

FRANCESCO ANTONINI-CANTERIN PRESIDENTE SIECVI

Nello scorso mese di **ottobre**, nell'ambito del Congresso Nazionale SIECVI tenutosi a Sorrento, il dott. **Francesco Antonini-Canterin**, direttore della UO di Riabilitazione Cardiovascolare dell'Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza, è stato nominato **Presidente della SIECVI (Società Italiana di Ecocardiografia e Cardiovascular Imaging)**.



La presidenza nazionale della SIECVI sarà dunque a **Motta di Livenza** durante il prossimo **biennio 2019-2021** dando rilievo e visibilità al nostro Ospedale, che non a caso si fregia della qualifica "di alta specializzazione".

La SIECVI, fondata nel 1973, è **la più grande società scientifica cardiologica italiana** "di settore" contando oltre 3000 soci regolarmente iscritti.

Si occupa della **diagnostica cardiologica ad ultrasuoni** (ecocardiografia ed ecocolordoppler) e dell'**utilizzo clinico delle tecniche di diagnostica per immagini multimodali** a livello cardiovascolare (in particolare risonanza magnetica cardiaca e tomografia assiale computerizzata coronarica e cardiovascolare).

La società, che ha sede a Milano e delegazioni regionali in tutte le regioni italiane, è **molto attiva in ambito scientifico-culturale, tecnico-organizzativo e formativo**.

SIECVI si articola in **settori operativi** ben definiti, quali la Formazione, la Ricerca, l'HTA (Health Technology Assessment), il sito WEB, l'Accreditamento.

Per quanto riguarda **la Formazione**, SIECVI organizza corsi di ecocardiografia (trans-toracica, transesofagea, da stress, pediatrica,...) su tutto il territorio nazionale (circa 40 corsi/anno), con centinaia di discenti ogni anno. **I settori ricerca e HTA** promuovono numerosi studi e registri policentrici, con presentazione di dati ai principali congressi internazionali e pubblicazioni di lavori scientifici sulle più importanti riviste cardiologiche.

L'accreditamento si occupa della attestazione della certificazione di competenza dei singoli professionisti, che seguono un percorso teorico pratico rigoroso e controllato, e la certificazione di qualità dei laboratori di ecocardiografia, che devono possedere e mantenere standard elevati di efficienza, accuratezza diagnostica e performance. E' in corso la procedura per accreditare anche il **Laboratorio di ecocardiografia di ORAS**, che ha un volume di attività **tra i più grandi in Italia**, come laboratorio di 2° livello (di alta specialità) e sono sempre più numerose le richieste di cardiologi giovani e meno giovani di frequentare il laboratorio di Motta di Livenza per stage di formazione e approfondimento.



Il dott. Antonini-Canterin, responsabile della Cardiologia Riabilitativa di ORAS Motta di Livenza, nonché neo presidente nazionale SIECVI, presenta una relazione nel simposio: "Imaging verso il 2020 per migliorare sempre le scelte cliniche"

Al Congresso di Sorrento Ecocardiografia 2019, seguito e apprezzato da una folta platea di esperti di imaging cardiovascolare, ha partecipato una delegazione di cardiologi della Cardiologia Riabilitativa di ORAS, formato, oltre che dal dott. Antonini-Canterin, anche dalla dr.ssa **Francesca Borsatto** e dal dott. **Leopoldo Pagliani**.



Una fase delle premiazioni dei migliori interventi al Congresso: il dott. Antonini-Canterin premia un giovane ricercatore SIECVI.

Sono stati presentati **tre contributi scientifici originali dal gruppo cardiologico di Motta di Livenza**, incentrati sui temi dello scompenso cardiaco, della funzione ventricolare sinistra e dell'uso dell'ecocardiografia in prevenzione cardiovascolare.

Una ulteriore grande soddisfazione è venuta dalla premiazione quale **miglior poster presentato al congresso del lavoro scientifico "Single-beat aortic arch pulse wave velocity by dual-gate simultaneous Doppler technique: a novel method for arterial stiffness evaluation"**, lavoro ideato ed eseguito nella **Cardiologia di ORAS di Motta di Livenza** e presentato da due giovani medici specializzandi della scuola di Cardiologia dell'Università di Verona, il dott. **Mattia Strazzanti** e il dott. **Antonio Pepe**.

La Cardiologia di ORAS, infatti, è recentemente entrata a far parte della rete formativa della scuola di specializzazione in Cardiologia dell'Università di Verona, con particolare riferimento alla formazione dei giovani cardiologi in formazione nel campo della riabilitazione cardiovascolare e dell'ecocardiografia clinica.

HEALTHNET COINVOLGE ORAS SPA



Il 7-8 ottobre scorso **Ilaria Pitton**, consulente di ORAS nel campo della progettazione, ha preso parte al penultimo meeting del progetto **"HealthNet - Percorsi di cura e assistenza integrata socio-sanitaria a domicilio attraverso il supporto di soluzioni ICT"** organizzato presso il presidio Ospedaliero Santa Maria del Prato a Feltre. Il progetto, finanziato dal **Fondo europeo di sviluppo regionale e Interreg V-A Italia-Austria 2014-2020¹**, coinvolge le seguenti organizzazioni partner:

- **ASUITs** - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di **Trieste** (partner capofila);
- **Direzione Centrale Salute**, Politiche Sociali e Disabilità, Regione autonoma **Friuli Venezia Giulia**;
- **ULSS 1 Dolomiti**, Belluno;
- **AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG** Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege Abteilungsmanagement.

E, a supporto, i seguenti partner associati: **Regione Veneto**, Central European Initiative (CEI) e GECT/EVTZ- Euregio Senza Confini/Euregio Ohne Grenzen.

Il progetto si prefigge, attraverso un'attività di analisi comparata, formazione e sperimentazione, di **definire dei modelli di intervento innovativi in ambito socio-sanitario** per la definizione di politiche organizzative condivise nell'area transfrontaliera per le **cure a domicilio** e per il **benessere degli abitanti**.

I partner mirano a stabilire una **cooperazione istituzionale** relativamente a modelli organizzativi replicabili e sostenibili per: migliorare l'integrazione ospedale/territorio al fine di **garantire la continuità delle cure**; aumentare e migliorare le possibilità di

¹ Finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale e Interreg V-A Italia -Austria 2014-2020

Gefördert durch den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung und Interreg V-A Italien-Österreich 2014-2020

vita autonoma a casa di persone affette da patologie croniche, in fase post acuta o post ricovero, anche mediante soluzioni ICT (e-health o e-care); **formare ad hoc il personale e i caregiver informali.**

Il progetto risulta quanto mai importante in un'area **caratterizzata da un indice di invecchiamento più alto della media europea** e dalla tendenza ad integrare i servizi ospedalieri territoriali anche in un'ottica di razionalizzazione della spesa sanitaria.

Per **raggiungere gli obiettivi**, ciascuna Regione ha avviato specifiche azioni pilota volte ad integrare i servizi socio-sanitari tra ospedale e territorio.

Nello specifico,

- **ASUITs, in collaborazione con la Direzione Salute FVG**, si occupa di monitorare persone anziane con pluripatologia ricoverate presso quattro residenze protette convenzionate con ASUITs, a domicilio (con il coordinamento del Centro Cardio Vascolare) e presso la Casa Circondariale di Trieste, attraverso un sistema di monitoraggio (fornito da H&S – Qualità nel software S.p.A.) con strumenti ICT collegati ad Healthplatform per la registrazione dei parametri sanitari e il referto di esami semplici e complessi;
- **l'ULSS1 Dolomiti ha invece avviato il monitoraggio** di persone affette da malattie cardiovascolari croniche. Team multidisciplinari di medici ospedalieri hanno individuato parametri di assessment che determinano o meno la dimissione e l'avvio di un servizio infermieristico domiciliare. Le infermiere, attraverso il monitoraggio con strumenti ICT e la registrazione dei dati in tempo reale possono comunicare con i medici di medicina generale e discutere il piano terapeutico del paziente.
- **Il partner austriaco, con il coinvolgimento diretto dell'ospedale EKH** (Krankenhaus der Elisabethinen di Klagenfurt am Wörthersee), sta implementando un servizio di cura integrato su pazienti anziani con ferite croniche, anche post intervento. La sperimentazione, oltre a rafforzare le cure a domicilio e diminuire i tempi di ricovero, si pone l'obiettivo di mettere in rete il medico di famiglia, i caregiver e il personale infermieristico, utilizzando il medesimo format documentale.



Le **attività sperimentali di progetto e la raccolta di dati** si è chiusa lo scorso settembre 2019 e i partner hanno avviato **l'analisi comparata dei risultati** al fine di realizzare delle linee guide volte alla condivisione delle buone prassi per l'integrazione

socio-sanitaria e costruire una proposta per un percorso di integrazione dei servizi a livello transfrontaliero ed europeo.

I risultati saranno presentati nel mese di dicembre 2019 in occasione della conferenza finale a Trieste, organizzata da ASUITs insieme all'ultima tappa del percorso di formazione transfrontaliero per il personale dei partner coinvolti.

ORAS Spa ringrazia i project manager del progetto Healthnet per avergli permesso di partecipare alle attività del meeting, che sono state molto interessanti sia sotto il **profilo dell'europrogettazione a livello locale** – di crescente interesse per ORAS – nonché sotto il **profilo clinico e assistenziale** per i pazienti cardiovascolari trattati.

Per maggiori informazioni sul progetto si può scrivere all'indirizzo e-mail healthnet@asuits.sanita.fvg.it oppure visitare la pagina di progetto sul sito di ASUITs: https://asuits.sanita.fvg.it/it/schede/menu_salute_prevenzione/progetti/pgt_healthnet.html

29 OTTOBRE GIORNATA CONTRO L'ICTUS, ORAS RIFLETTE

Dopo l'ictus può esserci una **"nuova vita"**. E sono anche i dati oggettivi a dirlo. E' questo il significato profondo che il 29 ottobre, giornata mondiale contro l'ictus ha voluto trasmettere a tutte le realtà impegnate nella **presa in carico e cura delle persone post ictus**. Anche in ORAS.

Se è vero, infatti, che l'ictus è la terza causa di morte in Italia (dopo le malattie ischemiche del cuore e le neoplasie), che il **10-20%** delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese e che un altro 10% entro il primo anno di vita, è vero anche che il **25% dei pazienti** sopravvissuti ad ictus guarisce completamente. Il restante **75%** di chi sopravvive, si ritrova con una qualche forma di disabilità e di questi, la metà non è portatore di un deficit tanto grave da causare la perdita di autosufficienza.

I dati di cui sopra sottolineano non solo le conseguenze drammatiche dell'ictus, ma ci dicono anche che l'evento ictale non necessariamente va accostato ad una perdita ineluttabile della qualità della vita.

A tal proposito il **mondo della riabilitazione** si impone di lavorare nel modo più efficace per consentire il **recupero della qualità della vita** e la rieducazione delle autonomie residue, ma anche per **sensibilizzare e promuovere sani stili di vita**, fare **corretta informazione** circa la prevenzione e **ridurre i fattori di rischio**.

Il 29 ottobre è stata una occasione ulteriore per sensibilizzare sull'**importanza della prevenzione, della tempestività dell'intervento acuto e della possibilità di attivare percorsi riabilitativi mirati e precoci** per ridurre il più possibile gli esiti invalidanti della malattia, ma anche presentare accorgimenti e servizi che, anche in presenza di disabilità.

Prevenzione e corretta informazione anche per abbattere i costi dell'SSN

E' di 16 miliardi di euro l'impegno del SSN per l'ictus nella fase acuta e nella cronicità. Di 5, invece, l'impegno per i cosiddetti "costi indiretti", in termini principalmente di perdita di produttività.

In questo scenario, fotografato dal **Rapporto 2018 sull'Ictus** elaborato dall'apposito Osservatorio Ictus Italia, diventa fondamentale fare prevenzione.

Ancora il Rapporto 2018 dice che gli **studi epidemiologici** condotti in questi anni hanno dimostrato che, riducendo i fattori di rischio, è possibile ritardare o ridurre il numero di eventi che si verificano nella popolazione. Quasi il 50% degli eventi cerebrovascolari potrebbero essere evitati attraverso l'adozione di **stili di vita salutari** e un **controllo farmacologico** nei soggetti ad elevato rischio cardiovascolare globale.

Esistono infatti una **serie di fattori di rischio**, individuali o ambientali che predispongono ad ammalarsi e che aumentano quindi il verificarsi di questa grave patologia. Oltre a controllare periodicamente la pressione arteriosa, la fibrillazione atriale, i valori di glicemia e colesterolemia, un'alimentazione sana, l'attività fisica costante, stili di vita corretti, senza vizi (fumo) e abusi (alcol), aiutano a prevenire e ridurre in modo significativo i casi di ictus.

Fondamentale riconoscere i sintomi dell'ictus. Intervenire in tempi rapidi può salvare una vita.

Riconoscere i sintomi dell'ictus è di vitale importanza. Esiste una terapia, chiamata rTPA, che se somministrata entro 4-5 ore dall'esordio dei sintomi, può ridurre i danni e la gravità delle conseguenze dell'ictus.

I sintomi sono: formicolio o non riuscire più a muovere (paralisi - plegia) o muovere con minor forza (paresi), un braccio o una gamba o entrambi gli arti di uno stesso lato del corpo; la bocca storta; non riuscire a vedere bene metà o una parte degli oggetti (emianopsia); far fatica a parlare, sia perché non si articolano bene le parole (disartria) sia perché non si riescono a scegliere le parole giuste o perché non si comprende quanto viene riferito dalle persone (afasia); un violento e molto localizzato mal di testa, diverso dal solito.

In caso di **sintomi di ictus**, infine, non bisogna perdere tempo ma chiamare subito il 118 (NO la Guardia Medica, NO il Medico di famiglia) e farsi portare in ospedale. Mai aspettare che il sintomo passi da solo. L'ictus è una malattia tempo dipendente, è un'emergenza: aspettare significa consentirgli di danneggiare sempre di più il nostro cervello. È fondamentale l'intervento tempestivo nelle prime tre/quattro ore.

MASTER BOCCONI SU ORAS CASE STUDY

I primi elementi del lavoro dei partecipanti al **master della Bocconi** sul case study di ORAS dovrebbero emergere ed essere comunicati entro il **mese di novembre**.

Come si ricorderà venerdì 10 maggio 2019 l'Amministratore Delegato dr. **Francesco Rizzardo** e il Direttore Amministrativo dr. **Andrea Pauletti** si erano recati all'Università Bocconi di Milano. Obiettivo: un master di management sanitario in programma per l'a.a. 2019-2020 che faccia di ORAS Spa un case study.

Gli allievi avrebbero svolto una **ricerca finalizzata** a esplorare – dentro un contesto di complessità di origine multifattoriale – i **punti di forza e di debolezza di ORAS Spa** ed a individuare e definire i **percorsi per raggiungere determinati obiettivi**.

Giovedì 4 luglio 2019 una delegazione dell'Università Bocconi di Milano – SDA, **scuola di direzione aziendale, EMMAS Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie** e Socio-Assistenziali era stata accolta in ORAS Spa nell'ambito di questo percorso. Il prossimo **16 novembre** EMMAS presenterà gli esiti del lavoro.

ORAS. CAMPAGNA ANTINFLUENZALE 2019-2020

Il presente articolo per sensibilizzare tutti gli operatori sull'**importanza della vaccinazione antinfluenzale** per la popolazione generale e in particolare per gli operatori sanitari.

Una **corretta strategia vaccinale** può portare numerosi vantaggi:

- protezione del singolo lavoratore
- protezione della collettività
- protezione del SSN (contenimento rischio infezioni nosocomiali e limitazione assenze)

Per tale motivo **si invitano tutti i medici, infermieri e personale sanitario** di assistenza a vaccinarsi presso il proprio medico di medicina generale oppure accedendo all'**Ambulatorio Vaccinazioni Motta di Livenza, Piazzale Madonna, 4 - Motta di Livenza, Piano 0**, con seguente orario:

lunedì: 8.45-12.30 e 14.00-17.00 oppure mercoledì: 8.45-12.30

La campagna di vaccinazione antinfluenzale prenderà via dal 11 novembre per concludersi il 31 dicembre 2019.

Dal sito del Ministero della Salute <http://www.salute.gov.it/portale/influenza/homeInfluenza.jsp>

La vaccinazione è il mezzo più efficace e sicuro per prevenire l'influenza e ridurre le complicanze. Poiché i virus dell'influenza cambiano spesso, la vaccinazione va ripetuta ogni anno. In inverno, però, circolano anche altri virus che provocano febbre e raffreddore, spesso scambiati per influenza. Contro questi virus il vaccino non è efficace, perché protegge solo da quelli influenzali. Sulla base dei ceppi virali circolanti e sull'andamento delle sindromi similinfluenzali (ILI) nel mondo, il [Global Influenza Surveillance Network dell'OMS](#), in collaborazione con il [National Influenza Centres \(NIC\)](#) aggiorna ogni anno la composizione del vaccino antinfluenzale.

Per la stagione 2019-2020 la composizione vaccinale è la seguente:

- antigene analogo al ceppo A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09;
- antigene analogo al ceppo A/Kansas/14/2017 (H3N2);
- antigene analogo al ceppo B/Colorado/06/2017 (lineaggio B/Victoria/2/87); e
- antigene analogo al ceppo B/Phuket/3073/2013-like (lineaggio B/Yamagata/16/88).

La vaccinazione antinfluenzale è offerta in modo gratuito alle persone che rientrano nelle [categorie a rischio](#) di complicanze.

Il vaccino antinfluenzale è comunque indicato per tutti i soggetti che desiderino evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni, sentito il parere del proprio medico.



La malattia (tratto dal sito AULSS2 Marca Trevigiana):

L'influenza è una malattia stagionale che in Italia si manifesta soprattutto in inverno con un picco fra e dicembre e marzo. È provocata dai virus influenzali, di cui si conoscono tre tipi diversi: il virus A e il virus B che causano l'influenza classica e il virus C che causa un'infezione di solito asintomatica o simile al raffreddore.

Vie di trasmissione. *Il contagio avviene con le goccioline di saliva sparse con la tosse, gli starnuti o mentre si parla oppure toccando materiale contaminato da queste goccioline. Una persona con l'influenza può trasmettere la malattia dalle 24 ore precedenti l'inizio dei sintomi fino a 7 giorni dopo l'inizio della malattia, però il virus può essere trasmesso per più tempo dai bambini piccoli e dalle persone con un sistema immunitario compromesso.*

Sintomi e complicanze. *La malattia ha un periodo di incubazione di 1-3 giorni. Inizia bruscamente con febbre alta, mal di testa, malessere generale, dolore a muscoli e articolazioni, congiuntivite. Tutto questo assieme a tosse, mal di gola, raffreddore. Generalmente la persona con l'influenza guarisce senza conseguenze, ma la malattia può causare complicanze che possono essere fatali. Le più frequenti sono bronchite e polmonite. In particolare sono a rischio di conseguenze gravi le donne in gravidanza, i bambini, gli anziani e le persone affette da patologie croniche.*

Impatto sulla popolazione. *I virus dell'influenza hanno una grande capacità di mutare, quindi ad ogni stagione si presentano con forme più o meno diverse. Tanto maggiore è la diversità con i virus che hanno circolato nelle stagioni precedenti, tanto più alto è il numero di casi, che quindi varia di anno in anno. Nelle stagioni influenzali dal 2000 in poi in Italia è stato colpito dal 4 al 12% della popolazione (dai 2,5 ai 7 milioni di casi l'anno). La fascia di età più colpita è quella di bambini tra 0 e 14 anni, mentre la mortalità più elevata si osserva nella fascia di età superiore ai 60 anni, dove si verifica il 90-94% dei decessi: l'età superiore ai 65 anni, da sola aumenta del 70% il rischio di sviluppare complicanze. Nel mondo si stimano ogni anno circa 1 miliardo di casi con 250 – 500.000 morti*

Coperture vaccinali antinfluenzali

La scarsa copertura della vaccinazione antinfluenzale fra gli operatori sanitari è nota sia a livello nazionale che internazionale.

Negli Stati Uniti nel 2010-11 la copertura vaccinale (autoriportata) fra gli operatori sanitari era pari al 64%

Nel Regno Unito nel 2010-11 risultava del 35%

In Italia: lo studio “Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena” di Milano: nel 2006 copertura vaccinale che varia tra il 17,6% del dipartimento emergenzaurgenza e il 24,3% del dipartimento delle chirurgie

Studio Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico “P. Giaccone” di Palermo: calo della copertura dal 14,7% del 2005-06 all'8,2% del 2007-08

Uno studio pilota della vaccinazione antinfluenzale fra gli operatori dell'ex Ausl di Ravenna, anno 2010, ha dimostrato che solo il 19,3% (64/331) degli operatori dell'ex AUSL di Ravenna ha riferito di essersi vaccinato nel 2010 (di cui 75% era di sesso femminile). **Il 95,3% aveva ricevuto la proposta della vaccinazione da parte dell'ospedale.**

Il 75% degli operatori vaccinati riteneva il **proprio rischio di contrarre l'influenza maggiore** di quello della popolazione generale. Il 61,5% dei non vaccinati lo ritiene uguale o minore. Fra tutti gli operatori che ritengono il proprio rischio maggiore, l'adesione alla vaccinazione 2010 si ferma al 32%

LINEA GUIDA SULLA VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE E TERRITORIALI PER IL CONTROLLO DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (ICA)

A cura dell'associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere, Bologna, 2018.

Proseguendo nel percorso, per questa edizione di *OrasNews* proponiamo il seguente capitolo:

1.7. Contaminazione dell'aria negli ambienti ospedalieri

Negli ultimi decenni, si è avuto un riscontro sempre maggiore di patologie specifiche e di situazioni di disagio sensoriale negli occupanti gli ambienti ospedalieri, tanto da determinare un aumento diffuso della consapevolezza scientifica circa la correlazione esistente tra la qualità dell'aria presente in essi e l'entità delle infezioni nosocomiali aerotrasmesse.

Particelle organiche sospese in aria (bioaerosol) costituite da microrganismi (virus, batteri come la *Legionella pneumophila*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* o *Pseudomonas aeruginosa*, lieviti, miceti quali *Aspergillus fumigatus*, *Cladosporium spp.*; ecc..) promosse dall'uomo e/o trasportate da vettori animati (acari, aracnidi, ecc.), o da veicoli inanimati (dispositivi medicali, arredi o suppellettili, ecc.), possono diffondere e distribuirsi anche a grande distanza in tutti gli ambienti ospedalieri, in special modo se veicolate da impianti di climatizzazione non opportunamente filtrati.

Se da un lato l'apporto di inquinanti imputabile agli impianti di ventilazione è controllabile con la corretta manutenzione dei sistemi filtranti delle apparecchiature aerauliche, non altrettanto si può dire dell'apporto di polveri e microrganismi all'ambiente da parte degli individui presenti. Si stima infatti, che l'emissione media di particolato di varie dimensioni da parte di questi sistemi, sia compresa tra 100.000 e 1.000.000 particelle al minuto, in funzione della attività svolta e del vestiario.

Circa il 10 % delle polveri può trasportare carica microbica, contribuendo quindi alla diffusione per via aerea dei microrganismi. Ogni soggetto che soggiorna negli ambienti indoor, soprattutto se in fase di attività, distribuisce nell'ambiente microrganismi da tutto il mantello cutaneo e dall'apparato pilifero, anche attraverso gli indumenti. Sulla cute umana sono presenti due tipi di popolazioni microbiche:

- la popolazione residente che rappresenta il 10-20% della popolazione microbica totale cutanea e che non comprende specie patogene;
- la popolazione transitoria, costituita da microbi presenti sugli strati più superficiali della cute (tra le squame dello strato corneo e sotto la pellicola idrolipidica) sono microrganismi transitori e costituiscono l'80-90% della flora microbica cutanea e sono responsabili della maggior parte delle infezioni.

Inoltre con la fonazione, lo starnuto o la tosse i microrganismi emessi dall'uomo (il personale o più spesso i pazienti stessi) vengono veicolati da goccioline di saliva (*droplets*) in numero variabile po-

tendo, a seconda del loro peso e diametro, cadere a breve distanza e depositarsi a terra o sulle superfici (*large o medium droplets*), ovvero essere più leggere dell'aria ed essere veicolate, tramite gli impianti di ventilazione, a grande distanza (*droplets nuclei*).

È evidente che alcune procedure mediche e alcune condizioni cliniche dei pazienti, aumentano il rischio di esposizione ai microrganismi veicolati dall'aria. Ciò impone non solo la necessità di identificare le sorgenti e gli agenti specifici od aspecifici responsabili di questi quadri patologici, ma anche l'esigenza di quantificare il potenziale impatto sulla salute del personale sanitario e degli utenti, per l'esposizione a singoli agenti od a loro miscele e, naturalmente, di individuare, laddove necessario, rimedi tecnici e soluzioni di bonifica ambientale adeguate.

La qualità dell'aria in ospedale, intesa sia come ambiente di lavoro per il personale, sia come luogo di residenza, diagnosi e cura per il degente, è sempre più percepita come uno dei fattori determinanti non solo della qualità della vita, quanto della qualità delle prestazioni sanitarie e professionali offerte. L'attento management e monitoraggio della qualità dell'aria e dei processi di sanificazione è pertanto vitale per ridurre questi rischi e migliorare la qualità assistenziale.



1.8. Sanificazione ambientale: il suo ruolo nella riduzione del rischio clinico

Negli ultimi anni, numerosi studi hanno dimostrato che gli interventi di pulizia ambientali, riducendo la contaminazione di superficie, possono prevenire la trasmissione di agenti patogeni e quindi ridurre le infezioni correlate all'assistenza. In base a consolidate evidenze sperimentali, la sanificazione degli ambienti e le modalità di utilizzo dei prodotti sanificanti sono raccomandate in tutte le linee guida internazionali e nazionali.

Infatti, è ormai certo che, nei casi di epidemia ospedaliera, se non si interviene anche sull'ambiente, difficilmente si riuscirà a risolvere la problematica. La sanificazione rappresenta pertanto una importante procedura utile a prevenire e contenere gli eventi infettivi.

Tuttavia le normali procedure di disinfezione lasciano sulle superfici trattate materia organica, carboidrati e proteine in grado di sostenere una veloce ricolonizzazione. Se pur sanificata si ottiene una “superficie libera” con sufficienti nutrienti, che possono essere utilizzati anche da un solo potenziale patogeno per avviare una veloce ricolonizzazione in un periodo di tempo molto limitato (un solo microrganismo è in grado di moltiplicarsi per dare vita ad una popolazione di un milione di cellule entro 8 ore). Proprio a causa della persistente contaminazione delle superfici ospedaliere e del loro ruolo nella possibile trasmissione di patogeni, sono stati proposti e studiati diversi metodi per migliorare la pulizia e la disinfezione delle superfici.

Generalmente, la maggior parte delle tecniche proposte si è basata sull'uso di composti chimici, i quali provocano un impatto ambientale non trascurabile, inoltre, benché le procedure convenzionali, siano efficaci nell'abbattimento a breve termine della maggior parte dei patogeni, esse non sono in grado di prevenire i fenomeni di ricontaminazione. Molti dei patogeni clinicamente rilevanti correlati ad ICA sono multiresistenti e l'uso di prodotti chimici potrebbe esacerbare tale aspetto, inducendo ulteriori resistenze negli organismi oggetto delle procedure di pulizia/disinfezione.

Per queste ragioni, data la recente e rapida diffusione di patogeni multiresistenti nelle strutture sanitarie, esiste un bisogno urgente di trovare alternative, ai prodotti di pulizia e disinfezione chimici impiegati oggi, che siano efficaci ed economicamente sostenibili.

DISABILITY MANAGER, DEFINITA PROCEDURA INTERNA ORAS

Il **Disability Manager (DM)** è un professionista che lavora nel campo della disabilità con il compito di raccogliere le istanze dei cittadini disabili e delle loro famiglie, di attivare il lavoro in rete di tutti gli enti e i soggetti coinvolti, di mettere in atto ogni azione volta a favorire **l'accessibilità e ad evitare ogni forma di discriminazione**.

Si tratta di un **facilitatore**, con il compito di **costruire soluzioni** che sostengano l'**autonomia** della persona con disabilità nelle diverse sfere della vita quotidiana.

Presso l'ORAS il Disability Manager **svolge attività di consulenza sull'accessibilità globale** (edilizia, informatica, sito web) e tramite l'Ufficio Accessibilità e il C.A.A.D, "**Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico**", effettua un servizio di consulenza per i pazienti presi in carico.

È un **servizio gratuito** messo a disposizione dall'Ospedale con l'obiettivo di favorire l'autonomia e l'indipendenza delle persone con disabilità motoria e sensoriale. Il CAAD offre un servizio di informazione, consulenza e orientamento da parte di Disability Manager, specializzato nella progettazione universale, per:

- **gli ambienti interni della casa**, al fine di individuare le soluzioni più adeguate a favorire l'utilizzo degli spazi e dei servizi della propria abitazione con ausili adeguati o riorganizzando gli spazi;
- **la persona**, per studiare accorgimenti e soluzioni per facilitare le attività di ogni giorno con strumentazioni ed ausili che sostengano autonomia e indipendenza;
- **gli ambienti esterni**, al fine di facilitare l'accesso all'abitazione rimuovendo o superando gli ostacoli ambientali e le barriere architettoniche;
- **le normative** per richiedere i contributi per l'abbattimento delle barriere architettoniche e per l'adeguamento dell'ambiente domestico e per gli ausili personali;
- **sapere come accedere ai contributi** regionali e dell'ASL sull'acquisto di ausili per l'adeguamento dell'auto;
- **orientamento su accessibilità** ed attività sociali (tempo libero, sport e viaggi);

- **orientamento** per l'accesso agli altri servizi per persone con disabilità.

Dopo alcuni mesi di preparazione del documento interno per **regolamentare l'attività** del DM, grazie alla collaborazione del personale multidisciplinare che si ringrazia per il prezioso contributo apportato nel determinare il **miglior percorso di eccellenza** offerto dal nostro ospedale ai propri assistiti, si è arrivati al completamento della **procedura** che comprende anche la **modulistica necessaria** per una corretta gestione del processo.



Fin dai primi incontri e per tutto il progetto hanno partecipato:

- Arch. Rodolfo **Dalla Mora** Disability Manager
- Dott.ssa Alessandra **Cappelletto** Direttore Sanitario precedente
- Dott.ssa Francesca **Cimenti** Psicologa UO RRF
- Dott.ssa Selene **Morettin** Infermiera UO RRF
- Dott.ssa Valentina **Marcolini** Terapista Occupazionale UO RRF
- Dott. Francesco **Faliero** Fisioterapista UO RRF

Mentre in un secondo momento, per conoscenza e per condividere gli obiettivi e procedure per le diverse UU.OO., si sono aggiunti:

- Dott.ssa Ada **Della Libera** - Responsabile UO Medicina
- Dott.ssa Lorenza **Dal Corso** - Responsabile DH Cardiologico
- Dott.ssa Natalia **Vazzoler** - Coordinatrice Cardiologia e Medicina
- Dott.ssa Stefania **Carniel** - Infermiera UO RRF
- Dott. Claudio **Zanardo** - Medico UO RRF
- Dott.ssa Gioia **Pezzutto** - Assistente Sociale

La procedura ha l'obiettivo di **valorizzazione la figura del Disability Manager in ORAS** e di regolamentare le modalità del suo intervento all'interno delle diverse U.O. In tal modo il Disability Manager può essere completamente integrato nelle attività delle Unità Operative, per permettere una presa in carico globale del paziente e porsi come mediatore tra le esigenze dell'utenza e l'U.O., aiutando nella realizzazione di progetti efficaci di domiciliazione protetta al termine del periodo di degenza/cura.

Tale procedura si applica a tutti i pazienti presi in carico, nei diversi setting assistenziali, dalle Unità Operative ORAS.

Si prevede la prossima pubblicazione della procedura in **rete intranet** e attivazione del percorso designato.

CANADIAN ACCREDITATION, GRUPPI DI LAVORO IN ORAS

Per perseguire gli obiettivi di **miglioramento continuo**, ORAS ha deciso di attivare un percorso di autovalutazione secondo gli **standard di qualità internazionali della Canadian Accreditation**. Tale percorso prevede l'analisi dei processi aziendali delle seguenti macro aree inerenti alle principali attività erogate da ORAS:

- 1. - Governance e Leadership**
- 2. - Servizi ospedalieri, Servizi di riabilitazione e Case management**
- 3. - Servizi di diagnostica per immagini e Servizi ambulatoriali**
- 4. - Standard per la gestione dei medicinali**
- 5. - Standard per la prevenzione e il controllo delle infezioni**
- 6. - Preparazione alle Emergenze e Disastri**
- 7. - Servizi d'eccellenza**

Si è proceduto quindi all'individuazione sia di **team leader** per ogni macro area di riferimento che di **componenti dei gruppi di lavoro** che con la propria esperienza e professionalità possono contribuire alla determinazione degli standard richiesti dal manuale di autovalutazione.



L'attività di gruppi di lavoro inizierà dopo il completamento del **corso di orientamento, programmato per il 5 dicembre 2019**. Tale evento formativo di 7 ore rivolto ai team leaders e ai partecipanti, è stato accreditato come formazione d'aula con rilascio degli crediti ECM per aventi diritto.

Per quanto riguarda il **percorso del lavoro in gruppo**, si prevede l'inserimento di tale attività all'interno di un **programma strutturato di formazione sul campo** con rilascio degli crediti ECM per aventi diritto. L'impegno orario sarà di 20 ore comprese le ore 4 di lavoro individuale necessarie per la consultazione del manuale di autovalutazione contenente tutti gli degli standards, attività propedeutica all'avvio dei lavori che si stima inizieranno a gennaio 2020.

Il compito dei team leaders sarà quello di coordinare i gruppi di lavoro, presiedere le riunioni e verbalizzare le attività del gruppo, che dovrà indicare la presenza degli elementi/documenti/procedure aziendali che soddisfino i criteri richiesti dagli standards, nonché indicare eventuali misure correttive nel caso di disallineamento dagli stessi.

Ringraziando i gentili collaboratori per la loro disponibilità si augura a tutti un proficuo lavoro.

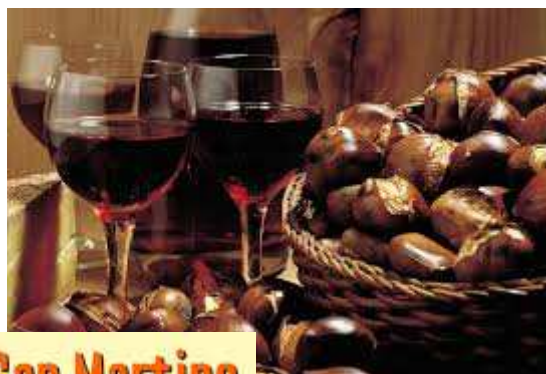


11 novembre, San Martino, fare memoria della civiltà contadina e del lavoro dei campi

L'11 novembre si festeggia San Martino, patrono degli agricoltori. La ricorrenza segna tradizionalmente la fine dell'annata agraria e l'inizio di quella successiva. E' il giorno in cui venivano rinnovati i contratti agricoli annuali, che preannunciavano il ricominciare di un nuovo ciclo produttivo e "fare san Martino" significava spesso "traslocare" (vedi "L'albero degli zoccoli" il film di Ermanno Olmi).

E' anche una festa che appartiene alle nostre radici e alla cultura del nostro territorio. Essa ha segnato le stagioni e il tempo, ma anche il cuore della gente che ringrazia per quanto la terra le ha dato per vivere. E' una delle ricorrenze per questo più importanti e per noi identitarie, che celebra un'attività che è stata ed è tutt'ora il motore del mondo, anche se è spesso trascurata o messa in secondo piano. L'agricoltura è infatti il lavoro che ci nutre tutti.

San Martino come da tradizione, è anche riscoperta dei piatti tipici del Veneto, davanti a tutti l'oca, e le immancabili castagne accompagnate dal vino. Quel vino che sta dando sempre più fama al Veneto nel mondo come dimostra il riconoscimento Unesco alle Terre del Prosecco .



Per riflettere

VENETO PRIMA REGIONE NEL GARANTIRE I LEA, LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

“I numeri sono incontrovertibili. Secondo classifiche ufficiali pubblicate sul sito web del quotidiano nazionale “La Repubblica”, la sanità veneta resta al primo posto per l’applicazione dei livelli essenziali di assistenza, cioè quanto deve assicurato a tutti i cittadini. E i dati ufficiali testimoniano quanto vado ripetendo da anni: anche senza l’autonomia e a parità di fondi assegnati dal Fondo sanitario nazionale, esistono già due Italie. Una gestita con virtuosità e una piena di sprechi e cattivi servizi per i cittadini. Chi sostiene, quindi, che l’autonomia creerebbe un’Italia di serie A e una di serie B, dice una bugia facilmente smentibile. E lo dice per mano degli stessi uffici dei dicasteri dove si sono succeduti ministri che hanno trascorso un anno e mezzo a urlare che la nostra è la secessione dei ricchi, che condannerebbe il Sud a restare per sempre fanalino di coda”.

Così il **presidente della Regione Veneto, Luca Zaia**, commenta la **classifica nazionale** sulla capacità delle Regioni di assicurare i livelli essenziali di assistenza (Lea) ai propri cittadini. Classifica costruita con decine di indicatori ministeriali e dati forniti dalle regioni stesse nelle tre aree di indagine (ospedale, distretto e prevenzione), che vede **al primo posto il Veneto (con 222 punti su un massimo raggiungibile di 225)**, seguito da Toscana ed Emilia Romagna (con 220 punti), Piemonte (218), Lombardia (215 punti) e Liguria (211). In fondo alla classifica la Calabria (146 punti, 14 sotto la soglia minima richiesta), preceduta da Sicilia (165) e Campania (170).

“La classifica 2018, che certifica un ulteriore miglioramento della sanità veneta rispetto all’anno precedente nel garantire le prestazioni sanitarie a tutti i residenti – conclude Zaia – conferma la validità delle misure di riorganizzazione, omogeneizzazione nei servizi e buon governo adottate in Veneto, nonostante tutte le difficoltà create dalle rigidità imposte dalle normative nazionali e i trasferimenti contingentati. Se la sanità veneta funziona è perché operatori e amministratori garantiscono il massimo impegno, nella specificità dei propri ruoli, con responsabilità e professionalità. Perché allora non lasciare al sistema veneto la possibilità di organizzarsi ancora meglio, riconoscendogli maggior autonomia nella gestione dei servizi sanitari?”.

ASSISTENZA SUL TERRITORIO, SUCCESSO VENETO DELLE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE

L’organizzazione della medicina territoriale in Veneto è vincente. Le **76 Medicine di Gruppo** tra Medici di Medicina Generale finora attivate, tra il 2017 e il 2018, hanno consentito di **risparmiare 4 milioni di euro, di evitare un ulteriore 6% di spesa, di diminuire del 3% le prestazioni specialistiche valutabili come “improprie”, pari a 52.000**. Sono stati anche attivati **540 nuovi posti di lavoro tra collaboratori di studio (300) e infermieri (240)**.

Questi e altri inediti dati hanno fatto da punto di partenza per un confronto a tutto campo tra passato, presente e futuro tra la Regione e i suoi Medici di Medicina Generale, organizzata a Montecchio Precalcino a cura di Azienda Zero, alla presenza dell’Assessore alla Sanità, **Manuela Lanzarin** e del Direttore Generale regionale, **Domenico Mantoan**.

“Un’organizzazione – ha detto la **Lanzarin** – che si è evoluta nel tempo fin dalla nascita delle prime Utap e si evolverà ancora. Il modello però non cambierà perché è risultato efficace. Può essere che cambino nomi e terminologie, miglioreremo di sicuro l’organizzazione e l’operatività, ma questo sistema ha dato un notevole apporto al primo posto assegnato venerdì al Veneto dal Ministero della Salute per la capacità di erogare tutti i Livelli Essenziali di Assistenza. Ottimo motivo – ha ag-

giunto – per confermare il modello e attivare una nuova evoluzione con la nascita dei Team di Assistenza, che abbiamo deliberato, che sono ora all’attenzione della Quinta Commissione del Consiglio regionale, e che sono state indicate come modello nazionale persino dall’attuale Ministro della Salute Speranza”.



Il **“Team di Assistenza Primaria”** è composto da almeno quattro medici di medicina generale per un bacino di riferimento indicativo di ottomila assistiti, e prevedendo per ciascun medico componente la possibilità di incrementare il proprio massimale fino a duemila assistiti in carico.

“Del modello vincente – ha aggiunto l’Assessore – ha parte preponderante **la gestione delle cronicità**, che è, e diverrà, sempre di più fondamentale, anche a fronte del previsto aumento dell’età media della popolazione, ma i servizi garantiti dalla medicina territoriale sono assolutamente insostituibili per avvicinare la buona sanità alla gente ed evitare faticosi e complessi accessi impropri ai Pronto Soccorso”.

“L’organizzazione va testata, un po’ come i farmaci prima di darli alle persone – ha detto **Mantoan** – ed è questo che la Regione sta opportunamente facendo. Il Veneto ha un suo preciso modello, in un quadro nazionale dove a lungo non ci sono state idee chiare e si sono sviluppate esperienze diverse. Nessun giudizio su quelle degli altri, ma su quella del Veneto non ci sono dubbi. Non ce ne sono mai stati – ha aggiunto – nemmeno quando il sistema fu messo sotto la lente dal Ministero dell’Economia e Finanze e dalla Corte dei Conti per una eccessiva costosità che, in realtà, era la considerazione che per il Veneto capace di tenere i conti in ordine era sostenibile, ma non lo era per le altre Regioni d’Italia. Oggi il modello veneto è sicuramente un benchmark per tutto il Paese”.

Le **76 Medicine di Gruppo Integrate** oggi coinvolgono **638 Medici di Medicina Generale** e coprono **921.361 assistiti**. In 15 MGI viene garantita anche l’attività di prelievo del sangue.

Nel 2018, i costi di questa organizzazione sono stati di 46 milioni 280 mila euro, dei quali il 31% dedicati all’assistenza dei malati cronici, il 10% alle attività di prevenzione, il 21% alla partecipazione alla governance generale, il 21% all’accessibilità degli studi per i pazienti, il 10% per la tenuta delle schede-paziente informatizzate, il 7% per la formazione e l’audit.

Nel triennio 2015-2018, la Regione ha investito nel settore 102 milioni 575 mila euro.

INFLUENZA 2019-2020. CAMPAGNA VACCINALE IN VENETO PARTE TRA IL 5 E L’11 NOVEMBRE

Prenderà ufficialmente il via tra il 5 e l’11 novembre la campagna vaccinale della Regione Veneto contro l’influenza 2019-2020, accompagnata anche da una sensibilizzazione via web e social accompagnata dallo slogan “Proteggi chi Ami. Vaccinati contro l’influenza”.

La Direzione Regionale Prevenzione ha già provveduto all'approvvigionamento di **oltre 864.000 dosi, in buona parte già distribuite alle Ullss**, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute. **L'anno scorso, per rispondere alle richieste, ne furono usate 784.000**: un dato positivo, perché il più alto delle ultime 7 stagioni, con circa 14.000 vaccinati in più rispetto alla stagione precedente.

“Ciò nonostante – fanno notare i tecnici regionali – anche nel **2018-2019 sono state segnalate ben 400 complicanze, con 100 persone che hanno sviluppato patologie gravi e con oltre 30 decessi collegabili al virus**”.

“Gli esperti nazionali – dice l'Assessore alla Sanità **Manuela Lanzarin** – sono concordi nel definire aggressiva la nuova influenza. Per questo, pur nella soddisfazione per la crescita di adesioni registrata l'anno scorso, rivolgo un forte appello a tutti i cittadini, a cominciare dalle categorie a rischio, a vaccinarsi. I numeri delle complicanze testimoniano come si sia ogni anno di fronte a una malattia da non sottovalutare, e la vaccinazione può evitare molte sofferenze e il dolore di decine di decessi. Mi rivolgo anche a tutti gli operatori del sistema sanitario, perché siano i primi ad aderire, dando così il buon esempio”.

Il non facile obiettivo da raggiungere, posto dal piano sanitario Nazionale, è di **raggiungere il 75% di tutti i soggetti a rischio e della popolazione con più di 65 anni**.

La campagna viene realizzata dai Servizi Igiene e Sanità Pubblica delle Ullss, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, che si trovano nella posizione ideale per conoscere i bisogni di salute dei loro assistiti e offrire loro attivamente la vaccinazione, e con i Pediatri di Libera Scelta, preziosi per consigliare la vaccinazione ai bimbi che presentano condizioni di rischio.

Le categorie a cui la vaccinazione è raccomandata e offerta gratuitamente sono:

1. Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino in gravidanza.
2. Soggetti dai 6 mesi ai 65 anni di età affetti da patologie che aumentano il rischio di complicanze da influenza.
3. Soggetti di età pari o superiore a 65 anni.
4. Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico, a rischio di Sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.
5. Individui di qualunque età ricoverati presso strutture per lungodegenti.
6. Familiari e contatti (adulti e bambini) di soggetti ad alto rischio di complicanze (indipendentemente dal fatto che il soggetto a rischio sia stato o meno vaccinato).
7. Medici e personale sanitario di assistenza in strutture che, attraverso la loro attività, sono in grado di trasmettere l'influenza a chi è ad alto rischio di complicanze influenzali.
8. Soggetti addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo e categorie di lavoratori (Forze di Polizia, Vigili del Fuoco, Polizia Locale e altre categorie).
9. Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani (allevatori, addetti all'attività di allevamento e trasporto di animali vivi, macellatori e vaccinatori, veterinari pubblici e libero-professionisti).
10. Donatori di sangue E' previsto, inoltre, che la vaccinazione antinfluenzale sia offerta attivamente e gratuitamente, da parte dei datori di lavoro, ai lavoratori particolarmente esposti per l'attività svolta, anche al fine di contenere ricadute negative sulla produttività.

La vaccinazione antinfluenzale è fortemente raccomandata a tutti gli operatori sanitari, in particolare a quelli che prestano assistenza a pazienti con maggior rischio di complicanze e che lavorano nei reparti a più elevato rischio di acquisizione e trasmissione dell'infezione, quali pronto soccorso, terapie intensive, oncologie, ematologie, cardiologie, chirurgie, pediatrie, neonatologie,

residenze sanitarie assistenziali. Le persone non appartenenti a categorie a rischio che intendano vaccinarsi contro l'influenza stagionale, possono rivolgersi al proprio distretto sanitario di appartenenza per ricevere il vaccino ad un prezzo agevolato (pari a 10 euro). Il vaccino antinfluenzale è infatti indicato per tutti i soggetti che desiderano evitare la malattia influenzale e che non abbiano specifiche controindicazioni.

AUTONOMIA. ZAIA, “DATI SANITA’ DI CITTADINANZATTIVA DIMOSTRANO CHE LE COSE VANNO MALE ADESSO CHE NON C’E”

“Ora è chiaro a tutti che ci sono già almeno **due Italie, se non tre**, nella sanità e in altri ambiti amministrativi? Ed è altrettanto chiaro che ciò accade senza che nessuna Regione a statuto ordinario abbia ottenuto maggiori forme di autonomia?”.

Lo chiede il Presidente della Regione del Veneto, **Luca Zaia**, commentando i dati sulla **situazione dell’assistenza sanitaria in Italia diffusi oggi da Cittadinanzattiva**.

“Dati così dolorosi per molte parti del Paese, che pur Cittadinanzattiva utilizza per schierarsi contro l’autonomia, sostenendo superficialmente che andrà peggio senza, temo, aver letto una riga delle nostre proposte – prosegue Zaia – dicono invece chiaro e tondo che è finito il tempo delle manfrine e che chi governa deve decidere se restare nel Medio Evo, o aprire una nuova fase di Rinascimento, attraverso la responsabilizzazione degli amministratori, con un’autonomia che costringerà tutti a darsi da fare per dare di più ai cittadini e usare meglio le tasse che loro pagano. La risposta la lascio al Governo e agli atti che formalizzerà”.



“Se solo nove Regioni, e il Veneto è il primo tra queste sulla base delle verifiche del Ministero della Salute, riescono a rispettare la Costituzione e a erogare i Livelli Essenziali di Assistenza in sanità, avendo ricevuto tutti la loro equa quota parte del Fondo Sanitario Nazionale – chiede ancora Zaia – è colpa dell’autonomia, che non c’è, o di cattive gestioni amministrative territoriali, tollerate e spesso assecondate dallo Stato centralista? Chi non può più tollerare questa situazione sono i cittadini che devono emigrare per curarsi e chiunque, come noi, abbia a cuore la gestione del buon padre di famiglia portata in una pubblica amministrazione che spreca 200 miliardi ogni anno”.

“Amministrare come fa il buon padre di famiglia – conclude Zaia – con responsabilità e senza gettare dalla finestra di più di quanto si riceve, è il modo migliore per garantire un futuro migliore alla gente: si chiama autonomia”.

RIFORMA IPAB. 25 MILIONI NEL BILANCIO VENETO 2020

“Ho preso atto delle preoccupazioni dei sindacati rispetto ai tempi, ma ho loro assicurato che, **sulla riforma delle Ipab, la Regione non fa nessun passo indietro**. Possiamo dire di essere alla dirittura finale, e le prime risorse sono già state inserite nel bilancio 2020”.

Lo ha detto l'Assessore alla Sanità e Sociale della Regione Veneto, **Manuela Lanzarin**, incontrando a Palazzo Balbi i sindacati **Cgil, Cisl e Uil** che sollecitano l'approvazione della riforma delle Ipab.



“L’articolato – ha riferito la Lanzarin – è alla fase della stesura finale da parte dei tecnici”.

“Come Regione – ha assicurato l’Assessore – siamo profondamente convinti di questa riforma, al punto che, prevedendo una **necessità finanziaria a regime di 50 milioni in due anni, nel bilancio 2020 abbiamo inserito una partita molto significativa pari a 25 milioni di euro**”.

Rispetto ai timori che, nelle more dell’entrata in vigore della legge, ci possa essere uno spostamento di varie Ipab verso il privato, la Lanzarin ha garantito che “fino ad oggi il mio assessorato non ha ricevuto, né tanto meno autorizzato, richieste di modifica, come la trasformazione degli enti in fondazioni di diritto privato”.

