

VENEZIA IN SALUTE



FEBBRAIO MARZO 2012

ALL'INTERNO



Riconoscere la specificità
della sanità veneziana

A large, dark silhouette of a hand is shown reaching upwards from the bottom left towards a heart shape that has been drawn in the sky. The heart is formed by a thin, dark line. The background is a cloudy sky.

PROTEGGIAMO IL CUORE

sommario

- Saluto del sindaco di Venezia
- Editoriale del coadiutore del sindaco per la sanità
- Intervento del direttore Direzione Affari Istituzionali del Comune di Venezia

DOCUMENTI

- L'ordine del giorno del Consiglio Comunale del 21 dicembre
- I compiti della Conferenza dei Sindaci
- Le attività della Terza Commissione Consiliare

STUDI E RICERCHE

- SENTIERI, uno studio nazionale su inquinamento e mortalità per tumori. I dati di Venezia
- Indice glicemico e malattie cardiovascolari. Le raccomandazioni dell'Istituto Tumori di Milano

FOCUS ULSS 12

- Attività e dati del dipartimento Cardio toraco vascolare dell'ospedale dell'Angelo di Mestre

PROGETTI

- Il progetto Gedeone contro il diabete mellito di tipo 2
- Il progetto Città Sane, l'evento del 10 e 11 maggio 2012 a Venezia

PREVENZIONE E STILI DI VITA

- L'attività fisica come cura e prevenzione delle malattie cardiovascolari
- Il progetto "Venezia in Salute"
- I parchi cittadini, luoghi per la salute

PUNTI DI VISTA

- Ordine dei Farmacisti di Venezia: I pericoli dei farmaci in internet
- Collegio degli Infermieri di Venezia: Il ruolo dell'infermiere sul territorio
- Consulta per la Salute: Prevenzione e diagnosi precoce
- Consulta delle Cittadine: Forum su "Salute e bisogni globali delle donne"
- Il Movimento per la difesa della sanità pubblica: L'assistenza ai malati oncologici terminali

Venezia in salute

Un confronto aperto e condiviso

di **Giorgio Orsoni**,
sindaco di Venezia

La tutela della salute è uno dei compiti prioritari di un sindaco. È per esercitare al meglio questo impegno che l'Amministrazione Comunale deve poter contare su tutte le informazioni disponibili sullo stato di salute dei cittadini e sull'organizzazione dei servizi socio sanitari sul territorio. Potrà così esercitare un ruolo di stimolo e promozione di politiche efficaci ed efficienti, segnalando eventuali emergenze e criticità e orientando le decisioni degli enti preposti – Ministero, Regione, Azienda Sanitaria - a rispondere in primo luogo ai bisogni più urgenti dei cittadini e delle cittadine: anziani, bambini, soggetti più deboli.

Ed è per questo che saluto con favore la nascita di questa nuova rivista on line quale spazio di riflessione condiviso a disposizione degli enti e dei professionisti che quotidianamente si misurano sulle importanti questioni legate alla Salute nel nostro territorio. Ma saluto con estremo favore anche la nascita di un nuovo luogo di discussione, che potrà essere utilizzato dagli operatori del settore, dalle numerose associazioni, dai comitati, dalle rappresentanze sindacali, da singoli cittadini: da tutti coloro che quotidianamente si confrontano con questo delicato tema.

Credo che questa rivista voglia mantenere vivo lo spirito che ha animato "Venezia in salute", l'evento realizzato con successo nell'ottobre scorso al parco di San Giuliano e promosso dal consigliere Bruno Centanini, delegato ai temi della Sanità, che con il

suo staff e la collaborazione dell'Ordine dei Medici di Venezia e della Fondazione Ars Medica, nonché di molti altri soggetti del settore, ha avviato un percorso di formazione della cittadinanza a corretti stili di vita e alla prevenzione. Venezia è anche fisicamente una realtà speciale e complessa.

La “specificità veneziana”, che in questi mesi la Città invoca in ambito di programmazione sanitaria, riguarda anche l’evidente particolarità geografica del nostro comune, la conseguente necessità di una rete di trasporti che assicuri l’emergenza, la presenza costante di milioni di turisti da tutto il mondo che ogni anno hanno il piacere di visitare Venezia e che devono portare a casa l’idea di un Paese sano, moderno, efficiente, anche e soprattutto nella sua offerta di servizi sanitari. Una specificità che questo strumento saprà ben raccontare.

Sono certo che, grazie anche ad un confronto costante con l'Ulss 12 – che so partecipa ufficialmente a questo progetto con un inserto dedicato alle eccellenze sanitarie del nostro territorio – e contando sulla condivisione degli obiettivi da parte della Regione Veneto, questa rivista potrà essere un vero aiuto per la cittadinanza.

Auguro dunque a tutti un buon lavoro.

Una rivista on line su sanità e salute

A difesa del nostro benessere

di **Bruno Centanini**
coadiutore del sindaco per la Sanità

La nostra salute dipende anche dai nostri stili di vita e l'impegno del Comune di Venezia si è espresso già con l'evento di "Venezia in Salute" - realizzato l'ottobre scorso al parco di san Giuliano – con una ferma volontà di contribuire fattivamente ad informazioni e dati che promuovano migliori condizioni di vita per uomini e donne di ogni età, dall'infanzia alla terza età.

Nel ruolo che rivesto come coadiutore del sindaco per la Sanità sento di dovermi impegnare particolarmente su tre fronti rispetto ai quali la rivista può essere un ottimo strumento per raggiungere obiettivi ambiziosi:

- *responsabilizzazione dei cittadini nei confronti della propria salute*
- *creazione di uno spazio di collaborazione e confronto con le altre istituzioni*
- *divulgazione di documenti tecnici e scientifici di interesse pubblico.*

PREVENZIONE E CORRETTI STILI DI VITA

L'educazione alla salute, così come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, comprende le opportunità di apprendimento costruite consapevolmente che coinvolgono alcune forme di comunicazione, ideate per conoscere meglio la salute.

L'educazione rappresenta uno dei principali approcci d'intervento della promozione della salute e la rivista ViS si propone di intervenire anche su questo fronte.

In questo numero, per esempio, proponiamo anche una sezione interamente dedicata all'importanza dell'attività fisica con il contributo qualificato del Centro di Medicina dello Sport di Noale. Inoltre l'articolo sui percorsi di salute al parco di san Giuliano mette in rilievo come gli spazi verdi della città siano luoghi dove gratuitamente i cittadini possono fare attività fisica e mantenersi in forma. Di grande rilievo anche la relazione che viene presentata sul Progetto GEDEONE (GEstione Integrata del Diabete tipo 2 Ed Ottimizzazione di un Network) che mette in relazione i medici di medicina generale con il Centro Diabetologico dell'Ospedale Civile di Venezia. Il dia-

bete infatti è una malattia molto diffusa soprattutto tra gli anziani che abitano il centro storico e cercare di affrontarla nel migliore dei modi, integrando dati e competenze, è una sfida prioritaria.

CONFRONTO SUPER PARTES E COMPETENTE CON LE ALTRE ISTITUZIONI

Visto il successo della sperimentazione, si vuole dare, anche attraverso la rivista, continuità al progetto “Venezia in Salute”, realizzato al Parco di San Giuliano.

La rivista vuole coinvolgere nel confronto sulla salute una pluralità di soggetti e creare uno scambio di informazioni competente ed approfondito.

Molte collaborazioni sono già state avviate, come dimostrano gli articoli pubblicati in questo numero della rivista con: Ordine dei Medici, Collegio Infermieri, Ordine dei Farmacisti.

Il confronto è aperto con tutti gli organismi delle professioni sanitarie che vorranno collaborare alla rivista.

LAVORARE IN SINERGIA

La città, e tutte le forze politiche in seno al Consiglio Comunale, hanno saputo dare, in questi mesi, prova di grande consapevolezza, maturità e forza a difesa della sanità veneziana, come dimostra l'Ordine del Giorno approvato il 21 dicembre scorso che presentiamo nelle pagine di questo numero della rivista.

Questa capacità di lavorare sinergicamente va sostenuta, incoraggiata e non deve più essere il frutto soltanto di una contingenza.

LA COLLABORAZIONE CON L'ULSS 12

L'azienda sanitaria Ulss 12 ha mostrato interesse per il progetto della rivista ed il direttore generale Antonio Padoan ha accettato di collaborare. L'utilità di tale cooperazione si vede fin da questo numero 0 di ViS in cui ospitiamo un approfondimento interamente dedicato alla Giornata del Cuore, promossa da Cardiologia e dall'associazione Amici del Cuore di Mestre il 17 febbraio scorso all'ospedale dell'Angelo. Un'occasione che ha permesso a 260 persone di avere accesso alla valutazione del proprio rischio cardiovascolare gratuitamente e senza prenotazioni.

Nelle pagine del Focus Ulss 12 dedicato all'iniziativa troverete anche illustrate nel loro complesso le attività del Dipartimento Cardio toraco vascolare dell'ospedale dell'Angelo, polo di riferimento provinciale, che comprende Cardiologia, Cardiocirurgia e Chirurgia vascolare.

RENDERE FRUIBILI DOCUMENTI TECNICI E SCIENTIFICI

Un altro compito della rivista è quello di pubblicare studi e ricerche che spesso, pur essendo di alto livello e grande interesse, non vengono diffusi perché il linguaggio utilizzato è specifico, tecnico, difficile. L'obiettivo è quello di ospitare la divulgazione di alcuni studi ritenuti di grande rilievo, sintetizzando i risultati con competenza, ma utilizzando un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori.

Un documento non compreso, è come un documento non letto, è come un documento non scritto!

Già in questo numero 0 di ViS ospitiamo i risultati di “Sentieri”, uno studio nazionale che tratta i livelli di mortalità per cancro nei più importanti siti industriali italiani e presenta una analisi dei dati sulla situazione a Venezia. Inoltre ospitiamo una intervista ad una esperta dell'istituto Tumori di Milano che si occupa in particolare di alimentazione sana, utile a prevenire malattie degenerative, sulla base degli esiti di programmi di ricerca nazionale ed europea.

IL CONTRIBUTO DELLE ASSOCIAZIONI E DEI COMITATI CITTADINI

Il confronto dunque non deve rimanere solo a livello istituzionale o tra addetti ai lavori, ma occorre che vi sia un coinvolgimento attivo anche delle associazioni – penso in particolare alla Consulta per la salute – e ai comitati di cittadini competenti su diversi temi relativi a salute, ambiente, sanità.

Ne è un esempio l'articolo che pubblichiamo sull'assistenza ai malati oncologici terminali elaborato dal Movimento per la difesa della sanità pubblica.

Nella rivista infatti ci auguriamo sia possibile affrontare in modo non solo critico, ma anche propositivo le questioni più urgenti da parte delle associazioni, intervenendo con proposte e progetti.

Già in questo numero l'intervento della Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia ed il forum con alcune associazioni e con la Consulta delle Cittadine su “Salute e bisogni globali delle donne” sono un primo passo per cercare di analizzare e comprendere meglio le esigenze prioritarie che emergono dalla vita quotidiana.

VENEZIA CITTÀ SANA

Nel 2011 Venezia ha vinto l'Oscar della Salute, promosso dall'Associazione Rete Italiana Città Sane-O.M.S., con il progetto CO.ME.FA.RE. (Comune e Medici di Famiglia in Rete), come ricordato nell'articolo che ripercorre lo sviluppo del progetto nazionale.

Quest'anno Venezia ospiterà il Meeting dal tema "La promozione della salute come antidoto alla crisi. 2012 anno europeo dell'invecchiamento attivo" che si terrà il 10 e l'11 maggio.

Sarebbe bello che anche nei prossimi numeri di ViS, sempre più, ad esprimersi fosse la città nelle sue diverse articolazioni sociali – dalle più importanti istituzioni alle organizzazioni libere di cittadini – perché la salute è un tema che ci riguarda tutti intimamente e che deve essere al primo posto nelle scelte quotidiane della politica come di ognuno di noi.



La diffusione on line di ViS

A difesa dell'ambiente e per risparmiare i costi di stampa la rivista, bimestrale, non sarà stampata su carta, ma diffusa on line sul sito internet del Comune di Venezia e sui siti dei vari organismi coinvolti dal progetto (siti degli ordini professionali della sanità, ecc.).

"Venezia in salute" sarà inoltre inviata alle emailing list degli iscritti degli organi istituzionali, degli ordini professionali, ma anche di associazioni, comitati cittadini, sindacati, ecc.

I compiti dell'Amministrazione Comunale

Informazioni e analisi per una nuova consapevolezza

di **Luigi Bassetto**

direttore Direzione Affari Istituzionali e
vice direttore generale del Comune di Venezia

Perché una rivista in tempo di crisi?

Perché l'analisi dei dati, lo scambio delle informazioni, il confronto rispettoso, serio e competente tra le parti, possono essere validi strumenti perchè l'Amministrazione Comunale sia sempre più, e nel miglior modo, al servizio della comunità.

Il ruolo delle Amministrazioni locali

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007 già stabiliva che "le amministrazioni locali, pur non potendo condizionare direttamente le scelte individuali, sono tenute a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive attraverso l'informazione, che può aumentare la consapevolezza".

Nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 presentato dal Ministero della Salute si dà pieno riconoscimento ed importanza al processo di "empowerment" e si precisa che "l'attività di comunicazione istituzionale e informazione assume un ruolo fondamentale in quanto finalizzata a favorire una migliore conoscenza, una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino. L'informazione istituzionale deve essere pertanto considerata uno strumento trasversale agli obiettivi di salute previsti nel Piano Sanitario Nazionale, fondamentale per agevolare il processo di superamento di tutte le criticità di contesto del sistema".

La rivista

Questa rivista vuole mantenere vivo lo spirito che ha animato l'evento "Venezia in salute", realizzato nell'ottobre scorso al parco di san Giuliano, da cui è partito un percorso di formazione della cittadinanza a corretti stili di vita e alla prevenzione primaria di malattie degenerative e cardiovascolari.

L'obiettivo è sensibilizzare la cittadinanza ad una cultura articolata e consolidata di contrasto ai comportamenti a rischio al fine di prevenire, e potenzialmente ridurre, tra la popolazione veneziana, l'incidenza di malattie che comportano non solo gravi sofferenze a talvolta anche esiti fatali, ma pure enormi costi sociali.

Un confronto istituzionale concreto ed efficace

In questa fase di grave crisi economica e di riorganizzazione dei servizi sociali e sanitari, crediamo fermamente che solo collaborando fattivamente insieme si possa uscire dalle difficoltà che ci opprimono e dar vita a progetti e azioni in grado di migliorare la qualità di vita della cittadinanza.

Ecco perché in questa rivista daremo spazio, oltre che alla stessa Ulss 12, agli ordini professionali di medici e farmacisti, al collegio infermieri, a uffici ed organismi del Comune che hanno competenze in materia, ma anche ad associazioni, comitati cittadini, sindacati, ecc.

"Venezia in Salute" vuole aprire il confronto a livello istituzionale, tra gli operatori del settore, ma anche tra questi e i cittadini che spesso sono organizzati in associazioni e comitati e hanno acquisito nel tempo notevole expertise.

L'impegno del Consiglio Comunale

Riconoscere la specificità della sanità veneziana

Pubblichiamo integralmente in questo numero di ViS l'Ordine del Giorno approvato all'unanimità dal Consiglio Comunale di Venezia il 21 dicembre scorso. Il seguente Ordine del Giorno è stato proposto dalla Terza Commissione Consiliare.

IL CONSIGLIO COMUNALE

PREMESSO CHE:

- durante gli incontri della Terza Commissione Consiliare è emersa una forte preoccupazione per lo stato di salute della sanità veneziana e per le scelte programmatiche della Regione Veneto che all'interno della proposta del Piano Socio Sanitario 2012-2016 non garantisce a Venezia un servizio sanitario all'altezza della complessità e specificità del territorio veneziano:
- articolato e geomorfologicamente complesso caratterizzato da tre macro aree (terraferma, centro storico ed estuario)
- con una popolazione sempre più anziana, con bisogni socio sanitari e assistenziali in continua crescita (in centro storico ed isole la quota di over 75 arriva al 28% contro una media in tutto il territorio veneziano del 24% e del 9% circa di tutto il territorio regionale).
- con una popolazione che non può essere circoscritta alla sola popolazione residente iscritta in anagrafe, ma che si estende anche a quelle persone che, per ragioni di lavoro, studio o per turismo insistono sulle strutture e servizi esistenti all'interno del

Comune. Si parla quindi di un'area residenziale di almeno 106.000 abitanti a cui vanno aggiunti circa 23.253 studenti universitari (Ca' Foscari + IUAV dati estratti dal Comune di Venezia) + una stima media giornaliera di presenza turistica pari a 25.643. Il pacchetto extra residenti è quindi pari a 48.896; dato sul quale va fatta una serie di riflessioni in merito al tipo di "offerta sanitaria" rispetto agli effettivi bisogni di questa fetta di cittadinanza, e che porta la "popolazione equivalente del centro storico a 154.896 unità.

- con il triste primato delle patologie oncologiche che caratterizza il territorio.
- che le criticità sulla programmazione sanitaria regionale sono state sollevate da cittadini, professionisti della salute, associazioni e da tutte le forze politiche rappresentate in seno al Consiglio Comunale e che in pochi giorni sono state raccolte a testimonianza di tale preoccupazione 10.283 firme di cittadini che chiedono garanzie e tutele
- che il problema dei sottofinanziamenti dell'AULSS 12 Veneziana è già stato segnalato anche dal prece-

dente Consiglio Comunale con l'ODG n.283 del 03.03.2008 e che pertanto la penalizzazione di Venezia perdura da anni così come dimostra il trend negativo di incidenza sul fondo sanitario regionale (nel 1996 l'ULSS 12 riceveva il 9,35% del Fondo, nel 2010 la percentuale è scesa al 7,05%, ed è ancora diminuita nel 2011).

- che nella nuova versione del Piano Socio Sanitario non sono state recepite le osservazioni espresse dalla Conferenza dei Sindaci dell'ULSS 12 Veneziana trasmesse alla V Commissione Regionale

- che sul PSSR la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale si è così espressa "fondamentale e condizione ineludibile diviene potenziare l'assistenza territoriale prima di dar luogo, entro ciascuna Azienda ULSS, alla razionalizzazione della rete ospedaliera"

CONSIDERATO CHE:

- la Regione eroga i fondi in rapporto alla popolazione residente e che tale criterio non tiene conto del gap tra popolazione residente al 31/12 e popolazione assistita durante l'anno e che la differenza, in base al sistema informativo Galassia, ammonta a quasi 23.000 assistiti in più e il costo dei non residenti al 31 dicembre è stato di oltre 71 milioni di euro solo in parte riconosciuti.

- nel riparto del Fondo Sanitario Regionale, la "specificità anziani" è attribuita sulla base della valutazione congiunta della dipendenza strutturale degli anziani e della densità e che il criterio relativo alla densità (abitante per kmq) non tiene conto della vastità reale del nostro territorio e della necessità di mantenere una rete di servizi capillari in laguna

- il quadro epidemiologico dell'ULSS 12 veneziana, come documentato dall'Azienda ULSS ma anche dalla stessa Regione, è assolutamente grave in quanto presenta dei tassi di mortalità più alti rispetto a quelli della Regione Veneto, raggiungendo dei preoccupanti primati (es. neoplasie, malattie del fegato, diabete mellito, ecc.) e che il profilo epidemiologico di una popolazione determina il fabbisogno di salute della stessa

- le esenzioni ammontano a 214.500 e che pertanto anche le esenzioni incidono sui minori introiti dell'Azienda ULSS e testimoniano indirettamente lo stato di salute della popolazione e i suoi fabbisogni

- il trasporto d'acqua è sicuramente molto più one-

roso di un trasporto in terraferma e che i trasporti secondari extra LEA devono obbligatoriamente essere garantiti in una Città storica e insulare, con palazzi spesso privi di ascensori, che ha un'elevatissima presenza di anziani (ottobre 2011: il 29,4% dei residenti ha più di 64 anni) e anziani soli...le persone che vivono sole con più di 64 anni in centro storico ed estuario rappresentano il 45% dei nuclei monocomponenti (dicembre 2010)

- l'elisoccorso rappresenta non solo un valido mezzo di trasporto nell'emergenza\urgenza ma in talune situazioni, l'unico possibile

- gli ospedali sono fatti di mura ma soprattutto di persone e che a Venezia risultano mancanti i Direttori delle unità operative di cardiologia e oculistica, e 16 direttori di unità operativa operano a scavalco tra l'Ospedale Civile di Venezia e quello di Mestre

- il costante sottofinanziamento e le croniche tensioni di cassa dovute anche ai ritardi nei trasferimenti regionali all'ULSS, portano ad un aumento costante degli oneri relativi agli interessi passivi e si tratta di denaro che va ad erodere il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza

- per le Aziende ULSS, l'IVA pagata sul project financing è un costo indetraibile e che l'ULSS 12 paga annualmente, rispetto al Project dell'Ospedale di Mestre, 8.768.787 euro, importi sottratti ai servizi ai cittadini.

IL CONSIGLIO COMUNALE RITENUTO che debba essere riconosciuto al Comune un ruolo fondamentale in materia di sanità e servizi sanitari, così come previsto dal D. Lgs 502/1992 successivamente modificato e integrato dal Dlgs 229/1999 e dalla L.R 11/2001 e come fortemente auspicato dalla Conferenza Regionale Permanente per la programmazione sanitaria con la proposta di emendamento al testo del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 pag.98 (strumenti per la programmazione aziendale)

SOSTIENE E IMPEGNA

il Sindaco e la Giunta affinché in tutte le sedi istituzionali di confronto e concertazione si chieda con forza e fermezza quanto già espresso dalla Conferenza dei Sindaci ed in particolare

- 1) all'interno del Piano Socio Sanitario Regionale,
- 2) nelle Delibere Regionali (in particolare nella

ripartizione del Fondo sanitario regionale)

3) nelle Schede di dotazione ospedaliera;

4) nelle nuove schede di dotazione territoriale

si deve:

- riconoscere in termini espliciti l'unicità del territorio veneziano, assicurando con continuità all'Azienda ULSS 12 tutte le risorse finanziarie, le dotazioni organiche in entrambi gli ospedali che consenta all'ospedale di Mestre all'Angelo un'attività a regime di almeno 12 ore al giorno e gli standard di servizio adeguati all'effettivo bisogno di salute della sua popolazione;

- garantire e potenziare all'interno dell'Ospedale Civile di Venezia i servizi essenziali previsti per un ospedale di rete (presidio spoke), a partire dal mantenimento di quelli esistenti;

- Le aziende che si caratterizzano per una geomorfologia territoriale disagiata devono essere particolarmente tutelate e preservate nell'interesse del loro ambito territoriale di riferimento e i centri spoke devono garantire anche in deroga ai bacini di utenza e ai volumi di attività servizi "salva vita";

- vista la presenza di una popolazione pediatrica di circa 10 mila bambini nella Venezia storica e insulare, escludendo la popolazione pediatrica turistica e non residenziale e visto l'alto grado di rischio medico nella gestione delle emergenze sia pediatriche che ostetriche legate al particolare conformazione geografica del territorio, investire sull'insieme dei servizi per l'infanzia: assicurare il punto Nascita (con ogni necessaria dotazione quanti-qualitativa) in deroga agli standard vigenti e corrispondenti servizi di Ostetricia- Ginecologia e Pediatria;

- favorire l'insediamento di attività di studio e di ricerca d'eccellenza, valorizzando e potenziando la presenza del polo universitario presso il l'Ospedale Civile di Venezia;

- evidenziare all'interno del Piano Socio Sanitario, tra gli esempi di strutture a vocazione turistica, l'Ospedale Civile di Venezia, Venezia capitale del Veneto e vetrina aperta al mondo intero;

- dare un assetto logistico "temporaneamente definitivo" all'organizzazione ed alla logistica interna dell'Ospedale, che possa valere fino alla ristrutturazione del "Padiglione Jona" ed al definitivo assetto funzionale dello stesso Ospedale;

- garantire a fronte di investimenti certi un adeguato cronoprogramma per il completamento dei lavori all'ospedale Civile di Venezia (reparto di oncologia, ematologia, elisuperficie, ecc.);

- prevedere una ripartizione del Fondo Sanitario e un'organizzazione dei servizi della rete ospedaliera e territoriale tarata sulla popolazione effettiva presente in Città e non solo su quella residente, prevedendo altresì per quanto riguarda alcune funzioni particolari (p.es. il trasporto con funzioni ospedaliere) una quota aggiuntiva di finanziamento, in ragione della specificità veneziana;

- che i trasporti da e per le strutture ospedaliere siano considerati LEA;

- effettuare il confronto tra le performance delle singole Aziende sanitarie tenendo conto delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e morfologiche dei singoli territori, considerando quindi non applicabile alla realtà veneziana il solo concetto di costo standard;

- garantire un'adeguata dotazione organica in entrambi gli Ospedali. I concorsi e le assunzioni, vanno sbloccati. Non si accetta la strategia dello svuotamento: svuotare di "professionalità" un ospedale, porta ad una riduzione della domanda che poi giustifica una chiusura e i tagli vengono poi mascherati da razionalizzazioni;

- trovare una soluzione immediata ai ritardi di trasferimenti Regione-ULSS che portano ad un incremento degli oneri relativi agli interessi passivi e sottraggono risorse ai LEA;

- assicurare, prima di ogni intervento sulla rete ospedaliera, la piena realizzazione della filiera dell'assistenza territoriale sui tre cardini del Distretto Socio-Sanitario, delle Medicine di Gruppo Integrate, degli Ospedali di Comunità, al fine di assicurare la continuità assistenziale della persona;

- mantenere e potenziare l'attuale sistema di assistenza Socio Sanitaria per detenuti ed internati;

- nelle more della definizione a livello nazionale prevedere nel Piano Socio-Sanitario Regionale la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LIVE-AS) per garantire omogeneità nella copertura dei servizi ;

- garantire la copertura e l'attivazione di non meno di 50 posti per le cure palliative e il servizio hospice

ospedaliero ed extraospedaliero sul territorio dell'AULSS 12 e assicurare l'aumento di assistenza nel contesto degli ospedali di comunità;

- promuovere un intervento in sede legislativa per il riconoscimento tra i Livelli Essenziali di Assistenza dei contributi economici per l'assistenza delle persone non autosufficienti (assegni di cura e progetti per la vita indipendente) ;

- Promuovere una modifica legislativa per l'abbattimento dell'IVA nel quadro del project financing almeno fino al 10% come nel caso delle locazioni finanziarie, salvo rimanendo il ricorso al giudice;

- prevedere che i costi del "project financing" essendo stati richiesti ed autorizzati dalla Regione Veneto, debbano essere a carico direttamente della stessa Regione e quindi non si debba utilizzare per questo scopo il Fondo regionale assegnato all'Azienda ULSS;

- garantire che pubblico e privato agiscano sinergicamente in modo da potenziare e aumentare dal punto di vista qualitativo e quantitativo i servizi offerti all'utenza. Il privato deve agire all'interno di una programmazione sanitaria precisa in un'ottica di sussidiarietà del sistema pubblico e non di sostituzione salvaguardando i posti letto pubblici, da questo punto di vista sarà essenziale anche mettere in campo tutte le azioni tese all'accorciamento delle liste d'attesa;

RIBADISCE E RICHIEDE

al Presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, all'Assessore alla Sanità, Luca Coletto e al Consiglio Regionale intero, che le rassicurazioni da parte dei massimi vertici regionali sulla sanità veneziana pubblicate nella stampa locale e nazionale, siano formalizzate attraverso atti coerenti all'interno degli strumenti legislativi.



La conferenza dei sindaci

Ruolo e compiti

di **Nicoletta Codato**

responsabile Servizio Programmazione Sanitaria del Comune di Venezia e Segreteria della Conferenza dei sindaci

Il ruolo degli enti locali, nel governo delle politiche per la salute, si realizza attraverso la loro partecipazione a tutti i livelli di programmazione, sia regionale che locale, chiamati a dare un contributo fondamentale sia in ambito programmatico che di impegno e responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi di salute.

Per i cittadini risulta fondamentale il ruolo svolto dalla Conferenza dei sindaci, organo presieduto dal sindaco eletto quale Presidente della Conferenza, composto dai sindaci o Assessori dei Comuni che afferiscono al territorio di competenza e dai vertici dell'Azienda Ulss.

Alla conferenza partecipano, su invito, il Direttore Generale e i vertici dell'Azienda Ulss.

La Conferenza costituisce la sede di rappresentanza degli enti locali territoriali all'interno della quale si provvede, con l'apporto di tutti i soggetti coinvolti ed in coerenza con gli indirizzi regionali, alla definizione, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria, delle linee di indirizzo per l'impostazione delle attività dell'Azienda Ulss.

QUADRO ISTITUZIONALE E NORMATIVO

Il Decreto leg.vo 502/1992 trasforma le Unità Sanitarie Locali in Aziende: la Regione determina i principi dell'organizzazione dei servizi e dell'attività destinata alla tutela della salute, nonché i criteri di finanziamento delle Aziende ULSS e ospedaliere, poi definite ulteriormente con decreto 229/1999.

Il riorientamento strategico del Servizio Sanitario Nazionale verso un sistema di Servizio Sanitario Regionale si fonda sull'affermazione che le ULSS nascono e operano a favore della comunità di riferimento.

Il decreto legislativo 229/1999 si muove in parallelo alla ricollocazione delle funzioni amministrative in chiave federalista e sussidiaria, anche alla luce della modifica dell'art 118 della Costituzione, realizzatasi in Veneto con la L.R. 11/2001 che ha istituito la

Conferenza Regionale Permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria e ha concretizzato i compiti della Conferenza dei sindaci e del Comitato dei sindaci di Distretto.

La regione Veneto con le LL RR 55 e 56 del 1994 ha posto le basi per la riforma dell'assetto organizzativo e di governo del sistema e ha definito alcuni principi comuni per il funzionamento di tutte le Aziende Ulss, nonché l'atto di indirizzo del 2001 che definisce le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e sanitarie a rilevanza sociale, ai fini dell'imputazione della spesa.

COMPOSIZIONE

La Conferenza dei sindaci dell'Azienda Ulss 12 comprende i territori dei comuni di Venezia, Cavallino-Treporti, Marcon e Quarto d'Altino.

E' composta dai sindaci dei 4 comuni o loro delegati.

Alla Conferenza partecipa su invito l'Azienda Sanitaria.

La Conferenza è valida anche quando l'Azienda non è invitata o non si presenta.

Alla conferenza si possono invitare i presidenti di Municipalità e i presidenti dei comitato dei sindaci di Distretto.

COMPITI DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La Conferenza dei sindaci svolge le seguenti funzioni:

- formula le osservazioni sulla proposta di Piano sociosanitario regionale
- provvede alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'ULSS
- provvede alla elaborazione dei Piani di Zona dei Servizi Sociali
- esamina il bilancio di previsione e il bilancio di esercizio dell'ULSS
- verifica l'andamento generale dell'attività dell'ULSS e trasmettere proprie valutazioni e proposte all'ULSS e alla Regione
- esprime parere obbligatorio entro 30gg dalla sua trasmissione sul Piano attuativo locale disposto dal direttore generale
- esprime per le Aziende Ulss il parere previsto dall'art 3 D. Lgs. 502/92 e successive modifiche in ordine ai risultati conseguiti e al raggiungimento degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi da parte del Direttore Generale
- limitatamente ai casi previsti all'art 3 D. Lgs 502/1992 chiede per le Aziende Ulss, alla regione, di revocare il Direttore Generale o di non disporre la conferma
- delibera l'adozione di provvedimenti in base ai quali le Aziende Ulss e le Aziende Ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'art 2 legge 419/1998
- designa il componente del Collegio Sindacale dell'Azienda ULSS
- determina le modalità gestionale dei servizi sociosanitari in forma associata tra comuni ovvero attraverso accordi di programma, deleghe e convenzioni con Azienda Ulss.

IL DISTRETTO SOCIO SANITARIO

Assicura i servizi di assistenza primaria, il coordinamento con le attività dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, coordina l'attività dei MMG e dei Pediatri di libera scelta, la programmazione delle attività territoriali, gode di autonomia tecnico-gestionale e finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'ULS.

Formula il PAT. (piano attuativo territoriale).

IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO

Costituisce la Conferenza dei sindaci a livello territoriale di distretto.

E' composto dai sindaci e dai Presidenti di Municipalità dei seguenti territori:

Distretto 1: Venezia Centro Storico –convocato dal presidente di Municipalità di Venezia

Distretto 2: Lido, Murano, Burano, Pellestrina, Cavallino – convocato dal sindaco di Cavallino

Distretto 3: Mestre centro e sud (Marghera, Chirignago, Zelarino) – convocato dal Presidente della Municipalità di Mestre Centro

Distretto 4: Mestre nord, Favaro, Marcon Quarto – convocato dal Sindaco di Marcon

I COMPITI

Il Comitato dei sindaci di Distretto concorre alla formulazione e alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle Attività Territoriali ed in particolare:

- formula nei limiti delle risorse assegnate al Direttore del Distretto, il proprio parere in merito alla proposta di Programma delle attività territoriali, (PAT) entro 30 giorni dal ricevimento della stessa
- limitatamente alle attività di natura socio-sanitaria esprime al direttore Generale dell'AULSS 12 l'intesa sul Programma delle Attività Territoriali.

Il Comitato di Distretto collabora con la Conferenza dei sindaci dell'AULSS 12 Veneziana. La Conferenza dei sindaci è la sede di consultazione ed impulso degli enti locali, di partecipazione ai processi decisionali in ambito sociale e sociosanitario, di verifica dell'andamento generale delle attività dell'Azienda Ulss, di programmazione e integrazione tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Servizi socio sanitari gestiti dall'Azienda Ulss.

PER INFORMAZIONI

Servizio Programmazione Sanitaria
Segreteria Conferenza dei sindaci

S. Croce 502, Venezia

tel. 041 2747875

indirizzo email:

programmazione.sanitaria@comune.venezia.it

conferenza.sindaci@comune.venezia.it

La III Commissione Consiliare Attività e deliberazioni su sanità e welfare

a cura di **Giacomo Guzzo**
presidente della Commissione

Compito della III Commissione, ai sensi dell'art. 23 del vigente Regolamento interno del Consiglio Comunale, è la formulazione di pareri che vengono espressi in Consiglio in merito a problematiche inerenti le politiche per la famiglia, programmazione sanitaria, politiche sociali e rapporti col volontariato mediante la preventiva discussione di atti deliberativi nonché interpellanze, interrogazioni e mozioni proposte dai Consiglieri.

La III Commissione non manca però di affrontare argomenti che, anche in assenza di specifici atti, possano coinvolgere l'interesse locale nelle competenze ad essa attribuite.

IL CONFRONTO CON ASSESSORI E VERTICI ULSS 12

Al fine di maggiore completezza e chiarezza conoscitiva degli argomenti oggetto di discussione della Commissione, è usuale invitare soggetti che per varie motivazioni costituiscono una sorta di testimoni privilegiati: da Sandro Simionato, assessore alle Politiche Sociali, ad Antonio Padoan, direttore generale dell'ULSS 12.

LA PREPARAZIONE DELL'ORDINE DEL GIORNO DEL 21 DICEMBRE SULLA SPECIFICITÀ VENEZIANA

A tal proposito si menziona, per la rilevanza dell'argomento trattato, la riunione svolta in data 6 dicembre 2011 alla presenza del sindaco Giorgio Orsoni, che ha permesso l'illustrazione della situazione dei servizi sanitari veneziani grazie all'audizione di Antonio Padoan, direttore generale dell'ULSS n. 12, che si è conclusa nella presa di consapevolezza della necessità di un riconoscimento della "Specificità di Venezia", per salvaguardare la tutela della salute nella nostra città. Pur in un contesto di difficoltà di reperimento di risorse a favore della Sanità del nostro territorio, si è deciso di presentare in Consiglio Comunale un documento condiviso dalle varie forze politiche che delinea le necessità e le priorità della sanità veneziana. Il documento è l'ordine del Giorno presentato in Consiglio il 21 dicembre scorso ed approvato all'unanimità. Tale documento è stato elaborato, anche grazie alla collaborazione con il consigliere Bruno Centanini, Coadiutore del Sindaco per la Sanità, che ha accolto le proposte avanzate da tutti i Consiglieri.

IL TEMA DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Ancora si ricorda la riunione del 29 dicembre 2011 nella quale è stata affrontata la spinosa questione relativa alla applicazione della sospensiva del Regolamento di compartecipazione alle spesa pubblica del servizio di assistenza tutelare.

IL TEMA DELL'INQUINAMENTO AMBIENTALE: I RISULTATI DELLO STUDIO EPIDEMIOLOGICO SENTIERI

Si sono promossi poi su segnalazione del Coadiutore per la Sanità del nostro Comune, in accordo con il Presidente della III Commissione, un ciclo di riunioni tematiche inerenti all'inquinamento cittadino ed agli effetti di esso, argomento rispetto al quale non solo le istituzioni, ma anche i cittadini mostrano grande attenzione.

In un incontro sono anche stati analizzati i risultati dello Studio epidemiologico nazionale del Gruppo di lavoro S.E.N.T.I.E.R.I. sui territori a rischio di inquinamento con particolare riferimento all'area che interessa il Comune di Venezia.

E' stata trattata l'illustrazione commentata dei valori di inquinamento registrati nel territorio da parte di Renzo Biancotto, direttore dell'A.R.P.A.V., che ha fornito in particolare un quadro completo sui risultati dei monitoraggi in merito alla qualità dell'aria ed agli effetti relativi ai campi elettromagnetici.

Tale ciclo di approfondimenti si è conclusa, alla presenza di Gianfranco Bettin, assessore comunale all'Ambiente, con la riunione della III Commissione congiunta alla Commissione Ambiente, tenutasi a marzo, nella quale si farà una valutazione ed analisi sulle procedure di bonifica attualmente in atto nei siti contaminati.

LE INIZIATIVE DEL POLIAMBULATORIO DI EMERGENCY A MARGHERA

Con l'obiettivo di coinvolgere e valorizzare l'operato che le associazioni svolgono nel territorio quale forte ed importante servizio di supporto alle esigenze sanitarie dei cittadini, è stata convocata nel febbraio scorso una seduta di Commissione dedicata all'attività svolta da Emergency, presente con ambulatorio a Marghera, che da un anno offre con impegno ed altrettanta efficacia, un supporto ai bisogni sanitari delle persone più povere, italiane e straniere. Alla riunione, in rappresentanza di Emergency, hanno partecipato Gloria Scarpa, Coordinatrice Progetto Poliambulatorio di Marghera, il cardiologo Gabriele Risica e Guido Pullia, Coordinatore medico del progetto.

IL PROGETTO DI ASSISTENZA SANITARIA DI HUMANITAS

Con lo stesso spirito, sempre nel febbraio scorso, è stata convocata un'ulteriore riunione che ha visto questa volta protagonista l'Associazione Humanitas Venetia, che ha illustrato, grazie alla presenza del Presidente Quaglia, di Alberto Monterosso e del Priore del Convento dei Cappuccini Padre Dario Zardo, il nuovo progetto di apertura a Mestre di un centro di assistenza sanitaria per tutti i soggetti più bisognosi.

CONOSCERE LE ATTIVITÀ DELLA III COMMISSIONE

Per tutti i cittadini interessati alle attività e alle discussioni della Commissione III, è possibile ottenere tutte le informazioni utili collegandosi al sito internet del Comune di Venezia www.comune.venezia.it, nella "sezione Consiglio Comunale", entrando nel menù "atti delle Commissioni", in cui si possono recuperare i verbali delle riunioni.

PER INFORMAZIONI

www.comune.venezia.it

Epidemiologia ambientale

Lo studio nazionale SENTIERI sui siti inquinati

Il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento) è uno dei progetti finanziati dal Ministero della Salute attraverso la Ricerca Finalizzata 2006 ex art. 12 D. Lgs. 502/1992.

La valutazione delle esposizioni nei siti di interesse nazionale per le bonifiche (SIN)

a cura di

Roberta Pirastu

La Sapienza di Roma

Pietro Comba

Istituto Superiore di Sanità di Roma

Le fonti di esposizioni ambientali per le quali è stata valutata l'evidenza epidemiologica sono distinte in fonti di esposizioni ambientali nei siti d'interesse nazionale per le bonifiche (SIN) e altre esposizioni. Le prime sono definite sulla base dei decreti di perimetrazione dei siti e possono interessare la popolazione residente; sono indicate come chimico, petrolchimico e raffineria, siderurgia, centrale elettrica, miniere e/o cave, area portuale, amianto o altre fibre minerali, discarica e inceneritore. Le altre esposizioni sono state considerate per i loro accertati effetti sulla salute e sono: inquinamento dell'aria, fumo di tabacco attivo e passivo, assunzione di alcol, esposizioni professionali e stato socioeconomico.

La classificazione del nesso causale per ogni causa di morte ed esposizione

Il Gruppo di lavoro (GdL) SENTIERI ha messo a punto uno schema per l'esame della letteratura epidemiologica utilizzata per classificare la forza dell'associazione causale per ogni combinazione di causa di morte ed esposizione (fonti di esposizioni ambientali nei SIN e altre esposizioni). La valutazione si è basata su fonti pubblicate nel periodo 1998-2009. In SENTIERI l'evidenza epidemiologica relativa alla associazione tra la causa di decesso e l'esposizione, sulla base di criteri standardizzati concordati nell'ambito del GdL, è stata classificata in tre categorie: Sufficiente (S), Limitata (L) e Inadeguata (I). Per i dettagli della valutazione si rimanda al Supplemento del 2010.

L'analisi sulla mortalità in prossimità di 44 grandi centri industriali

SENTIERI ha studiato la mortalità delle popolazioni residenti in prossimità di una serie di grandi centri industriali attivi o dismessi, o di aree oggetto di smaltimento di rifiuti industriali e pericolosi, che presentano un quadro di contaminazione ambientale e di rischio sanitario tale da avere determinato il riconoscimento di "Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche" (SIN).

Dei 57 siti compresi nel "Programma nazionale di bonifica" lo studio ne ha preso in considerazione 44 per i quali sono stati sintetizzati dati di caratterizzazione ambientale contenuti nei Progetti di Bonifica per i diversi siti. Tali informazioni mostrano che sono stati oggetto di caratterizzazione e di valutazione del rischio prevalentemente le aree private industriali, quelle, cioè, ritenute causa delle diverse tipologie di inquinamento (definite in SENTIERI esposizioni ambientali). Le aree pubbliche cittadine e/o a verde pubblico e le aree agricole comprese all'interno dei SIN sono state poco investigate.

Lo studio della mortalità

I 44 SIN studiati sono costituiti da uno o più comuni. La mortalità è stata studiata per ogni sito, per 63 cause, nel periodo 1995-2002, attraverso una serie di indicatori tra i quali quello utilizzato per la presentazione dei risultati è il rapporto standardizzato di mortalità (SMR) per il calcolo del quale sono state utilizzate come riferimento le popolazioni regionali, l'analisi ha tenuto anche conto della deprivazione socioeconomica.

Nei 12 siti contaminati da amianto un totale di 416 casi in eccesso di tumore maligno della pleura

La presenza di amianto (o di fibre asbestiformi a Biancavilla) è stata la motivazione esclusiva per il riconoscimento di sei SIN (Balangero, Emaresi, Casale Monferrato, Broni, Bari-Fibronit e Biancavilla). In cinque siti sono stati osservati incrementi della mortalità per tumore maligno della pleura e in quattro siti i dati sono coerenti in entrambi i generi. Nel periodo 1995-2002 nell'insieme dei dodici siti contaminati da amianto sono stati osservati un totale di 416 casi di tumore maligno della pleura in eccesso rispetto alle attese.

La complessità di valutazione degli incrementi di mortalità per patologie multifattoriali

Quando gli incrementi di mortalità riguardano patologie con eziologia multifattoriale, e si è in presenza di siti industriali con molteplici ed eterogenee sorgenti emmissive, talvolta anche adiacenti ad aree urbane a forte antropizzazione, rapportare il profilo di mortalità a fattori di rischio ambientali può risultare complesso. Tuttavia, in alcuni casi i risultati di SENTIERI hanno permesso di attribuire, con diversi livelli di persuasività scientifica, un ruolo eziologico all'esposizione ambientale associata alle emissioni di impianti specifici.

L'individuazione di fonti di emissione potenzialmente pericolose correlate ad incrementi di mortalità o specifiche patologie

Ad esempio, per gli incrementi di mortalità per tumore polmonare e malattie respiratorie non tumorali, a Gela e Porto Torres è stato suggerito un ruolo delle emissioni di raffinerie e poli petrolchimici, a Taranto e nel Sulcis-Iglesiente-Guspinese un ruolo delle emissioni degli stabilimenti metallurgici.

Negli eccessi di mortalità per malformazioni congenite e condizioni morbose perinatali è stato valutato possibile un ruolo eziologico dell'inquinamento ambientale a Massa Carrara, Falconara, Milazzo e Porto Torres.

Per le patologie del sistema urinario, in particolare per le insufficienze renali, un ruolo causale di metalli pesanti, idrocarburi policiclici aromatici e composti alogenati è stato ipotizzato a Massa Carrara, Piombino, Orbetello, nel Basso Bacino del fiume Chienti e nel Sulcis-Iglesiente-Guspinese.

Le stime globali di mortalità

Ulteriori elementi di interesse sono stati forniti dalle stime globali della mortalità nell'insieme dei siti oggetto del Progetto SENTIERI. In particolare è emerso che la mortalità in tutti i SIN, per le cause di morte con evidenza a priori Sufficiente o Limitata per le esposizioni ambientali presenti supera l'atteso, con un aumento di circa 15% per gli uomini (2, 2.439 decessi in eccesso) e per le donne (1.069 decessi in eccesso). Tale sovra mortalità si riscontra anche estendendo l'analisi a tutte le cause di morte, cioè non solo per quelle con evidenza a priori Sufficiente o Limitata: il totale dei decessi, per uomini e donne, è di 403.692, in eccesso dell'atteso di 9.969 casi con una media di oltre 1.200 casi annui.

I limiti e le difficoltà del progetto SENTIERI

Il Progetto SENTIERI è la prima trattazione sistematica in Italia dell'impatto sanitario della residenza nei siti definiti "di interesse nazionale" per le bonifiche (SIN). SENTIERI, come tutti gli studi ecologici, cioè che si basano su aggregati di popolazione e non su singoli individui, ha alcuni limiti intrinseci.

Il limite principale è relativo a come si accerta e definisce l'esposizione ambientale.

Per ogni SIN sarebbe necessaria una informazione che permetta di valutare se si verifichi realmente una esposizione umana. La situazione è resa ancora più complessa dalla presenza nei SIN di sorgenti di inquinamento atmosferico e/o di attività industriali che comportano esposizioni professionali, e dal fatto che la caratterizzazione ambientale dei SIN riguarda, per legge, soltanto le matrici suolo e acqua di falda delle aree perimetrate.

Gli elementi originali del progetto SENTIERI

L'originalità del Progetto SENTIERI consiste nel commentare i risultati della analisi di mortalità alla luce della valutazione a priori dell'evidenza epidemiologica dell'associazione tra le cause di morte selezionate e le fonti di esposizioni ambientali presenti nei SIN.

Peraltro SENTIERI considera fattori rilevanti come determinanti di salute e malattia quali, ad esempio, lo stato socioeconomico, mostrando che il 60%, anziché l'atteso 40%, della popolazione dei SIN appartiene alla porzione più svantaggiata. E' stato così documentato un problema di equità nella distribuzione dei rischi ambientali per classe sociale del quale tenere conto nel perseguimento del risanamento ambientale.

Le possibili cause degli eccessi di mortalità da approfondire in ulteriori ricerche

Le caratteristiche metodologiche dello studio SENTIERI, in particolare l'utilizzo dei dati di mortalità a livello comunale, e il disegno di tipo geografico, non consentono in linea generale la formulazione di valutazioni causali, ma l'individuazione di una serie di indicazioni di possibile rilevanza eziologica da approfondire con studi mirati, senza per questo ovviamente dilazionare l'indifferibile opera del risanamento ambientale.

Si ritiene opportuno ricordare che il Progetto SENTIERI, per obiettivi, disegno e metodi, rappresenta uno strumento descrittivo che verifica, in prima istanza, se e quanto il profilo di mortalità delle popolazioni che vivono nei territori inclusi in aree di interesse nazionale per le bonifiche si discosti da quello dei residenti nella regione nella quale è localizzato il SIN.

Ai fini dell'interpretazione dei risultati, si ricorda che la presenza di eccessi di mortalità può indicare un ruolo di esposizioni ambientali con un grado di persuasività scientifica che dipende dai diversi specifici contesti; invece, un quadro di mortalità che non si discosti da quello di riferimento, potrebbe riflettere l'assenza di esposizioni rilevanti, ma anche l'inadeguatezza dell'indicatore sanitario utilizzato (mortalità invece di incidenza) rispetto al tipo di esposizioni presenti, o della finestra temporale nella quale si analizza la mortalità rispetto a quella rilevante da un punto di vista dell'esposizione.

I dati condivisi con Ministero della Salute e dell'Ambiente, Regioni, Asl, Arpa e Comuni

La condivisione dei risultati con i Ministeri della Salute e dell'Ambiente, le Regioni, le ASL, le ARPA e i comuni interessati, consentirà l'attivazione di sinergie fra le strutture pubbliche con competenze in materia di protezione dell'ambiente e di tutela della salute, e su questa base l'avvio di un processo di comunicazione con la popolazione scientificamente fondato e trasparente.

A Venezia si muore di più per tumore a polmoni, fegato, pancreas e vescica

All'interno di SENTIERI vi è anche una descrizione dei risultati del SIN di Venezia (Porto Marghera) che ha una popolazione complessiva di 271.073 abitanti al Censimento 2001.

Il Decreto di perimetrazione del SIN elenca la presenza di impianti chimici, petrolchimico, raffineria, metallurgia, elettrometallurgia, meccanica, produzione energia area portuale e discariche.

SENTIERI nella presentazione dei risultati dei singoli SIN ha adottato il criterio di utilizzare i risultati della valutazione a priori dell'evidenza e sono quindi presenti una tabella che mostra i dati relativi alla mortalità per grandi gruppi di cause ed una tabella che riporta i risultati della mortalità per le cause associate alle esposizioni ambientali presenti nel sito con un livello di evidenza Limitato o Sufficiente.

A Venezia un eccesso di mortalità per tutti i tumori e per le malattie dell'apparato digerente

Nel SIN di Venezia è presente, per uomini e donne, un eccesso per tutti i tumori e per le malattie dell'apparato digerente. Difetti sono presenti per le malattie circolatorie tra gli uomini e in entrambi i generi per le malattie respiratorie e dell'apparato genitourinario (tabella 1).

Per le cause di morte per le quali vi è a priori un'evidenza Sufficiente o Limitata di associazione con le fonti di esposizioni ambientali del SIN, elencate nelle tabella 2, il tumore del polmone e della pleura sono in eccesso tra uomini e donne.

La mortalità per tumore dello stomaco è in difetto come anche quella per le malattie respiratorie acute, sia negli uomini sia nelle donne. Altre cause che mostrano eccessi negli uomini e nelle donne sono il tumore del fegato, del pancreas, della vescica e la cirrosi epatica.

L'occupazione lavorativa tra le cause degli eccessi di mortalità per alcuni tumori

Altro elemento caratterizzante di SENTIERI è il commento dei risultati alla luce di precedenti indagini epidemiologiche o ambientali pubblicate relative al sito.

Per il SIN di Venezia sono disponibili precedenti indagini epidemiologiche che hanno indagato il ruolo dell'esposizione occupazionale e di quella ambientale sul profilo di mortalità causale specifico. Per i dettagli si rimanda a Pirastu e collaboratori 2011.

Le considerazioni conclusive di per il sito di Venezia sono riassunte di seguito. Agli eccessi di mortalità osservati nel SIN per tutti i tumori e tumore del polmone, della pleura, del fegato, del pancreas, della vescica e per cirrosi epatica ha verosimilmente contribuito l'occupazione, in quanto per tutte queste cause, SENTIERI ha formulato una valutazione di associazione Sufficiente con l'occupazione.

Inquinamento dell'aria, fumo e alcol altre cause degli eccessi di mortalità

Per alcune delle cause in eccesso deve essere considerato un possibile ruolo di altre esposizioni per le quali SENTIERI ha for-



per informazioni

Istituto Superiore di Sanità,
Dipartimento di Epidemiologia
Ambientale, diretto da Pietro
Comba: <http://www.iss.it/epam>

Sito della rivista "Epidemiologia e
Prevenzione" in cui è possibile trovare
un approfondimento dello studio
SENTIERI:
<http://www.epiprev.it/pubblicazione/epidemiol-prev-2011-35-5-6-suppl-4>

mulato una valutazione di associazione Sufficiente (Pirastu e coll 2011). E' il caso dell'inquinamento dell'aria e del fumo per il tumore del polmone, sempre del fumo per il tumore del pancreas e della vescica.

Per il tumore del fegato e la cirrosi epatica la valutazione di associazione con l'alcol in SENTIERI è di Sufficiente, esso può quindi avere contribuito agli eccessi di mortalità per queste cause.

L'invito a nuovi studi su stato attuale dell'inquinamento ambientale ed esposizione occupazionale

Infine si raccomanda di acquisire dati per valutare lo stato attuale dell'inquinamento ambientale e dell'esposizione occupazionale, come pure di realizzare programmi di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica per i soggetti che hanno lavorato nei diversi impianti produttivi del polo industriale.

LO STUDIO NAZIONALE SENTIERI

Obiettivi, metodologia e criteri di lettura dei risultati dello studio SENTIERI sono illustrati in un Supplemento pubblicato nel 2010 dalla rivista "Epidemiologia e Prevenzione" (Pirastu R, Ancona C, Iavarone I, Mitis F, Zona A, Comba P. SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: valutazione della evidenza epidemiologica Epidemiol Prev 2010; 34 (Suppl 3): 1-96) e i risultati complessivi dello studio, integrati da un'ampia discussione relativa alla metodologia adottata, sono presentati in un secondo Supplemento nel 2011 (Pirastu R, Iavarone I, Pasetto R, Zona A, Comba P & Gruppo di Lavoro SENTIERI. SENTIERI Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: Risultati. Epidemiol Prev 2011;35 (Suppl 4):1-204). Il Supplemento del 2010 ha presentato le procedure ed i risultati della valutazione a priori dell'evidenza epidemiologica dell'associazione tra le cause di morte e le fonti di esposizioni ambientali presenti nei Siti di Interesse Nazionale per le bonifiche (SIN). Tale valutazione è un elemento caratterizzante del progetto.

VENEZIA (Porto Marghera)

causa	uomini			donne		
	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)
Tutte le cause	12907	99 (98-100)	99 (97-100)	13573	103 (101-104)	101 (100-102)
Tutti i tumori	5077	109 (106-111)	104 (102-107)	3901	113 (110-116)	108 (105-111)
Malattie del sistema circolatorio	4637	95 (93-98)	96 (94-98)	6133	101 (99-103)	99 (97-101)
Malattie dell'apparato respiratorio	673	73 (68-78)	87 (82-93)	629	79 (74-85)	90 (84-96)
Malattie dell'apparato digerente	667	112 (105-120)	109 (102-116)	671	110 (103-117)	104 (98-111)
Malattie dell'apparato genitourinario	125	89 (76-103)	87 (75-101)	126	83 (71-96)	80 (68-92)

Tabella 1. SENTIERI

Mortalità per le principali cause di morte. Osservati, SMR-rapporto standardizzato di mortalità grezzo e corretto per deprivazione (IC: intervalli di confidenza al 90%), riferimento regionale (1995-2002). Uomini e donne.

VENEZIA (Porto Marghera)

causa	uomini			donne			ES. AM.
	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)	OSS	SMR (IC 90%)	SMR ID (IC 90%)	
Tumore dello stomaco	223	82 (73-91)	86 (77-96)	193	93 (82-105)	96 (84-108)	C
Tumore del colon-retto	455	104 (96-112)	99 (92-107)	438	112 (104-122)	105 (97-114)	C
Tumore della trachea, dei bronchi e del polmone	1530	110 (105-115)	102 (98-107)	478	128 (118-138)	121 (112-131)	P&R,
Tumore della pleura	64	206 (166-254)	173 (139-213)	25	155 (108-217)	126 (87-175)	AP
Malattie dell'apparato respiratorio	673	73 (68-78)	87 (82-93)	629	79 (74-85)	90 (84-96)	C, P&R, AP
Malattie respiratorie acute	181	61 (54-69)	81 (71-91)	194	56 (49-63)	73 (65-82)	P&R
Asma	10	70 (38-118)	80 (43-136)	20	102 (67-148)	99 (66-144)	C, P&R, AP

Tabella 2. SENTIERI

Osservati, SMR - rapporto standardizzato di mortalità grezzo e corretto per deprivazione (IC: intervalli di confidenza al 90%), riferimento regionale, (1995-2002). Uomini e donne. Cause con evidenza di associazione con le esposizioni ambientali Sufficiente o Limitata.

Legenda esposizioni ambientali nel SIN

C = Impianti chimici
 P&R = Impianti petrolchimici e raffinerie
 S = Impianti siderurgici
 E = Centrale elettrica
 M = Miniere e/o cave
 AP = Area portuale

Legenda esposizioni ambientali nel SIN

C = Impianti chimici
 P&R = Impianti petrolchimici e raffinerie
 S = Impianti siderurgici
 E = Centrale elettrica
 M = Miniere e/o cave
 AP = Area portuale
 A = Amianto/altre fibre minerali
 D = Discarica
 I = Inceneritore

Legenda valutazione dell'evidenza

S+ = Sufficiente per inferire la presenza di una associazione causale,
 L = Limitata ma non sufficiente per inferire la presenza di una associazione causale
 I = Inadeguata per inferire la presenza o l'assenza di una associazione
 S+ ins / agg = Sufficiente insorgenza e aggravamento
 L ins / S+ agg = Limitata insorgenza / Sufficiente aggravamento
 L ins / agg = Limitata insorgenza e aggravamento
 * = Evidenza Sufficiente o Limitata
 ** = Non applicabile



Alimentazione e rischio di cancro

Indice glicemico degli alimenti a rischio di malattie degenerative

Intervista a **Sabina Sieri**

Unità di Epidemiologia Nutrizionale della Fondazione IRCCS Istituto nazionale Tumori di Milano

Lo Studio Prospettico Europeo su Cancro e Nutrizione (EPIC- European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) è un'indagine multicentrica che studia le abitudini alimentari e gli stili di vita di 500 mila soggetti di età compresa fra i 35 e i 64 anni, in relazione al rischio di malattie croniche e in particolare di tumori.

Questo studio è stato condotto tra il 1993-1999 in dieci Paesi europei: Italia, Grecia, Spagna, Francia, Germania, Inghilterra, Olanda, Svezia, Danimarca e Norvegia.

Gli obiettivi primari che lo studio EPIC si prefigge sono quelli di acquisire nuove conoscenze sul ruolo della dieta nell'insorgenza di tumori, particolarmente dei tumori più comuni in Europa (neoplasie del polmone, colon, retto, mammella, stomaco, vescica, esofago, utero) e di indagare la relazione fra particolari alimenti o nutrienti e i rischi di malattie croniche come quelle cardiovascolari, il diabete, l'ipertensione e le malattie neurologiche.

L'Europa rappresenta un laboratorio ideale per le eterogenee abitudini alimentari nei diversi Paesi. Viene infatti offerta l'opportunità di confrontare gli effetti della "dieta mediterranea" della Grecia, dell'Italia, della Spagna o del Sud della Francia con le abitudini alimentari continentali della Germania, dell'Olanda, della Gran Bretagna e con le abitudini alimentari nordiche di Svezia, Danimarca e Norvegia.

DA CHI È STATO COORDINATO LO STUDIO EPIC ?

- ❖ Lo studio europeo EPIC è stato coordinato dall'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro di Lione (Francia) con il supporto finanziario del Programma Europe Against Cancer della Commissione Europea. A livello italiano lo studio è stato sostenuto dall'Associazione Italiana per la Ricerca sul Cancro (AIRC).

IN ITALIA QUALE ENTE DI RICERCA HA COLLABORATO? QUALI E QUANTI SOGGETTI SONO STATI STUDIATI NELLA RICERCA?

- ❖ In Italia lo studio è stato coordinato dall'Unità di Epidemiologia Nutrizionale dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, e si è svolto in 5 centri: Firenze, Varese, Torino, Napoli e Ragusa, che hanno arruolato, tra il 1993 e il 1998, 47.749 volontari (15.171 uomini e 32.578 donne). I partecipanti allo studio erano i soggetti della popolazione presunta sana che sono stati intervistati sulle abitudini alimentari e sullo stile di vita (fumo, attività fisica) e sottoposti ad un prelievo di sangue e a varie misurazioni antropometriche. Tutti i volontari sono stati seguiti nel tempo (e lo sono tutt'ora) per identificare tutti i nuovi casi di malattia e i decessi verificatisi. Questo studio è una preziosa fonte di informazioni che aiuterà a chiarire come alimentazione e stile di vita possano avere un ruolo nell'insorgenza dei tumori ed a suggerire quali vie percorrere per una prevenzione dei tumori attraverso modificazioni dello stile di vita e delle abitudini alimentari.

SI TRATTA DUNQUE DI UNO STUDIO ANCORA IN CORSO. QUALI RISULTATI SONO EMERSI FINORA?

- ❖ Ad oggi, lo studio EPIC ha pubblicato centinaia di articoli scientifici che hanno permesso notevoli passi avanti nella conoscenza dell'eziologia del cancro e di altre malattie cronico-degenerative.

POSSIAMO FARE DEGLI ESEMPI CONCRETI DI ASSOCIAZIONE TRA CONSUMO DI DETERMINATI ALIMENTI E INCIDENZA DI ALCUNI TIPI DI CANCRO?

- ❖ I risultati ottenuti finora sono numerosissimi, in particolare abbiamo osservato le seguenti associazioni significative: alti livelli plasmatici di vitamina C, di alcuni carotenoidi, retinolo e tocoferolo sono associati ad un minor rischio di tumore gastrico, così come lo sono una dieta ricca di fibre da cereali, e l'attenersi ad una "dieta mediterranea" (ricca in frutta, verdura, legumi, cereali, noci e semi, un basso consumo di carne rossa, moderate quantità di pesce, un consumo contenuto di vino e di l'olio d'oliva), mentre un alto consumo di carne rossa e conservata è stato associato ad un aumentato rischio.

L'ALIMENTAZIONE È PARTICOLARMENTE IMPORTANTE PER LA PREVENZIONE DEL TUMORE DEL COLON?

- ❖ Per quanto riguarda il tumore del colon-retto, si è visto come un aumentato apporto di fibre, pesce, calcio, e alti livelli plasmatici di vitamina D fosse associato ad un rischio ridotto, mentre un alto consumo di carne rossa e conservata, l'assunzione di alcol, un elevato indice di massa corporea (BMI) e l'obesità addominale sono stati associati ad un aumentato rischio.

E PER ALCUNI TRA I PIÙ DIFFUSI TIPI DI CANCRO: POLMONE, MAMMELLA, PROSTATA?

- ❖ Si è osservata una protezione da consumo di frutta e verdura nei fumatori per il rischio di cancro nei polmoni. Un aumentato rischio di tumore della mammella è stato associato ad un'elevata assunzione di grassi saturi e di assunzione di alcol. Nelle donne in menopausa, l'indice di massa corporea è stato associato ad un aumentato rischio di questo tumore, mentre l'attività fisica si è vista protettiva. Un aumentato apporto di proteine del latte e di calcio da prodotti lattiero-caseari, un'alta concentrazione sierica di fattore di crescita dell'insulina (IGF-I) sono stati associati ad un aumentato rischio di cancro della prostata. Questi risultati potranno contribuire a programmare strategie di sanità pubblica e attività di prevenzione volte a ridurre l'insorgenza dei tumori.

COS'È L'INDICE GLICEMICO IN UNA DIETA, CORRISPONDE ALLA QUANTITÀ DI ZUCCHERI CONTENUTI IN UNO SPECIFICO ALIMENTO? DI QUALI TIPI DI ZUCCHERI SI TRATTA? SE SONO RITENUTI DANNOSI, PERCHÉ LO SONO?

- ❖ L'indice glicemico è un indicatore di quanto velocemente un carboidrato può essere assorbito come glucosio e quindi permette di classificare gli alimenti contenenti carboidrati in base al loro effetto immediato sui livelli di glucosio nel sangue. Gli alimenti ricchi in carboidrati che vengono idrolizzati velocemente hanno alti valori di indice glicemico e la loro risposta glicemica postprandiale è rapida ed elevata. Al contrario, gli alimenti ricchi in carboidrati che vengono idrolizzati lentamente hanno un basso indice glicemico. La risposta glicemica può essere influenzata da diversi fattori tra cui: il tipo di zucchero contenuto nell'alimento (glucosio, saccarosio, lattosio, fruttosio, ecc), la natura e la forma dell'amido (amilosio, amilopectina), la presenza di altri nutrienti nel pasto come le proteine e i grassi, la forma fisica dell'alimento, i metodi di cottura e di lavorazione industriale utilizzati e il contenuto di fibra.

ED IL CARICO GLICEMICO INVECE COS'È?

- ❖ Quando si parla di indice glicemico è importante anche parlare di carico glicemico (viene calcolato moltiplicando il contenuto in carboidrati di un alimento per il suo indice glicemico) in quanto la risposta glicemica a un pasto è influenzata sia dall'indice glicemico che dal contenuto di carboidrati presente nel pasto. Mentre l'indice glicemico ci dà un'indicazione qualitativa sui carboidrati contenuti negli alimenti, il carico glicemico tiene conto sia della qualità che della quantità di carboidrati assunti. I vantaggi derivanti da una dieta a basso indice o carico glicemico riguardano sia il controllo delle malattie legate al metabolismo glucidico (diabete, iperglicemia) sia l'effetto positivo sui livelli di lipidi e sul controllo dell'introduzione calorica.

QUALI SONO I RISCHI DI UNA DIETA AD ALTO INDICE E CARICO GLICEMICO? ESISTONO TABELLE CON GLI INDICI GLICEMICI DEI PRINCIPALI ALIMENTI?

- ❖ Una dieta ad alto indice e carico glicemico può determinare un aumento della risposta glicemica e insulinemica con aumento della resistenza insulinica e della secrezione di trigliceridi e dei livelli di colesterolo HDL. Le tabelle con i valori di circa 750 alimenti sono state pubblicate da Foster-Powel nel 2002, aggiornate recentemente con dati su altri 2500 alimenti (Atkinson 2008). Sono stati misurati valori di indice glicemico su prodotti italiani dal Prof. Furio Brighenti dell'università di Parma, e i dati sono in pubblicazione. In tabella sono stati riportate le medie dei valori di indice glicemico misurato da vari laboratori di alcuni alimenti pubblicati da Atkinson nel 2008.

CHE DIFFERENZA C'È TRA GLI ZUCCHERI CONTENUTI NEI DOLCI CHE TROVIAMO IN PASTICCERIA E GLI ZUCCHERI DI PANE, PASTA E RISO? VENGONO ASSORBITI DALL'ORGANISMO NELLO STESSO MODO O CI SONO DIFFERENZE ESSENZIALI?

- ❖ I carboidrati contenuti nei dolci sono prettamente zuccheri semplici mentre quelli contenuti nel pane, nella pasta e nel riso sono zuccheri complessi (amido). In passato si pensava che gli zuccheri semplici fossero assorbiti più velocemente dell'amido e quindi avessero un alto indice glicemico ma non è così, infatti il fruttosio ha un indice glicemico in media di 30, il saccarosio di 64 rispetto al pane che ha 68. I gruppi di alimenti ricchi in amido possono avere un indice glicemico basso od alto a secondo della presenza di zuccheri semplici, dal rapporto tra amilosio (polimero lineare del glucosio presente in maggior quantità ad esempio nel frumento e nei legumi e meno digeribile) e amilopectina (polimero ramificato del glucosio presente in più elevate quantità ad esempio nel riso e patate è più facilmente digeribile). Il processo di rigonfiamento e solubilizzazione dell'amido in acqua rende l'amido più accessibile agli enzimi digestivi e qualsiasi barriera fisica in grado di schermare l'amido dalle amilasi (come ad esempio la cariosside dei cereali, le strutture cellulari dei semi dei legumi, la frutta intera o la rete proteica della pasta) è in grado di ridurre l'indice glicemico degli alimenti.

ZUCCHERO BIANCO RAFFINATO, ZUCCHERO GREZZO DI CANNA, MIELE, SACCAROSIO, ECC. POSSIAMO ELENCARE TRA I DOLCIFICANTI QUALI SONO QUELLI PIÙ INDICATI PER UNA DIETA SANA?

- ❖ Tra i dolcificanti naturali troviamo: il fruttosio (estratto attraverso un particolare processo dalla frutta) che ha un potere dolcificante superiore al saccarosio ed un indice glicemico più basso; il glucosio (si trova allo stato naturale nella frutta, negli ortaggi), il lattosio (formato da glucosio e galattosio) che ha un potere dolcificante inferiore al saccarosio; il mannitolo (che si trova ad esempio nei carciofi, nelle cipolle, nei funghi etc) che ha un potere dolcificante inferiore al saccarosio; il miele e il saccarosio (formato da glucosio e fruttosio) e infine lo zucchero bruno di canna che è lo zucchero non raffinato.

QUALI DOLCIFICANTI SONO USATI PER I PRODOTTI LIGHT O COSIDDETTI "SENZA ZUCCHERO"?

- ❖ Altri dolcificanti sono rappresentati da composti naturali dotati di sapore dolce appartenenti alla categoria dei polialcoli, quali il sorbitolo (presente naturalmente in alcuni frutti ed ha un potere dolcificante pari a circa la metà del saccarosio), lo xilitolo (presente in molti vegetali quali fragole, prugne, cavolfiore, indivia) e il maltitolo. Questi composti, avendo un potere calorico inferiore a quello degli zuccheri ed essendo meno fermentescibili, sono stati impiegati al posto dello zucchero comune per realizzare alcuni prodotti ipocalorici (alimenti e bevande "light" o "senza zucchero"). Anche vari altri composti, artificialmente prodotti e dotati di un forte potere dolcificante (da 30 a 500 volte quello dello zucchero), vengono impiegati per dolcificare alimenti e bevande ipocaloriche, in quanto, alle dosi usate, risultano praticamente privi di potere calorico (ciclammati con un potere dolcificante 50 volte superiore al saccarosio, aspartame, acesulfame, saccarina e sucralosio con potere dolcificante circa 500-600 volte superiore).

BISOGNA FARE ATTENZIONE ANCHE CON I DOLCIFICANTI CHE SOSTITUISCONO LO ZUCCHERO?

- ❖ Va sottolineato che il consumo dei sostituti dello zucchero, pur se ormai entrato nell'uso corrente, non è affatto indispensabile, neppure nei casi in cui si seguano regimi ipocalorici per la riduzione del peso. Infatti l'uso di questi dolcificanti non permette da solo di ridurre il peso corporeo se non si diminuisce la quantità totale di calorie introdotte con la dieta e non si aumenta l'attività fisica. In ogni caso, pur se sostanzialmente innocui nelle dosi consentite dalla normativa vigente, i dolcificanti sostitutivi dello zucchero possono avere limitazioni d'uso, per cui ne vanno controllate sia la presenza sia le eventuali controindicazioni attraverso la lettura dell'etichetta. L'aumento del consumo di bevande dolcificate con fruttosio come tale oppure sotto forma di sciroppi ad alto contenuto di fruttosio (HFS, High fructose syrups) è stato associato in diversi studi ad un aumento del sovrappeso. Ci sono delle indicazioni che il fruttosio determini un aumento minore di insulina e leptina e il consumo prolungato potrebbe aumentare l'apport

Alimenti	Media* dell'Indice glicemico
Pasta	49 ± 2
Pasta integrale	48 ± 5
Riso, bollito	73 ± 4
Riso integrale, bollito	68 ± 4
Pane bianco	75 ± 2
Pane Integrale	74 ± 2
Mela	36 ± 2
Arancia	43 ± 3
Banana	51 ± 3
Patata, bollita	78 ± 4
Carota, bollita	39 ± 4
Fagioli	24 ± 4
Lenticchie	32 ± 5
Saccarosio	65 ± 4
Miele	61 ± 3
Gelato	51 ± 3

**Dati sono medie derivanti dai dati disponibili dei vari laboratori estratti dalle tabelle americane di Atkinson 2008*

to calorico o ridurre il dispendio energetico.

Infine, i dolcificanti artificiali proprio perché dolci aumentano la dipendenza dallo zucchero. La ripetuta esposizione ne aumenta la preferenza per il gusto, mentre è emerso nella campagna di riduzione del sale o dei grassi senza sostituzione nel corso di diverse settimane una preferenza per bassi livelli di tali sostanze nutritive nei soggetti osservati. Alla luce di questi risultati, un approccio simile potrebbe essere utilizzato per ridurre l'assunzione di zucchero.

UNA DIETA AD ALTO INDICE GLICEMICO CORRISPONDE NECESSARIAMENTE AD UN AUMENTO DEL LIVELLO DI GLICEMIA NEL SANGUE? POSSIAMO DIRE CHE UNA DIETA DI QUESTO TIPO ESPONE AD UN RISCHIO CHE SPESSO MAGARI PER MOLTI ANNI NON SI MANIFESTA CON UN NETTO ED EVIDENTE AUMENTO DEL LIVELLO DI GLICEMIA NEL SANGUE, MA HA COMUNQUE EFFETTI DANNOSI A LUNGO TERMINE?

- ❖ Una dieta ad alto indice glicemico determina un aumento della glicemia postprandiale, ma gli studi osservazionali e di intervento che sono stati condotti finora non permettono di concludere con certezza che una dieta a basso indice glicemico migliori la glicemia e la sensibilità insulinica. Sebbene non tutti gli studi su dieta a basso indice glicemico o carico glicemico abbiano dimostrato effetti benefici, nessuno studio ha dimostrato effetti negativi.

In un'epoca in cui le popolazioni sono sempre più in sovrappeso, inattive, e inclini all'insulino-resistenza (una situazione in cui l'insulina esercita un effetto biologico inferiore a quello atteso), ci sono ragioni teoriche per cui interventi dietetici atti a ridurre la domanda di insulina possano essere vantaggiosi.

È molto probabile che soprattutto in questa parte della popolazione, il consumo di alimenti ricchi in carboidrati più lentamente assorbibili e a basso carico glicemico possa avere un grande vantaggio.

I risultati degli studi dell'effetto di una dieta a basso indice e carico glicemico sulle concentrazioni di glucosio, insulina, trigliceridi, colesterolo HDL sono relativamente prevedibili nei soggetti diabetici e iperlipidemici. Sebbene i dati siano scarsi sugli individui sani, su basi teoriche, ci si aspetterebbe una minore presenza di diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari nei soggetti che consumano carboidrati a basso indice glicemico rispetto a coloro che li consumano ad alto indice glicemico.

I risultati degli studi epidemiologici non sono sempre coerenti anche perché c'è una certa difficoltà nel valutare l'indice glicemico utilizzando strumenti relativamente semplici per valutare il consumo di alimenti utilizzati. Quindi, sebbene ci possano essere benefici dal consumo di una percentuale maggiore di carboidrati a basso indice glicemico, sono necessari ulteriori studi per poter formulare delle raccomandazioni alla popolazione generale.

QUALE È IL RAPPORTO TRA ALTO INDICE GLICEMICO NELLA DIETA E RISCHIO DI MALATTIE CARDIOVASCOLARI? POSSIAMO EVIDENZIARE DEI DATI SPECIFICI?

- ❖ Nell'ambito del progetto EPIC Italiano, si è sviluppato un sottoprogetto che si occupa delle malattie cardiovascolari chiamato EPICOR. In EPICOR, abbiamo studiato la relazione tra il consumo di una dieta ad alto indice e carico glicemico e il rischio di sindrome coronarica acuta negli uomini e nelle donne.

Abbiamo trovato che una dieta ad alto carico glicemico ed in particolare ricca in carboidrati ad alto indice glicemico aumenta il rischio di sindrome coronarica acuta nelle donne ma non negli uomini. Una possibile ragione per cui non abbiamo trovato un'associazione negli uomini potrebbe essere dovuta al fatto che le variazioni sfavorevoli nei livelli di colesterolo HDL ed nei livelli plasmatici di trigliceridi conseguenti ad una dieta ad alto indice e carico glicemico, sono fattori di rischio più forti per le malattie cardiovascolari nelle donne rispetto agli uomini, come anche rilevato da studi precedenti.

CIÒ SIGNIFICA CHE POTREBBERO ESSERCI DIFFERENZE TRA L'ASSORBIMENTO DI ZUCCHERI E GRASSI TRA UOMINI E DONNE?

- ❖ Infatti il metabolismo delle lipoproteine nelle donne è circa due volte più veloce che negli uomini, a causa di effetti di stimolazione da parte degli estrogeni nelle donne e di effetti inibitori da parte degli androgeni negli uomini. In questa coorte italiana, quindi, il fatto che gli effetti negativi di una dieta ad alto glicemico siano stati rilevati solo nelle donne potrebbe essere spiegato dall'influenza dei fattori legati al metabolismo delle lipoproteine e del glucosio. Sono dunque necessari degli studi prospettici su campione di dimensioni più grandi e con sufficientemente lungo follow-up, per verificare la mancanza di associazione di dieta ad alto indice glicemico con la malattia cardiovascolare negli uomini.

ESISTE UN RAPPORTO ANCHE TRA DIETA CON ALTO INDICE GLICEMICO E AUMENTO DEL RISCHIO PER IL CANCRO DELLA MAMMELLA?

- ❖ L'ipotesi che una dieta ricca di carboidrati - con conseguente aumento della glicemia e di conseguenza dell'insulina nel sangue - possa aumentare il rischio di cancro al seno risale agli anni novanta e si ipotizza che il meccanismo passi attraverso il fattore di crescita dell'insulina (IGF-1). Lo studio italiano EPIC, che ha studiato la relazione tra dieta ad elevato carico glicemico e l'insorgenza del tumore della mammella su un campione di 32000 donne (di cui 879 hanno sviluppato un tumore della mammella), supporta l'ipotesi che una dieta ad alto carico glicemico sia associata a un aumento del rischio di cancro della mammella.

Diete ad elevato carico glicemico sono associate ad alti livelli di insulina nel sangue.

L'insulina può influenzare lo sviluppo del tumore attraverso alterazioni del metabolismo degli ormoni sessuali e aumentando la bioattività dell'IGF-1 (in parte riducendo i livelli della proteina legante IGF-1).

Inoltre, l'insulina potrebbe anche aumentare il rischio tumore della mammella indipendentemente dal suo effetto sugli ormoni, in quanto ha un effetto diretto mitogeno sulle cellule epiteliali mammarie. Infine, elevati livelli di insulina cronici sono un marcatore di insulino-resistenza, sindrome metabolica e, quindi, diabete di tipo 2, ognuno dei quali sono stati trovati associati con un rischio significativamente aumentato di cancro del seno.

VI SONO DUNQUE FATTORI DI RISCHIO COMUNI TRA CANCRO DELLA MAMMELLA, DIABETE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI?

- ❖ Gli aspetti dell'alimentazione che favoriscono le alterazioni ormonali associate al cancro della mammella sono gli stessi che favoriscono la sindrome metabolica associata al diabete e alle malattie cardiovascolari, definita convenzionalmente dalla presenza di tre o più dei seguenti fattori: iperglicemia, ipertrigliceridemia, bassi livelli di colesterolo HDL, ipertensione e adiposità addominale.

Le stesse raccomandazioni valgono verosimilmente per la prevenzione dei tumori in generale, in quanto alterazioni del sistema insulina/IGF sono state riscontrate associate ad altri tipi di tumore (intestino, ovaio, prostata), e lo stile alimentare che le favorisce è lo stesso che promuove lo sviluppo di altre malattie croniche prevalenti nel mondo occidentale, in particolare il diabete e le malattie cardiovascolari.

QUALI SONO I CONSIGLI CHE POSSIAMO DARE PER ALIMENTARCI NEL MIGLIORE DEI MODI SENZA PENALIZZARE TROPPO IL PALATO?

- ❖ Dai risultati del nostro studio emerge che l'effetto negativo sulle malattie cardiovascolari e il tumore della mammella sia conferito non da una dieta ricca in carboidrati ma ricca in carboidrati rapidamente assorbiti quindi il consiglio è quello di prediligere gli alimenti a più basso indice glicemico.

Inoltre è meglio limitare il consumo di alimenti ad alta densità calorica (i cibi industrialmente raffinati, precotti e preconfezionati, che contengono elevate quantità di zucchero ma anche di grassi) ed evitare il consumo di bevande zuccherate.

È importante notare la differenza tra "limitare" ed "evitare".

Se occasionalmente si può mangiare un cibo molto grasso o zuccherato, ma mai quotidianamente, l'uso di bevande gassate e zuccherate è invece da evitare, anche perché forniscono abbondanti calorie senza aumentare il senso di sazietà.

Infine è consigliabile prediligere alimenti di origine vegetale, cereali non industrialmente raffinati e legumi in ogni pasto e un'ampia varietà di verdure non amidacee (non le patate) e di frutta.

CI VUOLE UNA ATTENZIONE PARTICOLARE NELLA ALIMENTAZIONE DEI BAMBINI? QUALI RISCHI COMPORTA UNA DIETA AD ALTO INDICE GLICEMICO IN ETÀ INFANTILE?

- ❖ Purtroppo la realtà di oggi ci indica la crescente presenza nei bambini di abitudini alimentari scorrette e di sovrappeso, derivante da scelte alimentari sbagliate e da una eccessiva sedentarietà. Tutto questo è molto preoccupante sul piano della salute, sia perché pone la base per una più facile

obesità da adulti, sia perché facilita la successiva comparsa di molte malattie di tipo cronico - degenerativo tipiche della nostra epoca.

Un recente studio italiano ha evidenziato come ci sia un'associazione diretta tra dieta ad alto indice glicemico e un'aumentata circonferenza vita nei bambini. L'assunzione di una dieta ad alto indice glicemico può provocare una sequenza di eventi ormonali che possono provocare una perturbazione dell'omeostasi del glucosio. I carboidrati ad alto indice glicemico vengono rapidamente digeriti, assorbiti e trasformati in glucosio. E se da una parte questi processi causano rapidi ma transitori aumenti della glicemia e dell'insulina, la rapida caduta dell'escursione del glucosio è spesso associato ad un ridotto senso di sazietà ed ad un rapido ritorno della sensazione di fame inducendo un aumentato introito calorico. Al contrario, una dieta a basso indice glicemico diminuisce nel sangue il glucosio e il picco dell'insulina, promuovendo una maggiore ossidazione dei grassi, una diminuzione della lipogenesi e aumenta la sazietà.

E NELLA TERZA ETÀ QUALI SONO I CONSIGLI DA SEGUIRE? SUL CONSUMO DI ZUCCHERI INFLUISCE POSITIVAMENTE L'ATTIVITÀ FISICA? POSSIAMO CONSIGLIARE DI SVOLGERE UNA COSTANTE E MODERATA ATTIVITÀ FISICA?

- ❖ L'alimentazione nella terza età non differisce qualitativamente da quella dell'adulto, anche se il bisogno in energia diminuisce. Il mantenimento delle abitudini precedenti, unito al declino dell'attività fisica, sono i motivi principali per cui proprio nella terza età si ha un tasso di sovrappeso e di obesità particolarmente elevato.

L'esercizio fisico è molto importante perché promuove cambiamenti positivi nella composizione del corpo e migliora la sensibilità insulinica.

La sedentarietà abituale, oltre a rappresentare un fattore predisponente all'obesità, coinvolge anche altri aspetti della salute rappresentando un fattore di rischio per la cardiopatia coronarica, il diabete e il tumore del colon.

I bambini che si mantengono attivi durante tutto il periodo della crescita avranno, da adulti, uno scheletro più robusto e, da anziani, saranno più difficilmente soggetti a fratture osteoporotiche.

Il Dipartimento del Cuore dell'ospedale dell'Angelo a Mestre

Interventi in emergenza entro un'ora per salvare centinaia di vite

di Nicoletta Benatelli

Un dolore lancinante al petto che si irradia in tutto il torace, fin sulla spalla sinistra ed impedisce di respirare. Un dolore che porta sull'orlo dell'abisso nero, ad un passo dalla morte. Un infarto.

La telefonata al 118, la corsa in ambulanza. All'arrivo in ospedale l'intervento immediato di angioplastica o l'intervento chirurgico nei casi più complessi.

Poi, miracolosamente, la vita ricomincia. Si ritorna in famiglia, a frequentare gli amici, al lavoro. Con la certezza che si ha davanti una seconda vita, possibilmente diversa, dopo l'infarto. Perché nella maggior parte dei casi è richiesta al paziente una vera "conversione", un cambiamento radicale dello stile di vita che si attua in una costante e moderata attività fisica, una dieta povera di grassi e di zuccheri, una riduzione dei fattori di stress.

A salvare la vita a centinaia di persone ogni anno per accidenti cardiovascolari acuti di diversa tipologia è il Dipartimento Cardio Toraco Vascolare dell'ospedale dell'Angelo di Mestre, che – sotto la direzione del dottor **Vittorio Dorrucchi** - comprende circa 150 operatori tra medici, infermieri e personale specializzato di Cardiologia con Unità Coronarica ed Emodinamica, Chirurgia Vascolare e Cardiochirurgia.

Una vera task force che fa dell'ospedale dell'Angelo, un centro di alta specializzazione, polo di riferimento per la provincia di Venezia, e che oggi punta anche molto sulla prevenzione.

Circa il 70 per cento degli accidenti cardiovascolari acuti è dovuto infatti a noti fattori di rischio: ipertensione arteriosa, fumo, alimentazione a base di grassi e zuccheri, obesità e sovrappeso, sedentarietà, ecc.

Ma si sta delineando anche un nuovo, e forse ancora più pericoloso, nemico: lo stress prolungato o acuto che, con scariche frequenti ed elevate di adrenalina (il principale mediatore chimico dello stress), mette a repentaglio il nostro cuore, producendo infarti anche in chi non presenta i normali fattori di rischio.

La prima Giornata del Cuore, promossa dalla Cardiologia dell'ospedale dell'Angelo in collaborazione con l'associazione Amici del Cuore, lo scorso 17 febbraio, ha avuto un grande successo: 260 persone hanno avuto accesso diretto e gratuito agli ambulatori con una valutazione completa ed individualizzata del proprio rischio cardiovascolare.

Per la cittadinanza il messaggio è chiaro: "la prevenzione – ha precisato **Onofrio Lamanna**, direttore dell'ospedale dell'Angelo - è la scommessa da vincere grazie alla diffusione di corretti stili di vita e a una maggiore responsabilità rispetto alla propria salute".

NEL 2011 SONO STATI TRATTATI 260 INFARTI GRAVI

“Nel 2011 gli infarti “stemi” (che coinvolgono il muscolo cardiaco a tutto spessore; ndr) trattati dalla nostra équipe sono stati ben 260 su un bacino di utenza provinciale di 800.000 persone – spiega Fausto Rigo, direttore facente funzioni di Cardiologia dell'ospedale dell'Angelo. - Abbiamo verificato che i nostri interventi sono tempestivi perché nella maggioranza dei casi si realizzano entro un'ora dall'esordio dell'emergenza, cioè ben al di sotto dei 90 minuti d'oro entro i quali un intervento appropriato è in grado di salvare la vita alla persona”.

“Salvare una vita è possibile grazie ad un lavoro di squadra che parte dagli operatori del SUEM 118, addestrati alle emergenze e presenti sulle ambulanze in terraferma e sulle idroambulanze in laguna e coinvolge poi medici, infermieri, personale specializzato finanche gli operatori socio sanitari di: Cardiologia con Emodinamica e Unità Coronarica, Chirurgia Vascolare e Cardiochirurgia – sostiene Vittorio Dorrucchi, direttore Dipartimento cardio toraco vascolare dell'ospedale dell'Angelo. - In situazioni di grave emergenza, in cui non c'è tempo da perdere, perché ogni secondo è prezioso, le decisioni appropriate devono essere prese nell'immediatezza e con la collaborazione di tutto il personale”.

NEGLI ULTIMI QUINDICI ANNI, DIMEZZATA LA MORTALITÀ PER INFARTO

“Negli ultimi quindici anni, la mortalità per infarto si è dimezzata e si aggira ora attorno al 5, 6 per cento secondo i dati forniti dalla Regione Veneto - sottolinea Guerrino Zuin, dirigente Terapia intensiva cardiologica dell'ospedale dell'Angelo. - Basti pensare che negli anni Sessanta, se il paziente sopravviveva ad un infarto al miocardio, la terapia era solo farmacologica e si attendeva la cicatrizzazione naturale della lesione che avrebbe comunque compromesso per sempre una parte del muscolo cardiaco. Oggi siamo lontani anni luce da allora”.

La chiave che permette di salvare vite umane è intervenire il più in fretta possibile nel modo più efficiente ed efficace possibile. Il Dipartimento cardio toraco vascolare dell'ospedale dell'Angelo non si ferma mai, è attivo 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

DALL'EMERGENZA ALL'INTERVENTO DI ANGIOPLASTICA: UN'ORA D'ORO

Un esempio? Come si interviene nel caso di una persona colpita da infarto nell'isola di Pellestrina, ben lontana dall'ospedale dell'Angelo? La collaborazione con il SUEM 118 è fondamentale perché sono proprio questi operatori ad intervenire per primi ed è, in questo caso, dalla idroambulanza (o dall'ambulanza nei casi che si verificano in terraferma) che parte l'allarme e viene inviato l'elettrocardiogramma del paziente in Unità Coronarica, dove viene fatta una prima diagnosi ed inizia la mobilitazione di medici e personale specializzato di turno.

Il paziente, una volta arrivato all'ospedale dell'Angelo, viene rivalutato da parte dei medici di Emodinamica e Unità Coronarica che decidono, anche grazie all'esito della angiografia, se si deve operare con un intervento di angioplastica (rimuovendo il coagulo che ostruisce l'arteria) in anestesia locale o con un intervento più complesso in anestesia generale.

“Nella media si è visto che, dal momento in cui scatta l'emergenza fino al momento dell'intervento, il tempo impiegato è nel 70 per cento dei casi inferiore a 90 minuti – specifica Giuseppe Grassi, responsabile Laboratorio Emodinamica - anche per i pazienti che vengono dalle isole della laguna di Venezia o da altre zone della provincia come San Donà e

Portogruaro”.

Nel caso degli spostamenti in laguna l'approdo dell'idroambulanza è a piazzale Roma o in Punta san Giuliano, dove il paziente viene preso poi in carico da una ambulanza della terraferma.

LE MALATTIE CARDIOVASCOLARI SONO LA PRIMA CAUSA DI MORTE

Nei paesi più industrializzati le malattie cardiovascolari rappresentano comunque ancora con circa il 48 per cento la prima causa di morte, soprattutto per le persone di età superiore ai 55 anni. Per il 70 per cento dei casi la causa della malattia è dovuta a fattori di rischio noti: ipertensione arteriosa, obesità e sovrappeso, aumento dei livelli di glicemia, colesterolo e trigliceridi nel sangue, mancanza di attività fisica regolare, fumo, ma anche lo stress gioca un ruolo sempre più importante nella frenetica società attuale.

Questi fattori di rischio sono ormai diffusi tra la popolazione ed hanno portato anche tra le donne, dopo i 55 anni, nella postmenopausa, la stessa incidenza di malattia manifestata tra gli uomini.

Va ricordato che la mortalità globale per malattie cardiovascolari è quasi doppia rispetto alla mortalità per cancro.

INFARTO, ANGIOPLASTICA O INTERVENTI PIÙ COMPLESSI

La causa principale dell'infarto è una placca ulcerata, ovvero un restringimento severo del vaso arterioso con un coagulo di sangue.

L'intervento di angioplastica, praticato nella maggioranza dei casi, prevede l'aspirazione del coagulo mediante l'introduzione di una sonda inserita all'altezza dell'arteria femorale ed in grado di arrivare fino al cuore, nel punto esatto in cui si è creata l'ostruzione.

Non sempre l'angioplastica però è possibile e nei casi più gravi è necessario un intervento più complesso anche di cardiocirurgia, un intervento cioè “a cuore aperto” con circolazione extracorporea.

L'EXPERTISE DEGLI OPERATORI DI UN POLO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

“In generale gli interventi a livello cardiaco sono praticati al millimetro di precisione, perciò richiedono grande expertise da parte di tutti gli operatori, medici ed infermieri e necessitano di una continua esercitazione – afferma Domenico Mangino, direttore facente funzioni di Cardiocirurgia. - Maggiore è il numero degli interventi effettuati infatti maggiori sono l'esperienza e l'abilità maturata. Questo è il valore aggiunto dei poli di alta specializzazione. Nello specifico per gli interventi di cardiocirurgia in sala operatoria si deve contare su un primo operatore medico, un secondo operatore medico, un perfusionista (esperto della circolazione extracorporea; ndr) e due infermieri strumentisti”.

UNA SFIDA NELLA SFIDA: LA LOTTA CONTRO IL DOLORE INUTILE

“L'équipe del cuore – ricorda infine Onofrio Lamanna, direttore dell'ospedale dell'Angelo – opera non solo utilizzando i farmaci specifici previsti dai protocolli per i vari tipi di intervento, ma anche con particolare attenzione al controllo di quello che possiamo definire il “dolore inutile”. Un infarto infatti comporta un livello altissimo di dolore che va assolutamente controllato per poter intervenire efficacemente sul paziente. In tutti i reparti del nostro nosocomio comunque stiamo lavorando su questa linea di principio: ridurre il più possibile il dolore”.

LA GIORNATA DEL CUORE 260 CITTADINI MONITORATI

Per 49 persone il rischio è elevato

La prima edizione di Porte aperte in Cardiologia all'ospedale dell'Angelo si è tenuta il 17 febbraio scorso. L'iniziativa, mirata alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, è stata realizzata da Fausto Rigo, direttore facente funzioni di Cardiologia in collaborazione con tutto il suo staff – medici, infermieri, operatori sanitari, ecc. – ed insieme agli Amici del Cuore di Mestre. Visto il successo ottenuto, diventerà sicuramente un appuntamento fisso.

I cittadini – che si sono presentati spontaneamente, grazie all'informazione sull'iniziativa diffusa dai media – hanno avuto accesso gratuito e senza prenotazione agli ambulatori: in totale sono stati 259 di cui 130 donne (età media 59 anni) e 129 uomini (età media 63 anni).

In 198 persone è stato riscontrato un rischio medio e in 49 un rischio elevato.

Ecco i fattori di rischio riscontrati:

- ipertensione 53%
- alto tasso di colesterolo e trigliceridi nel sangue 46%
- sovrappeso 42%
- familiarità 38%
- fumo 29%.

All'80% delle persone è stato suggerito un cambiamento dello stile di vita (correzioni nell'alimentazione, eliminazione del fumo, aumento dell'attività fisica), al 43% è stata consigliata una terapia medica e al 27% l'esecuzione di esami.

Le raccomandazioni sono state date ai cittadini con il caldo invito a sottoporle al proprio medico di medicina generale.

Promotori della Giornata del Cuore sono stati:

Onofrio Lamanna, direttore ospedale dell'Angelo

Vittorio Dorrucchi, capo Dipartimento cardio-toraco-vascolare

Fausto Rigo, direttore facente funzioni Cardiologia

Guerrino Zuin, responsabile Unità coronarica

Giuseppe Grassi, responsabile Laboratorio Emodinamica

Domenico Mangino, direttore facente funzioni di Cardiocirurgia

Marilena Lazzarini, presidente associazione Amici del cuore

Cardiologia

1487 ricoveri e oltre 10mila prestazioni

I ricoveri in Cardiologia sono stati in totale 1487 nel 2011 con una degenza media di circa 7 giorni. A questi si sommano 334 ricoveri in Day Surgery.

Le prestazioni erogate negli ambulatori invece sono state 10246 in totale sempre nel 2011.

Le attività di **Elettrostimolazione** sono state in totale 385 nel 2011 di cui 279 inserimenti di pacemaker e 62 inserimenti di defibrillatori impiantabili per aritmie maligne.

Il laboratorio di **Elettrofisiologia** effettua complessivamente circa 300 procedure l'anno.

Nella **Unità di terapia intensiva cardiologica (Unità Coronarica)** i ricoveri complessivi sono stati 800 nel 2011 di cui 250 per "infarto stemi", 270 per "infarto non stemi ed angina instabile", 150 per scompenso cardiaco e 130 per altre patologie cardiovascolari acute (embolia polmonare, aritmie cardiache, osservazione post intervento cardiocirurgico, ecc): ben 240 i ricoveri totali da fuori Ulss 12. La aumentata complessità dei pazienti trattati ha richiesto l'uso della contro-pulsazione aortica in 106 pazienti, l'uso della ventilazione meccanica in 120 pazienti e l'uso della emodialisi in 46 pazienti.

Al **Laboratorio di Emodinamica** le procedure totali sono state 1735 nel 2011 di cui 748 angioplastiche coronariche (ben 220 le angioplastiche in emergenza).

*I dati sono a cura di **Fausto Rigo**, direttore facente funzioni di Cardiologia e dei dottori **Giuseppe Grassi**, responsabile del Laboratorio di Emodinamica, e **Guerrino Zuin**, responsabile di Unità Coronarica*

Chirurgia Vascolare ed Endovascolare

600 interventi l'anno, centro d'eccellenza per il piede diabetico

Nel reparto di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare l'attività clinica svolta comprende la diagnosi e la terapia delle patologie chirurgiche vascolari arteriose e venose:

- aneurismi dell'aorta toracica ed addominale
- occlusione delle arterie periferiche degli arti inferiori
- stenosi della carotide anche in pazienti colpiti da ictus cerebrale
- ischemie acute e croniche degli arti inferiori
- traumi vascolari
- chirurgia endovascolare del piede diabetico
- chirurgia delle malattie venose degli arti inferiori.

Tutti i trattamenti vengono eseguiti con la terapia chirurgica tradizionale o con quella mini-invasiva endovascolare. Centro d'eccellenza per la gestione dell'arteriopatia ischemica cronica degli arti inferiori e del piede diabetico, risulta uno tra i tre centri italiani ad utilizzare il laser ad eccimeri per la disostruzione arteriosa delle arterie nei pazienti diabetici.

Anche nel trattamento delle varici degli arti inferiori utilizza la termo ablazione con laser in anestesia locale per ridurre al minimo la degenza (2 ore) ed i disturbi post trattamento.

La struttura garantisce inoltre l'effettuazione di ecografie ed Eco color Doppler dei tronchi sovraaortici, arterie periferiche, aorta e distretti venosi e collabora con l'Angiologia dell'Azienda Ospedaliera per il trattamento delle trombosi venose degli arti inferiori, il piede diabetico e le lesioni ulcerative.

Garantisce le urgenze del 118 e dell'area vasta veneziana 24 ore al giorno svolgendo mediamente 600 interventi tra chirurgia vascolare maggiore e flebologica l'anno; è garantita una presenza settimanale all'ospedale civile di Venezia per espletare visite di consulenza per i ricoverati, per le prenotazioni CUP e per l'assistenza tecnica richiesta dai colleghi di vari reparti in sala operatoria.

*I dati sono a cura di **Vittorio Dorrucchi**, direttore Dipartimento cardio toraco vascolare*



Cardiologia Oltre 600 interventi “ a cuore aperto” di cui 228 in urgenza e 60 in emergenza

La Unità Operativa di Cardiologia eroga tutte le prestazioni chirurgiche ed

assistenziali per le cardiopatie operabili dell'adulto, con eccezione del trapianto cardiaco:

-rivascolarizzazione miocardica

-ricostruzioni e sostituzioni valvolari

-procedure sull'aorta toracica

-interventi per patologie congenite che si manifestino in età adulta

-altre patologie cardiache suscettibili di procedura cardiologica (neoplasie, patologie degenerative o infiammatorie).

Competenze specifiche sono state sviluppate nel campo della ricostruzione valvolare mitralica. Circa il 70% delle procedure mitraliche si effettua con la riparazione della valvola e non con la sua sostituzione.

Nel 2011 è stato implementato l'approccio mini-invasivo per le procedure mitraliche e circa il 40% delle riparazioni e/o sostituzioni valvolari mitraliche è stato effettuato con toracotomia (piccolo taglio sul torace sotto la mammella) e non più in sternotomia (aprendo tutto il torace).

In Cardiologia all'ospedale dell'Angelo si effettuano anche l'impianto di valvole aortiche transcater e il trattamento della fibrillazione atriale "isolata" (effettuata da soli pochissimi centri in Italia).

Nel 2011 complessivamente gli interventi a “cuore aperto” con circolazione extracorporea sono stati oltre 600 di cui 320 programmati, 228 in urgenza e 60 in emergenza.

La mortalità attesa era dell'8,9 per cento circa, la mortalità effettiva è stata del 2,8 per cento.

*I dati sono a cura di **Domenico Mangino**, direttore facente funzioni di Cardiologia*

per informazioni

■ sito internet azienda Ulss 12 veneziana
www.ulss12.ve.it

■ associazione Amici del cuore di Mestre
email amicidelcuoremestre@gmail.com
tel. 041 5347054

Presidente Marilena Lazzarini

Diabete mellito di tipo 2**L'empowerment
del paziente**

a cura di **Giulio Bergamasco**
presidente Società italiana di Medicina Generale di Venezia

Il diabete mellito, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), rientra tra le prime 10 cause di morte nella popolazione generale. L'Annuario Statistico Istat 2010 indica una prevalenza di diabete nella popolazione italiana pari al 4,9%, ossia risultano ammalati 2.960.000 individui (5,2% delle donne e il 4,5% degli uomini).

Di per sé questo dato non colpisce particolarmente, se non fosse per il fatto che questa malattia si contraddistingue per l'alta proporzione di invalidi civili.

La malattia diabetica, specie nelle società evolute, rappresenta una forte preoccupazione economica per i costi in crescendo attribuibili al paziente diabetico durante la sua vita.

IL DIABETE COLPISCE DI PIÙ IL SUD D'ITALIA - IN EUROPA 52 MILIONI DI MALATI

Se ciò non bastasse, lo Studio Passi, oltre a confermare nella sostanza i dati Istat, sottolinea l'esistenza di un gradiente Nord-Sud: ci si ammala meno di diabete nella Provincia Autonoma di Trento e Bolzano (2%) e di più in Basilicata (8%).

I dati europei parlano di 52 milioni di persone affette da diabete mellito; in alcune regioni continentali l'incidenza sfiorerebbe il 10-14%, anche se questo dato è sicuramente correlato all'aumentata percentuale di soggetti anziani in certe aree rispetto ad altre.

SECONDO L'OMS NEL MONDO 346 MILIONI DI PERSONE AFFETTE DA DIABETE

Vedremo più avanti come quest'ultimo dato sia di estrema utilità analitica. Ancora l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nel mondo vi siano 346 milioni di persone affette da diabete e che occorra considerare che le morti correlate a questa patologia siano destinate a crescere tra il 2005 ed il 2030.

NEL 90 PER CENTO DEI CASI SI TRATTA DI DIABETE TIPO II CHE COMPARE DOPO I 50 ANNI

Il 90% dei casi di diabete sono attribuibili al diabete tipo II che compare solitamente dopo i 50 anni; il 10% dei restanti casi è attribuibile al diabete tipo I che compare in età giovanile. Il diabete di tipo II si associa spesso ad elevati livelli pressori e ad aumento del colesterolo nel sangue e questo complica ancora di più le cose perché viene facilitato il fenomeno di ostruzione delle arterie ("aterogenesi") che rappresenta la complicanza più comune e causa di gravità della malattia diabetica.

UNA MALATTIA COMPLESSA CHE RICHIEDE UNA POLITERAPIA

Considerata nel suo insieme, la malattia diabetica è una patologia particolarmente complessa perché dal momento della diagnosi richiede spesso la prescrizione medica di una politerapia (farmaci per abbassare i livelli di zucchero nel sangue, farmaci per la pressione, farmaci per abbassare il colesterolo) unitamente al counselling sul paziente per insegnargli a modificare stili di vita particolarmente nocivi come la sedentarietà, il fumo e un'alimentazione troppo ricca di grassi e di zuccheri.

I dati statistici ci dicono che nella popolazione assistita da un medico di medicina generale, il paziente diabetico di tipo II è un grande consumatore di farmaci. Seguire un paziente diabetico è molto dispendioso in termini di tempo e di denaro, perché la sua è una malattia cronica e quindi durerà per tutta l'esistenza residua; questa malattia richiede controlli periodici ogni quattro mesi. Per i medici di medicina generale è diffusa la sensazione che molti pazienti diabetici non siano sufficientemente istruiti e coinvolti sulla gestione della propria malattia.

NECESSARIA UNA BUONA GESTIONE DELLA MALATTIA DA PARTE ANCHE DEL PAZIENTE

Una cattiva gestione della malattia produce un peggioramento della stessa e l'insorgere di patologie secondarie che coinvolgono soprattutto le arterie, potendo verificarsi danni vascolari cerebrali, cardiaci e delle arterie periferiche (le cosiddette macroangiopatie) o la comparsa di retinopatia diabetica, coinvolgimento del rene, degenerazione dei nervi periferici (microangiopatie). La prevalenza di queste complicanze è tutt'altro che raro; si pensi che, al momento della diagnosi, non è raro riscontrare una retinopatia in atto e la retinopatia non trattata porta a cecità.

SEMPRE PIÙ ANZIANI, SEMPRE PIÙ MALATI

Secondo le proiezioni Istat per il 2065, un terzo degli italiani avrà più di 65 anni.

Nei prossimi 50 anni questa fetta di popolazione dovrà confrontarsi con gravi problemi di gestione della salute e di costi, considerato il fatto che la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale non è eterna e richiede sempre di più grandi allocazioni di risorse.

IN CENTRO STORICO IL 40 PER CENTO DEI PAZIENTI HA PIÙ DI 65 ANNI

La riflessione su questi dati ci preoccupa come medici e come cittadini e rende ragione della necessità di coinvolgere la popolazione nella gestione delle patologie croniche più comuni. Credere che ci sia sufficiente tempo per risolvere questo problema è profondamente sbagliato, perché nella realtà della nostra città i numeri parlano da soli. La percentuale di pazienti ultra65enni assistiti dai medici di Venezia Centro Storico è di circa il 40%: nella nostra realtà il 2065 è già arrivato e superato! L'Organizzazione Mondiale della Sanità ci avverte che nel 2030 i casi di diabete potrebbero raddoppiare senza un intervento appropriato. Ma qual'è l'intervento appropriato?

L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE

Tutti i modelli moderni di patient management nella cura delle malattie croniche, ed in particolar modo del diabete, si basano sul coinvolgimento attivo del paziente alla gestione della propria malattia, azione questa che prende il nome di empowerment. L'empowerment rappresenta un modello gestionale condiviso e raccomandato a livello internazionale. Il paziente empowered "è una persona che comprende e sceglie, controlla l'ambiente in cui interagisce e si rapporta produttivamente con tutti gli altri soggetti, pianifica per il futuro, è il proprio case manager, è un self care giver, un manager dei propri stili di vita, protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere che interagisce in forma proattiva" [Poletti, 2005].

LA GESTIONE INTEGRATA DELLA MALATTIA

Il coinvolgimento del paziente nella gestione della propria malattia può essere attuato mettendo in atto la gestione integrata della patologia, utilizzando le risorse territoriali ed ospedaliere necessarie, ma ponendo il paziente al centro del sistema. L'analisi dei medici della Società italiana di Medicina Generale e del progetto COMEFARE

I medici di Medicina Generale di Venezia aderenti alla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) il problema se lo sono posto analizzando dettagliatamente i dati di prevalenza della malattia diabetica. Attingendo ai dati del Progetto CO.ME.FA.RE. (COmune e MEDici di FAMiglia in REte) è stata rilevata l'incidenza delle principali patologie croniche sulla popolazione veneziana.



IN UN CAMPIONE DI 18 MILA ASSISTITI, TRA IL 7 ED IL 10 PER CENTO L'INCIDENZA DEL DIABETE

I dati, aggiornati ogni anno e trasmessi al Comune di Venezia, si riferiscono ad un campione di più di 18.000 assistiti di Venezia e Mestre. In questo campione, che rappresenta il totale degli assistiti di 14 medici di medicina generale aderenti al Progetto, la percentuale media di pazienti diabetici, all'ultimo rilevamento del 2011, superava il 7% ed in alcune realtà territoriali oltrepassava il 10%. Questi dati ovviamente risentono dell'età avanzata della nostra popolazione cittadina. Il problema gestionale tuttavia rimane.

UN GAP TRA QUANTO RACCOMANDATO E QUANTO SI FA IN CONCRETO PER LA CURA DEI PAZIENTI DIABETICI

Lo studio Quadri ha analizzato la qualità dell'assistenza al paziente diabetico ed ha dimostrato come la situazione italiana nel suo complesso sia ancora lontana dal raggiungimento di un alto livello di qualità; si pensi soltanto al fatto che il 76% dei pazienti intervistati presentava almeno uno dei fattori di rischio (ipertensione, obesità, ipercolesterolemia); il 20% dei soggetti aveva subito un ricovero ospedaliero nell'anno precedente all'intervista. Il 54% di questi pazienti ammetteva di essere iperteso ma il 14% non era in terapia farmacologica.

Molti studi sottolineano il gap esistente tra quanto raccomandato dalle linee guida per la gestione della malattia diabetica e quanto in realtà viene fatto nell'assistenza erogata.

I PIANI REGIONALI PER IL CONTENIMENTO DELLE COMPLICANZE

Questa preoccupazione è stata fatta propria dal Ministero della Salute con il Piano Sanitario 2003-2005 e successivamente fino al Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007 e con la realizzazione di piani regionali finalizzati al contenimento delle complicanze; questo intento si può realizzare grazie all'adozione di programmi di "disease management" ovvero la gestione integrata della malattia che prevede la partecipazione attiva del paziente.

NEL 2006 NASCE IL PROGETTO IGEA (INTEGRAZIONE, GESTIONE E ASSISTENZA PER LA MALATTIA DIABETICA)

L'aspetto pratico di questo modello si è concretizzato con l'istituzione nel 2006 del Progetto Igea (Integrazione, Gestione E Assistenza per la malattia diabetica), nato dal rapporto collaborativo tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM); il Progetto Igea è nato con l'obiettivo di migliorare i percorsi diagnostico-terapeutici in tutte le malattie croniche, ed in particolare nel diabete, collocando il paziente al centro dell'organizzazione assistenziale e non più, com'era prima, ponendo il sistema come perno del servizio assistenziale.

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO IGEA

Questa nuova concezione del modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi:

- Garantire interventi che fossero efficaci a tutti i pazienti diabetici
- Fare in modo che gli interventi fossero conformi alla medicina basata sulle prove di efficacia
- Disporre di un sistema di valutazione della qualità delle cure e del miglioramento degli esiti
- Omogeneizzare, seppur gradualmente, questo modello assistenziale su tutto il territorio Nazionale.

IL 30 PER CENTO DEI PAZIENTI VISITATI GRATUITAMENTE AL DI FUORI DEL NORMALE ORARIO DI AMBULATORIO

Da queste considerazioni è nato un progetto di "disease management" diabetologico da adattare alla nostra realtà cittadina. Avevamo inoltre capito da subito che non potevamo estendere il modello a tutti i nostri pazienti diabetici perché avremmo dovuto affrontare una mole di lavoro incompatibile con il normale assetto dei nostri ambulatori; decidemmo pertanto di testare il modello soltanto sul 30% dei pazienti con diabete di tipo II, utilizzando un sistema di ricevimento basato sulla medicina di iniziativa, ossia visitando i pazienti gratuitamente al di fuori del normale orario di lavoro con ricezione su appuntamento.

UNA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA PER IL PAZIENTE DIABETICO

La gestione del paziente è governata dagli strumenti offerti dal software professionale MilleWin della Dedalus, che consente di utilizzare i PDT (Protocolli Diagnostico Terapeutici), una sintesi delle migliori evidenze scientifiche per la gestione cronologica del diabete.

Con questo strumento il paziente ha la garanzia di ricevere le migliori cure possibili durante tutto l'iter della malattia. Con l'utilizzo dei PDT ogni passaggio viene registrato in automatico all'interno della cartella clinica informatizzata del paziente: in questo modo tutte le azioni analitiche e prescrittive sul paziente divengono tracciabili e confrontabili in qualsiasi momento. Recentemente questo strumento è stato implementato da una risorsa che consente di restituire al paziente un report che ne facilita l'empowerment: ad ogni visita è possibile la stampa di un promemoria che elenca tutte le prossime scadenze di esami a cui il paziente deve sottoporsi; in questo modo ogni soggetto diventa parte attiva nel richiedere autonomamente le prescrizioni che gli sono necessarie.

NEL 2010 NASCE IL PROGETTO GEDEONE IN COLLABORAZIONE CON IL CENTRO DIABETOLOGICO DELL'OSPEDALE CIVILE DI VENEZIA

Nel 2010, grazie alla collaborazione del Centro Diabetologico dell'Ospedale Civile di Venezia (CAD), è nato il Progetto GEDEONE (GEstione Integrata del Diabete tipo 2 Ed Ottimizzazione di un NEtwork). Questo progetto doveva rispondere ad una domanda: è possibile la gestione integrata dei pazienti affetti da diabete di tipo 2 nell'ambito della nostra realtà cittadina? Grazie al sostegno non condizionato di una azienda farmaceutica, il progetto prevede l'arruolamento del 30% dei pazienti diabetici in carico ad ogni medico di medicina generale; quest'ultimo riceveva il consenso informato scritto del paziente e convocava periodicamente lo stesso, all'incirca ogni 4 mesi, per sottoporlo ai controlli previsti.

Una volta all'anno il paziente arruolato veniva inviato al Centro Diabetologico per il rilascio dell'esenzione per patologia e per eseguire una prima valutazione clinica ed un primo counselling educativo sulla malattia. Successivamente il paziente veniva riaffidato alle cure del curante per la prosecuzione dell'iter diagnostico-terapeutico e per garantire il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal protocollo collaborativo ospedale-territorio precedentemente stilato. La struttura di tutto l'apparato assistenziale prendeva spunto dalle numerose raccomandazioni e criticità dichiarate dal progetto Igea. Tra queste figuravano raccomandazioni scaturite dall'analisi della letteratura scientifica, spesso disattese. In particolare erano fortemente sollecitate la riduzione del tasso di colesterolo nel sangue e la riduzione della pressione arteriosa, azioni queste che però avevano un esito non ottimale nelle popolazioni studiate. Anche la prevenzione della retinopatia diabetica, attuabile attraverso la prescrizione ogni due anni di un esame del fondo dell'occhio, la modifica degli stili di vita (fumo, sovrappeso, educazione alimentare) ed il sistematico esame del piede per la prevenzione del piede diabetico, venivano attuate molto meno di quanto dovuto (fig. 1).

Negli adulti con DM2 è raccomandato:	Forza della raccomandazione	Esiti	Parametri di monitoraggio	Frequenza di rilevazione
Trattamento intensivo: ottimizzazione dell'HBA1C	FORTE	BASSA	• misurazione di HBA1C • microalbuminuria	Ogni 3-4 mesi (Annuale se in buon compenso) Annuale
Riduzione del COLESTEROLO totale	FORTE	MODERATA	Determinazione di: ASSETTO LIPIDICO COMPLETO	Annuale
Riduzione della PAO	FORTE	MODERATA	Misurazione pressione	Ogni 3-4 mesi
EO piede	FORTE	MOLTO BASSA	Valutazione EO piede	Annuale
Prevenzione retinopatia	FORTE	MOLTO BASSA	Esame del fundus	Alla diagnosi e ogni 2 anni
Modifica stili di vita	FORTE	MOLTO BASSA	BMI + circonferenza vita	Semestrale

Figura 1 - Le raccomandazioni del Progetto Igea per ridurre le complicanze nel paziente con diabete mellito tipo 2

L'IMPEGNO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Il progetto GEDEONE, dal momento del suo avvio, ha perso il 50% dei 12 MMG ricercatori iniziali, motivo questo per cui si è ridotta drasticamente la popolazione studiata. L'organizzazione dell'ambulatorio dedicato per il diabete tipo 2 prevede, per un medico di medicina generale con una media di 1000 pazienti, un impegno settimanale di 1,86 ore. Ogni 4-6 mesi tutti i medici partecipanti si riunivano assieme ai medici del CAD per discutere e valutare le problematiche connesse allo sviluppo del progetto.

I DATI DEFINITIVI DEL PROGETTO GEDEONE ENTRO FINE 2012

Il termine del Progetto GEDEONE è previsto per la fine del 2012.

In quell'occasione avremo a disposizione i dati scaturiti dall'analisi dei database dei medici partecipanti.

L'analisi finale dei dati raccolti, considerato il breve periodo osservazionale, non ci consentiranno di valutare qualitativamente l'effetto dell'assistenza diabetologica integrata, ma ci offriranno un rilevamento quantitativo su quanto è stato fatto coinvolgendo il paziente per il raggiungimento degli obiettivi dei PDT. In particolare potremo rilevare i seguenti indicatori di processo:

- Numero di visite/anno (presso il CAD e presso il MMG)
- Numero di elettrocardiogrammi/anno prescritti
- Numero di fundus per paziente
- Numero di determinazioni di emoglobina glicata/anno
- Numero di determinazioni di microalbuminuria/anno
- Prescrizione di farmaci per il trattamento dell'aumento del colesterolo (statine)
- Numero di nuovi pazienti/anno.

PERCORSI CONDIVISI CON IL PAZIENTE

Per affrontare quelle che l'OMS definisce "le nuove epidemie" è necessario che i sistemi assistenziali evolvano verso nuovi modelli improntati a forme di assistenza multidimensionale basate sulla gestione proattiva; soltanto in questo modo sarà possibile rovesciare il concetto di "malattia organica" con quello di "malattia vissuta", di rinnovare il concetto di mantenimento e non solo di guarigione, costruendo percorsi assistenziali condivisi con il paziente e costruiti attorno ad esso. Soltanto se saremo capaci di costruire questi modelli, potremo affermare di aver cambiato la storia naturale di una malattia così diffusa e pericolosa.

Per informazioni

progetto Igea <http://www.epicentro.iss.it/igea/>

Epicentro portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica <http://www.epicentro.iss.it/problemi/diabete/Gmd2010.asp>

Diabete Italia <http://www.diabeteitalia.it/Default.aspx>

Diabete.Net Portale italiano sul diabete <http://www.diabete.net/>

Malattie cardiovascolari

L'esercizio fisico come prevenzione e cura

a cura di **Franco Giada, Federico Munarin, Rosario Conte, Riccardo Barison, Bruno De Piccoli**

Federazione Medico Sportiva italiana (FMSI), AMSD Veneziana

Gli stili di vita errati, in primis la sedentarietà, tipici dei paesi industrializzati ed il progressivo invecchiamento della nostra popolazione hanno comportato un aumento vertiginoso delle patologie cronico-degenerative, prime tra tutte quelle cardiovascolari, che risulta difficilmente sostenibile dal nostro sistema sanitario. Al fine di combattere quella che può essere definita come "l'epidemia del terzo millennio", diventa prioritario, pertanto, ricorrere ad adeguate misure preventivo-terapeutiche rivolte alla popolazione generale (prevenzione primaria) e a quella dei pazienti con malattie cardiovascolari (prevenzione secondaria). In questo ambito, l'esercizio fisico si propone come il mezzo preventivo-terapeutico probabilmente più interessante. Infatti, esso risulta al tempo stesso efficace, economico e con un accettabile margine di sicurezza.

Nei prossimi anni, perciò, la classe medica dovrà gioco forza affrontare da protagonista la sfida della sport-terapia, cioè occuparsi a pieno titolo della prescrizione medica dell'esercizio fisico. Nella presente rassegna verranno esaminati i principi della sport-terapia in campo cardiologico.

Dati epidemiologici, sperimentali e clinici dimostrano in modo inequivocabile gli effetti negativi della sedentarietà e gli effetti positivi di un programma di esercizio fisico, anche di intensità lieve-moderata, sulla prevenzione, terapia e riabilitazione delle malattie cardiovascolari (in particolare dell'aterosclerosi coronarica e degli altri distretti vascolari) e di altre gravi patologie ad esse correlate, quali diabete, obesità ed ipertensione.

Sulla base di tali ricerche, i cui risultati sono stati accettati

dalle più prestigiose società scientifiche internazionali, l'attività fisica viene attualmente proposta in tutti i programmi di prevenzione cardiovascolare, sia primaria che secondaria. A fronte di tale effetto positivo, però, essa comporta anche alcuni rischi, in particolare a carico dello stesso apparato cardiovascolare. L'esercizio fisico, infatti, può rappresentare il trigger di eventi acuti cardiovascolari, quali infarto miocardico, angina pectoris e morte improvvisa. L'attività fisica regolare, inoltre, soprattutto se caratterizzata da un elevato

impegno cardiovascolare, potenzialmente potrebbe essere responsabile di un'evoluzione sfavorevole del quadro clinico di alcune cardiopatie (quali la cardiomiopatia ipertrofica, la displasia aritmogena del ventricolo destro e talune valvulopatie) e patologie aritmiche (quali la fibrillazione atriale e la malattia del nodo del seno).

ATTENTA VALUTAZIONE MEDICA PRIMA DI INTRAPRENDERE L'ATTIVITÀ FISICA

Ogni individuo che si appresti ad iniziare un programma di esercizio fisico regolare, tanto più se in età adulta/senior, sedentario, già cardiopatico o con fattori di rischio cardiovascolare, dovrebbe pertanto essere sottoposto preventivamente ad un'attenta valutazione medica, con la raccolta e interpretazione critica di alcuni dati clinici (anamnesi, obiettività, pressione arteriosa, ECG a riposo, test ergometrico). È opinione comune, infatti, che attraverso un adeguato screening preventivo si possa ridurre la probabilità di eventi cardiovascolari avversi, in modo da godere dei benefici della attività fisica senza incorrere nei rischi ad essa associati.



L'OBIETTIVO DELLO SCREENING PREVENTIVO

Lo scopo principale dello screening preventivo, quindi, è verificare l'esistenza di cardiopatie clinicamente silenti nei soggetti apparentemente sani e di stratificare il rischio in quelli con cardiopatia accertata, attivando gli interventi terapeutici eventualmente necessari. Un efficace screening preventivo permette la prescrizione di un regime di allenamento adeguato in termini di sicurezza ed efficacia, senza privare il soggetto interessato dei benefici fisici e psicologici derivanti dal training. Infine, laddove il rischio appare più elevato, sarà possibile allontanare il soggetto dalla pratica dell'attività fisica.

LA PRESCRIZIONE DELLO SPORT COME TERAPIA NEI SOGGETTI SANI

Livelli di attività fisica ad intensità lieve-moderata (3-6 METs, cioè equivalenti metabolici) devono essere consigliati a tutta la popolazione generale sana come misura di prevenzione primaria e di miglioramento della qualità di vita.

Gli esercizi fisici devono essere di tipo aerobico e possibilmente ad impegno cardiovascolare costante, quali il cammino, la corsa o la bicicletta e vanno prescritti con questi riferimenti fondamentali (1-10): frequenza: 5-7 volte alla settimana; intensità: lieve – moderata (stimabile basandosi sulla frequenza cardiaca e sulla percezione soggettiva dello sforzo); durata: 30 minuti al giorno.

GLI ESERCIZI PER IL MANTENIMENTO DELLA FORZA MUSCOLARE

A queste attività vanno affiancati esercizi per il mantenimento della forza muscolare.

Vanno cioè eseguiti quotidianamente esercizi ginnici a corpo libero e/o con pesi leggeri, che coinvolgano le princi-

pali articolazioni e i principali gruppi muscolari degli arti e del tronco. Il rationale di integrare l'esercizio aerobico, che rimane sempre l'attività di base, con esercizi a prevalente componente muscolare, deriva dalla constatazione che la maggior parte delle attività umane è caratterizzata da un lavoro muscolare sia isometrico che isotonic. Il miglioramento della forza e del tono muscolare indotto dall'allenamento di potenza, favorisce le funzioni articolari concorrendo al senso di benessere dell'individuo, anche in funzione delle necessità quotidiane della vita lavorativa e sociale.

Il soggetto sano che frequenta una palestra per equilibrare il rapporto forza/resistenza, deve eseguire 13-15 ripetizioni per ogni serie di esercizi, utilizzando pesi leggeri e medi, corrispondenti cioè al 60-70% della massima contrazione volontaria (MCV). Infatti, le contrazioni delle catene muscolari con numerose ripetizioni favoriscono i fattori energetici e nel contempo determinano un allenamento della forza e resistenza muscolare. Gli esercizi vanno condotti con numero di ripetizioni e carichi progressivamente crescenti e non devono mai superare l'80% della MCV.

GLI ESERCIZI DI STRETCHING

Gli esercizi di stretching, usati nella fase di riscaldamento e defaticamento, servono per mantenere la flessibilità dei muscoli, a migliorare la funzione articolare e a favorire il passaggio dall'inattività all'attività impegnativa. Essi sono molto utili in età medio-avanzata e nei soggetti sedentari, in quanto favoriscono la coordinazione e facilitano l'esecuzione dei movimenti.

Attività fisiche e sportive di maggiore intensità sono invece necessarie per ottenere anche un miglioramento delle capacità prestantive. L'attività allenante deve essere di intensità medio-elevata (6-10 METs o oltre) e deve essere praticato per 2-3 volte la settimana. Il passaggio da attività lievi-moderate ad attività di intensità medio-elevata deve avvenire attraverso graduali e progressive fasi di allenamento.

LA PRESCRIZIONE DELLO SPORT COME TERAPIA NEL CARDIOPATICO



Quando si parla di attività fisica nel cardiopatico essa va intesa sempre e solo a scopo ricreativo o terapeutico, mai agonistico. Ciò che è richiesto al cardiopatico è di svolgere una certa quantità di lavoro fisico per ottenere, con il minor rischio possibile, un miglioramento della qualità di vita ed una miglior prognosi della propria malattia (1-10).

FATTORI NECESSARI PER LA SICUREZZA

Nel paziente con cardiopatia nota, al fine di aumentare il più possibile la sicurezza del training, la prescrizione dell'esercizio fisico dovrà tenere conto, oltre al tipo e intensità dell'esercizio, alla progressione dei carichi lavorativi e alla frequenza/durata delle sedute di allenamento, anche dei seguenti fattori:

- adeguata istruzione del paziente sull'autovalutazione dell'intensità dello sforzo (automisurazione della frequenza cardiaca e percezione soggettiva dello sforzo con la scala di Borg);

- adeguata istruzione del paziente sui sintomi di origine cardiovascolare (angor, palpitazioni, sincope, dispnea, deficit neurologici);
- adeguata istruzione del paziente sui principali fattori in grado di aumentare il dispendio energetico ed il rischio associato al training (temperature rigide, climi caldo-umidi, vestiario inadeguato, stati febbrili);
- adeguata istruzione del paziente sulle varie fasi della singola seduta di training (riscaldamento, fase di lavoro, defaticamento, recupero);
- interazione con le altre eventuali comorbidità del paziente (obesità, diabete, BPCO, patologie ortopediche);
- interazione tra esercizio fisico e terapia cardiovascolare pregressa e/o in atto (farmaci cardiovascolari, terapia anti-coagulante, protesi valvolari, interventi cardiocirurgici e altre procedure cardiologiche interventistiche, pacemaker e defibrillatori);
- specifiche precauzioni legate al tipo di patologia cardiovascolare del soggetto;
- grado di sorveglianza richiesta (training in ambiente ospedaliero e/o ambulatoriale monitorato, oppure domiciliare autogestito o in associazioni/palestre);
- tempistica del follow-up (il paziente deve essere valutato periodicamente per verificare la compliance al programma di esercizio fisico, il raggiungimento degli obiettivi preposti, i possibili effetti negativi e per riprogrammare il training in base ai miglioramenti ottenuti).

ATTIVITÀ PRESCRITTA COMMISURATA ALLE REALI POSSIBILITÀ DEL PAZIENTE

In ultima analisi, l'attività prescritta deve essere commisurata alle reali possibilità del singolo paziente, valutate mediante un'attenta analisi clinico-strumentale preliminare. L'esercizio fisico, inoltre, dovrà rispettare le seguenti caratteristiche:

- modularità: il carico lavorativo può cambiare di livello in modo preordinato;
- misurabilità: il carico lavorativo può essere misurato in modo semplice;
- scarsa componente tecnica: il gesto non deve comportare particolari difficoltà di esecuzione, le quali potrebbero determinare un dispendio energetico "extra" difficilmente quantificabile e rischi di tipo traumatologico;
- scarso impatto biomeccanico: gli esercizi non devono comportare sovraccarichi funzionali eccessivi per l'apparato locomotore.

ATTIVITÀ PREFERIBILI: MARCIA, CORSA, CICLISMO, NUOTO

Da questo punto di vista, le attività fisico-sportive ideali sono quelle aerobiche ad impegno cardiovascolare costante e ad intensità lieve-moderata, come la marcia, la corsa, il ciclismo, il nuoto.

Per ottenere il miglioramento dell'adattabilità cardiovascolare allo sforzo, l'esercizio fisico deve essere di intensità pari al 60-75% della capacità aerobica massima (VO₂ max). Questa corrisponde ad una frequenza cardiaca compresa

tra il 70 e 85% di quella raggiunta al massimo dell'esercizio durante la valutazione funzionale iniziale.

E' stato però dimostrato che effetti cardiovascolari benefici possono essere ottenuti anche con carichi lavorativi di minor intensità. Con lavori di intensità superiore all' 85 % della frequenza massima, invece, il rischio di complicanze cardiovascolari correlato all'esercizio fisico appare superare i benefici. Esercizi fisici ad intensità elevata (quali quelli associati alla pratica di veri e propri sport come la maratona) devono essere perciò prescritti solo in pazienti cardiopatici attentamente selezionati.

L'IMPORTANZA DEL LAVORO MUSCOLARE DI FORZA-RESISTENZA

Aggiornamenti in campo riabilitativo cardiologico hanno introdotto, accanto alla tradizionale e fondamentale attività di resistenza, anche il lavoro muscolare isotonic (forza/resistenza). In un recente passato, l'esercizio muscolare di potenza era ritenuto a rischio per il maggior incremento del consumo miocardico di ossigeno, determinato dal lavoro contro resistenza.

Negli ultimi anni, tuttavia, consolidate esperienze riabilitative hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia di questo tipo di training.

FITNESS CARDIORESPIRATORIA E MUSCOLARE

Pertanto, nei programmi di allenamento del soggetto cardiopatico, la fitness cardiorespiratoria va affiancata ad una fitness muscolare. I requisiti fondamentali da rispettare sono caratterizzati da carichi muscolari non elevati che prevedono uno sviluppo di forza sempre inferiore al 40-50% della MCV, con contemporaneo aumento della frequenza cardiaca inferiore al 70% della massimale.

La metodologia di allenamento della forza muscolare nel cardiopatico è protesa non a sviluppare l'ipertrofia e la forza veloce, ma piuttosto la forza resistente con esercizi di bassa intensità, numerose ripetizioni (da 13 a 15) e tempi di recupero tra le serie abbastanza prolungati (1'30" - 2'30"), in modo tale da determinare modestissimi aumenti delle resistenze periferiche. Gli esercizi in palestra dovranno essere svolti con attrezzature e macchinari specifici e devono essere programmati con serie, ripetizioni e carichi che favoriscono i fattori energetici. Le attrezzature e macchinari devono essere forniti di sistemi facilitanti e dotati di capacità di variazione dei carichi in modo da garantire una lenta progressione del lavoro.

Per informazioni

Franco Giada

Dipartimento Cardiovascolare

UOC Medicina dello Sport, Ospedale PF Calvi

Via Largo San Giorgio 3, 30033 Noale, Venezia

Tel 041/5896505; fax 041/5896502

e-mail: francogiada@hotmail.com



Il decalogo: prevenire le malattie cardiovascolari con lo sport

Perché è importante praticare attività fisica

Uno stile di vita fisicamente attivo è fondamentale per promuovere e mantenere uno stato di buona salute. Una adeguata e regolare attività fisica, infatti, è in grado di: ridurre il rischio di contrarre malattie cardiovascolari, attenuare le limitazioni funzionali conseguenti a malattie cardiovascolari già in atto, ridurre il consumo di farmaci, migliorare la qualità di vita ed il benessere psicologico, ridurre gli effetti dell'invecchiamento. D'altro canto, gli effetti indesiderati dell'attività fisica sono abbastanza rari ed è possibile in gran parte prevenirli e/o limitarli.

- 1 Pratica attività fisica di resistenza ad intensità moderata (capace cioè di aumentare lievemente la frequenza cardiaca) per almeno 30 minuti al giorno per 5-7 volte la settimana, o ad intensità elevata (capace cioè di aumentare sensibilmente la frequenza cardiaca e respiratoria) per almeno 20 minuti al giorno per 2-3 volte la settimana: marcia, corsa, ciclismo, ballo, nuoto, eccetera. Esegui almeno 5 minuti di riscaldamento e defaticamento dopo ogni seduta di attività.
- 2 Puoi raggiungere i 30 minuti di attività quotidiana sommando periodi più brevi di almeno 10 minuti ciascuno, oppure combinando attività ad intensità moderata (30 minuti per 2 volte la settimana) con attività ad intensità elevata (20 minuti per 2 volte la settimana).
- 3 Se sei obeso o in sovrappeso prolunga l'attività ad intensità moderata sino a 60 minuti al giorno per 5-7 volte la settimana.
- 4 Pratica attività ad intensità moderata per il mantenimento della forza e resistenza muscolare almeno 2-3 volte la settimana: esercizi ginnici a corpo libero e/o con pesi leggeri, coinvolgenti i principali gruppi muscolari degli arti e del tronco.
- 5 Esegui esercizi di stretching per mantenere la flessibilità muscolare e la funzione articolare, almeno 10 minuti al giorno 2-3 volte la settimana.
- 6 Se desideri migliorare ulteriormente il tuo stato di forma fisica e ridurre il rischio di sviluppare malattie cronic-degenerative, puoi superare la sopramenzionata quantità minima di attività raccomandata.
- 7 Interrompi prontamente l'attività fisica e consulta il tuo medico se avverti i sintomi di allarme di un possibile attacco cardia-

co o cerebrale: dolore toracico, mancanza di respiro, cardiopalmo, senso di svenimento, stanchezza eccessiva, impaccio nei movimenti degli arti e nella parola, disturbi visivi, confusione, mal di testa.

8 Consulta prima il tuo medico se hai una malattia di cuore, fattori di rischio cardiovascolare (diabete, fumo, ipertensione, colesterolo, familiarità per malattie cardiovascolari), sintomi di allarme, altre malattie importanti (osteo-articolari, neurologiche, pneumologiche), se sei completamente sedentario e/o di età medio-avanzata, o se hai scelto di praticare attività ad elevata intensità.

9 Non praticare attività fisica in condizioni ambientali sfavorevoli (freddo, vento, pioggia, caldo od umidità eccessivi, altitudine), se non ti senti bene (febbre, stanchezza, dolori muscolo-articolari, eccetera) e nelle immediate vicinanze di un pasto abbondante (aspetta almeno 2 ore).

10 Riduci il rischio di incidenti ed il fenomeno dell'abbandono: scegli un'attività fisica che sia piacevole, varia, praticabile assieme ad altri, a basso rischio traumatico, che non necessiti di particolari abilità e sia ad intensità controllabile; inizia l'attività in modo graduale per intensità, frequenza e durata; stabilisci degli obiettivi da raggiungere che siano adeguati alle tue reali possibilità; condividi con la tua famiglia la scelta di essere fisicamente attivo; tieni un diario dell'attività svolta e dei progressi raggiunti; utilizza calzature, vestiario ed equipaggiamento confortevoli ed adeguati alle condizioni climatiche ed al tipo di attività; bevi molta acqua prima, durante e dopo l'attività fisica.

Fonti bibliografiche

- M.E. Nelson, et al. *"Physical activity and public health : updated recommendations for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association."* Med Sci Sports Exerc. 2007; 39: 1423 – 1434

- F. Giada, et al. *"Exercise prescription for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: part I and II."* J Cardiovasc Med 2008; 9: 529-544; 641-652

Venezia in Salute

Favorire la consapevolezza dei cittadini

a cura di **Maurizio Scassola** - presidente Ordine dei Medici di Venezia e
Angelo Frascati - presidente Fondazione Ars Medica

Siamo passati, senza consapevolezza, dall'attuale epoca geologica ad una epoca nella quale le condizioni del pianeta sono plasmate dalla specie umana.

Paul Crutzen e Eugene Stoermer, chimici dell'atmosfera, definiscono questa recente epoca dell'uomo come l'"Antropocene". Se questo è vero nella prospettiva dell'ambiente in cui la specie umana si è, sino ad ora, evoluta è tanto più vero se ragioniamo in termini di salute e di qualità di vita.

Dobbiamo riappropriarci e riprendere il concetto di relazione di servizio che deve vedere coinvolti costantemente il cittadino, il professionista della salute e l'organizzazione dei Servizi. Dobbiamo favorire la costruzione di un sistema pubblico con una forte attenzione alla trasparenza, alla definizione delle responsabilità organizzative e professionali, alle relazioni tra i vari attori, alle esigenze dell'utente, ai risultati finali che ognuno all'interno della propria organizzazione deve garantire al sistema delle cure.

Dobbiamo porre sempre più attenzione allo sviluppo di una medicina capace di cogliere e di applicare i risultati della migliore pratica clinica coniugando efficienza ed efficacia.

Il cambiamento di prospettiva

Per operare per il cambiamento di prospettiva dobbiamo partire dalla riflessione sui nostri doveri e sostenere le nostre azioni con responsabilità, coinvolgendo le nostre Comunità. Dobbiamo sottolineare sempre che il concetto di sicurezza delle cure include in un'area unica ed omogenea i concetti di sicurezza della persona e di sicurezza degli operatori.

La rappresentanza sociale degli interessi dei cittadini si concretizza nel variegato mondo delle associazioni.

Questi portatori di interesse interagiscono sempre più con l'offerta di servizi sia pubblici che privati sviluppando un empowerment che permette di contrattare servizi e prestazioni affiancando alla programmazione pubblica una formidabile rete di sussidiarietà. Ma può ogni domanda costituire un bisogno? E' su questa quesito che dobbiamo costruire una ipotesi di lavoro comune: l'appropriatezza della domanda. Si tratta di governare la domanda con la massima responsabilità, partendo dalla necessità di salvaguardare non solo la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale ma di tutto il nostro sistema socio-economico.

Un laboratorio di idee

E' in questa ottica che abbiamo fortemente voluto costruire Venezia in Salute non un evento casuale, ma un laboratorio di idee, di progettazione, di coinvolgimento, di crescita civile e democratica; una esperienza che vuole ragionare partendo da una diversa prospettiva: i nostri doveri nei confronti della nostra Salute.

La prima edizione di ViS "Venezia in Salute"

Sabato 16 ottobre, al parco di S. Giuliano a Mestre - Venezia, si è svolta la prima edizione di "ViS, Venezia in Salute", Organizzato dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Venezia, dal Comune di Venezia e dalla Fondazione Ars Medica; in collaborazione con la Regione Veneto, l'Azienda Ulss 12, la Federazione nazionale Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, l'Istituzione Bosco e Grandi Parchi, e Venice Marathon.

Il tema centrale di ViS: prevenzione e conservazione della salute, rallentamento della malattia

Il tema centrale di ViS 2011 è stato come raggiungere e conservare la salute ed il benessere e come prevenire la comparsa di malattie o rallentarne la progressione.

Tale tema è stato svolto con una visione centrata:

1. Sulla responsabilità del cittadino nel raggiungere e mantenere la salute ed il benessere, adottando stili di vita sani.
2. Sulla responsabilità dei medici, degli operatori sanitari e del sistema sanitario, che devono mettere a disposizione della comunità le loro competenze tecniche e relazionali ed i servizi necessari.
3. Sull'incontro tra queste due visioni responsabili.

Il villaggio della salute

La manifestazione si è sviluppata intorno al "Villaggio della Salute" che è stato realizzato costruendo 24 stands per gli "espositori" ed un tendone centrale per le relazioni e gli incontri.

Venezia in Salute si è aperta con la visita al "Villaggio" del Sindaco di Venezia, Giorgio Orsoni, che è stato accolto dagli organizzatori dell'evento: il Presidente dell'Ordine, Maurizio Scassola, il Presidente della Fondazione Ars Medica, Angelo Frascati ed il Delegato del Sindaco per la Sanità, Bruno Centanini, ed accompagnato a visitare il Villaggio.

Successivamente, nel Tendone Centrale vi è stata l'inaugurazione ufficiale di "Venezia in Salute", con la presentazione della manifestazione da parte di Scassola e Frascati e la firma di un protocollo d'intesa tra Comune, Ordine Provinciale dei Medici e Istituzione Grandi Parchi con l'obiettivo di valorizzare gli spazi verdi del territorio comunale ed incentivando iniziative che responsabilizzano il cittadino nei confronti della propria salute.

Porgendo il saluto al presidente dell'Ordine dei Medici, Maurizio Scassola, al presidente dell'Istituzione Boschi e Grandi parchi, Giovanni Caprioglio, e al presidente di "Ars Medica", Angelo Frascati, il Sindaco Orsoni ha evidenziato l'importanza della manifestazione, per la cui riuscita ha ringraziato il suo delegato per le questioni della Sanità, Bruno Centanini. "Queste manifestazioni - ha detto, tra l'altro - riescono ad aggregare i corpi intermedi della società che devono essere messi in condizioni di collaborare per il bene comune".

Maurizio Scassola e Angelo Frascati hanno ringraziato il sindaco e tutti i partecipanti all'iniziativa, promettendo che l'impegno dell'Ordine e di Ars Medica non si conclude oggi, ma vuole lasciare un appuntamento fisso nel calendario dei veneziani ed un segno nel Parco, come la realizzazione, insieme al Comune e all'Ente Parco, di tre percorsi, con tracciati di varia lunghezza e difficoltà, all'interno del Parco S.Giuliano, dove saranno indicati il chilometraggio progressivo, il dispendio energetico e altre indicazioni utili.

L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita

(Nina Wallerstein, 2006)

Gli espositori: istituzioni, professionisti della salute, associazioni

Dopo l'inaugurazione, e per tutta la giornata, nello splendido scenario del Parco, migliaia di visitatori hanno affollato il Villaggio della Salute, incontrando gli "espositori" presenti negli stands disposti sul prato. (Box 1)

1. Ordine Provinciale dei Medici ed Odontoiatri di Venezia
2. Fondazione Ars Medica
3. FNOMCeO
4. Regione Veneto
5. Farmacisti (Ordine e Titolari di Farmacie)
6. Medici di Medicina Generale (FIMMG e SIMG)
7. Pediatri di Libera Scelta
8. Odontoiatri
9. Federazione Medici Sportivi
10. Azienda ULSS 12
11. Ospedale Villa Salus
12. Associazione diabetici
13. Amici del cuore
14. Associazione Giovani e cuore aritmico, Onlus
15. Comune, Direzione Ambiente
16. Comune, Consulta della Salute
17. Comune, Centro Donna
18. Comune, Settore Politiche Sportive
19. Comune, Politiche Sociali e Dipendenze
20. Comune, Assessorato Cultura, e Politiche Giovanili
21. Veritas
22. Nordic Walking
23. Polisportiva Terraglio
24. Fatti di Tango
25. Azienda Farmaceutica Teva
26. Istituzione Bosco e Grandi Parchi
27. Coldiretti

Enti, Associazioni, Organizzazioni, Aziende presenti a "Venezia in Salute"

Le attività svolte

Ricordiamo, succintamente, alcune delle attività svolte durante la giornata, negli stands.

Medici di famiglia

I Medici di Famiglia, i referenti principali dei cittadini, per i temi dell'educazione e dell'informazione su salute, benessere e prevenzione delle malattie, hanno continuato a fare questa loro attività anche nel loro stand. Hanno eseguito centinaia di misurazione della pressione arteriosa e tests glicemici, consegnando materiale informativo e fornendo consigli sui corretti stili di vita.

Pediatri

I Pediatri hanno illustrato ai visitatori le sette azioni del "Progetto Genitori più", sette interventi di provata efficacia per promuovere la salute fisica e psicologica del bambino. La settima azione, "leggergli un libro" è stata attuata dall'attore chioggiotto del Teatro Novo, Pino Bonaldo, che, insieme a dei "genitori lettori", con maestria, ha letto dei racconti ad nugolo di bambini seduti sul prato.

Odontoiatri

Gli Odontoiatri hanno usato il gioco per veicolare informazioni sulla corretta igiene orale e la prevenzione della carie ai bambini ed ai ragazzi che hanno visitato il loro stand. Nei confronti dei visitatori adulti hanno dato informazioni e mostrato video sulla prevenzione delle malattie del cavo orale e sulle ricadute che queste possono avere sulla salute di tutto l'organismo.

Medici dello Sport

I Medici dello Sport hanno concentrato la loro attenzione sui cittadini giovani e meno giovani, sani o portatori di patologie, che hanno chiesto ragguagli sulla pratica di attività sportive per passione o per scopi riabilitativi. Hanno praticato decine di visite ed elettrocardiogramma (ECG), fornendo consigli clinici e pratici.

Associazione Diabetici ed Amici del Cuore

I volontari dell'Associazione Diabetici e degli Amici del Cuore hanno mostrato ai visitatori le loro attività istituzionali, dato informazioni, distri-

buito depliant, forniti consigli dietetici e per smettere di fumare, eseguiti tests glicemici, misurazioni della pressione, ECG, ecc. Per tale attività si sono avvalsi della consulenza di medici specialisti e di una dietista.

Farmacisti

I Farmacisti presenti a S.Giuliano con uno stand del loro Ordine professionale e dell'Associazione titolari di Farmacie, hanno risposto al gran numero di richieste d'informazioni e di consigli ricevuti dai visitatori, confermandosi il rapporto paziente/farmaco come uno dei più delicati del settore sanitario.

Associazione "Giovani e cuore aritmico"

L'associazione "Giovani e cuore aritmico, GECA-Onlus" ha portato, tramite genitori di ammalati ed ammalati, una testimonianza di quello che dei volontari possono fare per prevenire una malattia così subdola e pericolosa che può colpire dei giovani predisposti, e come fare per limitarne i danni e la progressione.

Associazione Nordic Walking

L'Associazione Nordic Walking ha fatto dimostrazioni teoriche della particolare tecnica di camminata per poi partire con percorsi dimostrativi nel Parco, fornendo l'attrezzatura necessaria ai partecipanti.

Scuola di tango

Fatti di Tango, scuola di tango argentino, ha illustrato i benefici della pratica del tango sulle persone affette dal morbo di Parkinson. Hanno, inoltre eseguito delle esibizioni di tango argentino e delle dimostrazioni di tango con i pazienti con problemi neuromuscolari.

Polisportiva Terraglio

La Polisportiva Terraglio ha presentato le attività sportive che propone ai suoi associati: le attività in acqua sono state visualizzate con dei video; quelle a terra con dimostrazioni pratiche. Il pubblico ha potuto fare delle

prove pratiche con le attrezzature portate dagli espositori. Molto apprezzate dal pubblico sono state le visite di testimonials di eccezione, come Emanuela Levorato, campionessa italiana di atletica e la squadra di nuotatori Special Olympic (disabili psichici e relazionali), che hanno partecipato alle massime competizioni sportive nazionali ed internazionali, avendo espresso anche atleti olimpici e mondiali.

Ulss 12 veneziana

L'Azienda Ulss 12 ha mostrato, con dei poster e dei sanitari presenti, le eccellenze dei suoi reparti e servizi. Numerose sono state, da parte dei visitatori, le richieste d'informazioni sulle prestazioni e sugli interventi preventivi e terapeutici svolte dall'Azienda Sanitaria.

Ospedale Villa Salus

L'Ospedale di Villa Salus ha ricreato, in uno stand, una camera di un paziente allettato cronicamente, mostrando, tra l'altro, con la presenza di attrezzature ed ausili manovrati da personale sanitario specializzato, le corrette manovre di mobilitazione del malato.

Comune di Venezia

Operatori e funzionari di vari Assessorati e Settori del Comune di Venezia, insieme a Veritas, hanno riempito i loro numerosi stands di colori, di poster, di depliant e altro materiale informativo. Con leggerezza, ma con precisione, sono stati affrontati problemi spinosi, come la violenza e la

discriminazione sulle donne, il disagio giovanile, le tossicodipendenze, la preservazione dell'ambiente, la promozione della salute tramite l'attività fisica.

Coldiretti

Uno stand di coltivatori affiliato della Coldiretti ha distribuito gratuitamente della frutta, informando sulle tecniche ed i vantaggi della coltivazione biologica e sull'utilità di una corretta alimentazione a base di frutta e verdura d'origine locale.

Azienda farmaceutica per "generici"

La presenza di un uno stand di una Azienda farmaceutica come Teva, produttrice di farmaci a brevetto scaduto, si è inserita bene nello spirito della giornata, portando informazioni sulla produzione di farmaci "generici" di qualità che permettono un risparmio di risorse economiche.

Le istituzioni. Gli stand "Istituzionali" di Ars medica, FNOMCeO ed OMCeO Venezia sono stati meta non secondaria di visita da parte dei cittadini, interessati a conoscere come sono organizzati i loro medici, come discutono tra loro, come si aggiornano, come affrontano i problemi etici e professionali.

Istituzione Bosco e Grandi Parchi

L'Istituzione Bosco e Grandi Parchi, ha voluto essere presente nel Villaggio con un suo stand, dando informazioni sulle attività che si svolgono nei parchi e nei boschi del veneziano e pronti ad ospitare chiunque abbia a cuore il rispetto della natura, della salute, della persona.

Relazioni ed interventi su temi specifici

Nel tendone centrale del Villaggio, dotato di 50 posti a sedere, si sono susseguite, durante la giornata, a ritmo incalzante, molte relazioni. (Box 2)

10.00	Inaugurazione	
10.30-10.50	Medici di Famiglia, FIMMG	"Malattie cardiovascolari: come prevenirle" Emanuela Blundetto, Cristina Zennaro
10.55-11.15	Comune di Venezia Direzione Ambiente e Politiche Giovanili Ufficio Rifiuti	"Sai che c'è? pannolini lavabili e coppette mestruali, una scelta sana e sostenibile" Claudia Favero
11.20-12.05	Amici del Cuore	"Il cibo del cuore" Marina Etonti "Stop al fumo" Pier Guido Nardi "La prevenzione allunga la vita" Franco Del Piccolo
12.10-12.30	Pediatri di Famiglia	"Progetto Genitori Più" Carla Ricci
12.35-13.00	Farmacisti	"Automedicazione. Farmaci in Internet. Farmaci contraffatti." Antonio Forace
13.05-13.30	FattidiTango	"Tango argentino come supporto alla terapia nel trattamento delle malattie degenerative neuromotorie?" Michele Zecchini Esibizione di Tango Argentino
14.00-14.20	Associazione Giovani e cuore aritmico, Geca-Onlus	"Ruolo dell'associazionismo nella prevenzione delle complicanze da malattie cardiache aritmiche" Graziella Paola Marcon
14.25-14.45	Comune di Venezia Direzione Attività e Produzioni Culturali Servizio Cittadinanza delle Donne e Culture delle differenze Centro Antiviolenza	"Salute e violenza sulle donne" Patrizia Marcuzzo
14.50-15.10	Associazione Diabetici	"L'educazione terapeutica" Paola Gelisio
15.15-15.35	Medici di Famiglia, SIMG	"Il diabete: conoscerlo per combatterlo" Giulio Bergamasco
15.40-16.00	Comune di Venezia Direzione Politiche Sociali Partecipative e dell'Accoglienza Servizio Promozione e Inclusione Sociale UOC Riduzione del Danno	"Leggere tra le ...righe" (La consapevolezza dei rischi correlati al consumo di sostanze stupefacenti oltre gli stereotipi) Mariangela Milanese
16.05-16.20	Comune di Venezia Direzione Politiche Educative, della Famiglia e Sportive Settore Politiche Sportive	"Doping tra gli atleti, giovani e non; forme di lotta e prevenzione" Claudio Schiraldi
16.25-17.00	FattidiTango	Esibizione di Tango Argentino
18.00		Chiusura

Box 2: Programma delle relazioni e delle esibizioni tenute nel "Tendone Centrale"

ViS 2012: appuntamento a settembre

L'imbrunire ha colto il Villaggio ancora in attività.

Concludendo la manifestazione, gli organizzatori, molto soddisfatti del successo della prima edizione, hanno ringraziato i cittadini che hanno visitato il Villaggio e le persone che hanno operato negli stands. Un particolare ringraziamento è andato alle addette alla Segreteria di OMCeO, di Ars Medica e del Coadiutore del Sindaco per la Sanità: preziosissime ed instancabili collaboratrici, senza le quali, Venezia in Salute non avrebbe potuto svolgersi.

Il saluto conclusivo è stato un arrivederci a "ViS-Venezia in Salute 2012".

Per informazioni

Valentina Verioli
segreteria coadiutore del sindaco per la Sanità
Comune di Venezia
tel.041 2747874

22 /23 SETTEMBRE SECONDA EDIZIONE DI ViS

La seconda edizione di ViS-Venezia in Salute si svolgerà nel 2012 in due giorni, nel week-end del 22 e 23 settembre, sempre al Parco di S. Giuliano.

Il tema centrale dell'evento sarà i corretti stili di vita della persona anziana.

Invitiamo tutte le persone interessate a continuare a leggere questa rivista dove, nei prossimi mesi, pubblicheremo tutte le informazioni utili per partecipare alla manifestazione.



Intervista all'architetto Giovanni Caprioglio

I parchi della città spazi per la salute dei cittadini

“I parchi della terraferma veneziana non sono solo un polmone verde per la città, sono luoghi dove i cittadini possono coltivare la propria salute ed esercitare varie attività sportive, spiega l'architetto Giovanni Caprioglio, presidente dell'Istituzione Parchi di Mestre. Dopo Pasqua saranno inaugurati al parco di San Giuliano anche dei percorsi specifici per la salute che aiuteranno gli utenti a fare esercizi appropriati per restare in forma”.

❖ **Architetto Caprioglio, l'Istituzione Parchi di Mestre si occupa di diversi spazi verdi del territorio comunale...**

Per tutti i cittadini lo spazio verde più noto e frequentato è sicuramente il parco di San Giuliano che si affaccia sulla laguna di Venezia. Altri quartieri però ospitano importanti parchi, penso a quello di via Bissuola che ha un patrimonio ormai consolidato di piante ed alberi. Poi c'è il Bosco di Mestre, un progetto sempre in fieri che comprende un territorio molto vasto e che andrebbe maggiormente pubblicizzato. Il Bosco si sta consolidando dal punto di vista naturalistico e dovrebbe diventare anch'esso un luogo della salute per tutti cittadini, dove poter esercitare attività sportive compatibili in tutta tranquillità. Si tratta di un'area di circa 200 ettari di verde interamente fruibile, in zona Favaro Dese. Il mio auspicio è che il progetto Vis, che ha in calendario l'evento annuale al parco di San Giuliano il 22 e 23 settembre, coinvolga anche il Bosco di Mestre.

Possiamo descrivere il parco di San Giuliano, si tratta di uno spazio davvero speciale...

- ❖ Il parco di San Giuliano comprende ben 78 ettari di verde, si tratta di uno spazio aperto al pubblico dal 2004. E' un parco in continua crescita che dovrebbe estendersi nel progetto, realizzato dall'architetto Di Mambro, arrivando ad includere complessivamente 350 ettari. E' un progetto molto ambizioso che sarà compiuto negli anni a venire ma che potrebbe far diventare quest'area uno dei parchi più grandi d'Europa.

La scommessa è anche incrementare i collegamenti del parco con la città. Ora la prima fermata del tram che porta da Mestre a Venezia, sarà proprio quella del parco. Anche l'area di Forte Marghera, pur con una prospettiva di possibile autonomia, è una struttura storica di grande rilevanza che deve diventare sempre più accessibile ai cittadini.

Vanno attivati percorsi pedonali, ciclabili e collegamenti con i servizi pubblici.

❖ In quale modo i parchi possono diventare spazi per la salute?

In tutti i parchi della città, ed in particolare al parco di San Giuliano, è possibile svolgere attività fisica e sportiva a vari livelli. Ci sono atleti professionisti che preparano al parco importanti gare come le maratone. Ci sono cittadini che amano fare lunghe passeggiate. Personalmente mi sono appassionato al Nordic Walking (la camminata con passo veloce e con l'ausilio di racchette praticata nel Nord d'Europa) e con la bella stagione faccio un'ora di esercizio tutti i giorni al mattino presto.

In un'ora riesco a fare un percorso di circa 5 chilometri.

Ognuno deve adattare l'attività al proprio fisico e alle proprie esigenze.

❖ I percorsi della salute al parco di san Giuliano quando saranno praticabili?

Tra aprile e maggio i percorsi saranno inaugurati ufficialmente e saranno praticabili da tutti. Abbiamo lavorato in collaborazione con l'ordine dei medici e con l'associazione Nordic Walking e abbiamo messo a punto tre percorsi segnati con indicazioni a terra: un percorso da 3 km; un percorso da 5 km; un percorso da 6 o 7 km.

Stiamo preparando anche dei depliant e dei materiali informativi su carta che possano fare da guida ai cittadini che vorranno praticare i percorsi. Le indicazioni riguardano le caratteristiche di ogni persona e l'efficacia di quel specifico percorso.

Questa iniziativa nasce dal progetto Vis e ne siamo particolarmente orgogliosi.

❖ Esistono altre aree attrezzate al parco di san Giuliano?

Esistono aree attrezzate con varie strutture fisse per esercizi ginnici. Ci sono anche dei cartelloni che spiegano come devono essere utilizzati correttamente le strutture, in questo caso abbiamo avviato una collaborazione con il progetto "Città sane".

Mi piace ricordare anche che il parco si affaccia sulla laguna di Venezia e che in Punta San Giuliano trovano sede molte società di vela, voga e canoa. L'attività fisica dunque non si svolge solo a terra ma anche sull'acqua. Una volta che sarà completato il Polo nautico, potremmo avere a nostra disposizione uno dei parchi più speciali del mondo.

Infine va sottolineata anche la presenza di un pattinodromo all'interno del parco e la possibilità di praticare, lungo i percorsi stabiliti, con pattini in linea o ski roll. Senza dimenticare la bicicletta: il parco di san Giuliano ne è il regno anche per i piccolissimi che imparano lì a fare ciclisti.

Per informazioni

www.comune.venezia.it

ente istituzione Bosco e Grandi Parchi di Mestre



Il farmaco contraffatto una minaccia globale

Attenzione alle informazioni su internet

di **Renato Vecchiato** - farmacista

Lo sviluppo e l'internazionalizzazione del commercio e dell'economia, la distribuzione su larga scala delle nuove tecnologie, l'apertura di nuovi mercati e i crescenti profitti generati dai diritti di proprietà intellettuale in molteplici settori sono in qualche modo collegati al crescente fenomeno della contraffazione nel mondo.

Ne deriva che la contraffazione costituisce un'attività criminale transnazionale altamente organizzata e capace di sfruttare tutte le opportunità offerte dal mercato su scala internazionale.

Essendo questo fenomeno collegato ai mercati illeciti risulta assai arduo raccogliere e comparare dati ed informazioni ed è perciò estremamente difficile fornire un quadro preciso e completo del problema della contraffazione.

In aumento i sequestri di prodotti contraffatti

I dati dell'Organizzazione Mondiale delle Dogane e della Commissione Europea DG – TAXUD denunciano un incremento dei sequestri nell'Unione Europea dell'88% nel periodo 2000-2006: quasi 68 milioni di prodotti confiscati nel 2000 e più di 128 milioni nel 2006.

In questo contesto internazionale l'Italia anche per la sua posizione e conformazione geografica rappresenta un importante punto di entrata per i prodotti contraffatti destinati ad altri paesi europei. Dalla Cina pervengono la maggior parte di questi prodotti.

Ogni anno perdite di 100 mila posti di lavoro e di entrate erariali

Secondo l'Organizzazione Mondiale per la Proprietà Intellettuale (WIPO), le perdite sostenute dai Paesi dell'Unione Europea in termini di mancate entrate erariali a causa della contraffazione, si aggirano intorno ai 3,731 milioni di Euro nel settore dei giocattoli e dell'abbigliamento sportivo e 1,554 milioni di Euro nel settore farmaceutico. Le perdite relative ad altri settori risultano altrettanto considerevoli, raggiungendo 7,581 milioni di Euro nel settore dell'abbigliamento e delle calzature e 3,017 milioni di Euro nel settore della profumeria e della cosmesi.

Questo comporta una contrazione della produzione industriale: si stima che a causa della contraffazione - solo nell'Unione Europea - ogni anno vengano persi più di 100.000 posti di lavoro.

Rischi per la salute e la sicurezza dei consumatori

La contraffazione non rispetta alcun standard di qualità né di rispetto dell'ambiente, sono perciò una seria minaccia per la società civile. La riproduzione non autorizzata di alcune tipologie di prodotti come medicinali, giocattoli, cibi e bevande, pezzi di ricambio per autoveicoli e velivoli costituisce, infatti, un grave pericolo per la salute e la sicurezza dei cittadini.

Le cronache riferiscono della presenza di glicoldietilene, una sostanza tossica utilizzata nella preparazione di liquido refrigerante per veicoli, all'interno di alcuni prodotti farmaceutici contraffatti, come sciroppo per la tosse, antistaminici e lozioni cutanee, causò nel 2006 la morte di oltre 100 persone a Panama. Nello stesso anno, in Cina, medicine contraffatte contenenti glicoldietilene causarono la morte di 11 persone.

Che cos'è un farmaco contraffatto

L'OMS definisce come contraffatto quel farmaco la cui etichettatura è stata deliberatamente e fraudolentemente preparata con informazioni ingannevoli circa il contenuto o l'origine del prodotto.

I medicinali contraffatti sono oggi motivo di grande preoccupazione. La loro diffusione è in costante crescita, soprattutto a causa del ruolo svolto da Internet, sfruttato come canale di commercializzazione su larga scala dalle organizzazioni criminali.

Secondo i dati dell'Europol (l'agenzia anticrimine dell'Unione Europea, divenuta operativa il 1° luglio 1999) il fenomeno del commercio dei farmaci contraffatti è in crescita esponenziale, negli ultimi cinque anni ha fatto registrare un aumento delle proprie dimensioni di circa 10 volte.

La lotta alla contraffazione

Il 28 Ottobre 2011, 12 dei 47 Paesi europei, appartenenti al Consiglio d'Europa, hanno firmato a Mosca la Convenzione MediCrime, volta a perseguire incisivamente la contraffazione dei farmaci, compresi quelli commercializzati online.

La lotta alla contraffazione dei farmaci, inclusi quelli online, nasce da un'esigenza fondamentale, quella di tutelare la salute dei cittadini. Infatti i farmaci contraffatti nel più dei casi contengono sostanze altamente dannose e difficilmente si compongono dei principi attivi caratterizzanti i farmaci originali.

Un italiano su tre compra farmaci in internet

Circa un italiano su tre è propenso ad acquistare farmaci in maniera impropria, senza prescrizione, via Internet. Nella pratica, il fenomeno nel nostro Paese interessa solo lo 0,1% della popolazione, ma la contraffazione farmaceutica è uno dei pericoli emergenti nella Sanità, in Italia come nel resto del mondo.

Secondo i dati forniti dal Comando dei Carabinieri per la Tutela della Salute, tra il 2009 e il primo semestre del 2010 sono stati sequestrati 1,75 milioni di farmaci, fiale e compresse, il 20% dei quali si stima fosse illegale. Nello stesso periodo, sono state segnalate 667 persone all'autorità giudiziaria, mentre 79 sono state arrestate.

In Italia la Guardia di Finanza ha ritirato, nel solo 2008, 94.953.042 pezzi contraffatti.

Il 10 per cento dei medicinali venduti è contraffatto

La reale entità del fenomeno non è conosciuta, ma secondo stime dell'FDA il 10% dei medicinali venduti ogni anno nel mondo è contraffatto.

Tuttavia, l'OMS raccomanda di non fare riferimento a questo singolo valore medio per definire l'entità globale del fenomeno, perché si rischia di falsare la situazione reale e di fuorviare il pubblico, ma di riferirsi ad un intervallo. È ragionevole pertanto stimare che la prevalenza di medicinali

contraffatti nel mondo vari da meno dell'1% nei Paesi industrializzati a più del 10% nei Paesi in via di sviluppo. In molte aree dell'Africa subsahariana, del Sud-est asiatico e dell'America Latina più del 30% dei medicinali è contraffatto

Alcune ragioni che sconsigliano l'acquisto di farmaci on-line

1. non c'è alcun contatto diretto con un medico o un farmacista che assicuri la correttezza della scelta, rispondendo alle domande sui possibili effetti collaterali o sulle interazioni con altri farmaci assunti;
2. non è sempre garantito il diritto alla privacy sui dati personali inseriti al momento dell'acquisto on-line;
3. la possibilità di ottenere il rimborso, è lunga, difficoltosa e non certa;
4. non esiste alcuna garanzia che i farmaci che ricevi soddisfino i criteri previsti di qualità, sicurezza ed efficacia, malgrado quanto viene pubblicizzato sul sito. Inoltre, non esiste alcuna garanzia che il farmaco sia deteriorato a causa di una conservazione scorretta o di ritardi nella consegna;
5. il sito Internet dal quale proviene il farmaco spesso è situato in un Paese diverso da quello del fruitore, pertanto il foglietto illustrativo e le notizie riportate sulla confezione sono scritti in una lingua straniera;
6. un medicinale proveniente da un altro Paese potrebbe avere un nome simile a quello di un medicinale in commercio, ma un principio attivo del tutto diverso;
7. la pubblicità del farmaco può non essere stata sottoposta ad alcun controllo e può quindi propagandare effetti miracolistici ben lontani dalla realtà;
8. il farmaco può essere contraffatto, presentando confezioni autentiche, ma prodotti privi di principio attivo;
9. se, a causa dell'assunzione del farmaco, sorgesse qualche problema sarebbe molto difficile rivendicare i propri diritti contro rivenditori di altri Paesi.

La guida della Food and Drug Administration

L'FDA (Food and Drug Administration, l'Agenzia regolatoria statunitense), a seguito di un'indagine sul campo ha realizzato una "guida", contenente informazioni riguardo ai rischi legati all'acquisto di medicinali attraverso canali non controllati.

I principali problemi sono schematizzabili come qui di seguito:

- sono falsi (copie o contraffatti)
- hanno un dosaggio troppo basso o viceversa troppo elevato
- contengono ingredienti pericolosi
- sono scaduti
- non sono stati approvati dall'FDA (e dunque qualità ed efficacia non sono state valutate)
- non sono prodotti seguendo gli standard di sicurezza
- non possono essere utilizzati in concomitanza ad altri medicinali
- non sono etichettate, conservate e trasportate secondo gli standard stabili.

L'invito ai pazienti per tutelare la propria salute

Poiché la normativa USA, come del resto quella Italiana, non consente l'acquisto di determinate tipologie di farmaci in assenza di prescrizione medica, nella guida si invitano i pazienti a:

- sottoporsi a visita medica prima di assumere un farmaco per la prima volta
- utilizzare solo medicine prescritte dal medico curante abilitato
- accertarsi vi siano adempimenti per la prescrizione.

Le false farmacie on line

I siti di false farmacie spesso sono interessati al furto di dati informatici o alla vendita di medicinali contraffatti, riescono ad ingannare l'acquirente inserendo nelle loro pagine web falsi "loghi" di approvazione del sito, imitando quelli ufficiali.

Secondo la ricerca effettuata da WHO ed AIFA queste farmacie on line opererebbero per lo più da server americani offrendo un servizio di intermediazione attraverso la raccolta di ordini per mezzo di un sito localizzato nella propria nazione (generalmente USA) che vengono poi "girati" ai fornitori, in India e in Cina, che provvedono direttamente alle spedizioni

La dubbia qualità dei prodotti ha trovato conferma nelle investigazioni avviate da molti paesi quali l'Italia, il Portogallo, la Svizzera e il Regno Unito.

Attualmente il 25% dei medici in Gran Bretagna, ha riscontrato fra i propri pazienti disturbi correlati all'uso di farmaci acquistati via Internet.

Le ragioni per la quali è consigliabile l'acquisto in farmacia

In rete si trovano farmacie legali, illegali o del tutto false. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, più del 50 % dei medicinali acquistati online da siti Internet, il cui indirizzo URL è occultato, sarebbero contraffatti.

In Italia il sistema farmacia è di fatto impenetrabile ai farmaci contraffatti: è possibile acquistare farmaci contraffatti solo tramite internet o tramite siti illegali.

La sicurezza dei nostri medicinali dipende principalmente dalla presenza su tutte le confezioni di un bollino a lettura ottica prodotto dal Poligrafico dello Stato, e quindi con un elevato grado di sicurezza contro la contraffazione, paragonabile al livello di sicurezza della carta moneta. E' diffusamente riconosciuto da parte della quasi totalità dei cittadini che si servono della farmacia di alcune importanti prerogative.

Sicurezza, assortimento, capillarità, competenza e consiglio

Il cittadino trova nella farmacia una fonte sicura in quanto la filiera di distribuzione è gestita da operatori qualificati e controllati dalle autorità sanitarie. Quotidianamente per via telematica la farmacia riceve gli aggiornamenti e i provvedimenti emanati dal Ministero della Salute che riguardano nuovi farmaci, ritiri di prodotti o di lotti per i quali si sono rilevate irregolarità. Il farmacista provvede prontamente al ritiro dal reparto vendita dei prodotti ritenuti non vendibili da parte del Ministero della Salute, in questo modo il cittadino è pienamente tutelato in tempo reale.

Il ruolo del farmacista

Il farmacista assume così la funzione di controllore per conto della Sanità.

E' altrettanto riconosciuto l'elevato assortimento di prodotti in farmacia, qualora il prodotto richiesto non sia disponibile nel giro di poche ore il farmacista riesce a procurare il prodotto mancante, anche se la farmacia è collocata in località lontane e disagiate.

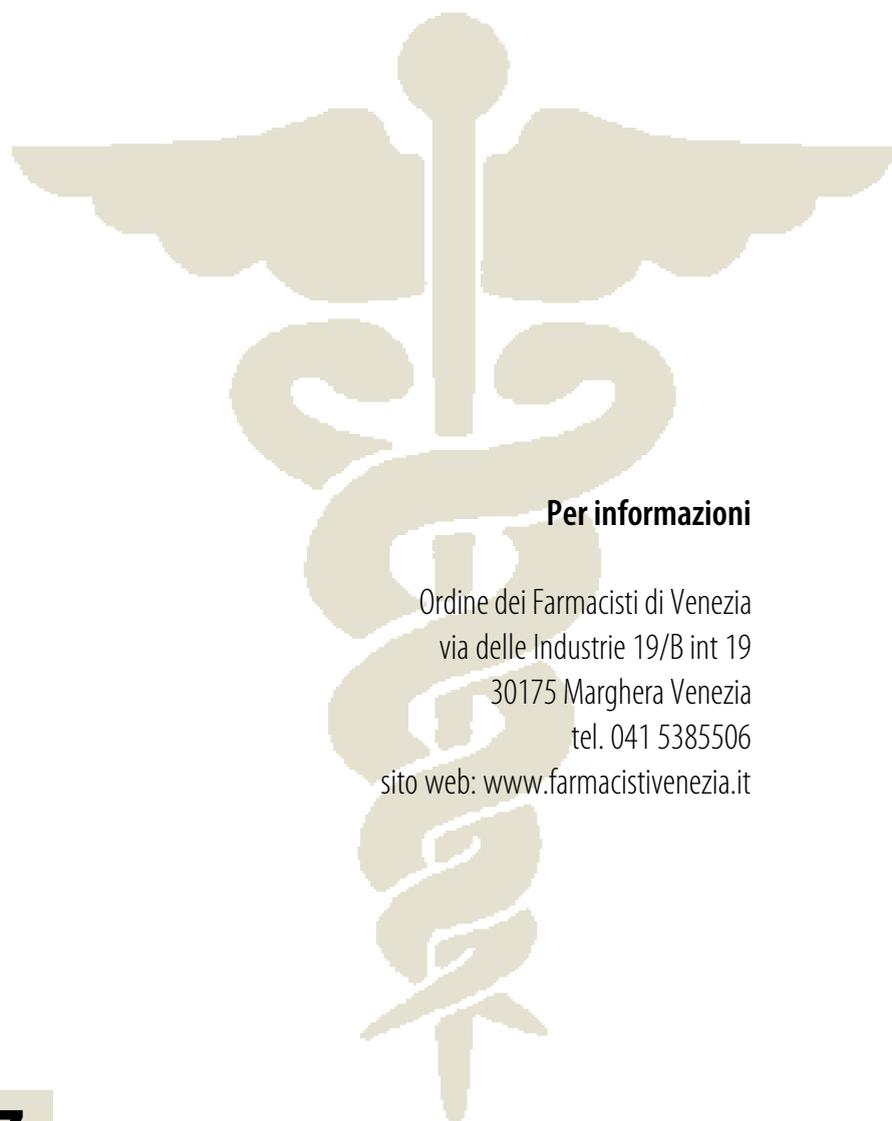
Il legislatore attraverso lo strumento della pianta organica ha permesso la formazione di una rete di farmacie proporzionata alla popolazione, capillarmente distribuita, che garantisce la continuità assistenziale su tutto il territorio nazionale, anche laddove altri servizi sono scomparsi.

L'esperienza insegna che è illusorio pensare di controllare Internet.

Una a in collaborazione con il Ministero della Salute

Esistono figure professionali con le competenze garantite e certificate per informare i cittadini.

Ogni giorno in Italia entrano in farmacia 3 milioni di persone, trovano un professionista disponibile a dare un consiglio qualificato, completamente gratuito per i vari problemi che il cittadino da solo non sa risolvere.



Per informazioni

Ordine dei Farmacisti di Venezia
via delle Industrie 19/B int 19
30175 Marghera Venezia
tel. 041 5385506
sito web: www.farmacistivenezia.it

Infermiere e Territorio

La salute a misura di cittadino e di comunità

di **Luigino Schiavon**

Presidente Collegio Infermieri della Provincia di Venezia (IPASVI)

“Secondo me la missione delle cure infermieristiche in definitiva è quella di curare il malato a casa sua (...) intravedo la sparizione di tutti gli ospedali e di tutti gli ospizi. (...) ma a che cosa serve parlare ora dell'anno 2000?” (Florence Nightingale, 1889)

Già 120 anni fa colei che è stata la fondatrice dell'infermieristica moderna prefigurava un quadro in cui l'obiettivo primario per i cittadini era quello di intervenire direttamente sui bisogni di salute, prima ancora che questi diventassero bisogni di cure. Ciò che potrebbe sembrare un gioco di parole, rappresenta in realtà una delle sfide del nostro tempo.

I bisogni di salute sono, o quantomeno dovrebbero essere, il principale determinante della domanda di assistenza sanitaria e quindi anche dell'allocazione delle risorse ad essa destinate. In una situazione di continua e costante contrazione delle risorse non si può solo “tagliare” ma è necessario qualificare la spesa partendo dai bisogni di salute della popolazione e del singolo cittadino.

UN SISTEMA CHE METTE ANCORA AL CENTRO L'OSPEDALE

Il sistema sanitario nazionale, e quello veneziano in particolare, si sono sviluppati mettendo l'ospedale al centro della propria prospettiva, creando di fatto un “effetto calamita” rispetto ai bisogni di salute, una attrazione ed una “centralizzazione” che alla lunga si sono dimostrate fatali per il buon funzionamento del sistema stesso. Accessi impropri, costi spropositati, burocratizzazione e dis-umanizzazione sono infatti temi di scottante attualità.

Si sono persi i valori che avevano permesso l'avvio dei servizi “non

ospedalieri”: la prevenzione primaria, l'attività consultoriale, la medicina del lavoro, così come da una società inclusiva si è passati ad un modello sociale sempre più esclusivo creando così isolamento e diseguaglianze, solitudine e povertà.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) definisce con chiarezza i cosiddetti “determinanti sociali della salute”, elementi che sono cioè in grado, con la loro assenza, di creare condizioni predisponenti alla malattia e chiede ai governi e ai sistemi sanitari di non dimenticare

come un positivo controllo sui determinanti sia in grado di migliorare il benessere e la qualità di vita dei cittadini.

IL VALORE STRATEGICO DEI SERVIZI E DELLE ATTIVITÀ VICINE AL CITTADINO E ALLA COMUNITÀ

In questo ambito hanno valore strategico tutti quei servizi e quelle attività che più si avvicinano al cittadino, alla comunità, al quartiere, alla città, rappresentati dall'ambito più ampio delle Cure Primarie.

Le cure primarie rappresentano, infatti, una vera e propria area-sistema dotata di caratteristiche peculiari e profondamente diverse da quelle, altrettanto tipiche, dell'assistenza ospedaliera. Per le Cure primarie a prevalere è il cosiddetto paradigma "dell'iniziativa" con il quale si intende un ambito assistenziale orientato alla "promozione attiva"

della salute e al rafforzamento delle risorse personali (self-care) e sociali (rete) a disposizione dell'individuo, specie se affetto da malattie croniche o disabilità.

Per l'assistenza ospedaliera è invece prevalente il paradigma "dell'attesa" con il quale si evidenzia un ambito assistenziale ad elevata standardizzazione ed intensività tecnico-assistenziale che si attiva e si mobilita in presenza di un evento "nuovo" e con caratteristiche prevalentemente di acuzie, di urgenza od emergenza.

Due paradigmi assistenziali che identificano bisogni e fasi diverse ma che in ogni caso, per essere entrambi centrati sulla persona e riuscire a garantire presa in carico e continuità nelle cure, devono necessariamente integrarsi tra loro in una unica rete assistenziale.

LE DIFFERENZE TRA SISTEMA OSPEDALIERO E SISTEMA DELLE CURE PRIMARIE

Assistenza Ospedaliera *"Paradigma dell'attesa"*

Intensività tecno- assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi

Orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto

Presidia l'efficienza

Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala

Punta all'eccellenza

Cure Primarie *"Paradigma dell'iniziativa"*

Estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
Orientato alla gestione di processi assistenziali e alla continuità delle cure

Presidia l'efficacia e i risultati

Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale

Punta all'equità

L'integrazione tra i due sistemi avviene attraverso la costituzione di una unica rete assistenziale

GLI ELEMENTI FONDAMENTALI DELLE CURE PRIMARIE: INTEGRAZIONE, VICINANZA, PARTECIPAZIONE, UMANITÀ

Elementi fondamentali dell'area delle cure primarie sono dunque l'estensività ed equità nell'assistenza e nell'accesso alle cure, la prossimità delle cure ai luoghi di vita dei cittadini, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale, la valorizzazione del capitale umano e sociale a disposizione dell'individuo e la partecipazione della comunità locale e dei cittadini alla programmazione dei servizi e alla valutazione delle attività e dei risultati di salute.

L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

Le cure primarie riconoscono dunque come proprio livello di riferimento quello più prossimo, più vicino ai cittadini e cioè il territorio. Il loro ambito organizzativo specifico è quello distrettuale, da intendersi come articolazione unitaria del sistema sanitario dove avviene la programmazione dei servizi e si dà attuazione agli istituti della partecipazione dei cittadini. All'interno del distretto un'ulteriore suddivisione dello spazio assistenziale in aree sub distrettuali, consente che l'erogazione dei servizi e delle cure avvenga in prossimità dei cittadini, ivi compreso il livello domiciliare.

MODALITÀ DI PRESA IN CARICO DEL CITTADINO

Un potenziamento che tuttavia non può non riconoscersi in alcuni principi.

La realizzazione della presa in carico del cittadino attraverso la istituzione in ogni presidio sanitario territoriale del punto unico di accesso ai servizi

La creazione di uno sportello unico per le prestazioni sociali e sanitarie darebbe finalmente certezza al paziente, portatore di problematiche spesso complesse, di ottenere una risposta tempestiva ed adeguata alle sue effettive necessità. Il Punto unico di accesso dovrebbe rappresentare la porta attraverso la quale si realizza la presa in carico da parte del Sistema sanitario o l'affido del paziente all'equipe che ne ha la specifica competenza. Cesserebbe, così, la dispersione e la frammentazione degli interventi o, quel che è peggio, il "palleggio" di responsabilità che spesso si verifica, anche in contrasto con la stessa volontà degli operatori, nei confronti di pazienti "difficili".

PERCORSI DI ASSISTENZIALI APPROPRIATI E ACCESSIBILI

Una presa in carico effettiva del paziente, attraverso la definizione di precisi percorsi assistenziali, comporterebbe ripercussioni importanti anche sui livelli di appropriatezza delle prestazioni e sulla accessibilità dei servizi.

1. Estensione della copertura assistenziale a 24 ore al giorno, sette giorni su sette. La realizzazione di un'assistenza continua è sicuramente l'esigenza più avvertita dai cittadini ed appare essere l'unico mezzo in grado di disincentivare l'uso inappropriato dei Pronto Soccorso ospedalieri. Ciò comporta inevitabilmente la necessità di cambiare l'attuale organizzazione delle cure primarie, andando verso modelli rinnovati che possano contribuire conseguentemente a stabilire un rapporto di fiducia tra il cittadino e i professionisti della salute.

2. Istituzione del Dipartimento delle cure primarie. Nell'ottica, già più volte richiamata, di una forte integrazione tra le attività sanitarie e assistenziali, la costituzione di un dipartimento delle cure primarie all'interno di ogni singola Azienda Sanitaria, articolato successivamente in ciascun singolo distretto sanitario, acquista un significato del tutto particolare, pratico e simbolico al tempo stesso. Solo attraverso un dipartimento unico è possibile realizzare un "governo" effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria i cui momenti fondamentali passano attraverso la predisposizione di piani di intervento specifici per le diverse aree assistenziali e la gestione unitaria delle risorse umane e professionali. Considerazioni analoghe valgono per la possibilità di programmare e verificare efficacemente accessibilità, qualità ed adeguatezza delle prestazioni e, più in generale, per avvicinare il più possibile le decisioni ai destinatari delle stesse.

3. Promozione delle "Case della Salute". Nell'ambito delle aree elementari del distretto (per un bacino corrispondente a circa 5-30.000 abitanti) dovrebbe trovare collocazione una struttura polivalente e funzionale in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione. La "casa della salute" rappresenta il luogo di tale ricomposizione, il contesto in cui può essere realizzato il lavoro multidisciplinare ed in team degli operatori e in cui dunque può operare, superando le precedenti divisioni, l'insieme del personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base, gli specialisti ambulatoriali. La casa della salute è un insieme di attività organizzate in aree specifiche di intervento profondamente integrate tra loro in cui si realizza concretamente la presa in carico di cui al punto precedente; si persegue la prevenzione primaria, secondaria e terziaria; si attiva un'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare ed infine si garantisce la partecipazione dei cittadini, che viene disciplinata attraverso procedure certe, codificate e periodicamente verificate.

4. Potenziamento dell'Assistenza a Domicilio. Il mutato scenario epidemiologico e l'inversione della piramide demografica con conseguente invecchiamento degli individui, della famiglia e delle popolazioni ha radicalmente mutato le necessità assistenziali e il profilo dei percorsi assistenziali necessari. L'incidenza crescente di patologie croniche ed invalidanti e della non autosufficienza richiedono modalità assistenziali più prossime al cittadino. La costituzione di team multiprofessionali (MMG, Specialisti ambulatoriali, infermieri, personale della riabilitazione, assistenti sociali, ecc.) è in grado di realizzare,

quando occorre, una sorta di ospedalizzazione a domicilio, garantendo appropriatezza, efficacia e umanizzazione delle cure e riducendo l'uso improprio dell'ospedale. Un potenziamento di tale attività, organizzata e coordinata in ambito di distretto è dunque una necessità già ampiamente avvertita dagli altri paesi europei che hanno un grado di implementazione di tale servizio sensibilmente maggiore rispetto al nostro.

5. Promozione delle attività di self-care finalizzate alla autogestione delle malattie croniche che svolgono un ruolo di importanza crescente e connessi all'aumento esponenziale di tali patologie o pluripatologie. Attraverso il self-care è infatti possibile ottenere una maggiore coinvolgimento del paziente nell'iter assistenziale, prevenire i fenomeni di riacutizzazione delle patologie croniche e limitare il numero di ricoveri.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ

In questo contesto ben si inserisce il nuovo ruolo che l'infermiere potrà ricoprire in virtù dell'autonomia professionale e della possibilità di agire assistenziale che gli viene riconosciuta dall'evoluzione della normativa: "...è responsabile dell'assistenza generale infermieristica...". L'infermiere del territorio o di famiglia, o meglio ancora di infermiere di comunità, hanno un ruolo specifico durante tutto il continuum assistenziale del cittadino, ivi incluse la promozione della salute, la prevenzione della malattia, la riabilitazione e l'assistenza a coloro che sono malati o nello stadio finale della vita.

Sebbene la definizione di "Infermiere di Famiglia o di Comunità" faccia supporre che oggetto dell'assistenza siano soltanto le persone che vivono nelle famiglie, così come questo concetto viene generalmente inteso, il ruolo previsto per questo professionista abbraccia molto più di questo, comprendendo tutte le persone della comunità, sia che vivano con altri o soli, sia si tratti di persone che abbiano una casa o meno, o che siano in qualche modo emarginate, ed il suo intervento include anche la comunità stessa nei suoi bisogni di salute.

L'infermiere avrà inoltre un importante ruolo da giocare nel potenziamento delle comunità e nel lavoro con queste congiunto, per incrementarne le risorse e le potenzialità, e perché esse stesse trovino soluzioni adeguate ai motivi di preoccupazione.

ENTRARE NELL'AMBIENTE DOMESTICO, LAVORATIVO O SOCIALE DEL PAZIENTE

Per chi fornisce assistenza primaria è importante conoscere la situazione in cui vivono i pazienti, poiché l'ambiente domestico e familiare, il lavoro, l'ambiente sociale o fisico possono avere un peso considerevole sulle loro malattie. Se i fornitori di assistenza non sono consapevoli di questi fattori, alcuni sintomi insorgenti possono essere male interpretati ed i problemi, se non riconosciuti, non possono essere curati. Il risultato potrebbe essere quello di attivare procedure diagnostiche e di cura non necessarie, che incrementano i costi senza contribuire ad identificare i problemi reali.

Si possono delimitare due macroaree di attività: una generale o d'insieme ed una specifica o di assistenza diretta.

CIÒ CHE L'INFERMIERE METTE A DISPOSIZIONE DELLA COLLETTIVITÀ

La macroarea d'insieme comprende ciò l'infermiere del territorio mette a disposizione della collettività:

1. identifica e valuta lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
2. prende decisioni basate sui principi etici;
3. pianifica, inizia e fornisce assistenza alle famiglie che fanno parte del territorio/comunità assegnato;
4. promuovere la salute degli individui, delle famiglie e delle comunità;
5. applica strategie di istruzione ed apprendimento con i singoli, le famiglie e le comunità;
6. utilizza e valuta diversi metodi di comunicazione;
7. partecipa alle attività di prevenzione;
8. coordina e gestisce l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale;
9. documenta sistematicamente la propria pratica;
10. crea, gestisce ed utilizza informazioni (dati) cliniche, basate sulla ricerca e statistiche per pianificare l'assistenza e definire le priorità nelle attività relative alla salute ed alla malattia;
11. sostiene e potenzia gli individui e le famiglie ad influenzare e partecipare alle decisioni relative alla loro salute;
12. definisce standards e valuta l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia;
13. lavora da solo o come membri di una équipe;
14. partecipa alle attività di definizione delle priorità relative alla salute ed alla malattia;
15. gestisce ed agisce per il cambiamento;
16. mantiene relazioni professionali con i colleghi e gli altri attori;
17. mostra l'evidenza di un impegno alla formazione continua ed allo sviluppo professionale.

CIÒ CHE L'INFERMIERE PUÒ FARE COME ATTIVITÀ DIRETTA

Di seguito alcuni esempi afferenti la macroarea di attività diretta:

- ▶ prevenzione e gestione delle malattie croniche;
- ▶ assistenza ad una famiglia in cui la madre è affetta da carcinoma mammario;
- ▶ assistenza ad una donna sola affetta da carcinoma mammario metastatico;
- ▶ assistenza ad una famiglia con problemi di salute mentale ed alcolismo;
- ▶ assistenza ad una famiglia con un neonato;
- ▶ assistenza ad una coppia anziana, in cui entrambi hanno problemi di salute;
- ▶ assistenza ad un vedovo anziano con disturbi da patologie multiple;
- ▶ assistenza ad una famiglia in cui il padre, forte fumatore, vuole smettere di fumare;
- ▶ assistenza ad una paziente diabetica che ha gradualmente perduto la propria indipendenza e deve essere istituzionalizzata;
- ▶ assistenza ad una famiglia che si prepara alla nascita del primo figlio;
- ▶ assistenza ad una ragazza madre, incinta e tossicodipendente;
- ▶ assistenza ad un'adolescente incinta;
- ▶ assistenza ad una famiglia di rifugiati di una minoranza etnica;
- ▶ prevenzione degli incidenti / ineguaglianza in salute.

VERSO UN NUOVO PARADIGMA DELL'ASSISTENZA

Risulta evidente come sia enorme il divario tra le potenzialità che un infermiere potrebbe esprimere e quanto invece oggi gli viene richiesto di fare dai vari interlocutori istituzionali e non.

Le cause sono varie e tra di loro correlate e sulle quali si rende necessario intervenire con strumenti sia normativi che culturali.

PER INFORMAZIONI

Collegio Infermieri della provincia di Venezia
P.le Leonardo da Vinci, 8 scala f – Mestre Venezia
tel 041 5055951; fax 041 5040882
sito internet: www.ipasvive.it

La Consulta delle associazioni socio sanitarie veneziane

Prevenzione e diagnosi precoce

a cura del

Coordinamento della Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia

La grave crisi economica sta imponendo pesantissimi tagli all'assistenza sociale ed ai servizi della sanità pubblica, che sono stati in questi decenni il fulcro della civiltà non solo italiana, ma europea.

Un modello di assistenza ammirato in tutto il mondo.

Oggi siamo testimoni, in questi delicati settori, invece della perdita di posti di lavoro, del blocco del turnover degli operatori ed anche il Comune di Venezia soffre di mancanza di risorse finanziarie per servizi molto importanti per il benessere della popolazione.

Davanti a tali situazioni, come si possono garantire e perseguire obiettivi di opportuna assistenza sociale e sanitaria per i cittadini veneziani e per le comunità di immigrati presenti sul territorio?

IL RUOLO DELLA CONSULTA DEL COMUNE DI VENEZIA

Occorre riconoscere che le associazioni di volontariato possono offrire un sostegno e contribuire ad essere un punto di riferimento per i cittadini in questo preoccupante scenario.

Bene ha fatto quindi il Consiglio Comunale di Venezia a rinnovare ancora una volta l'istituzione della storica "Consulta per la Tutela della Salute", all'interno della quale gran parte delle associazioni del volontariato, attive in diversi settori e titolari di una buona expertise, si fanno portavoce dei bisogni fondamentali e globali della persona e si impegnano a realizzare una comunicazione più diretta ed efficace tra cittadinanza, Amministrazione Comunale, Conferenza dei Sindaci ed azienda sanitaria Ulss 12.

OBIETTIVI ED ORGANIZZAZIONE

Le Associazioni del volontariato nelle loro varie discipline operano con formidabile esperienza e competenza per dare concretezza all'obiettivo prioritario dell'attività assistenziale extraospedaliera, intervenendo nel modo più giusto ed opportuno possibile poiché conoscono a fondo i bisogni delle persone.

Queste associazioni sono in grado non solo di supportare le campagne di prevenzione per migliori stili di vita, ma anche di contribuire alla ricerca di risposte per bisogni di primo intervento.

LE COMMISSIONI D'AMBITO

La Consulta, all'interno delle quattro Commissioni d'ambito in cui è organizzata, affronta, studia, analizza ed esamina con professionalità e competenza gran parte delle specifiche tematiche socio sanitarie del territorio ed è in grado di offrire indicazioni appropriate rispettando il confronto con tutte le istituzioni.

IL CONFRONTO CON L'AZIENDA ULSS 12

Si spera pertanto di poter instaurare un rapporto nuovo e proficuo di collaborazione con l'Azienda sanitaria Ulss 12. La Consulta, istituzionalmente riconosciuta dal Comune, essendo vicina alla gente può farsi, meglio di altri organismi, portavoce dei bisogni della cittadinanza ed è disponibile ad aprire un confronto costante con le istituzioni e gli enti che si occupano di welfare e sanità.

La Consulta ha particolarmente a cuore l'attivazione di programmi e servizi di assistenza sanitaria omogenei su tutto il territorio veneziano (dal centro storico e dalle isole fino alla terraferma) così come previsto dal Piano Socio Sanitario nazionale e regionale.

CENTRO PROTONICO E ALTRE TECNOLOGIE INNOVATIVE PER LA CURA DEI TUMORI

In un momento così difficile dal punto di vista finanziario, tanto che i tagli rischiano di colpire anche servizi di base, la Consulta si augura che la Regione – cui fa capo la gestione finanziaria e programmatica della sanità veneta – possa accantonare o anche rinunciare alla realizzazione di un Centro Protonico a Mestre (polo di alta tecnologia per particolari terapie radianti di alcuni tipi di cancro). L'impatto finanziario di questo progetto non solo è molto pesante fin dall'avvio dell'opera, ma è destinato a continuare anche nella futura gestione, non permettendo di garantire un recupero certo dei costi.

In alternativa si può investire in quella tecnologia definita "bisturi radioterapico", che assicura, con limitate sedute, applicazioni mirate sui tumori di cervello, fegato, pancreas, polmone, prostata, fino alla riduzione o alla scomparsa del tumore, senza ricorrere ad interventi chirurgici.

Recentemente la stampa nazionale ha dato notizia che presso l'Istituto Oncologico Europeo di Milano, fondato da Umberto Veronesi, sono stati acquistati apparecchi dotati di un sistema tecnologico detto "Trilogy" che consentono di guidare le radioterapie con acceleratori lineari che ruotano attorno al paziente colpendo il bersaglio, anche se il paziente si muove per il respiro o il battito cardiaco.

Sono apparecchiature che non richiedono particolari investimenti strutturali, dove ci sono già acceleratori lineari, né arruolamento di ulteriore personale tecnico o medico. L'impatto economico è notevolmente ridotto rispetto ai 150 milioni previsti per la spesa iniziale del Centro Protonico.

FAVORIRE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E SCREENING

Peraltro non bisogna ignorare che la ricerca scientifica nel campo della mappatura genetica del tumore potrebbe a breve termine, mediante una semplice indagine ematica, svelare se nel ciclo ematico sono presenti frammenti particolari di cellule aggredite dal cancro.

Forse il trattamento radioterapico e clinico del tumore e i grandi investimenti finanzia-

ri in tale ambito potrebbero essere correlati ad un maggiore impegno per interventi nel campo della prevenzione e dell'attività di screening. Infine la Consulta per la Tutela della Salute del Comune di Venezia è un universo così variegato di associazioni, che implicano diverse modalità di impegno e di attività sul fronte assistenziale, che troppo spesso viene sottostimato dalle istituzioni. L'auspicio della Consulta è che ci sia finalmente invece una inversione di tendenza. La battaglia da fare insieme, associazioni ed istituzioni, è a favore di campagne di prevenzione e per la diffusione di corretti stili di vita tra la cittadinanza. Proprio da stili di vita sbagliati infatti derivano malattie con alti costi individuali e collettivi, quindi puntare sulla prevenzione, vuol dire anche risparmiare risorse da investire per migliorare il benessere globale delle persone, soprattutto in un momento in cui l'impoverimento di intere fasce sociali può esporre a pesanti rischi socio sanitari.

PER INFORMAZIONI

Segreteria Consulta Tutela per la Salute del
Comune di Venezia
tel. 041 2747875-81



Salute e bisogni globali delle donne

Oltre gli stereotipi, rilanciare identità e relazioni

di Nicoletta Benatelli

Cercare di analizzare a fondo i bisogni globali delle donne nell'ambito della salute, significa approfondire inevitabilmente il tema dell'identità della donna, delle relazioni delle donne e tra le donne all'interno della famiglia e della società contemporanea. Significa rinominare il senso della comunità in un momento storico in cui precarietà e difficoltà lavorative ed economiche della crisi epocale che stiamo vivendo, rischiano di frammentare ancor più le relazioni e di indebolire la forza innovativa e trasformatrice delle donne con ripercussioni pesanti a livello familiare e sociale.

Le donne sono i cardini secolari del lavoro di cura di bambini ed anziani, ma anche sempre più le protagoniste di un ingresso massiccio nella vita pubblica attraverso molteplici professioni e mestieri. Sostenere le donne vuol dire sostenere il cuore stesso della società o meglio ritrovare il senso della comunità rimettendo al centro le relazioni di aiuto reciproco che sono il sale di ogni civiltà.

Dall'incontro di presentazione della rivista online "Venezia in salute" alle associazioni della Consulta per la Salute, è nata l'idea di creare dei forum aperti in cui il confronto possa essere aperto e focalizzato sui bisogni primari e globali delle persone nella loro soggettività più autentica: donne, bambini, anziani, disabili, malati psichici, ecc.

Al forum sul tema "Salute e bisogni globali delle donne" tenutosi il 29 febbraio in Municipio a Mestre ha collaborato anche la Consulta della Cittadine del Comune di Venezia.

Hanno partecipato al forum: **Maria Teresa Menotto, presidente della Consulta delle Cittadine; Stefania Bragato, vice presidente della Consulta delle Cittadine e segretaria dell'associazione Metabolé; Franca Marcomin, ostetrica e presidente dell'associazione Matriosca; Giuliana Di Girolamo, ostetrica e membro dell'associazione Matriosca; Barbara Guarinoni, ostetrica e vice presidente del Collegio Interprovinciale delle Ostetriche; Emilia Cervonaro, progetto "Nascere meglio"; Leda Cossu, associazione VeneziaAmbiente; Giampaolo Lavezzo, cooperativa sociale Rochdale.**

Sono state presenti al forum anche Nicoletta Codato e Veronica Vento, Servizio Programmazione Sanitaria e Segreteria della Consulta per la Salute del Comune di Venezia.

Se parliamo di donne e salute viene spontaneo partire dai Consultori Familiari, servizi nati come risposta ai bisogni globali delle donne: prevenzione dell'aborto, contraccezione, prevenzione tumori femminili, sessualità e rapporto di coppia, maternità responsabile, menopausa, ecc. Ad oggi si tratta di servizi quasi completamente gratuiti per consulenze psicologiche e visite mediche; è importante rilanciarli soprattutto in tempo di crisi economica? Vanno ripensati alcuni aspetti soprattutto in relazione ai mutamenti dell'organizzazione sanitaria e della società?

Marcomin: I Consultori sono stati istituiti nel 1975, da allora sono avvenuti dei mutamenti epocali nella società e tra le donne. La generazione di donne che ha contribuito alla nascita dei Consultori oggi ha più di 60 anni e per legge non può più nemmeno usufruirne visto che è stato posto il limite di età dei 59 anni per le utenti. Negli anni Settanta all'interno dei Consultori c'erano dei comitati di partecipazione formati dalle donne del quartiere, c'era una partecipazione sociale fortissima che creava un collegamento diretto tra i servizi offerti dalle operatrici e i bisogni emergenti che venivano riscontrati. Attualmente la riorganizzazione dei Consultori prevede una specializzazione delle diverse équipe rispetto a progetti mirati: mediazione familiare, menopausa, adolescenti, genitorialità, ecc. Si lavora di più su target di utenti specifici. Una funzione importante i Consultori l'hanno svolta e la svolgono anche per la salute delle donne straniere.

La Regione Veneto con la dgr 392 del 2005 ha comunque cambiato la prospettiva: possiamo sintetizzare dicendo che i Consultori non sono più servizi alle donne, ma alla famiglia.

I Consultori sono nati anche con l'obiettivo della presa in carico globale della donna. Stiamo dunque perdendo di vista questa peculiarità?

Di Girolamo: I servizi ambulatoriali di prevenzione dei tumori femminili sono previsti all'interno del Consultorio/Distretto. I Consultori hanno il mandato di operare sempre per una presa in carico globale della donna e della famiglia. Le équipe sono multidisciplinari, formate da ginecologhe, psicologhe, ostetriche, assistenti sociali. Adesso assistiamo ad un incremento di utenza dovuta alla presenza di donne straniere e, in parte, alla crisi economica; il consultorio offre servizi gratuiti. Ma la questione è più complessa. I Consultori hanno lentamente modificato il contatto diretto con le donne, pur garantendo un'adeguata accoglienza e ascolto, ed è cambiata anche la visibilità sociale di questi servizi che rischiano così di indebolire il proprio ruolo. A Venezia è stato chiuso il Consultorio della Giudecca ed ora in centro storico c'è un solo Consultorio all'ex ospedale Giustinian. In terraferma ci sono ancora diversi Consultori. Tutti sono impegnati in progetti specifici a favore di particolari fasce di utenza come gli adolescenti, ecc. E' un cambiamento radicale di prospettiva.

Servizi come i Consultori dunque mostrano una diversa prospettiva, ma i bisogni delle donne sono cambiati in questi anni?

Cossu: Credo che si stia perdendo nelle donne il senso profondo della propria identità. E soprattutto che questa identità spesso non abbia visibilità sulla scena pubblica. Sono le donne che devono ricominciare a sentire i Consultori come uno spazio loro, pensato per loro, che può offrire loro servizi strategici in una presa in carico globale della loro persona e dei loro bisogni. Abbiamo lentamente perso di vista il valore della presenza delle donne come soggetti attivi e partecipativi.

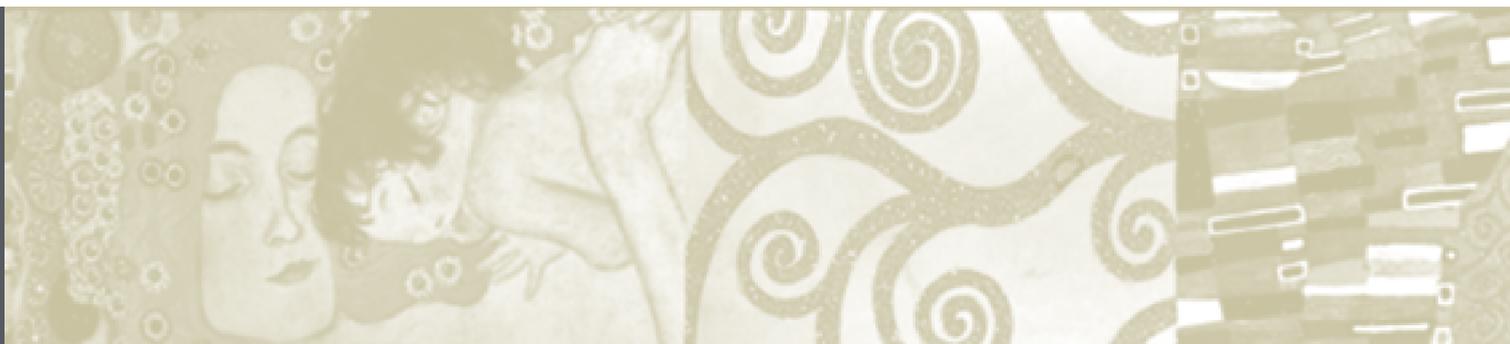
Di Girolamo: E' chiaro che in generale siamo di fronte ad un cambiamento di cultura che fa fatica a far coincidere quantità con qualità. Le professionalità dimostrano competenze di altissimo livello, ma faticano, talvolta, ad esprimersi in questo contesto sempre più complesso.

La partecipazione sociale è ancora possibile? La mobilitazione sociale raggiunge buoni risultati?

Codato: Quando è stato chiuso il Consultorio della Giudecca, il Comune di Venezia, la Municipalità e molte associazioni con grande impegno hanno chiesto in centro storico l'apertura di due punti nascita, cioè di spazi di accoglienza per mamme e bambini. I due punti nascita si trovano alla Giudecca e a Castello: un giorno alla settimana c'è l'incontro con un pediatra ed una infermiera. Si tratta di spazi molto vissuti dalle mamme che possono incontrarsi, scambiarsi opinioni, ricevere consulenze e rafforzare le loro relazioni.

Parliamo di maternità. Nella società contemporanea sembra esserci una cultura stereotipata della maternità che propone spesso modelli semplificati che poco corrispondono alla complessità dell'essere madre oggi?

Cervonaro: L'associazione Nascere meglio ha appena realizzato a Verona un convegno con i ginecologi della associazione Andria dal titolo "Per accogliere un bambino, ci vuole un villaggio". Al di là dei cliché sulla maternità facile e bella che ci vengono propinati dai media, spesso le giovani madri sono sole, perché le loro madri sono ancora impegnate a livello lavorativo. Manca quel "villaggio" sociale in grado di accogliere adeguatamente un bambino. I bambini si vedono nelle pubblicità ma le città non sono fatte né a misura di mamme né a misura di bambino.



Si dice spesso che oggi la gravidanza è molto sanitarizzata, è vero?

Marcomin: La funzione dell'ostetrica è forte nei Consultori per i corsi di preparazione al parto che sono molto frequentati da donne di diversa provenienza ed estrazione sociale. In generale però la figura dell'ostetrica si è indebolita progressivamente in conseguenza alla sempre maggiore sanitarizzazione del parto. C'è una tendenza, trasmessa poi alle madri, alla ricerca ossessiva della sicurezza. Potrei dire che si tratta di un bisogno della società d'oggi che tende a non accettare rischi di nessun tipo e mal sopporta il senso del limite.

Quale ruolo ha avuto l'ostetrica per le generazioni passate e quale ruolo potrebbe giocare ora?

Guarinoni: Personalmente ho scelto di fare l'ostetrica quando ero ancora bambina. Ero completamente affascinata dalla figura della migliore amica di mia madre che aveva fatto l'ostetrica condotta e poi era entrata a lavorare in ospedale. Quando questa ostetrica veniva a trovare mia madre, io stavo ore ad ascoltare i suoi racconti. Si trattava di racconti di nascite che mi colpivano al cuore già da allora. Sentivo una grande passione. L'ostetrica è una figura centrale nell'evoluzione fisiologica della donna: dalla pubertà alla gravidanza e al parto fino al climaterio. L'ostetrica dovrebbe essere la figura che si prende cura dell'anima, del cuore e del corpo della donna. Fino agli anni Cinquanta, non solo c'erano le grandi famiglie allargate in cui madre e bambino erano accolti in un vero e proprio villaggio sociale, ma la stessa figura dell'ostetrica era centrale ed entrava a far parte della famiglia come una persona che meritava grande fiducia.

Ancor oggi ci sono regioni – Piemonte, Toscana, Lombardia, Emilia Romagna - che investono moltissimo nella figura dell'ostetrica territoriale e investono nel sostegno domiciliare della relazione madre e bambino anche nel periodo post partum. Si è visto che sono investimenti efficaci perché proteggono le donne dalla depressione e le aiutano ad iniziare la propria funzione genitoriale con adeguati sostegni. Una prospettiva di questo tipo potrebbe permettere anche dimissioni anticipate dall'ospedale, ma certo se non c'è un numero adeguato di ostetriche sul territorio, allora non si può nemmeno mandare le donne a casa, allo sbaraglio, non appena hanno partorito. Le madri oggi sono molto più sole e quindi più fragili. La cultura dominante non le aiuta ed i politici sembrano non capire questi bisogni così delicati e profondi.

Possiamo dire che la figura dell'ostetrica è simbolica delle relazioni tra donne che ora si stanno indebolendo, rispetto al passato...

Cossu: Ci vuole una comunità. Ci vuole un'appartenenza per ogni persona e per ogni situazione. Le conquiste in campo sanitario sono importantissime. Gli interventi specialistici sempre più avanzati dal punto di vista tecnologico, salvano vite umane. Ma poi si ritorna al punto di partenza. Serve una famiglia, serve un villaggio, serve una comunità. Altrimenti la civiltà scompare e gli sforzi compiuti per migliorare anche il sistema sanitario rischiano di perdersi. Le donne, come tutte le persone, hanno bisogno di essere accolte, comprese, accompagnate nei vari percorsi della vita. Non basta che il parto avvenga in sicurezza o che una malattia possa essere curata. La guarigione è qualcosa di più grande che riguarda anche altre sfere della persona. Se non ci sono relazioni forti, tutto diventa più difficile.

Anche il tema della malattia è complesso e delicato. Il tumore al seno è una delle malattie oncologiche più frequenti nelle donne. Oggi si sono raggiunti ottimi risultati dal punto di vista medico, ma la guarigione è un percorso globale...

Bragato: L'associazione Metabolé si occupa anche di sostegno alle donne operate al seno con gruppi di autoaiuto. Nei nostri gruppi emerge spesso la difficoltà vissuta dalle donne durante la guarigione, un viaggio costellato da una carenza informativa di tipo medico ma anche pratico-burocratico, ma vissuta anche nella fase successiva quando devono fare i conti con un corpo trasformato. In particolare, le donne che subiscono una mastectomia (asportazione completa della mammella; ndr) dovrebbero essere informate dei rischi, delle diverse fasi e modalità di impianto delle protesi, nonché dei possibili esiti non sempre apprezzabili. L'informazione è importante per scegliere nella massima libertà quale percorso fare: avviare nella stessa seduta di asportazione della mammella il percorso verso l'impianto della protesi o scegliere di non seguire quella strada. Per le donne che subiscono una mastectomia deve esserci sempre la libertà di scelta sul proprio corpo. La nostra associazione, attraverso i gruppi di auto aiuto, mira a favorire lo sviluppo di una nuova relazione con il corpo che cambia perché è e/o è stato malato, perché c'è stata una mutilazione o semplicemente perché si invecchia. I gruppi di autoaiuto sono uno strumento fondamentale per un confronto con persone che hanno vissuto e vivono esperienze simili, l'aiuto reciproco porta a migliorare l'accettazione di sé e contribuisce a far crescere le relazioni interpersonali a volte ostacolate da un sé infranto.

Il tema della malattia richiama anche quello della disabilità. Le mamme di figli disabili, sono spesso colpevolizzate, talvolta perdono il lavoro perché totalmente prese dall'assistenza e sono abbandonate dal partner. Le mogli di mariti e le figlie di genitori con disabilità, devono ancor oggi troppo spesso sopperire alla mancanza di servizi socio assistenziali.

Lavezzo: Le madri che hanno figli con disabilità sono ancor oggi delle madri coraggio. I servizi sono migliorati negli anni, ma esistono ancora madri quasi ottantenni che da decenni vivono recluso per assistere 24 ore al giorno i figli disabili gravissimi che ora sono diventati quarantenni. Sono situazioni limite verso le quali si fa ancora troppo poco e che toccano le nostre coscienze. Al nord l'incidenza della disabilità sta scendendo perché c'è molta prevenzione anche in gravidanza, ma al Sud siamo ai livelli di qualche decennio fa.

I tagli al sociale poi rischiano di avere ripercussioni ancora più devastanti su situazioni già tanto delicate. C'è molto da fare anche a livello culturale perché la società di oggi fatica ancora ad accettare le disabilità e permane un senso di colpevolizzazione latente nelle madri che hanno figli disabili. Occorre continuare a lottare perché ogni cliché venga superato. Le persone devono essere accettate per come sono e i modelli di riferimento devono cambiare. La vita reale non assomiglia alle riviste in carta patinata che raccontano le avventure del jet set internazionale o delle star della televisione.

L'assistenza al malato oncologico terminale

Cure palliative ed hospice

a cura di **Salvatore Lihard**
Movimento per la difesa della sanità pubblica

Mi è doveroso utilizzare questo contributo per ricordare anche in questa occasione Valter Vanni, scomparso nel gennaio scorso, a causa di una gravissima malattia tumorale.

Conoscevo Valter da più di 30 anni come dirigente di Pci, poi PdS ed infine PD, ma sono riuscito ad apprezzarne i valori, le capacità, la sensibilità umana, e soprattutto il rigore intellettuale, lavorando con lui, fianco a fianco, in questi anni recenti, sul fronte della sanità.

Con Valter abbiamo costruito il Movimento per la difesa della sanità pubblica, e con l'aiuto di tante altre persone di buona volontà, ci siamo impegnati per legittimare un diritto fondamentale come quello della salute e del benessere, mettendo al centro del sistema il servizio pubblico.

A noi tutti sembrava perfino anomalo che un dirigente politico della statura di Valter si potesse "confondere" con un Movimento di base; stupiva il suo intenso impegno; le sue analisi e le sue proposte erano sempre rafforzate da dati, normative, articoli di giornali ritagliati e conservati nel tempo. Con la sua scomparsa prematura e dopo grandi sofferenze, non solo noi del Movimento, ma tutta la politica, quella vissuta con coraggio ed a testa alta, perde un ottimo e caparbio punto di riferimento.

Ciao, Valter, grazie.

Sul Quaderno della Salute numero 3 del 2009 ho pubblicato un articolo sugli Hospice a Venezia ed in Veneto supportato da una complessa ed articolata normativa nazionale e regionale.

E' una dimensione molto particolare quella dell'assistenza sanitaria riferita alle cure palliative per malati oncologici terminali, a partire dalle strutture, gli hospice (intra ed extra ospedalieri), nati per ospitare in modo adeguato i pazienti nella fase finale della vita.

Le cure palliative sono definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "un approccio che migliora la qualità della vita dei malati, affetti da patologie inguaribili, e delle loro famiglie, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza con una identificazione precoce ed un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale".

L'allarme dell'Ulss 12 per l'aumento di patologie tumorali nel veneziano

Recentemente la Ulss 12 veneziana ha evidenziato un aumento delle malattie tumorali di ben oltre il 40% dal 2005 al 2009, mettendo in rilievo due elementi peculiari come si evince dal Gazzettino del 26 febbraio 2011:

- 1) che l'aumento dei tumori coincide con la graduale chiusura di attività produttive a Porto Marghera;
- 2) che si evidenziano irragionevoli picchi in zone residenziali della terraferma ed in centro storico (ad es. Carpenedo e Lido).

Lo studio nazionale SENTIERI

I risultati dello studio SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento) hanno evidenziato, per quanto riguarda il nostro territorio, in particolar modo Marghera, un eccesso per tutti i tumori e le malattie dell'apparato digerente, del polmone e della pleura. Nella ricerca si legge: mostrano un eccesso rispetto al numero di casi previsti le morti per tumori al fegato, polmone, pleura, vescica, mesotelioma e cirrosi epatica.

I dati del coordinamento intersindacale medici

In un documento dell'intersindacale medici dell'ospedale civile di Venezia, presentato all'assessore regionale alla sanità, si denunciano alti incidenze di neoplasie maligne: un numero di casi tra i più elevati del Veneto secondo i dati della stessa Regione.

La necessità di politiche per prevenzione, diagnosi precoce, terapie e cure palliative

Questi dati ci dicono che oggi, più di ieri, è importante avviare adeguate politiche qualificate per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali a partire da una corretta e disciplinata applicazione delle norme e dei protocolli sanitari. E purtroppo nel territorio della Ulss 12 si disattendono alcune questioni che attengono alla programmazione e alla pianificazione dei servizi sociosanitari anche nel campo dei malati terminali oncologici.

La legge 15 marzo 2010, n. 38

E' molto importante segnalare la legge 15 marzo 2010, n.38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

E' questa una legge fortemente innovativa che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso dell'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Programmi di cure ed assistenza individuali

Le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore devono assicurare un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei principi fondamentali della tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione. Altri principi fondamentali sono la tutela della promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale, e un adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della sua famiglia.

La definizione dei compiti degli hospice

L'Assessore Regionale alla Sanità, in una recente Delibera (n.2339 del 29 dicembre 2011), riferisce quanto segue: "La programmazione regionale definisce i centri residenziali di cure palliative (Hospice) come le strutture facenti parte della rete di assistenza ai pazienti terminali, per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive ed in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata e, prioritariamente, per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale che necessitano di assistenza palliativa e di supporto".

Alcuni dati sugli hospice a livello regionale e nel veneziano

Nel complessivo sistema regionale dei 17 Hospice sono risultati attivi 132 posti letto che hanno garantito 1.768 ricoveri con un

consumo di 40.553 giornate di degenza e un tasso di occupazione posto letto del 84,5%, con una degenza media di 23 giorni. Queste strutture hanno registrato nel Veneto una presenza media giornaliera di 111,4 pazienti. Per quanto riguarda la situazione nella Ulss 12, ad un primo monitoraggio risulterebbero:

- 16 posti letti attivati
- 5.351 giornate di degenza
- 152 pazienti in hospice extraospedaliero.

La funzione dell'hospice extra ospedaliero

Ricordo che l'hospice extra ospedaliero è funzionalmente autonomo e fisicamente separato dalla struttura ospedaliera. Il tratto peculiare è costituito dalle piccole dimensioni (modulo di 10/20 posti letto), dal basso contenuto tecnologico e sanitario e dall'elevato contenuto umano con interventi di sostegno psicologico, relazionale e spirituale.

Tali strutture dovranno di norma essere allocate all'interno di più complessive ed ampie strutture residenziali.

L'attuale dimensione dell'offerta nell'ambito della programmazione socio sanitaria prevede:

Fatebenefratelli, Venezia:

posti letto autorizzati 8, posti letto attivati 8

Centro Nazareth, Zelarino:

posti letti autorizzati 8, posti letto attivati 8

Villa Elena – Opera Santa Maria della Carità:

10 posti letto autorizzati ma non attivati.

La funzione dell'hospice intra ospedaliero

L'ospice intra ospedaliero è collocato all'interno di una struttura ospedaliera e dotato di autonomia funzionale. Questo modello realizza una sintesi che consente la coesistenza di un'assistenza sanitaria avanzata, specializzata nel trattamento dei sintomi che accompagnano la fase terminale di malattia, con un

approccio alla sofferenza globale del paziente ricco di contenuti umani.

L'hospice, in ottemperanza al DPCM del 20 gennaio del 2000, deve prevedere i requisiti minimi a livello strutturale, tecnologico, organizzativo.

Il fabbisogno di hospice in relazione alla popolazione

L'indice di fabbisogno per l'hospice extra ospedaliero è pari a 0,05 posti letto per 1.000 abitanti, da integrarsi con la rete degli hospice intra ospedalieri fino alla copertura di 0,08 posti letto per 1.000 abitanti. L'attivazione è subordinata al raggiungimento di almeno il 50% della copertura del locale fabbisogno di Assistenza Domiciliare Integrata dedicata ai malati terminali. Tale offerta sanitaria riguarda sia gli assistiti della Ulss 12 veneziana che quelli della Ulss 13 (Riviera del Brenta-Miranese). La Regione individua il Policlinico San Marco come hospice intra-ospedaliero ed assegna 15 posti letto, in contrapposizione alle DGR n.3223/2000 e DGR n. 751/2005 che prevedono sempre al Policlinico 25 posti letto.

La necessità di definire protocolli per la presa in carico tempestiva dei malati terminali

E' quindi auspicabile che il prossimo Piano Socio Sanitario del Veneto (l'ultimo risale al triennio 1996-98) possa contenere un modello di assistenza socio sanitaria che preveda protocolli in grado di garantire tempestività nella presa in carico del malato terminale, garantendo adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione. Occorre assicurare una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed attivare un controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, nell'ambito della rete dei servizi dall'abitazione del malato, all'ospedale, all'hospice.



VENEZIA IN SALUTE



Rivista ViS "Venezia in Salute"

in attesa di registrazione
al Tribunale di Venezia
numero 0 /febbraio-marzo 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 Coadiutore del Sindaco per la Sanità

segreteria di redazione:
Nicoletta Codato
Servizio Programmazione Sanitaria del Comune
di Venezia
Anna Zanetti e Cinzia Trevisan
segreteria Direzione Affari Istituzionali
Gabinetto del Sindaco

*inserto speciale FOCUS ULSS 12 in collaborazione
con l'azienda Ulss 12:*
Maria Grazia Raffele, comunicazione

progetto grafico:
Renato Vidal
responsabile Ufficio Grafico Comune di Venezia
Renzo Brugin
Ufficio Grafico Comune di Venezia

per informazioni e contatti con la rivista ViS
bruno.centanini@comune.venezia.it
tel 0412747874



10 e 11 maggio 2012

10° Meeting Italiano Città Sane - OMS

**LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
COME ANTIDOTO ALLA CRISI
2012 ANNO EUROPEO
DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO**

Aula Magna
CENTRO CULTURALE DON ORIONE ARTIGIANELLI
Dorsoduro 909/a 30123 Venezia

Con il patrocinio di: Ministero della Salute, Istituto Superiore di
Sanità, Regione Veneto, ANCI, Federsanità, Provincia di Venezia,
azienda Ulss 12 veneziana

Per informazioni
Servizio Programmazione Sanitaria, Comune di Venezia
S. Croce 502 Venezia
e-mail: programmazione sanitaria@comune.venezia.it
tel 041. 2747 875 – 881 fax 041.2747878

Segreteria Nazionale Rete Città Sane OMS
Via Santi 40 - 5 Piano, 41123 Modena
e-mail: cittasane@comune.modena.it
tel. 059 203 3535 - 2388 - 2146 - fax. 059 203 3815

E' possibile iscriversi al meeting on line sui siti:
www.comune.venezia.it e www.retecittasane.it