

VENEZIA IN SALUTE



ALL'INTERNO

MAGGIO / GIUGNO 2014 - NUMERO 9



La salute in centro storico e nelle isole.
La povertà fa ammalare di più.
Oncologia. Il centro di cura
dei tumori della testa
e del collo nella Ulss 12

A large, close-up, black and white photograph of a newborn baby's face, resting peacefully with its eyes closed. The baby's hand is visible near its face.

ACCOGLIERE UN NUOVO NATO

sommario

PRIMO PIANO

- Un figlio in tempo di crisi. Un'opportunità per "reinventare la vita".
Intervista alla psicoterapeuta Paola Scalari
- Percorso Nascita, dalla gravidanza al post partum per ridurre al massimo i rischi.
Forum di confronto con Tiziano Maggino primario di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale dell'Angelo
- A febbraio è stato chiuso il Punto Nascita di Villa Salus. Resta un grande patrimonio di esperienza umana e professionale.
A cura di Roberto Fraioli, già responsabile della Attività Sala Parto Ospedale Classificato Villa Salus

PUNTI DI VISTA / CONSULTA DELLE CITTADINE

- Dalla tutela della salute alla nuova visione della medicina di genere e dell'integrazione sociosanitaria.
Intervista a Maria Teresa Menotto, presidente della Consulta delle Cittadine, Cristina Giadresco, vice presidente, e Franca Marcomin, responsabile Commissione Salute

FOCUS ULSS 12

- Strategie e servizi. Verso una presa in carico complessiva del paziente. Entro fine anno le strutture intermedie, ma la sfida resta costante
- Oncologia. Tumori della testa e del collo. Nell'Ulss 12 un centro di cura con approccio multidisciplinare.
A cura di Paolo Morandi, direttore Unità complessa di Oncologia dell'Ulss 12

STUDI E RICERCHE

- La salute in centro storico e nelle isole. La povertà fa ammalare di più, soprattutto le donne.
A cura di Lorenzo Simonato, Laboratorio di Sanità Pubblica e Studi di Popolazione, Università di Padova

EVENTI

- L'edizione di Venezia in salute 2013 al Forte Marghera. Cultura della salute in progress.
Di Moreno Scevola, presidente Fondazione ARS Medica, Ordine Medici di Venezia

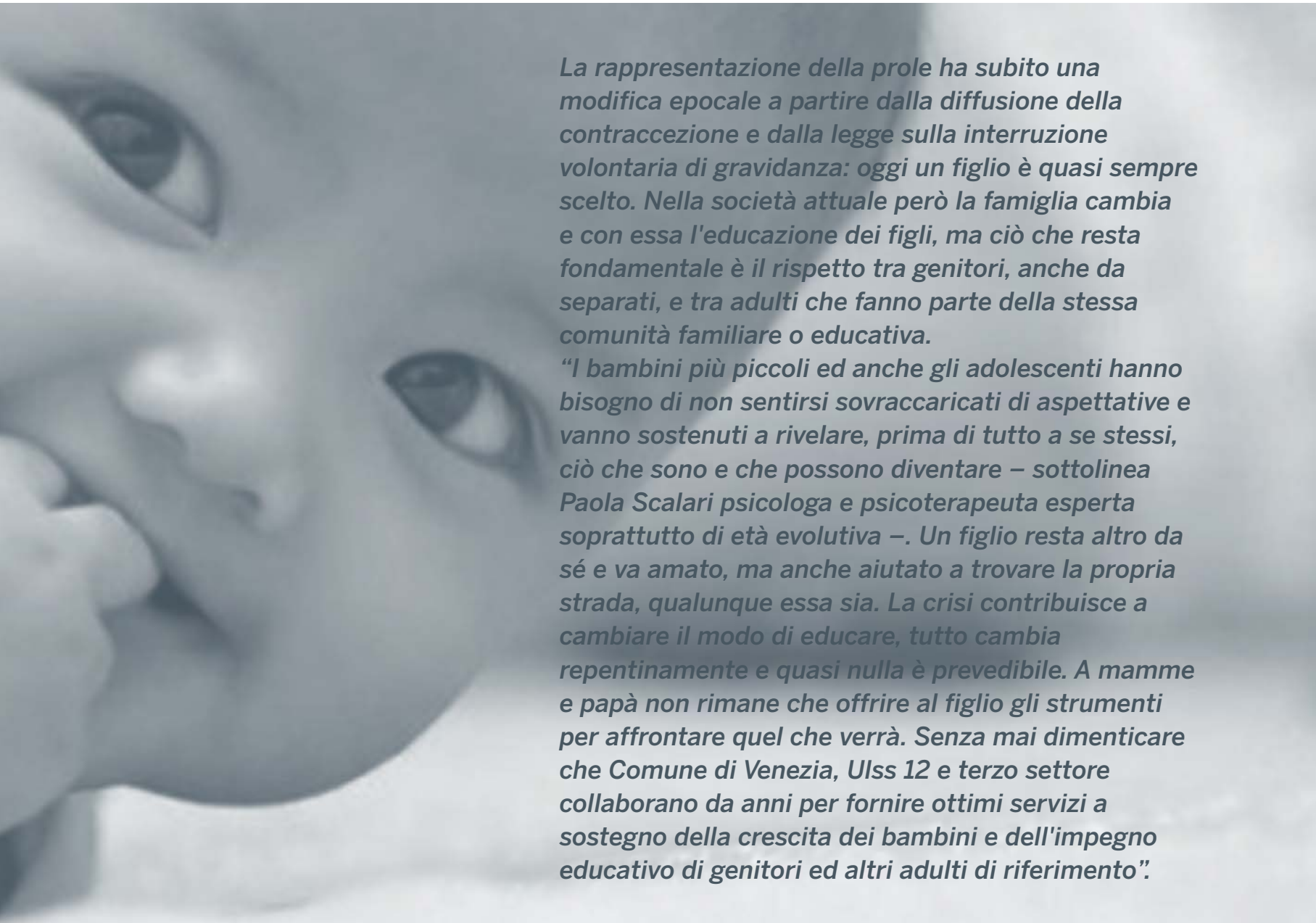
SPAZIO RIFLESSIONI

- In ricordo di Francesca Corsi, responsabile del Servizio Anziani, Disabili e Salute Mentale del Comune di Venezia. Competente ed instancabile nella difesa dei diritti di cittadinanza.
A cura di Sandro Simionato, già assessore alle Politiche Sociali e vice sindaco di Venezia
- Nel primo Piano di Zona, approvato nel 2001, i principi ispiratori della "domiciliarità".
A cura di Sandro Del Todesco, dirigente del Comune di Venezia

Accogliere un nuovo nato

Un figlio in tempo di crisi. Una opportunità per “reinventare la vita”

Intervista alla psicoterapeuta Paola Scalari



La rappresentazione della prole ha subito una modifica epocale a partire dalla diffusione della contraccezione e dalla legge sulla interruzione volontaria di gravidanza: oggi un figlio è quasi sempre scelto. Nella società attuale però la famiglia cambia e con essa l'educazione dei figli, ma ciò che resta fondamentale è il rispetto tra genitori, anche da separati, e tra adulti che fanno parte della stessa comunità familiare o educativa.

“I bambini più piccoli ed anche gli adolescenti hanno bisogno di non sentirsi sovraccaricati di aspettative e vanno sostenuti a rivelare, prima di tutto a se stessi, ciò che sono e che possono diventare – sottolinea Paola Scalari psicologa e psicoterapeuta esperta soprattutto di età evolutiva –. Un figlio resta altro da sé e va amato, ma anche aiutato a trovare la propria strada, qualunque essa sia. La crisi contribuisce a cambiare il modo di educare, tutto cambia repentinamente e quasi nulla è prevedibile. A mamme e papà non rimane che offrire al figlio gli strumenti per affrontare quel che verrà. Senza mai dimenticare che Comune di Venezia, Ulss 12 e terzo settore collaborano da anni per fornire ottimi servizi a sostegno della crescita dei bambini e dell'impegno educativo di genitori ed altri adulti di riferimento”.



Dottoressa Scalari, come era vissuta la nascita di un figlio qualche decennio fa e come viene vissuta oggi?

La rappresentazione della prole ha subito una modifica epocale a partire dalla diffusione della contraccezione e dalla legge sulla interruzione volontaria di gravidanza: oggi un figlio è quasi sempre scelto.

Il figlio come “scelta”, e non per “volere divino”, comporta però anche un rischio che include la fantasia da parte dei genitori di poter avere un figlio perfetto, dotato di tutte le attitudini desiderate. Pertanto invece di assecondare la natura di ogni bambino, i genitori di oggi tendono a volere che ogni piccolo si conformi alle proprie aspettative. E visto di figli se ne fanno pochi, si crede che quell'unico discendente debba rispondere a tutti i propri sogni.

L'operazione tentata dai genitori di forgiare il bambino sul proprio desiderio, fortunatamente, non riesce spesso, perché ogni piccino ha la sua specifica personalità, ma si tratta comunque di un atteggiamento pericoloso da parte dei genitori.

Ma il rischio non è quello di desiderare un figlio perfetto, più mitico che reale?

Queste altissime aspettative da parte dei genitori sono errate. La pretesa di avere un figlio perfetto proviene da un clima culturale perverso, nel quale prevale il dominio sull'altro. In realtà un figlio non si sottomette, si educa. Ed educare implica un processo che darà i suoi risultati senza pretendere l'immediato riscontro. La caduta dell'idea di educare con pazienza, perseveranza, fiducia, capacità di attesa, speranza sta forse subendo un colpo mortale dentro ad un contesto sociale consumistico dominato dall'usa e getta, avvilito dall'idea di successo. La fantasia è che le persone sono al servizio dei nostri desideri e se non li

soddisfano, possono essere messe da parte...

Oggi tra l'altro osserviamo che le attese di successo sono troppe e troppo concentrate su pochi bambini. Tutto ciò crea una miscela esplosiva nei rapporti familiari e interpersonali...

La nostra è una società a misura di bambino?

Devo dire che in verità la nostra società è a misura di bambino. O almeno lo è molto più di quanto lo sia mai stata. Oggi più di ieri, e quindi di sempre, il bambino ha uno stato di diritto che lo ha liberato dal “possesso familiare”. Le madri un tempo dicevano: “Così come ti ho fatto, ti disfo”. I padri educavano facendo paura e affermavano: “Ti picchio per il tuo bene”. Per fortuna nessuno – almeno apertamente – afferma più il diritto a essere così duro con il “suo” bambino.

La nostra società dunque sembra aver fatto molti passi avanti nella tutela dei più piccoli...

Il rispetto verso l'infanzia è una grande conquista del terzo millennio.

I bambini non possono più essere maltrattati, trascurati, abusati, fatti oggetto di ogni sopruso. I bambini lavoratori, i bambini sfruttati, i bambini non scolarizzati, speriamo rimangano una piaga del passato. Una piaga che, si guardi bene, veniva legittimata da tutta la comunità e perciò ritenuta normale e naturale.

Ora invece se un bambino subisce delle ingiustizie il sistema di Tutela Minori lo protegge. Lo mette in salvo da genitori incapaci, fragili, maltrattanti.

Perciò questa è la miglior società, almeno in Occidente, dalla notte dei tempi, per tutti i piccoli.

Ora i bambini possono essere piuttosto iperprotetti, iperstimolati, talvolta sono costretti a vivere in un mondo accelerato e a sentire su di sé tante aspettative da assolvere, ma sono anche minori con tanti diritti. Primo fra questi il diritto ad essere educati e il diritto all'istruzione.



Certamente molte volte la famiglia si può lamentare della realtà scolastica attuale con tutte le sue falle. Ma non dimentichiamo che essa è aperta a tutti, che rappresenta il luogo privilegiato dello stare insieme agli altri bambini per imparare a vivere nel gruppo e godere del sapere collettivo. Queste sono grandi conquiste. Dobbiamo sapere che i bambini italiani sono figli di un mondo privilegiato dove banchi, carta, penne, colori – e non solo – non mancano a nessuno. La scuola, che è la casa dei bambini, è un luogo garantito a tutti.

Quali sono invece i rischi a cui la società contemporanea espone i bambini?

Forse la piaga che sta emergendo ora nella nostra società è la pedofilia. Anche la Chiesa non vorrebbe più tollerare il prete che approfitta sessualmente del bambino. L'emergere di questo problema richiede anche di mettere il bambino al primo posto, prima dell'istituzione sia essa la chiesa, la scuola o la famiglia: si tratta di una novità importante. L'abuso però può essere perpetrato anche a livello psicologico, all'interno della famiglia stessa. Ed esso avviene spesso quando l'eccesso di amore asfissia i figli, quando la libido non rimane dentro alla copia coniugale e si celebrano matrimoni mentali con il figlio che viene caricato di significati che lo trascendono.

In una società che si basa sull'immagine, i bambini rischiano di essere "usati" anche nelle pubblicità o di essere costretti a subire il peso di modelli irreali?

I bambini attraggono perché sono innocenti ma anche seduttivi e perciò la pubblicità li usa per sedurre attrarre i potenziali clienti. Molti spot "usano" l'infanzia anche per stimolare nei piccoli il desiderio di comprare determinati prodotti. Ma il genitore competente può sempre aiutare il figlio a capire che si può essere felici anche senza tutti i

prodotti propagandati dai media. Anzi forse questo bambino sarà più felice, perché meno alienato..

Il mercato fa la sua parte, la realtà della coscienza soggettiva fa la sua. E in mezzo ci sta la cultura che permette di decifrare i possibili inganni! E per cultura si intende il sapere sulla genitorialità che nasce dal confronto, dalle reti tra famiglie, dalla solidarietà tra donne, dalla vicinanza tra le generazioni.

Cosa significa desiderare un figlio, aspettare un figlio, accogliere un figlio?

Il percorso che porta un uomo ed una donna a desiderare un figlio nasce nella storia familiare di ciascun coniuge e si sviluppa all'interno della loro storia di coppia. La coppia – più o meno consciamente – sente che la sua naturale progettualità è dare vita a qualcosa che prima non esisteva. È la spinta creativa dell'incontro tra diversità che avverte l'urgenza di uscire, di rendersi visibile, di farsi strada.

La diversità è generativa. E all'interno della relazione amorosa la strada più consueta è dare vita ad una nuova creatura, allevarla, farla divenire un uomo ed una donna. È l'essere in due che chiede di generare. In qualsiasi modo e in qualsiasi forma questo generare si possa esprimere. Il figlio generato diventa la forza d'animo per continuare a mediare le differenze, per negoziare le diversità, per dirimere i conflitti. Gli ostacoli non mancano, ma neppure le mille soddisfazioni di vedere il progetto procedere, seppur tra mille trasformazioni, adattamenti, innovazioni. Ognuno dei due genitori, se ne è capace, può trarre dalla crescita di un figlio una grande lezione di vita. Le parole rinuncia, perdita, sacrificio diventano leggere e foriere di soddisfazione. Lo sa ogni mamma che di notte si alza per tranquillizzare il bebè, lo impara presto ogni papà che chiude l'Ipod per giocare a palla con il suo bimbo.

Non c'è dolore in queste privazioni, bensì c'è la gioia di veder crescere chi si ama.

Oggi sembrano prevalere le proiezioni narcisistiche a danno di una reale accettazione dell'ingresso di una nuova creatura nella vita familiare?

In questi casi si tratta di un amore che non è più sano ma è alimentato dal bisogno di soddisfare se stessi, di stare bene a discapito del prossimo, di rompere ogni solidarietà con chi è fragile.

I genitori che avvertono il peso e non sopportano la fatica dell'allevare un figlio, lo devono al fatto che smarriscono il senso di farlo insieme – sposati o separati che siano –. Sono madri che provano invidia per chi ha figli, a loro modo di vedere, migliori del loro. Sono padri che vivono come un incubo la mortificazione di avere un figlio non vincente. Si tratta di genitori che patiscono per paura di cosa penseranno o diranno gli altri del loro figlio, inteso quasi come fosse un "prodotto".

Quali sono i bisogni principali di un bambino da 0 a 6 anni? Quali sono le difficoltà che

incontrano i genitori di bambini così piccoli?

I bambini piccoli hanno bisogno del tempo dei loro genitori. Ne godono perché dà loro sicurezza vedere i genitori a casa e non avvertire se stessi come precocemente abbandonati.

I piccini richiedono presenza, attenzione, dedizione e ne usufruiscono per raccontarsi con il gioco, comunicando con il pianto e con il riso condiviso, creando la struttura mentale con le parole di chi ha la possibilità di raccontar loro il mondo.

Dentro a questo primo elemento temporale avviene tutto il resto.

La dolcezza delle cure, la pazienza dell'insegnare, la pacatezza nel ripetere, la curiosità dell'ascoltare, la fermezza nel guidare entro i limiti. Ma senza tempo non si può, per esempio, sgridare un piccino al mattino e rivederlo a tarda sera. Quindi si lascia perdere. Senza tempo non si può tollerare un capriccio sapendo che poi finirà e si pone fine alla diatriba, cedendo. E si concede troppo. I figli allora perdono la guida e si sentono allo sbando.

I bambini per crescere hanno bisogno di regolarità dentro alla quale cresce il senso della regola.

I piccini quindi hanno bisogno di madre e padre per assimilare le basi del vivere.

Anche altri adulti, oltre ai genitori, possono contribuire all'educazione dei bambini molto piccoli?

Possono integrare questo lavoro nonni solleciti, tate amorevoli, educatrici professionali.

Quindi il problema di dare risposte ai bisogni emotivi dei piccini non è affare solo dei genitori.

Una società, che vede sempre più entrambi i genitori lavorare, ha bisogno di un maggior numero di adulti di riferimento capaci di accudire con amore e con determinazione il piccino. La cura dell'infanzia, oggi, dunque deve essere assunta da una comunità allargata che deve cooperare, ascoltarsi, condividere, co-costruire spazi e tempi che garantiscano la crescita dei piccini.

Ai genitori spetta il compito di vigilare su queste figure educative, senza pretendere però di comandarle a bacchetta.

Il bambino fin dalla più tenera età sa regolarsi a seconda dell'adulto con cui ha a che fare. Il bisogno fondamentale del bambino è quello di sentire che gli adulti che si occupano di lui si rispettano tra di loro. Quindi uno dei nuovi compiti del genitore di oggi è prendersi cura dei legami tra gli adulti che si prendono cura del piccolo.

Quali sono invece le caratteristiche dei preadolescenti dai 6 ai 12 anni? Qual è l'atteggiamento migliore da parte dei genitori per aiutarli a crescere e a inserirsi nella scuola e nel mondo esterno?

La preadolescenza mette a dura prova madri e padri poiché hanno l'impressione di perdere il terreno conquistato. Il figlio, che era educato, diventa sboccato, distratto, scostante... Il bambino che si lasciava guidare, non vuole ascoltare nessuna indicazione proveniente dai

suoi familiari. Il piccino che li guardava con occhi ammirati, adesso li osserva con occhi torvi. Per mamma e papà è dura. Dopo tanto lavoro, tutto sembra svanire. Ma non è così. Il figlio che è stato amato, sente tutta la fatica di staccarsi dalle braccia rassicuranti del padre e avverte una fitta dolorosa nel dover rinunciare ad essere "l'innamorato di mamma". Allora si svincola con prepotenza. E la necessità di staccarsi, gliela impone la sessualità nascente che, se colmata dalla vita domestica, diventerebbe incestuosa e lo chiuderebbe in un mondo asfittico. Allora il ragazzino cerca di agire con la sua testa. E magari prova a studiare poco, a dire qualche bugia in più per dimostrare a se stesso che è capace di stare da solo. E questo mettersi alla prova senza la protezione dei familiari, è un bene, lo fa maturare, lo rende responsabile di se stesso.

Se il genitore non va troppo in ansia, non lo tira indietro, non esige obbedienza acritica, non impone regole per la sua tranquillità, la parte più turbolenta della vita di un figlio passa e, un po' come le malattie esantematiche, finisce.

I genitori quindi devono guardare, osservare, stare a debita distanza, vigilare, ma non occupare lo spazio dei figli. Il difficile adesso che sono giunti alla soglia dell'adolescenza, è lasciarli andare fidandosi dello "zainetto" con cui li si è riforniti di onestà, voglia di vivere, attenzione all'altro.

Quali potenzialità dimostrano gli adolescenti di oggi?

Gli adolescenti di oggi sono molto belli.

Affascinanti fuori per i loro look curati, originali, individuali. Affascinanti dentro perché quelli di oggi sono ragazzi che non hanno paura degli





adulti quindi dialogano con madri, padri, insegnanti senza remore. E poiché la fase specifica richiede lo sviluppo della capacità critica, la determinazione a riflettere, il piacere dell'introspezione, dialogare con loro è un vero privilegio. Sono in linea di massima dei bravi ragazzi, amano fare progetti che li vedono cittadini del mondo, coltivano tribù amicali ricche di grande eterogeneità, si incontrano in più gruppi amicali. La ricchezza del loro mondo relazionale è il segno della loro maturità e la molteplicità dei linguaggi che usano per creare comunità, li rende capaci di spaziare nelle più svariate dimensioni sociali. Il web è la loro specifica conquista. Essere cittadini senza confini è la loro "divisa".

Quali problemi invece pongono gli adolescenti di oggi?

In questo mondo complesso e in continuo movimento i ragazzi che non hanno ricevuto a casa e a scuola basi sicure, possono però smarrirsi. Possono cioè rimanere piccini, pur abitando corpi adulti. E la loro paura di crescere può diventare voglia di distruggere e di distruggersi. Diventano allora violenti. Attaccano gli altri sentiti come ostacoli o si attaccano se stessi percependosi come impedimento alla propria realizzazione. Si danno la morte direttamente per fame o per l'uso di sostanze varie o ancora per "falsi" incidenti o danno la morte perché l'altro non è tollerabile nella sua autonomia. Bebè nell'animo, devono gestire corpi adulti e spesso non ne sono capaci perché nessun adulto glielo ha insegnato educandoli affettivamente. In questa cattiva gestione del corpo, si insinua la mercificazione dello stesso. E l'abbassarsi dell'età in cui ragazzine di buona famiglia lo vendono, sta diventando un vero e proprio campanello d'allarme. Ma ad ogni nuova baby escort corrisponde una stuola di adulti che le usano. Ed è di questo che bisogna inorridire.

È importante riscoprire il ruolo guida del genitore capace di dire anche dei no?

Che i no aiutino a crescere, non c'è dubbio. I divieti offrono precocemente quell'esperienza di frustrazione dalla quale nasce la capacità di vivere creativamente entro i limiti che la realtà impone. Nessun genitore crede inutile limitare il figlio, il problema del farsi obbedire si pone nella forza d'animo con cui mamma e papà possono sostenere la rabbia che il figlio prova nei loro confronti quando si vede negare ciò che desidera. La paura di non essere amabili è il tallone d'Achille di genitori che concedono troppo ai figli, perché non riesco a sopportare il dolore che provano quando si sentono odiati, detestati, criticati.

Quali sono i compiti specifici della madre e quali quelli del padre per un migliore rapporto con i figli?

Il ruolo dei due genitori è oggi paritario. Ognuno dei due ama, consola, contiene e pone stop, sgrida, punisce. I padri materni devono saper accontentare e limitare i loro bambini, così come madri paterne devono saperli deludere e soddisfare. Ognuno agendo la regola e la determinazione a farla rispettare. In questo lavoro però un ruolo fondamentale, oggi più di ieri, lo hanno anche tutte le altre figure educative che, anziché criticare gli insuccessi dei genitori, dovrebbero affiancarli in modo da aiutarli a diventare meno fragili di fronte alla disobbedienza del bambino.

Ogni disappunto di un adulto verso un altro adulto, lascia varchi nel confine tra lecito e illecito. Se gli adulti non si rispettano, come faranno i bambini ad imparare il rispetto, la buona educazione, la capacità di non voler avere sempre ragione?

Quali sono le differenze principali nell'educare una figlia femmina o un figlio maschio nelle diverse età della crescita?

La differenza di genere rende più agevole la crescita del maschio che fin dalla nascita ama la



madre e può continuare a sentirla come l'oggetto privilegiato del suo amore. La femmina invece pur all'alba della sua vita, essendo fusa simbioticamente dentro all'ambiente affettivo materno, ne esce precocemente per cercare di ottenere l'amore esclusivo del padre. Quindi la figlia rinuncia al primo amore e si avventura verso un nuovo innamoramento. Questo la rende più critica verso la madre durante l'adolescenza, epoca nella quale la sua rivalità con il corpo maturo materno, si fa sentire maggiormente. Le madri quindi tribolano di più con le figlie femmine e i padri non sempre riescono ad aiutare la loro compagna. Questo essere coppia coniugale, oltre che genitoriale, aiuta anche i figli maschi a rinunciare alle lusinganti affettuosità della madre e a cercarsi l'innamorata fuori casa. I genitori quindi sono chiamati a deludere in modo da aiutare i figli a cercare altrove affetto, amore, completezza, soddisfazione. Amore. E alle volte è più facile deludere una figlia femmina in quanto padri, piuttosto che far soffrire un figlio maschio in quanto madri. I papà possono farsi ammirare perché amano il mondo esterno e trascinare con sé le figlie desiderose di occupare un posto nel mondo. Oggi madri e padri consapevoli dell'eguale valore dei due sessi offrono inoltre pari opportunità di vita, di realizzazione, di studio a figlie e figli. E anche questa è una grande conquista dei nostri giorni. Fare il genitore dunque significa "partorire" più volte. La prima, assecondando la spinta imprenditoriale del bambino che esige di uscire dall'utero, perché ormai vi sta scomodo, e poi via via milioni di altre volte, assecondando la forza d'animo del figlio che vuole andare per il mondo.

Quale rapporto dovrebbero avere genitori e figli per superare insieme gli stili di vita

imposti dalla società dell'apparenza? È giusto parlarne in casa, e come?

Più della parola vale l'esempio. I genitori che scelgono valori controcorrente basta che facciano "respirare" quest'aria in casa. E le domande caso mai sorgeranno spontanee dalla curiosità del figlio, il dialogo diventerà stile di vita, l'interrogarsi piacere di discutere tutti insieme. Non dunque sermoni, ma ricerca di senso, guidano l'analisi dei disvalori sociali, delle brutture e delle devianze proposte da un mondo complesso e in trasformazione. Credo che il genitore debba fare ciò che dice, più che predicare ciò che non pratica. Il resto viene di conseguenza.

Qual è oggi l'offerta dei servizi a supporto dei genitori, da parte del Comune di Venezia e dell'azienda Ulss 12?

Il sistema dei servizi erogati dall'Ente Locale e dall'Azienda Sanitaria ha sempre tenuto alla crescita delle nuove generazioni approntando interventi specifici che coprono l'ambito della prevenzione, della cura e della tutela del minore. E il minore non lo si può aiutare, se non si sostengono i suoi genitori. Su questo principio tutti sono concordi.

Molte dunque sono le offerte di interventi che vedono il minore come oggetto della cura, ma tutti questi dispositivi si occupano anche dei genitori, degli insegnanti, della rete delle famiglie solidali, poiché aiutare un piccino significa dialogare con i suoi adulti di riferimento.

Il pensiero, che ha orientato la progettazione sia del Comune sia dei Servizi sociosanitari, è quello dell'integrazione, del mettersi insieme, del collaborare. Co-costruire progettualità – ognuno con le proprie competenze – ha rappresentato e rappresenta la filosofia che guida l'agire dei servizi nel territorio comunale veneziano.

Quanto conta per gli operatori lavorare "in rete"?

Il concetto di "rete" è sempre stato nello spirito dei progetti approntati dagli operatori che si sono dedicati allo sviluppo dell'identità delle nuove generazioni, sia lavorando con i bambini sia sostenendo i loro genitori. Educare alla sessualità, farsi carico dei momenti di crisi dell'adolescente, affiancare il ragazzo affinché le vecchie e nuove dipendenze non lo risucchino, rappresentano i punti di forza della progettazione dei due Enti in collaborazione con il Terzo Settore in un'ottica di welfare sociale che non manca di conflitti, ma che orienta le azioni.

E nessun minore può dirsi realmente aiutato, se non si ascoltano, orientano, curano gli adulti che lo circondano. Perciò il lavoro con madri e padri vede costantemente occupati e pre-occupati gli operatori che incontrano le fragilità di tutti i figli in crescita, ma anche dei ragazzini smarriti, arrabbiati, devianti, trascurati, maltrattati, abusati... La famiglia dunque al centro dell'attenzione del sistema dei servizi affinché grandi e piccoli possano godere nei vari momenti di "crisi", cioè di cambiamento, del supporto di validi professionisti.

Possiamo fare alcuni esempi di servizi particolarmente interessanti per la loro offerta?

Una decina d'anni fa ho contribuito alla nascita dei "Laboratori relazionali" promossi dalla Fondazione Groggia in collaborazione con il Comune di Venezia e l'azienda sanitaria di Venezia. Esempio di co-costruzione progettuale e di collaborazione fattiva affinché le famiglie più fragili della città fossero aidate nell'educazione dei figli.

In questi ultimi anni molto impegno si è profuso per i minori stranieri non accompagnati.

Certamente sono giovani arrivati in Italia senza i genitori e tutti con legami familiari tranciati.

Ma nei servizi cittadini molto si fa per la famiglia adottiva, la famiglia affidataria, la famiglia solidale.

La famiglia sociale diviene dunque un punto di forza dell'intervento del sistema pubblico e privato. Infine ci sono eccellenze come il Centro Prima Infanzia della Municipalità di Mestre diventano il luogo dove l'identità genitoriale trova sempre nuova linfa, sostegno, aiuto.

La crisi apre a nuovi scenari anche nelle famiglie? Quanto possono subirne i danni bambini e adolescenti?

La crisi fa perdere la prospettiva del futuro.

Ai genitori non è possibile immaginarlo.

Tutto cambia repentinamente e quasi nulla è prevedibile. Quindi a mamme e papà non rimane che offrire al figlio gli strumenti per affrontare quel che verrà. E perciò la flessibilità, la capacità di uscire da false verità, la rottura degli stereotipi diventano punti di forza dell'educazione in tempi di crisi. I genitori non possono accompagnare il figlio verso un mondo che non sanno interpretare, ma possono e devono aiutare le nuove generazioni a sapersi inventare creativamente

una vita, qualsiasi siano le condizioni nelle quali si troveranno a costruirla.

La trasformazione della famiglia tradizionale in famiglia allargata, con separazioni e nuove unioni dei genitori, quanto incide e come sulla crescita dei figli?

La famiglia è ormai un concetto desueto.

I bambini crescono dentro a tanti tipi di famiglie.

Quindi mamme e papà sanno che educano il figlio dentro ad un sistema familiare dalle strutture più svariate. E loro stessi potranno trovarsi a vivere lontani l'uno dall'altro, potranno incontrare altri partner con o senza figli, potranno costruire realtà familiare multietniche... Ad ogni adulto del terzo millennio è quindi richiesta la modifica profonda dell'idea di famiglia. Se egli ci riuscirà, che viva sposato o no, che si separi e si ricostruisca una vita altrove, poco importa al figlio. Il bambino ha solo bisogno che i legami tra i suoi adulti di riferimento siano basati sul rispetto. È del rispetto che dobbiamo farci carico come adulti, non della forma della famiglia. Le separazioni coniugali dunque non sono che uno dei possibili esiti di una famiglia e possono essere metabolizzate dai piccoli di casa, tanto quanto i genitori rimangono tali, rinunciando alle guerre in nome del figlio. Il divorzio comporta un lutto poiché finisce un progetto, ma il lutto non devasta nessuno se è vissuto con la pacatezza del dolore intimo e non urlato.

PER INFORMAZIONI

Paola Scalari, psicoterapeuta e psicosocioanalista
sito internet www.paolascalari.it



Accogliere un nuovo nato

Percorso Nascita, dalla gravidanza al post partum per ridurre al massimo i rischi. Forum di confronto con Tiziano Maggino primario di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale dell'Angelo

a cura di
Nicoletta Benatelli

Il Punto Nascita dell'ospedale dell'Angelo è andato consolidandosi a partire dal 2007 fino a raggiungere attualmente i 150 parti al mese per un totale di quasi 2mila parti all'anno. Si tratta di un Punto Nascita all'avanguardia non solo per le competenze tecniche di alta specializzazione, che permettono di intervenire anche in caso di gravidanze e parti con aspetti patologici, ma anche per l'approccio che punta a facilitare, là dove possibile, il parto fisiologico nella sua naturalità favorendo le esigenze della donna e il rapporto della madre con il neonato. Quest'anno poi l'équipe, già di grande esperienza, dell'Unità di Ostetricia e Ginecologia, guidata dal primario Tiziano Maggino, è andata arricchendosi anche delle professionalità di ginecologi e ostetriche provenienti dal Punto Nascita di Villa Salus che ha chiuso nel febbraio scorso. Abbiamo incontrato il primario Tiziano Maggino con Donatella Milan, capo ostetrica dell'ospedale dell'Angelo, ed Onofrio Lamanna, direttore dell'ospedale dell'Angelo, in un forum di confronto promosso dalla rivista "Venezia in salute" e tenutosi in Municipio a Mestre nel marzo scorso.

Al forum hanno partecipato: Barbara Guarinoni, presidente del Collegio interprovinciale delle Ostetriche; Franca Marcomin, ostetrica e responsabile Commissione Salute Consulta delle Donne; Cristiana Giadresco, vice presidente Consulta delle Donne; Debora Turchetto, ginecologa e componente della Consulta per la Tutela della Salute; Giuliana Di Girolamo, ostetrica del Consultorio Familiare di Venezia; Silvia Bologna, presidente Associazione Italiana Persone Down sezione di Venezia- Mestre; Nicoletta Codato, responsabile Servizio Programmazione Sanitaria Comune di Venezia; Stefania Barbado, Servizio Programmazione Sanitaria Comune di Venezia, e Sandro Simionato, già assessore alle Politiche Sociali e vice sindaco di Venezia.

Dottor Maggino, come possiamo descrivere il Punto Nascita dell'ospedale dell'Angelo?

Si tratta di un Punto Nascita di secondo livello che accoglie, oltre ai parti fisiologici, anche pazienti che presentano gravidanze o parti a rischio o comunque con aspetti patologici. Possiamo accogliere infatti anche neonati prematuri a partire dalla trentesima settimana di gestazione in poi, grazie alla collaborazione con l'équipe di Patologia Neonatale dell'Unità di Pediatria. L'Unità di Ostetricia dell'Ospedale dell'Angelo può contare su una équipe vasta e dalle variegate ed elevate competenze per quanto riguarda i medici ginecologi, le ostetriche, il personale infermieristico, ecc. Abbiamo già avviato una ottima collaborazione anche con i professionisti che provengono da Villa Salus. Ci tengo a precisare che è fondamentale che tutto il Percorso Nascita sia valutato con la giusta cura ed attenzione perché è il sostegno adeguato ad ogni tipo di gravidanza che ci permette di arrivare



a un parto senza particolari rischi o emergenze e quindi pressoché in totale sicurezza. Ed il Percorso Nascita è costruito insieme ai professionisti sanitari – ginecologi, ostetriche, ecc. – che operano anche nei Consultori Familiari diffusi sul territorio: a Venezia centro storico e nei vari quartieri della terraferma. Sono questi professionisti che prendono in carico la donna fin dall'inizio della gravidanza e hanno il compito di segnalare i vari problemi che possono presentarsi sia per la madre che per il nascituro.

Il “parto sicuro” dunque dipende dalla presa in carico complessiva della donna in gravidanza?

La continuità assistenziale è fondamentale per la sicurezza di madre e nascituro. È necessaria una grande collaborazione tra tutti gli operatori coinvolti, dal momento in cui la donna scopre di essere incinta, e poi durante tutto il periodo della gravidanza, fino al parto ed al rientro a casa. I rischi vengono notevolmente ridotti, se c'è una buona presa in carico della donna, e se vi è una osservazione attenta e costante dell'evoluzione della gravidanza. Ritengo perciò essenziale il ruolo svolto in questo senso dai Consultori Familiari ed aggiungo che vanno sempre più coinvolti comunque tutti gli operatori. Va ricordato infatti che non c'è più una sola figura in grado di seguire la gravidanza in tutte le sue fasi, ma esistono l'ostetrica e il ginecologo che seguono l'evoluzione nei tre trimestri, il ginecologo ecografista, l'ostetrica e il ginecologo che seguono travaglio e parto, ecc. È importante che vi sia una buona sinergia e uno scambio tempestivo e preciso delle informazioni nelle diverse fasi, altrimenti i rischi aumentano sia per la madre che per il nascituro e si presentano all'improvviso magari proprio al momento del parto. Certamente c'è sempre un minimo rischio che fa parte dell'imponderabile, ma nella maggioranza dei casi, avere tutte le informazioni permette di prevenire possibili gravi problemi.

Un Punto Nascita in grado di collaborare con i presidi del territorio e ben attrezzato dal punto di vista delle competenze e della tecnologia costituisce uno spazio d'eccellenza per la tutela della salute della madre e del nascituro...

Certamente ed in questo senso bisogna avere il coraggio di dire che i piccoli Punti Nascita, meno attrezzati e soprattutto meno abituati a gestire imprevisti ed emergenze, andrebbero progressivamente chiusi perché non permettono di offrire un altissimo margine di sicurezza. Noi lavoriamo in perfetta sinergia anche con il Punto Nascita dell'ospedale civile di Venezia, dove nascono in media 400 bambini all'anno e propria questa collaborazione costante permette di aumentare il grado di sicurezza anche in centro storico. Ma non sempre è così ed alcuni Punti Nascita vedono troppi pochi casi per essere all'altezza di una improvvisa emergenza o per saper cogliere tempestivamente una reale situazione d'allarme.

Come è organizzato il Punto Nascita dell'ospedale dell'Angelo?

L'Unità di Ostetricia dell'ospedale dell'Angelo può contare su sette sale parto e travaglio. Di queste sale cinque sono tradizionali e due sono veri e propri "appartamenti da parto". Inoltre siamo attrezzati con una sala operatoria per i cesarei d'urgenza e una sala parto è facilmente trasformabile in una seconda sala operatoria per le emergenze. Attualmente contiamo 35 posti letto di Ostetricia. È evidente che il parto è un evento di per sé imprevedibile, che avviene quando decide la natura e quindi è importante essere preparati e disporre di personale ed attrezzature adeguate alle diverse esigenze che si presentano di volta in volta. In questi decenni abbiamo ridotto al minimo i rischi e si può operare con sempre maggiore sicurezza. Anche per questo vogliamo tenere nel giusto conto anche l'aspetto umano, psicologico ed emozionale del travaglio e del parto che permettono ad un neonato di venire al mondo.

Quale valore rappresenta l'"appartamento da parto"? In quale modo questo spazio può favorire una nascita naturale?

L'"appartamento da parto" rappresenta un bellissimo spazio di accoglienza per la donna, il nascituro, il compagno ed altri membri della famiglia. Si tratta di uno spazio arredato come una piccola casa, con un grande letto matrimoniale, in grado di ospitare il travaglio ed il parto in un ambiente e una atmosfera assolutamente naturali sotto tutti i punti di vista. Uno spazio di questo tipo permette anche alle emozioni di fluire serene secondo le diverse fasi del travaglio e del parto. Va chiarito che all'ospedale dell'Angelo sono due gli appartamenti da parto e che sono rivolti ad ospitare però solo parti che hanno tutte le prerogative per essere assolutamente naturali. Questi spazi non sono adatti alle pazienti con gravidanze che hanno presentato problemi ed ai parti che si presume possano essere a rischio per qualche fattore.

Che differenza c'è tra "l'appartamento da parto" e una vera e propria "Casa del Parto" esterna all'ospedale?

I due "appartamenti da parto", su cui possiamo contare a Mestre, sono spazi bellissimi a disposizione di donne e neonati e delle loro famiglie. Si tratta di rendere concreta l'indicazione che l'Organizzazione Mondiale della Sanità dà riguardo alla umanizzazione del parto. In questi spazi la medicalizzazione è ridotta al minimo. Nello specifico la Casa del parto esterna all'ospedale è un luogo molto interessante, ma diverso, non fosse altro che per il fatto che si pone come struttura appunto completamente fuori dal luogo tradizionale della cura e della terapia. Vi sono splendidi esempi di Case da Parto in Italia, a Torino, a Firenze ecc. Sarebbe bello poter avere una Casa da Parto anche qui da noi,

ma bisogna essere realisti: per avere un rapporto efficace tra costi e benefici, occorre che queste strutture accolgano oltre 2500 parti all'anno. Ciò significa che una Casa da Parto veneziana avrebbe senso solo se potesse contare su un bacino di utenza a livello provinciale includendo anche le pazienti provenienti dalle Ulss del miranese e di san Donà-Portogruaro.

Attualmente possiamo descrivere quali sono le percentuali di parti fisiologici e non, ecc.?

Per l'Unità di Ostetricia dell'ospedale dell'Angelo possiamo dire che abbiamo un 22 per cento di tagli cesarei, una percentuale del 35 per cento circa di gravidanze a rischio e un complessivo 65 per cento di gravidanze fisiologiche. I problemi o le vere e proprie emergenze si presentano per le gravidanze che non sono state adeguatamente seguite e per questo motivo è fondamentale che riusciamo ad intercettare un numero sempre maggiore di donne, anche e soprattutto tra le classi più sprovviste di mezzi economici e culturali e tra le immigrate. Sono queste fasce sociali infatti che presentano i casi a rischio che, se trascurati, possono portare ad eventi anche infausti. Un terzo delle nostre utenti ormai sono donne straniere: noi cerchiamo sempre di rispettare la loro cultura, ma talvolta queste donne corrono anche un certo rischio di esclusione sociale che può concretizzarsi in rischi per la salute generale della madre e in particolare in gravidanze patologiche e parti complessi.

In questi ultimi anni come è cambiata la tipologia delle donne che partoriscono?

Abbiamo già parlato dell'alto numero di donne immigrate che costituiscono circa un 30 per cento delle nostre utenti. Le donne immigrate continuano a fare più figli ed in età più giovane rispetto alle italiane. Ma è vero che queste donne straniere vanno seguite molto bene, tenendo conto del loro stato di salute generale, dell'evoluzione della gravidanza e delle possibili ricadute di questi due elementi sul parto. Non sempre infatti alla base ci sono corretti stili di vita o una buona conoscenza del proprio stato di salute. Ad esempio alcune immigrate presentano specifici ed importanti rischi di diabete ecc. Ripeto: è fondamentale raggiungere tutte queste donne superando problemi di comunicazione e culturali. Raggiungerle significa ridurre i rischi per la madre e per il nascituro.

In generale va detto che per le italiane l'età media della prima gravidanza va innalzandosi sempre più e tende ad essere oggi quasi vicina ai 35 anni, ma si tratta di donne che sono seguite molto bene dai servizi, rispetto alle quali le sorprese sono minori... Un altro dato importante è che ormai il 10 per cento delle gravidanze deriva da una fecondazione assistita, anche questi casi vanno seguiti con particolare attenzione.

Donatella Milan, quanto conta anche oggi la figura dell'ostetrica nel Percorso Nascita?

Come capo ostetrica all'ospedale dell'Angelo,



posso dire che superare la forte medicalizzazione della gravidanza e del parto, va di pari passo ad una sempre maggiore rivalutazione del ruolo dell'ostetrica che è la professionista deputata a seguire gravidanza ed il parto fisiologici. Una battaglia va fatta anche per la presenza delle ostetriche in corsia, fuori dalla sala parto accanto alle puerpere ed ai loro piccoli. Ed infine concordo con il primario riguardo all'importanza dei presidi del territorio: anche e soprattutto nei Consultori Familiari la figura dell'ostetrica deve essere valorizzata, per poter contribuire al meglio al sostegno della donna e all'osservazione della gravidanza in tutte le sue fasi segnalando tempestivamente anomalie e possibili problemi.

Giuliana Di Girolamo, torniamo dunque a parlare dell'importanza dei presidi territoriali anche riguardo alla figura dell'ostetrica...

Se vogliamo applicare davvero i principi della prevenzione e della continuità assistenziale nel periodo della gravidanza e nel post partum o puerperio, non possiamo che mettere al centro degli interventi la figura dell'ostetrica come garante dell'osservazione dello stato di salute della donna inteso nel suo complesso fisico, psichico ed emotivo.

Franca Marcomin, dare pieno spessore alla figura dell'ostetrica significa anche ricollocare il parto nel suo contesto naturale, senza però nessuna sottovalutazione di possibili segnali preoccupanti nell'evoluzione della gravidanza...

Come Consulta delle Donne ci poniamo proprio l'obiettivo che sia favorito al massimo l'andamento naturale della gravidanza e del parto come eventi fisiologici. Per questo apprezziamo il basso numero di tagli cesarei raggiunto

all'ospedale dell'Angelo ed apprezziamo molto l'approccio dei professionisti attenti alla umanità dell'evento nascita così come realizzato anche dal primario Maggino e dalla sua équipe.

Direttore Lamanna, è comunque importante segnalare anche la collaborazione tra i Punti Nascita di Venezia e di Mestre...

Il Punto Nascita di Venezia, dove nascono circa 400 bambini all'anno, è stato mantenuto e funziona in piena sinergia con il Punto Nascita dell'ospedale dell'Angelo. A Venezia l'Ulss 12 offre ogni assistenza utile per il parto fisiologico e il parto con taglio cesareo, se necessario. Per qualsiasi altro aspetto problematico o specificatamente patologico, il riferimento è l'ospedale dell'Angelo che conta ben sette sale parto in grado ciascuna di accogliere complessivamente 500 parti. L'ospedale dell'Angelo inaugurato nel 2007 si sta assestando come ospedale per acuti di riferimento provinciale con altissime specializzazioni come cardiocirurgia o neurochirurgia, ma il reparto di Ostetricia resta un fiore all'occhiello e presenta un'offerta che unisce eccellenti competenze tecniche e grande capacità di accoglienza dei bisogni di madre e neonato.

PER INFORMAZIONI

Ospedale dell'Angelo

Ostetricia tel. 041 9657429

Ginecologia 041 9657424

Segreteria tel. 041 9657422.

Coordinatrice infermieristica di Ostetricia e

Ginecologia: Marta Perin, tel. 041 9657333.


Coordinatrice Ostetrica di Sala Parto:

Donatella Milan, tel. 041 9658580

Accogliere un nuovo nato

A febbraio è stato chiuso il Punto Nascita di Villa Salus. Resta un grande patrimonio di esperienza umana e professionale

a cura di **Roberto Fraioli**,
ginecologo già responsabile della Attività Sala Parto
Ospedale Classificato Villa Salus



Martedì 11 febbraio 2014 è stata chiusa la sala parto dell'Ospedale Villa Salus di Mestre. Finisce così la splendida storia di eccellenza ostetrica, iniziata nel 1977, che ha permesso a oltre venticinquemila bambine e bambini di venire al mondo in modo dolce e rispettoso. Della nascita dolce, infatti, il Punto Nascita dell'ospedale sul Terraglio aveva fatto una bandiera e un impegno portati avanti negli anni, con entusiasmo e professionalità. L'indicazione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità – “Mantenere normale la nascita” (Keep childbirth normal) – è stata tradotta in pratica quotidiana attraverso i decenni.

L'INSEGNAMENTO DEL PRIMARIO BRUNO MAURIZIO: L'ASSISTENZA ALLA NASCITA "CON LE MANI DIETRO LA SCHIENA" E TUTTA LA COMPETENZA NECESSARIA

Bruno Maurizio fu il primario che diresse per primo, dalla fine degli anni Settanta fino al 1990, il reparto di Ostetricia di Villa Salus.

Da lui noi tutti abbiamo imparato che l'assistenza al travaglio e al parto fisiologico si pratica "con le mani dietro la schiena", come era solito ripetere. Significa che bisogna avere fiducia nella natura e nella capacità di partorire che tutte le donne hanno. Significa che bisogna conoscere la fisiologia ed assecondarla, senza interferire, sempre pronti e vigili a mettere in campo tutte le conoscenze necessarie e le abilità umane e tecnologiche se l'andamento del travaglio devia dalla fisiologia e diventa patologico.

Questo insegnamento ha formato un'intera generazione di ginecologi e di ostetriche che giorno per giorno lo hanno messo in pratica e tradotto anche in pubblicazioni scientifiche e relazioni presentate a convegni nazionali e internazionali sulla nascita. La porta dello studio del primario Bruno Maurizio era sempre aperta e la sua monumentale biblioteca (indispensabile in quei tempi senza internet) era sempre a disposizione di chi volesse compiere ricerche. Un tratto caratteristico che ha plasmato l'intera équipe era la semplicità e umanità con cui il dottor Maurizio insegnava a tutti noi che il nostro lavoro era per le donne, dalla parte delle donne e dei loro bambini.

DALLA FINE DEGLI ANNI SETTANTA, ULTERIORI NUOVE PRATICHE PER ASSECONDARE LA NASCITA NATURALE

Si iniziarono quindi a tenere, già dalla fine degli anni Settanta, i primi corsi di preparazione al parto (come si chiamavano allora) per le coppie e i mariti vennero invitati ad entrare in Sala Parto e a vivere la straordinaria esperienza della nascita del loro figlio assieme alle proprie compagne. La voglia di migliorare l'assistenza alle donne con modalità nuove ci portò in quegli anni a confrontarci con realtà che in quel periodo erano all'avanguardia, come l'Ospedale di Zevio. Crebbe così la professionalità delle ostetriche e la consapevolezza dei medici che non si doveva interferire con il processo naturale del parto, ma assecondarlo. Applicammo così da subito le raccomandazioni, appena emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per una assistenza appropriata al parto. Abbandonammo le pratiche ormai obsolete (tricotomia, clistere, episiotomia di routine etc.), lasciammo la libertà di movimento alle donne durante il travaglio di parto e la libertà di bere e alimentarsi in modo leggero. Si introdusse l'auscultazione del battito cardiaco fetale in modo discontinuo.

Dalla metà degli anni Ottanta, uno spazio adatto per lasciare libertà di posizione alla donna in Sala



Parto e la consuetudine del "rooming in" Sopra ogni cosa ci caratterizzava una grande attenzione al processo della nascita e un grande rispetto per la madre e il suo bambino. Per questo motivo nella seconda metà degli anni Ottanta vennero introdotte in Sala Parto utili e innovativi strumenti come lo sgabello da parto olandese (birth-mate), lo sgabello da parto svizzero (Maya), la spalliera da parto svedese per mantenere la posizione verticale o accovacciata durante il parto. Grazie alla collaborazione con la responsabile del servizio di assistenza neonatale, Dottoressa Annalisa Piovesan, che ha sempre assecondato e incoraggiato le proposte degli ostetrici, si iniziò a praticare il rooming in, così mamma e bambino non furono più separati, dando loro la possibilità di instaurare subito dopo la nascita il necessario e prezioso legame (bonding) tra madre e bambino, promuovendo, con convinzione, l'allattamento al seno in modo esclusivo, sostenendolo e mantenedendolo a lungo nel tempo.

DAL 1990, SOTTO LA GUIDA DEL PRIMARIO GIORGIO BUOSO, LE OSTETRICHE ACQUISISCONO SEMPRE MAGGIORE AUTONOMIA E VIENE INTRODotta ANCHE L'ANALGESIA PERIDURALE

Nel 1990 arrivò a dirigere il reparto di ostetricia il primario Giorgio Buoso che, pur avendo spiccata predilezione per l'attività operatoria ginecologica (fu lui ad utilizzare per primo a Mestre la tecnica chirurgica laparoscopica per gli interventi ginecologici) dimostrò grande interesse e

attenzione alla naturalità del parto. Un incentivo forte a perseverare sulla nostra strada ci venne dall'incontro con uno dei padri riconosciuti dell'ostetricia moderna e fondatore della Medicina basata sulle prove di efficacia (E.B.M.), il Prof. Murray Enkin, che ha dato vita alla Cochrane Collaboration, e che tenne una memorabile lezione magistrale presso il nostro ospedale. Iniziò così uno splendido ed entusiasmante decennio per Villa Salus. Sulla scorta delle nuove acquisizioni sulla appropriatezza dell'assistenza, le ostetriche conquistarono una sempre maggiore autonomia professionale. Venne introdotta l'analgesia peridurale gratuita 24 ore su 24.

DAL 2000, SI AVVIA L'ESPERIENZA DI TRAVAGLIO E PARTO IN ACQUA.

Nel 2000 si superò il record di 1300 parti in un anno. Con il passaggio al nuovo millennio si cambiò radicalmente l'ambiente del Punto Nascita, rendendolo ancora più accogliente e dando il via alla grande esperienza dell'utilizzo della immersione in acqua per il travaglio e il parto. Soprattutto questa modalità di assistenza ci ha portato ad essere un' eccellenza nota in tutta Italia, ed ha attratto le donne in dolce attesa di tutto il Nord-Est. L'equipe dei ginecologi, neonatologi e ostetriche è stata invitata a fare formazione in molti ospedali italiani ed esteri.



LE "GIORNATE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA A MESTRE" E I CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Con una felice intuizione e con grande impegno e sacrificio il primario Giorgio Buoso e la sua equipe si impegnarono in un ambizioso progetto didattico-formativo che fu chiamato "Giornate di Ostetricia e Ginecologia a Mestre" che, nell'arco di otto anni, ha richiamato a Mestre i migliori docenti nelle discipline ostetriche e ginecologiche ed è stato apprezzato da moltissimi colleghi anche delle regioni vicine.

Tra le moltissime personalità di spicco che abbiamo avuto il piacere e l'onore di ospitare a Mestre due vanno ricordati tra tutti: il Professor Umberto Nicolini, che, con grande generosità e competenza, ci aiutò a formulare le nostre linee guida relativamente alle emergenze in sala parto; Il Dott. Michel Odent che ci illuminò con le sue teorie e ci incoraggiò a continuare sulla nostra strada.

Dal 2000 al 2010 ci fu una ulteriore evoluzione sul cammino dell'attenzione ai bisogni delle mamme, delle coppie e dei nuovi nati, ristrutturando i corsi che vennero chiamati di "accompagnamento alla nascita".

Grazie all'apporto di Isabella Robbiani, psicologa prenatale, e con il contributo delle ostetriche, dei ginecologi e dei neonatologi venne ulteriormente promossa la consapevolezza del diventare madri e padri e rinforzata la capacità procreatrice delle donne, nonché promosso e ulteriormente sostenuto l'allattamento integrale al seno.

L'ACCOGLIENZA DELLE MADRI IMMIGRATE E IL CONSOLIDAMENTO DI TRAVAGLIO E PARTO IN ACQUA

L'equipe era pronta ad affrontare le mutate condizioni sociali, rappresentate soprattutto dalla popolazione delle donne straniere immigrate. Per uno studio nazionale su tale fenomeno, fu scelto dall'Istituto Superiore di Sanità proprio il Punto Nascita di Villa Salus .

Sul finire del primo decennio del nuovo millennio Villa Salus era dotata di due vasche per il travaglio e il parto, ed erano già avvenuti 1020 parti in acqua.

Una di queste vasche venne installata in uno spazio apposito, denominato "stanza familiare" dove la mamma, dopo aver partorito, poteva restare con il proprio compagno e il nuovo nato fino alla dimissione, dormendo insieme nello stesso letto matrimoniale, iniziando da subito, a tre, il contatto pelle a pelle, promuovendo in modo esemplare il processo della genitorialità.

VERSO LA CHIUSURA DEL PUNTO NASCITA DI VILLA SALUS

Si avvicinavano però i tristi presagi della possibile chiusura del Punto Nascita e delle difficoltà economiche della nostra struttura, che hanno



portato per qualche tempo il personale a lavorare senza la certezza di percepire lo stipendio. Come è stato evidenziato in molte occasioni dalle utenti, in nessun momento, pur con queste difficoltà, la qualità dell'assistenza e della relazione tra il personale e le mamme ne ha minimamente risentito.

Dopo il pensionamento del primario Buoso, il compito di condurre a fine corsa l'esperienza del punto nascita di Villa Salus è toccato al dottor Cosimo Capoti, che è riuscito nel difficile compito di tenere coesa un'equipe che andava via via assottigliandosi, ma che non ha mai smesso di essere unita e motivata.

UNA ESPERIENZA BASATA SU COMPETENZA E AMORE

Io ho compiuto 60 anni, e più della metà della mia vita è trascorsa nella sala parto di Villa Salus. Ho capito che il segreto del "modello Villa Salus" sta sicuramente nella voglia costante di migliorare l'assistenza alle mamme e ai bambini, secondo le indicazioni fornite dagli studi scientifici migliori. Sicuramente è determinante il saper ascoltare i bisogni e i desideri espressi dalle persone. Ma più di tutto, è necessario, nel luogo dove nascono nuove vite, lasciare spazio all'amore. Questo in Villa Salus è avvenuto. C'era amore per le persone assistite. C'era amore per le mamme, i papà e i loro bambini. C'era amore e stima tra medici, ostetriche e infermiere. C'era la

consapevolezza che tutti, nessuno escluso, erano importanti per il grande progetto collettivo.

LA STORIA E LE TESTIMONIANZE DEL PUNTO NASCITA DI VILLA SALUS RACCOLTE IN UN LIBRO

Questo amore è stato generosamente ricambiato dalle donne di Mestre.

Testimonianze ed esperienza di questa storia straordinaria sono state raccolte nel libro "Voci in capitolo, per una nascita migliore" (edizioni ilmiolibro.it). In questo libro, concepito come una scrittura collettiva, sono raccolte, in capitoli, le voci delle mamme e dei papà attraverso i messaggi da essi lasciati nel libro ospiti della "Stanza familiare", su Facebook e nelle e-mail, ai quali sono stati aggiunti i ricordi e i progetti del personale sanitario. Questo ci è sembrato il modo migliore per non perdere la memoria di tutto ciò che è stato fatto in tanti anni in Villa Salus.

INFORMAZIONI

dottor Roberto Fraioli

Email robertofraioli@yahoo.it

Il libro "Voci in capitolo per una nascita migliore", edizioni ilmiolibro.it, è possibile trovarlo alla libreria Feltrinelli di Mestre.

Consulta delle Cittadine

Dalla tutela della salute alla nuova visione della medicina di genere e dell'integrazione sociosanitaria

**Intervista a Maria Teresa Menotto, presidente
della Consulta delle Cittadine, Cristina Giadresco,
vice presidente, e Franca Marcomin, responsabile
Commissione Salute**

I compiti della Consulta delle Cittadine del Comune di Venezia sono di natura sia consultiva che propositiva e si realizzano attraverso la formulazione di pareri e di elaborazione di proposte per un'azione culturale e di stimolo o la formulazione di raccomandazioni al Consiglio Comunale. La Consulta agisce pertanto nella sfera che riguarda la qualità urbana complessiva nelle sue varie articolazioni e opera per la valorizzazione delle differenze.

Opera in collaborazione con l'Assessorato di riferimento in merito alle proposte e agli atti deliberativi più significativi del Comune di Venezia.

Può chiedere un'audizione, tramite una sua rappresentante, nelle commissioni permanenti o nel Consiglio Comunale in merito a deliberazioni e/o in merito a questioni che attengono alla sua sfera di competenza.

La Consulta può elaborare proposte relative alle materie di sua competenza, ma anche proposte che possono fare riferimento a tutti gli Assessorati, alle Commissioni Consiliari competenti, al Consiglio Comunale, a uno o più Consigli di Municipalità e, laddove sia richiesto dalla Consulta stessa, sono discusse nei competenti organismi comunali.



Quali sono i compiti specifici della Consulta delle Cittadine?

La Consulta può svolgere all'interno del suo programma iniziative di promozione culturale e politica finalizzata al ri-orientamento dell'azione pubblica secondo una sensibilità volta al riequilibrio delle disuguaglianze di genere. Le cittadine e i cittadini, infatti, sono anche portatori di culture, di esigenze e di interessi diversi nella famiglia, nell'economia e nella società, secondo le diverse età e peculiarità dei contesti socio-culturali. Per la realizzazione di tali azioni la Consulta ha un proprio finanziamento all'interno del bilancio comunale.

La Consulta formula periodicamente raccomandazioni alla Giunta, al Consiglio Comunale e alle Municipalità per un orientamento delle loro decisioni, in particolare per sollecitare in tutte le articolazioni del Comune di Venezia l'integrazione della prospettiva di genere nell'azione amministrativa, la rimozione delle cause delle disuguaglianze di genere, la promozione del riconoscimento delle culture di genere.

Qual è il vostro impegno rispetto alla salute delle donne? Potete riassumere le più importanti attività che finora avete svolto rispetto a questo specifico tema?

All'interno della Consulta delle Cittadine opera il gruppo "Welfare e salute delle donne". In questi quattro anni abbiamo incontrato numerose associazioni del territorio che si impegnano sulla salute, tra le altre il Tribunale dei Diritti del malato e l'Associazione Nascere meglio che si occupa di sostegno alla gravidanza e alla nascita naturale. Più volte abbiamo lavorato con la Consulta della Salute del Comune e abbiamo collaborato con la rivista "Venezia in salute".

Tra i temi affrontati sulla salute delle donne sono da ricordare il nostro impegno per il mantenimento

dei servizi alla maternità in Centro Storico; per la raccolta dati sui Consultori Familiari con l'obiettivo di delineare l'evoluzione di questo importante servizio nato su richiesta delle donne; per la proposta regionale riguardo all'assistenza delle donne che interrompono la gravidanza; per favorire un approccio naturale alla nascita anche all'interno dell'Ospedale all'Angelo dopo la chiusura del Punto Nascita di Villa Salus. Infine ci siamo occupate di Medicina di genere, organizzando sul tema due incontri pubblici molto partecipati.

Quali ritenete siano le grandi questioni che riguardano oggi la salute delle donne veneziane?

Sicuramente uno degli aspetti più rilevanti è l'invecchiamento della popolazione con la presenza di un'alta percentuale di donne anziane. Nel Comune di Venezia il 56 per cento di anziani – dai 65 ai 99 anni – sono donne.

La mortalità delle donne nel nostro territorio è più elevata rispetto alla media regionale e le cause principali sono: le malattie al sistema circolatorio, i tumori, le malattie respiratorie, i disturbi psichici. Anche gli utenti psichiatrici sono in prevalenza donne e soffrono di schizofrenia, depressione, sindromi nevrotiche e psicosi affettive.

Nella fascia riproduttiva stiamo assistendo a una ripresa della natalità per la presenza di donne straniere e ad un aumento del numero di donne che partoriscono in età avanzata e che richiedono assistenza, fecondazione assistita, indagini prenatali. Nelle giovani donne e adolescenti vi è un abbassamento dell'età dei primi rapporti sessuali con il rischio di gravidanze indesiderate e vi è anche una scarsa consapevolezza dei pericoli che comportano l'abuso di alcool, fumo, droghe. Spesso queste giovani sono in sovrappeso anche per una carente attività fisica e in questo modo aumenta il rischio per la salute.

A proposito di prevenzione e diagnosi precoce, avete promosso anche degli incontri sui progetti di Screening dell'Ulss 12. C'è qualche richiesta da fare in particolare per lo Screening del Pap test o altri ritenuti essenziali?

Come Consulta delle Cittadine abbiamo incontrato il responsabile degli screening per l'Ulss 12, dott. Rocco Sciarrone, nello specifico per un confronto sui servizi di prevenzione ai tumori del collo dell'utero, al colon-retto e alla mammella. In quella sede siamo state informate che vi è una scarsa adesione alla lettera di invito per tutti e tre gli screening: nel 2012 l'adesione è stata di circa il 53 per cento per il Pap-test, del 58 per cento per le mammografie e del 47 per cento per il colon-retto (quest'ultimo screening ovviamente coinvolge anche la popolazione maschile). Abbiamo dunque offerto anche la nostra collaborazione al fine di ampliare l'informazione alle nostre reti femminili. Abbiamo incontrato anche la direttrice sanitaria dell'Ulss 12, dott.ssa Rita Finotto, per offrire la

nostra disponibilità per un maggiore coinvolgimento della popolazione negli screening. Pensiamo infatti si possa ulteriormente intervenire magari con un maggior coinvolgimento dei medici di famiglia e delle associazioni delle donne immigrate. Inoltre, sarebbe importante coinvolgere negli screening soprattutto fasce di popolazione con disagio sociale che meno si sottopongono a indagini sulle salute e con stili di vita che sono più alto rischio di malattie.

I servizi evolvono: come inquadrare oggi il ruolo dei Consultori Familiari?

I Consultori Familiari fino a poco tempo fa si occupavano essenzialmente di salute delle donne, prendendo in carico le utenti di tutte le fasce d'età. Ora, su indicazione regionale, sono più indirizzati alla famiglia. Nel tempo sono nati all'interno dei Consultori servizi per le adolescenti, corsi di preparazione al parto, interventi mirati per la popolazione straniera presente nel territorio e interventi di mediazione familiare. Ma sono state escluse dai servizi le donne ultrasessantenni che sono costrette a rivolgersi agli ambulatori ginecologici di Distretto. Su questo siamo intervenute più volte rivolgendoci al Comune di Venezia e all'Ulss 12, poichè riteniamo importante che tutte le donne

siano accolte da un servizio che non eroga solo prestazioni sanitarie ma socio-sanitarie per come erano concepiti i Consultori all'inizio, e con una particolare attenzione alla modalità operativa di "presa in carico" che investe su un benessere non solo inteso come assenza di malattia. In questa direzione vanno anche gli interventi di prevenzione che sono offerti dai Consultori Familiari sia rispetto alle gravidanze non desiderate che ai controlli per la diagnosi precoce di primo livello per tutti i tumori femminili, prevenzione che andrebbe valorizzata e potenziata.

Avete osservazioni da fare, magari per la tutela della salute delle donne ultrasessantenni?

Il Consultorio, rivolto prevalentemente alla tutela della salute riproduttiva della donna, a fronte dell'allungamento della vita media, necessita di un adeguamento a nuove esigenze che ora non sono soddisfatte. La sessualità e il benessere della donna infatti sono oggi sottovalutati o ignorati per le ultracinquantenni e le ultrasessantenni. Le donne vivono più di un terzo della loro vita in post menopausa, ma sono socialmente più attive e richiedono una qualità di vita con la quale il Consultorio e i servizi sanitari in genere, dovrebbero meglio confrontarsi. Ciò significa affrontare problemi sociali, culturali, dando risposte complesse e non solo sanitarie.



Quindi occorre avere maggior attenzione sia alle malattie croniche degenerative della terza età (ipertensione, obesità, osteoporosi ecc.) sia agli stili di vita, ai ruoli sociali e famigliari.

Il Consultorio dovrebbe farsi carico della donna, con tutte le sue specificità fisiche e psicologiche, dalla fase iniziale della menopausa alla terza età.

Tra le vostre richieste c'è anche la valorizzazione dell'esperienza maturata al Punto Nascita di Villa Salus, chiuso nel febbraio scorso...

Sulla chiusura del punto nascita di Villa Salus, avvenuta a febbraio, ma prospettata da anni, siamo intervenute con una raccomandazione al Consiglio Comunale, preoccupate di capire come si sarebbe potuta mantenere l'esperienza che le ostetriche e lo staff medico e infermieristico avevano maturato negli anni con un lavoro di equipe di notevole livello. Villa Salus ospitava un Punto Nascita che garantiva l'assistenza alle nascite a basso rischio ostetrico e negli anni erano state create sale parto diversificate, una delle quali dotata di vasca per il parto in acqua. Tutto questo andava nella direzione di una richiesta che le donne e le ostetriche avevano rivolto alle strutture sanitarie per un'assistenza al parto il più naturale possibile, umanizzato e de-medicalizzato.

Quali prospettive si aprono, ora, secondo voi, per il reparto di Ostetricia dell'ospedale dell'Angelo che è punto di riferimento provinciale? È possibile pensare ad una migliore integrazione tra assistenza ospedaliera e parto naturale?

Negli incontri avvenuti in questi mesi con la Direzione Generale dell'Ulss 12, avevamo anche formulato la richiesta di una Casa di Maternità dentro l'Ospedale all'Angelo.

Abbiamo partecipato ad un Consiglio Comunale organizzato a Mestre sul tema della salute nel nostro territorio, dove erano state fornite dal direttore generale dott. Giuseppe Dal Ben delle rassicurazioni in proposito. La richiesta di Casa di Maternità, sostenuta da molte donne e Associazioni del territorio, non è stata accolta, e in alternativa l'Ospedale all'Angelo ha ristrutturato il Punto Nascita per accogliere un maggior numero di parti, dotandosi di 7 sale parto, tra le quali due con caratteristiche "familiari", cioè dotate di un'accoglienza anche per il padre del/la neonato/a e di vasche per il parto in acqua. Anche i letti di degenza sono aumentati e quasi tutto il personale di Villa Salus è stato integrato nell'Ospedale di Mestre. Di tutto ciò siamo molto contente perché sono state accolte le nostre richieste e quelle di molte donne della città.

Ora pensiamo di continuare a porre attenzione ai servizi sulla nascita al fine di rendere sempre più possibile un'assistenza tarata sui bisogni della donna, della coppia e del/la nuovo/a nato/a.

A fronte di una casistica che vede il 65 per cento dei parti a basso rischio nella nostra Ulss, servizi

e assistenza a basso interventismo medico vanno sia nella direzione della de-medicalizzazione del parto che di minor spesa per la collettività.

Siete molto impegnate nella diffusione della cultura della Medicina di Genere: si tratta di un approccio strategico, perchè?

Negli ultimi decenni gli studi prodotti dalla comunità scientifica, si sono concentrati sull'apparato riproduttivo e sul seno, mentre è l'intero organismo femminile a funzionare in modo diverso da quello maschile. Da questa nuova consapevolezza deriva la necessità della Medicina di Genere, che non va intesa come la medicina che studia le malattie che colpiscono prevalentemente le donne, ma come la scienza che studia l'influenza del sesso (nella accezione biologica) e del genere (nella accezione sociale) su fisiologia, fisiopatologia e clinica di tutte le malattie, per giungere a decisioni terapeutiche basate sull'evidenza scientifica sia nell'uomo che nella donna.

La Medicina di Genere è quindi una scienza multidisciplinare che vuole dedicarsi alla ricerca per descrivere le differenze anatomico-fisiologiche di tutti gli organi e sistemi nell'uomo e nella donna.

Quali sono le sfide per una nuova cultura della salute?

Negli ultimi quarant'anni i progressi della medicina sono stati eccezionali, soprattutto in alcuni settori, ma la ricerca riguardo patologie e terapie correlate, si basa molto spesso su sperimentazioni realizzate esclusivamente su pazienti maschi. In realtà nuove evidenze stanno emergendo sulle differenze, tra organismo femminile e organismo maschile, nel manifestare i sintomi delle malattie e nella risposta alle cure. Queste evidenze vanno senz'altro approfondite per adeguare sempre più la medicina e la farmacologia ai bisogni reali delle persone. La sfida della medicina contemporanea è procedere verso terapie individualizzate e in grado di comprendere anche le differenti risposte tra donne e uomini. L'obiettivo non deve più essere solo allungare la vita, ma soprattutto migliorarne la qualità.

Alla luce di queste importanti premesse, l'impegno della Consulta delle Cittadine è quello di sensibilizzare e informare l'opinione pubblica su questo tema, diffondere una nuova cultura della salute che tenga conto della differenza tra i generi e offrire spunti concreti per adeguare gli interventi socio-sanitari alle reali esigenze delle donne.

PER INFORMAZIONI

Consulta delle Cittadine

Email: consultadonne@comune.venezia.it

Maria Teresa Menotto

Email: mtmenotto@libero.it

Franca Marcomin

Email: marcomin.f@alice

Strategie e servizi

Verso una presa in carico complessiva del paziente. Entro fine anno le strutture intermedie, ma la sfida resta costante

L'ospedale di Mestre, inaugurato nel 2007, offre servizi ai pazienti acuti e si integra con l'ospedale civile di Venezia che è invece un ospedale di rete, anche riguardo a servizi strategici come quelli per la gestione dell'infarto, la rianimazione ed altre urgenze o emergenze.

“Il punto di forza dell'ospedale dell'Angelo – spiega il dottor Onofrio Lamanna, direttore dell'ospedale mestrino – è la presenza di tutte le alte specialità che necessitano per la gestione dei casi, ad eccezione di servizi di rilievo regionale, come quelli rivolti agli ustionati o ai neonati prematuri inferiori alla trentesima settimana di gestazione. Si tratta in generale di un ospedale che offre assistenza ai pazienti acuti, grazie a servizi specifici in cui operano medici e personale sanitario con grande esperienza, come nella gestione delle varie tipologie di emergenze-urgenze o nella chirurgia oncologica, ecc.”.



L'OBIETTIVO DELLA PRESA IN CARICO COMPLESSIVA DEL PAZIENTE NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA

L'organizzazione della sanità attuale prevede vari presidi che si integrano l'un l'altro offrendo servizi e competenze diverse per tipo di utenza e di prestazione. Certamente la presa in carico complessiva del paziente, in una città multiforme anche dal punto di vista geografico come il territorio del Comune di Venezia, resta una sfida complessa e costantemente aperta, come segnalano anche i Comitati dei cittadini per la difesa della sanità veneziana.

“Per forza di cose, l'ospedale dell'Angelo, che è un ospedale per acuti, non può farsi carico di pazienti che hanno bisogno di degenze lunghe e di prestazioni sociosanitarie – afferma il direttore Lamanna –. Ecco perché si inviano i pazienti alle strutture accreditate dotate di riabilitazione e di hospice. Il ruolo delle strutture intermedie è quello ben specificato dal Piano Socio Sanitario Regionale e cioè offrire un setting assistenziale appropriato per pazienti non più acuti, ma che non sono ancora in grado di ancora rientrare a casa o in altre strutture residenziali”.

DIMISSIONI PROTETTE E STRUTTURE INTERMEDIE, UNA SFIDA PER L'ULSS 12 MA ANCHE PER IL COMUNE DI VENEZIA

Certamente per una presa in carico complessiva del paziente, sono fondamentali le sinergie con i Distretti Socio Sanitari e i medici di medicina generale. L'obiettivo comune è puntare a realizzare delle dimissioni protette più attente ai bisogni anche sociosanitari del paziente e della sua famiglia.

Entro fine anno la Direzione Generale dell'Ulss 12, in accordo con le richieste avanzate dal Comune di Venezia, ha stabilito che non diventerà esecutivo nessun taglio di posti letto negli ospedali veneziani. La strategia prevede la creazione di alcune decine di posti letto in strutture intermedie in grado di assorbire i pazienti dimessi dall'ospedale.

Il Comune di Venezia ha avuto e continua ad avere un ruolo di controllo e di collaborazione con l'Ulss 12 su tutto l'assetto della sanità veneziana. In particolare è seguita da vicino la delicatissima questione del taglio dei posti letto previsto dal Piano Regionale, soprattutto all'ospedale civile del centro storico. Nessun taglio dovrebbe avvenire infatti senza che prima siano a regime le strutture intermedie deputate a garantire una presa in carico dei pazienti nell'ambito di un progetto di dimissioni protette.



Oncologia

Tumori della testa e del collo. Nell'Ulss 12 un centro di cura con approccio multidisciplinare

a cura di **Paolo Morandi**,
direttore Unità complessa di Oncologia dell'Ulss 12

I tumori maligni della testa e del collo rappresentano in Italia circa il 5 per cento di tutti i tumori maligni e si trovano al quinto posto come frequenza. Ogni anno si diagnosticano in Italia circa 12.000 nuovi casi. Il tasso di incidenza (standardizzato sulla popolazione europea) è di 16 casi per 100.000 italiani all'anno, mentre in Europa (paesi dell'Unione Europea) è pari a 18 per 100.000. Generalmente i maschi sono più colpiti delle femmine, con un rapporto pari a 6 a 1; la fascia di età più colpita è quella fra i 50 e 70 anni.

In Italia i tassi di incidenza sono più elevati nelle regioni settentrionali rispetto a quelle centro-meridionali e insulari. Sempre in Italia, il rischio di ammalarsi è 7 volte più alto nei maschi che nelle femmine; l'incidenza è particolarmente alta in Veneto con un tasso di 48 per 100.000 negli uomini e 8 per 100.000 nelle donne.

TIPOLOGIA DEI TUMORI DEL CAPO E DEL COLLO E FATTORI DI RISCHIO

Il 90 per cento dei tumori maligni della testa e del collo sono carcinomi squamosi, mentre il restante 10 per cento è rappresentato da melanomi, linfomi, sarcomi e tumori con diversa istologia; tra questi ultimi rientrano anche i tumori delle ghiandole salivari che pure non sono molto frequenti.

I fattori di rischio più frequentemente associati con lo sviluppo di queste neoplasie sono il fumo, l'abuso di alcool ed alcune infezioni virali fra cui l'infezione da papilloma-virus (HPV) per i tumori orofaringei e l'infezione da virus di Epstein Barr per i tumori del

rinofaringe. È importante sottolineare che i pazienti che continuano a fumare e ad abusare di alcolici sia durante che dopo il trattamento (qualunque sia il tipo) hanno minori probabilità di guarigione e presentano un rischio maggiore di effetti collaterali più severi con le terapie

Poiché alcuni dei fattori di rischio coinvolti nello sviluppo di queste neoplasie sono comuni a quelli di altri tumori (per esempio esofago e polmone), non è infrequente riscontrare neoplasie primitive multiple con tutte le implicazioni e le difficoltà che questo comporta sia per il paziente che per gli specialisti che devono programmare il trattamento.

L'INFEZIONE DA PAPILOMA VIRUS (HPV) COME FATTORE DI RISCHIO SPECIFICO PER I TUMORI OROFARINGEI

È di recente acquisizione il dato che l'infezione da HPV è spesso alla base dello sviluppo di neoplasie orofaringee soprattutto quando non siano presenti i comuni fattori di rischio. L'interesse verso HPV è motivato anche dai recenti progressi sulle possibilità di prevenzione legate alla vaccinazione contro HPV per il cancro della cervice uterina e dalle implicazioni che questo potrebbe avere anche per i tumori del testa-collo in un futuro speriamo non troppo lontano. Le ultime acquisizioni scientifiche attribuiscono alla presenza dell'infezione virale da HPV un valore prognostico favorevole (ovvero i pazienti sopravvivono più a lungo), anche se al momento il riconoscimento della infezione virale non è un elemento utile ai fini della scelta terapeutica.

TRATTAMENTI INTEGRATI CHIRURGICI, RADIO E /O CHEMIOTERAPICI E NUOVI FARMACI

I tumori della testa e del collo sono dunque neoplasie potenzialmente guaribili, anche quando la malattia si presenta in stadio avanzato e in situazioni in cui l'intervento chirurgico non possa essere attuato per altre patologie o nelle situazioni in cui una demolizione chirurgica comprometterebbe gravemente la qualità di vita del paziente. In tali situazioni la radioterapia, la chemioterapia e i nuovi farmaci biologici sono le armi a disposizione per combattere tali neoplasie.

Da qualche anno a questa parte sono anche state introdotte nuove e più sofisticate tecniche di radioterapia, come la radioterapia ad intensità modulata (IMRT), che consente di incrementare la dose solo sulla malattia, limitando l'irradiazione dei normali tessuti adiacenti e riducendo quindi la tossicità correlata al trattamento.

Anche il ruolo della terapia medica è profondamente cambiato negli ultimi 15 anni, trovando una collocazione anche in fasi di malattia più precoci rispetto al passato. Oggi abbiamo a disposizione nuovi farmaci chemioterapici, ma anche farmaci biologici a bersaglio molecolare. Tra questi ultimi il più utile si è rivelato un anticorpo monoclonale rivolto contro un recettore per un fattore di crescita che di fatto stimola ad una replicazione non più regolata ed armonica le cellule di questa neoplasia. Questo nuovo farmaco, utilizzato insieme alla radioterapia o alla chemioterapia, ha dato una nuova importante chance di cura.

NELL'ULSS 12 IL CENTRO PER IL TRATTAMENTO DEI TUMORI DELLA TESTA E DEL COLLO

La scelta terapeutica del trattamento più adatto deve essere concordata dai vari specialisti coinvolti nella cura di questi tumori: il chirurgo otorinolaringoiatra o maxillo-facciale, il radioterapista e l'oncologo medico. È bene tuttavia che anche altre figure professionali quali il gastroenterologo, il nutrizionista, lo psicologo siano coinvolti precocemente nella gestione di questi pazienti per contribuire a prevenire o per trattare i





sintomi della malattia quali la compromissione dello stato nutrizionale, ma anche gestire le complicanze legate al trattamento.

Nella Ulss 12 è attivo ormai da diversi anni un ambulatorio multidisciplinare negli ospedali di Mestre e Venezia, nel quale i vari specialisti sono chiamati a individuare insieme un percorso diagnostico e terapeutico personalizzato sul singolo paziente, in rapporto non solo al tipo di tumore ed alla sua estensione, ma anche alle condizioni psicofisiche del paziente e alla presenza di altre patologie.

IL RUOLO ATTIVO DELLA ASSOCIAZIONE AVAPO NEI PROGETTI DI RICERCA PROMOSSI DALLA DIVISIONE DI ONCOLOGIA DELL'ULSS 12

La Divisione di Oncologia della Ulss 12 Veneziana si è anche resa protagonista attiva della ricerca indipendente, progettando e coordinando un importante studio clinico nazionale. Lo studio è stato "sponsorizzato" dall'associazione no-profit AVAPO di Venezia che è impegnata anche sul fronte della ricerca, oltre che nell'attività di assistenza e volontariato per i pazienti oncologici e per le loro famiglie.

Lo sponsor AVAPO Ricerche-Venezia sarà quindi il proprietario dei dati generati dallo studio e

garante dell'assenza di interessi economici e speculativi oltre che della eticità della ricerca.

UNO STUDIO CHE COINVOLGE BEN 48 OSPEDALI ITALIANI, LA PIÙ IMPORTANTE RICERCA NAZIONALE PER QUESTO TIPO DI PATOLOGIA

Con il coinvolgimento di ben 48 Ospedali Italiani (più di 400 pazienti trattati), questo studio si colloca come il più importante studio cooperativo nazionale per questa patologia e pone le basi per collaborazioni future su tutto il territorio nazionale. Il personale medico, dell'assistenza e tecnico ha svolto la propria attività in maniera gratuita e nessun compenso è mai stato devoluto per studio questa attività. È stata inoltre stipulata una apposita polizza assicurativa a tutela dei pazienti partecipanti ed è stata attivata una collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano – il più prestigioso in Italia – per la raccolta e l'analisi dei dati provenienti dai vari ospedali italiani. I risultati finali della ricerca saranno disponibili a breve, mentre i risultati preliminari sono stati presentati lo scorso anno nel corso dei più prestigiosi meeting internazionali (USA e EU) e nazionali.

L'IMPEGNO, ANCHE DELLA DIVISIONE DI ONCOLOGIA DELL'ULSS 12, PER LA RICERCA E L'IMPIEGO DI TERAPIE SEMPRE PIÙ EFFICACI

L'attività di ricerca sul cancro procede continuamente anche in questo campo testando l'utilità di nuove molecole biologiche e nuovi farmaci chemioterapici nell'ambito di sperimentazioni cliniche controllate. La Divisione di Oncologia dell'Ulss 12 ha sin da ora a disposizione alcuni di questi nuovi farmaci, così come già avvenuto in passato. Resta quindi di fondamentale importanza mantenere e migliorare questo modello di attività multidisciplinare e di percorsi diagnostico-assistenziali e terapeutici anche tra le varie aziende ospedaliere del territorio nell'ambito della Rete Oncologica Regionale. Compito della ricerca, anche all'interno di modelli originali di sponsorizzazione, sarà quello di identificare nuovi fattori prognostici e predittivi di risposta ai trattamenti che possano essere applicabili e utili nella pianificazione del trattamento più efficace ed appropriato per il singolo ammalato.

PER INFORMAZIONI

Paolo Morandi

Direttore UOC Oncologia

Ospedale dell' Angelo Mestre

Tel. 041 965 8320

Ospedale San Giovanni e Paolo Venezia

Tel. 041 529 4539

Email: meoncoseg@ulss12.ve.it

Epidemiologia

La salute in centro storico e nelle isole. La povertà fa ammalare di più

a cura di **Lorenzo Simonato**,
Laboratorio di Sanità Pubblica e Studi di Popolazione,
Dipartimento di Medicina Molecolare dell'Università di Padova

Grazie alla collaborazione fra il Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 12 Veneziana, il Comune di Venezia e l'Università di Padova è stato progettato e realizzato un Sistema Epidemiologico Integrato (SEI) che, utilizzando gli archivi sanitari dell'Ulss e i dati del censimento 2001 del Comune ha permesso la creazione di una coorte censuale "Veneziana" che è entrata a far parte del Piano Statistico Nazionale. Questa coorte è un prezioso patrimonio a disposizione delle istituzioni sanitarie e politiche di Venezia per monitorare e programmare gli interventi sulla popolazione ai fini di promozione della salute. Qui di seguito la valutazione dell'incidenza di alcune tipologie di malattie nel centro storico di Venezia e nelle isole della laguna. Allo scopo di fare una valutazione mirata dello stato di salute della popolazione residente nei sestieri e nelle isole della laguna veneziana, abbiamo selezionato le patologie più significative per dare un quadro più completo possibile della situazione sanitaria di questa popolazione. Di particolare valore, la disponibilità dell'informazione sul livello di istruzione che è stata utilizzata nell'analisi come indicatore di stato socio economico (SSE). L'obiettivo rimane quello di una corretta interpretazione dei dati disponibili e quello di fornire uno strumento conoscitivo e programmatico ai decisori che hanno responsabilità in ambito sanitario.

Tabella 1
Mortalità totale
(ICD IX 001-999)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|---------|-------------|-------------|
| San Marco | 276 | 271,22 | 1,02 | 1,07 |
| Cannaregio | 1168 | 1125,30 | 1,04 | 1,04 |
| San Polo | 328 | 321,90 | 1,02 | 1,07 |
| Dorsoduro | 454 | 499,09 | 0,91 | 0,95 |
| Santa Croce | 333 | 351,96 | 0,95 | 0,99 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 393 | 346,25 | 1,14 | 1,02 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 1076 | 1142,02 | 0,94 | 0,99 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 281 | 224,65 | 1,25 | 1,14 |
| Murano | 330 | 328,26 | 1,01 | 0,91 |
| Burano | 208 | 196,77 | 1,06 | 0,96 |
| Castello - Sant'Elena | 1314 | 1155,04 | 1,14 | 1,13 |

LA MORTALITÀ PER TUTTE LE CAUSE

La mortalità per tutte le cause presentata in tabella 1 mostra valori vicini agli attesi per il maggiore numero di sottoinsiemi di popolazione con tre aree, Giudecca, Pellestrina e Castello che invece mostrano indici di mortalità significativamente superiori alla media. Questi valori risentono, tranne che per la popolazione di Castello, dell'introduzione nell'analisi della covariata socioeconomica che riduce notevolmente l'eccesso di mortalità.

Quando i risultati vengono presentati separatamente nei due sessi (tabella 2) il quadro mostra chiaramente come l'eccesso di mortalità si concentri nella popolazione femminile con valori di RSM molto elevati che raggiungono, come nel caso di Pellestrina, anche il 31 per cento. Tutti gli eccessi sono notevolmente ridimensionati dopo l'introduzione in analisi della covariata socioeconomica con l'eccezione di Castello, dove il quadro rimane sostanzialmente invariato.

LA MORTALITÀ PER TUMORI

La mortalità per tumori presentata in tabella 3 non mostra deviazioni statisticamente significative dal valore 1, tranne per un deficit a Dorsoduro. Tre valori sono moderatamente in eccesso a Murano, Giudecca e S.Marco.

Tabella 2
Mortalità totale.
Uomini e donne
(ICD IX 001-999)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|--------|-------------|---------|-----------|--------|-------------|-------------|
| San Marco | 138 | 129,11 | 1,07 | 1,13 | 138 | 142,11 | 0,97 | 1,01 |
| Cannaregio | 537 | 498,76 | 1,08 | 1,08 | 631 | 626,54 | 1,01 | 1,00 |
| San Polo | 146 | 143,98 | 1,01 | 1,07 | 182 | 177,92 | 1,02 | 1,07 |
| Dorsoduro | 203 | 229,44 | 0,88 | 0,93 | 251 | 269,65 | 0,93 | 0,97 |
| Santa Croce | 143 | 161,76 | 0,88 | 0,94 | 190 | 190,19 | 1,00 | 1,04 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 189 | 172,19 | 1,10 | 1,04 | 204 | 174,06 | 1,17 | 1,01 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 506 | 536,84 | 0,94 | 1,00 | 570 | 605,18 | 0,94 | 0,98 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 134 | 112,55 | 1,19 | 1,12 | 147 | 112,10 | 1,31 | 1,15 |
| Murano | 163 | 163,73 | 1,00 | 0,94 | 167 | 164,53 | 1,01 | 0,88 |
| Burano | 100 | 105,03 | 0,95 | 0,90 | 108 | 91,74 | 1,18 | 1,02 |
| Castello - Sant'Elena | 496 | 465,10 | 1,07 | 1,07 | 818 | 689,94 | 1,19 | 1,17 |

Tabella 3
Mortalità
tumori maligni.
Totalità uomini
e donne
(ICD IX 001-999)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|--------|-------------|---------|
| San Marco | 96 | 87,46 | 1,10 | 1,16 |
| Cannaregio | 339 | 361,33 | 0,94 | 0,96 |
| San Polo | 104 | 101,20 | 1,03 | 1,08 |
| Dorsoduro | 129 | 159,43 | 0,81 | 0,85 |
| Santa Croce | 107 | 112,52 | 0,95 | 1,00 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 134 | 119,75 | 1,12 | 1,02 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 345 | 363,20 | 0,95 | 1,00 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 80 | 73,50 | 1,09 | 0,99 |
| Murano | 125 | 113,02 | 1,11 | 1,01 |
| Burano | 73 | 69,84 | 1,05 | 0,96 |
| Castello - Sant'Elena | 344 | 338,56 | 1,02 | 1,04 |

Interessante notare l'effetto della covariata socioeconomica che spiega la quasi totalità dell'eccesso a Murano e Giudecca, mentre aumenta il valore del RSM a S. Marco, l'area dove l'indice di livello socioeconomico è più elevato.

IL DIABETE

Il diabete di tipo II rappresenta una delle emergenze sanitarie nelle popolazioni occidentali. I risultati dell'analisi della prevalenza per questa malattia nella popolazione di Venezia (tabella 4) mostra una notevole disomogeneità nella sua distribuzione per area. Risultano ancora una volta a più alto rischio le popolazioni delle isole (Pellestrina, Murano, Burano) e del sestiere di Giudecca e questo appare chiaramente legato allo stato socioeconomico. L'analisi separatamente nei due sessi (tabella 5) indica una concentrazione del rischio nella popolazione femminile con differenze molto elevate dei valori che vanno dal 40 per cento di deficit al 77 per cento di eccesso di Pellestrina. Queste disuguaglianze sono drasticamente ridotte dopo l'introduzione in analisi della variabile socioeconomica.

Tabella 4
Prevalenza
diabete.
Totalità uomini
e donne
(Algoritmo
AIE/SISMAEC)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|---------|-------------|-------------|
| San Marco | 666 | 1023,73 | 0,65 | 0,82 |
| Cannaregio | 3772 | 4284,69 | 0,88 | 0,94 |
| San Polo | 935 | 1189,25 | 0,79 | 0,99 |
| Dorsoduro | 1517 | 1883,48 | 0,81 | 1,01 |
| Santa Croce | 1017 | 1341,80 | 0,76 | 0,95 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 1829 | 1426,50 | 1,28 | 1,00 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 3625 | 4321,59 | 0,84 | 1,05 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 1149 | 866,80 | 1,33 | 1,04 |
| Murano | 1763 | 1357,26 | 1,30 | 1,02 |
| Burano | 1007 | 861,37 | 1,17 | 0,92 |
| Castello - Sant'Elena | 3747 | 3779,14 | 0,99 | 1,05 |

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|---------|-------------|-------------|-----------|---------|-------------|-------------|
| San Marco | 369 | 528,95 | 0,70 | 0,84 | 297 | 494,77 | 0,60 | 0,79 |
| Cannaregio | 2005 | 2140,01 | 0,94 | 0,96 | 1767 | 2144,68 | 0,82 | 0,91 |
| San Polo | 500 | 597,31 | 0,84 | 1,01 | 435 | 591,94 | 0,73 | 0,97 |
| Dorsoduro | 838 | 954,65 | 0,88 | 1,06 | 679 | 928,83 | 0,73 | 0,96 |
| Santa Croce | 552 | 677,93 | 0,81 | 0,98 | 465 | 663,88 | 0,70 | 0,92 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 917 | 731,33 | 1,25 | 1,09 | 912 | 695,17 | 1,31 | 0,93 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 1894 | 2249,91 | 0,84 | 1,02 | 1731 | 2071,67 | 0,84 | 1,10 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 480 | 489,05 | 0,98 | 0,85 | 669 | 377,75 | 1,77 | 1,24 |
| Murano | 917 | 716,92 | 1,28 | 1,11 | 846 | 640,34 | 1,32 | 0,93 |
| Burano | 480 | 490,81 | 0,98 | 0,85 | 527 | 370,57 | 1,42 | 1,00 |
| Castello - Sant'Elena | 1966 | 1871,35 | 1,05 | 1,08 | 1781 | 1907,78 | 0,93 | 1,03 |

Tabella 5
Prevalenza
diabete.
Uomini e donne
(Algoritmo
AIE/SISMAEC)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

LE MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO

Costituiscono la prima causa di morte nelle popolazioni occidentali. La situazione della mortalità per questo importante gruppo di cause è presentata nella tabella 6 e appare distribuita in maniera meno disomogenea che per altre patologia. Oltre ad un deficit al Lido, che perde però significatività statistica dopo aggiustamento per livello socioeconomico, spiccano gli eccessi a Pellestrina e Castello che mantengono significatività statistica anche dopo l'introduzione della variabile socioeconomica.

Quando i risultati vengono presentati nella tabella 7, separatamente nei due sessi, oltre alla comparsa di un eccesso statisticamente significativo nella popolazione maschile di Cannaregio, appare evidente che l'eccesso riscontrato è a totale carico della popolazione femminile ed è influenzato solo parzialmente dallo stato socioeconomico.

LA CARDIOPATIA ISCHEMICA

Grazie al sistema SEI è stato possibile per questo gruppo di patologie studiare anche alcune tendenze della prevalenza e dell'incidenza. Nella tabella 8 viene presentato il quadro che riguarda la prevalenza per cardiopatia ischemica con una tendenza a

Tabella 6
Mortalità
malattie sistema
circolatorio.
Totalità uomini
e donne
(ICD IX 390-459)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|--------|-------------|-------------|
| San Marco | 122 | 114,04 | 1,07 | 1,16 |
| Cannaregio | 507 | 472,77 | 1,07 | 1,05 |
| San Polo | 143 | 137,41 | 1,04 | 1,14 |
| Dorsoduro | 183 | 211,00 | 0,87 | 0,94 |
| Santa Croce | 139 | 148,55 | 0,94 | 1,02 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 154 | 137,42 | 1,12 | 1,02 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 420 | 483,63 | 0,87 | 0,94 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 119 | 92,46 | 1,29 | 1,19 |
| Murano | 122 | 130,73 | 0,93 | 0,85 |
| Burano | 83 | 76,32 | 1,09 | 0,99 |
| Castello - Sant'Elena | 608 | 515,67 | 1,18 | 1,15 |

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|
| San Marco | 53 | 49,28 | 1,08 | 1,11 | 69 | 64,76 | 1,07 | 1,21 |
| Cannaregio | 227 | 186,38 | 1,22 | 1,19 | 280 | 286,39 | 0,98 | 0,95 |
| San Polo | 64 | 55,42 | 1,15 | 1,19 | 79 | 81,99 | 0,96 | 1,09 |
| Dorsoduro | 76 | 87,74 | 0,87 | 0,89 | 107 | 123,26 | 0,87 | 0,98 |
| Santa Croce | 55 | 62,35 | 0,88 | 0,91 | 84 | 86,20 | 0,97 | 1,10 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 75 | 63,70 | 1,18 | 1,17 | 79 | 73,73 | 1,07 | 0,90 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 199 | 205,71 | 0,97 | 1,00 | 221 | 277,91 | 0,80 | 0,90 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 37 | 41,51 | 0,89 | 0,88 | 82 | 50,95 | 1,61 | 1,42 |
| Murano | 59 | 59,45 | 0,99 | 0,99 | 63 | 71,28 | 0,88 | 0,76 |
| Burano | 33 | 37,61 | 0,88 | 0,87 | 50 | 38,71 | 1,29 | 1,10 |
| Castello - Sant'Elena | 191 | 179,23 | 1,07 | 1,05 | 417 | 336,44 | 1,24 | 1,20 |

Tabella 7
Mortalità
Malattie Sistema
Circolatorio.
Uomini e donne
(ICD IX 390-459)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

valori più elevati nelle isole rispetto al centro storico. Questa disuguaglianza viene ridotta dal controllo della distribuzione dello stato socioeconomico.

Questa tendenza si accentua quando l'analisi viene condotta nei due sessi separatamente (tabella 9) mostrando una maggiore o totale concentrazione degli eccessi nella popolazione femminile. Anche questo quadro è fortemente influenzato dallo stato socioeconomico che tende a spiegare la maggiore componente delle differenze riscontrate.

L'INCIDENZA PER INFARTO ACUTO DEL MIOCARDIO

Nelle tabelle 10-11 sono riportati i risultati dell'analisi dell'incidenza per infarto miocardico acuto (IMA) che mostrano una minore disomogeneità rispetto alla cardiopatia ischemica e sono limitati, in quanto basati prevalentemente sui ricoveri ospedalieri, da una scarsa numerosità. Va segnalato comunque un elevato rischio per questa patologia nella popolazione femminile di Pellestrina nella quale il RSI è quasi il doppio.

LE MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Costituiscono la terza causa di morte nelle nostre popolazioni con profili sanitari di

Tabella 8
Prevalenza
cardiopatia
ischemica.
Totalità uomini
e donne
(Algoritmo
AIE/SISMAEC)

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|---------|-------------|-------------|
| San Marco | 638 | 843,27 | 0,76 | 0,94 |
| Cannaregio | 3211 | 3504,84 | 0,92 | 0,92 |
| San Polo | 827 | 977,98 | 0,85 | 1,05 |
| Dorsoduro | 1361 | 1574,00 | 0,86 | 1,07 |
| Santa Croce | 927 | 1114,01 | 0,83 | 1,03 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 1187 | 1138,48 | 1,04 | 0,97 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 2770 | 3560,09 | 0,78 | 0,96 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 686 | 660,69 | 1,04 | 0,97 |
| Murano | 1149 | 1077,22 | 1,07 | 0,99 |
| Burano | 780 | 660,98 | 1,18 | 1,10 |
| Castello - Sant'Elena | 3069 | 3250,23 | 0,94 | 0,95 |

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|---------|-------------|-------------|-----------|---------|-------------|-------------|
| San Marco | 365 | 451,30 | 0,81 | 0,98 | 273 | 391,97 | 0,70 | 0,89 |
| Cannaregio | 1669 | 1777,67 | 0,94 | 0,92 | 1542 | 1727,17 | 0,89 | 0,93 |
| San Polo | 440 | 508,32 | 0,87 | 1,05 | 387 | 469,66 | 0,82 | 1,05 |
| Dorsoduro | 706 | 817,92 | 0,86 | 1,04 | 655 | 756,09 | 0,87 | 1,10 |
| Santa Croce | 464 | 586,21 | 0,79 | 0,95 | 463 | 527,80 | 0,88 | 1,12 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 589 | 614,09 | 0,96 | 0,96 | 598 | 524,39 | 1,14 | 0,98 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 1564 | 1907,09 | 0,82 | 0,99 | 1206 | 1652,99 | 0,73 | 0,93 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 405 | 393,06 | 1,03 | 1,03 | 281 | 267,63 | 1,05 | 0,90 |
| Murano | 631 | 601,22 | 1,05 | 1,05 | 518 | 476,00 | 1,09 | 0,93 |
| Burano | 383 | 396,39 | 0,97 | 0,97 | 397 | 264,59 | 1,50 | 1,27 |
| Castello - Sant'Elena | 1658 | 1594,60 | 1,04 | 1,02 | 1411 | 1655,62 | 0,85 | 0,88 |

Tabella 9
Prevalenza
cardiopatia
ischemica.
Totalità uomini
e donne

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

tipo occidentale. Viene qui presentata (tabella 12) la prevalenza per bronchite polmonare cronica ostruttiva (BPCO) che è caratterizzata, con l'eccezione di Cannaregio, da valori più elevati e statisticamente significativi in Giudecca e nelle isole di Murano e Burano. Questi eccessi sono totalmente o prevalentemente eliminati con l'introduzione della variabile socioeconomica. Nelle tabelle 13 e 14 i risultati vengono presentati in rapporto al sesso che non appare influenzare in maniera univoca, come accade invece per alcune precedenti patologie, l'andamento della malattia. A completamento del quadro sulle malattie respiratorie vengono presentati nella tabella 15 i risultati dell'analisi per asma bronchiale nell'età giovanile. Eccessi statisticamente significativi vengono segnalati ancora una volta in nelle isole di Murano e Burano tutti fortemente influenzati dallo stato socioeconomico, mentre tutti gli altri valori sono vicini all'1.

CASTELLO, GIUDECCA, MURANO, BURANO E PELLESTRINA HANNO UN INDICE DI SALUTE INFERIORE ALLA MEDIA

I risultati dell'analisi delle maggiori patologie che affliggono la popolazione che vive nell'area insulare del Comune di Venezia forniscono un quadro composito dal quale emergono tre tendenze molto stabili. Una notevole diseguaglianza dello stato di

Tabella 10
Incidenza infarto
miocardio acuto.
Totalità uomini
e donne

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|--------|-------------|-------------|
| San Marco | 37 | 42,19 | 0,88 | 0,94 |
| Cannaregio | 168 | 175,91 | 0,96 | 0,95 |
| San Polo | 58 | 49,69 | 1,17 | 1,25 |
| Dorsoduro | 76 | 77,22 | 0,98 | 1,05 |
| Santa Croce | 55 | 54,92 | 1,00 | 1,08 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 53 | 56,86 | 0,93 | 0,84 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 148 | 177,12 | 0,84 | 0,90 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 57 | 35,70 | 1,60 | 1,47 |
| Murano | 56 | 53,26 | 1,05 | 0,94 |
| Burano | 33 | 33,12 | 1,00 | 0,88 |
| Castello - Sant'Elena | 182 | 168,70 | 1,08 | 1,08 |

Tabella 11
Incidenza infarto miocardio acuto. Donne

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | Attesi Cov | RSP | RSP Cov |
|--|-----------|--------|------------|-------------|-------------|
| San Marco | 21 | 18,88 | 18,50 | 1,11 | 1,14 |
| Cannaregio | 88 | 83,41 | 82,90 | 1,06 | 1,06 |
| San Polo | 25 | 23,42 | 22,88 | 1,07 | 1,09 |
| Dorsoduro | 39 | 36,04 | 35,21 | 1,08 | 1,11 |
| Santa Croce | 29 | 25,64 | 24,96 | 1,13 | 1,16 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 23 | 25,02 | 29,16 | 0,92 | 0,79 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 65 | 79,59 | 77,45 | 0,82 | 0,84 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 28 | 14,60 | 16,20 | 1,92 | 1,73 |
| Murano | 23 | 22,92 | 26,41 | 1,00 | 0,87 |
| Burano | 13 | 12,95 | 15,23 | 1,00 | 0,85 |
| Castello - Sant'Elena | 94 | 85,38 | 85,56 | 1,10 | 1,10 |

salute fra la popolazione che vive nel centro storico, con l'esclusione di Castello e della Giudecca, e quella che abita nelle isole, con l'esclusione del Lido. All'interno della popolazione insulare veneziana il profilo sanitario appare dividersi in due grandi gruppi omogenei: il primo che comprende gli abitanti di S. Marco, Cannaregio, Dorsoduro, S.Croce, e l'isola del Lido con indici di salute decisamente superiori alla media della popolazione del Comune di Venezia, compresa la terraferma. Il secondo che comprende gli abitanti di Castello, della Giudecca, e delle isole di Murano, Burano, e Pellestrina con parametri di salute decisamente inferiori a quello della media della popolazione veneziana nel suo complesso.

LE DONNE SONO PIÙ COLPITE DALLE MALATTIE

Il secondo aspetto che si può notare esaminando i risultati di questo studio è lo squilibrio di salute fra i sessi che si evidenzia in quasi tutte le patologie indicando così che nei sestieri e nelle isole dove più elevato è il carico di malattie è nella popolazione femminile che esso si concentra. La terza tendenza importante che emerge con forza da questo studio è il parallelo fra indici di salute e indici di stato socio economico misurati e collegabili grazie all'esistenza della coorte censuale veneziana.

Tabella 12
Prevalenza BPCO +35 anni di età. Uomini e donne

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|---------|-------------|-------------|
| San Marco | 148 | 271,58 | 0,54 | 0,76 |
| Cannaregio | 1384 | 1123,81 | 1,23 | 1,26 |
| San Polo | 262 | 315,13 | 0,83 | 1,16 |
| Dorsoduro | 452 | 507,32 | 0,89 | 1,24 |
| Santa Croce | 316 | 360,72 | 0,88 | 1,22 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 507 | 368,01 | 1,38 | 1,11 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 687 | 1143,26 | 0,60 | 0,84 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 195 | 208,99 | 0,93 | 0,75 |
| Murano | 449 | 347,64 | 1,29 | 1,04 |
| Burano | 259 | 209,26 | 1,24 | 0,99 |
| Castello - Sant'Elena | 1047 | 1043,18 | 1,00 | 1,02 |

Tabella 13
Prevalenza BPCO
+35 anni di età.
Uomini

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | Attesi Cov | RSP | RSP Cov |
|--|-----------|--------|------------|-------------|-------------|
| San Marco | 77 | 136,76 | 92,99 | 0,56 | 0,83 |
| Cannaregio | 600 | 530,43 | 510,39 | 1,13 | 1,18 |
| San Polo | 137 | 153,69 | 104,35 | 0,89 | 1,31 |
| Dorsoduro | 219 | 247,89 | 167,79 | 0,88 | 1,31 |
| Santa Croce | 128 | 178,64 | 121,26 | 0,72 | 1,06 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 258 | 185,54 | 221,70 | 1,39 | 1,16 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 315 | 575,42 | 389,62 | 0,55 | 0,81 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 107 | 115,62 | 139,71 | 0,93 | 0,77 |
| Murano | 229 | 181,70 | 216,93 | 1,26 | 1,06 |
| Burano | 125 | 116,66 | 140,67 | 1,07 | 0,89 |
| Castello - Sant'Elena | 507 | 481,49 | 464,43 | 1,05 | 1,09 |

PIÙ COLPITE LE PERSONE CON BASSO LIVELLO SOCIOECONOMICO

È noto da numerosi studi sia in Italia che in altri stati a livello internazionale che il maggiore determinante degli squilibri dei livelli di salute sono le diseguaglianze socioeconomiche che sono state infatti definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità la "causa delle cause", ma colpisce tuttavia l'evidenza che risulta dallo studio della coorte censuale veneziana sia per l'entità del fenomeno che per la dimensione molto piccola della popolazione attraendo così l'attenzione sull'importanza di studiare le popolazioni anche a livello di microarea.

LE MALATTIE DI OGGI RISALGONO A FATTORI DI QUALCHE DECENNIO FA

Questo quadro è quasi totalmente determinato dalle malattie a carattere cronico degenerativo, il che implica una lunga gestazione dei processi patologici che oggi osserviamo. Ovvero il quadro che noi stiamo osservando oggi è stato determinato da fattori che risalgono a decine di anni fa, mentre la maggioranza degli eventi patologici registrati colpiscono la popolazione nata fra la due guerre mondiali nella quale si concentra la maggior parte degli eventi sanitari.

Tabella 14
Prevalenza BPCO
+35 anni di età.
Donne

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | Attesi Cov | RSP | RSP Cov |
|--|-----------|--------|------------|-------------|---------|
| San Marco | 71 | 134,82 | 102,29 | 0,53 | 0,69 |
| Cannaregio | 784 | 593,38 | 588,51 | 1,32 | 1,33 |
| San Polo | 125 | 161,44 | 122,30 | 0,77 | 1,02 |
| Dorsoduro | 233 | 259,43 | 196,71 | 0,90 | 1,18 |
| Santa Croce | 188 | 182,08 | 138,42 | 1,03 | 1,36 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 249 | 182,47 | 236,09 | 1,36 | 1,05 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 372 | 567,84 | 429,27 | 0,66 | 0,87 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 88 | 93,37 | 119,21 | 0,94 | 0,74 |
| Murano | 220 | 165,94 | 215,29 | 1,33 | 1,02 |
| Burano | 134 | 92,61 | 120,41 | 1,45 | 1,11 |
| Castello - Sant'Elena | 540 | 561,70 | 558,08 | 0,96 | 0,97 |

Tabella 15
Prevalenza ASMA
0-34 anni di età.
Uomini e donne

Cov: analisi aggiustata con covariata socio-economica.
R.S.M. (Rapporto Standardizzato di Mortalità): Osservati/Attesi.
 In grassetto gli RSM statisticamente significativi al 95%.

| Sestiere/Quartiere | Osservati | Attesi | RSM | RSM Cov |
|--|-----------|---------|-------------|-------------|
| San Marco | 234 | 222,53 | 1,05 | 1,10 |
| Cannaregio | 1057 | 1053,30 | 1,00 | 1,02 |
| San Polo | 309 | 307,75 | 1,00 | 1,05 |
| Dorsoduro | 317 | 366,98 | 0,86 | 0,90 |
| Santa Croce | 277 | 313,55 | 0,88 | 0,93 |
| Giudecca - Sacca Fisola - Sacca San Biagio | 337 | 362,89 | 0,93 | 0,82 |
| Lido - Malamocco - Alberoni | 1093 | 1124,02 | 0,97 | 1,02 |
| Pellestrina - San Pietro in Volta | 439 | 383,30 | 1,15 | 1,01 |
| Murano | 414 | 394,38 | 1,05 | 0,93 |
| Burano | 383 | 251,00 | 1,53 | 1,35 |
| Castello - Sant'Elena | 904 | 869,34 | 1,04 | 1,06 |

DAL CENSIMENTO VENEZIANO DEL 1810 ALCUNE CONFERME

È interessante infine notare come le caratteristiche di natura socioeconomica sembrano essere radicate storicamente nel tessuto urbanistico di Venezia, come si può desumere da uno studio condotto dal Prof. Fiorenzo Rossi del Dipartimento di Scienze Statistiche dell'Università di Padova sui dati del censimento del 1810 dal quale risulta una distribuzione molto diseguale di classici indici di significato socio demografico, quali il numero di persone per abitazione, l'indice di vecchiaia, il tipo di occupazione, ecc, fra sestieri "ricchi" come S. Marco e sestieri "poveri" come quello della Giudecca. Questa evidenza suggerisce che la particolare struttura urbanistica di Venezia, oggettivamente poco modificabile nel corso degli ultimi secoli, possa aver favorito la persistenza della distribuzione delle classi socio economiche nelle diverse aree della città e dei profili di salute ad esse collegati.

PER INFORMAZIONI

Lorenzo Simonato

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

Via Loredan 18

35131 Padova

Email: lorenzo.simonato@unipd.it

Convegno

L'edizione di Venezia in salute 2013 al Forte Marghera. Cultura della salute in progress

a cura di **Moreno Scevola**,
presidente Fondazione ARS Medica, Ordine Medici di Venezia

Anche nel 2013 si è celebrata la manifestazione “Venezia in salute” promossa da Ordine Medici di Venezia, Fondazione ARS Medica e Comune di Venezia con la collaborazione delle aziende Ulss del veneziano per la diffusione della cultura della salute e la promozione dei servizi sanitari.

La nuova edizione 2013 della manifestazione ha rilanciato ed ampliato l'impegno della Fondazione Ars Medica e dell'Ordine dei Medici di Venezia rispetto a questo importante progetto di diffusione della cultura della salute.

Abbiamo cercato di rilanciare Venezia in salute come manifestazione di spessore provinciale/metropolitano che coinvolge medici ospedalieri e medici di medicina generale che operano sul territorio veneziano. Inoltre abbiamo puntato a coinvolgere anche i direttori generali delle quattro Ulss della provincia di Venezia rispetto al tema centrale dell'evento “L'aderenza, l'appropriatezza e l'alleanza terapeutica”.

INSIEME OPERATORI DEL SETTORE DELLE DIVERSE ULSS, ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E STRUTTURE CONVENZIONATE

Un importante contributo è stato dato dai medici specialisti e dai medici di medicina generale delle diverse Ulss che sono intervenuti nel programma dell'iniziativa.

Fondamentale per l'efficacia della manifestazione è stato, come sempre, lo spazio informativo gestito da diverse organizzazioni e strutture che si sono rese disponibili per dimostrazioni, promozioni ecc. È davvero notevole il numero di associazioni di volontariato, strutture private o convenzionate che lavorano con grande impegno e competenza nel territorio veneziano. Quest'anno è da segnalare anche la collaborazione con i comitati etici delle Ulss e con associazioni di cittadinanza attiva e Tribunale del malato.

LA COLLABORAZIONE CON IL COMUNE DI VENEZIA

Una riflessione speciale riguarda la partnership con il Comune di Venezia, fin dall'inizio co-autore della manifestazione Venezia in salute insieme all'Ordine dei Medici di Venezia. Si tratta di una

cooperazione nata dal convincimento che gli operatori della salute sono, in quanto cittadini, membri effettivi di quel corpo sociale che, in istituzioni come il comune, trova strumenti di partecipazione e di condivisione di risorse e di obiettivi, primo fra tutti il perseguimento del bene della collettività, secondo l'ottica della solidarietà e del sostegno al più debole.

VENEZIA IN SALUTE 2013, UN PATRIMONIO PREZIOSO DA CUI RIPARTIRE

Anche l'edizione 2013 di Venezia in salute dunque lascia una eredità da coltivare: nello stile della condivisione e del superamento di ogni steccato mentale, la forza del lavoro di équipe dissolve infatti anche le assurde – ma tutt'ora persistenti – contrapposizioni fra le diverse aree mediche, e non solo.

L'attività del medico trova nella collaborazione con istituzioni come Comune di Venezia e aziende

Ulss, associazioni di volontariato e strutture sanitarie private e/o convenzionate, uno spazio in cui riaffermare il valore della professione e riconoscerne le finalità di servizio, in uno spirito di collaborazione per il bene comune e soprattutto per il benessere del malato.

IL VALORE DELLA SINERGIA

Queste riflessioni sono già state esposte nel notiziario dell'Ordine dei Medici di Venezia a fine 2013. Colgo ancora l'occasione per ringraziare tutto il consiglio dell'ARS Medica che ha sempre fattivamente collaborato all'iniziativa. Un ringraziamento anche a: Maurizio Scassola, presidente dell'Ordine dei Medici di Venezia, con tutto lo staff della segreteria; a Bruno Centanini, già coadiutore del Sindaco per la sanità, a Sandro Simionato, già vice sindaco di Venezia e a tutti gli Uffici del Comune di Venezia che si sono impegnati con generosità.



Commemorazione

In ricordo di Francesca Corsi, responsabile del Servizio Anziani, Disabili e Salute Mentale del Comune di Venezia. Competente e instancabile nella difesa dei diritti di cittadinanza

a cura di **Sandro Simionato**,
già assessore alle Politiche Sociali e vice sindaco di Venezia

Francesca Corsi è stata presidente dell'Ulss 18 Riviera del Brenta, assessore e Sindaco del Comune di Mira, in vari periodi, tra il 1980 ed il 1992. In particolare è stata Sindaco nel biennio 1991-1992. Successivamente ha ricoperto il ruolo di responsabile del Servizio Anziani, Disabili e Salute Mentale del Comune di Venezia. È morta il 18 gennaio 2014. Avrebbe compiuto 63 anni il 20 marzo. Francesca Corsi non mancherà solo all'Amministrazione comunale veneziana, alla quale ha dedicato più di vent'anni della propria straordinaria attività professionale, ma a tutta la città. Se Venezia è oggi all'avanguardia nella gestione dei servizi dedicati alla disabilità, alla non autosufficienza e alla malattia psichiatrica, lo dobbiamo proprio a lei, alla sua capacità di tenere insieme la faticosa gestione quotidiana dei problemi ordinari con l'urgente necessità di pensare a soluzioni innovative in grado di rispondere a vecchi e nuovi bisogni.

IL FARO GUIDA: LA DIFESA DEI DIRITTI DEI PIÙ DEBOLI

In apparenza complessa e spigolosa, era invece dotata di una grandissima umanità che riusciva a trasmettere attraverso un'intelligenza vivida, acuta e flessibile. Ciò che stupiva di Francesca era la tenacia con la quale sosteneva le proprie convinzioni e la passione che l'animava quando si trattava di difendere i diritti di chi si trovava a vivere in una condizione di debolezza e fragilità. L'affermazione dei diritti dei più deboli era, prima di ogni altra cosa, il "faro guida" della sua azione.

Diritti che voleva fossero riconosciuti non domani o dopodomani, ma oggi, attraverso scelte concrete, servizi dedicati, risorse da investire.

LA BATTAGLIA PER L'INCLUSIONE AUTENTICA, NON DI FACCIATA

Si è battuta e ha lavorato instancabilmente per produrre servizi innovativi per disabili, a scuola, oltre il CEOD, per le persone disabili adulte e anziane, per l'inclusione autentica (non di facciata) in nome dei diritti esigibili, non ultimi quelli dedicati alla mobilità, per il diritto ad un tempo libero

davvero “liberato” e di qualità. E altrettanta convinzione l’ha animata quando si è trattato di promuovere la domiciliarità per gli anziani non autosufficienti, certa che nulla fosse più appropriato che consentire loro di vivere in un ambiente umano, circondati dall’affetto dei propri familiari.

FRANCESCA HA SOSTENUTO L'AUTONOMIA DEL COMUNE DI VENEZIA, PURE IN CONFRONTO APERTO CON ULSS 12 E REGIONE

Francesca era instancabile, non si fermava mai e la sua disponibilità andava ben oltre ai suoi obblighi contrattuali, anche quando la malattia l’ha colpita, riuscendo a dare fino alla fine un contributo decisivo alla configurazione del nuovo modello di assistenza domiciliare che rappresenterà la prossima sfida a cui sono attesi i servizi. Aveva una visione “politica” e alta del proprio lavoro e a fianco agli amministratori è stata determinante nell’affermare l’autonomia del Comune di Venezia, in campo assistenziale e socio sanitario, pur senza rinunciare ad alimentare e a sostenere un rapporto dialettico con l’Azienda Ulss 12 e la Regione.

LA DEFINIZIONE DI NUOVE FIGURE COME L'ASSISTENTE FAMILIARE E L'ASSISTENTE SOCIO SANITARIO

Sapeva che i servizi per rinnovarsi hanno bisogno di professionalità, che da un lato vanno consolidate e dall’altro coraggiosamente riformate e innovate. Così s’impegnò nel definire e innovare la figura dell’assistente familiare e stava lavorando alla nuova figura dell’assistente socio sanitario nell’accudienza scolastica. Era in grado di esprimere una conoscenza legislativa che andava ben oltre la mera applicazione burocratica della norma. Anzi, spesso si muoveva con grande agilità proprio per criticare e riformare quelle stesse norme, contribuendo, quando le era possibile, a migliorarle sensibilmente.

I SERVIZI RIVOLTI A PERSONE, NON A UTENTI O PAZIENTI

Francesca non arretrava mai di fronte alla necessità di garantire l’alta qualità dei servizi, anche quando le risorse economiche si contraevano e il quadro normativo era segnato da poco chiarezza. Perché era profondamente convinta che i servizi, che lei stessa contribuiva a organizzare, erano rivolti a persone e mai a “utenti” o a “pazienti” ed il suo era un convincimento culturale prima ancora che linguistico. Come a sottolineare senza sosta che le persone vengono prima dei loro problemi. A noi, a me personalmente, Francesca Corsi mancherà davvero molto, ma resterà un punto di riferimento per affrontare il futuro. Senza di lei, difficile da immaginare.



Commemorazione

Nel primo Piano di Zona, approvato nel 2001, i principi ispiratori della “domiciliarietà”

a cura di **Sandro Del Todesco**,
dirigente del Comune di Venezia

Chi volesse ritrovare il pensiero di Francesca Corsi ispiratore di linee e azioni politiche dell'Amministrazione Comunale di Venezia in questi ultimi venti anni, può riprendere in mano il Piano di Zona dei Servizi Socio Sanitari 2000-2002 per le aree anziani, disabili e salute mentale.

Il Piano, approvato nel settembre 2001 dopo un intenso lavoro preparatorio, si caratterizzava, in quanto motore di sviluppo di una nuova modalità di pianificazione, per uno spiccato profilo culturale che dava ai dati, alle cifre e agli obiettivi una ricca cornice di principi e di riferimenti. Rileggere oggi quelle pagine non solo ci fa ritrovare le parole chiave che Francesca aveva individuato e che sarebbero diventate di uso comune, ma ci fa percorrere un tratto di strada di grande impatto per gli sviluppi del welfare comunale e di tante acquisizioni che si sarebbero via via consolidate nel tempo nella dimensione dei servizi.

AL CENTRO, LE PERSONE CON LA LORO SPECIFICITÀ

Al centro di tutto questo: le persone, la loro specificità. Persone verso le quali “l’operatività richiesta non doveva essere deterministica, ma, al contrario, l’approccio doveva essere sperimentale, adattarsi al mutare delle circostanze e passibile di tutte le necessarie modificazioni utili alla promozione ed al mantenimento delle potenzialità individuali, a partire dalle garanzie di benessere e di rispetto della dignità delle persone, attraverso l’accesso ad una gamma di servizi contigui tra loro”.

I LUOGHI DI VITA E DI LAVORO COME SPAZI PER RIABILITAZIONE ED INTEGRAZIONE

Francesca era fortemente convinta che i luoghi di vita delle persone: la famiglia, la scuola, il lavoro, le attività del tempo libero, contenessero una forte valenza riabilitativa e fossero presupposto dell’integrazione. La persona disabile è stata il riferimento fondamentale del suo impegno personale e professionale e del suo metodo di lavoro. Promuovere interventi su misura per le persone con i loro bisogni reali e differenti presupponeva la dimensione di progetto inteso come processo “un percorso che permette

l'aggregarsi progressivo di elementi che interagiscono e si strutturano a vicenda, definendosi e ridefinendosi reciprocamente e mai stabilmente”.

FLESSIBILITÀ E COSTANTE ATTENZIONE ALLA PERSONA CONTRO OGNI APPROCCIO DI TIPO BUROCRATICO

Francesca sosteneva che, a rigidità e attenzione burocratica, doveva contrapporsi flessibilità e costante umana attenzione alla persona.

“Contrastare standardizzazione e routinarietà significa contrastare quegli elementi che, quando prevalgono sugli eventi delle persone, le istituzionalizzano, qualunque sia il luogo di vita”. Paradossalmente, infatti, le modalità di operare in un servizio di aiuto alla persona possono produrre questo risultato, diceva, anche se lo sfondo è il territorio.

In questo senso i servizi “domiciliari” o i servizi alla persona costituiscono per eccellenza lo specchio e la cartina di tornasole sia per le aspettative di cui è stata ed è oggetto l'assistenza territoriale in contrapposizione ad altre modalità assistenziali, sia per la sua intrinseca complessità, sia infine per la difficoltà di assicurare la necessaria interrelazione tra efficacia ed efficienza e, con ciò, di mantenere il senso stesso del servizio.

MODELLI INNOVATIVI DI INTERVENTO

Leggere oggi questi passaggi ci aiuta a contestualizzare i punti fondanti di un lavoro che ha prodotto modelli innovativi di intervento, poi recepiti anche a livello di pianificazione regionale, secondo un approccio costantemente proiettato alla salvaguardia dei diritti della persona, della

cittadinanza, dell'autonomia, dell'autosufficienza. Da qui sono nate una molteplicità di azioni e interventi tra loro interconnessi nel campo della domiciliarietà come della residenzialità, prestazioni ed opportunità per la vita indipendente, la mobilità, l'accessibilità, l'integrazione scolastica, sociale, lavorativa, l'inclusione.

IL WELFARE URBANO COME INSIEME DI INTERVENTI DOVE LE ISTITUZIONI FANNO GOVERNANCE E LAVORANO “ACCANTO A”

Richiamando uno dei temi a lei più cari, quello della sussidiarietà, ribadiva che tale principio non doveva essere messo in relazione alla riduzione di risorse pubbliche, ma alla innovazione di un welfare urbano inteso come insieme di interventi dove le istituzioni spesso ricoprono un ruolo di governance e comunque lavorano “accanto a”. “La sussidiarietà allarga la possibilità di intervento dando spazio alla solidarietà”.

FRANCESCA HA LAVORATO PER DARE GARANZIE E PROMUOVERE OPPORTUNITÀ

In questa dimensione, in cui Francesca ha speso il suo straordinario impegno, intelligente, tenace ed appassionato, sono appunto cresciute le istituzioni, le realtà organizzate, i servizi, gli operatori, la comunità di persone che attorno a queste attività si è sviluppata nel tempo e nel tempo ha visto definirsi un quadro di servizi che ormai rappresenta un punto di non ritorno. Una garanzia. E Francesca ha lavorato, come usava dire, per dare garanzie, conquistate, mantenute e valorizzate, e per promuovere opportunità, sempre nuove, per la migliore possibile qualità della vita.



**Rivista ViS "Venezia in Salute"**

registrazione al Tribunale di Venezia

numero 12 del 31/03/2012

numero 9 – maggio/giugno 2014

direttrice responsabile**Nicoletta Benatelli****editore****Comune di Venezia,****Direzione Affari Istituzionali****segreteria di redazione****Nicoletta Codato, Stefania Barbado**

Servizio Programmazione Sanitaria

del Comune di Venezia

Anna Zanetti, Cinzia Trevisan

Segreteria Direzione Affari Istituzionali

Gabinetto del Sindaco

realizzazione grafica di Vis**Elisabetta Cattaneo**

Centro Produzione Multimediale

del Comune di Venezia

La rivista ViS è solo on line, pubblicata sul sito del Comune di Venezia www.comune.venezia.it, sezione "Mi interessa" e poi sezione "Vivere in salute" ed infine "Venezia in salute"

per informazioni

cell 347 1332848

MEDICI SENZA FRONTIERE (MSF)

Al cuore dell'identità di MSF c'è l'impegno a essere indipendenti, neutrali e imparziali. Questi principi guidano tutte le attività – dall'assistenza medica e logistica agli aspetti finanziari e alla comunicazione – fin da quando MSF è stata fondata nel 1971.

Etica medica. Le azioni di MSF sono prima di tutto mediche. Operiamo nel rispetto dei principi dell'etica medica, in particolare l'obbligo di fornire assistenza senza causare danni a individui o gruppi.

Indipendenti. Le donazioni dei privati sono la linfa vitale di Medici Senza Frontiere Italia, rappresentando oltre il 99% dei fondi raccolti.

Imparziali. Forniamo assistenza medica gratuita alle persone che ne hanno bisogno. Non importa da dove provengano, a che religione o partito politico appartengano. Quello che conta è che siano esseri umani in difficoltà. Tutti gli individui sono uguali davanti alla sofferenza.

Neutrali. In un conflitto non prendiamo posizione ma interveniamo dove le azioni di soccorso medico sono più urgenti.

Essere testimoni. I principi di imparzialità e neutralità non sono sinonimo di silenzio. Quando siamo testimoni di atti di violenza estrema verso persone o gruppi, lo denunciemo pubblicamente. Essere responsabili. MSF si impegna a valutare regolarmente gli effetti delle sue azioni. Ci assumiamo la responsabilità di rendere conto delle nostre attività ai nostri pazienti e sostenitori.

Premio Nobel. Nel 1999 MSF ha ricevuto il Premio Nobel per la Pace in riconoscimento del suo "lavoro umanitario pionieristico realizzato in vari continenti".

PER INFORMAZIONI**Medici Senza Frontiere Italia**

Via Magenta, 5

00185 Roma

Tel. 06 88806000

Fax 06 88806020

CF 97096120585

E-mail: msf@msf.it