiedevano di uscire la sera sono diventato un "tirapacchi". Quando perdevo le lenti, poi... All'epoca costavano 800 mila lire l'una, per un operaio erano lo stipendio di un mese. Nel lavoro se dovevo imbiancare non vedevo le ombre, ma i clienti sì se ne accorgevano! Così ho passato 15 anni, con la disperazione che cresceva. Alla fine se c'era un tavolo bianco in mezzo alla stanza io lo prendevo in pieno.

Poi è arrivato il trapianto. Cosa ricorda di quei momenti?

A 35 anni ho fatto il primo intervento a Venezia con il dottor Giancarlo Caprioglio e poi la riabilitazione con la dott.ssa Antonella Franch. Dovevo mantenere diversi accorgimenti nella vita normale, ma tutto è andato bene, e mi sono sentito molto tutelato dal punto di vista ospedaliero. Lì ho trovato quell'umanità che altrove avevo perso, a volte si fa presto a parlar male della sanità, invece guai se non avessi trovato questo appoggio.

Quando è arrivata la notizia del trapianto?

La notizia mi è arrivata mentre ero a casa, avevo preparato già la valigia. Non sapevo cosa mi aspettasse. La cosa migliore era armarsi di sorriso e andare. Ero sereno perché mi fidavo, e poi non avevo niente da perdere. Ce l'avevo davanti l'alternativa, non vedevo nulla. Già la mattina dopo ricordo che sono tornato a vedere. La prima cosa che ho fatto quando ho aperto gli occhi è stato pensare a chi me li aveva donati, avrei voluto averlo lì con me. Dopo tre anni poi ho fatto il secondo intervento.

Dopo l'intervento tutto è andato liscio?

Durante il periodo successivo bisogna avere molte attenzioni: devi stare attento, tenere la benda mentre cammini per strada, perché se passa un camion e ti butta la polvere in faccia è fatta. E poi gli antibiotici, i farmaci antirigetto. Ma ogni giorno ci vedi meglio. Oggi vedo la gente che passa per strada. Vedo il mondo a colori, mentre prima era in bianco e nero. Oggi sono tornato a vivere.

La tua ora è una vita normale?

Ho riacquisito la fiducia nelle persone e sono tornato a fare il lavoro di prima sui tetti; l'unica differenza è che lo faccio bene. Inoltre mi sono accorto subito dei problemi di vista che purtroppo ha mia figlia. Adesso le guardo proprio in faccia le persone, non do niente per scontato, mi gusto le piccole cose. L'unica cosa che mi dispiace è non sapere a chi dire grazie.

Pensa mai ai suoi donatori?

Mi dico spesso che se Dio esiste deve avere gli occhi di quelle due persone, la gratitudine verso di loro e le loro famiglie è talmente grande che non riesco ad esprimerla.

Cosa vorrebbe dire alle loro famiglie?

Io sono quello che mantiene la famiglia, io riaggiusto la mia casa, porto mia figlia a fare le visite, quelle famiglie non hanno salvato solo me, hanno salvato una famiglia, hanno salvato il mio mondo.

Come vive adesso l'importanza della donazione?

Io vengo dalla provincia di Vicenza, lì con l'Avis e l'Aido di Brendola e con altre associazioni facciamo incontri con le scuole, con le terze medie soprattutto, mettendo in risalto la rabbia, la sofferenza che c'è prima del trapianto, e poi la grande gratitudine di chi ha ricevuto un trapianto di cornea.

FONTE: Un certo sguardo, giugno 2012

LE TESTIMONIANZE

Uno schizzo di calce in cantiere gli toglie la vista. L'unico spiraglio di luce per Devis: le cellule staminali

Fu un gesto, la distrazione di un momento, a far scivolare quello schizzo di calce a terra. E ancor di più un'improbabile casualità a far rimbalzare parte di quella calce su su, fino a infilarsi tra lo zigomo e gli occhiali di un giovane operaio in movimento, uno tra i tanti al lavoro nella costruzione di uno dei capannoni che a decine ricoprono la provincia di Treviso. Un attimo e Devis Casadei, a 32 anni, non poteva più vedere.

Quando perdi la vista a poco a poco, avverti il tempo che passa, la rabbia contro la malattia, l'affievolirsi lento della luce. Ma almeno, quando tutto diventa sfuocato e buio, l'hai già capito. Se il buio ti sorprende un giorno come tanti al lavoro, non sei preparato.

Il racconto dell'incidente. «La malta in quel modo entrò dritta negli occhi, un caso su mille – racconta Devis – cercai di pulirmi subito, lì in cantiere, ma in un occhio ce n'era troppa e bruciava. Andai al pronto soccorso e rimasi bendato otto giorni, e per quindici restai ricoverato». Fu quello, ricorda Devis, il momento peggiore: «Improvvisamente, dalla sera alla mattina, avevo perso la mia autonomia, con la sensazione di sentirmi perso se non avevo qualcuno vicino, di non avere equilibrio. Per fortuna lì c'era la mia ragazza. L'unica cosa positiva è che, con i trattamenti avuti in seguito nella camera iperbarica, ho smesso di fumare. Per molto tempo sono rimasto a casa dal lavoro».

La calce è la "bestia nera" degli occhi, operai e muratori che ci lavorano ogni giorno sono i primi a subirne i rischi. Le sue ustioni sono le più difficili,

vanno in profondità oltre lo strato di epitelio corneale e oltre il limbus, quella parte protetta dove risiedono le cellule staminali che permettono di rigenerare la cornea e di vedere. Niente staminali intatte, niente trapianto di cornea. Niente trapianto, nessuna possibilità di riacquistare la vista.

La salvezza dalle cellule staminali. Eppure, solo un paio d'anni prima, era stato effettuato il primo innesto di staminali epiteliali. «Quando è arrivata la proposta, ho detto "ci sto" – ricorda Devis – sapevo che era un tentativo, ma mi sono fidato del dottor Claudio Gorla dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso. Fare il trapianto sarebbe stato inutile, non c'era altra speranza che le staminali. E l'intervento non è stato neppure troppo complicato».

Eseguito l'innesto, le cose pian piano hanno cominciato a funzionare. «La mia vista ha cominciato a migliorare, e lì mi sono fatto coraggio. Ho seguito alla lettera le indicazioni dei medici – spiega Devis – dopo il trapianto di cellule bisogna stare attenti al sole, alla polvere, al fumo o all'uso dei profumi. Poi c'è stato il trapianto, e la fase dei colliri, che non finiva più...». Da quello schizzo di calce rimbalzato da terra, Devis è entrato più volte in sala operatoria. Ma ora ci vede. «Vedo 9 decimi con le lenti, e ora aspetto di togliere i punti del trapianto di cornea che ho potuto fare aspettando un anno dopo l'innesto delle staminali. Prima di pochi anni fa non sarebbe stato possibile. Oggi – conclude Devis – posso ritenermi fortunato».



L'ATTIVITÀ DI EYE BANKING

La Donazione: l'attività del Procurement

Se Fondazione Banca degli Occhi è come un ponte che unisce il mondo della donazione e quello del trapianto, il Procurement ne è sicuramente un pilastro. Così si chiama in gergo tecnico, ed è quel filo diretto tra Fondazione e gli ospedali di Veneto e Friuli Venezia Giulia attraverso cui ogni giorno giungono in Fondazione le donazioni di cornee. Ogni qual volta infatti si presenti un donatore

potenzialmente idoneo e una famiglia disposta ad accettare la proposta di donazione di cornee, il personale ospedaliero dei Coordinamenti Locali per i Trapianti, presenti in ogni Ulss, contatta Fondazione Banca degli Occhi. Una volta fugati i possibili dubbi di tipo clinico sulle condizioni del donatore e registrato l'assenso della famiglia a donare, l'ufficio Procurement di Fondazione incarica uno dei propri medici prelevatori a recarsi presso l'ospedale per effettuare il prelievo, che può essere eseguito al massimo entro 24 ore dal decesso. Una volta giunte in Fondazione, le cornee prelevate vengono analizzate dal Laboratorio mentre l'ufficio Procurement si occupa della storia clinica del donatore. Quando tutte le fasi di ricerca sono concluse le cornee possono ritenersi idonee e possono considerarsi pronte per dare vita ad un trapianto.

Il Trapianto: l'analisi e l'invio di tessuti corneali

Sono circa 4000 all'anno i tessuti selezionati nel laboratorio di Eye Banking di Fondazione Banca degli Occhi del Veneto, che si dimostra la più importante struttura in Italia e in Europa per la raccolta, la selezione, la distribuzione e il follow-up di tessuti corneali per trapianto. Tutto ciò nel rispetto dei criteri e degli standard internazionali di qualità e di eccellenza.

Ed è per questo che oltre il 40% dei trapianti di cornea a livello nazionale vengono effettuati con tessuti provenienti dal Veneto e conservati in





Fondazione, mentre nei periodi di disponibilità sono circa una quindicina i centri esteri distribuiti in Europa, America, Africa e Medio Oriente che ricevono tessuti per trapianto, dal Great Ormond Street Hospital for Children di Londra al King Khaled Eye Specialist Hospital di Riad, in Arabia Saudita. I chirurghi oftalmologi di tutta Italia possono inoltre ricevere dalla banca degli occhi una cornea per trapianto in situazione di urgenza, anche nel giro di sole 24 ore.

I risultati dei trapianti vengono inoltre controllati per il continuo miglioramento della qualità e della sicurezza, mentre un'attività di ricerca è sempre presente all'interno del laboratorio per migliorare la conservazione dei tessuti e le tecniche legate alla chirurgia, in collaborazione con gli stessi chirurghi oftalmologi.

IL SERVIZIO DI DIAGNOSI E CONSULENZA

Fondazione è diventata nel tempo un punto di riferimento a livello nazionale nei servizi di diagnosi e consulenza ai chirurghi oftalmologi per i pazienti affetti da gravi malattie oculari, difficilmente diagnosticabili. È nato per questo il servizio di diagnosi e consulenza di Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus, un ambulatorio di terzo livello nato nel 2004 in seguito alle richieste dei chirurghi oftalmologi che spesso necessitavano di un confronto sulle patologie oculari più complesse. Grazie all'esperienza in ambito oculistico maturata negli anni, Fondazione ha scelto di rispondere a quest'esigenza offrendo il proprio supporto e

collaborando all'operato dei chirurghi.

I pazienti vengono prima accolti per una fase di ascolto, e poi introdotti all'incontro con il medico, per identificare il percorso diagnostico più opportuno. L'ambulatorio è organizzato con un sistema di gestione per la qualità UNI EN ISO 9001:2008 certificato da Certquality. Fondazione è autorizzata ad esercitare la funzione di Struttura Sanitaria Poliambulatorio Specialistico con Autorizzazione rilasciata dal Comune di Venezia. Fondazione ha inoltre avviato una collaborazione con l'U.O. di Oculistica dell'Ulss 12 Veneziana nel campo dello studio e della cura delle malattie rare per i gruppi di malattie dell'apparato visivo.

IL CENTRO RICERCHE

Fondazione Banca degli Occhi, coerentemente con la propria missione, si impegna nell'attività di ricerca per cercare di trovare soluzioni a patologie oculari non curabili con il solo trapianto di cornea. Nel 2002 ha iniziato la sua attività il Centro Regionale di Ricerca sulle Cellule Staminali Epiteliali di Fondazione Banca degli Occhi del Veneto, in collaborazione con la Regione Veneto e l'Ulss 12 Veneziana. In circa dieci anni di attività, la Cell Factory ha raggiunto l'eccellenza nel panorama della ricerca internazionale sulle cellule staminali epiteliali e sulla loro applicazione clinica in terapia cellulare e terapia genica. Fino ad ora, oltre 200 pazienti sono stati trattati mediante innesto di epitelio corneale ottenuto per mezzo delle cellule staminali e distribuiti in strutture sanitarie sia pubbliche che private in tutta Italia, con una

tecnica ormai giudicata consolidata dalla comunità scientifica.

L'attività dei ricercatori di Fondazione si applica inoltre anche alla ricerca clinica e di base in merito alle malattie rare del campo oculare. Si è da poco concluso un progetto legato alla ricerca sulle malattie degenerative della retina in collaborazione con il Tigem, l'istituto di ricerca della Fondazione Telethon a Bari, mentre progetti di ricerca sono in atto per quanto riguarda l'applicazione della terapia genica alla congiuntiva, e a malattie genetiche rare come la Sindrome EEC.

LA COMUNICAZIONE E LE INIZIATIVE DI RACCOLTA FONDI

Attraverso le attività di Comunicazione Fondazione dialoga e diffonde i propri valori con l'obiettivo principale di promuovere la cultura di donazione, e attraverso specifiche iniziative di raccogliere fondi per sostenere la ricerca scientifica e le altre attività dell'organizzazione. Nascono così gli eventi in piazza di sensibilizzazione sull'importanza della vista, gli screening gratuiti e i concerti musicali che per anni hanno visto anche al Teatro Toniolo di Mestre una densissima partecipazione, momenti di grande calore in cui la fondazione ringrazia le migliaia di famiglie che nel tempo hanno dato l'assenso alla donazione. La fondazione, ente non profit, ha potuto anche collaborare con aziende e istituzioni in progetti di sostegno alla ricerca. È questo il caso di un

progetto ideato assieme ad un produttore d'eccezione come Fausto Maculan di Breganze (VI), che da tre anni dona 300 bottiglie uniche e numerate di un vino pregiato il cui ricavato va totalmente alla ricerca scientifica. Sullo stesso filone i progetti **Vivi la Ricerca, le bomboniere e i biglietti di Natale solidali, o le iniziative legate a ottobre al Mese della Vista.**

Tutte occasioni in cui incontrare persone, aziende, associazioni e istituzioni. Sono infatti oltre 30.000 i contatti con cui Fondazione dialoga stabilmente sul territorio regionale e nazionale, tra cui circa ventimila famiglie che hanno vissuto l'esperienza della donazione, oltre a pazienti, operatori sanitari, aziende e istituzioni.

Per informazioni:

FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO ONLUS

Ufficio Comunicazione, Relazioni Esterne e Raccolta Fondi

Enrico Vidale (Responsabile)

Michela Coppola, Maria Paola Scaramuzza

Padiglione Rama, via Paccagnella 11

30174 Zelarino Venezia

Tel. 041.9656440

Fax 041.9656401

Mail: info@fbov.it

www.fbov.org

www.facebook.com/FondazioneBancadegliOcchidelVenetoOnlus

LA VISTA, IL DONO, LA RICERCA: 25 ANNI IN NUMERI

Donazioni di cornea	65.300
Trapianti di cornea	35.650
Lettere di ringraziamento ai familiari	32.600
Pazienti accolti per una diagnosi	8.400
Pazienti sottoposti a innesto di cellule staminali oculari	200
Pubblicazioni scientifiche	58
Pubblicazioni sociali	50
Contatti/anno (attraverso invio di campagne sociali e pubblicazioni, eventi sul territorio, eventi di formazione, convegni nazionali e internazionali)	100.000

Le frontiere della ricerca

Il Centro Regionale Specializzato Biomarcatori Diagnostici Prognostici e Predittivi (CRIBT) dell'Azienda Ulss 12 Veneziana

a cura di **Massimo Gion**,
direttore del Centro CRIBT dell'azienda Ulss 12

L'EVOLUZIONE: DAL LABORATORIO DELLA RADIOTERAPIA AL CRIBT

Nel 1979 la Divisione di Radioterapia dell'Ospedale Civile di Venezia istituisce un laboratorio finalizzato alla verifica e collaudo dei test diagnostici per l'oncologia. Nasce così un laboratorio pioniere nel settore, allora sostanzialmente sconosciuto, della ricerca di trasferimento in oncologia sui marcatori tumorali. Nel 1987 il laboratorio viene riconosciuto dalla Regione Veneto come Centro Regionale Specializzato per lo Studio degli Indicatori Biochimici di Tumore (CRIBT).

Nel 1992, in convenzione con l'Istituto Tumori di Genova e con il Centro Oncologico Regionale (COR) dell'Azienda Ospedaliera di Padova, diventa Centro Nazionale per l'Applicazione delle Biotecnologie in Oncologia.

Nel 1997 l'Organizzazione Europea contro il Cancro (EORTC) identifica il CRIBT come uno dei tre laboratori di riferimento per i biomarcatori per l'Italia. Nel 2001 entra a far parte del Dipartimento di Patologia Clinica dell'Azienda Ulss12 Veneziana. Nel 2005 viene inserito nel Consorzio Istituto Oncologico Veneto-IRCCS. (IOV).

Nel 2009 viene confermato dalla Regione Veneto come Centro Regionale Specializzato con caratteristiche di eccellenza con la nuova denominazione di Centro Regionale Specializzato Biomarcatori Diagnostici, Prognostici e Predittivi.

LE ATTIVITÀ SVOLTE: IN 5 ANNI OLTRE 50 PROGETTI DI RICERCA

La ricerca rappresenta l'attività qualificante del

CRIBT e si caratterizza per interdisciplinarietà, finalità prevalentemente translazionali e applicative e ricadute formative. I progetti di ricerca vengono gestiti secondo l'approccio del project management, che prevede la definizione degli obiettivi, la pianificazione del lavoro e delle risorse necessarie, il coordinamento delle attività, il monitoraggio degli avanzamenti del progetto con eventuali azioni correttive e la gestione dei risultati. Negli ultimi 5 anni sono stati svolti presso il CRIBT oltre 50 progetti di ricerca grazie a diverse tipologie di collaborazioni e finanziamento.

I RISULTATI FINORA OTTENUTI

Il Centro ha dato un contributo importante alla ricerca conseguendo risultati significativi sul piano nazionale ed internazionale.

STUDIO E DEL "COLLAUDO" DI NUOVI MARCATORI

Nel settore dello studio e del "collaudo" di nuovi marcatori, il CRIBT ha messo a punto prima dell'uso clinico routinario in Italia la maggior parte dei marcatori tumorali ora utilizzati (CA15.3, PSA, ecc), contribuendo in modo determinante al loro impiego ottimale.

MARCATORI PER PREDIRE LA RISPOSTA ALLA TERAPIA

Per quanto riguarda i marcatori per predire la risposta alla terapia, il CRIBT ha messo a punto fra i primi in Italia il dosaggio per i recettori ormonali nel cancro della mammella. Nel nostro laboratorio

abbiamo poi determinato i recettori ormonali in campioni tumorali di oltre 12.000 donne provenienti da più di trenta ospedali della regione.

Nuovi criteri decisionali per la diagnosi precoce

Abbiamo studiato nuovi criteri decisionali per la diagnosi precoce, mettendo in evidenza, ancora nel 1990, la necessità di valutare i marcatori non in riferimento ad un valore soglia positivo/negativo, ma osservando le variazioni nel tempo.

Appropriatezza e rapporto costo/beneficio

Il CRIBT è stato un centro pioniere nello studio della appropriatezza e del rapporto costo/beneficio nell'uso dei test diagnostici, che affrontammo già del 1987. L'ultima analisi di appropriatezza è stata da noi condotta su tre regioni italiane su un campione di 12.058.080 abitanti, 116 ospedali e oltre 2 milioni di richieste di biomarcatori, ottenendo dei risultati che hanno stimolato e sostenuto la attivazione del Tavolo di lavoro interregionale presentato all'inizio di questo articolo.

Banca di materiali biologici

Nel corso degli anni il CRIBT ha attivato una modalità di raccolta standardizzata dei campioni biologici e delle informazioni cliniche informatizzate giungendo alla costituzione di una banca di materiali biologici che contiene oltre 50.000 campioni biologici.

Medicina Basata sulle Evidenze

Il CRIBT ha sempre svolto un ruolo rilevante nella Medicina Basata sulle Evidenze. Abbiamo infatti curato la preparazione di oltre 10 linee guida nazionali e quattro linee guida internazionali sui marcatori tumorali. Abbiamo fatto una guida per l'uso dei marcatori, di cui sono state prodotte quattro edizioni, l'ultima delle quali preparata nel 2010 in collaborazione con 7 società scientifiche.

“Scoperta” di nuovi marcatori

Nel campo della “scoperta” di nuovi marcatori il CRIBT ha identificato 31 nuovi marcatori per i tumori del fegato, della mammella, del colon, dell'ovaio e della prostata; per 20 di questi sono stati messi a punto metodi di dosaggio. Inoltre due marcatori per il cancro del fegato sono stati inseriti in un biochip multimarcatore mediante l'uso di nanotecnologie avanzate.

LE PRINCIPALI LINEE DI RICERCA ATTUALI

L'attività di ricerca che hanno finora caratterizzato il CRIBT e che ci hanno portato a conseguire risultati così rilevanti, continuano e si sono ulteriormente definite e consolidate. In modo molto sintetico, si può dire che le ricerche condotte del CRIBT, che riguardano principalmente la ricerca di trasferimento nel campo dei biomarcatori, si sviluppano nelle seguenti aree:

1. Ricerca di nuove molecole capaci di indirizzare verso la diagnosi precoce o per la personalizzazione della terapia.

2. Ricerca di biomarcatori in nuovi compartimenti biologici (es. esosomi, vescicole che circolano nel sangue e concentrano i biomarcatori) preziosi per la diagnosi precoce in quanto possono accumulare la storia biochimica recente del tumore.

3. Organizzazione e gestione di biobanche per studiare in tempi rapidissimi (in quanto la casistica è, appunto, “già in banca”) il valore diagnostico e predittivo per le risposta alla terapia di nuovi marcatori. La biobanca che il CRIBT ha messo a punto gestisce, arricchendo continuamente la casistica e ottimizzando struttura e procedure, è oggi una delle più importanti biobanche in Italia.

4. Monitoraggio della appropriatezza e produzione di linee guida

La responsabilità di una struttura di ricerca che fa da ponte con la pratica clinica, quale è il CRIBT, non si limita alla scoperta di nuovi biomarcatori ed al “collaudo” degli stessi prima della applicazione routinaria. La responsabilità di questo tipologia di ricerca si estende anche alle domande “il marcatore viene usato correttamente?” “il paziente ne ha i benefici attesi?”. Questa tipologia di ricerca, che tecnicamente si chiama “ricerca sugli esiti”, studia metodi per monitorizzare e correggere l'appropriatezza con cui medici prescrivono gli esami e l'uso che fanno poi dei risultati.

5. La formazione

Le attività di formazione sono uno dei cardini del CRIBT e rappresentano di per se un'area di ricerca. Infatti, il CRIBT sviluppa e collauda progettualità formative innovative finalizzate a portare l'innovazione più rapidamente possibile nella pratica clinica. Un recente esempio è un corso di formazione sul campo per formare infermieri e tecnici nel campo delle ricerche cliniche sui biomarcatori e sulle biobanche, in modo da favorire un ruolo sempre maggiore degli ospedali nei progetti di ricerca clinici.

IL VALORE AGGIUNTO DEL CRIBT NELLO SCENARIO SOCIALE E SANITARIO

Il CRIBT opera in una realtà sociale e sanitaria importante, all'interno di una città caratterizzata da una grande tradizione nel campo delle arti e della medicina. Non è necessario ricordare il ruolo



di Venezia nella storia della prevenzione (i primi Lazzareti) e nell'assistenza (le Scuole Grandi). Opera inoltre in una regione che rappresenta in Italia uno dei riferimenti di eccellenza per la sanità, in termini sia di assistenza e ricerca, che di modelli organizzativi.

Visibilità nazionale ed internazionale per l'Ulss 12

Il CRIBT offre grande visibilità nazionale ed europea alla Ulss 12 e la rete di collegamenti e contatti del CRIBT rappresenta una risorsa che può contribuire ad aumentare l'area di influenza della Ulss e ad incrementare l'indice di attrazione sia per progetti di ricerca che per attività diagnostiche e terapeutiche. Il ruolo di CRIBT nel trasferimento tecnologico può inoltre mettere a disposizione della Ulss nuove tecnologie o strumenti. Infine, le competenze dei ricercatori del CRIBT rappresentano un'area specialistica originale e unica per le attività di formazione.

A Venezia si può fare cultura delle scienze della vita e delle biotecnologie

Nel contesto della città il CRIBT rappresenta un esempio concreto e visibile che a Venezia si può fare cultura anche nel campo delle scienze della vita e delle biotecnologie. Una adeguata promozione di questo aspetto potrebbe essere molto importante per rinforzare una immagine di Venezia moderna e vitale. Il CRIBT rappresenta anche un centro di attrazione per giovani ricercatori che possono trovare una posizione professionale e per ricercatori seniores che periodicamente afferiscono per progetti di collaborazione o per scambi culturali. Interessante notare che la tipologia di ricerca del CRIBT, che si basa su una rete di collaborazioni nazionali ed internazionali, sulla condivisione di competenze e su relazioni strutturate, sembra essere in armonia con la storia della Città, da sempre strettamente legata alla capacità di

gestire e governare relazioni e contatti.

Punto di riferimento per l'intera provincia, collaborazione con il VEGA parco tecnologico e scientifico

Il CRIBT ha anche un impatto significativo nel territorio della provincia: infatti, opera all'interno dell'Area vasta dei Laboratori Analisi, contribuendo significativamente alla diagnostica oncologica come laboratorio di riferimento. Collabora inoltre con imprese del Parco Tecnologico VEGA allo sviluppo di biotecnologie, favorendo l'attività del Parco come incubatore di nuove attività imprenditoriali.

Collaudo, monitoraggio e miglioramento continuo dell'appropriatezza all'interno della Regione Veneto e a livello internazionale

Il CRIBT è uno strumento operativo che permette alla Regione Veneto di mettere a punto e collaudare programmi di monitoraggio e di miglioramento continuo della appropriatezza nell'uso delle risorse diagnostiche e terapeutiche (in particolare nel campo dei farmaci antitumorali mirati a bersagli molecolari). Infine il CRIBT rappresenta un braccio operativo legittimato a livello internazionale per la gestione di programmi di HTA (Health Technology Assessment, valutazione delle tecnologie sanitarie).

COSA SONO I BIOMARCATORI?

Sono sostanze che vengono prodotte dai tessuti anche in condizioni normali. Tuttavia, quando si sviluppa un tumore, i biomarcatori si modificano sia in modo quantitativo (il tumore ne produce di più) sia dal punto di vista qualitativo, perché cambia la loro struttura. Cercando e misurando tali sostanze si ottengono così informazioni preziose per il trattamento del tumore. Lo studio dei biomarcatori ha due principali obiettivi: la diagnosi precoce e la "personalizzazione" delle terapie.



La nascita del tavolo interregionale per i biomarcatori in oncologia

Il 12 settembre 2012 ha preso il via il “Tavolo per il miglioramento della pratica clinica per l'utilizzo dei biomarcatori in oncologia. Il tavolo è una risposta alle numerose evidenze scientifiche che mostrano come i biomarcatori in oncologia siano richiesti in modo altamente inappropriato, sia per eccesso che per difetto. L'inappropriatezza per difetto comporta rischi per la salute del paziente, che non riceve il livello di assistenza dovuto. L'inappropriatezza per eccesso è fonte di costi non necessari sia diretti, per la determinazione dei biomarcatori, che indiretti, dovuti cioè ai successivi esami di accertamento inutili. Inoltre è causa per il paziente di effetti collaterali negativi (tempo sprecato, ansia...) e comporta anche potenziali rischi di danni conseguenti a interventi diagnostici di approfondimento invasivi.

Eliminare l'inappropriatezza con un piano di miglioramento della pratica clinica

Rilevamenti eseguiti dal Centro Regionale Biomarcatori della Azienda Ulss 12 Veneziana (CRIBT), diretto dal dottor Massimo Gion, hanno evidenziato il persistere in Italia di alti livelli di inappropriatezza prescrittiva, che non mostrano miglioramenti “spontanei” nel tempo.

Data la crescente importanza dei biomarcatori in oncologia ed il conseguente rischio di ulteriore incremento della inappropriatezza, si è deciso di attivare un “Tavolo di lavoro Interregionale per un piano di miglioramento della pratica clinica nell'utilizzo dei biomarcatori in oncologia”.

Un tavolo interregionale sostenuto dalla Regione Veneto e coordinato dal Centro di Venezia

L'iniziativa, voluta dell'Assessorato alla Sanità della Regione Veneto e coordinata sul piano scientifico dal CRIBT, è stata avviata nel settembre 2011.

Le Regioni Veneto e Toscana hanno poi accompagnato la proposta a livello nazionale, con il risultato che nell'aprile 2012 la Commissione Salute ha formalizzato il “Tavolo di lavoro interregionale”. L'Assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto, ha quindi invitato tutte le Regioni a partecipare all'iniziativa. Ad oggi, hanno aderito 11 regioni (Campania, Calabria, Emilia Romagna,

Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Trentino, Umbria, Veneto) rappresentative di 43 milioni di abitanti, corrispondenti al 70.9% della popolazione nazionale.

Il 12 settembre 2012 i rappresentanti delle Regioni partecipanti si sono riuniti a Roma nella sede della Conferenza Stato Regioni ed hanno formalmente dato avvio ai lavori. L'obiettivo del “Tavolo Interregionale” è creare una massa critica di portatori di interesse con competenze scientifiche e ruoli gestionali, capace di sostenere iniziative finalizzate a migliorare l'offerta sanitaria senza aumentare la spesa.

Le azioni da realizzare

Per raggiungere tale obiettivo, si sono pianificate per il primo biennio le seguenti azioni, basate sul contenuto della “Guida all'Uso Clinico del Biomarcatori in Oncologia” preparata nel 2010 dal CRIBT e dal censimento sulla prescrizione, condotto sempre dal CRIBT nel 2006-2008.

- 1. Integrare le indicazioni della “Guida” nei documenti finalizzati alla ridefinizione delle politiche sanitarie emessi dalle Regioni partecipanti (come i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) con lo scopo di ottimizzare i percorsi e garantire a tutti i cittadini che i marcatori siano correttamente prescritti.**
- 2. Predisporre atti normativi condivisi fra le diverse Regioni partecipanti per contrastare i livelli di inappropriatezza macroscopica (es. PSA nelle donne!).**
- 3. Predisporre ed attivare un progetto di formazione nazionale sul tema della appropriatezza dei biomarcatori.**
- 4. Avviare un censimento periodico in tutte le Regioni partecipanti per rilevare il grado di appropriatezza della prescrizione e soprattutto per monitorizzare l'efficacia delle azioni finalizzate al miglioramento.**

Informazioni

Carta dei Servizi dell'Ulss 12
www.ulss12.ve.it



Ospedale Civile di Venezia

Lotta all'ipertensione. La pressione alta è un nemico silenzioso

a cura di **Cristiana Leprotti**,
direttore Unità Operativa Semplice Dipartimentale
di Ipertensione Arteriosa e Aterosclerosi
dell'Ospedale Civile di Venezia

L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Ipertensione Arteriosa e Aterosclerosi dell'Ospedale Civile di Venezia offre servizi e livelli di assistenza prestati quotidianamente ad un gran numero di cittadini negli ambulatori dell'Ospedale civile di Venezia. La cura e la prevenzione dell'ipertensione arteriosa e degli altri fattori di rischio cardiovascolare sono, infatti, azioni fondamentali.

NELLA ULSS 12 UN NUMERO SEMPRE MAGGIORE DI ANZIANI RISPETTO AL RESTO DEL VENETO

Il recente Rapporto sui determinanti dell'Ulss 12 veneziana (aprile 2011) mette in luce quali sono le patologie dominanti nel territorio e che caratterizzano la specificità veneziana. Partendo dalla valutazione dell'andamento demografico cittadino, il dato più rilevante è un progressivo incremento della percentuale della popolazione over 65 anni. Mettendo in relazione i dati di tutte le Ulss venete, la popolazione anziana di Venezia è significativamente superiore con una media di invecchiamento del 4,54% contro quella regionale che si ferma al 2,81 %. Un esponenziale aumento della popolazione anziana (oltre il 50% in più rispetto alla media regionale) che, inevitabilmente, accresce il numero delle patologie cronico-degenerative le quali richiedono modelli e regimi assistenziali a lungo termine.

LA COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITÀ DI PADOVA E L'ATTIVITÀ DI STUDIO E RICERCA

Il "Centro Ipertensione" è attivo dal 1988 quando il prof. Giovanni Battista Ambrosio (professore dell'Università di Padova e appartenente alla prestigiosa Scuola patavina fondata dal professor Cesare Dal Palù) assunse l'incarico di Primario del Reparto di Medicina I dell'Ospedale Civile di Venezia. Il professor Ambrosio è stato il maestro di un folto gruppo di medici parte dei quali, iniziando da studenti, lavora ancora all'Ospedale Civile di Venezia. La sua felice intuizione di creare centri di eccellenza per assistere la popolazione affetta da fattori di rischio rappresenta tuttora uno dei fiori all'occhiello del nostro Ospedale. In questi 25 anni di attività – un quarto di secolo – il Centro ha curato migliaia di pazienti e, in stretta collaborazione con l'Università di Padova, ha svolto molti studi nazionali ed internazionali sia terapeutici che di osservazione pubblicati

nelle più prestigiose riviste scientifiche. Inoltre, il nostro Centro è accreditato dalla Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA). Un accreditamento che nel Triveneto è stato accordato a soli otto Centri.

IL "CENTRO IPERTENSIONE ARTERIOSA" DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

Dal 2009 il "Centro Ipertensione" è diventato Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Ipertensione arteriosa-Aterosclerosi alla quale si rivolgono pazienti con ipertensione arteriosa (pressione alta oltre i limiti), aterosclerosi (dislipidemie: alterazioni del colesterolo-trigliceridi) e obesità (sovrappeso-obesità). L'ipertensione arteriosa non è una malattia, ma è un fattore di rischio "aggiuntivo". Può, infatti, causare l'aumento del rischio cardiovascolare: infarto miocardico, ictus cerebrale, insufficienza renale ed altre patologie. Si stima che nel nostro Paese gli ipertesi siano circa 15milioni, di questi solo il 50% è in trattamento farmacologico e soltanto il 25% ha un adeguato controllo della pressione arteriosa. Quindi, se ne deduce che il 75% degli ipertesi non è curato adeguatamente oppure, ancor peggio, non è curato affatto.

RISCHIO CARDIOVASCOLARE GLOBALE: FATTORI "NON MODIFICABILI" E FATTORI "MODIFICABILI"

Il rischio cardiovascolare globale subisce l'influenza di fattori di rischio "non modificabili": età, sesso e familiarità per malattie cardiovascolari. Fattori questi che, evidentemente, la medicina deve assumere come dati di fatto e su cui non si può intervenire. Al contrario, è possibile abbassare il rischio cardiovascolare globale agendo sui fattori di rischio aggiuntivi "modificabili": ipertensione arteriosa, alterazione

dei lipidi nel sangue (colesterolo, trigliceridi, ecc.), diabete, fumo, sovrappeso/obesità, abitudini alimentari non corrette e sedentarietà. È opportuno far presente che il ricorso alle cure attualmente disponibili può permettere di eliminare pressoché completamente questi rischi aggiuntivi "modificabili".

IPERTENSIONE ARTERIOSA. PIÙ AUMENTA LA PRESSIONE PIÙ AUMENTA LA MORTALITÀ

Più aumenta la pressione Arteriosa e più aumenta la mortalità perché l'ipertensione danneggia tutti gli organi. Soprattutto il cuore, l'aorta e i vasi, il cervello, i reni e gli occhi. Quindi, il rischio aumenta in presenza di valori pressori pari o superiori a 140 mmHg di pressione sistolica (pressione massima) e/o pari o superiori a 90 mmHg di pressione diastolica (pressione minima). In questo caso è giustificato un intervento terapeutico anche farmacologico che andrà a ridurre il rischio cardiovascolare (vedi **tabella 1**).

15 MILIONI DI ITALIANI SOFFRONO DI IPERTENSIONE, MA SOLO LA METÀ NE È CONSAPEVOLE

La SIIA (Società Italiana dell'Ipertensione arteriosa) rileva, come già evidenziato, che circa 15 milioni di italiani soffrono d'ipertensione arteriosa e che, dato allarmante, solo la metà ne è consapevole. Se ne deduce l'importanza di una misurazione puntuale ed accurata. Esemplicando possiamo dire che il cuore pompa con forza il sangue esercitando una pressione sulla parete delle arterie ("sistolica" o massima). Quando il cuore, che batte ad intervalli regolari, si "ricarica" per il successivo battito si registra la pressione del sangue che rimane nelle arterie ("diastolica" o minima).

CATEGORIA	Pressione arteriosa in mm Hg	
	SISTOLICA	DIASTOLICA
Ottimale	< 120	< 80
Normale	< 130	< 85
Normale - Alta	130 – 139	85 – 89
Ipertensione di grado 1 borderline	140 – 149	90 – 94
Ipertensione di grado 1 lieve	150 – 159	95 – 99
Ipertensione di grado 2 moderata	160 – 179	100 – 109
Ipertensione di grado 3 grave	≥ 180	≥ 110
Ipertensione sistolica isolata borderline	140 – 149	< 90
Ipertensione sistolica isolata	≥ 150	< 90

TABELLA 1
Classificazione dell'ipertensione suggerita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, basata sui livelli della pressione arteriosa nei soggetti adulti a partire dai 18 anni di età

Quando la pressione sistolica e diastolica di un paziente rientrano in categorie differenti, la classificazione va fatta in base alla categoria maggiore.



LE MODALITÀ DI MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

Ci sono molti apparecchi che misurano la pressione. Il più preciso, e comunemente usato, è lo sfigmomanometro a mercurio che richiede la presenza di un fonendoscopio e la capacità di rilevare la pulsazione quando il bracciale si sgonfia. In commercio esistono anche apparecchi per l'automisurazione domiciliare, di più semplice utilizzo, che consentono una rilevazione automatica o semiautomatica.

Vorrei sottolineare che in commercio esistono anche dispositivi che effettuano la rilevazione della pressione al polso o al dito della mano. Tuttavia, si tratta in linea di massima di strumenti ritenuti poco attendibili, salvo rare eccezioni. Quindi, attualmente, le più recenti linee guida internazionali sull'ipertensione arteriosa ne sconsigliano l'utilizzo.

Il paziente deve effettuare almeno due misurazioni successive tenendo presente che, se la pressione differisce di più di 5 mmHg, dovrà procedere con ulteriori misurazioni fino a che i valori misurati risulteranno stabili.

UNA CORRETTA MISURAZIONE DELLA PRESSIONE

Per una corretta misurazione si deve:

- essere rilassati e seduti comodamente in ambiente tranquillo con temperatura confortevole, da almeno cinque minuti;
- non assumere bevande contenenti caffeina nell'ora precedente, né fumare da almeno un quarto d'ora (fermo restando che non si dovrebbe fumare in assoluto);
- appoggiare il braccio in modo che il bracciale sia all'altezza del cuore. Si possono usare indifferentemente il braccio destro o quello sinistro ricordando, tuttavia, che esistono a volte differenze sensibili nei valori misurati nelle due braccia. Nel caso, si deve utilizzare il braccio con la pressione più elevata;
- adattare il bracciale di gomma alla dimensione del braccio del paziente. Per esempio, nel caso di bambini o di adulti molto magri si devono utilizzare bracciali di dimensioni minori di quelle standard, mentre nel caso di persone molto robuste o di pazienti obesi, si devono utilizzare bracciali di una lunghezza superiore.

IL MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA PER 24 ORE

Un'altra modalità di misurazione è il "monitoraggio della pressione ambulatoria delle 24 ore" che viene effettuato mediante un bracciale collegato ad uno speciale apparecchio di piccole dimensioni che contiene un sistema di registrazione e che è programmato per eseguire misurazioni automatiche della pressione arteriosa ad intervalli determinati per un'intera giornata, sia nelle ore diurne che in quelle notturne. Questa modalità di misurazione deve essere richiesta dal medico curante e viene eseguita anche presso il nostro Centro.

Essa fornisce indiscussi vantaggi poiché rende disponibile un elevato numero di misurazioni nell'arco delle 24 ore, molto maggiore di quello ottenibile in ambiente clinico, ed evita anche l'effetto "da camice bianco", cioè l'aumento dei valori pressori determinato dalla presenza del medico all'atto della misurazione.

Inoltre, consente di:

- confermare uno stato ipertensivo quando la pressione arteriosa clinica è variabile in visite diverse;
- valutare l'ipertensione resistente;
- quantificare l'entità e la durata d'azione di eventuali farmaci antipertensivi;
- fornire informazioni sui valori notturni;
- valutare la terapia farmacologica antipertensiva;
- valutare sospetti episodi di ipotensione (bassi valori di pressione arteriosa);
- valutare l'ipertensione in gravidanza.

COME SI CURA L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

La terapia ha l'obiettivo di ridurre i valori pressori e di diminuire il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari quali infarto miocardico, ictus cerebrale, ecc. Questo obiettivo richiede il trattamento di tutti i fattori di rischio reversibili ed identificabili.

Oltre che con i farmaci, la riduzione della pressione può essere ottenuta anche osservando un regime alimentare corretto ed uno stile di vita finalizzato al benessere psico-fisico.

Le piccole regole da seguire (misure igienico-dietetiche) sono:

- in caso di sovrappeso/obesità è necessaria una riduzione del peso corporeo attraverso un'adeguata dieta ipocalorica;
- iniziare o aumentare una regolare attività fisica per almeno 30-45 minuti al giorno (camminare, andare in bicicletta, in palestra, ecc.);
- ridurre il consumo di sale nei cibi (utilizzare piuttosto il sale dietetico facilmente reperibile ovunque) e cercare di evitare i cibi salati;
- aumentare il consumo di frutta e verdura;
- abolire il fumo;
- diminuire l'assunzione di alcolici.

Queste regole hanno effetti vantaggiosi a lungo termine anche su altri fattori di rischio spesso associati all'ipertensione come, ad esempio,

l'obesità, l'ipercolesterolemia e il diabete. Si tratta di misure non farmacologiche che devono essere seguite anche quando il medico ritiene necessario intervenire con una terapia farmacologica per il controllo della pressione arteriosa.

I FARMACI ANTIPERTENSIVI

I farmaci antipertensivi sono molto numerosi, agiscono attraverso meccanismi diversi e, solitamente, sono efficaci e ben tollerati.

Le categorie più importanti sono:

- i **diuretici**;
- i **bloccanti del sistema renina-angiotensina**, un meccanismo ormonale che regola la pressione arteriosa (ACE inibitori, inibitori del recettore AT1 dell'angiotensina II);
- i **calcioantagonisti** che bloccano l'entrata di calcio nelle cellule muscolari delle arteriole e riducono l'eccessiva costrizione arteriolare;
- i **betabloccanti**, gli **alfabloccanti** e gli **antiadrenergici centrali** che riducono a vari livelli la risposta circolatoria agli stimoli del sistema nervoso simpatico.

È opportuno sottolineare che spesso un solo farmaco non è sufficiente per ottenere un buon controllo pressorio. Infatti, spesso il medico deve ricorrere ad una terapia di associazione che prevede l'assunzione di due o più farmaci laddove in commercio non esistano associazioni precostituite. Il medico sceglierà la terapia più opportuna iniziando, solitamente, con un solo farmaco e tenendo conto delle eventuali malattie presenti o pregresse del paziente. Nel caso in cui la terapia si rivelasse insufficiente verranno associati altri farmaci fino al raggiungimento del controllo pressorio.

MOLTI IPERTESI NON SANNO DI ESSERLO E CORRENO SERI RISCHI: FONDAMENTALE UN'AZIONE EFFICACE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E TERAPIA

Partendo dal presupposto che l'ipertensione è un nemico silenzioso e che un'alta percentuale di ipertesi non sa di esserlo, è evidente come sia importante un'efficace azione di informazione, di prevenzione e di terapia. Quindi devono essere applicate le linee guida della Società europea di Ipertensione (ESH) e della Società europea di Cardiologia (ESC) laddove si raccomanda di mantenere i valori della pressione arteriosa inferiori a 140 mmHg per la pressione massima e inferiori a 90 mmHg per la pressione minima. Limiti che devono diminuire a meno 120 mmHg per la massima e a meno di 80 mmHg per la pressione minima, quando ci sono altri fattori di rischio (diabete, fumo, colesterolo elevato, malattia cardiologica o vascolare già presenti). È evidente l'importanza di non sottovalutare valori pressori fuori dalla norma, ma soprattutto di sottoporsi ad un'adeguata terapia in caso di ipertensione arteriosa. La terapia deve essere prescritta dal medico e il paziente non deve assolutamente fare variazioni di sua iniziativa. In una realtà come quella della nostra Ulss, dove il più alto numero di esenzioni è proprio quello per ipertensione, la prevenzione e la cura si rivelano fondamentali per garantire la salute e la qualità di vita al cittadino.

Per informazioni
Carta dei Servizi dell'Ulss 12,
www.ulss12.ve.it

L'U.O.S.D. di Ipertensione arteriosa-Aterosclerosi dell'Ospedale Civile di Venezia – ULSS 12 Veneziana Centro accreditato SIIA

Il Centro esegue oltre **3mila prestazioni l'anno**, lavorando in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale e anche con tutte le altre Unità Operative dell'Ospedale: in particolare con Neurologia, Cardiologia, Ginecologia, Angiologia, Diabetologia, Medicina, Pronto Soccorso.

Da anni il Centro collabora con l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, seguendo le pazienti con ipertensione in gravidanza.

Le liste d'attesa per le visite sono sotto i limiti prescritti dalla Regione Veneto.

L'U.O.S.D. di Ipertensione arteriosa-Aterosclerosi effettua le visite con prenotazione CUP (Centro Unico di Prenotazione).

Il paziente, con la richiesta del proprio medico curante, deve contattare il CUP che gli fisserà l'appuntamento. Le visite si svolgono con queste tempistiche:

PRIME VISITE IPERTENSIONE	lunedì e venerdì
CONTROLLI IPERTENSIONE	lunedì, martedì e giovedì
MONITORAGGI PRESSIONE ARTERIOSA 24 ORE	lunedì, martedì, mercoledì, giovedì e venerdì
PRIME VISITE ATROSCLEROSI	mercoledì
CONTROLLI ATROSCLEROSI	lunedì, martedì, mercoledì e giovedì
PRIME VISITE OBESITÀ	mercoledì
CONTROLLI OBESITÀ	martedì e mercoledì

Il Centro cura il paziente applicando le Linee Guida europee in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale.

Direttore: dott.ssa Cristiana Leprotti specializzata in Medicina Interna ed in Cardiologia.

Linfomi, leucemie e mielomi

“Siamo il terzo polo nel Veneto per il trapianto del midollo osseo allogenico”. Colloquio con Renato Bassan, primario di Ematologia dell’Ulss 12

a cura di
Nicoletta Benatelli

Ematologia dell’ospedale dell’Angelo di Mestre è divenuta a pieno titolo il terzo polo veneto – dopo Verona e Vicenza – per il trapianto di midollo osseo allogenico per pazienti con gravi forme di leucemia, linfoma e mieloma. In tutto le Ematologie che operano il trapianto del midollo allogenico nel Veneto sono: Verona, Vicenza, e Mestre-Venezia.

“Linfomi, leucemie e mielomi sono gravi malattie – spiega Renato Bassan, primario di Ematologia all’ospedale dell’Angelo – ma oggi i pazienti e le loro famiglie possono essere fiduciosi perché negli ultimi trent’anni sono stati fatti passi da gigante e possiamo dire che queste patologie permettono la piena guarigione in un numero di casi sempre crescente”. Il reparto di Ematologia dell’ospedale di Mestre è polo di riferimento per il centro storico e le isole veneziane, nonché per tutta la provincia di Venezia.

NEI PRIMI SEI MESI DEL 2012 SEI TRAPIANTI DI MIDOLLO EFFETTUATI DA FAMILIARI COMPATIBILI

Nei primi mesi del 2012 sono stati eseguiti i primi sei trapianti di midollo da familiare compatibile, tutti con esito positivo e senza alcuna difficoltà tecnica, in soggetti con età variabile da 35 ai 65 anni affetti da leucemia, mieloma o linfoma. Si tratta di trapianti allogenici cioè da donatore familiare compatibile.

“A differenza del trapianto autologo, cioè con cellule staminali dello stesso paziente, di uso piuttosto comune in varie patologie ematologiche – spiega il **dottor Bassan** –, il trapianto allogenico è una procedura altamente complessa, ma inevitabile per

alcuni pazienti ad alto rischio. In ematologia è fondamentale un approccio multidisciplinare integrato, attraverso un lavoro di squadra che qui all’Angelo coinvolge specialisti di vari settori (Ematologia, Laboratorio Analisi, Servizio Immunotrasfusionale, Radioterapia, Microbiologia, Citogenetica e Genetica), i quali operano secondo modalità estremamente rigorose”. Si stima che con l’attuale modello organizzativo, il reparto di Ematologia potrà gestire a pieno regime circa due trapianti al mese, aumentando così del 30 per cento la capacità regionale complessiva. Nel 2014 il reparto di Mestre potrà essere abilitato anche al trapianto da donatore compatibile non familiare.

IL RISULTATO DI UN LAVORO DI SQUADRA

“È un risultato importante – sottolinea Renato Bassan – anche per il beneficio aggiuntivo per i pazienti e i loro familiari che non saranno più costretti a lunghe e difficoltose peregrinazioni verso altri centri trapianto sia regionali che extra-regionali. Questo è il dato forse più importante e tangibile di un processo di miglioramento che ha coinvolto sia il settore diagnostico che quello terapeutico del reparto, con l'introduzione di numerosi protocolli di trattamento tra i più moderni ed efficaci per le malattie tumorali del sangue, e ha contemporaneamente visto l'avvio di rapporti di stretta collaborazione con gli altri ospedali della provincia. Non saremmo riusciti in questa sfida, senza il massimo impegno di **tutto il personale medico e paramedico del reparto di Ematologia, del Gruppo Trapianto coordinato dal dottor Michele Vespignani, nonché dell'apporto fondamentale del Laboratorio Analisi, diretto dal dottor Massimo Gion, del Servizio Immunotrasfusionale guidato dal dottor Giorgio Marchiori e della sezione veneziana dell'Associazione Italiana Lotta alla Leucemia (Ail)**, che ha contribuito in modo generosissimo all'attuazione dei progetti”.

LE TECNICHE DI TRAPIANTO DEL MIDOLLO

Ma in cosa consiste un trapianto di midollo?

“Intanto dobbiamo chiarire che il trapianto di midollo è una terapia che riguarda solo i pazienti più a rischio – precisa il dottor Bassan –. Nei poli di Vicenza e Verona si effettuano già trapianti da donatori volontari compatibili, noi potremo farlo tra circa un anno. Per ora realizziamo trapianti allogenici da donatori familiari o e autotrapianti. Nel primo tipo di casi, per ogni paziente ad alto rischio che necessita di un trapianto, va ricercato un familiare donatore compatibile o un donatore volontario compatibile. Il donatore viene sottoposto ad una anestesia per il prelievo di parte del tessuto midollare, operazione che avviene in sala operatoria. Una volta estratto il tessuto, si avviano le procedure per il trapianto sul paziente malato. Il trapianto non avviene tramite intervento chirurgico, ma tramite flebo endovenosa all'interno della quale sono immesse le cellule di midollo sano estratte dal donatore. Queste cellule sane entrando nella circolazione sanguigna, andranno automaticamente a posizionarsi nel midollo del paziente ricostituendo il tessuto. In altri casi viene effettuato anche l'autotrapianto o trapianto autologo: parte del tessuto midollare è estratto dalle ossa dell'anca dello stesso paziente e viene poi reinfuso per via endovenosa con identico processo rispetto al trapianto da donatore allogenico”.

Esiste anche il trapianto effettuato immettendo nel paziente cellule staminali. “In questi casi i donatori sono trattati con farmaci che aumentano notevolmente la produzione naturale di cellule staminali nel midollo osseo in modo da produrne

quantità presenti anche nella circolazione sanguigna periferica – continua il primario di Ematologia –. Successivamente, tramite un processo chiamato leucaferesi (una sorta di dialisi; ndr), si recuperano dal sangue del donatore le cellule staminali da infondere poi nel paziente malato”.

Al reparto di Ematologia dell'ospedale dell'Angelo, per le fasi delicate del trapianto di midollo, ci sono tre camere sterili.

EMATOLOGIA, UNA SCIENZA IN CONTINUA EVOLUZIONE

“Il mio primo paziente, circa trent'anni fa, fu un operaio di Porto Marghera ricoverato all'ospedale di Vicenza – ricorda il dottor Bassan –. Allora purtroppo la maggior parte dei pazienti moriva perchè non avevamo a disposizione le terapie attuali. I progressi enormi che sono stati fatti però non devono indurci ad abbassare la guardia. Le malattie tumorali in ematologia restano un demone multiforme per sconfiggere il quale occorre applicare in modo estremamente rigoroso i più avanzati protocolli esistenti. La personale battaglia che conduco con tutto il mio staff è quella di una attenzione che possiamo definire maniacale perchè nessun elemento, nell'applicazione terapeutica, possa sfuggire. Talvolta anche un dettaglio nel lungo e complesso processo terapeutico può fare la differenza tra la guarigione e la non guarigione”.

MALATTIE TUMORALI DEL SANGUE ACUTE E CRONICHE

Le malattie tumorali del sangue possono essere acute o croniche e si curano con chemioterapia o trapianto di midollo. Facciamo solo alcuni esempi. Le leucemie possono essere mieloidi o linfatiche. Le leucemie acute hanno spesso un esordio improvviso. Questo tipo di patologia richiede lunghi ricoveri in periodi diversi per l'applicazione delle terapie previste o un eventuale trapianto. Le leucemie croniche hanno invece un esordio lento che può durare anche anni. La leucemia linfatica cronica è tipica delle persone anziane, secondo i casi si può applicare una semplice osservazione costante dell'evoluzione della patologia oppure si può passare al trattamento con chemioterapici. La leucemia mieloide cronica prevede la somministrazione di farmaci molto specifici in grado di portare il paziente alla guarigione nel 90% dei casi.

Poi c'è la vasta categoria dei linfomi. Il linfoma di Hodgkin viene curato in modo molto efficace con uno schema comprendente quattro tipi di farmaci chemioterapici messo a punto all'Istituto Tumori di Milano.

I linfomi non Hodgkin presentano invece tanti sottotipi con prognosi diverse.

IL PERCORSO DAI SINTOMI ALLA DIAGNOSI

Il sospetto di una malattia tumorale del sangue avviene spesso a seguito dei sintomi presentati dal

paziente, sintomi che sono variabili secondo il tipo di patologia ed anche secondo caratteristiche individuali. Nei casi acuti si possono verificare anche accessi tramite il Pronto Soccorso, in altri casi è il medico di medicina generale a prescrivere esami del sangue ed altre indagini i cui esiti fanno approdare il paziente comunque in pochissimi giorni agli **ambulatori di Ematologia che sono quattro all'ospedale dell'Angelo e due all'ospedale civile di Venezia**. Va segnalato che i pazienti arrivano da tutta la provincia di Venezia e quindi anche da territorio di altre Ulss. La valutazione degli ematologi distingue tra i casi di malattie non gravi come anemie, ecc. ed i casi più gravi per i quali sono necessari approfondimenti specifici. Nei casi in cui si sospetta una malattia tumorale vengono ordinate indagini ulteriori, tra le quali anche il prelievo sternale, effettuato in reparto da medici specializzati che possono interpretare i risultati nel giro di poche ore.

LA TIPOLOGIA DI PAZIENTI E LE CAUSE DELLE MALATTIE TUMORI DEL SANGUE

All'ospedale dell'Angelo si curano solo adulti; i bambini sono inviati alla clinica universitaria di Padova.

“Il 10, 15% dei pazienti ha un'età inferiore ai 30 anni – sottolinea il primario di Ematologia –. Il 30% ha un'età inferiore ai 50 anni, mentre il 50% ha un'età superiore ai 50 anni. Anche pazienti ultrasessantenni e ottantenni spesso sopportano bene le terapie. Per quanto riguarda la prevenzione, possiamo indicare solo che uno stile di vita sano è sempre un aiuto per mantenersi in salute o, nei casi in cui sfortunatamente ci si ammali, un buon supporto per reagire e sopportare al meglio le terapie al fine di una pronta guarigione”.

Ma quali sono le cause delle malattie tumorali del sangue? “Delle cause non si sa molto, è accertato che aumentano il rischio di malattie tumorali del sangue: esposizioni a derivati del petrolio (benzene; ecc.), solventi organici, radiazioni di ogni tipo, ecc. - conclude il dottor Bassan. - Si tratta di fattori che aumentano il rischio di alterazione del DNA, ma dobbiamo ricordare che queste malattie sono sempre multifattoriali perciò si associano insieme anche altri elementi come la genetica individuale e la situazione specifica in cui si trova il sistema immunitario della persona”.

Informazioni

Carta dei Servizi dell'Ulss 12
www.ulss12.ve.it

AIL-Associazione Italiana contro le Leucemie, i Linfomi e il Mieloma
Castello 6697, 30123 Venezia
ailvenezia@libero.it
T 041 5207468

EMATOLOGIA, OSPEDALE DELL'ANGELO

RICOVERI NEL 2011

Ricoveri per leucemia acuta 72
Ricoveri per altre leucemie/linfomi/mieloma 94
Ricoveri per altre patologie/complicanze 94
Ricoveri per trapianto (solo autologo, no allogenico) 22

RICOVERI NEI PRIMI SEI MESI DEL 2012

ricoveri totali 155
ricoveri per trapianto 14 (di cui 6 allogenici)

ATTIVITÀ AMBULATORIALE NEL 2011

A Mestre 14.622 visite (con tasso di attrazione da fuori Ulss 12 del 23,7%)
A Venezia 6.507 visite

ATTIVITÀ AMBULATORIALE NEI PRIMI 6 MESI DEL 2012

A Mestre 9.174 visite (con tasso di attrazione da fuori Ulss 12 del 28,67%)
A Venezia 3.557 visite

Sono stati attivati tra fine 2011 ed inizio 2012 due nuovi ambulatori di consulenza ematologica gestita dal reparto di Ematologia dell'ospedale dell'Angelo all'ospedale di San Donà di Piave e all'ospedale di Chioggia.

LO STAFF DI EMATOLOGIA

11 medici

OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

3 infermieri professionali
1 operatore socio-sanitario

REPARTO DEGENZE OSPEDALE DELL'ANGELO

1 coordinatore Infermieristico
16 infermieri professionali
3 operatori socio-sanitari
1 ausiliario socio-sanitario

DAY HOSPITAL/AMBULATORI

1 Coordinatore Infermieristico
5 Infermieri professionali
1 Operatore socio-sanitario

Due sono i coadiutori amministrativi
Tra il personale non strutturato c'è anche una psicologa.

Gastroenterologia

“La salute è soprattutto nelle nostre mani”. Intervista ad Alfredo Saggioro, primario di Gastroenterologia dell’Ulss 12

“La salute è anche e soprattutto nelle nostre mani”. Lo slogan di Alfredo Saggioro, primario della Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia dell’Ulss 12, è un invito a rendere ciascuno pienamente responsabile della propria salute. “Ormai sappiamo da molti studi scientifici che le patologie croniche hanno una percentuale del 10, 15 per cento di componente genetica, del 10, 15 per cento di esposizione ambientale (inquinamento, ecc.) e per il resto molto è dunque dovuto ai nostri stili di vita a partire dall’alimentazione – spiega il primario Saggioro –. Ecco perché la salute è nelle nostre mani. Mangiare in modo corretto, fare attività fisica moderata e costante, avere cura di sé, potrebbe dare un contributo notevole alla salute pubblica diffondendo maggior benessere e riducendo la spesa sanitaria. Ormai la vita si è allungata, noi sappiamo che biologicamente sarebbe possibile anche superare i cento anni e sfiorare i 120. Oggi la vita media è 84 anni per le donne e 78 per gli uomini in Italia, ma al contrario però si sta pericolosamente abbassando l’aspettativa di vita sana: oggi si vive più a lungo, ma ci si ammala molto prima, già attorno ai 30 anni, per esempio, con malattie come l’ipertensione arteriosa che potrebbe essere corretta nella maggioranza dei casi con un miglioramento dello stile di vita. È questa la battaglia da fare insieme: medici e pazienti”.

Dottor Saggioro, possiamo dire che gli stili di vita errati fanno aumentare i costi sanitari?

In questo periodo di crisi si sente parlare costantemente di contenimento della spesa pubblica e in particolare anche di tagli alle spese sanitarie. La scommessa è ridurre i costi ed i bisogni sanitari perché nella popolazione aumenta il numero delle persone sane. È confermato da molti studi che non fumare, fare attività fisica e mangiare in modo corretto potrebbero ridurre drasticamente il numero dei malati soprattutto nella fascia dei giovani e degli adulti e perfino tra gli anziani.

Quali sono i consigli del gastroenterologo per una dieta corretta?

Io sono contrario alle prescrizioni rigide che escludono totalmente determinati cibi. Penso che si può mangiare un po' di tutto, ma bisogna ridurre le quantità: la raccomandazione è mangiare piccole porzioni di alimenti divisi in cinque momenti della giornata, ovviamente favorendo frutta e verdura. Potrei dire che nessun alimento è di per sé nocivo, ma sono nocive le quantità. Insomma oggi si mangia troppo e soprattutto ci si concede troppo spesso di nutrirsi di cibi spazzatura. Certi panini con carne, formaggio e salse varie, consumati

assieme a patatine fritte e a una bibita gassata contenente zuccheri, contengono quasi tutte le calorie che dovremmo utilizzare in un'intera giornata di riposo. Ho reso l'idea? Aggiungo però che non si deve creare nella popolazione il panico da colesterolo perché il nostro organismo ha bisogno anche di grassi e soprattutto di zuccheri, ma certamente nella giusta qualità e quantità.

Dobbiamo dunque rivedere le nostre scelte quotidiane in fatto di alimentazione?

Talvolta le persone non si rendono neanche conto dei danni che possono fare alla propria salute. Basta pensare alle bibite zuccherate che sono consumate da tutti, da bambini agli anziani. Queste bibite fanno introdurre nel corpo una quantità molto alta di zuccheri, che vengono assorbiti rapidamente richiedendo molta insulina per il loro metabolismo, senza che neanche ce ne rendiamo conto. Se mangiamo una fetta di torta, ci rendiamo conto di aver mangiato un dolce che contiene molti zuccheri, ma se beviamo un litro di aranciata in un giorno, rischiamo di introdurre una quantità alta di zuccheri, che vanno a sommarsi a tutti quelli contenuti negli altri alimenti, senza che quasi ce ne accorgiamo, e lo stesso vale per le bevande che contengono alcol. È qui che entra in gioco uno stile di vita che può diventare pericoloso nel tempo. Sono sincero: credo che la popolazione vada responsabilizzata fortemente con campagne educative specifiche. C'è una differenza tra chi si ammala per pura sfortuna come può sempre, purtroppo, accadere, e chi si ammala perché non ha saputo praticare un corretto stile di vita. Le persone che non hanno cura di sé dovrebbero essere responsabilizzate anche dal punto di vista economico, contribuendo maggiormente alle spese per le cure sanitarie di cui hanno bisogno, secondo un modello che si sta cominciando a seguire in altri Paesi. Un cancro ai polmoni in un non fumatore non è paragonabile al cancro al polmone in un accanito e pluridecennale fumatore: quest'ultimo dovrebbe partecipare maggiormente alle spese sanitarie che lo Stato sostiene per curarlo. Non voglio fare crociate ma credo che vada anche detta la verità: la salute non è qualcosa di indipendente da noi, ammalarsi non è solo "sfortuna", ma una conseguenza dello stile di vita che seguiamo, per cui non possiamo perdere questa opportunità, e tutti ci dobbiamo impegnare con noi stessi, anche per rispetto degli altri. Se l'aspettativa di vita sana diminuisce e la popolazione comincia ad ammalarsi in età giovanile, ma contemporaneamente la vita media si allunga, i costi sanitari diventeranno insostenibili. Quando parlo di ammalarsi, mi riferisco a tutte le malattie croniche: arteriosclerosi, artriti, diabete, obesità, ipertensione e anche il cancro, come molte altre.

In un'ottica di piena responsabilizzazione del cittadino-paziente si modifica anche il ruolo del medico?

Il medico ha il compito di informare e formare il

cittadino. Quando subentra una patologia, allora noi dobbiamo attuare tutti i mezzi che abbiamo a disposizione, ma il nostro obiettivo dovrebbe essere innanzi tutto cercare di evitare che la popolazione si ammali, e comunque la guarigione del paziente, in modo che questa persona recuperi parzialmente o totalmente la propria salute, secondo i casi, e non abbia più bisogno, o torni il meno possibile dal medico. So che può sembrare un paradosso, ma sono molto critico verso la valutazione delle attività di un reparto o di un servizio sanitario, ospedaliero o territoriale, tramite il solo dato quantitativo del numero delle prestazioni erogate. Noi non siamo meri erogatori di prestazioni isolate, ma dobbiamo fare diagnosi, prescrivere terapie e ottenere guarigioni. Non numeri, ma esiti favorevoli su persone e, per ottenere questo siamo destinati a fallire, se dimentichiamo che il nostro compito primario è prenderci cura dell'individuo, il nostro paziente, nella sua globalità.

Oggi comunque assistiamo a notevoli progressi nella cura di alcune patologie. Possiamo fare degli esempi?

Sono stati fatti molti passi avanti anche nelle terapie e quindi parlare di guarigione è davvero possibile per varie patologie. Un caso esemplare è quello dell'ulcera duodenale. Un tempo molti soggetti ne soffrivano, con perdita di capacità lavorativa, relazionale, con frequente ospedalizzazioni per complicazioni e erano sottoposti ad intervento chirurgico per emorragia da ulcera o per ulcera duodenale perforata, con elevata mortalità. Oggi il test del respiro permette una diagnosi agilissima per individuare la presenza dell'*Helicobacter pylori*, il batterio che causa la maggioranza delle ulcere, e tramite terapia antibiotica è possibile eradicarlo con ottimi risultati, ottenendo una guarigione duratura.

In ogni caso quanto conta la presa in carico della persona nella sua globalità?

Malattie come il morbo di Chron (una malattia che provoca disturbi dell'assorbimento, ulcerazioni e stenosi nell'intestino; ndr), di cui non conosciamo ancora la causa, vanno curate con una presa in carico globale del paziente: posso confermare che anche alcuni casi gravi hanno ottenuto una remissione completa dai sintomi grazie non solo alle terapie prescritte ma a un percorso esistenziale di maggiore equilibrio del paziente. Dobbiamo sempre tenere conto anche della stretta connessione mente e corpo che influenza notevolmente non solo lo stato di salute delle persone ma anche la loro effettiva possibilità di guarigione. Inoltre lo stress è uno dei nemici maggiori perché abbassa le nostre difese immunitarie naturali e ci rende più fragili di fronte alle aggressioni di agenti esterni: sostanze inquinanti, virus, batteri, ecc. È quindi fondamentale anche un buon equilibrio psicofisico per stare davvero in buona salute.

LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DEL COLON

La diagnosi precoce del tumore del colon può salvare la vita.

“Per quanto riguarda il cancro del colon abbiamo a disposizione tutti gli elementi per fare screening di massa per individuare un numero sempre maggiore di casi in fase iniziale e quindi con ottime possibilità concrete di guarigione – spiega il primario Saggioro –. Si tratta di una malattia diffusa tra la popolazione, soprattutto nella popolazione più anziana, ma si tratta anche di una patologia diagnosticabile in fase precoce, quando sono presenti lesioni precancerose, i polipi, e curabile e quindi la scommessa può essere facilmente vinta”.

L'ideale sarebbe eseguire una colonscopia a 50 anni. Se l'esito è completamente negativo, non è nemmeno necessario farne altre nel corso della vita perché la progressione del cancro del colon dal polipo iniziale è lentissima, dura anni e anni e se la mucosa è perfetta all'esame svolto a 50 anni, la persona praticamente non corre rischi.

Lo screening del sangue occulto nelle feci

“Nella nostra Ulss è attivo anche un importante programma di screening per la ricerca del sangue occulto nelle feci che è un esame di facilissima esecuzione e che ci dà delle indicazioni importanti: se risulta positivo infatti va fatta una colonscopia per precisare la diagnosi – prosegue il primario – ma va detto che la presenza di sangue nelle feci, non è di per sé assolutamente un dato certo di tumore del colon, ma solo un campanello di allarme che merita ulteriori accertamenti. Purtroppo la popolazione è ancora poco informata e vittima di pregiudizi e paure. Vorrei essere chiaro: di cancro al colon diagnosticato tempestivamente, si guarisce; perché allora non partecipare allo screening e non fare gli esami di prevenzione e rischiare invece di trovare la patologia poi in fase avanzata e non guaribile?”.

La colonscopia raccomandata per chi ha già un familiare colpito dalla malattia

L'invito dunque è a superare paure immotivate e a diventare davvero tutti responsabili della nostra salute. “Un appello particolare va rivolto a tutte le persone che hanno un familiare di primo o secondo grado che è stato colpito da cancro al colon – conclude il dottor Saggioro –. In questi casi il rischio aumenta considerevolmente, perciò eviterei il test del sangue occulto e consiglierei direttamente una colonscopia da fare comunque a 50 anni o 10 anni prima dell'età in cui il familiare è stato colpito: se c'è stato un caso di familiare colpito a 55 anni, la colon di prevenzione va fatta dagli altri familiari a cominciare dai 45 anni, e così via. Va ricordato anche che, comunque, il tumore del colon è infrequente al di sotto dei 50 anni ed è una malattia che diventa più frequente con l'aumentare dell'età. Ripeto: una colonscopia può salvare la vita perché permette di individuare lesioni precocissime come i polipi, ecc., che una volta rimosse, ci regalano la guarigione. Va sfatato anche il fatto che si tratti di un esame pericoloso o molto fastidioso: la colonscopia richiede una adeguata preparazione del paziente, ma se si seguono le istruzioni, non presenta rischi o controindicazioni”.

LE ATTIVITÀ DELLA GASTROENTEROLOGIA

La complessità delle attività svolte dalla Gastroenterologia che opera all'ospedale dell'Angelo a Mestre e all'ospedale civile a Venezia si evidenziano nella molteplicità di visite, esami ed interventi realizzati.

L'organizzazione della Unità Operativa

La Gastroenterologia si articola in tre Unità Operative Semplici: Epatologia, Endoscopia, Dietetica e Nutrizione Clinica.

Vi sono poi ambulatori selettivi per le epatiti croniche, per il cancro del fegato, per la cirrosi epatica, per le malattie infiammatorie croniche intestinali, per le lesioni precancerose del tratto digestivo, per l'oncologia gastroenterologica, per i malassorbimenti intestinali e la malattia celiaca, nonché per la nutrizione clinica.

Altre attività riguardano: fisiopatologia, ecografia specialistica, endoscopia diagnostica e interventistica, litotrissia extracorporea.

È sempre attiva, con medici ed infermieri di turno, la risposta alle urgenze ed emergenze, anche notturne, su un'area vasta che copre tutta la Provincia di Venezia.

Un lavoro di squadra

Tutte le attività descritte non sarebbero possibili senza un grande lavoro di squadra tra tutti i medici, gli infermieri professionali, il personale socio sanitario della Unità Operativa di Gastroenterologia. Inoltre va sottolineato che i bisogni del paziente sono presi in carico nella loro globalità grazie anche ad interventi integrati che sono alla base di una fattiva collaborazione con altri reparti: **la Chirurgia d'urgenza e la Chirurgia oncologica; il Pronto Soccorso; il Dipartimento di Medicina; patologi, oncologi e tutti coloro che, dal punto di vista diagnostico e terapeutico, sono coinvolti nelle malattie digestive.**

Gastroenterologia

La nutrizione artificiale a domicilio nell'Ulss 12

a cura di **Paolo Pallini**
Unità Semplice di Dietetica e Nutrizione Clinica
e Unità complessa di Gastroenterologia, ospedale dell'Angelo

Molte malattie determinano situazioni in cui la persona ammalata non è più in grado di mangiare e quindi sarebbe destinata a fare una morte terribile per fame e per sete.

Le malattie neurologiche, e le malattie neoplastiche sono le più frequenti cause di questa incapacità e/o impossibilità ad assumere alimenti. Negli anni sono state studiate strategie terapeutiche per trovare soluzioni a questo problema: la terapia con nutrizione artificiale è senza dubbio la terapia più efficace in queste situazioni. La nutrizione artificiale permette di fornire nutrienti (ovvero i componenti degli alimenti) necessari per coprire i fabbisogni (come se il soggetto mangiasse normalmente) utilizzando però formulazioni e vie artificiali di "assunzione" (somministrazione).



COSA DETERMINA LA “ARTIFICIALITÀ” DELLA NUTRIZIONE

L'artificialità della nutrizione deriva da due caratteristiche:

1. Vengono utilizzati nutrienti (non alimenti), che abitualmente non mangiamo in questa forma (soluzioni liquide), ma che coprono tutte le esigenze energetiche e qualitative perché contengono tutto ciò che serve per nutrirsi in maniera corretta.
2. Vengono utilizzati sondini e cateteri venosi per infondere i nutrienti o nel tratto digestivo by-passando il processo della deglutizione (nutrizione artificiale enterale) oppure vengono infusi direttamente nel torrente sanguigno (nutrizione artificiale parenterale).

IL SERVIZIO A DOMICILIO

La nutrizione artificiale permette di evitare la morte per fame e per sete ed offre una valida opportunità per migliorare lo stato di nutrizione, se compromesso, e di migliorare il risultato delle terapie (farmaci ed interventi chirurgici) effettuate per la malattia primitiva.

In pratica costituisce la terapia di elezione della “malnutrizione”, quando presente.

A questi grandi vantaggi negli ultimi vent'anni si è aggiunta la disponibilità di fornire la terapia con nutrizione artificiale anche a domicilio del paziente.

I VANTAGGI

I vantaggi sono: la deospedalizzazione più precoce, perché i pazienti non sono costretti a rimanere in ospedale, ma possono rientrare in un ambiente più idoneo a garantire una convalescenza utile a recuperare le funzioni perse.

La riduzione dei costi legati all'ospedalizzazione ed il miglioramento della situazione clinica e nutrizionale del paziente.

I TEAM NUTRIZIONALI

Nel 1998 la regione Veneto su insistenza di alcune Unità di Nutrizione Clinica, fra cui quella della Azienda Ulss 12, ha approvato una legge regionale in cui si definisce che la nutrizione artificiale domiciliare (enterale e/o parenterale) debba essere garantita alle persone che ne hanno bisogno; ha delegato le Aziende Sanitarie ad istituire i “Team Nutrizionali” che gestiscono questa terapia ed ha stabilito che venisse **erogata nel territorio dai Distretti Socio Sanitari con la collaborazione dei Medici di Medicina Generale nell'ambito delle “cure territoriali”**.

L'IMPEGNO DELL'UNITÀ DI NUTRIZIONE CLINICA DELL'ULSS 12 FIN DAL 1986

L'Azienda Ulss 12 aveva già iniziato già nel 1986 (prima dell'approvazione della legge regionale!) a mettere in pratica questo tipo di terapia direttamente a domicilio, grazie all'impegno del personale della Unità Operativa di Dietetica e

Nutrizione Clinica aggregata alla Reparto di Gastroenterologia di cui fa parte anche la dottoressa **Maria Grazia Pilone**.

Nel 1999 l'Ulss 12 è stata tra le prime Aziende ad ottemperare agli obblighi di legge istituendo il suo Team ed attivando un corso di formazione per il personale dei Distretti. Da allora la Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) è una delle attività assistenziali presenti e funzionanti a domicilio che permettono una reale continuità nel percorso di cura fra Ospedale e Territorio.

NEL 2010 OLTRE 37MILA GIORNATE DI NUTRIZIONE A DOMICILIO EROGATE DALL'ULSS 12; NEL 2011 QUASI 40MILA

Nel 2010 nell'Ulss 12 sono state fornite 37.889 giornate di nutrizione a domicilio per ben 186 pazienti: una media per ciascun paziente di almeno 303 giorni/anno di nutrizione a domicilio. Ciò significa che in media i pazienti sono stati nutriti nel proprio domicilio per quasi un intero anno. In altre parole questo tipo di terapia portata a domicilio, ha permesso a 186 persone di NON essere ricoverate in ospedale risparmiando 303 giorni totali di degenza per ogni paziente!

Nel 2011 le giornate di nutrizione sono state 39.982 ed il numero di pazienti seguiti è di 189. Nei primi sei mesi del 2012 abbiamo già 22.486 giornate di Nutrizione a domicilio per 148 pazienti con 151 giornate a paziente.

Questi risultati sono l'espressione di un lavoro di squadra che è possibile grazie alla collaborazione dei Medici della Unità Operativa di Dietetica e Nutrizione Clinica, ai Farmacisti dei due Ospedali, ai Dietisti di Mestre e di Venezia, ai Medici di Medicina Generale, ai Medici dei Distretti ed al Personale dei Distretti che permette nell'ambito delle “cure territoriali” l'assistenza a domicilio ai pazienti che necessitano di nutrizione artificiale domiciliare. È di fatto un esempio di come Ospedale e Territorio possono collaborare per gestire persone malate e curarle al proprio domicilio.

Va ricordato infine che la nutrizione artificiale è una terapia specialistica che viene attivata su indicazione del medico e con consenso informato del paziente, che può anche rifiutarla, esercitando un suo diritto di libera scelta come per tutte le prestazioni sanitarie (solo le situazioni di immediata Emergenza e pericolo di vita prevedono infatti una decisione presa esclusivamente dal medico).

Informazioni

Carta dei Servizi dell'Ulss 12
www.ulss12.ve.it



LA CARTA DEI SERVIZI SOCIO SANITARI DELL'AZIENDA ULSS 12

Pubblichiamo nel numero 4 di ViS una sintesi della versione aggiornata della Carta dei servizi socio sanitari dell'Ulss 12. In questo numero infatti abbiamo trattato il tema dei trapianti di cornea ospitando i materiali della Fondazione Banca degli Occhi e dello screening del sangue occulto nelle feci nell'intervista al primario di Gastroenterologia Alfredo Saggioro.

Nei numeri scorsi della rivista abbiamo pubblicato altre sintesi del Carta dei Servizi socio sanitari dell'Ulss 12 inerenti gli argomenti trattati.

La guida contiene le informazioni di base che aiutano a orientarsi nel sistema dell'azienda sanitaria veneziana per trovare l'immediata risposta o l'indirizzo giusto secondo le varie esigenze dei cittadini.

Troverete una versione più ampia e aggiornata di questa guida nel sito www.ulss12.ve.it dove saranno immediatamente registrati tutti gli eventuali cambiamenti di sede o numeri di telefono dei diversi servizi.

DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI

Donare gli organi significa consentire che, dopo la morte, reni, fegato, cuore, polmoni, pancreas etc. vengano prelevati dal corpo per essere trapiantati a malati che grazie a essi possono sopravvivere. Esiste anche, per determinati organi, la donazione da vivente (un rene, una parte di fegato) che può essere fatta perché non compromette le funzioni vitali del donatore. Il trapianto di tessuti è un'importante soluzione terapeutica. Possono essere prelevati: elementi ossei o muscolo scheletrici, tessuti cardiovascolari, tessuto oculare e membrana amniotica.

Informazioni dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 12, tel 041 2608574

L'attività di donazione e trapianto nell'Ulss 12 è gestita da:

Coordinamento trapianti

Ospedale dell'Angelo via Paccagnella 11 – 30170 Mestre (Venezia)

Ascensore giallo C, piano -1

Tel. 041 9658079 / 9658212; dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18

Messaggi telefonici 041 9657688.

Urgenze prefestive e festive 336 264272 (cellulare)

Il Coordinamento trapianti dell'Ulss 12 è collegato alla rete regionale che promuove la donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto: assiste i familiari nella scelta di donazione, informa la popolazione e forma gli operatori sanitari.

SCREENING MAMMELLA, COLLO DELL'UTERO E COLON RETTO

La popolazione viene invitata dal Dipartimento di Prevenzione a sottoporsi a un test di diagnosi precoce di malattia tumorale: l'obiettivo è la riduzione della mortalità e/o della comparsa di nuovi casi.

Tumore alla mammella

Rivolto a donne di età 50-74 anni. Viene spedito a casa un invito ad eseguire la mammografia ogni 2 anni.

Tumore del collo dell'utero

Rivolto a donne di età 25-64 anni. Per individuare lesioni pretumorali e tumorali del collo dell'utero l'azienda sanitaria veneziana utilizza un nuovo test più efficace del Pap test tradizionale.

Tumore colon retto

L'esame del sangue occulto nelle feci, rivolto a uomini e donne tra i 50 e i 69 anni.

Call center screening

Tel. 041 2608481 / 041 2607120

Fax 041 2608611

Indirizzo email: screening.prev@ulss12.ve.it

Sigarette, a rischio sono soprattutto i giovani maschi

a cura di **Annalisa Rainer**

Specialista in Pneumologia e Medico di Medicina Generale,
Gruppo COMEFARE, Comune e Medici di famiglia in rete

L'impegno delle cure primarie contro le malattie croniche è fondamentale sia per lo sviluppo di specifiche politiche di prevenzione da parte delle autorità, sia per l'impatto economico che queste hanno sull'assistenza sanitaria.

Le malattie croniche impiegano anni per manifestarsi e possono in parte essere prevenute controllando e/o modificando i fattori di rischio che portano alla malattia. Ognuno di noi può ridurre significativamente il rischio di contrarle adottando stili di vita sani che sono l'arma più valida per combatterle.



I DIECI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

È appurato che una corretta alimentazione, il peso corporeo contenuto nei range di normalità, l'astensione dal fumo e stili di vita fisicamente attivi possono prevenire l'80% delle malattie coronariche e il 90% dei casi di diabete.

I primi 10 fattori di rischio modificabili in Europa occidentale	
Fumo di tabacco	12,0%
Iperensione arteriosa	8,9%
BMI elevato	8,4%
Alcol	5,9%
Ipercolesterolemia	5,7%
Scarsa attività fisica	3,1%
Droghe	2,2%
Basso consumo di frutta e verdura	2,0%
Rapporti sessuali non protetti	1,1%
Carenza di ferro	0,6%

Fonte: The European Health Report, WHO 2005

IL FUMO DI TABACCO PUÒ PROVOCARE 25 DIVERSE PATOLOGIE

In particolare il fumo di tabacco è un fattore di rischio accertato o sospetto per oltre 25 diverse malattie: 85% tumori polmonari, 80% di BPCO, 40% di malattie cardiovascolari, 30% altri tumori e i dati sono in crescita, ma la dipendenza dal fumo è essa stessa una malattia cronica, inserita nel DSMIV nel capitolo delle dipendenze al pari delle droghe pesanti.

NEL FUMO DI TABACCO VI SONO OLTRE 4000 SOSTANZE MOLTE DELLE QUALI CANCEROGENE E/O IRRITANTI

Tra le sostanze si segnalano:

ACETONE (solvente)

NAFTILAMINA*

METANOLO (combustibile per razzi)

PIRENE*

NAFTALINA (antitarme)

NICOTINA (insetticida e erbicida)

CADMIO* (usato nelle batterie)

MONOSSIDO DI CARBONIO (gas letale)

CLORURO DI VINILE (materie plastiche)

ACIDO CIANIDRICO (camere a gas)

TOLUENE (solvente)

ARSENICO (veleno letale)

POLONIO 210 *

DDT (insetticida)

* sostanze cancerogene conosciute

I DANNI DA NICOTINA

Ma è la nicotina la principale responsabile della dipendenza attraverso meccanismi neurochimici e neurobiologici. Agendo come una vera e propria droga è causa di astinenza e di tolleranza alla

sostanza spiegando così la difficoltà di smettere di fumare che la maggior parte dei fumatori incontra.

MOLTI BENEFICI, QUANDO SI SMETTE DI FUMARE

È utile però insistere non solo sui danni, ma anche sul fatto che i benefici per chi smette di fumare sono immediati e diventano sempre più rilevanti con il passare del tempo: dopo 20 minuti dall'ultima sigaretta diminuisce il tenore di nicotina nel corpo del fumatore – il battito cardiaco ritrova l'equilibrio – la temperatura di mani e piedi si normalizza; dopo 1 giorno la circolazione del sangue migliora e i livelli di monossido di carbonio nei polmoni diminuisce; dopo 1 anno il rischio di patologia tumorale è ridotto insieme al rischio di infarto e di altre patologie; dopo 10 anni la mortalità da tumore polmonare per il fumatore medio scende a 12 per 100 mila persone, che rappresenta la normalità. Diminuisce il rischio di altri tumori: bocca, laringe, esofago, vescica, reni e pancreas.



IL RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il medico di medicina generale vede in un anno circa l'80% dei suoi assistiti: in particolare il 70% dei fumatori consulta almeno una volta l'anno il proprio medico per problemi di salute. Il Medico di famiglia riveste, quindi, un ruolo centrale nella comunicazione tra medico e paziente, che gli conferisce un'importanza unica per il raggiungimento di determinati obiettivi. Perciò, più di altre figure sanitarie, può mettere in pratica delle strategie brevi per aiutare il paziente che è intenzionato a smettere attraverso l'identificazione sistematica del paziente fumatore, inserendo questo status tra i parametri vitali, e nel consigliarlo energicamente di smettere: le metanalisi suggeriscono che già questo consiglio breve produce un tasso di cessazione dal fumo dal 3 al 13% ad un anno.

L'IMPEGNO DEI MEDICI DEL PROGETTO COMEFARE CONTRO IL FUMO

Da tempo la medicina generale tende ad essere, sebbene con molte difficoltà, oltre che una medicina curativa o di "attesa" anche una medicina preventiva o di "iniziativa". È per questo che i medici del gruppo di progetto COMEFARE – Comune e Medici di famiglia in rete si sono impegnati a registrare il dato relativo all'abitudine al fumo dei

proprio assistiti. Si tratta di un atto semplice, non scontato, che risulta strategico per lo sviluppo di qualsiasi successivo programma di intervento.

RICERCA SU OLTRE 17000 PAZIENTI VENEZIANI

A fine maggio i medici sperimentatori del progetto COMEFARE hanno condotto una ricerca su un totale di 17.688 assistiti di età superiore ai 14 anni. Il 54,6% presentava una registrazione relativa al fumo e nel 50,8% dei casi si aveva un dettaglio informativo standardizzato che ha consentito il confronto e l'analisi dei dati.

La percentuale di assistiti con il dato sul fumo registrata è maggiore nelle donne e aumenta con il crescere dell'età: solo il 28,5% degli assistiti della classe 15-29 anni presentano un dettaglio informativo sull'abitudine al fumo contro ad esempio il 67,6% degli assistiti della classe 65-74 anni. Questi dati sono dovuti al fatto che la donna, spesso portavoce delle richieste e dei bisogni di salute di marito e figli, e le persone con malattie croniche, visitano l'ambulatorio medico con maggior frequenza facilitando la possibilità di effettuare screening e registrazioni.

IL 24 PER CENTO DEI PAZIENTI MONITORATI È FUMATORE

Dall'analisi COMEFARE è emerso che i fumatori totali rappresentano il 24% del campione. Il 98% di questi consuma sigarette il resto fuma pipa o sigaro. Tra i fumatori possiamo distinguere:

- i fumatori occasionali (6,1%)
- i fumatori che consumano meno di 10 sigarette al giorno (37,1%)
- i fumatori che consumano più di 20 sigarette al giorno (38,8%)
- i FORTI fumatori che consumano più di 20 sigarette al giorno (18,0%).

IN GENERALE UN NUMERO MAGGIORE DI FUMATORI TRA I MASCHI AL DI SOTTO DEI 44 ANNI

I dati statistici dell'Istituto Superiore di Sanità

indicano che è la popolazione maschile tra i 15-24 anni e quella tra i 25 ai 44 anni ad avere il tasso più elevato di fumatori. Nella prima fascia i fumatori correnti sono il 28,2% dei maschi e il 21% delle femmine e tali valori aumentano rispettivamente a 35,9% e 31% nella seconda fascia, mentre nelle età successive la percentuale cala in modo significativo in particolare per le donne dopo i 64 anni (solo il 7,5% delle donne fuma dopo i 64 anni).

CONFRONTO FUMATORI DATI RICERCA ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ (ISS) E DATI PROGETTO COMEFARE

15-24 anni	
MASCHI (ISS)	28,2%
MASCHI (COMEFARE)	28,9%
FEMMINE (ISS)	21,0%
FEMMINE (COMEFARE)	26,7%

25-44 anni	
MASCHI (ISS)	35,9%
MASCHI (COMEFARE)	41,0%
FEMMINE (ISS)	31,0%
FEMMINE (COMEFARE)	31,0%

Le percentuali più alte da noi trovate potrebbero avere una spiegazione piuttosto semplice: gli studi sugli stili di vita si basano spesso su interviste telefoniche e intercettano un campione eterogeneo, i medici del COMEFARE, anche nelle fasce giovanili, intercettano comunque giovani che se consultano il MMG è perché in linea di massima hanno problemi più o meno gravi di salute e il fatto che siano fumatori incrementa i loro accessi. Questo è stato osservato anche per altri fattori di rischio. I giovani pazienti maschi sono comunque quelli che frequentano meno l'ambulatorio del medico di medicina generale, come si è visto anche dalle rilevazioni del gruppo COMEFARE.

È auspicabile, che in un prossimo futuro, proprio attraverso la medicina di iniziativa, si possa raggiungere capillarmente questo gruppo di

pazienti, popolazione importantissima, dove poter fare effettiva prevenzione.

Assistiti con dettaglio informativo relativo all'abitudine del fumo CAMPIONE DELL'ANALISI						
	15-19	30-39	40-64	65-74	>=75	Totale
Maschi	304	381	1.716	899	676	3.976
Femmine	366	516	1.960	1.023	1.146	5.011
Totale	670	897	3.676	1.922	1.822	8.987

Pazienti con dettaglio informativo relativo all'abitudine al fumo al 31/5/2012 per classe d'età DISTRIBUZIONE PERCENTUALE						
	15-19	30-39	40-64	65-74	>=75	Totale
Maschi	25,5%	35,5%	49,0%	70,4%	64,4%	49,1%
Femmine	31,6%	43,1%	50,9%	65,3%	62,8%	52,2%
Totale	28,5%	39,5%	50,0%	67,6%	63,4%	50,8%

Informazioni
Dottoressa
Annalisa Rainer
miriam.ve@libero.it

Lotta al fumo. A Noale un ambulatorio anti tabagismo

a cura di **Valentina Pescatore, Erica Brugin, Marzia Sarto, Teresa Vescovo, Donatella Noventa, Franco Giada**,
Dipartimento Cardiovascolare Ulss 13, Medicina dello Sport,
Ospedale di Noale-Venezia

Il fumo attivo rimane la principale causa di morbilità e mortalità prevenibile nel nostro Paese. Sono attribuibili al fumo di tabacco in Italia circa 80.000 morti l'anno, dovute a conseguenze cardiovascolari, respiratorie e oncologiche. Il 34% dei decessi attribuibili al fumo è compreso tra i 35 ed i 65 anni. Una recente indagine Doxa per l'Istituto Superiore di Sanità del 2008 ha rilevato che i fumatori in Italia sono il 22% della popolazione. Il 29,8% dei fumatori ha dichiarato di aver fatto almeno un tentativo di smettere di fumare. I forti fumatori sono quelli che più raramente tentano di interrompere l'abitudine al fumo (19,6% contro 24,1% delle persone che fumano meno di 10 sigarette al giorno).

LE DIFFICOLTÀ A SMETTERE DI FUMARE, ANCHE GLI OPERATORI SANITARI FUMANO!

La maggior parte dei fumatori provano a smettere da soli. Purtroppo il tasso di successo è molto basso (4-7%). Le ragioni sono varie. Per prima cosa il fumo non viene considerato una patologia ma un problema psicologico. Poi non dimentichiamo che molti operatori sanitari, che dovrebbero essere modello di comportamento, fumano.

PREVENZIONE DEL TABAGISMO E LOTTA AL FUMO, UNA BATTAGLIA A LIVELLO GLOBALE

La prevenzione del tabagismo e la lotta contro il consumo di tabacco sono obiettivi delle politiche sanitarie non solo nel nostro Paese, ma anche della comunità internazionale. Di fatto sia l'Unione Europea che l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomandano la necessità di un approccio multisettoriale a tutte le problematiche relative al consumo di tabacco e l'implementazione di politiche che abbiano un impatto misurabile sulla riduzione dell'uso di tabacco. In particolare viene data molta importanza agli interventi che favoriscono la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei Medici di Medicina Generale (MMG), e i Centri Antifumo già operanti su tutto il territorio nazionale.

LE LINEE GUIDA NAZIONALI

Le linee guida nazionali raccomandano che gli interventi di cessazione del fumo siano organizzati con una struttura di intervento conosciuta come "le 5 A":
Supportata da numerose prove di efficacia, prevede le seguenti tappe:
ASK - chiedere a tutti i pazienti, ad ogni visita, se fumano;
ADVISE - informare sugli effetti del fumo e raccomandare di smettere;
ASSESS - definire le caratteristiche del soggetto;
ASSIST - stabilire e attuare un percorso terapeutico;
ARRANGE - attuare interventi per prevenire la ricaduta e pianificare un follow up.

I CENTRI PER IL TRATTAMENTO DEL TABAGISMO

Il medico di medicina generale può e deve farsi carico delle prime tre fasi. Da una indagine Doxa per l'Istituto Superiore di Sanità è emerso che tra i soggetti intenzionati a smettere di fumare il 96% degli adulti e il 98% dei giovani chiede aiuto al proprio medico di medicina generale. Quando questo tipo di intervento risulta insufficiente o si tratta di soggetti delicati perché già portatori di patologie croniche fumo correlate, per la fase di definizione e attuazione di un percorso terapeutico entrano in gioco i Centri di secondo livello per il trattamento del Tabagismo.



LA MEDICINA DELLO SPORT E LA CARDIOLOGIA RIABILITATIVA IN PRIMA LINEA

È dimostrato che in un soggetto che smette di fumare si assiste ad una riduzione del rischio cardiovascolare di oltre il 45%, più significativo di qualsiasi intervento di tipo riabilitativo/preventivo. Questo semplice dato ha stimolato l'interesse per la tematica della disassuefazione dal fumo della equipe di Cardiologia Riabilitativa della Medicina dello Sport di Noale, storicamente dedicata al paziente cardiologico cronico e attualmente impegnata anche sul fronte del paziente post-acuto (infartuato o operato al cuore). Dal mese di novembre 2011 dopo un lungo lavoro di formazione e organizzazione è stato attivato grazie all'impegno e alla dedizione di varie figure professionali, un nuovo ambulatorio di II livello a supporto di chi vuole smettere di fumare. Tale ambulatorio nasce dalla collaborazione con il Servizio Educazione e Promozione alla Salute dell'Azienda Ulss 13 e si affianca a quello presente presso il Reparto di Pneumologia dell'Ospedale di Dolo.

L'AMBULATORIO ANTIFUMO DI NOALE

L'Ambulatorio Antifumo di Noale, integrato nella rete regionale veneta contro il tabagismo, è gestito dal personale dell'Unità Operativa Semplice "Prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico", presente presso il Reparto di Medicina dello Sport. Data la specifica esperienza degli operatori, è rivolto principalmente a pazienti affetti da patologie cardiovascolari, ma è naturalmente aperto a tutti coloro che vogliono liberarsi di questa schiavitù. Punto di forza dell'ambulatorio vuole essere l'approccio multidisciplinare: durante il percorso di disassuefazione, infatti, i soggetti sono costantemente seguiti da due medici (Dott.ssa Erica Brugin e Dott.ssa Valentina Pescatore), una

psicologa (Dott.ssa Marzia Sarto) e un'infermiera professionale (IP Teresa Vescovo), tutte con una specifica formazione ed esperienza nel counseling motivazionale e nel campo dell'educazione alla salute.

IL PERCORSO DI DISASSUEFAZIONE

Il percorso di disassuefazione prevede una valutazione iniziale individuale da parte del medico e della psicologa per capire se il paziente è veramente motivato a smettere di fumare o si trovi ancora nella cosiddetta fase "precontemplativa". Vengono utilizzati vari test dei quali il più noto è il **test di Fagerstrom** per quantificare il grado di dipendenza.

LE ATTIVITÀ

Seguono incontri settimanali di gruppo che vengono tenuti il giovedì mattina. Ci si avvale a scopo didattico di diapositive per le sedute di educazione sanitaria, ma quello che risulta più stimolante è il dialogo che si crea nel gruppo con gli operatori e tra le persone impegnate nel percorso. Le fatiche di ognuno condivise e rielaborate nel gruppo e dal gruppo diventano sostegno e stimolo per tutti. Nello stesso modo i successi di ognuno sono motivo di soddisfazione e di stimolo per tutti gli altri. È chiaramente troppo presto per iniziare a tirare le somme. Quello che possiamo osservare a pochi mesi dall'inizio del progetto è un crescente entusiasmo da parte degli operatori e dei primi pazienti coinvolti. Quasi tutti i pazienti coinvolti fino ad ora non fumano più.

Informazioni
Ospedale di Noale
T 041 5896510
dal lunedì al venerdì, dalle ore 8 alle ore 10

TEST DI FAGERSTROM (VERSIONE CON 6 QUESITI)

Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?

entro 5 minuti **(3 punti)**
dopo 6-30 minuti **(2 punti)**
dopo 31-60 minuti **(1 punto)**
dopo 60 minuti **(0)**

Fa fatica a non fumare in luoghi in cui è proibito (cinema, mezzi pubblici, ecc.)?

si **(1 punto)**
no **(0)**

A quale sigaretta le costa più rinunciare?

la prima del mattino **(1 punto)**
tutte le altre **(0)**

Quante sigarette fuma al giorno?

10 o meno **(0)**
11-20 **(1 punto)**
21-31 **(2 punti)**
31 o più **(3 punti)**

Fuma con maggiore frequenza durante la prima ora dal risveglio che durante il resto del giorno?

si **(1 punto)**
no **(0)**

Fuma anche quando è così malato da passare a letto la maggior parte del giorno?

si **(1 punto)**
no **(0)**

Interpretazione test: **0-2 punti** dipendenza lieve **3-4 punti** dipendenza media
5-6 punti dipendenza forte **7-10 punti** dipendenza molto forte

La geografia delle malattie

La salute degli abitanti della terraferma. Diabete, malattie cardiovascolari e sofferenze psichiche

a cura di **Lorenzo Simonato**

Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università di Padova,
Laboratorio di Sanità Pubblica e studi di Popolazione

Grazie alla collaborazione fra il Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 12 Veneziana, il Comune di Venezia e l'Università di Padova è stato progettato e realizzato un Sistema Epidemiologico Integrato (SEI) che, utilizzando gli archivi sanitari dell'Ulss e i dati del censimento 2001 del Comune ha permesso la creazione di una coorte censuale "Veneziana" che è entrata a far parte del Piano Nazionale Statistico. Questa coorte è un prezioso patrimonio a disposizione delle istituzioni sanitarie e politiche di Venezia per monitorare e programmare gli interventi sulla popolazione ai fini di promozione della salute. Nel numero precedente di VIS abbiamo pubblicato i dati relativi alla Mortalità Generale e all'incidenza di Tumori Maligni e Malattie Respiratorie. In questo numero di VIS i parametri di malattie analizzati sono: Prevalenza del Diabete, Prevalenza delle Cardiopatie Ischemiche, Incidenza dell'Infarto del Miocardio, Mortalità per Malattie del Sistema Circolatorio, Incidenza dei Disturbi Psichici. Seguiranno ancora altri articoli sulle tipologie di malattie maggiormente riscontrate in centro storico e nelle isole.

DIABETE, UN ECCESSO DI CASI A MARGHERA SOPRATTUTTO TRA LE DONNE

Il diabete di tipo II rappresenta una delle maggiori preoccupazioni sanitarie di questo periodo storico nei paesi occidentali ed è associato al generale aumento della quota di persone in sovrappeso o francamente obese, situazioni che derivano da diete non equilibrate per tipo di alimenti e per il bilancio calorico. Ulteriore preoccupazione deriva dal fatto che nei soggetti affetti da questa patologia aumenta il rischio per

altre malattie cronico degenerative come quelle cardiovascolari e neoplastiche.

Esaminando la distribuzione del diabete nella popolazione veneziana di terraferma si può notare come anche per questa patologia, i residenti nel quartiere di Marghera mostrino valori più elevati della media della popolazione del Comune con un 22% di eccesso che risulta largamente ridimensionato dopo l'introduzione della variabile socio economica (**tabella 1**), confermando così indirettamente che l'insorgere di questa malattia è

legato anche all'educazione sanitaria, alla cultura di una corretta alimentazione, alle disponibilità economiche che selezionano la qualità e la quantità dei prodotti alimentari utilizzati nelle diete. Passando ad esaminare le distribuzioni nei due sessi, l'aumento del rischio è superiore nella popolazione femminile per la quale si arriva ad un eccesso del 30 % con ben 856 casi in eccesso

sugli attesi sulla base della popolazione dell'intero comune. In entrambi i sessi l'eccesso è ridimensionato dopo l'introduzione della covariata socio sanitaria. Gli eccessi sono quasi tutti statisticamente significativi a causa dell'alta numerosità della casistica per questa patologia che raggiunge valori molto elevati di prevalenza (**tabella 2**).

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSP	RSP Cov
Favaro Veneto	5251	4861,19	1,08	0,96
Carpenedo / Bissuola	8518	8768,17	0,97	1,03
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	10904	11791,46	0,92	0,98
Cipressina / Zelarino / Trivignano	3235	3033,14	1,07	0,94
Chirignago / Gazzera	5204	4675,31	1,11	0,99
Marghera / Catene / Malcontenta	7456	6130,13	1,22	1,07

Tabella 1
Prevalenza diabete, totale uomini e donne

Tabella 2
Prevalenza diabete uomini e donne

Sestiere / Quartiere	UOMINI				DONNE			
	Osservati	Attesi	RSP	RSP Cov	Osservati	Attesi	RSP	RSP Cov
Favaro Veneto	2857	2717,14	1,05	0,97	2394	2144,05	1,12	0,94
Carpenedo / Bissuola	4582	4646,66	0,99	1,01	3936	4121,51	0,95	1,06
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	5727	5980,72	0,96	0,98	5177	5810,75	0,89	0,98
Cipressina / Zelarino / Trivignano	1684	1627,53	1,03	0,96	1551	1405,61	1,10	0,93
Chirignago / Gazzera	2748	2565,86	1,07	0,99	2456	2109,45	1,16	0,98
Marghera / Catene / Malcontenta	3712	3241,89	1,15	1,06	3744	2888,24	1,30	1,09

RSP: Rapporto Standardizzato di Prevalenza. Rapporto tra Osservati e Attesi, 2002-2006.

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica (quartili popolazione senza titolo di studio).

In grassetto gli RSP statisticamente significativi al 95%.

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano una delle patologie più frequenti, assieme alle neoplasie e alle malattie respiratorie, che caratterizzano lo stato di salute di una popolazione. Per questo grosso gruppo di patologie vengono qui presentati (**tabella 3**) dati di mortalità, di incidenza e di prevalenza utilizzando indici integrati comprendenti le prescrizioni farmaceutiche. L'analisi della mortalità per tutte le malattie del sistema circolatorio nel loro insieme (**tabella 4**) non indica importanti disomogeneità fra gli abitanti dei sei

quartieri nei quali è divisa la terraferma veneziana e nessuna influenza sembra esercitare l'introduzione della covariata socio-economica. Questo quadro non viene sostanzialmente modificato quando i due sessi vengono analizzati separatamente con valori che tendono a restare vicini alla media dell'intera popolazione del Comune. Allo scopo di fornire stime più precise vengono presentati anche i risultati delle analisi condotte utilizzando gli algoritmi proposti dal GdL AIE/SISMEC per la prevalenza delle cardiopatie ischemiche e per l'incidenza dell'infarto del miocardio.

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSM	RSM Cov
Favaro Veneto	347	362,88	0,96	0,97
Carpenedo / Bissuola	745	809,20	0,92	0,90
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	1324	1314,32	1,01	0,98
Cipressina / Zelarino / Trivignano	269	268,27	1,00	1,02
Chirignago / Gazzera	376	390,60	0,96	0,98
Marghera / Catene / Malcontenta	563	558,72	1,01	1,03

Tabella 3
Mortalità malattie sistema circolatorio, totale uomini e donne

RSM: Rapporto Standardizzato di Mortalità.

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica (quartili popolazione senza titolo di studio).

In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

Sestiere / Quartiere	UOMINI				DONNE			
	Osservati	Attesi	RSM	RSM Cov	Osservati	Attesi	RSM	RSM Cov
Favaro Veneto	163	178,57	0,91	0,93	184	184,31	1,00	1,01
Carpenedo / Bissuola	350	377,88	0,93	0,91	395	431,32	0,92	0,90
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	566	562,44	1,01	0,98	758	751,88	1,01	0,98
Cipressina / Zelarino / Trivignano	132	126,94	1,04	1,06	137	141,33	0,97	0,98
Chirignago / Gazzera	190	195,70	0,97	0,99	186	194,91	0,95	0,97
Marghera / Catene / Malcontenta	257	257,09	1,00	1,02	306	301,63	1,01	1,03

Tabella 4 – Mortalità malattie sistema circolatorio, uomini e donne

RSP: Rapporto Standardizzato di Prevalenza. Rapporto tra Osservati e Attesi, 2002-2006.

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica (quartili popolazione senza titolo di studio).

In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

CARDIOPATIA ISCHEMICA, UN RISCHIO MAGGIORE TRA LE DONNE

La prevalenza della cardiopatia ischemica si basa sull'uso di un indice integrato comprendente certificati di morte, ricoveri ospedalieri, esenzioni ticket e prescrizioni farmaceutiche (**tabella 5**).

I valori nei sei quartieri sono quasi tutti leggermente superiori agli attesi che, data l'elevata numerosità della casistica consistente in migliaia di casi, risultano facilmente significativi dal punto di vista statistico. L'eccesso maggiore è presente nella popolazione di Marghera con il 20% di eccesso costituito da 953 casi in eccesso

rispetto alla media dell'intera popolazione del Comune e risulta approssimativamente dimezzato dopo l'introduzione nell'analisi della variabile socio-economica.

Esaminando i risultati dell'analisi per questa patologia separatamente nei due sessi appare una tendenza alla concentrazione del rischio nella popolazione femminile con valori del 24% e 22% rispettivamente nelle popolazioni femminile di Marghera e Favaro Veneto. Questi due valori sono largamente ridimensionati dall'introduzione nell'analisi della variabile socio-economica (**tabella 6**).

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSM	RSM Cov
Favaro Veneto	3780	3490,38	1,08	0,98
Carpenedo / Bissuola	6906	6759,42	1,02	1,03
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	9923	9778,14	1,01	1,02
Cipressina / Zelarino / Trivignano	2257	2282,69	0,99	0,89
Chirignago / Gazzera	3732	3485,73	1,07	0,97
Marghera / Catene / Malcontenta	5654	4698,84	1,20	1,09

Tabella 5
Prevalenza cardiopatia ischemica, totale uomini e donne

Tabella 6
Prevalenza cardiopatia ischemica uomini e donne

Sestiere / Quartiere	UOMINI				DONNE			
	Osservati	Attesi	RSP	RSP Cov	Osservati	Attesi	RSP	RSP Cov
Favaro Veneto	2090	2104,41	0,99	0,94	1690	1385,97	1,22	1,04
Carpenedo / Bissuola	4000	3820,93	1,05	1,03	2906	2938,50	0,99	1,03
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	5294	5174,52	1,02	1,00	4629	4603,62	1,01	1,05
Cipressina / Zelarino / Trivignano	1219	1305,34	0,93	0,88	1038	977,35	1,06	0,91
Chirignago / Gazzera	2176	2060,01	1,06	1,00	1556	1425,72	1,09	0,93
Marghera / Catene / Malcontenta	3088	2627,91	1,18	1,11	2566	2070,93	1,24	1,06

RSP: Rapporto Standardizzato di Prevalenza. Rapporto tra Osservati e Attesi, 2002-2006.

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica (quartili popolazione senza titolo di studio).

In grassetto gli RSP statisticamente significativi al 95%.

INFARTO DEL MIOCARDIO, MAGGIOR RISCHIO PER LE DONNE MENO ISTRUITE E PIÙ POVERE

Delle malattie del sistema cardiocircolatorio l'infarto miocardico acuto costituisce l'evenienza più drammatica con riflessi importanti sul rischio di morte. Questo evento è stato incluso nell'analisi come frequenza di incidenza utilizzando la metodologia già descritta nel numero precedente di questa stessa serie.

Analizzando la distribuzione territoriale di questa patologia si evidenzia un eccesso statisticamente significativo nella popolazione di Marghera (**tabella 7**). Per nessuno dei valori l'introduzione della variabile socio-economica modifica i risultati compreso quello di Marghera che rimane invariato. Da notare anche un deficit del 15% (non statisticamente significativo) che si riscontra nella popolazione di Chirignago.

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSI	RSI Cov
Favaro Veneto	181	173,44	1,04	1,03
Carpenedo / Bissuola	318	336,43	0,95	0,95
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	499	485,47	1,03	1,03
Cipressina / Zelarino / Trivignano	106	114,72	0,92	0,91
Chirignago / Gazzera	148	174,44	0,85	0,84
Marghera / Catene / Malcontenta	271	236,81	1,14	1,14

Tabella 7
Incidenza infarto miocardico acuto, totale uomini e donne

RSI: Rapporto Standardizzato di Incidenza.

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica (quartili popolazione senza titolo di studio).

In grassetto gli RSI statisticamente significativi al 95%.

Esaminando separatamente nelle **tabelle 8 e 9** la distribuzione della patologia nei sei quartieri di terraferma l'incidenza risulta leggermente

superiore nella popolazione femminile e risulta ulteriormente innalzata dopo l'introduzione nell'analisi della variabile socio-economica.

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSI	RSI Cov
Favaro Veneto	104	107,38	0,97	0,95
Carpenedo / Bissuola	185	195,32	0,95	0,94
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	286	263,19	1,09	1,08
Cipressina / Zelarino / Trivignano	76	68,13	1,12	1,08
Chirignago / Gazzera	92	106,36	0,86	0,85
Marghera / Catene / Malcontenta	156	136,79	1,14	1,11

Tabella 8
Incidenza infarto miocardico acuto, uomini

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSI	RSI Cov
Favaro Veneto	77	66,06	1,17	1,17
Carpenedo / Bissuola	133	141,12	0,94	0,96
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	213	222,28	0,96	0,97
Cipressina / Zelarino / Trivignano	30	46,58	0,64	0,65
Chirignago / Gazzera	56	68,08	0,82	0,83
Marghera / Catene / Malcontenta	115	100,02	1,15	1,17

Tabella 9
Incidenza infarto miocardico acuto, donne

RSI: Rapporto Standardizzato di Incidenza.

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica (quartili popolazione senza titolo di studio).

In grassetto gli RSI statisticamente significativi al 95%.

DISTURBI PSICHICI, MAGGIOR RISCHIO PER CHI È MENO ISTRUITO E PIU' POVERO

Un altro gruppo di malattie di grande importanza per valutare lo stato di salute o piuttosto l'indice di sofferenza, ovvero di uno stato di malessere di una popolazione, è quello delle malattie mentali. Presentiamo in questo rapporto la frequenza di disturbi psichici (in termini di ricoveri ospedalieri e mortalità) nella popolazione veneziana (**tabella 10**). L'incidenza delle malattie di questo gruppo appare

più elevata nell'area di Marghera con un eccesso del 15 % che risulta statisticamente significativo e che resta invariato dopo che nell'analisi viene introdotta la variabile socio-economica. Esaminando la situazione separatamente nei due sessi (**tabelle 11 e 12**) non si riscontrano differenze sostanziali confermando il diverso comportamento della popolazione residente nel quartiere di Marghera rispetto agli altri quartieri di terraferma.

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSI	RSI Cov
Favaro Veneto	216	249,60	0,87	0,87
Carpenedo / Bissuola	449	466,57	0,96	0,92
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	666	632,85	1,05	1,01
Cipressina / Zelarino / Trivignano	134	166,49	0,80	0,82
Chirignago / Gazzera	260	253,25	1,03	1,04
Marghera / Catene / Malcontenta	382	333,41	1,15	1,16

Tabella 10
Incidenza incidenza disturbi psichici, totale uomini e donne

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSI	RSI Cov
Favaro Veneto	105	116,09	0,90	0,91
Carpenedo / Bissuola	207	205,59	1,01	0,98
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	263	259,56	1,01	0,98
Cipressina / Zelarino / Trivignano	64	75,22	0,85	0,85
Chirignago / Gazzera	117	117,97	0,99	0,99
Marghera / Catene / Malcontenta	172	149,81	1,15	1,15

Tabella 11
Incidenza incidenza disturbi psichici, uomini

Sestiere / Quartiere	Osservati	Attesi	RSI	RSI Cov
Favaro Veneto	111	133,51	0,83	0,84
Carpenedo / Bissuola	242	260,98	0,93	0,88
Terraglio / San Lorenzo XXV Aprile / Piave 1866	403	373,29	1,08	1,02
Cipressina / Zelarino / Trivignano	70	91,28	0,77	0,78
Chirignago / Gazzera	143	135,28	1,06	1,07
Marghera / Catene / Malcontenta	210	183,60	1,14	1,17

Tabella 12
Incidenza infarto miocardio acuto, donne

RSI: Rapporto Standardizzato di Incidenza.

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica (quartili popolazione senza titolo di studio).

In grassetto gli RSI statisticamente significativi al 95%.

ANALISI DELLA POPOLAZIONE DI TERRAFERMA

La popolazione veneziana che abita in terraferma ha un'origine molto composita essendo formata, oltre che da un nucleo originario locale, da popolazione emigrata da altre regioni, principalmente centro-meridionali e dalla popolazione provenienti dalle aree agricole del Veneto e delle altre regioni confinanti in occasione dell'insediamento negli anni '30 e nel secondo dopoguerra di una vasta area industriale comprendente industria chimica e petrolchimica, e cantieristica navale. In un periodo

più recente si è affermato anche un importante fenomeno di crescente abbandono dell'area insulare verso la terraferma a causa dei costi sempre più impegnativi caratterizzanti l'abitare nel centro storico o nelle isole.

Questo fenomeno interessa in particolare le giovani coppie che hanno grosse difficoltà a reperire unità abitative a costi sostenibili nell'area insulare. Questi aspetti rafforzano la necessità di monitorare la totalità della popolazione e studiare i vari profili sanitari dei quali essa fa da contenitore.



MAGGIOR RISCHIO DIFFUSO DI DIABETE

Esaminando l'insieme dei dati di mortalità, incidenza e prevalenza disponibili per questa popolazione selezionati dalla coorte censuale veneziana risulta una certa tendenza all'omogeneità della maggior parte delle stime di frequenza della malattie, i valori si discostano infatti di poco dalla media calcolata sull'intera popolazione del comune nella maggior parte delle analisi, mentre emergono invece rischi aumentati per alcune malattie in un numero limitato di quartieri e in forma sporadica.

Il diabete è una delle poche patologie per le quale il rischio appare maggiore nella popolazione di terraferma rispetto alla media del Comune e in maniera diffusa in 4 dei 6 quartieri. Tutti i valori risultano notevolmente influenzati dallo stato socio-economico e dal sesso, risultando molto più elevati nel sesso femminile.

SPORADICI ECCESSI PER MALATTIE CARDIOVASCOLARI

La popolazione di terraferma non mostra valori molto lontani da quelli medi del comune per le malattie del sistema cardiovascolare con l'eccezione di alcuni eccessi per la prevalenza di Cardiopatia Ischemica.

Dal quadro complessivo delineato da questo prima valutazione differenziale dello stato di salute della popolazione di terraferma, emerge un quadro metropolitano con sporadici eccessi per malattie cardiovascolari.

Va segnalata anche una certa sistematicità nella caratterizzazione di valori elevati rispetto alla popolazione dell'intero Comune che caratterizza uno dei sei quartieri. Una situazione particolare

che viene alla luce dall'esame della popolazione di Marghera nella quale appare evidente una tendenza all'eccesso della maggior parte delle patologie. La popolazione residente in questo quartiere è caratterizzata da valori superiori alla media della popolazione del Comune per: mortalità totale, tumori maligni, diabete, disturbi psichici, cardiopatia ischemica, infarto miocardico acuto, malattie dell'apparato respiratorio, bronchite cronica, ma non per l'asma bronchiale per la quale è invece presente un deficit. Da notare come gli eccessi si concentrino soprattutto nel sesso maschile raggiungendo, come nel caso della bronchite cronica, un valore del 45 % in eccesso rispetto alla media comunale.

IL RUOLO DELL'ESPOSIZIONE LAVORATIVA TRA I MASCHI PIÙ ANZIANI DI MARGHERA

L'introduzione nell'analisi della variabile socio-economica influenza le stime tendendo a ridurre la grandezza senza eliminare del tutto gli eccessi suggerendo così che il rischio residuo non sia completamente legato ai tradizionali fattori socio-economici. Questo dato, insieme alla tipologia delle malattie e alla concentrazione nella popolazione maschile più anziana, suggeriscono un ruolo di altri fattori che nella popolazione maschile di Marghera possono essere sospettati presenti prevalentemente nell'esposizione occupazionale a fattori di rischio la cui esistenza è stata largamente dimostrata in molti processi industriali presenti in quell'area industriale. Questo è verosimilmente avvenuto soprattutto nel periodo storico antecedente agli anni 70-80, successivamente ai quali una maggiore attenzione si cominciò a prestare alla prevenzione nell'ambiente di lavoro.

In conclusione due sembrano essere le caratteristiche principali che emergono da questo sistema di sorveglianza sanitaria. La presenza di problemi sanitari tipici di una popolazione residente in un'area metropolitana caratterizzata inoltre da una contiguità con una importante area industriale e che mostra comunque notevoli elementi di omogeneità. L'altro elemento che attira l'attenzione è il diverso profilo sanitario della popolazione del quartiere di Marghera che appare con sistematicità per l'interpretazione del quale sembra giustificato ipotizzare una forte componente occupazionale.

Informazioni

Lorenzo Simonato

**Dipartimento di Medicina Molecolare
dell'Università di Padova**

**Laboratorio di Sanità Pubblica e
studi di Popolazione**

Via Loredan 18

35131 Padova

lorenzo.simonato@unipd.it

Centro antiviolenza

SOS Violenza contro le donne. I punti di ascolto al Pronto Soccorso

a cura di **Patrizia Marcuzzo**,
coordinatrice Centro Antiviolenza Comune di Venezia*

Nel giugno scorso a Mestre in Piazza Barche c'è stato un flash mob: SeNonOraQuando ha organizzato un evento shock per ricordare tutte le donne uccise in Italia nell'anno 2012.

Quasi 60 donne di cui è stato ricordato il nome, il cognome, l'età al momento della morte e la città in cui sono morte, tante anche nel Veneto. E per mano di chi sono morte? quasi sempre il partner o ex partner. Una donna uccisa nel nostro Paese ogni 2-3 giorni; una mattanza che si conferma nei numeri ormai da anni. Molte sono state le donne che hanno animato l'evento (ognuna recitando nel ruolo di una donna uccisa) e molte sono state le donne e gli uomini che si sono fermati a guardare la rappresentazione, dapprima incuriositi, cercando di capire... e sconvolti dopo aver capito... soprattutto le donne sono sembrate profondamente toccate. Dopo il flash mob l'associazione ha dato voce a tutti i servizi presenti che si occupano di violenza e che hanno denunciato i dati e il grido di dolore di una società martoriata da un crimine antico come il femminicidio, che trasporta nel terzo millennio consuetudini da medio evo.

IL CENTRO ANTIVIOLENZA DEL COMUNE DI VENEZIA: 5MILA INTERVENTI DAL 1994

Il primo intervento è stato quello del Centro Antiviolenza. Abbiamo ricordato quante e di quale gravità siano le tipologie di violenza e maltrattamenti che le donne anche a Venezia oggi continuano a subire: fisica, psicologica, sessuale, economica, stalking. Dal 1994 le operatrici del Centro ne hanno conosciute più di 5.000 di queste donne e molte sono arrivate dal Pronto Soccorso degli Ospedali dove avevano richiesto cure per i maltrattamenti subiti.

Le violenze fisiche perpetrate sulle donne rappresentano *solo* il 31% delle violenze subite¹ ma sono fra le più facili da identificare. Le altre violenze sono spesso compresenti ma invisibili, pervasive della quotidianità di tante donne e di tante relazioni eppure taciute, tenute segrete per vergogna o per paura, spesso per entrambe.

IL 30 PER CENTO SONO VIOLENZE FISICHE E POSSONO ARRIVARE A RICHIEDERE L'INTERVENTO MEDICO AL PRONTO SOCCORSO

Le violenze fisiche più facilmente delle altre escono dalle nebbie dell'ignoto poiché possono arrivare sotto gli occhi di un medico del Pronto Soccorso. Spesso la donna che arriva all'ospedale con edemi ed escoriazioni riferisce di essere caduta o di aver sbattuto incautamente contro stipiti, come da trama di note pubblicitarie. Altre volte la donna riferisce di aver subito aggressioni da persona nota, senza però declinare il tipo di relazione che la lega alla persona violenta e tanto meno le generalità dell'aggressore. Solo in pochi casi l'aggressore è nominato. E allora il medico può specificarlo nel

referto, specie quelli indirizzati all'autorità giudiziaria, nella sezione dedicata alla descrizione della circostanza che ha causato l'accesso della donna al Pronto soccorso: aggressione da parte di marito, fidanzato, convivente...

LA VIOLENZA AVVIENE SPESSO TRA LE MURA DI CASA PER MANO DEL PARTNER O DELL'EX PARTNER

Il monitoraggio di queste richieste di cure, rigorosamente statistico, anonimo e nel rispetto della legge sulla privacy ci dice che le donne che accedono al Pronto Soccorso con la causale "aggressione" sono tante² ed emerge che la percentuale di donne che subisce aggressioni fuori dalle mura domestiche e in luoghi pubblici è davvero bassa (in bar o parchi per esempio) mentre la stragrande maggioranza è vittima di violenza di genere, spesso di violenza domestica, quasi sempre per mano del partner (marito o convivente) o ex partner entro le silenziate pareti di casa.

IL CENTRO ANTIVIOLENZA AIUTA LE DONNE AD USCIRE DALLA RELAZIONE VIOLENTA, ANCHE OFFRENDO LORO TEMPORANEA OSPITALITÀ IN UNA CASA RIFUGIO

Molte fra queste donne tuttora non sanno dell'esistenza di un Centro Antiviolenza che può aiutarle a costruire un progetto di uscita dalla relazione violenta in collaborazione con altri servizi pubblici del territorio. Moltissime non sanno che in caso di necessità possono anche "sparire" temporaneamente e vivere per un periodo in una Casa Segreta, dove ricominciare a respirare senza doversi guardare le spalle o irrigidirsi ogni volta che la porta di casa si apre...





un luogo in cui ricominciare a dormire e pensarsi capaci di autogestire la propria quotidianità senza interferenze esterne, vilipendi continui, annichilimento della propria autostima... un luogo dove riconoscersi autoreferenzialità e responsabilità personale sulle proprie idee e azioni anziché appendice di qualcun altro.

IL PUNTO DI ASCOLTO SOS VIOLENZA AL PRONTO SOCCORSO DEGLI OSPEDALI

Il Punto di Ascolto SOS *Violenza* nasce per colmare questo gap, affinché la donna al Pronto Soccorso possa ricevere cure per il proprio corpo e allo stesso tempo acquisire informazioni per non ritrovarsi più nella necessità di tornarci... Ma naturalmente non è così semplice. Il percorso di uscita è lungo e faticoso poiché implica che la donna pian piano instauri un patto con se stessa di tolleranza zero nei confronti della relazione violenta che significa rivedere le coordinate psicologiche e culturali che hanno concorso a dare forma e sostanza nella sua vita alla relazione uomo-donna e hanno plasmato il suo essere donna, compagna, madre all'interno di dinamiche familiari e sociali che hanno assecondato l'esistenza e il perpetrarsi di atteggiamenti e comportamenti discriminatori e violenti. Un patto con se stessa che passa attraverso l'acquisizione di consapevolezza della propria situazione e della possibilità di cambiare. Accanto alle cure per le ferite sul corpo, il Pronto Soccorso offre alla donna la possibilità di *curarsi* del proprio progetto di vita proponendo, attraverso il Punto di Ascolto SOS *Violenza*, una connessione efficace con il Centro Antiviolenza per un progetto di cambiamento.

DAL 1999 È ATTIVA LA COLLABORAZIONE TRA OSPEDALI DELL'ULSS 12 E CENTRO ANTIVIOLENZA DEL COMUNE DI VENEZIA

Dal 1999 la collaborazione fra gli ospedali dell'Ulss 12 e il Centro Antiviolenza del Comune è stata garantita da *Accordi* di durata annuale che prevedono la possibilità per la donna che lo desidera (anche su proposta del medico) di avvalersi del supporto psicologico offerto da una operatrice messa a disposizione dal Centro Antiviolenza del Comune per garantirle uno spazio dove dare voce al dolore, alla paura, alla confusione, all'incertezza su cosa le succederà tornando a casa... o dove ricevere informazioni sull'ausilio che può avere dai servizi del territorio, o dove può cominciare a pensare che la sua storia di maltrattamenti non sia un destino fatto e finito.

AL CENTRO ANTIVIOLENZA ARRIVANO DONNE ANCHE DA OSPEDALI DI ALTRE ULSS

Donne che subiscono violenza sono giunte al Centro Antiviolenza del Comune di Venezia anche da ospedali di altre Ulss dove abbiamo trovato ottime sensibilità e disponibilità personali e professionali da parte degli operatori sanitari che si sono presi cura della donna non solo per gli aspetti di stretta competenza di diagnosi e cura, ma anche nella fase di predisposizione di un progetto di messa in sicurezza della donna presso le nostre Case Rifugio.

ALTRI PROGETTI DI COLLABORAZIONE SONO ATTIVI A LIVELLO NAZIONALE

Sono ormai molte ed efficaci le esperienze sul territorio nazionale di progetti di collaborazione fra gli ospedali e i Centri Antiviolenza; quello di Venezia è uno dei più longevi³ ma ve ne sono altri di molto interessanti, come quello della clinica Mangiagalli di Milano che si avvale dell'eccellente competenza di *Alessandra Kustermann*⁴, oppure l'ottima esperienza del Centro Antiviolenza LineaRosa di Ravenna⁵ con eccellenti progetti di buone prassi sinergiche ed efficaci fra le forze di polizia, gli operatori sanitari e i Centri Antiviolenza, o la recente esperienza di Grosseto, con la creazione di una *task force istituzionale* fra Procura della Repubblica e Azienda Ulss che dà ottimi risultati pubblicati nel testo: *Codice Rosa, il magico effetto domino*⁶.

NELL'INIZIATIVA NOVEMBREDONNA UN EVENTO IN COLLABORAZIONE CON L'ULSS12

Queste esperienze eccellenti costituiscono il focus di una giornata di studio promossa dal Centro Antiviolenza, con la collaborazione dell'Azienda Sanitaria Locale⁷, a novembre all'interno del *Novembre Donna*, rassegna di eventi creati ogni anno dal Centro Donna per celebrare la *giornata ONU contro la violenza di genere* (25 novembre) attraverso iniziative volte a tenere alta l'attenzione delle cittadine e dei cittadini sul fenomeno della violenza sulle donne perché la violenza sulle donne riguarda tutti. Riguarda infatti le donne che la subiscono e gli

uomini che la agiscono. Riguarda le operatrici dei Centri Antiviolenza che quotidianamente sostengono le donne nei loro progetti di emancipazione dalla violenza e riguarda anche gli uomini che non agiscono violenza ma la cui voce però faticiamo a sentire: il loro silenzio equivale ad una presa di distanza, non da una loro responsabilità personale che evidentemente non c'è, ma da una responsabilità culturale collettiva storica e attuale che non conosce flessioni nei dati statistici.

LA DENUNCIA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ: LA VIOLENZA SULLA DONNE CAUSA MOLTE PATOLOGIE CON ENORMI COSTI SOCIALI ED ECONOMICI

La violenza sulle donne causa anche numerose e gravi patologie con pesanti ripercussioni sul sistema sanitario e conseguenti enormi costi economici. Numerose ricerche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno analizzato le conseguenze della violenza sulle donne e le ricadute sulla loro salute⁸. Risulta che la violenza causa problemi fisici tra cui lesioni temporanee e permanenti ma anche cefalea, mal di schiena, fibromialgia e una vasta gamma di disturbi gastrointestinali (coliti, gastriti, ulcere); causa problemi psichici e psicosociali tra cui ansia cronica, depressione, disturbi del sonno e del comportamento alimentare.

Anche i costi economico/sociali sono enormi: le donne soffrono di isolamento, hanno difficoltà a lavorare, a partecipare alla vita sociale, a prendersi cura di sé e dei propri figli.

LA LOTTA CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE È UNA PRIORITÀ A LIVELLO MONDIALE

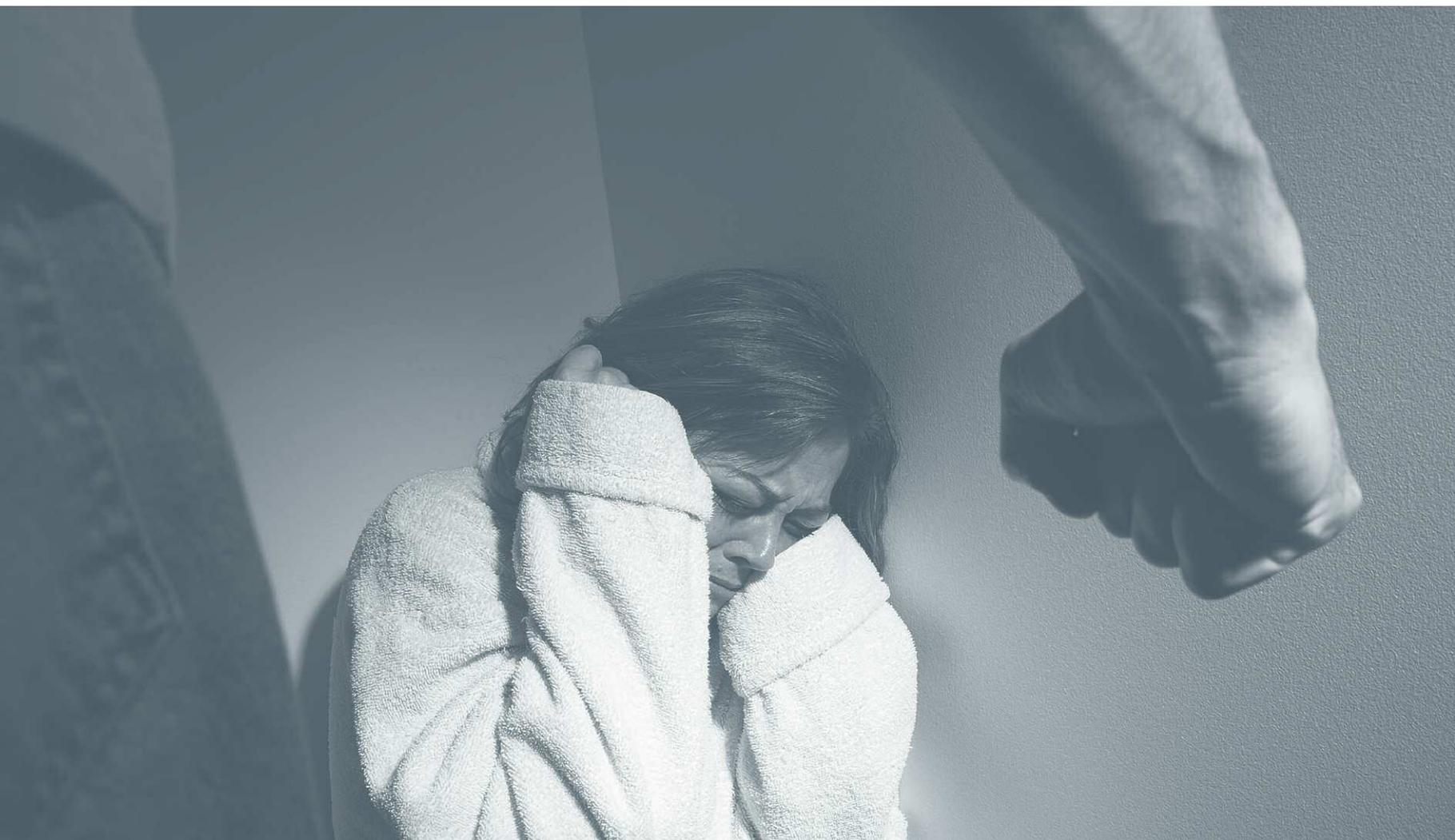
L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera la lotta contro la violenza di genere come una priorità per la sanità pubblica e una violazione dei diritti umani: un problema troppo spesso ignorato o sottostimato, anche perché una delle forme più comuni di violenza di genere è quella domestica e, come abbiamo visto, facilmente occultabile.

UN SOMMERSO ELEVATISSIMO PERCHÉ LA VIOLENZA SULLE DONNE È TUTTORA TOLLERATA ALL'INTERNO DI MOLTE CULTURE

Il sommerso è elevatissimo ed è consistente la quota di donne che non parla con nessuno delle violenze subite. Dai dati statistici emerge che in genere le donne chiedono aiuto ai Centri solo dopo anni che subiscono violenza e maltrattamenti. Ciò accade perché è consuetudine che la donna che subisce violenza si senta in parte responsabile per non essere riuscita ad evitarla o per aver in qualche modo inavvertitamente provocato le condizioni per il suo scatenamento; ha inoltre difficoltà a riconoscere la violenza subita come reato. Ricordiamo che culturalmente discriminazioni e violenze sulle donne sono tuttora tollerate in molte culture (anche la nostra) tanto che le norme dell'ordinamento giuridico italiano che le sanzionano sono relativamente recenti⁹.

LE OPERATRICI E GLI OPERATORI DELLE ISTITUZIONI: LA RESPONSABILITÀ DI "VEDERE" LA VIOLENZA

Talune istituzioni stanno modificando il loro



atteggiamento nei confronti delle donne che subiscono violenza. Le operatrici e gli operatori di uffici e servizi stanno via via acquisendo strumenti per riconoscerne i segni e per relazionarsi nel modo più corretto con la donna che la subisce offrendo ascolto e orientamento su come uscirne, anche invitando la donna a rivolgersi ai Centri Antiviolenza. In passato (ma succede ancora troppo spesso) la donna che chiedeva aiuto ai sanitari, alle forze dell'ordine, agli assistenti sociali, al prete, alla mamma... riceveva *inviti*, del tutto inadeguati, a ridimensionare, a portare pazienza, a comprendere, a mettersi in discussione, a sopportare perché è *normale che le cose vadano così*, ad accettare le conseguenze connesse al ruolo di moglie o compagna... atteggiamenti inadeguati e molto pericolosi perché capaci di ricacciare la donna in balia degli eventi domestici con l'aggravante di cancellare la speranza di un sostegno esterno per uscirne.

UNA DOMANDA DIFFICILE DA PORRE: "SUBISCI VIOLENZA?"

Un altro atteggiamento ricorrente delle istituzioni è *mettere in discussione quanto riferito dalla donna sulle violenze subite* con il medesimo risultato *boomerang* per la donna ¹⁰ che percepisce che il proprio interlocutore non dà credibilità al racconto e quindi alla dimensione della violenza e quindi a lei stessa. Per molti operatori i segni della violenza sono segni *ermetici*, segni che non vengono colti nonostante la loro evidenza ¹¹. La casistica ci parla di donne che finiscono innumerevoli volte dall'ortopedico o dal radiologo senza che questi si interroghi sulle cause di tanta e ripetuta *distrazione*. O del medico di base che nonostante il dubbio derivante da ematomi reiterati sulla sua assistita, disturbi del sonno, accenni di lei al carattere eccessivamente nervoso del marito e altri molti sintomi coerenti con una relazione violenta non fa alla donna la domanda diretta: *subisci violenza?* La formazione si è rivelata fondamentale per la conoscenza del fenomeno e per la costruzione di un linguaggio condiviso fra operatori di istituzioni diverse che intercettino donne con storie di violenza ¹².

IL RUOLO DELLA FORMAZIONE

Anche la regione Veneto ha dato negli ultimi anni un notevole impulso alla lotta contro la violenza di genere con finanziamenti dedicati alla formazione di operatrici e operatori ed è allo studio della Quinta Commissione del Consiglio Regionale del Veneto un progetto di legge sulla violenza contro le donne che va a colmare un vuoto legislativo importante creando le basi per una armonizzazione e finanziamento degli interventi contro la violenza sulle donne nel territorio regionale.

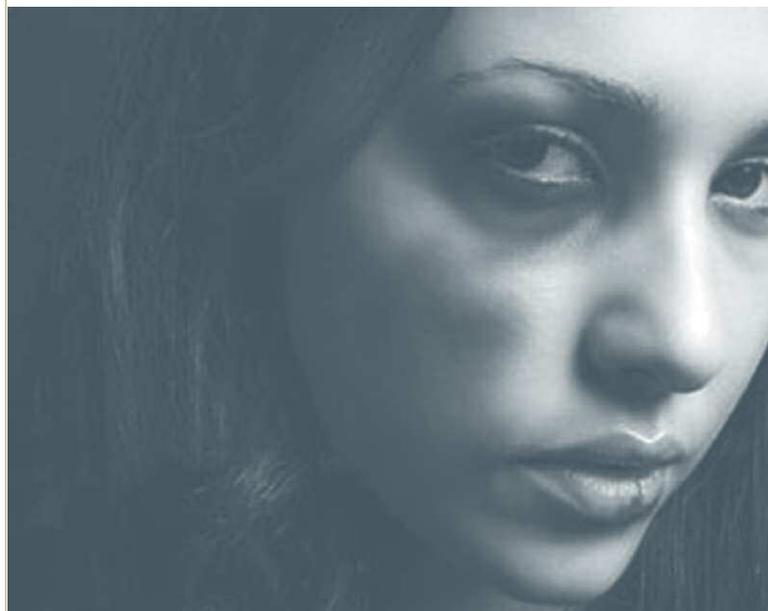
Il messaggio che deve passare attraverso la formazione è che la violenza sulle donne è molto diffusa e che possiamo trovare con la donna il

modo per parlarne e canali per uscirne. Dobbiamo poter offrire alla donna informazioni sui percorsi possibili che la aiutino a cambiare la propria situazione in condizioni di sicurezza con il supporto di operatrici, esperte in progetti di contrasto alla violenza di genere.

* **Patrizia Marcuzzo** è responsabile dell'Unità Operativa Complessa Gestione Servizi Centro Donna del Comune di Venezia e coordina le attività del Centro Antiviolenza.

Relatrice in numerosi convegni sui temi della violenza di genere e autrice dei seguenti articoli:

- Il Centro Antiviolenza del Comune di Venezia: UN'ORGANIZZAZIONE COMPLESSA A SOSTEGNO DEI PROGETTI DI USCITA DALLA VIOLENZA DI GENERE, *contenuto nel testo* CASE di DONNE Le case del Centro Antiviolenza del Comune di Venezia Percorsi femminili per uscire dalla violenza, a cura di Patrizia MARCUZZO, *pubblicato nel* 2012.
- LAVORARE ASSIEME, TEMI, METODI E MATERIALI *scritto in collaborazione con* Angela Chiavassa e Genny Giordano e *contenuto nel testo* VIOLENZA CONTRO LE DONNE Formazione di Genere e Migrazioni Globalizzate, a cura di Franca BIMBI e Alberta BASAGLIA, ed. Guerini e associati, 2011.
- IL RUOLO DEL CENTRO ANTIVIOLENZA *contenuto nel testo* PERCORSO FORMATIVO SULLO STALKING, *pubblicato dall'ONVD con finanziamenti della Regione Veneto*, 2010.



INDAGINE ISTAT

LA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

Indagine dedicata al fenomeno della violenza fisica e sessuale contro le donne. Realizzata nel 2006, pubblicata nel febbraio 2007. L'indagine rivela che le donne che hanno subito violenze dai partner nel corso della vita accusano i seguenti effetti sulla salute:

Perdita di fiducia e di autostima	48,8 %
Disturbi del sonno	41,5 %
Ansia	37,4 %
Depressione	35,0 %
Idee di suicidio	12,3 %

NOTE AL TESTO

1. Dati dell'Osservatorio del Centro Antiviolenza del Comune di Venezia relativi all'anno 2011.
2. Cfr con le tabelle che descrivono il trend di donne che si sono rivolte al pronto soccorso dell'Ospedale dell'Angelo e dell'Ospedale SS.Giovanni e Paolo con causale: aggressione.
3. Il progetto nasce nel 1999 e l'esperienza dei primi anni è raccolta nella pubblicazione del Servizio Cittadinanza delle Donne e Culture delle Differenze intitolata: S.O.S. VIOLENZA Punto di Ascolto per donne e minori negli ospedali della città, edito nel 2002, all'interno de I Quaderni del Centro Donna, Collana Le Buone Pratiche.
4. Alessandra Kustermann è dirigente medico specialista in ostetricia e ginecologia presso l'ospedale Mangiagalli di Milano ed ha al proprio attivo numerosissime pubblicazioni sui temi della violenza sessuale e domestica.
5. Linea Rosa è un Centro Antiviolenza di Ravenna nato nel 1991 per volontà di un gruppo di donne che condividevano il desiderio di combattere la violenza contro le donne. La presidente Alessandra Bagnara è stata la prima presidente dell'associazione nazionale D.I.Re. (Donne in Rete) che riunisce i Centri Antiviolenza italiani del privato sociale.
6. "Il PERCORSO ROSA è un protocollo d'intervento che mira ad assicurare la massima tutela dei soggetti vittime di violenza attraverso percorsi assistenziali protetti che ne garantiscano la privacy e l'incolumità fisica e psichica e a garantire la massima celerità di intervento nei confronti degli autori di reato" tratto da Codice Rosa, il magico effetto domino, Pacini Editore, pg 104.
7. Il seminario avrà luogo nella mattinata del 22 novembre 2012 nella prestigiosa sala San Domenico dell'Ospedale SS.Giovanni e Paolo di Venezia.
8. L'OMS definisce la violenza contro le donne come "l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, o della minaccia di tale uso, rivolto contro se stessi, contro un'altra persona...che produca o sia molto probabile che possa produrre lesioni fisiche, morte, danni psicologici, danni allo sviluppo, privazioni"
9. Norme nazionali: Legge 11 Agosto 2003 n° 228 Misure contro la tratta di persone.
Legge 15 Febbraio 1996 n° 66 Norme contro la violenza sessuale.
Legge 5 Aprile 2001 n° 154 Misure contro la violenza nella relazioni familiari.
Legge 23 aprile 2009 n°38 Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori (stalking).
10. Generalmente si parla di "vittimizzazione secondaria" o "post-crime victimization" quando le vittime di crimini subiscono una seconda vittimizzazione da parte delle istituzioni, degli operatori e operatrici sociali o dall'esposizione mediatica non voluta.
11. V. su questo tema il testo UN SILENZIO ASSORDANTE di Patrizia Romito, Franco ANGELI. Tratta delle violenze maschili su donne e minori ma soprattutto dei meccanismi che la società mette in atto per non vederle, anzi, per occultarle attivamente.
12. È di prossima realizzazione un corso di sensibilizzazione per medici e infermieri dei dipartimenti di pronto soccorso degli ospedali dell'Angelo di Mestre e SS. Giovanni e Paolo di Venezia organizzato dal Centro Antiviolenza con la collaborazione dell'ASL 12. L'obiettivo che si intende raggiungere è una sempre maggiore competenza della struttura sanitaria relativamente all'approccio relazionale con le donne che subiscono violenza, nella conoscenza della rete di servizi territoriali e nell'orientamento e accompagnamento della donna nell'utilizzo di tali risorse.

DAL SITO DEL MINISTERO DELLA SALUTE:

"...fenomeno rilevante a livello sanitario è la violenza contro le donne (sia sessuale, che fisica, psicologica, economica) a causa delle conseguenze immediate legate alle lesioni fisiche e a causa degli effetti secondari: depressione, ansia e attacchi di panico, disturbi dell'alimentazione, dipendenze, disturbi sessuali e ginecologici, malattie sessualmente trasmissibili, disturbi gastrointestinali e cardiovascolari. I dati 2006 dell'Istat dimostrano che in Italia le donne tra 16 e 70 anni vittime di violenza nel corso della vita, sono stimate in quasi 7 milioni. Occorre sviluppare interventi orientati sull'analisi della violenza come fattore di rischio in molte patologie che si evidenziano nelle donne".

RAPPORTO ONU 2012 SULL'ITALIA PRESENTATO A GINEVRA IL 25 GIUGNO 2012

Tratto da **La Repubblica del 26 giugno 2012**

Nel 2011 le donne uccise in Italia sono state 127. "Il femmicidio è l'estrema conseguenza delle forme di violenza esistenti contro le donne. Queste morti non sono isolati incidenti che arrivano in maniera inaspettata e immediata, ma sono l'ultimo efferato atto di violenza che pone fine ad una serie di violenze continuative nel tempo", ha detto Rashida Manjoo, Relatrice Speciale dell'ONU sulla violenza contro le donne che ha presentato il rapporto 2012 sull'Italia a Ginevra il 25 giugno scorso la quale sottolinea come la violenza in casa sia la forma di violenza più consistente che affligge le donne nel Paese e determina un crescente numero di vittime di femicidio da parte di partner, mariti, ex fidanzati. "Purtroppo, la maggioranza delle manifestazioni di violenza non è denunciata – ha aggiunto la Relatrice – perché le vittime vivono in una contesto culturale maschilista dove la violenza in casa non è sempre percepita come un crimine e dove le vittime sono economicamente dipendenti dai responsabili della violenza. "Persiste la percezione che le risposte fornite dallo Stato non sono appropriate e di protezione (...). In Italia sono stati fatti sforzi da parte del Governo, attraverso l'adozione di leggi e politiche, incluso il Piano di Azione Nazionale contro la violenza; questi risultati non hanno però portato ad una diminuzione di femmicidi né sono stati tradotti in un miglioramento della condizione di vita delle donne e delle bambine". Dal rapporto emerge una serie di raccomandazioni rivolte al governo italiano. Innanzitutto garantire alle vittime protezione economica e un rifugio sicuro.

TREND DI DONNE CHE SI SONO RIVOLTE AL PRONTO SOCCORSO DELL'OSPEDALE DELL'ANGELO E DELL'OSPEDALE SS. GIOVANNI E PAOLO CON CAUSALE: AGGRESSIONE

	2010	2011	2012*
Ospedale dell'Angelo	247	361	151
Ospedale Santi Giovanni e Paolo	106	129	66
Totali	353	490	217

Tabella 1
* periodo
di riferimento:
gennaio-giugno

OSSERVATORIO DEL CENTRO ANTIVIOLENZA

Periodo di rilevazione: anno 2011

Campione: 280 donne che si rivolgono per la prima volta al Centro Antiviolenza

TIPOLOGIA DI VIOLENZA SUBÌTA DALLE DONNE

Violenza psicologica	40%
Violenza fisica	31%
Violenza economica	14%
Violenza sessuale	5%
Atti persecutori (stalking)	5%
(... altre tipologie)	

DA CHI HA SAPUTO DEL CENTRO ANTIVIOLENZA

Amica o conoscenti	29%
Punto di Ascolto SOS del pronto Soccorso	9%
Servizi Sociali	9%
Forze dell'ordine	9%
Medico di base/pediatra (altri soggetti)	2%

LUOGO IN CUI È AVVENUTA LA VIOLENZA

Casa	67%
Luogo pubblico aperto (strada, parco...)	11%
Luogo pubblico chiuso (bus, bar...)	2%
luogo di lavoro (...altri luoghi)	2%

CHI È LA PERSONA CHE HA AGITO VIOLENZA

Coniuge	47%
Partner convivente	15%
Ex coniuge	9%
Ex partner convivente	5%
Ex partner non convivente	4%
Partner non convivente	4%
Fratello	3%
Padre	2%
Conoscente	2%
Sconosciuto	15%
(...altre persone)	

TEMPO TRASCORSO DAL PRIMO EPISODIO DI VIOLENZA

Più anni	38%
Un anno	7%
Qualche mese	12%
Qualche settimana	9%
Qualche giorno	13%
Meno di 24 ore (...altro)	2%

INFORMAZIONI

Patrizia Marcuzzo

Resp. Unità Operativa Complessa

Centro Antiviolenza del Servizio Cittadinanza delle Donne e Culture delle Differenze

Comune di Venezia

Viale Garibaldi 155/A 30174 Mestre (Venezia)

Tel. 041 2690615

centro.antiviolenza@comune.venezia.it

www.comune.venezia.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1410

Medicina di genere

L'appropriatezza della cura nella salute della donna

a cura di **Maria Teresa Menotto**
presidente della Consulta delle Cittadine del Comune di Venezia,
e **Franca Marcomin**
coordinatrice del gruppo di lavoro Welfare della stessa Consulta

La salute delle donne è spesso omologata alla salute degli organi riproduttivi femminili. Certamente molte conquiste sono state fatte:

il Pap Test è un esame molto semplice che ha permesso di annullare praticamente la morte delle donne per tumore del collo dell'utero; l'esame clinico della mammella permette la diagnosi precoce del tumore del seno, ma la sfida non si ferma qua. Anzi va ben oltre.

Sempre si parla infatti di "medicina di genere" intendendo con questa espressione la medicina adattata all'organismo femminile e alle sue specificità che lo differenziano anche di molto dall'organismo maschile.

La Consulta delle Cittadine, in particolare tramite il gruppo di lavoro dedicato al Welfare, ha deciso di diffondere testi e conoscenze relative alla medicina di genere con l'obiettivo di contribuire alla formazione di una nuova cultura della salute che tenga conto delle evidenze scientifiche che stanno emergendo rispetto alla differenza tra donne e uomini.

La sfida comprende non solo una medicina sempre più attenta alle differenze di genere, ma anche alle singole persone per una terapia sempre più individualizzata.

Il ruolo delle Consulte, che raccolgono diverse associazioni, infatti è quello di diffondere saperi, conoscenze, proposte in una ottica di stretta collaborazione con le istituzioni per un ruolo sempre più attivo da parte dei cittadini e delle cittadine.

In tempi di crisi la partecipazione sociale è una modalità fondamentale per mantenere la coesione e per ottimizzare le risorse.

LA CAMERA DEI DEPUTATI IMPEGNA IL GOVERNO A SOSTENERE LA MEDICINA DI GENERE

Esistono dei documenti importanti che delineano le nuove frontiere della medicina di genere.

Una mozione della Camera dei Deputati, datata 27 marzo 2012, impegna il Governo "ad inserire tra gli obiettivi del Piano Sanitario nazionale del 2013-2015 la promozione ed il sostegno alla medicina di genere quale approccio

interdisciplinare tra le diverse aree mediche per migliorare i criteri di erogazione dei servizi".

La mozione parlamentare invita anche il Governo a favorire tra gli enti preposti una maggiore attenzione alle differenze di genere in campo di ricerca farmacologica, e in genere nei settori della ricerca medica e scientifica, ciò al fine di tutelare la appropriatezza e l'efficacia della terapia meglio tarata sulle reali esigenze delle pazienti.

FAVORIRE LA RICERCA, LA TERAPIA E LA PRESA IN CARICO, TENENDO CONTO DELLE EVIDENZE DELLA MEDICINA DI GENERE

Ma le richieste sono anche altre:

- inserimento della medicina di genere nei programmi di studio universitari e nelle scuole di specializzazione di medicina e professioni sanitarie
- specializzare l'assistenza rivolta alle donne nelle strutture pubbliche
- rafforzare gli interventi in area materno infantile e sostenere programmi di screening per la diagnosi precoce del tumore del seno e la prevenzione delle malattie cardiovascolari in età post menopausale
- istituire in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità un osservatorio nazionale sulla medicina di genere.

IL PROGETTO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Esiste già un progetto strategico, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, diffuso in unità operative su tutto il territorio nazionale, con l'obiettivo di affrontare i numerosi aspetti della medicina di genere: biomedici, economici e sociali. Alcuni risultati sono già stati raggiunti.

Il progetto ha permesso di:

- costruire una rete di ricercatori biomedici e delle scienze sociali riguardo al medicina di genere
- sono stati costituiti gruppi di lavoro specifici per alcune patologie cardiovascolari e per la fibromialgia
- sono stati individuati biomarkers di genere specifici nel campo delle malattie cardiovascolari, dismetaboliche ed alcune patologie autoimmuni
- sono state studiate anche le differenze di genere per ridurre le reazioni avverse nelle patologie cardiovascolari
- esiste una peculiarità dovuta alle condizioni di età, istruzione, stili di vita ed esposizioni ambientali che influenza notevolmente lo stato di salute indipendentemente dai servizi offerti
- l'invecchiamento e la consistenza delle malattie cronico degenerative colpiscono di più le donne visto che queste vivono più a lungo.

Informazioni

Segreteria Consulta delle Cittadine

Ca' Farsetti – San Marco 4136

Tel. 041.2748922

Fax 041.2748477

consultadonne@comune.venezia.it

<http://consultacittadine.wordpress.com/>





Metabolé. Percorsi e riflessioni sul corpo e le sue trasformazioni

a cura di
Stefania Bragato
presidente dell'Associazione Metabolé

L'Associazione Metabolé promuove percorsi culturali e di solidarietà per una riflessione individuale e collettiva sul corpo e sulle sue trasformazioni.

In particolare, quando una persona vive i cambiamenti del proprio corpo perché subisce un trauma, una malattia o perché naturalmente invecchia, incontra il limite del corpo come fisicità e, soprattutto, vive un mutamento nella sua vita.

PERCORSI PER SUPERARE IL DISAGIO PSICOLOGICO

Il disagio psicologico, che può nascere dal vedersi ed essere diversi da prima, non può che accrescersi nella società attuale dove i modelli imperanti sono quelli del corpo perfetto e delle prestazioni efficienti. Chi vive la metamorfosi e chi gli è accanto sentono la necessità di essere guidati e sostenuti nell'elaborare il cambiamento. Una elaborazione che non può essere rivolta solo a curare i disagi psicologici, ma che richiede l'impiego di altre forme di cura più vicine alle disseminazioni di tipo culturale.

Le iniziative culturali espresse nelle varie forme della comunicazione e i gruppi di psicoterapia o di auto aiuto, stimolando riflessioni individuali e collettive, aiutano a trovare percorsi di sostenibilità e accettazione dei mutamenti dolorosi.

Metabolé nel realizzare esperienze rivolte alla collettività vuole contribuire ad abbattere la solitudine legata alla sofferenza cercando strade comuni di solidarietà.

ATTIVITÀ REALIZZATE

Le trasformazioni del corpo tra psiche e soma

Conferenza presso il Centro Culturale Candiani, 18 maggio 2008

Relatori: Marco Lorenzini (Primario di chirurgia plastica Ospedale Umberto I), Antonella Debora Turchetto (Associazione medici psicoterapeuti di Venezia)

Partnership: Metabolé, Provincia di Venezia, Associazione medici psicoterapeuti di Venezia, Centro Culturale Candiani

Segnate ma non piegate: donne verso un nuovo equilibrio

Gruppi di sostegno psicologico per donne che hanno avuto il tumore al seno. I gruppi si tengono ogni dal 2008 presso il Centro Donna di Mestre.

Psicoterapeuta: Nicoletta Cerino

Partnership: Metabolé e Centro Donna

Le rappresentazioni dell'invecchiare nel cinema

Rassegna cinematografica.

Novembre-dicembre 2008

Film proiettati: La casa del sorriso, Central do Brazil, Gruppo di famiglia in un interno, Re Lear, Ritorno a casa, The Mother.

Partnership: Metabolé, Associazione medici psicoterapeuti di Venezia, Centro Culturale Candiani

Il corpo tra Oriente e Occidente. Oltre il dualismo

Conferenza presso il Centro Culturale Candiani
30 gennaio 2009

Relatori: Amina Crisma (Università di Venezia), Giorgio Bonaccorso (Istituto di liturgia pastorale di Padova)

Partnership: Metabolé, Provincia di Venezia, Centro Culturale Candiani

Il corpo: il pathos della trasformazione

Tre incontri di lettura e discussione presso Biblioteca Civica di Mestre. Marzo 2009

Relatori: Umberto Curi (Università di Venezia), Franco Rella (luav, Venezia), Davide Susanetti (Università di Padova)

Partnership: Metabolé e Biblioteca Civica di Mestre

Le rappresentazioni della fragilità nel cinema

Rassegna cinematografica

Dal 3 novembre al 9 dicembre 2009

Film proiettati: Sul lago dorato, Turista per caso, Il tempo che resta, Iris, Un amore vero, Lontano da lei, Lo scafandro e la farfalla.

Partnership: Metabolé, Associazione medici psicoterapeuti di Venezia, Centro Culturale Candiani

Malattie, traumi, invecchiamento: il pathos della trasformazione del corpo

Ciclo di 3 incontri presso le Municipalità del Comune di Venezia.

Dicembre 2009

Relatori: Maria Cristina D'Inca (Medico di base di Mestre) e Antonella Debora Turchetto

(Associazione medici psicoterapeuti di Venezia)

Partnership: Metabolé, Servizio Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia

La metamorfosi femminile del dolore

Un ciclo di 3 conferenze e 3 film sul tema del dolore attraverso l'opera di Virginia Woolf, Frida Kahlo e Camille Claudel. Svolgimento dell'iniziativa al Centro Culturale Candiani.

Aprile-maggio 2010

Film proiettati: Frida, Mrs Dalloway, Camille Claudel

Relatori: Alessandro Parmiggiani (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), Bianca Tarozzi (Università di Verona) e Elisabetta Ticcò (Istituto Stefanini, Mestre).

Partnership: Metabolé, Centro Donna e Centro Culturale Candiani

Metabolizzare il dolore: risorse personali e nuovi strumenti

Conferenza presso Scuola dei Calegheri a Venezia il 25 maggio 2010

Relatori: Antonella Debora Turchetto

(Associazione medici psicoterapeuti di Venezia)

Partnership: Metabolé, Municipalità di Venezia e Servizio Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia.

Io, nessuno, centomila.

Laboratorio di narrazione delle emozioni

Ciclo di 9 incontri. Il laboratorio non è un gruppo di psicoterapia e neppure un corso di scrittura creativa, ma un luogo dove vengono posti degli interrogativi ai quali si cerca di dare delle risposte e di tradurle attraverso il linguaggio della scrittura.

Aprile-maggio 2011

Conduttrici: Vera Mantengoli (counsellor) e Olivia Casagrande (antropologa).

Partnership: Metabolé e Centro Donna di Mestre

Io, nessuno, centomila.

Laboratorio di narrazione delle emozioni

(Il Livello)

Ciclo di 12 incontri.

Novembre-gennaio 2012

Conduttrici: Vera Mantengoli (counsellor) e Olivia Casagrande (antropologa)

Partnership: Metabolé e Centro Donna di Mestre

Modelli e immagini della bellezza

Ciclo di tre conferenze presso il Centro Culturale Candiani.

4, 11 e 18 ottobre 2011

Relatori: Patrizia Pinotti (Univ. Pavia), Alessandro Casadei (Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica), Marcello Ghilardi (Univ. Padova) e Vincenzo Patané (Scrittore-giornalista, Venezia)

Partnership: Metabolé e Centro Culturale Candiani

Il percorso del paziente: l'incontro con il limite

Convegno presso l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Venezia, 29 ottobre 2011

Relatori: Antonella Debora Turchetto

(Associazione medici psicoterapeuti di Venezia e

Commissione pari opportunità dell'OMCeO),

Salvatore Capodieci (Associazione medici psicoterapeuti di Venezia), Roberto Busolin

(Chirurgo oncologo), Nicoletta Cerino

(Associazione Metabolé).

Partnership: Metabolé, Commissione pari opportunità dell'OMCeO, Associazione medici psicoterapeuti di Venezia

Rassegna cinematografica: relazioni e legami

Dal 9 al 30 novembre 2011

Film proiettati: Transamerica, The Dolls, Requiem for a dream, Time.

Partnership: Metabolé, Associazione medici psicoterapeuti di Venezia, Centro Culturale Candiani

Rassegna cinematografica: sogno dell'uomo che anticipa la scienza

Dal 29 febbraio al 28 marzo 2012

Film proiettati: 2001: Odissea nello spazio, Codice 46, Viaggio allucinante, Nirvana, Terminator.

Partnership: Metabolé e Centro Culturale Candiani

Menti digitali e corpi bionici

Un ciclo di 2 conferenze e 2 film. Svolgimento dell'iniziativa al Centro Culturale Candiani.

Aprile-maggio 2012

Film proiettati: eXistenz, Blade Runner

Relatori: Paolo Ferri (Università Bicocca), Riccardo Focardi (Università di Venezia), Maria Chiara Carrozza (Scuola Superiore di Sant'Anna di Pisa), Alberto Madricardo (Società Filosofica Italiana)

Partnership: Metabolé e Centro Culturale Candiani

GUARIRE TRA MEDICINA E PSICOTERAPIA

Tre temi di riflessione e confronto

Essere in salute significa sentire la mente in armonia con il corpo. Situazione particolarmente difficile da raggiungere soprattutto nello stato di malattia, ma non solo. Partendo da questa semplice e ben nota considerazione, l'Associazione Metabolé ha avviato da tempo una riflessione che si è declinata in diverse forme ed attività.

Lo scorso ottobre – il 4, l'11 e il 26 – l'associazione Metabolé, in collaborazione con il Servizio Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia, ha proposto un ciclo di tre incontri aperti al pubblico e agli specialisti delle discipline che si occupano dell'arte della cura dell'essere umano.

Primo tema

Strumenti di aiuto ai pazienti oncologici e ai loro familiari

I pazienti oncologici hanno bisogno di cure mediche, ma anche di sostegno psicologico perché il confronto con il limite destabilizza la persona proprio nel momento in cui ha maggior bisogno di tutte le energie fisiche e psichiche per affrontare la malattia. I familiari del malato che si rispecchiano in quell'immagine di sofferenza, ne avvertono tutto il peso e chiedono, a loro volta, di essere sostenuti.

L'incontro è stato finalizzato ad offrire gli strumenti atti ad aiutare sia i pazienti che il caregiver ad affrontare con più serenità e perizia la presa in cura del paziente lungo tutto il decorso della malattia.

Gli specialisti coinvolti nell'incontro del 4 ottobre sono stati Gennaro Muscari Tomaioli, medico omeopata, e Fiorenza Barbato psiconcologa dell'ospedale di Mirano.

Secondo tema

Quando lo psicofarmaco?

I disagi della mente si possono curare con i farmaci e con la psicoterapia. Spesso i due approcci si integrano e si completano. Che ci sia un eccessivo uso di psicofarmaci nelle nostre società, non è un mistero. Eppure, in determinate circostanze, basterebbe una correzione comportamentale, magari supportata da una psicoterapia breve e focalizzata, a risolvere il

disagio. A volte, però, l'impossibilità per il paziente di affrontare un percorso di psicoterapia o del medico di sostenere altrimenti il paziente, porta necessariamente all'uso della terapia farmacologica.

Su questo tema, l'11 ottobre l'Associazione Metabolé ha invitato Maria Teresa Stivanello, psichiatra e psicoterapeuta SIPP, a tenere una relazione.

Terzo tema

Il dramma nell'anima e la malattia nel corpo

Il corpo ci parla e, il più delle volte, non lo ascoltiamo. Il corpo sa dirci quando qualcosa non va nella nostra vita. Lo stress e i conflitti relazionali creano disagi che si possono manifestare come malattie psicosomatiche. La cura mirata al corpo guarda al sintomo, non alla sua origine. Un approccio olistico e multidisciplinare può arrivare più facilmente e adeguatamente alla soluzione dei problemi e alla guarigione.

Il 26 ottobre Carlo e Rita Brutti, psicanalisti e direttori dell'Istituto di ricerca clinica in psicosomatica psicoanalitica Aberastury, hanno portato il loro contributo al tema.

VENERI FERITE

Gruppi di sostegno per le donne operate al seno

Riprendono i gruppi di sostegno psicologico per le donne operate al seno tenuti da Metabolé (sito internet www.metabole.it) con la collaborazione del Centro Donna.

Il gruppo prevede un numero di partecipanti minimo di 6 e massimo di 10.



Informazioni

www.metabole.it

presidente@metabole.it

amministrazione@metabole.it

cell. 328-9626151

Associazioni socio sanitarie

La riabilitazione neuromotoria a Venezia. La richiesta alla Regione per un centro convenzionato territoriale

a cura di
Giampaolo Lavezzo,
cooperativa sociale Rochdale

Ridiscutiamo di quella branca specialistica multidisciplinare che consente alle persone con disabilità di migliorare le loro condizioni motorie, di recuperare funzionalità. In casi gravi è indispensabile per non peggiorare e quindi evitare o procrastinare la perdita di autonomia, di deambulazione, di autosufficienza in generale. È purtroppo notorio che nella Ulss 12 Veneziana sono stati via via ridotti in maniera molto preoccupante i servizi ambulatoriali riabilitativi specifici. L'assenza di tali presidi sanitari, impedisce la presa in carico e quindi l'impossibilità di predisporre un piano riabilitativo individuale, con tutte le gravi conseguenze facilmente immaginabili. Spesso costringe le persone interessate a rivolgersi al mercato privato, con spese insostenibili.

LA RIABILITAZIONE NEGLI ANNI SETTANTA

Ma non è sempre stato così. Mi occupo di Riabilitazione dal 1966, da quando ho iniziato a lavorare con l'AIAS, l'Associazione italiana per l'Assistenza agli Spastici. Nel 1972 l'associazione ha promosso la costituzione di un Consorzio volontario tra Comuni della provincia e la stessa Amministrazione Provinciale, poiché all'epoca l'intervento pubblico in materia sanitaria, era facoltativo.

GLI AMBULATORI PER LA RIABILITAZIONE

Ho lavorato per molti anni all'interno del Consorzio, con compiti organizzativi e amministrativi. Il primo Centro Ambulatoriale di Riabilitazione Motoria della provincia di Venezia, con sede in via Forte Marghera n. 31 a Mestre, è stato trasferito nel 1977 in via Torino 65. Nel 1978 erano attivi Centri

ambulatoriali a Marghera, a Santa Chiara e Castello a Venezia, Murano, Chioggia, Dolo, Mirano, S. Donà e Portogruaro, oltre a via Torino.

NEL 1977 ERANO 859 GLI UTENTI, DEI QUALI 80 AL DI SOTTO DI UN ANNO DI ETÀ

Nel 1977, gli utenti erano 859, dei quali 80 con età inferiore ad un anno di vita. L'organico era composto da: 3 medici specialisti, 2 assistenti sociali, 22 fisioterapisti/i, 2 logopediste e 3 amministrativi. Già da allora venivano effettuate le visite ed i trattamenti a domicilio per gli intrasportabili.

I consulenti, con periodicità mensile, erano del calibro del Professor Adriano Milani Comparetti di Firenze, a quei tempi massimo esperto a livello internazionale nella riabilitazione delle paralisi cerebrali infantili. Per la cronaca, fratello del più celebre don Lorenzo.



LE CURE ERANO ASSOLUTAMENTE GRATUITE

Le cure erano assolutamente gratuite. Il Consorzio era convenzionato con il Ministero della Sanità, che rimborsava trimestralmente le rette delle prestazioni effettuate. Gli Enti Locali aderenti avevano quindi funzioni gestionali e promozionali, che li caratterizzavano in senso positivo dal resto del Paese.

NEL 1980 IL PASSAGGIO DI COMPETENZE ALLA ULSS

Anche se nella programmazione regionale i servizi del Consorzio erano indicati a livello sovraprensoriale, nel 1980 l'Ente Consortile fu sciolto e l'equipe smembrata e divisa tra le Ulss della provincia. Con la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale), all'art. 26 si è infatti stabilito la competenza e l'obbligatorietà dell'intervento delle Aziende sanitarie in materia di riabilitazione: "(Prestazioni di riabilitazione) – Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale".

NEL CORSO DEGLI ANNI OGNI ULSS HA ORGANIZZATO IN MODO DIVERSO LA RIABILITAZIONE

Alle Ulss di Chioggia, Dolo, Mirano, San Donà e Portogruaro sono stati assegnati due terapeuti ciascuna, mentre il resto dell'equipe è rimasta a Mestre. Gli Amministratori avevano altri problemi da risolvere. Nella complessa fase istitutiva delle Ulss periferiche, il personale era molto carente. La maggioranza degli operatori e dei dirigenti degli enti disciolti era rimasta a Venezia, dove esistevano le sedi delle amministrazioni confluite nel Sistema Sanitario Nazionale. I due terapeuti si

sono quindi trovati soli, senza alcun collegamento con l'equipe di Mestre. Nel corso degli anni le Ulss hanno affrontato il problema della Riabilitazione in modo diverso una dall'altra.

NELLA ULSS 12 LA RIABILITAZIONE FA CAPO ALLA TERAPIA FISICA

A Venezia e Mestre i servizi riabilitativi dell'ex Consorzio sono stati successivamente incorporati con le strutture di terapia fisica, anche se le Linee Guida Ministeriali e Regionali sulla Riabilitazione, prevederebbero la distinzione delle due attività sanitarie, proprio perchè la prima è riservata a persone con disabilità permanenti, mentre la seconda serve per gli assistiti con traumi temporanei.

LE SCELTE DELL'ULSS 12

In anni più recenti, l'Azienda Ulss 12 ha esternalizzato i servizi riabilitativi per persone con disabilità, senza applicare lo schema tipo di convenzione previsto dal citato art. 26 della Legge di Riforma Sanitaria. Pur trattandosi di attività specifica di carattere sanitario, ha stanziato un budget annuo dai fondi del settore socio assistenziale. Dotazione che nel marzo del 2012 ha ridotto del 40%, con effetto retroattivo.

È URGENTE CHIEDERE ALLA REGIONE VENETO UN INVESTIMENTO PER SERVIZI RIABILITATIVI CONVENZIONATI A VENEZIA

Riparlare quindi di Riabilitazione, è assolutamente indispensabile, proprio mentre la Regione sta predisponendo le schede dei Servizi Sanitari del Territorio, dopo la recente approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale.

Attualmente in Regione si spendono circa 25 milioni di euro del fondo sanitario per Servizi Riabilitativi Convenzionati, previsti dal più volte citato art. 26.

Nessuno è situato in provincia di Venezia. Chiedere alla Regione che anche le persone veneziane con disabilità possano avere le cure specifiche, è il minimo che si può e si deve fare. Deve essere motivo di immediata mobilitazione delle Associazioni del settore, dei Partiti, dei Sindacati, di tutti coloro che credono veramente nei diritti di cittadinanza delle persone con disabilità.

Ordine Farmacisti di Venezia

Nomi eccellenti di farmacisti del passato

a cura di
Renato Vecchiato,
farmacista

Venezia fu tra le città più raffinate d'Europa, con una forte influenza su arte, architettura e letteratura del tempo. Grazie alla sua potenza economica e a una tolleranza culturale che permetteva la libera espressione delle idee più avanzate diventò polo di attrazione per artisti, letterati e scienziati.

Venezia era famosa in Italia ed Europa per la qualità delle proprie farmacie, unica sede di produzione del farmaco, e per l'alto livello scientifico e tecnico dei farmacisti. Come ampiamente documentato la farmacia e il farmacista costituivano un importante riferimento dal punto di vista sanitario ed anche sociale: spesso la farmacia era luogo di incontro tra intellettuali.

Ci pare meritevole ricordare alcuni dei nomi eccellenti che ci hanno lasciato importanti opere scientifiche.

GIOVANNI BATTISTA CAPPELLO

Giovan Battista Cappello appartiene a un'importante famiglia nobile veneziana che annovera fin dal tredicesimo secolo diplomatici e militari di carriera, letterati, filosofi.

Nacque a Pozzolengo, presso Salò, probabilmente tra il 1690 e 1700. Assieme al fratello Arcadio si dedica allo studio dell'arte farmaceutica e, dopo le prime esperienze lavorative in questo campo, acquista la **spezieria "de tre monti in Campo Sant'Apollinare"**, dove ha la possibilità di approfondire e migliorare le preparazioni.

Il lessico farmaceutico-chimico

Avvia la raccolta di ricette popolari e ufficiali e pubblica il **Lessico farmaceutico-chimico** contenente i rimedi più usati, ogni ricetta contiene la formula, le quantità, la tecnica preparativa e le indicazioni. Il manuale diventa un vademecum prezioso per l'attività dello speziere,

infatti il **Lessico** gode per tutto il secolo una vasta fortuna, con undici edizioni fino al 1792 e una diffusione non limitata al Veneto, come prova un'edizione napoletana del 1770.

Ogni edizione presenta miglioramenti, dalla quarta edizione furono aggiunte le **Istituzioni farmaceutiche**: si tratta di un breve scritto di poco più di venti pagine, nel quale si descrive l'esame di accesso alla professione di speziere, redatto in forma di domande e risposte tra il candidato farmacista e il capo del collegio giudicante *per uso de' signori speciali del Collegio Nobile dell'inclita città di Venezia, tenendo come testo base alcuni paragrafi della "Particula di Saladino"*.

Dalla sesta edizione fu aggiunto un capitolo: **Trattato delle droghe** dove vengono date indicazioni sul riconoscimento, luoghi e tempi di raccolta.

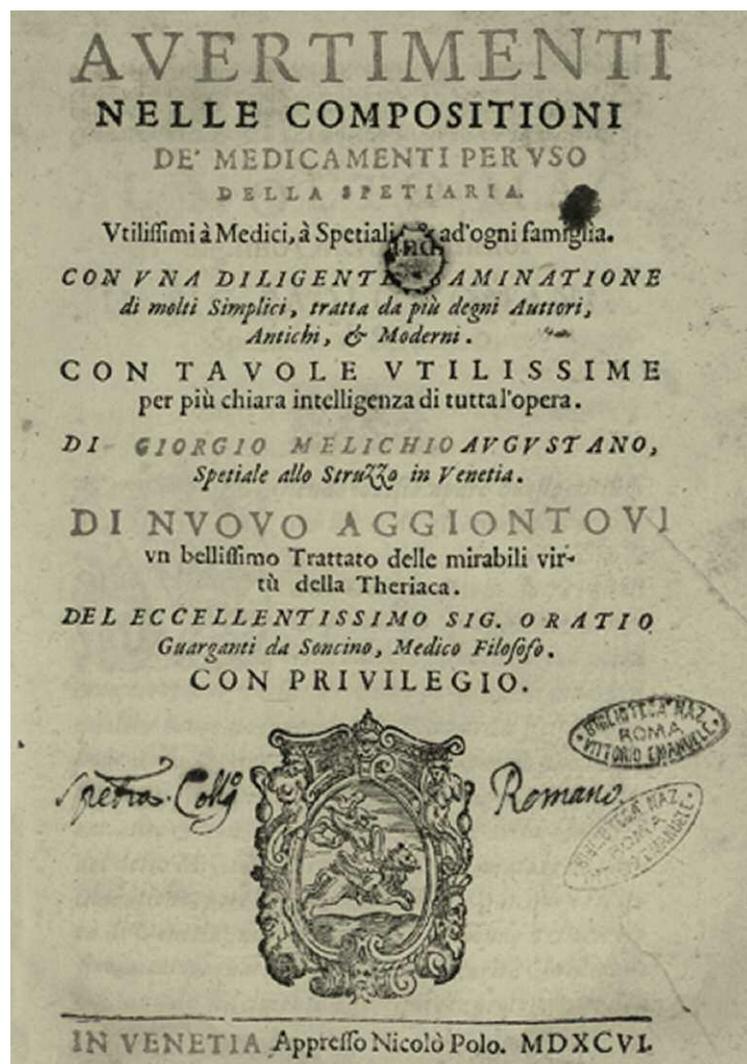
GIORGIO MELICHIO

Giorgio Melichio (**Georg Melich verosimilmente originario di Augusta in Germania**) speziale e studioso di storia della farmacia e della medicina, fu titolare per un lungo periodo della **Farmacia allo Struzzo di Venezia**. Autore di un'opera importante per l'attività dello speziale: **Avvertimenti nelle composizioni de Medicamenti per uso della Speciarìa**, stampato per la prima volta nel 1575, è considerato il più noto fra gli antidotari dell'ultimo quarto del XVI secolo.

Le informazioni riportate furono per lungo tempo il riferimento per tutta l'arte della spezieria a Venezia fino ad essere utilizzati per la descrizione dei semplici riportati nelle edizioni del Ricettario Fiorentino posteriori a quelle del 1574, da molti ritenuto la prima farmacopea europea.

Avvertimenti nelle composizioni dei Medicamenti

Nella introduzione traccia il profilo del "buono speziale", toccando diversi punti che vanno dall'etica professionale alla formazione scolastica e all'igiene delle persone e degli ambienti. La guida alle preparazioni è pratica ed immediata: si passa all'"avvertimento", con i suggerimenti per una buona preparazione, alle dosi ed al "giovamento": si tratta in pratica di una specie di foglietto illustrativo, particolarmente dettagliato nel descrivere la preparazione degli "siropi". In tutta l'opera incontriamo molteplici i riferimenti ad antiche ricette e le citazioni degli autori relativi.



La "degnissima triaca"

Successivamente nel 1720 Alberto Stecchini nuovo titolare della stessa farmacia curò una ristampa più ricca e completa, come illustrato nel frontespizio accanto riportato.

La fama di Giorgio Melichio da Venezia si diffuse anche fuori dell'Europa: la sua "degnissima Triaca" rappresentò una ricchezza per la città e fu esportata in quasi tutti i paesi compreso la lontana Cina il cui Imperatore, venuto a conoscenza della bontà del suo preparato, la richiese per se stesso. Il Melichio fu chiamato ad operare con il Collegio dei Signori Medici della città di Venezia e con il Priore del Collegio stesso nella istituzione ed organizzazione di scuole per gli speciali in Venezia, i giovani che si avvicinavano alla professione trovavano in lui un prezioso punto di riferimento culturale

GIOVANNI GIROLAMO ZANNICHELLI

Nato a Spilamberto (Modena) nel 1662, ancora giovanissimo si trasferì a Venezia per essere avviato nell'arte della farmacia, per la quale la città lagunare andava famosa in tutta Europa. Nel 1684 fu aggregato al Magnifico Collegio dei Farmacisti e due anni dopo poté esercitare la professione in una sua spezieria a Santa Fosca, all'insegna dell'Ercole d'Oro, tuttora esistente. Il giovane farmacista grazie al suo talento raggiunse presto un notevole successo professionale ed economico soprattutto grazie alla preparazione delle **Pillole del Piovano di Santa Fosca** (1701) di grande efficacia purgativa, vendute per due secoli e mezzo fino in tempi recenti, e di un farmaco per la cura delle blenorree (1713).

L'attività di chimico

Con gli utili ricavati dai suoi farmaci lo Zannichelli poté dedicarsi allo studio della chimica. Come chimico fu particolarmente stimato da due valentissimi medici dell'Università di Padova suoi contemporanei: Antonio Vallisneri (1661-1730) e Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), il quale in attesa di ottenere la cattedra di anatomia presso l'Università di Padova usava recarsi nella farmacia del Zannichelli per scambi di conoscenze scientifiche.

La sua ricca collezione di "prodotti naturali" andò a far parte, nel 1759, del Museo di storia naturale di Antonio Vallisneri donato all'Università di Padova.

Lo studio della botanica

Si dedicò con particolare passione allo studio della botanica e in essa ottenne i migliori risultati scientifici, che ancor oggi possiamo ammirare. Svolsse le sue ricerche nel territorio delle Venezie, raccolse e illustrò specie nuove o già conosciute, con notizie sulle luoghi di raccolta, sulle condizioni ambientali e usi vari. Condusse ricerche erboristiche nei Lidi di Venezia, nel Vicentino sui Colli Berici e sul Monte Summano, nel Veronese, nel padovano sui Colli Euganei, a Belluno, in Istria.



Per i suoi studi e le sue opere lo Zannichelli godette di grande notorietà.

Le raccolte erboristiche

Citiamo le sue raccolte erboristiche:

- **Piante dei Lidi di Venezia**, 1722-1726: 117 tavole, disegnate e colorate a mano
- **Racolta in Istria** "Opuscola botanica",
- **Erbario generale** in due volumi.

Si tratta di eleganti trattati di alto livello scientifico e grafico.

Morì nel 1729 per complicanze, dopo una caduta durante una escursione sul Monte Cavallo (Belluno) nel 1726. Si ritiene che per primo nella storia abbia raggiunto la cima del monte.

VINCENZO DANDOLO

Nato a Venezia il 26 (o 22) ottobre 1758 da Abram Uxiel, ebreo battezzato con nome di Marc'Antonio Dandolo, e Laura Steffani, conseguì la laurea giovanissimo all'università di Padova e dal padre, chimico di professione, ereditò un forte interesse per le scienze ed in particolare per la chimica moderna. Dopo occasionali scritti di geometria, nella sua farmacia di S. Adamo ed Eva a S. Fantin perfezionò le sue ricerche sui nuovi sistemi di produzione della china rossa peruviana che egli riuscì a produrre in notevoli quantità e a prezzi largamente concorrenziali, fonte di rapidi e ingenti profitti.

La farmacia come luogo di cultura

Presso la sua farmacia si radunavano personaggi

politici influenti per discutere dalle recenti scoperte scientifiche e delle nuove idee filosofiche e politiche provenienti dalla Francia. Tra questi ospiti citiamo Giuseppe Compagnoni, ex sacerdote, poi ministro speciale, poi segretario della Confederazione Cispadana, che in tale veste fece votare la proposta della bandiera tricolore italiana (Reggio Emilia 1797).

Per primo tradusse in italiano il Trattato elementare di chimica di A.L. de Lavoisier (Venezia 1791) e varie altre opere scientifiche. Mise a punto alcuni opuscoli tecnici sul miglioramento dei pozzi e delle cisterne della laguna e del Lido di Venezia.

Il ritiro in Lombardia

Crollata la Repubblica veneta, con la restaurazione, Vincenzo Dandolo si trasferì a Milano dove fece parte del Corpo legislativo della repubblica cisalpina.

In seguito si ritirò a vita privata a Varese.

In tale ambito si dedicò alla coltura della proprietà di Varese, dando alle stampe numerose pubblicazioni in materia di enologia, di bachicoltura, sulla coltivazione della patate e sull'uso dei letami.

Da lui presero il nome le cosiddette "dandoliere" ossia "bigattarie" che ebbero larga diffusione nell'allevamento dei bachi da seta. Nelle tenute di Varese organizzò anche un allevamento di ovini, incrociò le pecore spagnole "merinos" con le indigene al fine di migliorare la qualità delle lane. Le sue lane a fibra lunga e morbidissima ebbero notevole successo all'esposizione di Brera del 1805.

Governatore della Dalmazia

Nell'estate del 1806 viene nominato da Napoleone provveditore della Dalmazia da poco annessa al Regno Italico. Nei tre anni del suo governo (luglio 1806-dicembre 1809) in quella regione dimostrò capacità amministrative, volontà riformatrice e una dedizione assoluta al bene pubblico

Gli ultimi studi

Terminato tale incarico ritornò a dedicarsi allo studio e alla sperimentazione agronomica. Dimostrando risorse umane non comuni curò, la pubblicazione della guida "Nuovi cenni sulla coltivazione delle patate a vantaggio delle famiglie", e un compendio intitolato "Istruzioni pratiche sul modo di ben fare e conservare il vino costantemente buono e di farlo viaggiare senza pericolo di alterazione (Modena 1819)".

Morì a Varese il 12 dicembre 1819, riposa nel cimitero di Adro, nel bresciano.

Informazioni

Ordine dei Farmacisti di Venezia

Tel. 041 5385506

www.ordinefarmacistivenezia.it

www.farmacistivenezia.it



Rivista ViS "Venezia in Salute"

registrazione al Tribunale di Venezia
numero 12 del 31/03/2012
numero 4 – ottobre/novembre 2012

direttrice responsabile

Nicoletta Benatelli

editore

**Direzione Affari Istituzionali
del Comune di Venezia**

comitato editoriale

Luigi Bassetto

direttore Affari Istituzionali e vice direttore generale
del Comune di Venezia

Bruno Centanini

coadiutore del Sindaco di Venezia per la Sanità

segreteria tecnica della rivista

Valentina Verioli

segreteria tecnica /diffusione della rivista

segreteria di redazione

Nicoletta Codato, Veronica Vento

Servizio Programmazione Sanitaria
del Comune di Venezia

Anna Zanetti, Cinzia Trevisan

segreteria Direzione Affari Istituzionali
Gabinetto del Sindaco

inserto speciale FOCUS ULSS 12

in collaborazione con l'azienda Ulss 12
comunicazione

Maria Grazia Raffe

realizzazione grafica

Elisabetta Cattaneo

Centro Produzione Multimediale
Comune di Venezia

La rivista ViS è solo on line, sul sito www.comune.venezia.it
alla sezione "Mi interessa" e poi sezione "Vivere in salute"

Per contatti con la rivista

bruno.centanini@comune.venezia.it

Tel. 041 9655483

Quest'anno si celebra il 25° anniversario della Fondazione Banca degli Occhi

Sostieni il lavoro dei ricercatori di Fondazione Banca degli Occhi. Dai il tuo contributo per curare e sconfiggere le malattie oculari.

Sostieni Fondazione Banca degli Occhi
tramite bollettino postale:

Conto corrente postale n. 433300

tramite bonifico bancario:

C.C. bancario Banca Prossima

IBAN IT 64 0 03359 01600 100000003126

Intestato a: Fondazione Banca degli Occhi

del Veneto Onlus,

Padiglione Rama, via Paccagnella 11

30174 Zelarino Venezia

Importante!

Ogni donazione a Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus gode delle agevolazioni fiscali previste dal Dlgs 460/97 e dalla legge 80/2005. Indica sempre la destinazione della tua donazione all'interno della causale.