Anno II - Numero 4
Luglio/Agosto
2014

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Autorizzazione del Tribunale
di Potenza
Reg. Stampa 431
Cron. 895/2012

SALUTE e TERRITORIO

Periodico di informazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Bilancio Sociale

All'interno i consigli del Ministero della Salute sull'uso dei servizi 1.1.8 e PRONTO SOCCORSO.

Consigli per l'emergenza CALDO

Il Direttore Generale presenta il Bilancio Sociale

Appropriatezza, concetto guida di tutte le dimensioni aziendali: prestazioni, agire professionale, organizzazione servizi

L'Azienda Sanitaria di Potenza, attraverso il Bilancio Sociale vuole rendicontare l'attività svolta ai cittadini-utenti, al mondo produttivo, alla cittadinanza organizzata, agli Enti locali nonché a tutti gli operatori, dipendenti e non, che quotidianamente attraverso il proprio lavoro assicurano servizi sanitari rispondenti ai bisogni della popolazione.

Ritengo importante sottolineare che nel 2013, il processo di costruzione dell'identità aziendale è andato avanti attraverso una migliore omogeneizzazione delle procedure , una razionalizzazione dei servizi ed una oculata gestione delle risorse economiche ; tutto ciò mantenendo comunque invariata la qualità e quantità dell'offerta sanitaria sul territorio. Per questo motivo mi sembra giusto e doveroso rivolgere un ringraziamento a tutti gli operatori dell'ASP che hanno aderito con impegno e fattiva collaborazione a tutte le azioni messe in campo .

Voglio approfittare di questa occasione, per ribadire che anche per i prossimi anni il principio guida di tutte le azioni dovrà essere il concetto di **appropriatezza** esteso a tutte le dimensioni aziendali: appropriatezza delle prestazioni, appropriatezza dell'agire professionale e appropriatezza nell'organizzazione dei servizi .

Tali azioni dovranno coniugarsi strettamente con modalità operative volte a qualificare sempre più il sistema dei servizi sanitari; mi riferisco in particolare a tre aspetti:

- **la responsabilizzazione degli operatori** nello svolgimento della propria attività, intesa anche come "agire etico", dando agli utenti risposte e prestazioni appropriate e necessarie al bisogno sanitario;
- **la presa in carico globale del paziente** da parte del nostro sistema salute, in modo da garantire una continuità assistenziale fra i vari servizi, evitando quindi risposte incomplete e non appropriate;
- **la umanizzazione dei servizi sanitari** che vuol dire porre la persona umana al centro di tutto il processo assistenziale, laddove umanizzazione deve significare anche ridurre l'abuso di farmaci, evitare ospedalizzazione non necessaria, tendere verso servizi domiciliari, porre in essere interventi per limitare il dolore e fare un uso appropriato dei test diagnostici.

In tale contesto, volto ad una migliore qualificazione del sistema salute, chiedo al personale della ASP di non far venire mai meno l'impegno professionale e la piena collaborazione alle politiche aziendali; ai cittadini-utenti, al mondo produttivo, alla cittadinanza organizzata e agli Enti locali, chiedo invece di far pervenire proposte e suggerimenti, per adeguare sempre più i servizi sanitari ai bisogni del territorio.

Direttore Generale
Dott. Mario Marra

Il Bilancio Sociale è scaribabile dal sito www.aspbasilicata.it

ASP e Social Network

L'Azienda Sanitaria di Potenza è presente sui social network attraverso Twitter e Youtube a entrambi si accede dal sito www.aspbasilicata.it.

Accedendo ai due social network si possono avere informazioni sui servizi sanitari dell'ASP, in particolare sul canale Youtube è possibile visionare delle produzioni video sui servizi del Dipartimento Interaziendale di Oculistica (sede Ospedale di Venosa), del Centro di Riferimento Regionale di Chirurgia dell'Obesità (sede Ospedale di Villa D'Agri), del Centro di Riabilitazione Alcologica "Luigi Viola" (sede Ospedale di Chiaromonte).

La Direzione strategica dell'ASP è sempre più convinta che l'accesso all'informazione da parte del cittadino è importante per la gestione delle risorse/servizi, nella risoluzione dei problemi.

La partecipazione del cittadino alla gestione del sistema sanitario resta un elemento indispensabile, in quanto sempre più competente nel riconoscere il proprio bisogno di assistenza. Un cittadino informato sui servizi sanitari e sulle modalità di accesso è un cittadino responsabile.

SOMMARIO:

pag. 2: Nota del Direttore Generale
pag. 2: ASP e Social Network
pag. 3: Estate in salute 2014
pag. 4: Consigli nutrizionali per l'estate
pag. 5: Le onde d'urto
pag. 7: Medicina dell'invechiamento
pag. 9: Musicoterapia
pag. 10: La donazione del sangue di SCO
pag. 11: I servizi di emergenza-urgenza
pag. 15: Guardia medica
pag. 16: Neuropsichiatria infantile
pag. 17: Cure palliative domiliari
pag. 19: La menopausa
pag. 21: Malattie oculari
pag. 22: La fondazione W Ale Onlus
pag. 23: Chiusura estiva dei CEA
pag. 23: News
pag. 24: Numeri utili

U.O. di Igiene e Sanità Pubblica ASP

ESTATE IN SALUTE

Come prevenire le conseguenze della stagione calda sulla salute Informazione Sanitaria

IN CASA

-Schermare le finestre con tende, veneziane ecc.

-Aprire le finestre durante le ore meno calde come la notte o la mattina.

-Usare ventilatori meccanici da non indirizzare sul corpo o quando la temperatura interna supera i 32°C.

-Usare il condizionatore con deumidificatore seguendo queste semplici regole:

1)Mantenere chiuse le finestre.

2)Regolare la temperatura intorno ai 25°C.

3)Evitare bruschi sbalzi di temperatura passando dall'interno all'esterno e viceversa.

4)Evitare l'uso di elettrodomestici ad alto consumo energetico o che costituiscono fonte di calore es. forno e ferro da stiro.

5)Utilizzare deumidificatori se il problema è l'umidità senza temperature elevate.

IN AUTO

-Non lasciare persone o animali nell'auto parcheggiata al sole, anche se per poco tempo.

-Ventilare l'abitacolo tenendo aperti gli sportelli prima di entrare in auto.

-Viaggiare con il climatizzatore acceso (in questo caso la differenza di temperatura fra interno ed esterno non deve superare 5°C), o con i finestrini aperti.

EMERGENZA CALDO

Il caldo causa problemi alla salute nel momento in cui altera il sistema di regolazione della temperatura corporea.
Le persone adulte più a rischio sono:

-Le persone anziane che hanno condizioni fisiche generalmente più compromesse, tra questi chi soffre di malattie cardiovascolari, di ipertensione, di patologie respiratorie croniche, di insufficienza renale cronica, di malattie neurologiche.

-Le persone non autosufficienti, poiché dipendono dagli altri per regolare l'ambiente in cui si trovano e per l'assunzione di liquidi.

-Le persone che assumono regolarmente farmaci che possono compromettere la termoregolazione fisiologica o aumentare la produzione di calore.

Quali sono gli effetti delle ondate di calore sulla salute?

La via attraverso la quale il corpo disperde il calore in eccesso è principalmente la sudorazione, ma in condizioni fisiche ed ambientali estreme questo meccanismo non è sufficiente. La sudorazione eccessiva comporta la perdita di liquidi e sali minerali ed una esposizione prolungata a temperature elevate può provocare disturbi lievi, come crampi, svenimenti, edemi, o di maggiore gravità come lo stress da calore ed il colpo di calore. Il caldo può determinare un aggravamento delle condizioni di salute di persone con patologie croniche preesistenti.

CONSIGLI GENERALI

-Uscire di casa nelle ore meno calde della giornata evitando di uscire tra le 11 e le 18.

-Indossare indumenti leggeri di cotone o lino, proteggere la testa con un **cappello leggero**, gli occhi con **occhiali da sole e** la pelle **con creme solari** ad alto fattore protettivo.

-Bere liquidi senza aspettare di avere sete, privilegiando l'acqua di rubinetto.

-Evitare bevande gassate o zuccherate o contenenti caffeina o alcool.

-Evitare bevande troppo fredde.

-Mangiare frutta fresca e verdura che contengono acqua e sali minerali.

-Evitare pasti pesanti ed abbondanti preferendo piccoli pasti durante la giornata.

-Bagnarsi il viso e le braccia con acqua fresca.

-Prestare attenzione ai soggetti a rischio, segnalando ai servizi sociali situazioni che richiedono un intervento.

"ESTATE IN SALUTE"

L'U.O. di Igiene e Sanità Pubblica della Azienda Sanitaria Locale di Potenza, in linea con quanto previsto dal Ministero della Salute e dal Dipartimento alla Salute della Regione Basilicata, per far fronte all'emergenza estiva, ha attivato come ogni anno un programma di informazione sanitaria., al fine di prevenire le conseguenze della stagione calda sulla salute dei soggetti più a rischio.

Sono stati attivati i seguenti numeri telefonici:

Ambito territoriale Venosa tel. 0972 773950/52

Ambito territoriale Potenza tel. 0971 425233
tel. 0971 942362

Ambito territoriale Lagonegro tel. 0973 641388

CONSIGLI NUTRIZIONALI PER LE VACANZE ESTIVE

Dai Dietisti del SIAN ASP

Con l'arrivo delle vacanze estive cambiano le abitudini ed i ritmi di vita e si consumano più pasti fuori casa, rischiando di compromettere la regolarità della propria alimentazione.

Inoltre con il caldo si riduce il dispendio energetico di base, per cui va controllato l'apporto calorico.

Di seguito sono riportati alcuni suggerimenti per mantenere in equilibrio i fabbisogni nutrizionali, pur rispettando il bisogno di libertà tipico di questa stagione.

- *Cercate di rispettare numero ed orario dei pasti. A tal proposito prestare particolare attenzione ai bambini, che durante le vacanze tendono a dormire più a lungo perdendo l'abitudine alla colazione. E' utile non posticipare troppo l'ora del risveglio*
- *Assicuratevi che l'apporto di acqua sia adeguato, in particolare in caso di temperature esterne molto elevate. ricordate che le bevande dolci e gassate apportano calorie e soddisfano solo temporaneamente il senso di sete.*
- *Aumentate il consumo di frutta e verdura, "integratori naturali" di fibra, minerali e vitamine. Inoltre in estate i colori di frutta e verdura sono molteplici ed attraenti*
- *e ciascuno di essi è legato alla presenza di sostanze antiossidanti differenti.*
- *Preferite cibi e cotture leggere, evitando fritture e salse; in estate è fondamentale favorire i processi digestivi*
- *I pasti completi possono essere sostituiti con piatti unici bilanciati (es. insalate di pasta o riso con verdure e formaggi magri, pasta con il pesce…). I piatti unici sono adatti anche ai bambini che con il caldo diventano inappetenti o irrequieti a tavola*
- *Gli spuntini a base di frutta fresca (centrifugati , frullati e spremute) sono i più adatti ai mesi caldi per il loro apporto di acqua, vitamine e minerali. Spremute e centrifugati vanno consumati subito dopo la preparazione per non impoverire il patrmonio vitaminico*
- *Il gelato è uno degli alimenti più amati in estate ! Ne esistono molte tipologie,*
- *in base agli ingredienti con cui sono realizzati Possono apportare solo acqua e zuccheri o essere ricchi di grassi . E' utile conoscerne le caratteristiche per adattare porzioni e frequenza di consumo all'alimentazione quotidiana*
- *Approfittate del sole e delle lunghe giornate estive per fare movimento e giocare all'aperto. L'attività fisica è il miglior modo di bilanciare eventuali eccessi alimentari.*

"GIOCHI GELATI"

Ogni tipologia di gelato ha caratteristiche nutrizionali diverse. Di seguito sono riportati l'apporto calorico e nutriente dei gelati più comuni.

Abbiamo provato a "giocare" con i numeri, confrontando le calorie di alcuni gelati con altri tipi di alimenti o bevande ed abbiamo fornito alcune indicazioni per individuare la "merenda gelata" più adatta ai propri fabbisogni e al proprio livello di attività fisica.

GHIACCIOLO (1 da gr 60)

KCAL 40 GRASSI gr 0,5 ZUCCHERI gr 9 PROTEINE gr 0,5	=UNA TAZZA DI FRAGOLE	*Adatto X*	UNA MERENDA RINFRESCANTE E POCO CALORICA , ALTERNATIVA ALLA FRUTTA,

COPPETTA VANIGLIA E CACAO (1 da gr 50)

KCAL 160 GRASSI gr 5 ZUCCHERI gr 9 PROTEINE gr 3	= UNA TAZZA DI LATTE CON TRE FROLLINI	*Adatto X*	FONTE ALTERNATIVA DI CALCIO PER CHI NON GRADISCE LATTE O YOGURT A COLAZIONE, IN PARTICOLARE NEL CASO DEI BAMBINI

GELATO AL BISCOTTTO VANIGLIA E CACAO (1 da gr 80)

KCAL 220 GRASSI gr 6 ZUCCHERI gr 36 PROTEINE gr 5	= UNA ROSETTA CON DUE FETTE DI PROSCIUTTO CRUDO	*Adatto X*	PERSONE DINAMICHE CHE CONSUMANO CALORIE DURANTE IL GIORNO

CONO CONFEZIONATO ALLA VANIGLIA CON GRANELLA DI NOCCIOLE (1 da gr 75)

KCAL 230 GRASSI gr 14 ZUCCHERI gr 25 PROTEINE gr 3,5	= UN TRANCIO DI PIZZA POMODORO E MOZZARELLA	*Adatto X*	RICCO DI GRASSI, NON PUÒ ESSERE CONSIDERATO UN SEMPLICE SPUNTINO, PER CUI VANNO CONCESSI OCCASIONALMENTE..!

Le onde d'urto nel trattamento delle patologie dell'apparato muscolo-scheletrico

del Dott. Carmine Finizio*

La ASP ha istituito dall'inizio del 2013 un ambulatorio per il trattamento mediante O.U. focalizzate presso il Plesso Ospedaliero di Maratea.

Del Dott. Carmine Finizio*

Le onde d'urto (O.U.) sono onde acustiche ad alta energia caratterizzate, sul fronte d'avanzamento, da una pressione in grado di passare, in frazioni di nanosecondi (10-9), da valori atmosferici (1,01- 1,02 Bar) fino a valori estremamente elevati (100-1000 Bar), per poi ritornare ai livelli di partenza dopo una fase negativa.

Le strutture attraversate dalle O.U. sono quindi sottoposte a gradienti pressori elevatissimi al loro transito.

La litotrissia, trattamento che sfrutta le caratteristiche fisiche delle O.U., è nata nel 1971 come tecnica per il trattamento delle malattie urologiche ed in particolare della calcolosi renale.

Solo all'inizio degli anni novanta sono state utilizzate le O.U. nelle patologie ossee, soprattutto in seguito all'osservazione di un odontoiatra di Francoforte, il quale notò una marcata riduzione dell'infiammazione peridentale in pazienti sottoposti a trattamento per i calcoli delle ghiandole salivari.

Le prime applicazioni sull'osso in campo umano vennero effettuate all'inizio degli anni '90. Valchanou e Michailov nel 1991 descrissero il consolidamento e la guarigione in 70 su 79 pazienti di una casistica eterogenea che presentava ritardo di consolidamento di fratture con formazione di pseudoartrosi. Risultati positivi assimilabili vennero riportati da Schleberger e Senge nel 1992: venne ottenuta l'induzione della formazione del callo osseo entro sei settimane dall'applicazione di onde d'urto, senza che si verificassero lesioni ossee strutturali, né ossificazioni ectopiche.

In Italia, le prime applicazioni cliniche furono condotte nel 1992 dall'équipe del prof. Ezio Maria Corrado dell'Università degli Studi di Napoli, Divisione di Chirurgia della Mano, che utilizzò le O.U. in casi di pseudoartrosi di scafoide carpale (Russo et al., 1995) partendo dall'idea che gli aggregati cristallini presenti in questa patologia avrebbero potuto subire, come avveniva per i calcoli renali, un'influenza fisica diretta.

Sempre nei primi anni '90 vennero iniziati i trattamenti con onde d'urto delle patologie a carico di tendini e legamenti.

Nel 1992 Dahmen e collaboratori

descrissero l'applicazione di onde d'urto a bassa energia per il trattamento di tendiniti calcifiche della regione scapolo-omerale.

Da allora sono stati compiuti numerosi progressi, soprattutto dopo l'osservazione che, oltre ad una azione fisica diretta, le O.U. producono effetti biologici indiretti. Ciò ha permesso di allargare immediatamente le possibili indicazioni cliniche dalla pseudoartrosi ad un più vasto campo di patologie ortopediche e traumatologiche muscolo-scheletriche.

Gli impulsi pressori prodotti dalle O.U. sono capaci di indurre, a livello delle zone colpite:

- riduzione dell'infiammazione dei tessuti;
- neoformazione di vasi sanguigni;
- riattivazione dei processi riparativi.

Tali effetti sono solo in parte dovuti ad un meccanismo di azione diretto (distruzione meccanica degli aggregati inorganici), dal momento che sono soprattutto mediati da alcuni fenomeni fisici conseguenti al passaggio dell'onda nel tessuto colpito.

Allorquando una O.U. attraversa un fluido genera molteplici differenze pressorie responsabili della formazione di bolle di gas e del fenomeno della "cavitazione"; infatti, la ridotta pressione che si produce sul lato interno della semionda consente un rapido passaggio dell'acqua alla fase gassosa con formazione di una vera e propria bolla di dimensioni variabili a seconda dell'energia sprigionata.

Una successiva O.U. colpisce la bolla così formata dando luogo ad una violenta implosione che forma un getto d'acqua, il cosiddetto "jet stream", che è notevolmente accelerato dal campo di bassa pressione esistente all'interno della bolla (velocità di 2700-3000 km/h). Tale getto d'acqua direzionale, colpendo i tessuti viciniori, determina microlesioni la cui entità è in funzione del numero degli impulsi e della loro energia (Delius et al., 1998).

Per quanto riguarda l'effetto analgesico sono state avanzate diverse teorie:

- le O.U. modificano l'eccitabilità della membrana cellulare; i recettori del dolore, non potendo generare così alcun potenziale, impediscono l'insorgenza del dolore;
- le O.U. stimolano i recettori del dolore a generare un'alta quantità di impulsi nervosi che bloccano la trasmissione del segnale ai centri cerebrali, perciò la soglia del dolore s'innalza (teoria del Gate Control);
- le O.U. aumentano il livello dei radicali liberi presenti nell'ambiente cellulare e questi generano sostanze inibitorie del dolore.

Da quanto detto si può ritenere

che gli effetti delle O.U. sui tessuti sono strettamente correlati ai dosaggi utilizzati. Se intensità troppo basse possono essere insufficienti a determinare risposte biologiche significative, queste cominciano a manifestarsi con una precisa gradualità al crescere della potenza e/o del numero dei colpi; secondo il meccanismo biologico che s'intende evocare per la risposta terapeutica ricercata, il rapporto dose/colpi va attentamente prevalutato, anche in relazione alla problematica dei costi del trattamento che oggi assume una rilevanza topica.

Una semplice risposta antidolorifica ed antiflogistica può richiedere potenze basse e medie (tra 0,1 e 0,3 mj/mm2) sufficienti a determinare un wash-out della regione trattata ed un incremento della vascolarizzazione tale da portare ad un più fisiologico metabolismo locale. Quando sono presenti calcificazioni o pseudoartrosi, le potenze richieste sono senz'altro più elevate, ma la valutazione pretrattamento deve tener conto della sede oltre che le dimensioni delle stesse.

Le indicazioni delle O.U. contenute nelle linee guida della S.I.T.O.D. (Società Italiana Terapia con Onde D'urto)

- Pseudoartrosi / mancato consolidamento delle fratture
- Fratture da stress
- Tendinopatia o borsite calcifica della spalla
- Tendinopatie inserzionali croniche
- Fascite plantare (con e senza spina calcaneale)
- Osteonecrosi in stadi precoci
- Osteocondrite dissecante in stadi precoci dopo la maturità scheletrica
- Distrofie ossee simpaticoriflesse

Indicazioni relative

- Sindrome miofasciale
- Lesioni muscolari senza discontinuità
- Ulcere cutanee
- Spasticità

Controindicazioni

- Infezione acuta dei tessuti molli/ossa
- Malattie primarie perniciose
- Nuclei di accrescimento nel punto focale se si utilizzano energie elevate
- Malattie della coagulazione del sangue
- Gravidanza
- Pazienti con pacemaker
- Tessuto polmonare nel punto focale
- Encefalo, midollo spinale, grandi nervi nel punto locale (neurocranio, colonna vertebrale, costole)

E' importante fare, a questo punto, una distinzione delle onde d'urto in base al principio fisico utilizzato per la loro generazione soffermandoci su un'altra tipologia di "onde d'urto", di recente diffusione: le onde d'urto radiali (o balistiche).

Nei sistemi ad onde d'urto balistiche l'onda d'urto viene generata mediante uno speciale manipolo a forma di pistola la cui canna è chiusa all'estremità da un tappo metallico contro il quale viene lanciato, mediante aria compressa a 4-5 bar di pressione, un proiettile d'acciaio. Dalla collisione si genera un'onda d'urto che, attraverso il tappo metallico, si diffonde espandendosi radialmente nella cute e nel primo strato sottostante di tessuto.

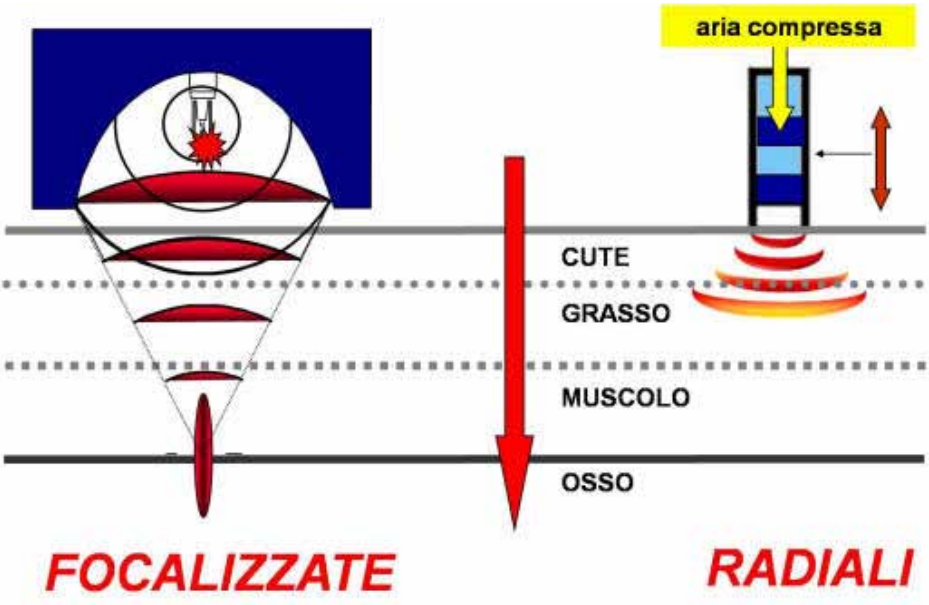
Rispetto ai principi fisici "classici" utilizzati per la generazione delle onde d'urto (elettroidraulico, elettromagnetico e piezoelettrico), quello balistico non genera onde d'urto focalizzate e pertanto l'energia, non può essere concentrata alla profondità desiderata durante il trattamento, e si disperde radialmente attraverso la cute.

Con le onde d'urto focalizzate è possibile quindi regolare esattamente la profondità di penetrazione e focalizzare l'energia direttamente sull'area patologica da trattare. Questo è impossibile con le onde d'urto radiali che vengono utilizzate in genere per patologie molto superficiali. Le apparecchiature radiali richiedono inoltre un numero maggiore di onde d'urto, trattamenti ripetuti per la risoluzione di una patologia e molto spesso insuccesso terapeutico.

I sistemi balistici possono essere utilizzati da operatore non Medico (fisioterapisti) e vengono utilizzati soprattutto per la terapia del dolore di strutture superficiali.

Le vere onde d'urto, quelle focalizzate sono invece di assoluta pertinenza medica e possono essere applicate solo da personale medico specializzato.

La ASP ha istituito dall'inizio del 2013 un ambulatorio per il trattamento mediante O.U. focalizzate presso il Plesso Ospedaliero di Maratea rivolto al trattamento delle principali patologie dell'apparato muscolo-scheletrico. Per accedere alle prestazioni è necessario la prescrizione del Medico Medicina Generale o di specialista e accedere presso l' Unità Operativa Semplice di Riabilitazione Territoriale – P.O. Maratea per eseguire accettazione da parte della struttura ed escludere eventuali controindicazioni. Ambulatorio di fisioterapia di Maratea è 0973/875617 (dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 14.00 - martedì e giovedi 8.00 - 17.00)



*Responsabile U.O. Riabilitazione Territotoriale Ambito Territoriale ex ASL 3 - Lagonegro
Socio S.I.T.O.D. - Società Italiana Terapia con Onde d'Urto*

Il Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento di Venosa e l'approccio al problema delle demenze

*Dott. Giovanni B. Bochicchio Direttore - dott.ssa Annalisa Romasco – dott.ssa Valeria Panetta**

La tendenza progressiva all'invecchiamento si evince da una serie di dati che mostrano l'ineluttabilità della stessa.

Nel 1950 le persone anziane nel mondo rappresentavano l'8% della popolazione nel 2050 raggiungeranno in Europa il 24% ossia nell'arco di 100 anni triplicheranno.

Questo scenario ci pone di fronte ad un altro problema rilevante che coinvolge direttamente la nostra Regione.

E' dato incontrovertibile che la popolazione lucana sia tra le più longeve d'Italia [rapporto CEIS 2009: gli over 65enni rappresentano 1/5 della popolazione, la quota di over 75enni ha un peso pari al 9.9% superiore tanto al valore Italiano (9.6%) che a quello del Sud (8.5%)] e che questo dato, in perfetto accordo con ciò che accade nel resto dei paesi industrializzati, tenderà a consolidarsi nei prossimi decenni.

Questo marcato incremento dell'aspettativa di vita, con il numero di anziani che è progressivamente cresciuto ha determinato un mutamento demografico che ha avuto ripercussioni importanti sulla salute pubblica.

Il dato più macroscopico è che il crescere dell'età è direttamente proporzionale all'aumento delle malattie cronico degenerative al punto da rappresentare una vera e propria emergenza sanitaria. Accanto alle patologie cardiovascolari, respiratorie, osteometaboliche, traumatiche, neurologiche … si espande il dato dell'aumento esponenziale negli over 65enni delle patologie involutive cerebrali

E' stato calcolato che circa il 12% dei degenti nei reparti medici è affetto da demenza; ma qual è la percentuale di pazienti dementi sul territorio?

Da una indagine del Censis del 2006 si evince che in Italia vi sarebbero circa 520.000 malati con una incidenza annua di circa 80.000 nuovi casi; considerando l'attuale andamento demografico si prevede che nel 2020 ci saranno 213.000 nuovi casi di demenza.

In una patologia così complessa, qual è il peso delle famiglie o meglio che le famiglie devono sostenere e quale l'aiuto che le strutture sanitarie pubbliche attualmente offrono al paziente ed al suo nucleo familiare?

Questa è la esperienza per ciò che riguarda esclusivamente l'attività legata allo studio e alla cura delle Demenze della nostra Unità Operativa che dal 2000 si fa carico di guardare a tutto tondo alle problematiche del paziente anziano fragile in linea con le direttive Nazionali e Regionali e con l'ambizione di rispondere alle diverse e complesse esigenze dell'anziano garantendo continuità di cure nel tempo e sul territorio.

Con decreto Ministeriale 20 luglio 2000 è stato avviato il Progetto Cronos (protocollo di monitoraggio dei piani di trattamento farmacologico per la Malattia di Alzheimer);

la Regione Basilicata ha individuato 3 UVA (UNITA' DI VALUTAZIONE ALZHEIMER) una delle quali operante all'interno della UO - CEIMI del Presidio Ospedaliero di Venosa.

L' UVA ha garantito lo studio ed il trattamento nei suoi 10 anni di attività della popolazione affetta da Alzheimer nel territorio della ex ASL 1 costituendo punto di riferimento per i pazienti, i familiari, i Medici di Medicina Generale.

Al di là dell'obiettivo che tale progetto si prefiggeva il suo merito è stato quello di far venire a galla la "problematica demenza" e di dare la certezza che alla punta dell'iceberg corrisponde una più profonda dimensione del problema che va dalle problematiche legate essenzialmente alla patologia (la diagnosi, la terapia la sua efficacia e i sui costi), a problematiche di natura socio assistenziale (l'assistenza al malato dalle prime fasi alle fasi terminali che presuppongono un approccio estremamente differente, la cura delle famiglie, il supporto al care giver, la preparazione di figure operative che abbiano un approccio il più possibile professionale al problema etc)

Tanto per cominciare non esiste solo l'Alzheimer; si deve più propriamente parlare di "Demenze" e si deve avere la opportunità di fare una diagnosi differenziale fra le varie forme di demenza. A tal proposito è auspicabile che le vecchie UVA siano più propriamente indicate come UVD (Unità di Valutazione Demenze)

Quindi il 1° obiettivo è la diagnosi. A tale scopo è presente nella nostra U.O. un Ambulatorio Demenze all'interno del

quale viene eseguita una Valutazione Psico-Metrica che prevede attraverso la somministrazione di una batteria di test neuropsicologici (MMSE, ADL, IADL, GDS [Geriatric Depression Scale], Clock test, memoria autobiografica, memoria semantica, test di Corsi, test di racconto, parole di Ray rievocazione immediata-rievocazione differita, Token test, Fluenza verbale per categoria, Matrici attenzionali, Matrici a colori di Raven, Global deterioration scale) ed una valutazione clinica, di esplorare le problematiche di memoria, decadimento cognitivo ed alla fine di diagnosticare le diverse forme di demenza senile (dalla MCI all'Alzheimer, dalle demenze vascolari alle forme miste, dalla demenza fronto-temporale a quella cosiddetta a corpi di Levy…);

Inoltre, tale valutazione può anche essere effettuata attraverso il Day Service Geriatrico, opportunità per quei pazienti che per problematiche economiche o sociali (la solitudine e l'abbandono sono una condizione frequente nella vecchiaia) non hanno la possibilità di poter eseguire in proprio gli esami previsti dal protocollo Alzheimer.

I pazienti individuati quali portatori delle patologie sotto elencate continuano ad essere seguiti nel tempo dalla nostra struttura attraverso l'UVA. Di seguito si riportano alcuni dati relativi all'attività dell'ambulatorio UVA nell'anno 2013.

Dati attività anno 2013- CEIMI Venosa	
DIAGNOSI	quantità
Deterioramento cognitivo	42
Demenza mista	82
MCI	48
M. Alzheimer	53
M. Alzheimer con MCV	49
M. Alzheimer con disturbi psico-comportamentali	17
S. Depressiva	36
Non deteriorato	10
S. Ansioso depressiva	7
Demenza fronto temporale	2
Demenza a corpi di Lewy	6
Oligofrenia	3
Demenza con Parkinson	7
Parkinson	3
Deficit mnesici ed attentivi	8
totale	**391**
Ambulatorio di Geriatria	
1^ visita	87
Controlli	16
Totale	103

L'Ambulatorio UVA costituisce inoltre l'unico punto di riferimento per i familiari per la risoluzione dei complessi problemi che attengono la gestione del paziente demente (non solo Alzheimer) soprattutto quando subentrano disturbi psico-comportamentali.

La gestione dei pazienti in collaborazione con la U.O. delle Cure Domiciliari ha permesso, per quanto attiene strettamente la problematica demenza, di gestire a domicilio pazienti con malattia severa non trasportabili in Ospedale, o complicati da disturbi psico-comportamentali ed in terapia con antipsicotici il cui uso, che necessita di piano terapeutico, comporta il periodico monitoraggio delle condizioni cliniche soprattutto cardiache. Sono seguiti dal nostro Centro 60 pz con demenza in fase severa; i Geriatri del CEIMI eseguono al domicilio del paziente il controllo attraverso un esame ECG, la visita specialistica, la visione degli esami ematochimici e provvedono, quando non controindicato, al rinnovo del PT per gli antipsicotici atipici.

L'offerta assistenziale rivolta a questi malati sarà presto completata con l'attivazione dei 10 posti letto del Nucleo Alzheimer i cui lavori sono in fase di avvio e che prevedono ambienti ad alta tecnologia ed interamente domotizzati con annesso giardino Alzheimer.

Il sostegno al malato e alle famiglie passa non solo attraverso l'iter diagnostico-terapeutico ma anche attraverso la gestione delle opportunità previdenziali, assistenziali e fiscali che le leggi del nostro Stato mettono a disposizione; mediante la Valutazione Multidimensionale Geriatrica: (visita specialistica volta all'accertamento del grado di autosufficienza e disabilità attraverso la esplorazione degli ambiti clinici, cognitivi, comportamentali e funzionali) si procede anche al rilascio di certificazioni per assegno di accompagnamento e altre tipologie di indennità, nonché alla prescrizione di presidi (pannoloni, carrozzine etc).

E' fondamentale sottolineare che occorre integrare l'approccio clinico tradizionale con una visione diversa, più ampia e più vera della cura, essendo consapevoli che se oggi non si è in grado di modificare in modo sostanziale il decorso della malattia molto si può invece fare intervenendo anche sulle conseguenze psichiche, fisiche e sociali della demenza.

Le possibilità limitate della "cure", nel senso inglese della terapia medica capace di modificare i meccanismi patogenetici e causali della malattia, hanno per qualche tempo coinvolto nel giudizio negativo anche la "care", cioè la possibilità di migliorare sintomi e qualità della vita dei malati di demenza e dei loro familiari.

Nelle fasi iniziali della malattia, quando le capacità di apprendere sono ancora parzialmente conservate, si possono attuare interventi riabilitativi per mantenere le capacità cognitivo comportamentali, attraverso la stimolazione e l'esercizio ripetuto, con risultati riscontrabili anche se non duraturi.

Ma nelle fasi severe e avanzate tutto ciò perde significato: il centro della cura non può più essere identificato con il miglioramento delle performance funzionali, ma con la diminuzione dello stress e l'aumento del benessere. In queste fasi solo una adeguata assistenza domiciliare può evitare e/o ridurre le istituzionalizzazioni.

L'assistenza domiciliare è un'esigenza con cui si ritrovano a fare i conti sempre più famiglie. Grazie a un aiuto specializzato, un anziano ammalato o non autosufficiente può ricevere direttamente a casa la risposta ai propri bisogni senza dover tagliare le radici, ma restando nel luogo dei suoi affetti, del suo cuore, della sua identità. Oggi, in alternativa al ricovero, chi non è più in grado di badare completamente a se stesso, può richiedere a domicilio una vasta gamma di servizi svolti da professionisti esperti. E' una modalità di assistenza, presente da anni sul territorio regionale, che perciò va incoraggiata ed ottimizzata.

Le prenotazioni per UVA si fanno al Cup regionale 848.821.821.

**Centro Integrato di Medicina dell'Invecchiamento Ospedale Distrettuale di Venosa*

Il Laboratorio di Musicoterapia nel percorso residenziale dei D.C.A a Chiaromonte

Dr. Rosanna Bianco - *Musicista musicoterapeutica*
Dr. Rosa Trabace - *Responsabile Centro DCA*

La musica può essere intesa per i suoi aspetti di ordine squisitamente estetico-formale, ma anche per le sue componenti di significato collegate al mondo affettivo.

Oltre che una lingua, la musica può essere un linguaggio finalizzato all'espressione per la comunicazione: può partire da un essere umano verso l'ambiente esterno, fatto di oggetti o di persone; può partire "dall'interno" di una persona, muoversi verso l'esterno come un mezzo che possa facilitare il coinvolgimento dell'altro/i, nella speranza che questi si coinvolga e la restituisca in forma dialogica.

Il punto nodale che differenzia l'uso del linguaggio sonoro in musica da un contesto musicoterapeutico è che la musica funge da mezzo per stabilire relazioni all'interno di un sistema comunicazionale e non da fine, su cui comporre un'attenzione interpretativa o di performance. Lo scopo della musicoterapia, infatti, è quello di "sviluppare e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e interpersonale e conseguentemente una migliore qualità di vita, attraverso la prevenzione, riabilitazione e terapia".

Grazie all'utilizzo del linguaggio sonoro-musicale, si riesce ad aggirare l'ostacolo di una comunicazione verbale resa difficile o inesistente, poiché maggiormente svincolato da schemi di ordine sovrastrutturale, che condizionano in negativo una maggiore immediatezza ed incisività nell'espressione del bisogno. La comunicazione sonora è, quindi, più immediata rispetto alla parola ed offre meno possibilità di finzione, palesando immediatamente bisogni, richieste di affetto, aggressività e definendo un contatto di relazione e di comunicazione col mondo esterno.

Grazie all'estrema direzionalità, duttilità ed immediatezza del linguaggio dei suoni rispetto all'articolazione, complessità e distanza del linguaggio parlato si riesce ad intervenire più facilmente e direttamente nel determinare relazioni a diversi livelli con ogni singola persona, aggirando l'ostacolo della comunicazione verbale per stabilire un impatto

con i valori affettivi retrostanti e reminiscenti, prendendo coscienza di un livello di espressione primaria.

Fatta questa premessa, il laboratorio di Musicoterapia all'interno del Centro di Riferimento Regionale per la Cura del Comportamento Alimentare e del Peso " G. Gioia" del Presidio Ospedaliero di Chiaromonte ha l'obiettivo di far recuperare in termini esistenziali il valore di qualcosa che passi attraverso la filosofia dell'essere più che dell'apparire, proprio perchè l'*Io sono, quindi appaio* non

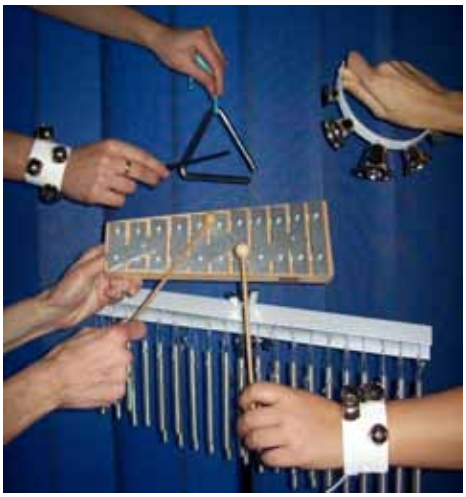
Il laboratorio di Musicoterapia ha l'obiettivo di far recuperare in termini esistenziali il valore di qualcosa

equivale all' *Io appaio, allora sono.*

Attraverso l'utilizzo del linguaggio dei suoni, ogni paziente ha la possibilità maggiore o minore di tirar fuori la propria energia, di modularla, articolarla in maniera differente e personale, superando gli *impasse* che si presentano nel "qui ed ora" della relazione, come il giudizio degli altri.

Il setting di musicoterapia è gruppale, poichè il gruppo funge da contenitore, da cassa di risonanza dei suoni e delle emozioni ad essi sottese dei singoli pazienti.

Un setting gruppale protetto proprio perché, come un utero con la sua natura ovoidale, circonda fisicamente ogni paziente, dandogli un contenimento intimo, affettivo, di tipo protettivo, prototipico per definizione.



Il setting di musicoterapia assume nella sua processualità temporale e spaziale una valenza emotivo-affettiva

L'energia del singolo che ascolta, vede, percepisce, utilizza, supera il *barrage* delle resistenze/insicurezze esprime il bisogno di manifestarsi attraverso canali comunicazionali, pertanto nel laboratorio si cerca di portare ogni partecipante ad esprimere all'altro ciò che vuole, ciò che sente, ciò che desidera per il tramite della sua corporeità, vocalità e musicalità ottenuta grazie all'utilizzo di strumenti musicali, quali oggetti-ponte per arrivare all'altro da sé.

Questa energia espressa porta a sviluppare un processo creativo tale da svincolare i pazienti dai loro rigidi, ritualistici e persistenti comportamenti, permettendo ad ognuno di trovare la propria individualità all'interno del gruppo stesso.

Uno degli obiettivi più importanti all'interno dello spazio laboratorio è fare emergere il bisogno di contattare l'altro attraverso una modalità alternativa a quella verbale (posizione frontale, sguardo, strumento musicale come "oggetto intermediario" nella relazione), al fine di incentivare e fluidificare l'utilizzo del corpo e della voce quali mezzi di comunicazione primordiali attraverso un percorso di "messa in gioco di sé" che porti il paziente ad affrontare inevitabili situazioni di disagio, imbarazzo, timidezza, fastidio, ansia, paura.

Il setting di musicoterapia assume nella sua processualità temporale e spaziale una valenza così fortemente emotivo-affettiva per il sempre più crescente coinvolgimento da parte dei singoli pazienti tale da arrivare spesso all'uso liberatorio del corpo quale strumento completo per una comunicazione non verbale, *metafora spesso inconsapevole dei significati emotivi e delle necessità biologiche*, poiché collegato all'istinto di conservazione, al bisogno di sopravvivenza, alla necessità di esprimere e comunicare una esigenza profonda, che parte da un interno e ricerca interlocutori in un esterno.

Partendo da una fase di sperimentazione, esplorazione, espressione ed improvvisazione sonoro-musicale del "qui ed ora" grazie all'utilizzo della corporeità/vocalità, si arriva ad esperienze sonoro-musicali importanti, incentrate attorno al "*con-dividere, con-tattare, con-tenere, em-patizzare*".

Il percorso musicoterapeutico si orienta, così, verso una dimensione, all'interno della quale il gruppo stesso con funzione di *maternage fisico e sonoro*, porta i singoli a vivere una esperienza olistica, in cui coabitano il piano affettivo-emotivo e quello socio-relazionale. Grazie ad una struttura di relazione setting di tipo comunicazionale e per il tramite del linguaggio sonoro-musicale, i pazienti si sono sentiti "accolti", "sostenuti", "curati", "accarezzati", "rassicurati" ed "accompagnati" ad impattare i nodi conflittuali attraverso cui sono passati e che hanno determinato trasformazioni fisiologiche, così come hanno definito nodi di espressione.

Un percorso così articolato, prevedendo momenti di verifica/valutazione sia in itinere che a valle del trattamento, porta ogni singolo partecipante al prendere coscienza dei risvolti emotivo-cognitivo-comportamentali relativi alle esperienze vissute con conseguente ricaduta nella personale quotidianità restituendo "*significato all'esperienza della vita umana*[1]", attraverso la conoscenza percettiva e concettuale, del corpo e dell'anima.

[1] - K. E. Bruscia, Definire la Musicoterapia, Ed. gli Archetti – Ismez, Roma, 1993, pag. 26.

La donazione del sangue del cordone ombelicale

Si può anche presso gli Ospedali dell'ASP

Il sangue cordonale negli ultimi anni da scoria biologica è diventato un bene prezioso poiché contiene all'interno un buon quantitativo di cellule staminali. Inoltre rispetto al midollo osseo presenta dei vantaggi sia per il ricevente (disponibilità immediata, ridotto rischio di malattie da trapianto, necessità di minor grado di compatibilità con il donatore), sia per il donatore (assenza di rischi legati alla anestesia e alle procedure necessarie per l'espianto del midollo osseo). Vi sono però delle limitazioni alla raccolta del sangue cordonale (sco): procedura non ripetibile, quantità di sangue limitato, fattori ostetrici legati alla madre e / o al neonato, modalità e tecnica della raccolta possono influenzare il volume del campione finale.

Una sacca di sco per essere utilizzata ai fini trapiantologici deve contenere all'interno almeno un miliardo e 200.000 staminali. Non tutte le sacche di sangue cordonali purtroppo rispondono a tale requisito oltre a quello di non presentare coaguli, di essere asettiche e che la donatrice (e il suo partner) siano in perfetta buona salute.

Soltanto il 15-20% delle sacche di sco donate pertanto vengono " bancate" ed entrano in un circuito internazionale per essere utilizzate a scopo trapiantologico. Questo messaggio deve essere assolutamente passato in sede di counselling alle potenziali donatrici che devono sapere che la donazione solidale non è assolutamente dolorosa ed è gratuita. Il sangue cordonale è utile per il trattamento di molte patologie in campo oncoematologico pediatrico (linfomi, leucemie, talassemia , ed altro). Per il quantitativo limitato del volume di sangue in pratica le sacche raccolte possono essere utilizzate per pazienti fino a 40-45 Kg. Continuando con la raccolta solidale sarà possibile che con l'utilizzo di due sacche compatibili si potrà passare a trattare anche la popolazione adulta.

Da qualche mese il servizio di donazione e raccolta del sco è attivo anche in Basilicata. Il processo è iniziato dalla prima fase di accreditamento del personale (medico, ostetrico e infermieristico) che per alcuni aspetti è ancora in corso (presso il punto nascita di Melfi e per qualche figura negli altri punti nascita). Da maggio sono completamente attivi per la raccolta di sangue cordonale i punti nascita di Melfi, Lagonegro e Villa d'agri. Le pazienti devono manifestare la loro intenzione di donare il sangue cordonale presso i punti nascita della Regione entro la 37sima settimana; saranno sottoposte , insieme al partner, ad una minuziosa raccolta anamnestica personale, familiare e ostetrica al termine del quale dovranno sottoscrivere il loro assenso alla donazione solidale del sangue cordonale che avviene dopo l'espletamento del parto. Qualora la coppia risulta elegibile alla donazione , al momento del parto alla paziente saranno praticati dei prelievi ematici atti a verificare la mancanza di infezioni che possono compromettere la donazione.

Dopo il parto il sangue cordonale viene raccolto in sacche apposite e se il volume raccolto risponde ai requisiti (essere almeno superiore a 110 grammi) viene inviato ai Centri Trasfusionali posti in ogni struttura ospedaliera, qui le sacche saranno identificate, validate ed inviate tramite AVIS al punto raccolta del San Carlo di Potenza. Da Potenza le sacche partono quotidianamente per giungere alla BASCO (banca del sangue cordonale) del Policlinico Umberto I di Roma.

Dopo lo studio del sangue cordonale le sacche idonee a scopo trapiantologico vengono bancate e conservate (per un periodo fino a venti anni) in attesa di donatore idoneo e compatibile. Le sacche che risultano non idonee non vengono distrutte ma vengono utilizzate (se la paziente ha firmato apposito consenso) a scopo di ricerca oppure per ottenere gel piastrinico (nella cosiddetta sindrome dei " bambini Farfalla").

Si pregano le pazienti che intendono donare il sangue cordonale a esternare la volontà ai ginecologi di riferimento o alle strutture di riferimento dove sono seguite in gravidanza e farlo entro la 37sima settimana per entrare nel circuito.

Non sarà possibile donare il sco se il parto avviene prima della 37sima settimana, in caso di gemellarità, di rottura delle menbrane oltre 24 ore prima del parto, di liquido amniotico francamente tinto di meconio o di febbre in travaglio. Inoltre in mancanza di consenso o in caso di assenza del partner non sarà data elegibilità alla donazione.

Il sangue cordonale è considerato un organo e pertanto viene trattato come tale in campo trapiantologico.

Per informazioni si potrà telefonare ai seguenti numeri di riferimento dei reparti Ostetricia e Ginecologia: Ospedale di Melfi tel. 0972773211, Ospedale di Lagonegro tel. 0973483 73, Ospedale di Villa D'Agri tel. 0975 312225.

IL CORRETTO USO DEI SERVIZI DI EMERGENZA-URGENZA

(Fonte Ministero della Salute e Age.na.s.)

CHE COS'È IL NUMERO 1-1-8

- 1-1-8 è il numero telefonico, unico su tutto il territorio nazionale, di riferimento per tutti i casi di richiesta di soccorso sanitario in una situazione di emergenza-urgenza*.
- Il numero 1-1-8 mette in contatto il cittadino con una Centrale Operativa che riceve le chiamate, valuta la gravità della situazione e, se necessario, invia personale e mezzi di soccorso adeguati alle specifiche situazioni di bisogno. La centrale coordinerà il soccorso dal luogo dell'evento fino all'ospedale più idoneo.
- 1-1-8 è un numero gratuito ed è attivo su tutto il territorio nazionale, 24 ore su 24.
- Il numero 1-1-8 può essere chiamato da qualsiasi telefono, fisso o cellulare. I cellulari sono abilitati a effettuare chiamate verso i numeri di soccorso (118, 112, 113, 115) anche se la scheda non ha credito. Se si chiama da una cabina telefonica non è necessario né il gettone né la scheda.

* Emergenza

1. Statisticamente poco frequente
2. Coinvolge uno o più pazienti
3. Esiste immediato pericolo di vita
4. Richiede interventi terapeutici e salvavita immediati o nel più breve tempo possibile

* Urgenza

1. Statisticamente più frequente
2. Coinvolge uno o più pazienti
3. Non esiste immediato pericolo di vita
4. Richiede interventi terapeutici entro breve tempo

CHIAMARE IL NUMERO 1-1-8

Quando chiamare il numero 1-1-8

In tutte quelle situazioni in cui ci può essere rischio per la vita o l'incolumità di una persona come nel caso di:

- difficoltà o assenza di respiro
- dolore al petto
- perdita di coscienza prolungata (la persona non parla e non risponde)
- trauma e ferite con emorragie evidenti
- incidente (domestico, stradale, sportivo, agricolo, industriale)
- difficoltà a parlare o difficoltà/ incapacità nell'uso di uno o di entrambi gli arti dello stesso lato
- segni di soffocamento, di avvelenamento, di annegamento o ustione.

Come chiamare il numero 1-1-8:

- Comporre il numero telefonico 1-1-8.
- Rispondere con calma alle domande poste dall'operatore e rimanere in linea fino a quando viene richiesto.

• Fornire il proprio numero telefonico.
• Indicare il luogo dell'accaduto (comune, via, civico).
• Spiegare l'accaduto (malore, incidente, ecc.) e riferire ciò che si vede.
• Indicare quante persone sono coinvolte.
• Comunicare le condizioni della persona coinvolta: risponde, respira, sanguina, ha dolore?
• Comunicare particolari situazioni: bambino piccolo, donna in gravidanza, persona anziana, persona con malattie conosciute (cardiopatie, asma, diabete, epilessia, ecc.).

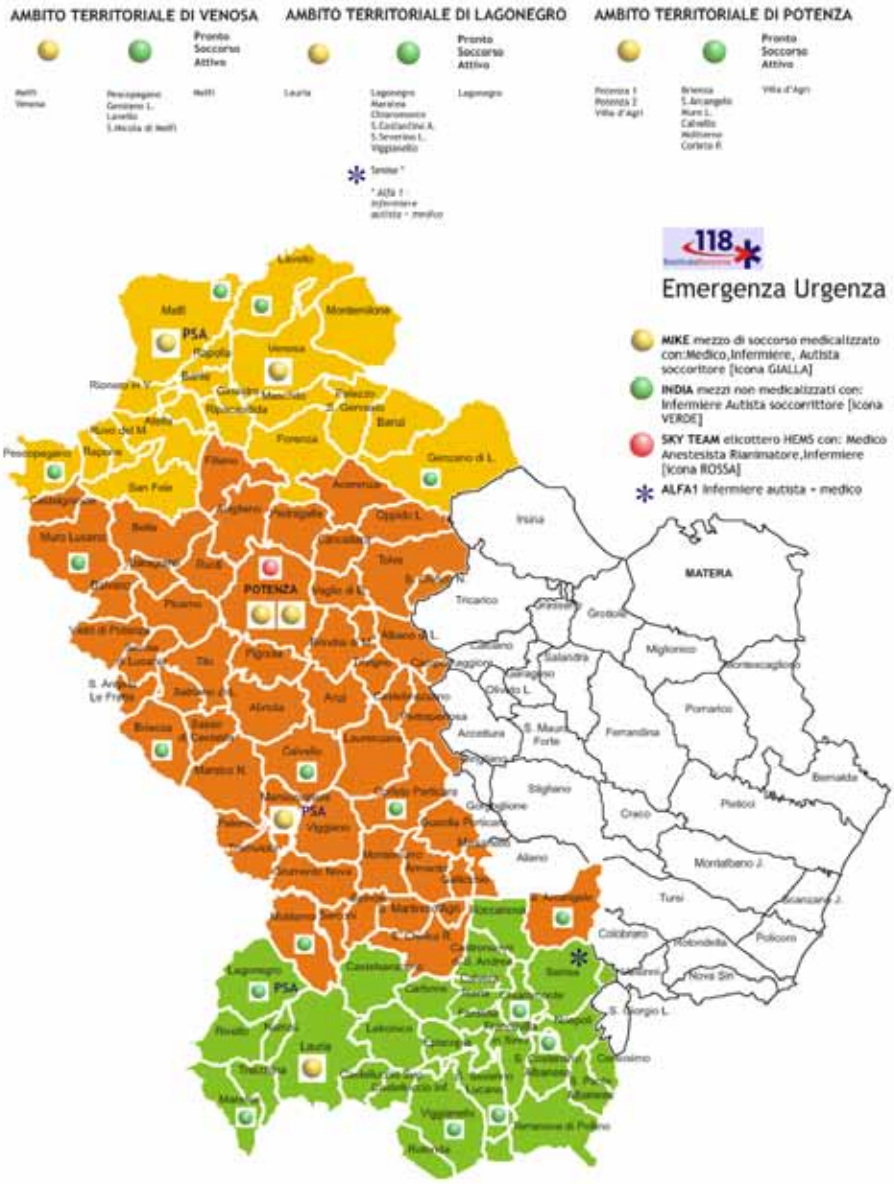
IMPORTANTE

La conversazione va svolta con voce chiara e debbono essere fornite tutte le notizie richieste dall'operatore che ha il compito di analizzarle: non è una perdita di tempo!!
. A fine conversazione accertarsi che il ricevitore sia stato rimesso a posto.
. Lasciare libero il telefono utilizzato per chiamare i soccorsi: si potrebbe essere contattati in qualsiasi momento dalla Centrale Operativa per ulteriori chiarimenti o istruzioni.

IN ATTESA DEI SOCCORSI

Cosa fare

• Attenersi alle disposizioni telefoniche date dal personale del 1-1-8.
• Coprire il paziente e proteggerlo dall'ambiente.
• Incoraggiare e rassicurare il paziente.
• In caso di incidente, non ostacolare l'arrivo dei soccorsi e segnalare il pericolo ai passanti.
• Slacciare delicatamente gli indumenti stretti (cintura, cravatta) per agevolare la respirazione.



Cosa non fare

• NON lasciarsi prendere dal panico.
• NON spostare la persona traumatizzata se non strettamente necessario per situazioni di pericolo ambientale (gas, incendio, pericolo di crollo imminente, ecc.).
• NON somministrare cibi o bevande.
• NON fare assumere farmaci.

IMPORTANTE

NON occupare MAI la linea del numero telefonico utilizzato per chiamare i soccorsi: si potrebbe essere contattati in qualsiasi momento dalla Centrale Operativa per ulteriori chiarimenti o istruzioni.

QUANDO NON CHIAMARE IL NUMERO 1-1-8

• Per tutte le situazioni considerabili non urgenti.
• Per richiedere consulenze mediche specialistiche.
• Per avere informazioni di natura socio sanitaria: orari servizi, prenotazioni di visite o indagini diagnostiche, farmacie di turno

IL PRONTO SOCCORSO

Cos'è

Il Pronto Soccorso ospedaliero è la struttura che garantisce esclusivamente il trattamento delle emergenze-urgenze, ovvero di quelle condizioni patologiche, spontanee o traumatiche, che necessitino di immediati interventi diagnostici e terapeutici.

Quando andare

È bene utilizzare il Pronto Soccorso per problemi acuti urgenti e non risolvibili dal medico di famiglia, dal pediatra di libera scelta o dai medici della continuità assistenziale (ex guardia medica).

Quando non andare

Il Pronto Soccorso non è la struttura nella quale approfondire aspetti clinici non urgenti o cronici.

Pertanto, non rivolgersi al PS:

- per evitare liste di attesa nel caso di visite specialistiche non urgenti
- per ottenere la compilazione di ricette e/o di certificati
- per ottenere controlli clinici non motivati da situazioni urgenti
- per evitare di interpellare il proprio medico curante
- per ottenere prestazioni che potrebbero essere erogate presso servizi ambulatoriali
- per comodità, per abitudine, per evitare il pagamento del ticket.

IMPORTANTE

Ogni visita inutile al Pronto Soccorso è un ostacolo a chi ha urgenza.

Un corretto utilizzo delle strutture sanitarie evita disservizi per le strutture stesse e per gli altri utenti.

Il buon funzionamento del Pronto Soccorso dipende da tutti.

L'ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

Come si accede

Si accede al Pronto Soccorso direttamente o con l'ambulanza chiamando il numero 1-1-8.

Il Triage e i Codici colore: il semaforo della salute

• All'arrivo al Pronto Soccorso, il cittadino riceve un'immediata valutazione del livello di urgenza da parte di infermieri specificamente formati, con l'attribuzione del codice colore che stabilisce la priorità di accesso alle cure in base alla gravità del caso e indipendentemente dall'ordine di arrivo in ospedale.

Tale metodica è denominata "Triage" ed è finalizzata ad evitare le attese per i casi urgenti.

• Il Triage non serve a ridurre i tempi di attesa bensì a garantire che i pazienti estremamente gravi, non debbano attendere minuti preziosi per la vita.

IN PRONTO SOCCORSO NON ESISTE LA REGOLA DEL CHI PRIMA ARRIVA

Ogni giorno si soccorrono molti pazienti; il tempo e' importante.

Per migliorare e rendere tempestive le prestazioni di pronto soccorso si sono stabiliti quattro codici colore che corrispondono ad altrettanti livelli di urgenza: in base al codice colore assegnato verra' stabilita la priorita' di accesso alle sale visita Avra' sempre la precedenza il paziente piu' grave, in base al codice colore assegnato dall'infermiere al momento del triage

Attenzione al codice e al suo significato:

CODICE ROSSO ***emergenza***	Sono i casi più gravi, **con pericolo di vita immediato.** Il Pronto Soccorso blocca la propria attività e si prepara a ricevere e a trattare il paziente con assoluta priorità. Gli altri pazienti in attesa verranno avvertiti.
CODICE GIALLO ***urgenza***	Pazienti con lesioni gravi che possono **presentare l'alterazione di una delle tre più importanti funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa). Il personale del Pronto Soccorso si presta per ridurre al minimo i tempi di attesa.**
CODICE VERDE patologia non grave	Il paziente **non è in immediato pericolo di vita** e viene assistito dopo i casi più urgenti con interventi che possono essere differiti, anche per qualche ora.
CODICE BIANCO nessuna urgenza	**Sono i casi meno gravi.** Si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte dal medico di famiglia. Il paziente verrà comunque visitato, ma solo dopo la soluzione dei casi più urgenti. La prestazione è assogettabile al pagamento del ticket.

GLI AMBULATORI DEI CODICI BIANCHI PRESSO I PRONTO SOCCORSO

L' ambulatorio dei CODICI BIANCHI, attivato presso i Pronto Soccorso degli Ospedale dell'ASP è finalizzato a decongestionare gli accessi al Pronto Soccorso e, al tempo stesso, attraverso una differenziazione dei percorsi, ed una migliore appropriatezza clinico diagnostica assicurare a quanti in fase di triage viene attribuito un Codice Bianco di usufruire dell'assistenza in tempi ragionevoli.

L'attribuzione del Codice Bianco è regolamentata da precisi standard condivisi e approvati dai rappresentanti dei PS della Regione Basilicata , così come il setting diagnostico da erogare è precisato in un regolamento che tra l'altro prevede l'eventuale effettuazione di esami di approfondimento clinico diagnostico.

L'accesso all'ambulatorio dei Codici Bianchi deve essere motivato solo in assenza del proprio Medico Curante. Tutte le altre motivazioni non sono giustificate in quanto creano un ostacolo ai pazienti più critici che necessitano di trattamenti urgenti. Un corretto utilizzo delle strutture sanitarie evita disservizi per le strutture stesse e per gli altri utenti. Il buon funzionamento del Pronto Soccorso dipende da tutti.

Definizione di codice Bianco : Il Codice Bianco è il criterio che regola l'accesso dei pazienti in sala visita e tiene conto delle **CONDIZIONI CLINICHE** dello stesso. Indica una situazione NON CRITICA , di nessuna urgenza.

Modalità di accesso : Il paziente si presenta in Pronto Soccorso e in fase di triage gli viene assegnato il Codice Colore dal personale infermieristico adeguatamente preparato a svolgere tale funzione. Se gli viene attribuito un Codice Bianco accede nell' ambulatorio dedicato in tempi più o meno brevi e compatibilmente con l'attività del Pronto Soccorso.

Orario: l'ambulatorio è aperto dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13.00.

Cosa offre : il paziente viene sottoposto a visita Medica e se necessario viene stabilito un percorso diagnostico terapeutico specifico.

Gestione : L' Ambulatorio è gestito dai Medici della Continuità assistenziale.

Pagamento: Il paziente che accede all'Ambulatorio dei Codici Bianchi è soggetto al pagamento di un ticket di 25,00 Euro, ad esclusione degli esenti come da normativa vigente.

IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

(ex Guardia medica)

Dott.ssa Giulia Motola - *Responsabile UOSD Farmacologia Clinica - Staff Direzione Sanitaria*

E' il servizio che, in assenza del Medico di Medicina Generale, garantisce l'assistenza medica di base per situazioni che rivestono carattere di non differibilità, cioè per quei problemi sanitari che non possono aspettare fino all'apertura dell'ambulatorio del proprio medico curante o pediatra di libera scelta, o necessari alla prosecuzione della terapia la cui interruzione potrebbe aggravare le condizioni della persona.

Il servizio di Continuità Assistenziale è attivo dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni feriali e dalle ore 10,00 del giorno prefestivo alle ore 8 del giorno successivo al festivo.

Il Paziente può recarsi direttamente all'Ambulatorio o contattare i Medici di Continuità Assistenziale attraverso il numero telefonico dedicato.

COMPITI DEL MEDICO

Il Medico di Continuità Assistenziale inviterà il Paziente, o chi effettua la telefonata, a fornire i dati anagrafici e logistici con precisione ed a presentare i problemi sanitari con la massima chiarezza possibile, in modo da permettere un intervento rapido ed appropriato.

Sulla base della valutazione del bisogno espresso, il Medico di Continuità Assistenziale può:

- limitarsi ad un consiglio telefonico spiegando all'Utente come comportarsi per risolvere la situazione;
- invitare il Paziente a raggiungere la sede dell'ambulatorio per effettuare la visita;
- effettuare la visita domiciliare non rinviabile;
- rinviare il Paziente, qualora il quadro clinico prospettato dovesse richiederlo, a Strutture più adeguate o attivare il servizio Emergenza Urgenza, se la patologia non fosse valutabile e gestibile a domicilio.

Inoltre, il Medico di continuità Assistenziale può:

- prescrivere farmaci indicati solamente per terapie non rinviabile;
- rilasciare certificati di malattia in casi di stretta necessità e per un periodo massimo di tre giorni (le suddette certificazioni non devono riferirsi ad infortuni sul lavoro, in quanto non rientrano nelle competenze dei medici del servizio ma in quelle del Medico di Medicina Generale o, in sua assenza, del Pronto Soccorso Ospedaliero).

Il Medico di Continuità Assistenziale non può:

- prescrivere farmaci per terapie croniche (antiipertensivi, antidiabetici, ipolipidemizzanti etc..);
- richiedere esami di laboratorio e/o strumentali e visite specialistiche;
- richiedere ricoveri già programmati in precedenza;
- rilasciare certificati per attività sportiva, per rientro scolastico o di malattia;
- erogare prestazioni infermieristiche (intramuscolo, medicazioni ecc.) non correlate alla visita medica.

Il CITTADINO DEVE SAPERE CHE:

- la Continuità Assistenziale non è un Pronto Soccorso, in cui si risolvono problematiche d'urgenza ed emergenza medica, le quali necessitano di Strutture adeguate,
- la Continuità Assistenziale non sostituisce il Medico di Medicina Generale, ma lo integra, pertanto, non deve essere utilizzato come alternativa al curante né come via preferenziale per una visita domiciliare o prescrizioni di terapie farmacologiche;
- i Pazienti dimessi dopo degenza ospedaliera hanno diritto a ricevere dagli stessi sanitari (o a richiedere se non vengono consegnati) i farmaci necessari a garantire la copertura minima per il primo ciclo di terapia e comunque fino al rientro in servizio del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta;
- è opportuno controllare che i farmaci che si assumono per le patologie cliniche siano bastevoli per il periodo di festività e prefestività, in quanto il Medico di Continuità Assistenziale nonè tenuto a prescriverli.

Un utilizzo improprio o scorretto del Servizio di Continuità Assistenziale, come ad esempio chiedere informazioni generiche e rinviabili o impegnare i medici in interventi su problemi di lieve entità, si può tradurre in difficoltà o ritardi nella risposta a coloro che ne avessero effettiva necessità.

Con l'occasione si ricorda che l'Azienda Sanitaria, al fine di facilitare i contatti con i Cittadini, si avvale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). Ad esso sono collegati sportelli dedicati con lo scopo di informare i cittadini sui Servizi erogati, sulle modalità di fruizione e accesso alle prescrizioni socio-sanitarie Aziendali.

Sul sito: www.aspbasilicata.it le sedi e i numeri telefonici della continuità assistenziale per comune cliccando su servizi per i cittadini - area dell'assistenza territoriale - continuità assistenziale

Nasce a potenza il servizio di neuropsichiatria infantile

*Francesco Cutro**

Attivo da febbraio di quest'anno, il **servizio di NPI** dell'Asp, inserito all'interno del Dipartimento Interaziendale di Neuropsichiatria Infantile, si occupa dell'inquadramento diagnostico e terapeutico di tutte le patologie neurologiche e neuropsichiatriche dell'età evolutiva. Il centro è ubicato a Potenza, in via Appia 184, ed è stato ridisegnato ad hoc per "ospitare" i piccoli pazienti e dare loro l'impressione di trovarsi in una vera e propria ludoteca, colorata ed accogliente.

Il servizio si occupa di tutte le principali patologie psichiatriche e neurologiche e dei principali disturbi dell'età evolutiva, fascia d'età che va da 0 a 18 anni, ed è costituito da un ambulatorio di NPI che funge da filtro per avviare i successivi approfondimenti necessari per completare la diagnosi. L'organizzazione è basata su un'attività multidisciplinare che vede impegnate diverse figure professionali: medici neuro-psichiatrici, psicologi, logopedisti e terapisti della riabilitazione.

La **prima visita** neuro-psichiatrica infantile, prenotabile attraverso il Cup, viene prescritta dal pediatra o dal medico di base che rileva nel paziente un sospetto diagnostico. Sulla base di tale sospetto, i medici specialisti del centro, la dott.ssa **Cristiana Fiorillo**, responsabile del Servizio, e la dott.ssa **Alessandra Graziano**, valutano lo sviluppo neuro-psicologico del bambino attraverso un esame clinico e indicano i necessari approfondimenti specialistici utili ad inquadrarne le difficoltà.

La prima visita dura circa 60 minuti ed avviene in presenza dei genitori, quando possibile. Vengono raccolti i dati anagrafici e la storia del bambino, le varie tappe dello sviluppo motorio-linguistico-cognitivo-relazionale, l'andamento del percorso scolastico, le patologie pregresse e gli eventuali accertamenti eseguiti in precedenza. Si osservano le modalità di interazione, di gioco spontaneo e la risposta del bambino alle attività proposte e si indicano alcune prove strutturate che variano a seconda dell'età e delle difficoltà presentate. Al termine della visita viene condiviso con i genitori l'esito della consultazione e si passa al successivo percorso diagnostico indicando gli approfondimenti clinici necessari offerti dal Centro. Per la prenotazione delle prime visite sono stati attivati anche due **codici d'urgenza** per garantire un consulto più rapido dove necessario.

Il terzo step della presa in carico riguarda appunto gli **approfondimenti**, tre specifiche tipologie di esami diagnostici eseguiti dall'equipe multidisciplinare del centro. L'approfondimento ***psico-diagnostico*** è svolto da due psicologhe-psicoterapeute, la dott.ssa **Lucia Venezia** e la dott.ssa **Stefania Galeazzi**; quello ***logopedico*** è eseguito dalla logopedista **Daniela Faticato**; quello ***psico-motorio*** è realizzato, infine, dalla terapista **Maria Luigia Di Lucchio**. Attraverso osservazioni strutturate e specifici test di alta competenza professionale, tali prestazioni si propongono di contribuire in maniera fondamentale alla diagnosi.

Una volta effettuati gli approfondimenti viene stilata una relazione multidisciplinare da parte di tutti gli specialisti intervenuti nel processo diagnostico e viene formulata, dove possibile, una prescrizione terapeutica. Le **terapie** erogate attualmente dal servizio sono di tipo psicoterapie brevi, sia individuali che di coppia, e sono effettuate dalle due psicoterapeute sulla base di obiettivi target decisi sempre con approccio multidisciplinare.

Il servizio si occupa di rispondere alla domanda di consulto di varie patologie come ad esempio ***dislessia, epilessia, paralisi cerebrale infantile, deficit cognitivi, disturbi dell'umore***. Rappresenta l'unico centro in grado di garantire un servizio strutturato dove è possibile trovare, nella stessa sede, tutti gli specialisti che intervengono nella presa in carico dei giovani pazienti.

I dati relativi a questi primi mesi di attività del centro evidenziano un fattore abbastanza preoccupante, in linea con le statistiche nazionali: un generalizzato aumento delle patologie neuropsichiatriche infantili. Il motivo di tale situazione potrebbe essere dovuto, come spiega la dott.ssa Cristiana Fiorillo, a due fattori: alla migliore capacità di diagnosticare in età precoce l'insorgenza di tali malattie e ad un aumento esponenziale generalizzato di questo tipo di disturbi, dovuto principalmente a fattori di tipo sociale, ambientale o comunque collegati al contesto socio relazionale e familiare d'appartenenza. Questo, ad esempio, è vero anche per molti casi di **depressione o disturbi dell'umore dell'età evolutiva** che oggi vengono riconosciute come problematiche che possono severamente compromettere la crescita dei bambini e degli adolescenti e incidere sulle loro relazioni sociali e sulla qualità della loro vita.

Il centro si propone l'obiettivo di potenziare ulteriormente l'offerta e le prestazioni erogate per andare incontro alle esigenze delle tante famiglie bisognose di tale servizio, di abbattere in maniera considerevole le liste di attesa e di assicurare una presa in carico qualificata, valida e il quanto più possibile completa ed esaustiva.

Recapiti telefonici

Medici: 0971 425211
Psicologi: 0971 425214
Logopedisti: 0971 425209
NPI Psicomotricità: 0971 425211

Le prenotazioni possono essere effettuate tramite CUP Regionale (848.821.821 - da cellulari: 0971/471373) o recandosi presso gli sportelli CUP. Non essendo attiva la cassa presso la nuova sede, è necessario che le prestazioni siano regolarizzate preventivamente presso gli sportelli CUP. Per gli utenti non esenti, oltre agli sportelli Cup, il ticket può essere pagato anche tramite conto corrente postale ASP, on-line o presso le farmacie convenzionate.

* Giornalista

Le cure palliative domiciliari nell'ASP

*Dott. Gianvito Corona**

Premesse

L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche rappresentano il contesto con il quale la sanità pubblica deve confrontarsi per garantire risposte appropriate ai bisogni dei cittadini. Tale scenario impone la necessità di individuare un sistema di offerta che sappia dare risposte efficaci e appropriate lungo tutto il percorso assistenziale dei pazienti (ospedale, residenzialità extraospedaliera, domicilio) al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza in tutte le fasi di sviluppo delle patologie. Le cure domiciliari integrate forniscono al cittadino le prestazioni che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di salute e di benessere. L'obiettivo dell'assistenza domiciliare è di garantire cure adeguate e appropriate, attraverso interventi flessibili di varia intensità, in grado di rispondere agli effettivi bisogni della persona.

Il territorio di competenza dell'ASP è un'area suddivisa in 100 comuni con una popolazione complessiva di circa 387.000 abitanti distribuiti su una superficie di 6.546 Kmq. Le cure domiciliari, nei vari ambiti territoriali hanno un "***Centro di Coordinamento delle cure domiciliari e delle cure palliative***" che rappresenta il fulcro della rete territoriale.

Il Centro rappresenta un punto unico di accesso, di accoglienza, d'informazione e progettazione organizzativa per le attività socio-sanitarie rivolte a tutti gli ammalati cronici; rappresenta la sala di regia di:

- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP),
- Assistenza Domiciliare agli ospiti di residenze protette e collettività (ADR),
- Cure Domiciliari (ex ADI), delle quali quelle di III livello e le Cure Palliative sono garantite dall'Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative. Quest'ultima struttura fornisce il supporto specialistico alle attività domiciliari e rappresenta, inoltre, la corsia preferenziale, lo spazio strutturalmente attrezzato inserito nella rete dell'assistenza domiciliare dedicato alla soluzione dei problemi sanitari dei malati terminali non risolvibili a domicilio.)

Il Centro di Coordinamento ha inoltre lo scopo di:

- ✓ programmare l'intervento assistenziale *[Ogni paziente candidato alle cure domiciliari viene preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale (VMD) per identificarne bisogni, problematiche assistenziali e obiettivi assistenziali ("problem solving")]*;
- ✓ migliorarne la funzione e la qualità di vita;
- ✓ ottimizzare l'allocazione delle risorse;
- ✓ ridurre l'utilizzo dei servizi non necessari.

L'Unità di Valutazione è composta da medico (Team Leader), infermiere professionale (case manager), terapista della riabilitazione, assistente sociale, e ha la responsabilità complessiva del caso (attraverso la VMD e il Piano Individualizzato di Trattamento).

Con l'Unità collaborano in forma strutturata il MMG (gestione medica del paziente) e un referente dei servizi sociali comunali (al fine di favorire l'integrazione socio-sanitaria).

Il servizio sanitario domiciliare e quello riabilitativo sono gestiti in outsourcing, da un soggetto esterno che, selezionato attraverso procedure ad evidenza pubblica, mette a disposizione il pool di professionisti (infermieri, geriatri, palliativisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, psicologi) per lo svolgimento delle attività domiciliari.

I pazienti sono classificati in base al profilo di cura e ai livelli d'intensità secondo i parametri indicati dal coefficiente d'intensità assistenziale.

Cure Palliative Domiciliari

In tale assetto organizzativo si sono implementate le cure palliative domiciliari: la gestione domiciliare della terapia del dolore, della nutrizione artificiale, delle emotrasfusioni e di particolari terapie accessorie, è stata messa in atto con protocolli standardizzati attraverso l'implementazione di processi di qualità sovrapponibili a quelli ospedalieri.

Nel tempo, la domanda di tali prestazioni è diventata sempre più articolata. In particolare, dal 2003 a oggi si è registrata una progressiva "implementazione della **complessità assistenziale domiciliare**" che si è avvalsa dell'utilizzo di risorse strumentali e tecnologiche esportate dall'ospedale.

Tutta questa attività si è consolidata attraverso:

- un incremento di accessi domiciliari di medici, pianificati nell'ottica della ottimizzazione dell'uso delle limitate risorse disponibili;

- l'elaborazione e l'esecuzione di piani di nutrizione artificiale, personalizzati ma soprattutto monitorizzati. Tali piani prevedono una preventiva e accurata valutazione dello stato nutrizionale e vie di somministrazione in aderenza alle linee guida nazionali e internazionali;
- l'implementazione di piani di terapia del dolore e la gestione dei possibili effetti collaterali;
- la pianificazione e l'applicazione di un protocollo di gestione delle piaghe da decubito condiviso e realizzato a domicilio;
- la previsione ed esecuzione a domicilio di emotrasfusioni e di terapie mediche speciali;
- gli impianti domiciliari di devices (PICC o midline) atti a migliorare la qualità della vita,
- la condivisione del percorso attivato a domicilio con il MMG e con gli specialisti interessati, domiciliari e ospedalieri, con i quali è indispensabile creare e mantenere un costante rapporto di collaborazione;
- la misurazione delle prestazioni erogate con parametri universalmente codificati.

In un contesto nazionale dove le cure palliative domiciliari hanno avuto uno sviluppo a macchia di leopardo, le prassi e le performance garantite in ambito ASP, secondo il monitoraggio dell'Osservatorio buone pratiche in cure palliative dell'AGENAS, risultano soddisfacenti.

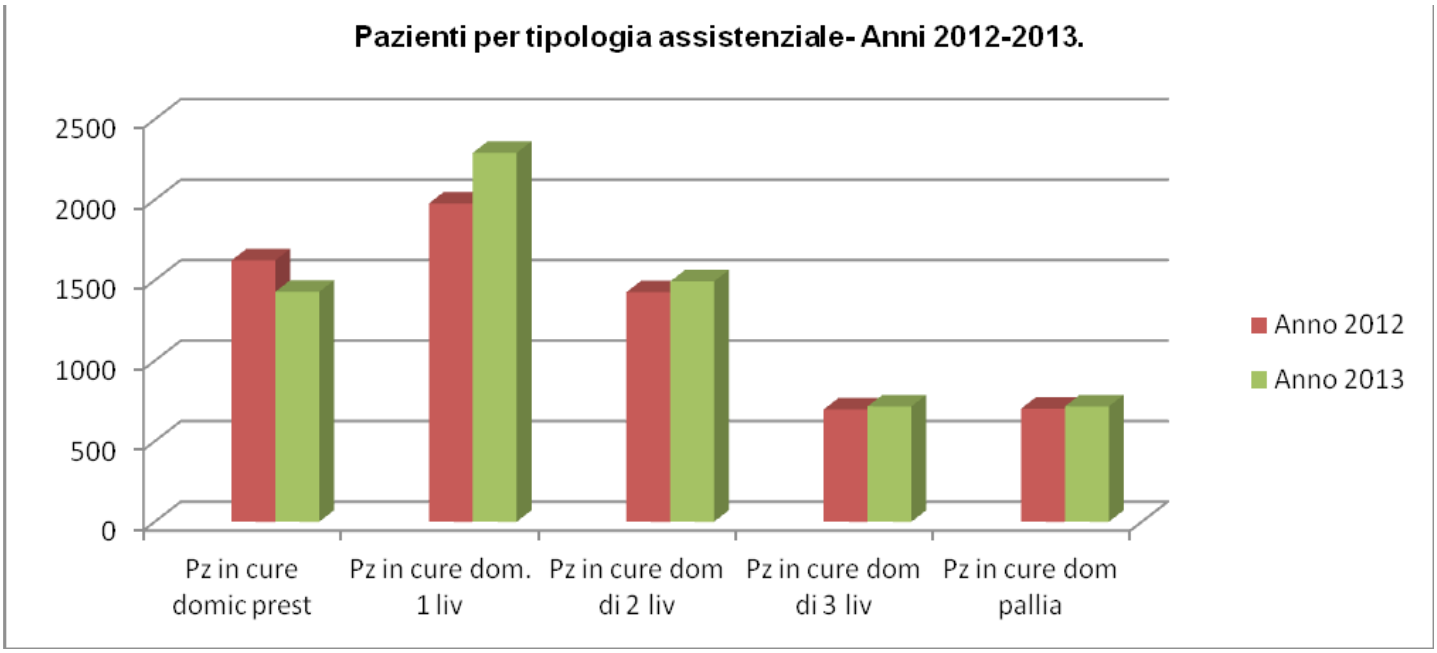
Si può sicuramente affermare che tale modello organizzativo, se ben implementato e organizzato, può consentire di raggiungere importanti risultati nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria attraverso azioni congiunte con altre istituzioni come i Comuni.

Occorre identificare continuamente indicatori che consentano di misurare e valutare i servizi e le prestazioni erogate all'utenza e che rispondano a criteri di qualità, equità, tempestività, appropriatezza di livello, efficienza ed efficacia.
Occorre, inoltre, investire sulla formazione continua degli operatori per aumentare la cultura della domiciliarità e la motivazione. Occorre, infine, investire e responsabilizzare maggiormente le famiglie, la loro partecipazione alla progettazione e gestione del servizio, cambiamento culturale che richiede tempi lunghi e continui momenti di confronto.
Occorrono cambiamenti di cultura operativa, incrementando le specializzazioni e i rapporti di collaborazione tra i diversi professionisti favorendo, così, un approccio globale al benessere della persona. Curare a domicilio, o comunque sul territorio e fuori dall'ospedale, comporta un sostanziale cambiamento di prospettiva: da un modello in cui il malato ruota attorno a strutture erogatrici di servizi si passa ad un modello in cui struttura e professioni interagiscono assumendo come centro di gravità la persona assistita e il suo contesto familiare.

**Direttore Unità di Oncologia Critica Territoriale e Cure Palliative.*

ATTIVITA' DELLE CURE DOMICILIARI E PALLIATIVE.

Tipologia pazienti	Anno 2012	Anno 2013
Totale pazienti assistiti	6.067	6.592
Totale pazienti anziani > 65 anni	5.460	5.800
Totale prestazioni anziani > 65 anni	248.656	272.816



La menopausa

"Un fatto culturale? Certamente ma non solo"

Dott.ssa Battistina Pinto*

La menopausa ha, nella nostra società, un certo significato, attribuito dalla nostra cultura ed è proprio questo significato che ha determinato e determina un certo comportamento ed atteggiamento. Se la nostra società ci propone la menopausa come la fine della giovinezza e l'inizio della vecchiaia, allora la donna lo sentirà come un periodo estremamente difficile. Se invece un altro tipo di società ci propone una visione della menopausa come un periodo che va affrontato con sicurezza nello splendore dei propri anni, allora la sua posizione nella società migliora, e la menopausa sarà un periodo estremamente più facile. Le donne e la scienza hanno proposto un'inversione di tendenza che è sotto gli occhi di tutti, le cinquantenni del nostro secolo, sono donne ancora giovani, in carriera, attente alla salute, sicure di se e non vogliono invecchiare secondo il vecchio modello proposto dalle loro mamme; segnando così, un nuovo percorso, una svolta decisiva. Nuovo modello che funge da esempio alle più giovani che dovranno imparare a percepire il tempo, non più come portatore di rughe, ma alleato portatore di esperienza. Dove l'età è vissuta non più come limite ma come valore, e gli "anta" una meta non più temuta. Un cambiamento da sperimentare per una nuova dimensione che continua a scoprire il bello della vita. La mega-ingiustizia "la donna invecchia prima dell'uomo" è ormai un luogo comune messo nel cassetto, mandando in crisi stili di vita, comportamenti e valori che costringevano le donne ad atteggiarsi nel modello delle signore della mezza età, identificate totalmente col compito riproduttivo nei confronti della famiglia e seduttivo nei confronti del maschio. La menopausa è stata associata inevitabilmente ad un vissuto di perdita della propria creatività biologica, e quindi della maternità; della propria giovinezza, e quindi dell'erotismo e della seduzione; del potere esercitato sui figli; associata quasi sempre ad una fase di depressione, tristezza, senso di vuoto, cambiamento inaccettabile. Il cambiamento porta con sé sempre, in ogni età della vita, disorientamento e crisi, per la necessità di doversi separare da parti di sé sperimentate e consolidate. Dall'infanzia all'adolescenza, dall'adolescenza alla maturità, dalla maturità alla vecchiaia, il passaggio implica innanzitutto la riorganizzazione della propria immagine corporea e quindi la ristrutturazione dell'identità complessiva. Non è poco! Ma la separazione dai vecchi investimenti si accompagna sempre all'acquisizione di nuove potenzialità. Il passaggio richiede sempre di raccogliere su di sé le proprie energie per fare un bilancio e riprogettare la vita e la menopausa è inutile negarla come evento reale: esiste, c'è ed arriva a cinquant'anni. E' un dato nuovo che va preso in considerazione per riorganizzare il tutto: il proprio sé corporeo; il proprio tempo; il proprio rapporto coppia; il rapporto con i figli, la propria vita. Da dove partire? Dalla consapevolezza della propria acquisita maturità, dal valore della propria esperienza, dalla capacità di sperimentare e gestire situazioni complesse grazie al proprio conquistato equilibrio. Il motto "Times is on my side" (il tempo è dalla mia parte) diventa così una nuova filosofia di vita che valorizza il vissuto di ognuna e mette in risalto non più la bellezza, ma una ritrovata immagine di se. La Menopausa non deve spaventare, anche se, costituisce un passaggio fondamentale nel rapporto con il proprio corpo e con la propria mente. Tale transizione non è solo un fatto biologico, un processo interiore, essa rappresenta un momento cruciale dell'esistenza femminile che merita di essere considerato in tutte le sue componenti, a partire dal suo significato culturale e sociale. La menopausa è una fase della vita che non è stata e non viene accolta quasi mai serenamente dalla donna della nostra cultura occidentale, dove il cliché dominante è l'eterna giovinezza: corpi perfetti, visi senza rughe, dinamismo ed efficienza. In alcune culture l'invecchiamento è un fatto naturale, non drammatico. In questi paesi le donne non provano alcun disagio al suo arrivo, perché attribuiscono ad essa altri valori, diversi da quelli della nostra cultura e dal nostro modo di organizzarci la vita, mettendo in risalto l'esperienza, la maturità, la saggezza, anziché l'aspetto fisico.

Prima sessione: la menopausa prima e dopo

In altre come in India, l'antropologo americano, Marshall Flint ha scoperto che, dopo la menopausa, le donne del Rajput crescono di *status* sociale. Prima esse devono restare separate dagli uomini, non possono mangiare con loro, restano emarginate per giorni e settimane. Ma, dopo la menopausa, subito vengono ammesse nei quartieri degli uomini, il loro status cresce, e non si osserva affatto la sintomatologia legata alla menopausa tipica dei nostri paesi. Così pure un altro studioso ha analizzato il fenomeno in Israele e ha trovato che anche le donne arabe, il cui *status* sociale cresce dopo la menopausa, hanno assai meno disturbi. In altre parole, è la nostra cultura che determina l'impatto della menopausa sulla vita delle donne. Nella nostra società una donna è punita dall'invecchiamento. È per questo che il fenomeno è più vistoso negli Stati Uniti. Lì c'è un vero e proprio culto della giovinezza; si spendono cifre folli per restare giovani. Se una donna pensa che, una volta arrivata la menopausa, è diventata vecchia e non può più esercitare alcuna attrazione sull'uomo, se pensa che la sessualità debba cambiare perché non può più esserci procreazio-

ne, allora automaticamente la menopausa avrà effetti negativi. Dovremmo saper coniugare i due aspetti, e per fare ciò bisogna che impariamo a guardarci dentro e fuori, in quanto la cessazione dei flussi mestruali, viene di solito accompagnata da una serie di disturbi generali, che esprimono "adattamento dell'organismo al nuovo equilibrio fisiologico. Niente paura, ogni donna sa che deve prepararsi per intraprendere un percorso diverso da quello calpestato per lungo tempo, sa che deve fare i conti con nuovi ritmi biologici, che quello che era ieri, forse non è più, e che deve essere più attenta di ieri alla sua salute. Nonostante la consapevolezza che accanto agli aspetti negativi ce ne sono altri positivi, la brusca accelerazione dei processi d'invecchiamento scatena una serie di meccanismi inconsci, inoltre un complesso di fattori psicologici, sociali e culturali fa si che la donna avverta una profonda crisi sul fronte della propria identità che tradizionalmente le ha imposto due dimensioni fondamentali: la maternità e la femminilità. Dimensione battezzata nell'adolescenza, vissuta nell'età adulta e dissolto nell'età post-fertile.L'Informazione è essenziale affinché la menopausa si annunci e decorra serena, la donna deve conoscere i cambiamenti che si verificano in lei e le possibili risposte alle loro esigenze. Non è raro il ricorso ai farmaci, ma sicuramente la risposta alle cure dipende molto dall'atteggiamento che si assume nei confronti di questo evento. Il prof. Mellis trattando questo tema dice: "Bisognerebbe arrivare alla menopausa al massimo dello splendore e per raggiungere lo scopo, si deve partire da lontano, magari dalla pubertà", focalizzando l'attenzione sulla prevenzione. Uno stile di vita sano, una regolare attività fisica, una dieta adeguata, la riduzione del fumo e dell'uso dell'alcool ed un'opportuna esposizione al sole (così come molte ricerche hanno dimostrato) risultano efficaci per la prevenzione sia delle malattie cardiovascolari che dell'osteoporosi. tutto ciò, coadiuvato dalla conoscenza e dalla consapevolezza si traduce sempre di più in un rapido recupero del benessere psico-fisico ed una migliore qualità di vita. **Quindi, alla domanda iniziale, "la menopausa è un fatto culturale?"**, possiamo rispondere certamente si, ma non solo. La menopausa è certamente un periodo critico della donna spesso vissuto nel privato della famiglia, tra ansie e timori. Un periodo che se affrontato in modo corretto, certamente può garantire una discreta serenità e mettere in atto la giusta sinergia tra mente e corpo. Per questo i consultori Familiari dell'area Nord dell'Asp di Potenza sempre attenti e sensibili all'attivazione di programmi ed attività che hanno come obiettivo la promozione di stili di vita salutari, la prevenzione, la comunicazione pubblica della salute, la promozione del territorio quale prima sede di percorsi socio-sanitari, hanno organizzato in collaborazione con gli esperti e con le forze territoriali femminili un corso sulla salute in età post-fertile femminile. Il programma che è stato esteso a tutti i consultori familiari dell'area nord ha come titolo "LA MENOPAUSA PRIMA E DOPO" e nella prima sessione si è discusso di "LA MENOPAUSA DAL PUNTO DI VISTA PSICO-SOCIO- SANITARIO". Hanno relazionato: Ass.Sociale - Mazzucca Incoronata, Sociologo Resp. Consultori- Dr.ssa Pinto Battistina, Ostetrica- De Paolis Gisella, Psicologa-Dr.ssa Restaino Raffaella, Ginecologo-Dr.ssa. Napoli Patrizia, Reumatologa-Dr.ssa Panetta Valeria, Nutrizionista-Dr.ssa Caporale Sabrina, Cardiologo-Dr. Araneo Antonio, Fisioterapista-Dr.ssa Anastasìa Lillina, Chirurgo-Dr.Sinisi Giuseppe, , infine la Proiezione Musica -video-interviste ostetrica-ass. sociale. La seconda sessione si è svolta con "ESERCIZI DI GINNASTICA MENOPAUSALE", sono intervenuti: Ostetrica Muscio Carmela, Fisioterapista Spera Antonio

Seconda sessione: esercizi di ginnastica menopausale

A conclusione della prima sessione l'ostetrica De Paolis Gisella ha messo in evidenza che la partecipazione di circa 70 donne è stata continua ed assidua, esse hanno in genere messo in evidenza che la menopausa è vissuta con paure e timori nel privato della famiglia, è che il corso ha dato loro la possibilità di riflettere su alcuni aspetti dubbiosi. Interessanti sono alcuni dati evinti dall'analisi del questionario presentato alle partecipanti sia al primo che all'ultimo incontro:

a) "controlli la tua P.A.?",
b) "ritieni utile partecipare agli screening regionali?";
c) " Ritieni utile partecipare alle attivita' del consultorio?".
d) "fai i controlli sull'osteoporosi?"
e) "fai attivita' fisica?"

Il confronto tra le risposte al primo incontro e quelle all'ultimo sono:

a) 80% all'inizio e 90% alla fine
b) 60% all'inizio e 90% alla fine
c) 50% all'inizio e 90% alla fine
d) 75% non fa controlli ma il 95 % li fara'
e) Il 45% fa attivita' fisica ma alla fine l'90 % dice che parteciperà alla formazione successiva.

Tutti i dati sono stati raccolti con risposte binarie e dimostrano il grande interesse suscitato dalle informazioni esposte dai vari specialisti che hanno partecipato al progetto.

Possiamo concludere dicendo che se questo periodo viene vissuto in modo corretto, con il sostegno di validi professionisti, può diventare una nuova primavera e come sostiene Alda Merini, "La Menopausa può rappresentare il periodo dorato dell'amore e di una nuova vita di coppia!"

**Responsabile U.O.S Ass/za Consultoriale Familiare Pediatrica e Psicologica ambito territoriale ex ASL 1 Venosa*

Diagnosi e terapia delle malattie rare oculari: cheratocono e congiuntivite di Vernal

*del Dott. Domenico Lacerenza**

Presso l'Ospedale di Venosa l'Unità Operativa Complessa di Oculistica è un Centro all'avanguardia per la cura di tali affezioni.

Cheratocono,

Il cheratocono è una malattia della cornea, che è quella sottile membrana trasparente, posta nella parte anteriore dell'occhio davanti air iride, che ha io scopo di far passare le immagini all'interno dell'occhio e, assieme al cristallino, di focalizzarle sulla retina, come fa l'obiettivo della macchina fotografica..

E una lamella di tessuto, dallo spessore di poco pili di mozzo millimetro, trasparente con superficie regolare.

Quando la cornea perde la sua regolarità o la sua trasparenza, le immagini non possono più essere

messe a fuoco correttamente sulla retina.

Nel cheratocono si verificano ambedue queste situazioni. Il cheratocono è una malattia degenerativa non infiammatoria della cornea a esordio puberale (tra gli 11 e i 15 anni) e generalmente bilaterale; si tratta di una malattia progressiva ad andamento variabile.

Essa provoca una modifica dell'architettura regolare della cornea, causandone uno sfiancamento progressivo (ectasia) con assottigliamento, e rendendola quindi strutturalmente biomeccanicamente "debole e deformata", ciò conduce a disturbi e a calo della vista.

L'evoluzione della malattia può portare anche alla perdita della trasparenza corneale e in rari casi, alla perforazione.

L'incidenza del cheratocono, riportata in letteratura, è di 1 ogni 2000 persone nella popolazione generale.

Nella regione Basilicata esistono zone endemiche la cui percentuale di cheratocono è molto alta. Presso la Unità Operativa Complessa di Oculistica di Venosa si è sviluppato un centro all'avanguardia per la cura di tale affezione, dotandosi di strumentazione molto sofisticata per la prediagnosi e diagnosi con topografia corneale computerizzata, capace di fornire una mappa dettagliata dei raggi di curvatura della cornea in ogni suo distretto; tale mappa permette di scoprire, anche precocemente, un cheratocono in formazione. A essa si aggiunge lo studio dello spessore corneale con tecniche sia ottiche (QTC= tomografia ottica a radiazione coerente) sia ultrasoniche (pachimetria corneale) che possono rilevare variazione dell'architettura corneale, importantissime per la diagnosi.

Terapia

La terapia del cheratocono è strettamente legata al grado evolutivo della malattia.

Nelle fasi iniziali della patologia è possibile la correzione dei difetti indotti (astigmatismo e miopia) con occhiali e lenti a contatto. Ambedue, però, non correggono i difetti di grado maggiore. A tal proposito dal 2007 è stato introdotto un nuovo approccio terapeutico: la chirurgia chimica " CROSS-LINKING corneale".

Questa tecnica consiste nell'applicazione sulla cornea di un prodotto chiamato riboflavina, o vitamina B2; esso viene attivato, essendo una sostanza fotosensibile, da una luce ultravioletta della famiglia dei raggi UVA emessa da un laser.

L'azione della luce, associata al farmaco, stimola la cornea ad aumentare la rigidità e la resistenza delle proprie fibre, e di conseguenza a rallentare l'evoluzione della malattia. È una tecnica semplice e poco invasiva rispetto alle altre proposte terapeutiche riguardanti il cheratocono (trapianto lamellare e trapianto perforante) che si è dimostrata efficace nel rallentare lo sfiancamento della cornea affetta da cheratocono progressivo.

In molti casi tale metodica ha avuto buoni risaltati nel ridurre l' astigmatismo indotto dai cheratocono e nel migliorare la tolleranza delle lenti a contatto; perciò si consiglia di eseguirlo per tutte le forme di cheratocono ai primi stadi della malattia, È molto importante, pertanto, fare una diagnosi nelle primissime fasi.

Presso il nostro Centro vengono effettuati interventi dal 2007 con una casistica molto ampia (circa 500 interventi).

Tale tecnica viene utilizzata anche per la cura degli esiti cicatriziali di ulcere corneali non erpetiche e cicatrici corneali associandole al trattamento di PTK (cheratectomia fotorefrattiva terapeutica con laser ad eccimeri).Da circa un anno e'stata introdotta una variante alla tecnica tradizionale, indolore e poco invasiva, che si chiama Iontoforesi. Questa tecnica (attualmente praticata solo in 6 centri in Italia) presenta numerosi vantaggi per il paziente. Inoltre i tempi dell'intervento (circa 12 min contro i 60 necessitanti con ìa procedura classica) si sono ridotti .Questa tecnica si avvale dell' ausilio di un magnete, che permette l'assorbimento della sostanza (riboflavina) negli strati profondi della cornea con un sensibile miglioramento del comfort post chirurgico.

La congiuntivite di Vernal

La congiuntivite di Vernal è una patologia rara, che colpisce prevalentemente soggetti di età infantile, con esordio intorno ai cinque o sei anni, ed una durata di quattro o cinque anni, che si associa a quadri fortemente invalidanti e che si manifestano dall'inizio della primavera, fino all'autunno. Spesso viene confusa con la congiuntivite allergica, dalla quale si differenzia per la maggiore severità dei sintomi soggettivi (prurito, lacrimazione, fotofobia ecc…) ed in alcuni casi evolve in danni permanenti alla vista. Questi pazienti sono costretti a vivere al buio, e sono impediti nelle normali relazioni sociali (scuola, gioco ecc..,). Da poco è stata elaborata una terapia in grado di contrastare la congiuntivite di Vernal, e cioè un collirio a base di Ciclosporina, attualmente prodotto e somministrato in pochissimi Centri in Italia (il più vicino è quello del Policlinico di Bari). Adesso anche in Basilicata presso l'Unità Operativa Complessa di Oculistica di Venosa, diretta dal dott. Domenico LACERENZA, è possibile usufruire della terapia in questione grazie ad un provvedimento Aziendale dell'ASP (delibera n. 311 del 24,05.2013), che ha stipulato una convenzione con l' Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, per la fornitura di "Ciclosporina all' l% collirio". La risposta terapeutica a questa patologia, è un brillante esempio di sinergia fra le risorse Sanitarie della Regione Basilicata, oltre che una prima risposta del neo Istituito Dipartimento Interaziendale Regionale di Oculistica. E' da sottolineare, che esiste una associazione nazionale (sorta nei 1994), che rappresenta questi pazienti.

* Direttore dipartimento Interaziendale di Oculistica.

La Fondazione Alessandra Bisceglia W Ale Onlus

La Fondazione Alessandra Bisceglia W Ale Onlus nasce nel 2009 in memoria di Alessandra Bisceglia, giornalista ed autrice televisiva, dotata di grandi capacità professionali ed umane, oltre che di talento e di un coraggio fuori dal comune, affetta fin dalla nascita da una malformazione vascolare rarissima che l'ha portata alla morte nel 2008 a soli 28 anni.

Illustra i progetti e le attività che la Fondazione persegue il Presidente della Fondazione e madre di Alessandra Bisceglia, la dottoressa Raffaella Restaino.

Come e perché nasce la Fondazione?

Ale era una persona straordinaria che, nonostante le innumerevoli difficoltà vissute a causa di una rarissima malformazione vascolare di cui era affetta fin dalla nascita, ha saputo affrontare la vita combattendo con gioia e non trascurando l'attenzione verso gli altri; ci ha lasciati a soli 28 anni.

La Fondazione nasce per volontà degli amici di Ale, che hanno ritenuto che nel suo nome possono compiersi azioni di aiuto rivolte a chi vive problemi simili ai suoi, coniugando così ricordo e impegno sociale.

Ci occupiamo di Anomalie Vascolari e concentriamo l'attenzione sulle Malformazioni Vascolari e di quanto ad esse è connesso.

Cosa sono le malformazioni vascolari?

Le anomalie vascolari sono un gruppo estremamente eterogeneo di anomalie congenite dell'apparato circolatorio caratterizzato da alterazioni morfo-strutturali e/o funzionali di varia natura, gravità ed estensione che possono interessare ogni tipo di vaso, arterioso, venoso o linfatico, di qualunque calibro o distretto anatomico.

Sono alterazioni legate ad un ritardato riassorbimento di tessuto angioformatore embrionale o a un intrinseco difetto della struttura dei vasi. Nella prima ipotesi è prevedibile una favorevole risoluzione/guarigione senza o con un minimo di terapia; nella seconda la malattia tende ad aggravarsi con conseguenze gravissime se non mortali, necessitando quindi di terapia specifica, spesso fortemente invasiva. La somiglianza di aspetto delle due patologie spesso ha causato, e ancora oggi spesso causa errori di valutazione, con esiti drammatici.

Quali obiettivi persegue la Fondazione W Ale?

Gli obiettivi sono diversi: promuovere lo studio e la ricerca delle malattie vascolari; promuovere attività formative e ricerca epidemiologica; supportare pazienti e famiglie con un servizio di consulenza medica, psicologica e sociale; dare sostegno e aiuto alle famiglie con bambini o adulti affetti da malattie vascolari.

Può illustrarci alcune delle attività?

Tutti i progetti che abbiamo messo in campo partono dalle difficoltà che noi abbiamo incontrato con il desiderio di attutirle negli altri.

Abbiamo avuto difficoltà:

- negli spostamenti a Roma e abbiamo promosso il **servizio taxi mobilità accessibile**;
- nel ricevere una diagnosi e, con la preziosa collaborazione dell'ASP di Potenza, del Comune di Roma e del Prof. Cosmoferruccio De Stefano, chirurgo luminare in materia, attualmente la Fondazione ha creato **"Le Stanze di Ale" due centri di diagnosi e di indirizzo terapeutico per le patologie vascolari**, uno a Roma e uno a Venosa (PZ);
- per la scarsa conoscenza della patologia e promuoviamo, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, la **conoscenza, informazione e formazione di medici, volontari e famiglie, e la ricerca epidemiologica**;
- vivendoci la solitudine data dal non confronto e offriamo **sostegno psicologico** alle famiglie che lo richiedono.

Crediamo:

- nell'importanza del raggiungimento di un'autonomia possibile anche in condizioni di disabilità , da qui la guida per i genitori con piccoli suggerimenti e spunti di riflessione, oltre ad indicazioni normative;
- nella capacità dei giovani di cogliere spunti di riflessione per meglio affrontare le difficoltà della vita, per esprimere vicinanza e solidarietà valorizzando le differenze di chi è fisicamente più debole, proponendo un cineforum che utilizza il documentario della storia di Alessandra realizzato da RAI Cinema;
- nel valore del lavoro di rete, e stiamo realizzando importanti collaborazioni con Enti e Istituzioni.

Non abbiamo la pretesa di risolvere l'universo dei problemi che queste patologie comportano, ma sicuramente l'impegno e la passione con cui lavoriamo porta a piccoli ma significativi risultati.

Cosa sono le "Stanze di Ale"?

Sono centri di diagnosi e di indirizzo terapeutico, dove, gratuitamente, si offre la possibilità:

- di una diagnosi da parte del prof. De Stefano, che ha un bagaglio di esperienza nel campo inestimabile, che si unisce ad una carica umana eccezionale;
- di sostegno alle famiglie e ai pazienti da parte di psicologi volontari.

Quella di Venosa vuole essere un punto di riferimento per il Sud Italia, insieme alla possibilità di essere operati, laddove se ne ravvisi la necessità, presso l'Ospedale San Carlo di Potenza, con il quale si è stipulata apposita convenzione.

Tutto questo è possibile grazie ai sostenitori che hanno creduto e credono nel nostro impegno!

www.fondazionealessandrabisceglia.it

Nelle foto alcuni momenti del corso di Formazione ECM organizzato dalla Fondazione Alessandra Bisceglia W Ale Onlus e l'Istituto Superiore di Sanità – CNMR il 4-5 aprile 2014 a Venosa (PZ) su "Le Malformazioni Vascolari congenite: il sospetto diagnostico e la comunicazioe.

Chiusura estiva Centri Accreditati comune di Potenza

LABOR ATORI DI ANALISI

Check Up Center	P.zale Rizzo	**dal 4/8**	**al 14/8**
Laboratorio Libutti	Vico Scalea	**dal 4/8**	**al 22/8**
Polisan	Via Ponte 9 Luci, 16	**non chiude**	
Laboratorio Salus	Via del Gallitello. 229	**dal 14/8**	**al 22/8**
Sanitas	Via Medaglie Olimpiche	**dal 9/8**	**al 31/8**
Analisi S, Croce	Via N. Sole, 4	**dal 28/7**	**al 22/8**
Laboratorio Ultramicro	Via 2 Torri, 4	**dal 9/8**	**al 24/8**

Per tutto il mese di agosto sono aperti almeno due laboratori d'analisi convenzionati oltre quelli pubblici dei Poliambulatorio Madre Teresa di Via dei Gallitello e dell'Ospedale S. Carlo.

CENTRI RADIOLOGICI

Clinica Luccioni	Via Mazzini, 52	**non chiude**	
Centro Dr. Mancino	Via Vespucci, 24	**dal 4/8**	**al 23/8**
Sanitas	Via Medaglie Olimpiche	**dal 9/8**	**al 31/8**

Per tutto il mese di agosto le prestazioni di radiologia sono garantite da uno dei tre Centri accreditati, oltre che da quelli pubblici del Poliambulatorio Madre Teresa di Via del Gallitello e dell'Ospedale S Carlo.

CENTRI DI FISIOTERAPIA

"Genovese Camillo" Vìa Ciccotti, 36B		**non chiude**	
I.T.D.	Via S. Remo, 39B	**dal 28/7**	**al 9/8**

Le prestazioni di FKT sono garantite da uno dei due Centri accreditati per tutto il mese di -agosto.

Dott. Leonardo MORLINO, Responsabile F.F. U.O.C. U.S.I.B Potenza - Gestione CE.A.

news

Attivato l'ambulatorio dedicato alla celiachia

Tutti i venerdì mattina di ogni mese è possibile effettuare la visita per celiachia presso il servizio di Endocrinologia del Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta di Potenza. L'accesso all'ambulatorio è possibile attraverso la prenotazione al CUP regionale 848.821.821 mediante ricetta medica recante la dicitura: "VISITA PER CELIACHIA"

Esame mammografico a Venosa

All'Ospedale Distrettuale di Venosa si effettuano esami mammografici presso l'Unità Operativa di Radiologia, diretta chè è stata dotata di un'apparecchio mammografico di ultima generazione.Le prenotazioni potranno essere effettuate, previa impegnativa del Medico di Medicina Generale al CUP regionale 848.821.821.

Terapia Manuale Posturale

La Direzione strategica dell'Azienda Sanitaria di Potenza ha disposto l'attivazione di un ambulatorio di terapia manuale posturale presso il Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta. L'attività si terra il lunedì dalle ore 17,00 alle ore 19,00 per numero quattro pazienti a seduta. All'ambulatorio si accede previa prenotazione al Cup regionale 848.821.821 con impegnativa del Medico di Medicina Generale o dello specialista. La terapia manuale posturale tratta i possibili disturbi di origine posturale: cefalea muscolo-tensiva, cervicoalgia, lombalgia, sindrome piriforme ecc…

numeri utili

CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP)

848 821 821 - 0971 471373 da cellulare

CUP on line www.cupinlinea.it e FarmaCUP

- **FARMACIA BLASONE** - p.zza San G. Bosco 18 - 85100 - Potenza
- **FARMACIA CAIAZZA FRANCO** - via Tirreno 3/13 - 85100 - Potenza
- **FARMACIA VERRASTRO** - via Piano S. Nicola 7 - 85100 Potenza
- **FARMACIA TREROTOLA** - via F. Nitti - 85100 Potenza

Consultori Familiari

AREA NORD

- Venosa - Via Appia, c/o Ospedale Tel. 0972 39111 int. 0972 39299
- Melfi - Via Medaglie d'Oro M. Ferrara - Tel. 0972 773113
- Rionero in Vulture - c/o Centro sociale - Tel. 0972 773956-57
- Lavello - c/o Distretto Sanitario - Tel. 0972 39132-134-131
- Rapone - Corso Umberto I, 1 - Tel. 0976 96133
- Palazzo S. Gervasio - Poliambulatorio Distretto Sanitario viale Vialla D'Errico - Tel. 0972 39602
- Pescopagano - Via S. Pietro - tel. 0976 5580

CITTÀ DI POTENZA E AREE ALTO BASENTO, MARMO PLATANO - MELANDRO, VAL D'AGRI

- Potenza - via Appia 184 A - Tel. 0971 425251-250 FAX 0971 425280-281
- Muro Lucano - Via San Biagio - Tel. 0976 72076 - 723893-984
- Oppido Lucano - Via P. Neruda - Tel. 0971 945447
- Picerno - Via Piacenza - Tel. 0971 991341
- Laurenzana - Via S.S. 92 - Tel. 0971 961583
- Avigliano - Via Guido Rossa - Tel. 0971 700989
- Campomaggiore - Via Scerre - Tel. 0971 982192
- Sant'Angelo le Fratte - Via G. Marconi - Tel. 0971 386552
- Villa d'Agri - Via C. Colombo - Tel. 0975 312433-34
- Marsiconovo - Via Roma - Tel. 0975 342442
- Sant'Arcangelo - Via L. Da Vinci - Tel. 0973 611518
- Corleto P. - Via De Gasperi - Tel. 0971 963557

AREA SUD

- Lagonegro - Via G. Fortunato - Tel. 0973 48831-25-20-76
- Lauria - Via XXV Aprile - Tel. 0973 621432-05
- Maratea - Via S. Nicola - Tel. 0973 875619-715
- Latronico - Via Zanardelli - Tel 0973 858569
- Rotonda - Via P. Nenni - Tel. 0973 661260
- Senise - Via G. Amendola - Tel. 0973 641376-73

Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare "G. Gioia" - Chiaromonte
Sito: **www.anoressiabulimiachiaromonte.it**
Numero Verde regionale (Basilicata) 800 161.315
Numero Verde nazionale S.O.S. Disturbi Alimentari 800 180 969

Centro di Riabilitazione Alcologica P.O. di Chiaromonte
Contatti: Tel 0973 571161 - 0973 571121
e-mail: **alcologia.chiaromonte@gmail.com**

Dipartimento Interaziendale Regionale Emergenza Sanitaria [Dires] 118

Dipartimento della Salute Mentale
Via XXV Aprile - Lauria - tel.0973 621803

Dipartimento Interaziendale Regionale di Oculistica - Venosa
Contatti: 0972 39368 - 0972 39279 - 0972 39259

U.O. Di Chirurgia Centro di Riferimento Regionale Regionale Chirurgia dell'Obesità Villa d'Agri
Contatti: tel. 0975 31221/214-215-216

Numeri Sert.T

- Ser.T. Melfi - Via Foggia Tel. 0972 773266 - 206
- Ser.T. Potenza - Via Ciccotti (di fronte ingresso Don Uva) - Tel. 0971 310368 - 75 - 74
- Ser. T. Villa d'Agri - Presidio Ospedaliero - Via San Pio - Tel. 0975 312253 - 353
- Ser.T. Lagonegro - Via G. Fortunato - Tel. 0973 48863-865-874
  Fax: 0973/48865 - dal lunedì al venerdì, ore 8,15 - 13,45;
  martedì e giovedì, ore 16,00 - 18,30

EDITORE AZIENDA SANITARIA DI POTENZA
Via Torraca, 1 - 85100 Potenza
Direttore Editoriale: Dott. Mario Marra
Direttore Responsabile: Giornalista Regina Cozzi
Direttore scientifico: Dr. Giuseppe Nicolò Cugno
Coordinamento di Redazione:
Dr. Antonio Bavusi, Dr. Giovanni Berardino Chiarelli, Dr.ssa Sandra Guglielmi, Dr. Giuseppe Cascini.

Per le collaborazioni contattare: UFFICIO STAMPA
ufficiostampa@aspbasilicata.it
tel. 0973 48547 - cell. 320 4618314
La collaborazione al periodico SALUTE E TERRITORIO è gratuita si ringraziano quanti hanno collaborato a questo numero.

Stampa: grafiche zaccara • 0973 41300 • LAGONEGRO

Distribuzione gratuita ai cittadini, al personale, ai medici, agli utenti, agli enti, alle associazioni di volontariato.