NES - Nord Est Sanità
Anno **11**, numero **4**
Dicembre 2018
I.P.

Poste Italiane Spa
Spedizione in abbonamento postale - 70% CNS PD

NES
Nord Est Sanità

PERIODICO DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

WWW.NORDESTSANITA.IT

OSPEDALE DI PADOVA: È LA VOLTA BUONA?

FOCUS

IL LINFEDEMA E IL PROGETTO RIABILIATIVO INDIVIDUALE

MINIFOCUS

RICONOSCERE LE CEFALEE PER LA CURA PIÙ EFFICACE

ATTUALITÀ

AZIENDA ZERO I PROGETTI DEL DG SIMIONATO

La prima rete sanitaria del Veneto

www.saluteperilveneto.org

NES - NORD EST SANITÀ

Anno 11 - numero 4 - dicembre 2018

Sommario

Vignetta
Un sogno? Chissà... 5

Editoriale
Natale vuol dire accoglienza 7

Primo piano: l'Ospedale di Padova
Vent'anni di storia 8
E venne il giorno del rogito 11
I soldi non sono un problema 13
La stazione appaltante 15
Capaci di anticipare il futuro 16

Focus: Linfedema e PRI
Il linfedema e il Progetto Riabilitativo Individuale 22

Minifocus: le cefalee
Cefalea 31

Attualità
Azienda Zero, la DG è Patrizia Simionato 37
Da Venezia a Roma, Coletto sottosegretario 39
West Nile, a Venezia si programma il 2019 40
News dalle Asl 43

Rubriche
Open day sulla vaccinazione 54
Le aspettative dei cittadini e l'inefficace comunicazione 55
Nella borsa del medico entra il disegno 56
Natale e felicità 58

Interessi
Il trionfo del colore. Da Tiepolo a Canaletto e Guardi 59
Piego di libri / Il ladro gentiluomo - Alessia Gazzola 60
L'innocente . Marco Franzoso 62
Lo chef stellato / Pan perdu di panettone 64
La ricetta / Stella di Natale 65
L'ape regina / Caro amico ti scrivo 66

Questa rivista non riceve nessun finanziamento pubblico

Gerenza

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio (editore@nordestsanita.it)
Vicedirettore editoriale
Maria Stella Zaia (editore@nordestsanita.it)

Direttore Responsabile
Giuliano Gargano (nes@giulianogargano.it)

Redazione
Antonella Prigioni, Margherita De Nadai, Gaia Bortolussi, Alberto Salmaso

Editore
Giuseppe Caraccio

Proprietario
Nordestnet S.r.l.
Via Santa Maria Assunta n. 3l
35125 Padova
Partita IVA 03538580287
Telefono: 0498874111 int. 2
Sito internet: www.nordestsanita.it
Facebook: www.facebook.com/nordestsanita
Email: redazione@nordestsanita.it

Progetto grafico e impaginazione
Giuliano Gargano

Comitato Scientifico
Giuseppe Caraccio, Lorenzo Bidoli, Antonio Di Maggio, Cosimo Di Maggio, Massimo Dal Bianco, Giorgio Galli, Stefano Masiero, Francesco Peruzzi, Mario Plebani, Massimo Pulin

Comitato Socio-culturale
Maria Stella Zaia, Giampaolo Fagan, Elio Armano, Umberto Iazzetta, Giampietro Vecchiato, Renzo Salmaso

Ha collaborato a questo numero
Davide Zanella

In copertina:
© Can Stock Photo / morenosoppelsa
© Can Stock Photo / Sergo

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

Fotolito e stampa
Tipolito Moderna S.r.l.,
Via A. De Curtis 12/A, 35020 Due Carrare (PD)
mail: info@tipolitomoderna.com
sito: www.tipolitomoderna.com

Periodicità
Trimestrale

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 30 novembre 2018

La riproduzione e la ristampa, anche parziale, di articoli e immagini sono vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. La presente rivista è distribuita gratuitamente presso le Strutture Sanitarie che hanno fornito il proprio assenso. I nominativi dell'indirizzario in nostro possesso potranno essere utilizzati, oltre che per l'invio della rivista, anche per altre comunicazioni inerenti la stessa pubblicazione. Ai sensi della legge 196/2003 è nel vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento o la cancellazione dei dati in nostro possesso.
Gli eventuali nomi di prodotti e prezzi segnalati sono riportati a puro titolo informativo e non commerciale.

HITACHI
Inspire the Next

ARIETTA 850

La nuova evoluzione nel mondo Ecografico, progettata per grandi aspettative

- Immagine pura per adattarsi al vostro sguardo
- Flusso di lavoro regolare per adattarsi al vostro tocco
- Varie applicazioni per adattarsi alle vostre procedure

Questa piattaforma ecografica all'avanguardia, flessibile per rispondere alle esigenze individuali degli utenti in tutta la gamma delle discipline cliniche, offre funzion alità di imaging diagnostico senza compromessi.

CON 4G CMUT

L'innovativo trasduttore MATRIX lineare e soluzione a singola sonda per l'imaging di tutte le regioni anatomiche

Hitachi Medical Systems S.p.A.
www.hitachi-medical-systems.it

di **Davide Zanella**

UN SOGNO? Chissà...

Rendita vitalizia: una soluzione completa ed efficiente

Universo Persona Rendita Autosufficienza ti offre una rendita mensile vitalizia rivalutata ogni anno, nel caso perdessi per sempre la capacità di compiere autonomamente almeno 4 delle 6 normali attività quotidiane: muoverti in casa, alzarti, vestirti, nutrirti, lavarti ed espletare le funzioni fisiologiche.

Esempi di **premio mensile** calcolati in base alla rendita scelta al momento della sottoscrizione

Età alla sottoscrizione	Rendita mensile 2.000 €	Rendita mensile 3.000 €	Rendita mensile 4.000 €
40	90 €/mese	135 €/mese	180 €/mese
50	100 €/mese	150 €/mese	200 €/mese
60	160 €/mese	240 €/mese	320 €/mese

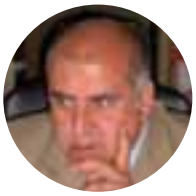
Perché è meglio di un piano finanziario

Roberto ha sottoscritto a 50 anni Universo Persona Rendita Autosufficienza con un premio di 150 euro al mese.
A seguito di un grave evento, a 70 anni perde la sua autosufficienza. Allianz gli riconosce una **rendita vitalizia** di 3.000 euro al mese, utile ad affrontare le spese per una badante[1] o una residenza sanitaria[2].

Stefano, invece, a 50 anni ha deciso di accantonare 150 euro al mese per creare una riserva finanziaria da destinare a eventuali emergenze. A causa di un serio problema perde anche lui la sua autosufficienza a 70 anni, e grazie ai suoi accantonamenti può contare su un capitale di 39.000 euro[3]. Convertito in rendita di 3.000 euro al mese, il capitale di Stefano basterà a sostenere le spese solo per **poco più di 1 anno**.
Roberto invece si è assicurato la rendita **per tutta la vita**.

1 Badante livello D Super con assistenza notturna, diploma professionale o attestato specifico. La retribuzione minima ammonta a € 1.381,30 al mese, escluse le indennità di vitto e alloggio, e la tredicesima (Livello D Super Assistente a persone non autosufficienti. Svolge mansioni di assistenza a persone non autosufficienti, ivi comprese, se richieste, le attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa ove vivono gli assistiti). Fonte: CCNL «Lavoro domestico» - anno 2018.
2 Le Residence Sanitarie Assistenziali sono destinate ad accogliere anziani non autosufficienti. In queste strutture, metà retta - la quota sanitaria - è a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'altra metà - la quota alberghiera - dipende dalla disponibilità del Comune di residenza del paziente e dal suo reddito (determinato tramite l'Isee). Stima della quota alberghiera a carico del paziente, ipotizzando un costo complessivo pari a 3.000 €/mese.
3 Ipotesi rendimento annuale dell'investimento in Gestione Separata: 2% lordo annuo (ipotesi IVASS), sul quale viene applicato un trattenuto dell'1,2%. La proiezione per l'investimento avviene su un orizzonte temporale di 20 anni. Il calcolo del periodo di copertura è basato sul montante dopo 20 anni diviso per l'importo di rendita mensile. Il montante dell'investimento finanziario è al lordo della tassazione.

NATALE VUOL DIRE ACCOGLIENZA



È di nuovo Natale, per la precisione è il mio 60esimo Natale e, riflettendo, mi rendo conto di come l'atmosfera che circonda questa festività si sia via via modificata negli anni.
Quando ero bimbo, la magia del Natale consisteva soprattutto nel festeggiare l'estremo dono di Dio che donava al mondo suo figlio. L'atmosfera era quella di un'aspettativa gioiosa, piena di accoglienza per colui che doveva venire, piena di incanto, dove ognuno poteva chiedere come dono la speranza, intesa come amore, calore famigliare, ricerca di un miglioramento interiore che permettesse a tutti gli invitati alla festa di gioire per un evento diventato nei secoli l'archetipo di tutti i popoli: venire alla luce, essere luce, essere come nuovo nato un nuovo Gesù, futuro di quella famiglia e, per ogni nascita, futuro della propria gente.

Per molti anni, quelli della mia fanciullezza, il Natale non necessariamente era pieno di palline, fiocchi, dolci regali e luci. Era soprattutto un Natale fatto di cose semplici, belle, buone ed essenziali come l'acqua per la vita, ma dove la solidarietà e l'andare verso chi aveva meno era un obbligo morale importante. Quante volte ho visto mio padre portare a casa qualcuno solo o bisognoso o povero, per condividere quanto di meglio la nostra famiglia aveva.
Il vero messaggio era quello dell'accoglienza: accoglienza verso il nuovo nato, accoglienza verso il diverso, accoglienza verso il povero, accoglienza verso quanti ne avevano bisogno.
È proprio partendo da queste riflessioni che dovremmo riconsiderare il nostro tipo di atteggiamento verso gli altri, anche verso coloro che hanno bisogno di accoglienza, quella vera, che deve essere reciproca: io accolgo te e le tue diversità culturali e civiche e tu accogli me con le mie diversità culturali e civiche. Quando ciò tornerà ad essere il vero cuore del Natale, una nuova primavera nascerà per l'uomo.

© Can Stock Photo / Krisdog

20 ANNI DI STORIA

Di un ospedale che non c'è, si temeva non ci fosse, ma di cui ora c'è, per lo meno, il terreno

di **Antonella Prigioni**

La storia infinita... Quella del nuovo ospedale di Padova. Ripercorrere lo storytelling del progetto è un viaggio a ritroso che inizia più di vent'anni fa, quando sono emersi i rimi sussurri in consiglio comunale da parte di esponenti leghisti, che poi sono diventate voci espresse con decisione sempre crescente, che la città dei gran dottori doveva avere un nuovo polo di medicina e ricerca...
L'eccellenza delle facoltà di Medicina, il blasone di un'università millenaria non poteva più dipanarsi tra una rete di edifici cresciuti uno intorno all'altro in tempi diversi, a formare un distretto sanitario logisticamente caotico. L'unico ospedale, quello di Padova, attraversato da una strada, si ripete spesso...

A metà degli anni Novanta, dopo il reset di Tangentopoli, un presidente di Regione ed un sindaco, entrambi padovani, iniziano a misurarsi sul piano dell'agone amministrativo e politico attraverso l'idea di quel nuovo ospedale, che suo malgrado diventa vessillo di contrasti tra avversari agguerriti, elemento fondante di diverse campagne elettorali amministrative. Farlo o non farlo; e poi, farlo a Padova Ovest o a Padova est, farne uno o farne due, nuovo su vecchio o completamente nuovo?
E' nel 2006 che viene scritto il primo atto nero su bianco, il primo mattoncino di un percorso di cui ora sembra intravedersi una flebile speranza. Con una delibera del 29 dicembre di dodici anni fa, l'allora direttore dell'azienda ospedaliera di Padova Adriano Cestrone inoltra la richiesta al Presidente della Regione Veneto Giancarlo Galan di inserire nel processo di programmazione ospedaliera l'ipotesi della costruzione di un nuovo ospedale per le finalità assistenziali, di didattica e di ricerca della Scuola di Medicina di Padova.
Il complesso diffuso di Via Giustiniani, è frammen-

A metà degli anni Novanta, dopo il reset di Tangentopoli, un presidente di Regione ed un sindaco, entrambi padovani, iniziano a misurarsi sul piano dell'agone amministrativo e politico attraverso l'idea di quel nuovo ospedale

tario, ha un insufficiente livello di conformità alle norme antincendio e di sicurezza, le strutture sono vecchie e necessitano di continue manutenzioni, insomma è una struttura inadeguata rispetto all'organizzazione ospedaliera che si avvale sempre più di tecnologia avanzata, che muta l'articolazione dei livelli di cura e deve garantire un comfort ai pazienti, difficile in un contesto che risente dei suoi anni. Sei mesi dopo, la V Commissione Sanità del Consiglio Regionale approva all'unanimità la necessità di costruire un nuovo ospedale.

Serve, si legge, una struttura capace di perfezionare ed ottimizzare la propria capacità di risposta alle esigenze dei pazienti facilitando il raggiungimento di standard di eccellenza. A fine 2007 viene affidato l'incarico al Segretario Regionale di coordinare l'iter per la stesura di un progetto di massima e di un'ipotesi di piano finanziario. Nel 2008 viene redatto ed approvato il documento preliminare strategico, detto Patavium, che prevede un nuovo polo, un investimento di un miliardo e 250 milioni di euro piu 500 milioni per arredi e apparecchiature elettromedicali. Sono previsti 1120 posti letto, 720 per acuti, 400 per anziani. Il passo successivo quindi è quello di trovare un accordo tra Regione Veneto, Azienda Ospedaliera, Università e Comune per realizzare l'opera.

Nel 2010 il Comitatone tecnico, che riunisce al fianco di medici, giuristi, ingegneri ed architetti, l'ex Presidente della Regione Giancarlo Galan, l'ex Sindaco Flavio Zanonato, l'ex Direttore dell' Azienda Ospedaliera Adriano Cestrone, l'ex rettore del Bo Giuseppe Zaccaria, l'ex Presidente della provincia Barbara Degani e l'ex direttore dello Iov Pier Carlo Muzio, elabora e riconferma il progetto Patavium, da collocarsi nelle aree individuate dal Comune, a Padova Ovest. Il primo accordo è ratificato nel 2011 da Luca Zaia, subentrato a Galan. Nel 2012 sembra tutto pronto per la nascita del policlinico universitario regionale di interesse nazionale: tutti concordi per il sito Padova Ovest.

Per il finanziamento si pensa ad un project finincing, resta l'ospedale per i padovani riqualificato e l'idea di un futuro Parco delle Mura, fioriscono le proposte di progetto, con visioni moderne e all'avanguardia.

Nel 2014 la Regione dichiara che l'opera è di pubblico interesse; al nuovo comitatone tecnico siedono Ivo Rossi, Claudio Dario e Maria Giacobbo. Ma sul nuovo ospedale di Padova e sulla politica veneta aleggia lo scandalo del Mose e i costi dei project finincing in essere, primo fra tutti quello dell'Ospedale dalle vele di cristallo di Mestre.

Il Patavium scricchiola, progetto troppo faraonico e troppo costoso.

L'elezione del nuovo sindaco Massimo Bitonci azzera l'idea, prediligendo un'ipotesi di un nuovo ospedale sul vecchio, punto nevralgico delle sue promesse elettorali.

Cade Bitonci, il progetto si arena, inevitabilmente il confronto riparte, qualcosa si deve fare per l'ospedale, serve, intanto fervono lavori importanti di ammodernamento del Policlinico, la Pediatria cade a pezzi.

A Padova Est ci sono aree del Comune che la Regione vuole a titolo gratuito in cambio della cessione di quelle di Via Giustiniani nel cuore della città, dove oltre a mantenere un ospedale la Regione si impegna a realizzare un Parco delle mura.

Prendere o lasciare: il 30 novembre la data del rogito o - Zaia minaccia - non si fa più nulla.

Il Comune vota in Consiglio comunale, accetta lo scambio, e forse la telenovela del nuovo ospedale scrive la prima pagina di una storia vera di progetti, calce e mattoni, un nuovo ospedale che ha due poli, un solo pronto soccorso ed un people mover che li collega.... Non è odissea nello spazio, ma Padova 2018.

P.S. Il rogito è stato firmato, ed anche con qualche giorno d'anticipo rispetto al 30 novembre: che sia veramente la volta buona?

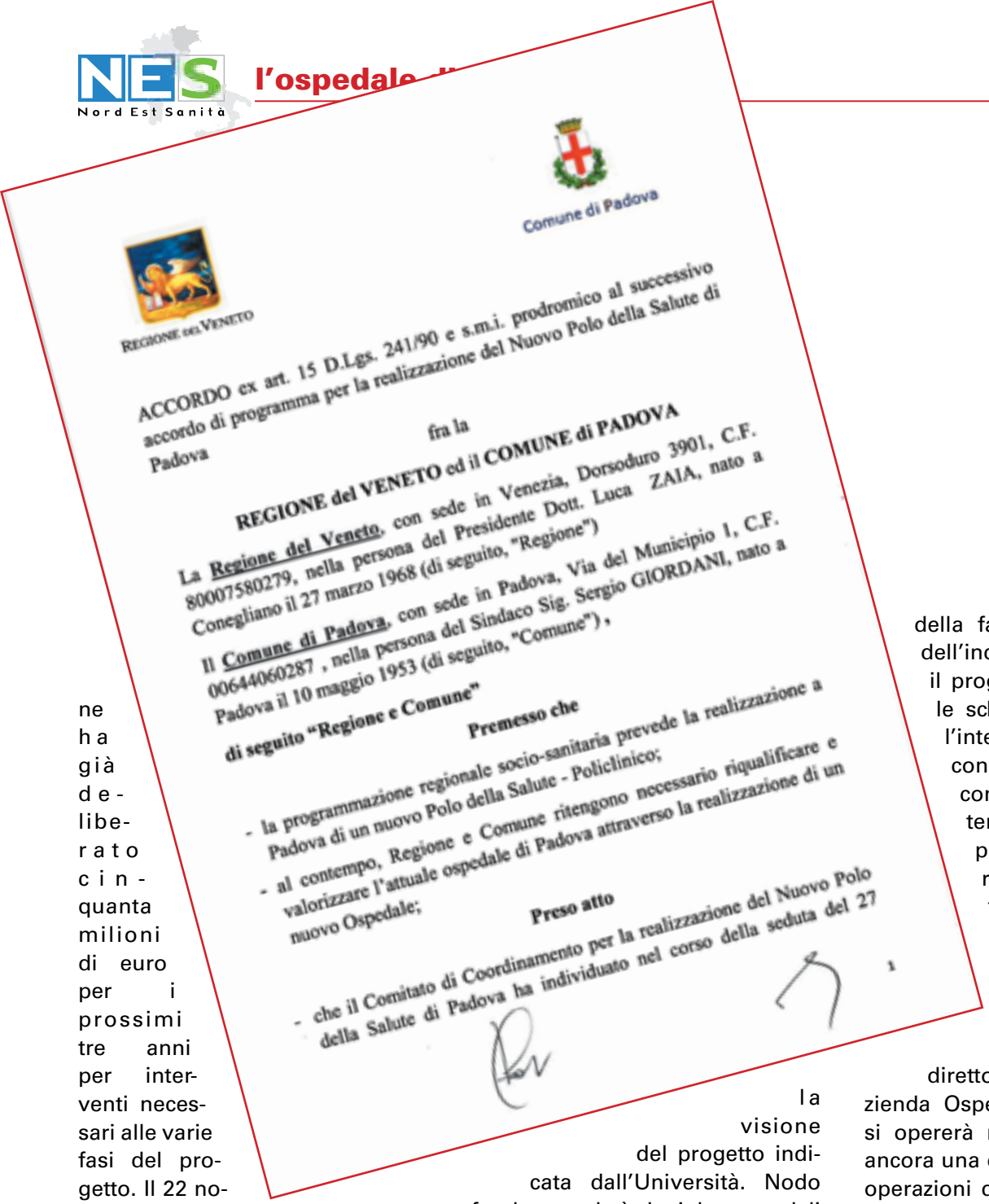
© Ufficio Stampa Regione Veneto

E VENNE IL GIORNO DEL ROGITO

Con la cessione delle aree di Padova Est, inizia l'iter "reale" per il progetto del nuovo ospedale

di **Antonella Prigioni**

Un regalo di Natale per tutti i veneti, aveva chiosato con soddisfazione il Presidente del Veneto dopo aver firmato l'accordo con Sergio Giordani per la realizzazione del nuovo ospedale, il tanto travagliato nuovo polo della salute di Padova. Era il 21 dicembre 2017, in Sala Pedenin a Palazzo Balbi a Venezia, il suggello di un'intesa finalmente raggiunta. Il Comune si impegnava a cedere gratuitamente le aree di Padova Est, nel quartiere San Lazzaro, dove sorgerà il nuovo Policlinico universitario a vocazione regionale, nazionale ed internazionale; la Regione in cambio si faceva carico oltre della costruzione del nuovo policlinico da 900 posti di letto, di riqualificare l'ospedale esistente in Via Giustiniani creando ulteriori 900 posti letto, un ospedale per i cittadini, con la bonifica delle aree dismesse in cui ricavare il Parco delle Mura e l'impegno di mantenere struttura pubblica l'Ospedale Busonera, attuale sede dello Iov.
Costo complessivo dell'operazione: 750 milioni di euro circa, 500 per il nuovo polo, 250 per la riqualificazione dell'esistente. La Regio-



Comune di Padova

REGIONE DEL VENETO

ACCORDO ex art. 15 D.Lgs. 241/90 e s.m.i. prodromico al successivo accordo di programma per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova

fra la

REGIONE del VENETO ed il COMUNE di PADOVA

La Regione del Veneto, con sede in Venezia, Dorsoduro 3901, C.F. 80007580279, nella persona del Presidente Dott. Luca ZAIA, nato a Conegliano il 27 marzo 1968 (di seguito, "Regione")

Il Comune di Padova, con sede in Padova, Via del Municipio 1, C.F. 00644060287 , nella persona del Sindaco Sig. Sergio GIORDANI, nato a Padova il 10 maggio 1953 (di seguito, "Comune"),

di seguito "Regione e Comune"

Premesso che

- la programmazione regionale socio-sanitaria prevede la realizzazione a Padova di un nuovo Polo della Salute - Policlinico;
- al contempo, Regione e Comune ritengono necessario riqualificare e valorizzare l'attuale ospedale di Padova attraverso la realizzazione di un nuovo Ospedale;

Preso atto

- che il Comitato di Coordinamento per la realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova ha individuato nel corso della seduta del 27

1

ne ha già deliberato cinquanta milioni di euro per i prossimi tre anni per interventi necessari alle varie fasi del progetto. Il 22 novembre 2018, con più di una settimana di anticipo sull'ultimatum imposto da Palazzo Balbi, la stesura dell'atto notarile al cospetto di tutte le parti in causa: assessori, consiglieri regionali ed una pletora di giornalisti tra lo scettico e l'incredulo, tanto da non ricordare nemmeno più quante volte si era stati convocati per "importanti passi in avanti". Non più tardi dello scorso luglio, il 31 per la precisione, si era infatti riunito il comitato di coordinamento per la firma ulteriore, opo il via libera del consiglio comunale di Padova alla cessione gratuita delle aree del San Lazzaro. Occasione anche per condividere la visione del progetto indicata dall'Università. Nodo fondamentale è che i due ospedali siano complementari, con funzioni diverse e non sovrapposte. Da fine luglio di quest'anno quindi c'era solo da attendere che l'Agenzia delle Entrare quantificasse il valore delle aree cedute, atto necessario, previsto per legge, per procedere con il rogito. Un valore stimato in 9 milioni e 700 mila euro per una superficie di 516 mila metri quadrati, 400 mila dei quali ad uso edificabile per la struttura, 116 mila per la realizzazione dei servizi, sottoservizi e viabilità che saranno di competenza comunale. La stazione appaltante dell'opera per la Regione è l'Azienda Ospedaliera, che ha un anno per l'avvio della fase di progettazione, dell'indizione dei bandi per il progetto, per ridisegnare le schede ospedaliere per l'integrazione del nuovo con il vecchio, tenendo conto dello standing internazionale del nuovo policlinico universitario. Complessivamente tra carte, pratiche e cantieri, la volontà di Zaia è quella di inaugurare la struttura nel giro di otto anni. Secondo il direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Luciano Flor si opererà nel vecchio ospedale ancora una decina d'anni, dove le operazioni di manutenzione ordinaria non si fermano e drenano ogni anno qualcosa come cinque milioni di euro, oltre agli interventi di riqualificazione del vecchio Policlinico in atto da tempo, destinato ad essere il cuore dell'ospedale cittadino ammodernato.

Il Monoblocco sarà demolito perché non risponde alle attuali norme antisismiche e a fianco dell'attuale ingresso sarà costruita una nuova torre.

Quanto alle opere accessorie, sono già definite le varianti urbanistiche dell'area San Lazzaro a cui va cambiata la destinazione d'uso da commerciale a finalità pubblica, procedura che va eseguita anche per Via Giustiniani.

I SOLDI NON SONO UN PROBLEMA

© Ufficio Stampa Regione Veneto

Zaia batte cassa al Governo e chiede 500 milioni per il nuovo ospedale. Giordani: «Abbiamo terminato il nostro compito ma saremo collaborativi, daremo il massimo contributo al progetto»

di **Antonella Prigioni**

«Abbiamo l'area, è nostra a tutti gli effetti. Con la firma dell'atto notarile, da questo momento siamo legittimati ad investire, a progettare, ad assegnare incarichi e a bandire la gara per realizzare il nuovo ospedale policlinico universitario di Padova. E' un giorno storico, da festeggiare, per la sanità padovana, veneta, nazionale e internazionale».

Sono parole di soddisfazione quelle pronunciate dal Presidente del Veneto Luca Zaia dopo aver apposto la firma in calce al rogito per le agognate "terre", a fianco di quella del sindaco di Padova Sergio Giordani.

Superato il primo scoglio, fissato il cronoprogramma per gli atti preparatori al bando di progetto (tempi previsti massimo due anni, per un totale di otto per la chiusura del cantiere), legittimo chiedersi chi finanzierà il progetto. Duecentocinquanta milioni per la riqualificazione dell'ospedale esistente e la bonifica delle zone per il Parco delle Mura sono già nelle casse di Azienda Zero, precisa dal dietro le quinte il Segretario Generale della Sanità Domenico Mantoan, presente alla stipula del rogito; mancano i 500 milioni per il nuovo polo universitario.

Ma per Zaia questo non è un problema. Ha intenzione di chiederli, tutti o una buona parte, allo Stato, di contattare eventualmente la Banca Europea per gli Investimenti e l'Inail che ha un fondo specifico per questo tipo di interventi. Ma confida molto nel sostegno di Palazzo Chigi.

«Chiediamo al Governo di continuare ad esserci a fianco, di sostenerci dato che non stiamo realizzando un ospedale per i veneti, ma un policlinico universitario di standing internazionale che ha come università d'appoggio quella di Padova la cui facoltà di Medicina è nota a livello mondiale. E' un'azione di promozione culturale della sanità e della ricerca, a livello internazionale»

Otto anni per l'iter amministrativo e la fine dei lavori, una promessa difficile da mantenere...

«Utilizzeremo la visione della gestione commissariale, bisogna

tirare, far veloci, come abbiamo fatto con questo atto notarile che era complicatissimo, ma l'abbiamo realizzato nei tempi prestabiliti.
Direi che è fondamentale sfruttare le economie di scala e velocizzare le procedure. Se avremo il Comune a fianco, e non ho motivo di dubitarne, sulle varianti urbanistiche potremo correre velocemente».

Cinquecento milioni tutti dal Governo?
«A caval donato non si guarda in bocca e se ce li danno tutti....
La nostra richiesta è cinquecento milioni, noi ci aspettiamo che il Governo ci sia in questa partita, dato il profilo internazionale del progetto, non ho motivo di pensare che non ci sia, visto e considerato che l'articolo 20 per finanziare l'edilizia ospedaliera è un bel po' che non finanzia progetti in Veneto».

Non sono mancate le frizioni con il Comune, c'è stato il rischio saltasse tutto, come siete riusciti ad evitarlo?
Con il dialogo. Una vecchia signora un giorno mi disse: si prendono più mosche con il miele che con l'aceto. Siamo i primi in Italia per la sanità, non potevamo perdere il primato, le persone vogliono essere curate e curate bene, l'interesse della comunità viene prima di tutto.

E sulle scaramucce gli fa eco il placido primo cittadino di Padova Sergio Giordani , che non risparmia parole di stima per il Governatore, che più volte lo ha punzecchiato attraverso i giornali.
«Il Comune continua ad essere parte attiva. Si è conclusa solo la prima puntata, finalmente un'azione storica: cedendo le aree cosicché la Regione possa programmare il nuovo ospedale, abbiamo terminato il nostro compito ma saremo collaborativi, daremo il massimo contributo al progetto.
Abbiamo mantenuto tutti gli impegni presi tra me e il Governatore, abbiamo rispettato i tempi anticipandoli. Devo essere grato a Zaia perché è stato leale: lui voleva fare l'ospedale, io volevo fare l'ospedale, abbiamo trovato l'accordo.
Ora il pallino è in mano all'Azienda Ospedaliera e alla Regione. Questo ospedale sarà fatto per i padovani, per i veneti, per l'Italia».

Le varianti urbanistiche e il Parco delle Mura sono garantiti?
"C'è un accordo di programma, è stato firmato, esso stesso costituisce variante urbanistica che sarà fatta alla fine del prossimo anno, in cui sarà sancito ciò che è già stato stabilito per legge.
Sorgerà il Parco della Mura e lo Iov rimane una struttura pubblica».

L'ATTO NOTARILE

L'atto notarile per la cessione delle aree è stato redatto dal notaio Marco Silva di Rubano (PD), in calce le firme del Presidente Luca Zaia, del Sindaco di Padova Sergio Giordani, del dirigente del Comune di Padova Architetto Franco Fabris, e del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera patavina Luciano Flor. Alla cerimonia della sigla erano presenti, tra gli altri, l'Assessore regionale alla Sanità Luca Coletto, gli Assessori al Sociale Manuela Lanzarin, all'Economia Roberto Marcato, all'Agricoltura Giuseppe Pan, il Presidente della Commissione Sanità del Consiglio regionale Fabrizio Boron.
Il rogito è il cardine dell'Accordo siglato tra Zaia e Giordani il 21 dicembre 2017 e costituisce, di fatto, la svolta grazie alla quale potranno partire in concreto le procedure per la realizzazione della struttura, che sorgerà su una superfice di 40 ettari, ai quali si aggiungono i circa 11 ettari relativi alle dotazioni infrastrutturali, viarie e ai parcheggi che funzioneranno a servizio dell'Ospedale.
Il trasferimento dei terreni dal Comune all'Azienda Ospedaliera è a titolo gratuito, ma, come prevede la legge, nell'atto notarile il valore dell'operazione è stato quantificato in circa 9,7 milioni di euro. Zaia e Giordani hanno confermato anche tutti gli altri impegni reciprocamente assunti nell'ambito dell'Accordo del dicembre scorso, tra i quali il recupero e il mantenimento come ospedale dell'attuale Policlinico di Via Giustiniani

LA STAZIONE APPALTANTE

L'Azienda ospedaliera è il perno delle procedure per la realizzazione del nuovo policlinico di Padova

Ora tocca a Luciano Flor, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Padova, dare avvio al progetto.

A questo punto cosa succede?
C'è un cronoprogramma che prevede di arrivare al 2020 con tutti gli adempimenti eseguiti, per pubblicare un bando di progettazione, questo vuol dire che dobbiamo lavorare sul piano dell'urbanistica, che coinvolge Regione, Comune e Provincia, dobbiamo lavorare sul piano dei contenuti che coinvolge la Regione e l'Università, dobbiamo lavorare sul piano delle fonti di finanziamento. Dobbiamo confrontarci con numerosissimi enti per rendere l'area di Padova Est raccordata a tutte le funzioni necessarie dai sottoservizi, alle funzioni di superficie, alla viabilità, alle linee elettriche, telefoniche, alle fognature. Nel momento in cui l'area diventa cantiere deve essere libera da qualsiasi interferenza.

Da un lato l'iter per il nuovo policlinico, dall'altro la riqualificazione del vecchio mantenendo la funzionalità d'eccellenza...
Nel nostro ospedale, quello che abbiamo oggi, continueremo a starci per i prossimi dieci anni verosimilmente e in base all'accordo anche dopo, quindi ci sarà attenzione a mantenere l'attuale ospedale allineato alle tecnologie, su un livello di comfort compatibile con la struttura che abbiamo e soprattutto operando interventi che garantiscano la sicurezza dei pazienti e degli operatori.

Entro otto anni sarà pronto il nuovo Policlinico, ipotesi fattibile?
Lo stabilisce il cronoprogramma, se lo rispettiamo al millimetro questi sono i tempi. L'Università ha stilato il rapporto indicando cosa deve avere un ospedale del futuro, nel contempo precisando cosa è giusto che continui ad avere un ospedale della città. Ovvio si prefigura un ospedale più cittadino in Via Giustiniani ed un ospedale ad altissima specializzazione al San Lazzaro . Quest'ultimo avrà le caratteristiche dei grandi ospedali internazionali e sarà progettato per resistere nel futuro. (**a.p.**)

Luciano Fior

CAPACI DI ANTICIPARE IL FUTURO

Il magnifico rettore dell'Università degli Studi di Padova illustra come cambierà la medicina nei prossimi 30 anni

di **Gaia Bortolussi**

© Tutte le foto del servizio sono di Massimo Pistore

Uno sguardo volto al futuro, con le idee già ben chiare di come evolverà la Medicina: ecco come Rosario Rizzuto (*foto*), magnifico rettore dell'Università degli Studi di Padova, commenta il via libera al nuovo ospedale.

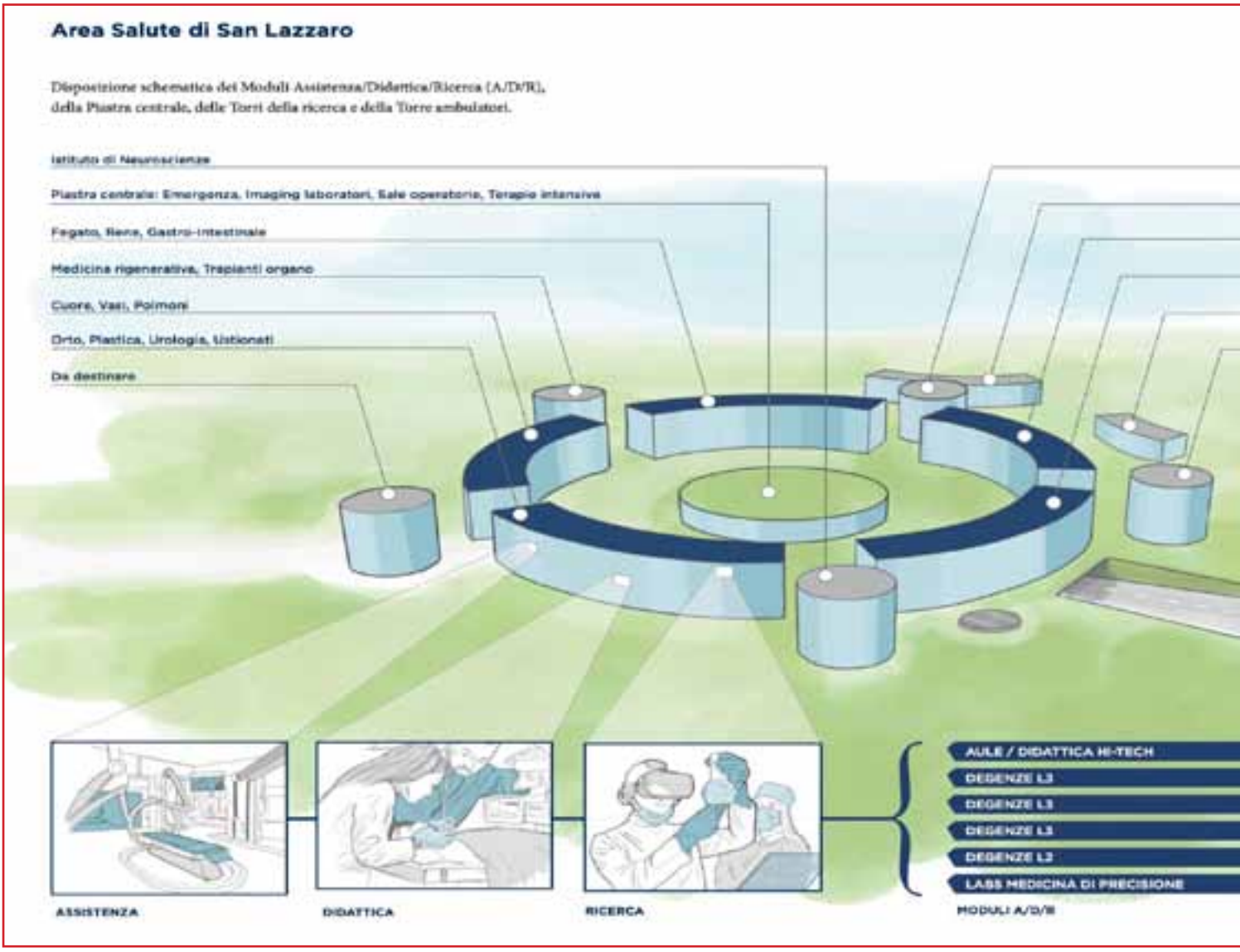
Il Polo della salute di Padova è un passo verso una nuova visone della medicina. Che ruolo avrà la medicina universitaria in questo progetto?

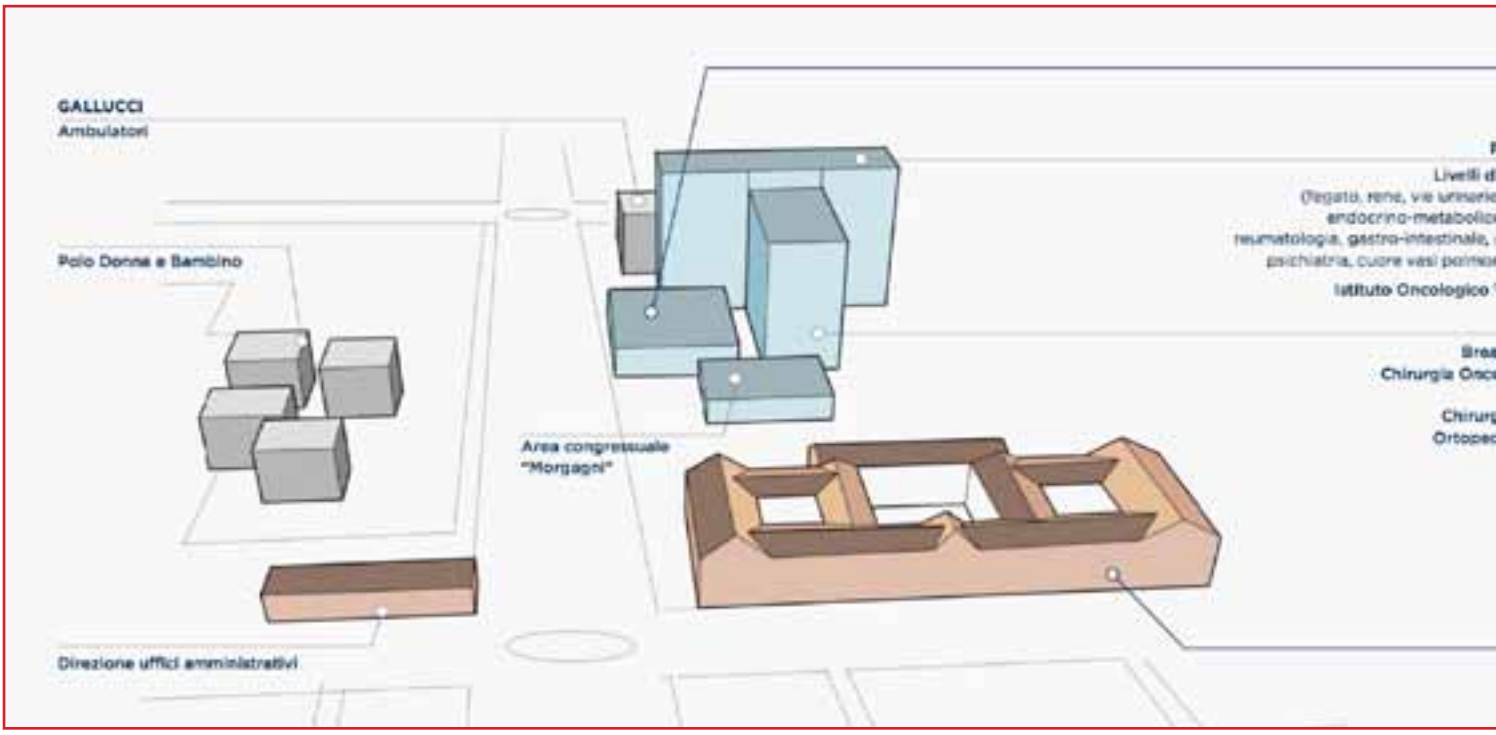
La medicina accademica ha il ruolo di formare i medici che saranno chiamati a curare le generazioni che verranno, incorporando nei protocolli di cura, nella

formazione e nell'aggiornamento del personale sanitario i progressi di una scienza medica in continua evoluzione. Sempre mettendo la persona al centro, come abbiamo voluto mettere in grande evidenza nel documento di visione che abbiamo presentato – con un mese di anticipo – a tutti gli attori istituzionali coinvolti nell'opera. Ricordo il documento perché questo è già un primo ruolo, fondamentale, dell'Università: progettare un policlinico moderno, un ospedale di lunga visione. La Scuola Medica di Padova, non dimentichiamolo, ha poi un valore riconosciuto a livello internazionale, oltre che un ruolo preminente nel Paese. Unica in Italia, ha visto tutti i suoi dipartimenti venire qualificati come «eccellenti» dal Miur. D'altronde la tradizione è nota: nel 1414 proprio a Padova viene fondato l'ospedale San Francesco Grande sotto la gestione della Scuola Medica del Bo e la grande scuola anatomica di Padova cambia, nei secoli successivi, i paradigmi della medicina. Siamo sempre stati capaci di anticipare il futuro: continueremo a farlo.

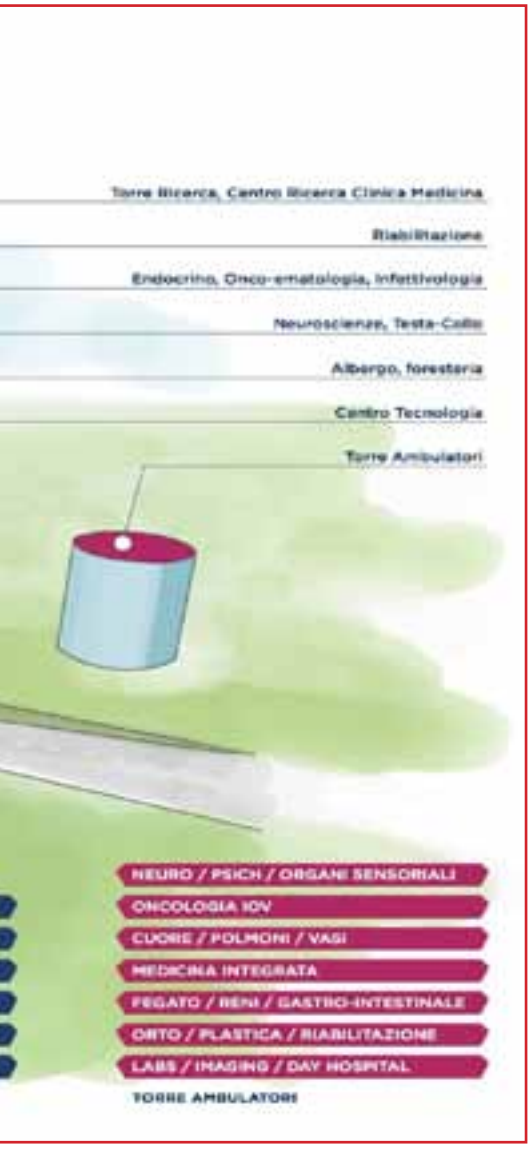
Quali sono le prospettive innovative per le "quattro missioni" del nuovo Polo - clinica, educativa, ricerca e comunità- a livello universitario? Cosa cambierà rispetto ad oggi?

Nei prossimi 30 anni abbiamo un obiettivo preciso: passare dalla medicina curativa alla visione olistica, che possiamo definire la medicina delle 4P: Predittiva, Personalizzata, Preventiva e Partecipata. In questo modo verrà pienamente riconosciuta alla Scuola Medica anche la quarta missione: oltre a quelle di assistenza, didattica e ricerca, ecco quella di comunità. Come la pensiamo, o meglio la prevediamo? Basata sul superamento della classica visione puramente ospedale-centrica dell'assistenza, in un contesto organizzativo sempre più spinto verso il suo decentramento sul territorio, mantenendo sempre al centro del sistema assistenza i bisogni e le necessità del paziente. Lo sviluppo della quarta missione è strategico per far fronte all'enorme crescita delle malattie croniche e delle co-morbilità, che oggi rappresentano ben oltre l'80% di tutta la spesa sanitaria. Nella comunità le malattie cronico-degenerative hanno già sostituito per importanza epidemiologica e conseguente impatto assistenziale le malattie acute (transizione epidemiologica). Questa tendenza si amplificherà nel prossimo


Area Salute di San Lazzaro
Disposizione schematica dei Moduli Assistenza/Didattica/Ricerca (A/D/R), della Piastra centrale, delle Torri della ricerca e della Torre ambulatori.
Istituto di Neuroscienze
Piastra centrale: Emergenza, Imaging laboratori, Sale operatorie, Terapie intensive
Fegato, Rene, Gastro-intestinale
Medicina rigenerativa, Trapianti organo
Cuore, Vasi, Polmoni
Orto, Plastica, Urologia, Ustionati
Da destinare
AULE / DIDATTICA HI-TECH
DEGENZE L3
DEGENZE L3
DEGENZE L3
DEGENZE L2
LABS MEDICINA DI PRECISIONE
ASSISTENZA
DIDATTICA
RICERCA
MODULI A/D/R


GALLUCCI
Ambulatori
Polo Donna e Bambino
Area congressuale
"Morgagni"
Direzione uffici amministrativi

© I rendering sono tratti da “Polo della Salute di Padova”, redatto da Università di Padova

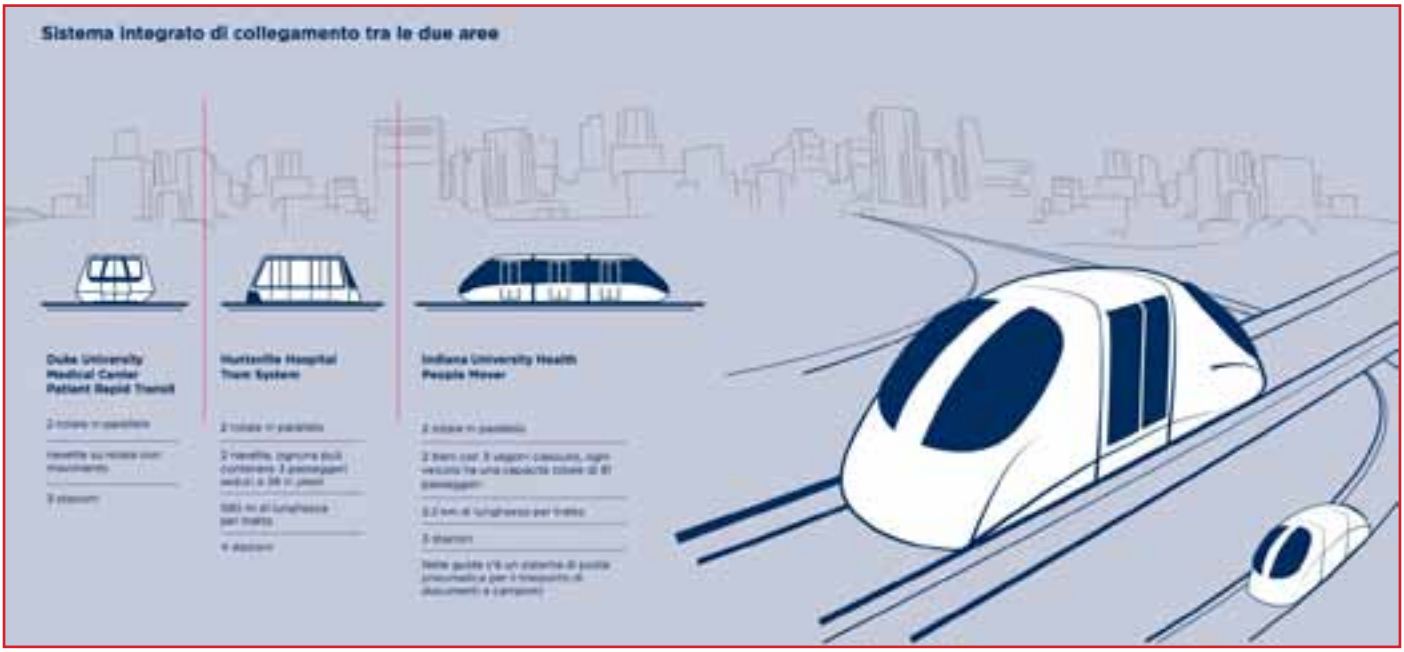


futuro considerando che le proiezioni più attuali prevedono che il numero di cittadini UE di età superiore ai 65 anni crescerà del 70% entro il 2050 e quello delle persone di età superiore agli 80 anni crescerà del 170%. Dovremo quindi essere in grado di produrre, sperimentare e diffondere innovazioni e acquisizioni scientifiche. E ci poniamo, va da sé, obiettivi ambiziosi: competere con i centri di eccellenza in campo nazionale e internazionale per un ruolo di leadership dei networks di assistenza, ricerca e didattica.

Un ospedale accademico e di ricerca. Che spazi verranno dedicati, e con quali innovazioni, per i medici del futuro?
Potrei dirvi che nel nuovo polo di San Lazzaro sono previste delle torri per la ricerca. Ma la realtà è che ricerca e innovazione saranno due assi portanti che innerveranno tutta l’area, sia nella sede attuale, che in quella nuova che verrà. Dedicarci degli spazi è ovviamente importante: ma i medici del futuro non si formano in ambienti chiusi, asettici. Crescono e prendono spunti dall’attività quotidiana, dal contatto con i pazienti e con altri medici. La ricerca avrà quindi fisicamente le proprie strutture, ma in realtà dovrà essere cifra comune per tutto il polo della Salute.

Unico Polo in due aree diverse della città, il modello dell’ateneo ha avanzato delle proposte sulle diverse destinazioni (Giustinianeo PS aperto alla cittadinanza; San Lazzaro emergenza-trauma). Può dirci perché questa suddivisione e perché è importante riqualificare anche l’esistente struttura oltre a progettare la nuova di San Lazzaro?

Due sedi complementari e non sovrapposte, con distribuzione integrata delle funzioni, per un unico ospedale. L’indicazione che abbiamo voluto dare è stata chiara: l’attuale sede è diventata storicamente punto di riferimento per la cittadinanza. Per tutti là è «l’ospedale». Un patrimonio che non abbiamo voluto disperdere. Anche perché le nuove costruzioni di San Lazzaro ci permettono una visione integrata delle due sedi. Una visione, quindi, più efficiente. Così tutta l’area del Giustinianeo diventerà funzionale per il polo unico della Salute. Siamo partiti da una domanda: come si possono conciliare la costruzione di un nuovo ospedale nell’area di San Lazzaro con la valorizzazione dell’ospedale storico della città? Il modello che abbiamo presentato risponde perfettamente a questa richiesta. Connessione e integrazione fra le due aree, tenendo il pronto soccorso dove è,



pensando ad una riqualificazione dell'area attuale per farne «un ospedale della cittadinanza», proprio perché - come dicevo prima – così rispettiamo la storia e la vocazione di un'area entrata ormai nella visione identitaria di città e nella consuetudine dei cittadini. Al suo fianco ci sarà una struttura d'alta specializzazione, complementare. Intrinsecamente unita: e l'unione delle due sedi vale molto di più della somma delle singole parti.

Un nuovo Ospedale come "unicum sinergico". Come si concretizzerà l'integrazione tra le due aree? Come funzionerà il sistema navetta people mover che collegherà le due strutture?

Non voglio vestire panni che non sono miei, né invadere campi altrui. Il people mover che abbiamo ipotizzato nello studio prende spunto da analoghe soluzioni utilizzate in varie parti del mondo. Starà a chi di dovere, ovviamente, decidere come collegare le due sedi. Ma è importante proprio questo messaggio: la forza del nuovo polo unico della Salute sta...nell'essere unico, appunto. Quindi va pensato un sistema di collegamento diretto che permetta lo scambio veloce, bypassando il traffico. Più le due sedi sono connesse, meglio funzionerà il tutto. Il people mover è un'ipotesi. Perché non basta porre questioni, ma dove possibile è meglio anche indicare eventuali soluzioni.

Sanità competitiva, sguardo alla popolazione che invecchia e studi genomici saranno i primi passi per il futuro?

I dati che ho già citato sono chiari, la sfida dell'invecchiamento della popolazione è già ampiamente lanciata. Per questo prevediamo la creazione di un edificio dedicato alla ricerca sulla diagnostica di precisione che includa genomica, proteomica, bioimaging, e sensoristica, e al disease mechanism and target discovery, e di un edificio ad alto potenziale traslazionale in cui si realizzi ricerca e sviluppo per la medicina sperimentale e traslazionale, incluse Medicina Rigenerativa, Organ Recovery, cellular/molecular therapies, brain stimulation, neurostem cell therapy e Health Technology research.

Residenze Buzzaccarini, Zona Santa Croce

Salute e benessere grazie a tecnologie innovative di ultima generazione

furlancostruzioni

CASE E APPARTAMENTI IN CLASSE A4

55 anni di attività nel mondo dell'edilizia

oltre 2.000 unità abitative realizzate negli ultimi 20 anni

6 cantieri aperti nel 2017

1ª azienda in Italia ad ultimare un intervento residenziale utilizzando il sistema Samsung EHS

Un complesso residenziale unico nel suo genere, avvolto dalla quiete grazie al verde di giovani alberi piantumati tutt'intorno e allo stesso tempo adiacente alle strutture ospedaliere, al centro storico di Padova e a due passi da Prato della Valle.

A Padova, nel Quartiere Santa Croce e adiacente alla centralissima via d'Acquapendente, fra qualche mese sorgeranno le Residenze Buzzaccarini, due edifici residenzali per un totale di 15 appartamenti in Classe A4.

Si tratta di un prestigioso intervento che si presenterà alla città quale vera eccellenza abitativa, in grado di associare il vivere sano - come dimostrano le camere con vista sul verde circostante - a tutti i maggiori comfort derivanti dalle tecnologie innovative adottate e alla comodità di essere vicinissimi agli Ospedali e al cuore storico della città.
Vivere nelle Residenze Buzzaccarini permetterà di avere tutti i servizi a due passi e godere di un polmone verde come la lingua dell'Isonzo, per passare qualche ora all'aria aperta.

Verde e innovazione, alberi e tecnologia, questa è l'essenza. Perché vivere bene nella propria casa non significa solo creare uno stile di vita sano e dotato di ogni comfort all'interno delle singole mura domestiche, ma sentirsi a proprio agio ed armonizzarsi con l'ambiente circostante, anche quando si esce di casa, o quando si apre una finestra e ci si affaccia in terrazza per respirare ed ammirare ciò che ci ruota attorno e ci circonda.
Queste le parole di Marco Furlan, titolare assieme ai fratelli della Furlan Costruzioni:

"Le nostre realizzazioni CasaZero sono a impatto zero e migliorano in maniera concreta la qualità della vita e dell'ambiente. L'eccellenza abitativa delle nuovissime e innovative Residenze Buzzaccarini, le cui palazzine saranno realizzate rispettando pienamente tutti i parametri dell Classe A4, porterà alla nascita di immobili al massimo livello di risparmio energetico, efficienza tecnologica e comfort abitativo. Un occhio di riguardo molto importante lo daremo al verde che sorgerà attorno agli stabili, perché siamo convinti dell'importanza di creare un armonioso unicum fra abitabilità e comfort degli spazi interni ed equilibrio con l'esterno. Per questo, è prevista una zona di verde con numerosi alberi già adulti piantumati dalla nostra azienda".

Le due palazzine sono composte da appartamenti di varie metrature, con garage interrati e sono realizzate secondo le caratteristiche specifiche di CasaZero, ottimizzando cioè ai massimi livelli la capacità di risparmio energetico, grazie all'integrazione delle migliori soluzioni tecnologiche collegate alle energie rinnovabili e ai sistemi integrati della domologica.

"CasaZero rappresenta una nuova generazione – puntualizza Marco Furlan - di abitazioni che permettono di azzerare completamente i costi di riscaldamento/raffrescamento e di eliminare il consumo di gas e di qualsiasi altro combustibile fossile o organico, annullando così le immissioni di anidride carbonica in atmosfera.

Un nuovo concetto di edilizia che punta al comfort di chi vi abita e all'armonia tra edificato e verde circostante.

CASAZER

abitare il proprio futuro

furlancostruzioni

ufficio +39 049 8872446
mobile +39 348 1441441
www.furlancostruzioni.it
info@furlancostruzioni.it

IL LINFEDEMA E IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

La cura del paziente con linfedema secondo le linee guida

di **Domenico Corda**

Negli ultimi anni c'è stato un ragguardevole interesse da parte delle Società Scientifiche e delle Associazioni Nazionali e Internazionali di Flebologia e Linfologia per lo studio della letteratura, per una più attenta ricerca bibliografica e per la pubblicazione delle migliori evidenze sul Linfedema, sulla diagnosi e soprattutto sulla terapia.

Se leggiamo con attenzione i documenti di consenso e di posizionamento prodotti da queste Società e Associazioni scientifiche, possiamo osservare che in tutti, già dalla definizione stessa di linfedema, c'è un accordo unanime e un consenso diffuso sul fatto che la patologia sia cronica e inguaribile; questa affermazione iniziale può sembrare scontata o passare inosservata ma risulta invece fondamentale nel comprendere e nell'accettare il ***percorso terapeutico "cronico"*** proposto per le persone portatrici di linfedema. Il paziente ed il suo medico di fiducia, davanti ad una diagnosi di linfedema, che deve innanzitutto essere confermata in Centri Specializzati nella Diagnosi e nella Cura del Linfedema, devono confrontarsi e misurarsi con questa verità: il linfedema è una patologia del sistema linfatico che, generalmente, diviene cronica e come tale risulta inguaribile; in assenza di un'idonea gestione del problema, il linfedema, in maniera del tutto variabile ed individuale, può dimostrarsi progressivo generando un grado di disabilità crescente ed una qualità di vita sempre meno accettabile.

Tra inguaribile e incurabile esiste però un'enorme differenza e i due termini non possono certo essere usati come sinonimi. Per gli anglosassoni il termine *incurable* significa "inguaribile" e non "incurabile"; si sottolinea in questo modo che, per la maggior parte dei casi, non esiste una terapia risolutiva. Tuttavia, allo stato attuale è possibile proporre e implementare un percorso di cura in grado di migliorare le condizioni cliniche, stabilizzare la progressione della malattia e migliorare la qualità della vita.

A questo punto, e stiamo ancora ragionando a partire dalla definizione di linfedema, possiamo già produrre alcune riflessioni. **La prima riflessione**: la patologia è cronica e il medico di famiglia dovrebbe in primis poter favorire il processo di accettazione da parte del paziente e della sua famiglia (pensiamo ai genitori di bambini che nascono o che sviluppano un linfedema dopo la nascita, in età precoce, puberale o adolescenziale); **la seconda riflessione**: se la patologia viene definita da tutti come cronica e inguaribile, un medico accorto deve saper consigliare e discutere con il suo paziente su un'eventuale richiesta di guarigione da parte dello stesso, quando si presentasse in studio con una ennesima speranza di guarigione promessa da nuove o vecchie terapie. In caso di quelle nuove bisogna sempre muoversi con prudenza e cautela finché non vengano collaudate e, in base alla evidenza dimostrata, inserite e citate dalle linee guida come terapie in grado di portare a guarigione. Nel caso di vecchie terapie, solitamente di tipo chirurgico, bisognerebbe affermare che, se vi fosse realmente evidenza, le linee guida avrebbero già da tempo riconosciuto le stesse come terapie in grado di portare a guarigione e questo avrebbe consentito un'altra definizione di linfedema, non certo quella di malattia cronica e inguaribile; **la terza riflessione**: il medico deve assolutamente conoscere la patologia almeno nelle sue linee più generali ed essere ben informato sul percorso che il paziente deve seguire il più precocemente possibile; il medico di famiglia e

di fiducia deve essere a conoscenza delle possibilità di cura specialistica offerte nel territorio e della eventuale presenza di Centri Specializzati per la Diagnosi e la Cura delle Linfostasi. Alcune linee guida, se lette attentamente, indicano con chiarezza quali sono le caratteristiche che contraddistinguono un Centro di Linfologia specializzato nella cura delle patologie linfostatiche. Un *linfologo clinico* di esperienza consolidata, *linfoterapisti* particolarmente addestrati e altri professionisti adeguatamente formati, quali l'infermiere esperto in wound care, il podologo esperto nella cura dei piedi dei pazienti linfedemici, il tecnico esperto nella presa misura dei tutori, il nutrizionista dedicato alle linfopatie, lo psicologo quando necessario, sono tutte figure importanti e fondamentali che devono essere presenti in un Centro di Diagnosi e Cura del Linfedema e che di concerto devono accompagnare il paziente lungo un percorso che spesso dura tutta la vita.

Quanto prima e quanto meglio si interviene in questo percorso, tanto più accettabile e meno gravoso risulta lo stesso per il paziente. La presa in carico del paziente da parte di un team linfologico esperto e competente risulta la conditio sine qua non per garantire la stabilizzazione della malattia e l'arresto della sua cronica progressione (figure 1 e 2)

Fig. 1: paziente obesa con linfedema secondario bilaterale, maggiore all'arto inferiore destro.

Fig. 2: Paziente con linfedema secondario oncologico dell'arto inferiore destro; si associano multiple lesioni da carcinoma spinocellulare, interpretate e trattate in altra sede come ulcere veno-linfatiche.

Passando alla terapia, nei documenti di consenso e di posizionamento delle più accreditate società e associazioni scientifiche internazionali di linfologia viene sottolineato e rimarcato, talvolta ripetutamente che, allo stato attuale, il gold standard terapeutico per la decongestione è il trattamento fisico conservativo decongestivo complesso o combinato o Complex Decongestive Physiotherapy (CDP) secondo Michael Foldi che per primo la formulò. La CDP deve però essere inserita e gestita all'interno di un progetto riabilitativo individuale e personalizzato secondo il *Chronic Care Model* proposto dalla ICF (International Classification of Functioning) e promosso dalla SIMFER (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione). La CDP non deve essere confusa con il drenaggio linfatico manuale, con l'elastocompressione in generale, con la pressoterapia o con altre forme di terapia fisica. Secondo quanto scritto in queste linee guida, le monoterapie sarebbero da proscrivere ed evitare! Tutti quei pazienti che ancora oggi vengono

curati solamente con cicli annuali di drenaggio linfatico manuale sono in realtà *mis-trattati* o *sub-curati* con un dispendio di energie e denaro per le Istituzioni pubbliche quando le terapie vengano dispensate in regime di convenzione e per i pazienti paganti che oltretutto si vedono privati di una precoce e idonea terapia in grado di stabilizzare e arrestare la degenerazione progressiva tessutale tipica della malattia. Analizzando in maniera approfondita il capitolo della terapia, fin da subito dobbiamo accettare che la CDP, terapia manuale conservativa complessa e combinata, è operatore dipendente e come tale richiede un'alta formazione e un lungo addestramento o *training*, caratteristiche che si possono trovare solamente in strutture sanitarie specialistiche competenti e dedicate, con decenni di esperienza. Purtroppo sul territorio, e non solo quello nazionale, queste strutture sono presenti ancora in numero insufficiente. I componenti della CDP sono fondamentalmente quattro: 1) il *drenaggio linfatico manuale terapeutico* opportunamente modificato rispetto a quello effettuato in campo estetico; il drenaggio linfatico manuale non sempre è necessario; quando prescritto però, sarà sicuramente diversificato di giorno in giorno nello stesso paziente e sarà naturalmente diverso da un paziente all'altro; ad esempio il drenaggio linfatico manuale prescritto per un paziente con linfedema primario è generalmente molto diverso da quello prescritto per un paziente con linfedema secondario; 2) la *cura della cute*, la medicazione delle eventuali lesioni o ulcere cutanee, il trattamento della verrucosi linfostatica e della papillomatosi quando presenti; 3) il *bendaggio multistrato* a corta estensibilità e ad alta pressione di lavoro, terapia che possiede il più elevato potere decongestionante in assoluto; 4) gli *esercizi muscolari decongestionanti* (Figure 3 e 4).

fig. 3: linfedema secondario oncologico arto inferiore sinistro complicato da cellulite cronica e lesioni cutanee tipiche

Fig. 4: lo stesso paziente durante la fase di mantenimento, dopo due anni dalla fase intensiva.

Gli effetti di un approccio fisioterapico combinato e personalizzato sono associati alla riduzione dell'edema mediante l'incremento del drenaggio linfatico dalle aree edematose, la riduzione della fibrosi di cute e sottocute, il miglioramento delle condizioni trofiche cutanee, la riduzione del disagio psicologico, il miglioramento della qualità della vita, la riduzione del rischio di infezioni (celluliti).

Il problema si fa ancora più complesso quando si comprende che *la CDP rappresenta solamente la terapia dell'edema linfatico e non la terapia della persona portatrice di un linfedema*. In realtà, il paziente con linfedema ha bisogno di un progetto riabilitativo individuale (PRI) che preveda una serie di program-

TRA INGUARIBILE E INCURABILE ESISTE UN'ENORME DIFFERENZA E I DUE TERMINI NON POSSONO CERTO ESSERE USATI COME SINONIMI

mi terapeutici finalizzati non solo alla decongestione ma anche alla cura di tutte le eventuali alterazioni anatomo-funzionali, talvolta poli-distrettuali, presenti; spesso ha bisogno di ortesi plantari flebo-linfo-ortodinamiche, di chinesiterapia specifica e personalizzata, di programmi di esercizi domiciliari; necessita di tutori elastocontenitivi, solitamente su misura e prescritti dal medico in relazione alle condizioni cliniche; necessita di sedute terapeutiche rivolte all'apprendimento del self management, di programmi nutrizionali personalizzati e talvolta di un supporto psicologico; in caso di infezioni, erisipele, linfangiti o celluliti, è necessaria una **terapia farmacologica** appropriata. Allo stato attuale, non esiste un farmaco che intervenga in maniera statisticamente significativa sulla decongestione e/o sulla fibrosi della matrice; in particolare però, i **diuretici** non sono assolutamente efficaci nel rimuovere la linfa in eccesso dai tessuti. Un eccesso di diuretici può causare disidratazione della matrice extracellulare per ipovolemia, squilibri elettrolitici e ulteriore danno tessutale. Alcuni integratori contenenti alfa-benzopironi tipo la cumarina e gamma-benzopironi tipo la diosmina, la rutina, l'esperidina, la quercitina, vengono consigliati per il linfedema. Il ruolo e i benefici di questi integratori sono percentualmente poco valutabili e ad oggi sono ancora pochi gli studi, seppur presenti, che hanno evidenziato benefici statisticamente significativi. Risulta invece assolutamente necessario saper gestire la terapia antibiotica in presenza di linfangiti e di erisipele soprattutto in caso di recidive frequenti o di infezioni permanenti associate a lesioni cutanee. In definitiva il paziente con linfedema ha bisogno di migliorare la sua qualità della vita e di ridurre in questo modo la sua disabilità. Come inizialmente accennato, il Chronic Care Model, l'unico al momento in grado di gestire la disabilità di una persona, si implementa con la formulazione di un progetto riabilitativo individuale. Molto schematicamente, il progetto riabilitativo individuale che contempla la presa in carico della persona disabile con linfedema, dovrebbe prevedere tre fasi terapeutiche o programmi riabilitativi, quello a breve termine, quello a medio termine e quello a lungo termine. **Il programma a breve termine**, prevede sedute terapeutiche giornaliere o a giorni alterni, è di durata variabile, da qualche settimana a qualche mese, ed è finalizzato alla massima decongestione possibile, alla guarigione delle eventuali lesioni cutanee e alla prescrizione dell'indumento elastico terapeutico. Questa è la fase in cui la decongestione della matrice determina la ripresa di una buona ultrafiltrazione e con essa il passaggio delle sostanze dai capillari sanguigni alla matrice tessutale; grazie a questa fase le sostanze farmacologicamente attive, quando prescritte, possono agire sulle strutture dei tessuti sofferenti. **Il programma a medio termine**, o di stabilizzazione dell'edema e di terapia della fibrosi, prevede sedute terapeutiche ravvicinate, per lo più settimanali, finalizzate al costante controllo della risposta del paziente alla tera-

CHI È

Domenico Corda, dorgalese di nascita e pavese di adozione, vive e lavora a Pavia dal 1982 dove si è laureato con lode in Medicina e Chirurgia, Specializzato in Medicina Fisica e Riabilitazione e in Idrologia Medica e Medicina Termale; flebologo e linfologo per passione, dirige Polimedica San Ianfranco, l'ambulatorio dedicato alla diagnosi e alla cura delle patologie flebo-lipo-linfo-statiche.
Dal 2017 ha avviato a Padova presso il poliambulatorio Fisioguizza, il Servizio di Linfologia, dedicato alla Diagnosi e alla Cura del Linfedema e del Lipedema.
Autore del libro Linfedema e Lipedema edito dalla Minerva Medica, è il Responsabile Scientifico Nazionale per la Linfologia della Società Italiana di Flebologia, è membro del Lipedema Forum costituitosi per la formulazione di un Documento di Consenso Europeo sul Lipedema.
Professore a Contratto e Docente di Riabilitazione Flebolinfologica presso l'Università di Pavia dal 2001.
Relatore, Moderatore e Coordinatore Scientifico di numerosi congressi e convegni, nazionali ed internazionali, in campo riabilitativo, flebologico, linfologico, estetico.
Autore di pubblicazioni e articoli su diverse riviste specialistiche nei settori riabilitativo, flebologico e linfologico.

pia decongestionante e alla calza terapeutica; **il programma a lungo termine** rappresenta invece la vera e propria fase di mantenimento e prevede, talvolta per un lungo periodo, sedute decongestive generalmente a cadenza quindicinale o mensile. Naturalmente i tre programmi terapeutico-riabilitativi sono molto individuali, differenti da paziente a paziente e variano nello stesso paziente in relazione alle dinamiche proprie della patologia.
Appare ovvio, comunque, che la decongestione rimane il primo obiettivo da perseguire! La decongestione è la conditio sine qua non per procedere con il progetto riabilitativo individuale (PRI); la decongestione resta il perno centrale non solo della fase intensiva ma anche delle fasi di stabilizzazione e di mantenimento.
Essendo queste tre fasi terapeutiche concatenate fra di loro, risulta facilmente comprensibile come un paziente che effettua la fase intensiva lontano da casa, in un Centro di Linfologia, sia ambulatoriale sia ospedaliero, abbia poi la necessità di trovare vicino a casa, nel suo territorio un Centro di Linfologia, perlomeno ambulatoriale, per poter proseguire con il suo progetto individuale soprattutto con il programma intermedio di stabilizzazione che rappresenta la parte più critica del percorso riabilitativo stesso.
Questo fa pensare che se le strutture nel territorio non sono state in grado di gestire la decongestione prima, difficilmente potranno farlo dopo.
Le strutture di ricovero sono assolutamente auspicabili e necessarie in ogni Regione del territorio italiano e dovrebbero garantire le cure ai pazienti più complessi e complicati: pazienti cardiopatici, nefropatici, neurolesi, epatopatici, diabetici e grandi obesi con imponenti linfedemi e relative complicanze cutanee.
I pazienti con patologia più lieve e non complicata

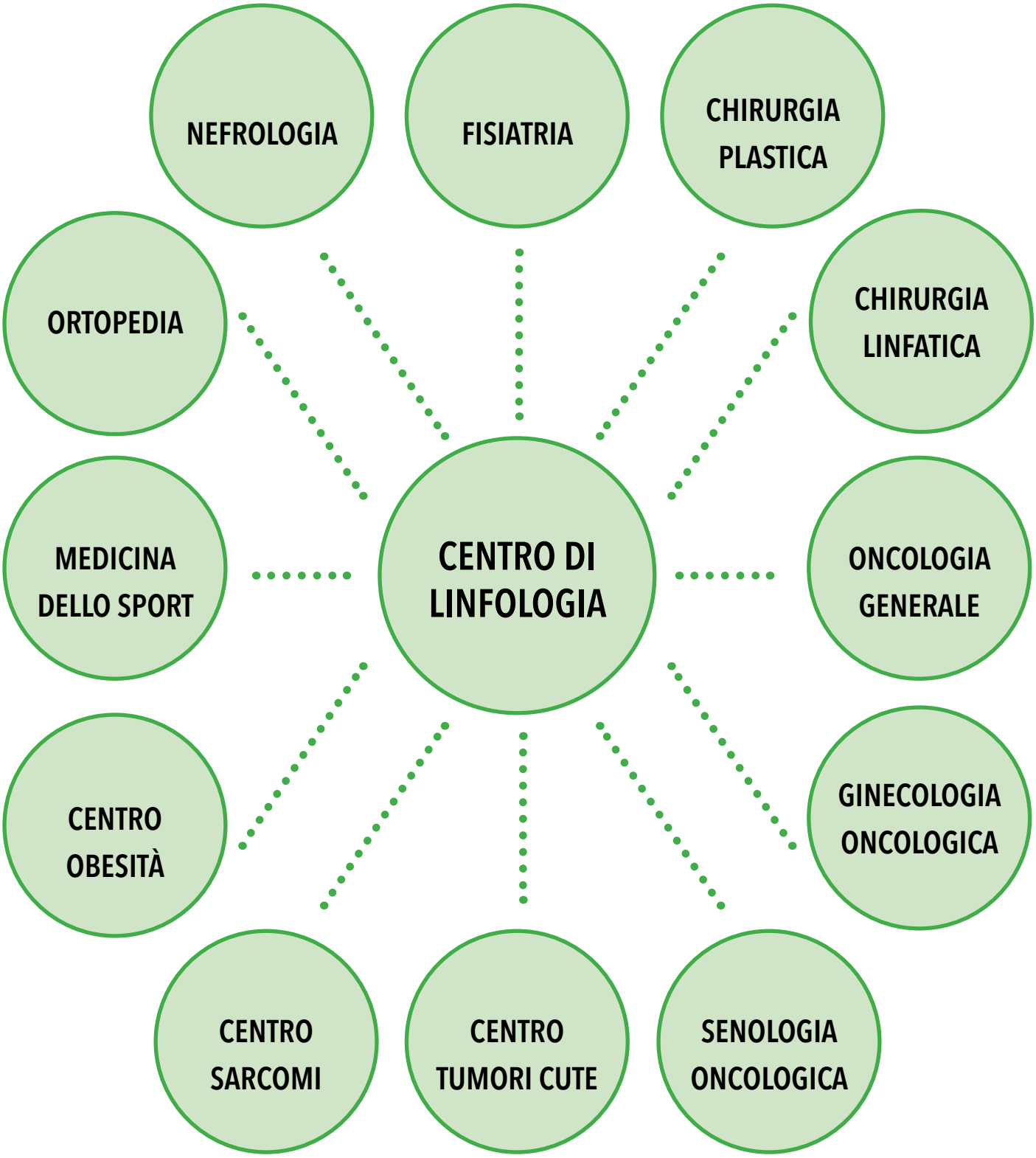


Fig.5: Il Centro Specializzato di Linfologia in relazione alle altre discipline mediche

dovrebbero invece trovare una risposta al problema in strutture specializzate sul territorio in cui potrebbero poi proseguire le cure anche i pazienti ricoverati nelle cliniche una volta dimessi al termine della fase intensiva. La presenza nel territorio di Centri Specializzati e di Riferimento per la Diagnosi e la Cura del Linfedema eviterebbero anche la possibilità di ricoveri inappropriati per tutti quei casi che potrebbero

essere curati e seguiti ambulatorialmente in maniera appropriata (figura 5).
Le linee guida ribadiscono, più o meno estesamente, che la diagnosi e il progetto terapeutico-riabilitativo individuale per un paziente con linfedema sono assolutamente di pertinenza di un team specialistico competente, addestrato, esperto, accreditato o accreditabile nel management del linfedema, che operi in strutture sanitarie aventi un servizio ambulatoriale, un day hospital o il ricovero ad esso specificatamente dedicato.
I malati con linfedema, ancora oggi, giungono spesso tardi alla diagnosi e frequentemente non vengono presi in carico mediante la stesura e l'implementazione di un progetto terapeutico personalizzato, definito anche PRI, secondo quanto invece raccomandato già nel 1998 dalle Linee Guida ministeriali per le attività riabilitative.
Durante la mia pratica ambulatoriale, ormai più che ventennale, in una attenta e talvolta prolungata anamnesi, quasi tutti i pazienti mi hanno riferito che nel primo stadio della loro malattia la terapia effettuata, per molti solo drenaggio linfatico manuale, talvolta associato al bendaggio, per alcuni solo pressoterapia, talvolta associata al drenaggio linfatico manuale, per altri microchirurgia, seguita da pressoterapia, calze terapeutiche e drenaggio linfatico manuale, aveva comunque sortito un certo risultato positivo che però non si era mantenuto nel tempo. Era in effetti mancata la presa in carico globale del paziente con i programmi a medio e lungo termine, il follow up continuo, la terapia farmacologica in relazione alle varie fasi del PRI, il controllo dei tutori nel tempo, la loro corretta prescrizione, il loro collaudo, il recupero funzionale motorio, il self-management con la presa di coscienza e, soprattutto, era mancata la consapevolezza di una malattia cronica e della necessità di una terapia protratta nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

1. Linee guida del ministro della sanita' per le attivita' di riabilitazione; provvedimento 7 maggio 1998 (G.U. serie generale n.124 del 30-5-1998).
2. The Diagnosis and Treatment of Peripheral Lymphedema. Consensus Document of the International Society of Lymphology. Lymphology 46 (2013), 1-11.
3. National Lymphedema Network, NLN Medical Advisory Committe, NLN Position Paper: The Diagnosis And Treatment of Lymphedema, www.lymphnet.org
4. International Lymphoedema Framework (ILF). Best Practice for the Management of Lymphoedema. International Consensus. London: MEP Ltd, 2006.
5. Consensus Document of the International Union of Phlebology (IUP)-2009. Lee B. et all (2010) Diagnosis and treatment of primary lymphedema.
6. British Lymphology Society (BLS), Consensus Document on the Management of Cellulitis in Lymphoedema, www.lymphoedema.org.
7. The Japan Lymphoedema Study Group, A Practice Guideline for the management of Lymphoedema, Journal of Lymphoedema, 2011, Vol 6, No 2, 60-71.
8. C.I.F. Linee Guida, Revisione 2013, Acta Phlebologica, vol 14, Suppl. 1 al n. 2 Agosto 2013.
9. Australasian Lymphology Association, Standards and Guidelines, www.lymphoedema.org.au
10. Queensland Health lymphoedema clinical practice guideline 2014, Published by the State of Queensland (Queensland Health), March 2014 www. health.qld.gov.au
11. Textbook of Lymphology, for physicians and lymphedema therapists. Foldi M, Foldi E, Kubik S, 2nd ed. München, Germany: Elsevier, Urban & Fischer Verlag; 2006.
12. Linfedema e Lipedema, Conoscerli Riconoscerli e Curarli, Corda D, Minerva Medica, 2017.

KELATROX®
Microemulsione

Kelatrox® microemulsione è un emulgel a base di Lattoferrina Microemulsionata, Escina, Estratto di Arnica e Acidi boswellici coadiuvante nel trattamento degli inestetismi delle discromie conseguenti ad esempio ad ecchimosi, ecchimosi post-chirurgiche, emosideriche post-scleroterapiche e da IVC (Insufficienza Venosa Cronica).

COMPOSIZIONE

Descrizione	Q.tà
Lattoferrina Microemulsionata	0,2 %
Escina	0,5 %
Metil Sulfonil Metano	0,5 %
Boswellia (tit. in Acidi Boswellici)	1 %
Arnica	1 %

OSOLMI
Soluzione orale in flacone

Osolmi è un integratore alimentare a base di Calcio, Magnesio e Vitamina D .
Il Calcio e la Vitamina D aiutano a ridurre la perdita di minerale osseo nelle donne in post-menopausa. La bassa densità minerale ossea è un fattore di rischio per le fratture ossee osteoporitiche; la popolazione bersaglio è costituita da donne a partire dai 50 anni e l'effetto benefico è ottenuto con un'assunzione di almeno 400 mg di calcio e 15 mcg di vitamina D per porzione giornaliera. Calcio e Vitamina D sono inoltre necessari per la normale crescita e sviluppo delle ossa nei bambini. La Vitamina D, peraltro, contribuisce a ridurre il rischio di caduta associato ad instabilità posturale e debolezza muscolare: la caduta è un fattore di rischio per le fratture ossee tra uomini e donne di età pari o superiore a 60 anni; l'effetto benefico si ottiene con l'assunzione di almeno 15 mcg di vitamina D per dose giornaliera. Calcio, Magnesio e Vitamina D contribuiscono al mantenimento di denti normali e alla normale funzione muscolare. Infine il Calcio coadiuva la normale neurotrasmissione, mentre il Magnesio contribuisce al mantenimento di ossa normali.

CONTENUTI MEDI	in 10 ml	in 20 ml
INGREDIENTI	Q.tà/%VNR	Q.tà/%VNR
Calcio	300 mg (37,5)	600 mg (75)
Magnesio	150 mg (40)	300 mg (80)
Vitamina D3	10 mcg (200)	20 mcg (400)

* VNR = Valori Nutritivi di Riferimento

SENZA GLUTINE

NATURALMENTE PRIVO DI LATTOSIO

GVDR

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

DAL 1988 VALORE AL TUO BENESSERE

NUTRIMENTE

"RICOMINCIO DA ME..."

NUTRIMENTE E' UN NUOVO PROGETTO IDEATO DA DUE FIGURE PROFESSIONALI, **PSICOLOGA** E **NUTRIZIONISTA**, CHE HANNO A CUORE IL **BENESSERE DELLA PERSONA** A 360 GRADI E CHE LAVORANDO IN SINERGIA HANNO PROGETTATO DEGLI **INCONTRI GRATUITI** CON L'OBIETTIVO DI ACCOMPAGNARE LA PERSONA A PRENDERSI CURA DEI PROPRI BISOGNI PER MIGLIORARE IL PROPRIO **STILE DI VITA** DA UN PUNTO DI VISTA

FISICO E MENTALE

DOTT.SSA ALESSANDRA CASTELLITI
PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA

DA ANNI SI DEDICA AL BENESSERE DELLA PERSONA CON INCONTRI DI SENSIBILIZZAZIONE, PSICOTERAPIA, COLLOQUI INDIVIDUALI, DI COPPIA, ADOLESCENZIALI E DI GRUPPO, MIRATI AL SOSTEGNO DELLE PRINCIPALI PROBLEMATICHE: ANSIA, STRESS, ALIMENTAZIONE, PAURE, DEPRESSIONE, ATTACCHI DI PANICO, FOBIE, AUTOSTIMA, INSONNIA, FATICA NELLE RELAZIONI, COMUNICAZIONE NON VERBALE.

DOTT.SSA GIULIA BERTOCCO
BIOLOGA NUTRIZIONISTA

HA SVILUPPATO LE SUE COMPETENZE PRINCIPALMENTE NEL CAMPO DELLA NUTRIZIONE CLINICA, IN PARTICOLARE IN NEFROLOGIA E CARDIOLOGIA, PATOLOGIE DISMETABOLICHE E GASTROINTESTINALI, SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO ED ENDOMETRIOSI.

SALA RIUNIONI
CENTRO MEDICO
FISIOGUIZZA
VIA SANTA MARIA ASSUNTA, 31
PADOVA

INCONTRI GRATUITI

29 GENNAIO 2019 DALLE ORE 18.00 ALLE ORE 19.00
UNA NUOVA PROSPETTIVA DELLA MENOPAUSA

RIFLESSIONI PER TRASFORMARE QUESTA NUOVA STAGIONE IN UN'OCCASIONE DI CRESCITA E CAMBIAMENTO. SCOPRIAMO IL LINGUAGGIO MENTE-CORPO E LE NECESSITÀ NUTRIZIONALI

26 FEBBRAIO 2019 DALLE ORE 18.00 ALLE ORE 19.00
FASTIDI GASTROINTESTINALI, LA CAUSA È CIÒ CHE MANGIAMO O CHE FACCIAMO?

AIUTIAMO NOI STESSI ATTRAVERSO IL NOSTRO "SECONDO CERVELLO" AD ESSERE CONSAPEVOLE E LAVORARE AL MEGLIO.

26 MARZO 2019 DALLE ORE 18.00 ALLE ORE 19.00
RUOLO DELLA NUTRIZIONE E DELLA MENTE NELLE PATOLOGIE GINECOLOGICHE (OVAIO POLICISTICO ED ENDOMETRIOSI)

APPROFONDIMENTI PER CERCARE DI RITROVARE UN NUOVO EQUILIBRIO.

7 MAGGIO 2019 DALLE ORE 18.00 ALLE ORE 19.00
FAME NERVOSA: I TRUCCHI PER AFFRONTARLA

L'EQUILIBRIO EMOZIONALE ALTERA VARI ASPETTI DEL NOSTRO SÉ, TRA QUESTI ANCHE IL NOSTRO BISOGNO DI NUTRIZIONE COSTANTE O NON BILANCIATA.

PER RICHIEDERE INFORMAZIONI E ISCRIVERSI AGLI EVENTI
CONTATTA LA SEGRETERIA DEL CENTRO MEDICO FISIOGUIZZA 0498803767 - FISIOGUIZZA@GVDR.IT

CEFALEA

L'importanza di riconoscerne il tipo per trovare la cura più efficace

© Can Stock Photo / dundanim

di **Margherita De Nadai**

I mal di testa non sono tutti uguali. Ed è importante saper riconoscere di che tipo è, e soprattutto, capire se la cefalea sia essa stessa la malattia o il sintomo di un'altra patologia.

Lo spiega Ferdinando Maggioni, neurologo, professore aggregato presso la facoltà di medicina dell'Università di Padova e Treviso e dal 2014 fino a quest'anno, direttore del Centro di Riferimento Regionale per la Diagnosi e la Cura delle Cefalee.

"Esistono vari tipi di cefalea. La prima classificazione internazionale fu scritta nel 1988, ma è stata oggetto di numerose, successive modifiche, l'ultima proprio nel 2018.

La classificazione internazionale le suddivide in due

macrogruppi, distinguendole in cefalee di tipo primario e di tipo secondario.
Nel gruppo primario, la cefalea è essa stessa la malattia, mentre nel gruppo secondario la cefalea non è altro che il sintomo di altre patologie. E' compito del neurologo identificare le persone che rientrano nel primo gruppo, perché sono curabili con determinate terapie, ed escludere che la cefalea sia secondaria ad un'altra patologia.
Le cefalee del gruppo primario si suddividono a loro volta in quattro sottogruppi.
Il primo è costituito dalle emicranie, che possono essere con aura o senza aura. Nell'emicrania con aura, il dolore (che non sempre si manifesta) è preceduto da un disturbo neurologico, come allucinazioni visive (ad esempio il soggetto vede le immagini costituite da puntini luminosi o scomposte), parestesie al braccio, alla bocca o addirittura difficoltà a formulare le parole. Questo tipo di emicrania limita molto il regolare svolgimento delle attività di una persona.
Quella senz'aura è l'emicrania più diffusa. E' caratterizzata da un dolore d'intensità medio-forte, può essere pulsante, a metà della testa, o laterale e aumenta con lo sforzo fisico, la lateralità è in genere alternata. Dura tra le 4 e le 72 ore se non trattata farmacologicamente. Il dolore è accompagnato da fonofobia e da fotofobia (intolleranza ai rumori e alla luce), oppure da nausea e/o vomito.
Sempre nel gruppo primario, rientra la cefalea tensiva, che può essere di tipo episodico o cronico: la differenza sta nel numero di giorni in cui il disturbo è presente. Il dolore è meno caratterizzato ed è diffuso, non aumenta con lo sforzo, non modifica lo stile di vita del paziente, non arreca nausea o vomito, e porta con sé solo una modesta fonofobia o fotofobia.
Vi sono poi, le cefalee autonomico trigeminali, di cui la cefalee a grappolo è la più frequente e conosciuta. Questa a differenza dei tipi precedenti, colpisce maggiormente gli uomini.
La cefalea a grappolo può essere episodica o cronica ed è la più dolorosa tra le forme primitive; essa causa un dolore molto intenso, è unilaterale (cioè compare sempre dalla stessa parte del capo), e interessa la zona attorno all'occhio. La sensazione è proprio quella di una "lama che penetra nell'occhio" e dura tra i 20 minuti fino a 3 ore, il tutto accompagnato da sintomi che coinvolgono un incremento dell'attività parasimpatica del volto (lacrimazione, gocciolamento nasale, arrossamento congiuntivale, abbassamento della palpebra, arrossamento del viso, sudorazione). Per diagnosticarla, occorre che sia presente almeno uno di questi sintomi. Durante l'attacco di cefalea, il paziente si presenta irrequieto, non trova pace.

Ferdinando Maggioni

Nel gruppo primario, rientrano infine una miscellanea di cefalee "rare", perché poco frequenti, e sono ad esempio le cefalee notturne, da tosse, da sforzo o quelle conseguenti all'attività sessuale.
Il gruppo delle cefalee secondarie, invece, raggruppa i mal di testa che sono sintomo di altre malattie, il loro numero è vastissimo: tra queste sono annoverate quelle dovute a patologie cardio-vascolari, infiammatorie post traumatiche o conseguenti a disturbi internistici, e molte altre.
In questo caso il dolore è difficilmente diagnostico di per se stesso, in quanto la cefalea non permette d'identificare la patologia se non è associata ad al-

tri sintomi, ed in tal caso sono indispensabili alcuni esami di laboratorio e strumentali.
Per curarsi è indispensabile una diagnosi precisa e identificare il possibile fattore scatenante (ad esempio un alimento, mangiare troppo, dormire troppo o troppo poco, modesta attività fisica o troppo intensa), in modo da evitarlo e attuare uno stile di vita che prevenga gli attacchi.
Poi si possono utilizzare dei farmaci, che possono essere "di attacco" o "di profilassi".
Le terapie d'attacco si usano per bloccare il dolore, e rientrano in questa categoria gli analgesici (per le forme di cefalea meno pesanti) e i triptani (indicati soprattutto per l'emicrania e per la cefalea a grappolo). Possono essere usati anche farmaci oppiacei, ma assolutamente sotto il controllo medico e assunti sporadicamente, perché possono causare dipendenza.
I farmaci per la profilassi invece, si assumono per periodi lunghi, determinati dal medico e servono a diminuire la frequenza degli attacchi. L'emicrania e la cefalea a grappolo, non sono malattie che con la terapia farmacologica scompaiono, ma si possono ridurre significativamente gli episodi e la durata degli attacchi. Queste terapie vanno comunque modulate in base alle caratteristiche del paziente e verificate costantemente dal neurologo.
I farmaci per la prevenzione sono un numero vasto, alcuni nascono per abbassare la pressione, altri sono antidepressivi, calcio-antagonisti, o sono farmaci per la cura dell'epilessia.
Per le forme croniche di cefalea, accanto a terapie farmacologiche, può essere utilizzato anche la tossina botulinica o degli anestetici per uso locale, per anestetizzare cioè punti in cui emergono nervi che passano in varie parti della testa, oppure si possono usare delle stimolazioni elettromagnetiche, usando elettrodi posti in varie zone del capo.
Presto anche in Italia, arriverà una nuova frontiera terapeutica: si tratta di utilizzare degli anticorpi monoclonali contro un mediatore del dolore (CGRP), il cosiddetto "vaccino", ma sarà una terapia costosa che verrà erogata - si pensa, perlomeno inizialmente - solo dai centri specializzati in cefalea.
Infine ci sono le terapie di tipo riabilitativo, molto utili per le forme di cefalea tensiva ma anche nell' emicrania, queste vanno a lavorare dal punto di vista fisiatrico, sulla postura, servono a migliorare l'attività della colonna cervicale e dei muscoli paravertebrali, importanti sono anche le indicazioni fisiatriche per permettere una corretta deambulazione, ed una migliore funzionalità della zona lombare, delle ginocchia e dell'anca che possono avere ripercussioni negative sul dolore cefalico."

BOX

Presso la struttura GVDR di Cadoneghe il prof. Maggioni effettua visite neurologiche ambulatoriali orientate al trattamento delle cefalee, ed effettuerà trattamenti a base di botulino per la cura della cefalea cronica. Oltre a questo, si dedicherà alla cura di altre patologie neurologiche, come l'epilessia e disturbi circolatori-cerebrali.
Per informazioni sulla struttura e su come prendere appuntamento visitare il sito www.gvdr.it/

Le Onde d'Urto a bassa intensità (LISW)

Finalmente un efficace nuovo approccio, non farmacologico, alla disfunzione erettile

a cura di **De Chirico**

La Disfunzione Erettile è uno stato esistenziale, o una vera patologia, in costante aumento. Quasi il 20% della popolazione maschile sessualmente attiva ne è affetto in maniera evidente o più sfumata, con un aumento delle percentuali all'avanzare dell'età. Preoccupante però il dato che il 25% dei pazienti sia al di sotto dei 40 anni.
Ciò significa che tra i 3 ed i 5 milioni di maschi italici (a seconda del livello di deficit denunciato) si lamentano per questo disturbo.
L'erezione avviene per merito di due cilindri dilatabili affiancati, all'interno del pene: i corpi cavernosi, i quali in condizioni di riposo ricevono sangue dal sistema arterioso, mentre il deflusso, in pari quantità avviene tramite il sistema venoso.
Durante l'erezione il sangue affluisce in maggiore quantità, sotto l'influsso di alcune aree cerebrali sensibili allo stimolo erogeno, mentre contemporaneamente il deflusso venoso si riduce fortemente...
E' proprio questa differenza di flusso che si trasforma in aumento di pressione e quindi in turgidità dei corpi cavernosi, che si mantiene fino all'eiaculazione.
Alterazioni di questo meccanismo possono essere di natura psicogena oppure organica: es. cause endocrine, neurologiche, farmacologiche, chirurgiche e vascolari.
Fino ad oggi i "farmaci orali" (Viagra e simili) sono stati il trattamento di prima scelta, soprattutto nelle disfunzioni per cause vascolari (es. nei diabetici, ipertesi, cardiopatici, ma anche nei forti fumatori, negli alcolisti etc.), poiché altri presidi come le iniezioni intracavernose o addirittura le protesi, spesso non sono gradite perché invasive.
Tuttavia i farmaci orali rispondono bene nel 70% dei casi, mentre il 30% dei pazienti appartengono alla categoria dei "Non Responders" cioè refrattari a questi farmaci.
Una vera e propria rivoluzione nel trattamento si è avuta con l'introduzione delle LISW (Onde d'Urto a bassa intensità), queste infatti creano dei microtraumi a livello vasale, che stimolano la produzione di fattori riparativi e di crescita vascolare (VEGF) i quali, a loro volta producono nuovi vasi e nuove ramificazioni, che aumentano fortemente la portata di sangue ai corpi cavernosi.
Non siamo quindi in presenza di un trattamento sintomatico, che cessa al cessare della somministrazione, ma di una vera e propria cura che, una volta fatta, determina benefici protratti nel tempo, da un minimo di tre mesi fino a dodici mesi e più e che, inoltre, è assolutamente ripetibile, non appena l'effetto dovesse cominciare a diminuire, poiché totalmente priva di effetti collaterali.
Il protocollo di trattamento, con le macchine più efficaci, prevede sei sedute a distanza di una settimana una dall'altra, con l'applicazione di 9.000 colpi totali, cioè 1.500 per seduta, che sono assolutamente indolori.
Il trattamento permette di migliorare in maniera evidente la rigidità e la funzione erettile, trasformando i "Non Responders" in "Responders" o addirittura di abbandonare del tutto la terapia farmacologica, con grandi vantaggi psicologici nell'evidente guadagno di spontaneità dell'atto sessuale, non più subordinato all'assunzione di una pillola nei tempi stabiliti, o peggio nell'autosomministrarsi una iniezione intracavernosa, ma slegato da qualsiasi preoccupazione e tornato ad essere una attività soggetta unicamente allo stimolo erogeno ed al desiderio che esso alimenta.

Oggi quindi le Onde d'Urto devono rappresentare la prima scelta nelle disfunzioni di origine vascolare, sono indolori, ripetibili, senza effetti collaterali; inoltre permettono uno sviluppo dell'albero arterioso tale da aumentare di molto i recettori vascolari per i farmaci... In modo che se sfortunatamente la situazione dovesse necessitare, dopo, anche della terapia farmacologica, saranno necessari dosaggi di farmaco largamente inferiori a quelli usuali, con una evidente riduzione di effetti collaterali ed una diminuzione del costo terapeutico.

de chirico

MTS
Shockwave Technology & Lithotripsy

Distributore esclusivo per l'Italia
di onde d'urto MTS Medical UG

DE CHIRICO SRL
Tel/Fax +39 080 5326292
E-mail info@dechiricosrl.it

L'ingegneria che si mette al servizio dell'uomo

Un dispositivo che aiuta gli anziani a camminare sfruttando l'energia corporea. La sperimentazione al Centro Medico di Fisioterapia di Padova

Un dispositivo di ingegneria biomedica che aiuta a camminare anziani e persone con difficoltà motorie, facile da indossare "come un pantaloncino". Questa l'idea dell'ingegnere padovano Fausto Panizzolo, fondatore della Moveo Walks, nella quale il Centro Medico di Fisioterapia di Padova ha creduto e dove attualmente il dispositivo è in sperimentazione clinica.

Che cos'è Moveo Walks?

Una startup fondata da me, dove ad oggi lavorano altri cinque colleghi (quattro a Padova per occuparsi di ricerca e sviluppo, due a Boston per la parte di business) per sviluppare in Italia questo dispositivo per aiutare a camminare persone con mobilità ridotta e anziani. Stiamo lavorando per trasformare in realtà un'intuizione che ho avuto dopo aver vissuto negli Stati Uniti, alla School of Engineering and

Applied Sciences di Harvard, dove ho lavorato alla progettazione di un esoscheletro per arti inferiori. Da lì è nata la voglia di creare qualcosa che sfruttasse la biomeccanica in modo meno invasivo possibile, attraverso le tecnologie più all'avanguardia, e che potesse essere utilizzato su larga scala. Per fare questo ho puntato sull'Italia, su Padova, per portare questo prototipo alla commercializzazione e metterlo a servizio delle persone.

Di cosa si tratta?

E' un dispositivo sviluppato su principi di ingegneria biomedica, biomec-

canica e controllo motorio, studiato per dare un supporto nel camminare a chi già deambula autonomamente, magari già con ausili, e non per persone che non camminano più. Composto da tessuti e materiali plastici, pesa meno di 600 grammi. Dunque molto leggero rispetto ad altri prodotti analoghi finora conosciuti. Ha un ingombro pari a quello di un pantaloncino, dalla vita alle ginocchia, e ha anche la stessa facilità nell'indossarlo.

A cosa serve?

La sua funzione è quella di ridurre l'energia che si utilizza durante la camminata, in particolare nell'effettuare la spinta di ogni singolo passo. Per questo l'abbiamo pensato principalmente per persone anziane che magari conducono una vita sedentaria o che trovano delle difficoltà nel deambulare. Quindi per aiutarli nella passeggiata piuttosto che in tutte quelle attività quotidiane che ad una certa età richiedono più energia, puntando a migliorare il loro livello di indipendenza e sicurezza nel movimento. Allo stesso tempo, il dispositivo, potrà essere impiegato anche per altri usi, sia campo medico - fisioterapico che, ad esempio, in quello sportivo.

Dove lo state sperimentando?

Il dispositivo è ancora un prototipo, anche se in fase avanzata, e stiamo cercando i finanziamenti per poterlo produrre e commercializzare. La sperimentazione di tipo clinico si sta svolgendo per la prima volta grazie

CENTRO MEDICO DI FISIOTERAPIA

alla collaborazione con il Centro Medico di Fisioterapia di Padova, che ringrazio per il supporto professionale, clinico e anche umano. Attraverso i professionisti specializzati del Centro stiamo verificando il funzionamento e l'impatto che questo dispositivo ha direttamente nei loro pazienti che hanno rallentamenti motori e patologie legate alla deambulazione autonoma. Finora l'applicazione del dispositivo sta avendo esiti molto positivi, i pazienti infatti riscontrano una mobilità agevolata durante l'utilizzo. Il supporto dei fisioterapisti, inoltre, ci fornisce informazioni utili a livello clinico per lo sviluppo finale del nostro prodotto. L'obiettivo con il Centro è di terminare la prima fase di sperimentazione entro questo Natale per presentare i dati clinici e scientifici ottenuti già all'inizio del prossimo anno.

E' stato creato per un utilizzo su larga scala, anche per uso quotidiano. Che costo avrà rispetto agli ausili già in commercio?

L'innovazione di questo dispositivo è che non ha nessun elemento di elettronica, motori e sensori. Sfrutta infatti, attraverso materiali e forma, l'energia stessa del corpo umano ottimizzandone la dispersione. Questa sua caratteristica fa sì che il costo sia decisamente inferiore a quello dei dispositivi complessi già conosciuti e utilizzati. Inoltre, vista la fascia d'età di riferimento e la volontà che sia un aiuto nel quotidiano delle persone, il contenimento del prezzo è parte non trascurabile dello studio del dispositivo. Non posso ancora fare una stima esatta dei costi, una volta che passeremo alla realizzazione di un elevato numero di pezzi nella catena produttiva potremo capirne di più. Di sicuro però la cifra rimarrà ampiamente inferiore ai mille euro e quindi alla portata di molti.

AZIENDA ZERO, LA DG È PATRIZIA SIMIONATO

«Puntiamo a eliminare i servizi doppi, ridurre tempi e sprechi». Già avviati 26 concorsi e 16 gare d'appalto

di **Gaia Bortolussi**

Il Presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, ha formalizzato il 19 ottobre scorso, con un proprio decreto, la nomina della dottoressa Patrizia Simionato, prima Direttore Generale dell'Istituto Oncologico Veneto - IOV, alla guida dell'Azienda Zero, nata con l'entrata in vigore dell'ultima riforma della sanità veneta. Di conseguenza Zaia, con altri due decreti, ha nominato Direttore Generale dello IOV il Dg dell'Ulss 7 Pedemontana, Giorgio Roberti e il dottor Bortolo Simoni commissario dell'Ulss 7 per gestire l'Azienda nei tempi necessari all'espletamento delle procedure concorsuali volte alla nomina del nuovo Dg di Bassano. Le nomine hanno avuto decorrenza dal primo novembre mentre Simionato e Roberti mantengono il contratto già in corso, quello dei Direttori Generali della Sanità veneta, che avrà scadenza il 31 dicembre 2020.

Il 9 novembre, nella sede di Passaggio Gaudenzio 1 a Padova, è arrivata la presentazione ufficiale della squadra, tutta al femminile dell'Azienda Zero.

Ad affiancare il Direttore Generale Patrizia Simionato, Michela Barbiero, nel ruolo di Direttore amministrativo, ruolo già ricoperto all'Ulss 5 Polesana, e Simona Aurelia Bellometti come Direttore sanitario, che proviene da una passata esperienza, con lo stesso ruolo, dall'Ulss 8 Berica.

«Azienda Zero – ricorda la Dg Simionato – nasce con la riforma della sanità veneta del 2017. E' un'azienda strategica per il sistema, pensata come azienda di servizi, che ha come obiettivo quello di garantire una serie di attività che vanno a sgravare l'impegno finora assunto dalle aziende sanitarie territoriali, che concentreranno le loro risorse nell'aspetto assistenziale e non più tecnico-amministrativo».

I primi passi della programmazione della Dg Patrizia Simionato saranno concentrati nei concorsi (già ne sono stati avviati 26), nel potenziamento del personale (finora già in servizio 180 persone, si arriverà a circa 320), e nelle gare d'appalto per apparecchiature e forniture (di cui 16 sono già in corso).

«Azienda Zero – dichiara Simionato - da subito si è impegnata in due filoni importanti di attività: concorsi e gare d'appalto.

Sono già 26 le procedure di concorsi espletate, 25 quelle in programma ed è già stata avviata una procedura concorsuale per Operatori socio-sanitari (OSS), una per infermieri e un'altra per dirigenti amministrativi.

I numeri verranno determinati dai fabbisogni espressi dalle singole aziende. Avviate anche alcune gare d'appalto per le acquisizioni di grandi apparecchiature, farmaci e dispositivi. Sono già state aggiudicate 16 gare, 12 sono state indette e 41 in corso di preparazione. Tra le gare merita di esserne citata una dal forte impatto economico, cioè quella "calore", attraverso la quale un unico gestore riscalderà tutti gli ospedali pubblici, le strutture ambulatoriali e di cura del Veneto, per la quale, su richiesta del presidente Luca Zaia, è stata sottoscritta una richiesta di collaborazione con

l'Autorità Nazionale Anticorruzione - Anac, che esaminerà tutti gli atti di gara che varrà quasi un miliardo e mezzo di euro».

Ma la più grande azienda del Nordest non fungerà solo da centrale operativa per concorsi e gare. Accentramento, velocità dei servizi e omogeneizzazione delle procedure sono le parole d'ordine: «Alla base della gestione di ogni settore, l'Azienda, punta a eliminare i servizi doppi, ora in capo alle aziende territoriali– sottolinea Patrizia Simionato-, in modo da ridurre tempi e sprechi, per avere un risparmio effettivo anche in termini economici.

In capo all'Azienda Zero saranno quindi tutti gli uffici per la formazione, l'accreditamento delle strutture, la gestione dei contenziosi, le assicurazioni, l'informatizzazione e la valutazione delle tecnologie sanitarie. Così si otterrà anche una maggiore specializzazione del personale in ogni settore e verranno, soprattutto, uniformate le linee guida che usciranno da azienda Zero e verranno tradotte in operatività. Importante sarà anche l'omogenizzazione dell'informatizzazione, per il quale è stata avviata una gara, grazie alla quale il Sistema Informativo Ospedaliero sarà uguale in tutto il Veneto per la gestione clinica del paziente. Passeranno in Azienda Zero anche tutti i flussi finanziari destinati alle Aziende Sanitarie, secondo le indicazioni regionali. Ad oggi, 9 miliardi gestiti come spesa corrente. Perciò Azienda Zero gestirà, oltre al proprio, anche il bilancio consolidato di tutto il SSR».

Verrà anche monitorato dall'Azienda l'operato delle aziende: «Le aziende socio sanitarie territoriali – specifica la Dg Simionato- verranno costantemente monitorate dall'Azienda Zero per tenere sotto controllo fabbisogni e costi. Infatti, ogni 15 giorni si riunirà a Padova il comitato formato da tutti i dg delle Ulss venete e Azienda Zero dove verrà valutato l'operato, i fabbisogni ed eventualmente elaborata la metodologia per superare le criticità emerse».

Ma all'Azienda Zero serve spazio, in arrivo dunque, entro la prossima primavera, anche un'altra sede per l'area sanitaria della grande holding – con organico di 143 persone-, quando dovrebbe terminare il restauro della "Casa Rossa" di via Jacopo Avanzo a Padova, ex sede del distretto dell'Usl 16. Nella sede già avviata di Passaggio Gaudenzio, invece, resterebbe tutta l'area di gestione amministrativa.

Mentre uno spazio dedicato all'area informatica dovrebbe presto sorgere a pochi metri dalla sede amministrativa. Così, tutto il personale di Azienda Zero verrebbe trasferito da Venezia a Padova.

DA VENEZIA A ROMA COLETTO SOTTOSEGRETARIO

L'assessore regionale alla Sanità chiamato al Ministero

di **Antonella Prigioni**

Assessore, no non più assessore, Sottosegretario, si aspettava questo incarico ?
«Non me lo aspettavo ma sono molto contento di aver ricevuto questa proposta, questa conferma».
Non è finto stupore quello di Luca Coletto, per otto anni assessore alla sanità della Regione Veneto. Veronese, Coletto, approda nel 2010 a Palazzo Balbi, delfino di Flavio Tosi , prende le distanze dall'ex sindaco quando chiude con la Lega ed entra nell'area del Presidente Zaia, suo mentore a Roma. Determinante l'ingerenza di Zaia per convincere Salvini nel sceglierlo per sostituire Fugatti, neo eletto presidente della Provincia di Trento.

Cosa porta a Roma e cosa lascia in Veneto?
Sarà riportare a Roma quello che è stato fatto in Veneto: federalismo, costi standard, una buona sanità per tutti. Il Veneto mi ha dato tanto, l'auspicio è che si possa ripetere l'esperienza a livello nazionale.

Tre sottosegretari e due ministri, una squadra consistente per rivendicare l'autonomia...
L'esito del referendum ha certificato la richiesta dei cittadini di autonomia, il segretario federale della Lega e vice premier Matteo Salvini ci sta sostenendo, ora siamo solo in attesa della risposta definitiva.

Lascia la sanità veneta in un momento di questioni aperte e indagini in corso. Diecimila persone richiamate per verificare se hanno contratto il batterio da sala operatoria, che ha causato anche qualche vittima
Appena è stato segnalato dal Ministero il rischio di contaminazione siamo intervenuti. L'informativa è stata diffusa a fine settembre ed immediatamente è stato sospeso l'impiego di questa apparecchiatura. A Padova e Verona la macchina era collocata fuori dalle sale operatorie, a Verona utilizzano addirittura un modello diverso. Il comitato ha definito un protocollo per richiamare i pazienti che possono essere stati esposti al batterio. Un protocollo adottato anche dall'Emilia Romagna che ha avuto le nostre stesse difficoltà.

La modifica delle liste d'attesa all'Ulss3, invece?
Io aspetterei: c'è un'indagine della magistratura. Detto inter nos, faccio fatica a credere che ci sia stata questa forzatura, non paga nessuno, tantomeno l'Ulss3 di Venezia. Per i pazienti oncologici poi non c'è alcun possibilità di modifica, le linee guida regionali e quelle scientifiche prescrivono, in questi casi, interventi di massima urgenza senza prenotazione alcuna.

Va a Roma, nel momento in cui, forse, il nuovo Ospedale di Padova è una certezza, almeno sulla carta.
Direi di sì. Le aree ci sono, l'accordo Regione – Comune pure, di progetti ce ne è più d'uno, si tratta di accendere il motore e di partire con decisione e di corsa.

Con Lei Sottosegretario sarà più facile ottenere dallo Stato i cinquecento milioni che servono ?
Io sarò uno dei portatori d'acqua, ce ne sono di più importanti. Sinergia, collaborazione, il Veneto è in pole position, cercheremo di fare tutto quello che è possibile fare per il Veneto e per Padova

Le dispiace lasciare la presidenza di Agenas?
Molto, perché Agenas ha un ruolo di cucitura tra lo Stato e le Regioni. La sanità è un tema condiviso tra Stato e Regioni. Il referendum del 4 dicembre 2016 è stato chiaro, gli italiani hanno detto no a riaffidare la sanità allo Stato. Significa che il federalismo sanitario, se usato bene, può dare risultati importanti, per migliorare la qualità della vita sanitaria e le cure erogate ai cittadini.

Ha idea di prenderà il suo posto in Giunta?
No, è una domanda da rivolgere al Governatore Zaia.

WEST NILE, A VENEZIA SI PROGRAMMA IL 2019

Nel 2019 una disinfestazione larvicida e due adulticide. Previsto un coordinamento con le altre Regioni

Il virus West Nile, trasmesso all'uomo dalla zanzara culex pipiens, ha tenuto in apprensione quest'estate pressoché tutto il nord Italia (Emilia Romagna e Veneto le Regioni più colpite), ma si è presentato in forma tanto massiccia quanto imprevista, in buona parte dell'Europa balcanica, in Portogallo, in Grecia e in Corsica. In Veneto ha causato 257 casi totali, dei quali 64 nella grave forma neuroinvasiva, con 18 decessi, tutti in persone anziane, con gravi patologie pregresse o gravi deficit immunitari; in Emilia Romagna i casi accertati sono stati 253, con 21 decessi.

Un fenomeno da studiare, per come si è palesato per la prima volta in maniera così estesa, e da mettere al centro di un'attenta programmazione per la prossima stagione estiva.

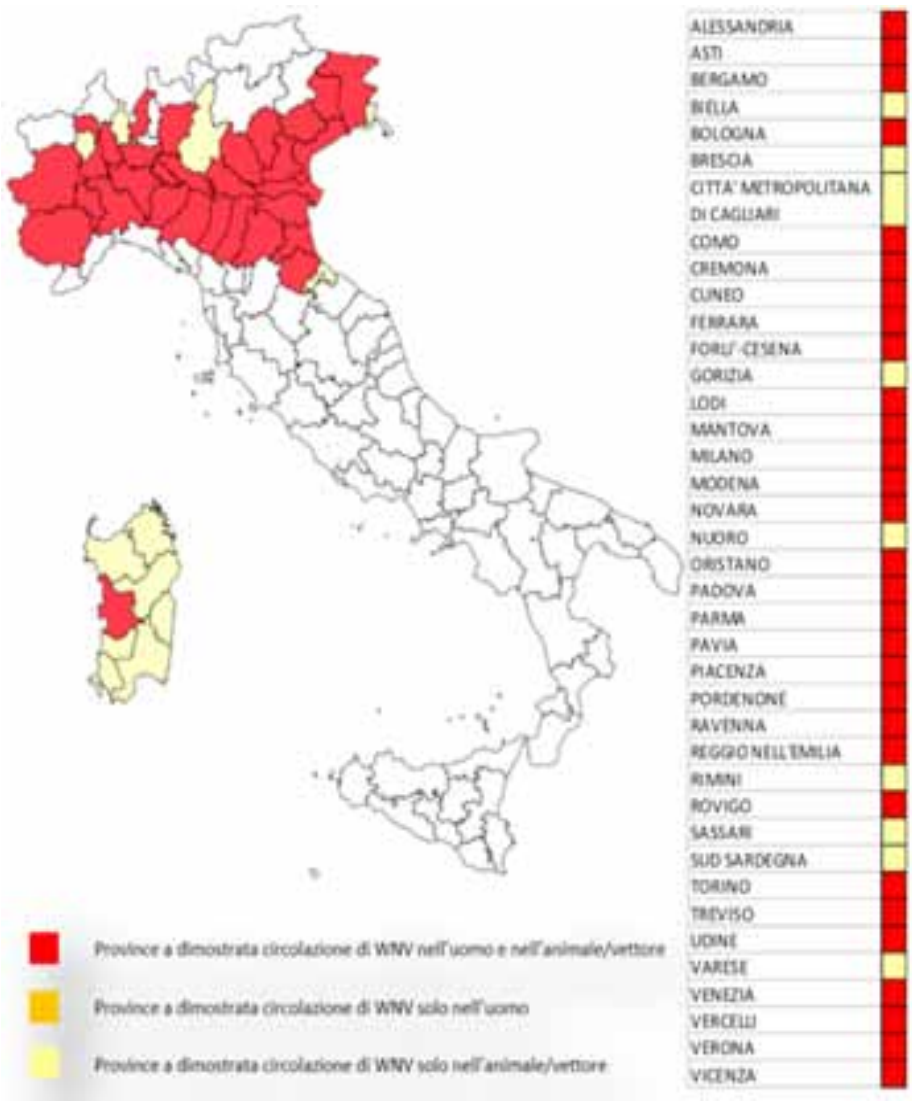
Per questo, all'inizio di novembre, a Venezia, la Regione Veneto ha messo a confronto esperti del mondo scientifico, del Ministero della Salute, delle diverse Regioni interessate, delle Ullss, dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, della Regione portoghese di Madeira e della Contea rumena di Daly.

Presenti, tra gli altri, l'Assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto, il DG della sanità regionale Domenico Mantoan, il Direttore del Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità Giovanni Rezza, il responsabile del Laboratorio di Microbiologia di Padova, Centro di Riferimento Regionale, Giorgio Palù, il Direttore dell'Irccs per le Malattie Tropicali dell'ospedale di Negrar, Zeno Bisoffi.

«L'esperienza fatta dal Veneto e dall'Emilia Romagna – ha riconosciuto Rezza – è stata esemplare, per organizzazione e intensità d'azione. Ora sarebbe importante venisse diffusa a tutte le altre Regioni, perché non possiamo certamente escludere una ulteriore diffusione nel 2019 e vanno messe in atto tutte le possibili misure di monitoraggio e prevenzione».

A questo penserà un tavolo tecnico nazionale, condotto da Veneto ed Emilia Romagna, chiamato a elaborare nuove linee guida per aggiornare lo specifico Piano per tutto il territorio italiano; a creare un coordinamento interregionale che vada oltre quello già in atto tra le due Regioni padane ci penserà invece un tavolo tecnico attivato in seno alla Commissione Salute, che riunisce tutti gli assessori alla sanità delle Regioni italiane, e presieduto dalla dirigente della Prevenzione del Veneto, Francesca Russo.

"Come Veneto – ha anticipato Coletto – stiamo già programmando le azioni per il prossimo anno, che potranno contare su un finanziamento base di 1,5 milioni di euro da dedicare principalmente al monitoraggio e alle iniziative di prevenzione, ma la questione va ben oltre la nostra Regione, per cui sarebbe opportuno valutare un intervento di sostegno nazionale. Posso comunque già anticipare – ha detto – che nel 2019 verrà realizzata un campagna larvicida a marzo, mirando a ridurre al minimo la schiusa delle larve. In estate, invece, ci saranno due campagne adulticide, i cui tempi saranno decisi dai tecnici sulla base dell'andamento della stagione e delle indicazioni che arriveranno dalle trappole disseminate in tutte le aree a rischio. Dovremo fare i conti con le



bizze del clima, per cui, oggi, non si può entrare maggiormente nei particolari, se non per annunciare che la campagna di monitoraggio che avrebbe dovuto chiudersi a ottobre è stata prolungata per tutto novembre, visto l'andamento ancora caldo e umido del clima. Da ottobre, comunque, le trappole non hanno rilevato nuove zanzare positive, né si sono registrati altri casi umani. Come Regione – ha aggiunto – stiamo creando un coordinamento a tutto campo che, partendo da una pianificazione regionale, coinvolgerà tutte le Ullss, gli ospedali per la parte diagnostica, i Comuni, i Consorzi di Bonifica, l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie e arriverà fino ai cittadini, i cui comportamenti preventivi, come l'installazione di zanzariere, la manutenzione di giardini e caditoie, l'uso di repellenti cutanei, sono molto importanti, stante che il 70% del territorio si trova in proprietà private, dove il pubblico non può arrivare. Peraltro gli esperti garantiscono che una disinfestazione in un giardino con appositi pastiglioni non costa più di cinque euro a stagione".

Dal punto di vista statistico, il Bollettino West Nile Estate 2018, elaborato dalla Direzione Prevenzione, indica 257 casi accertati, ai quali aggiungere 98 casi probabili, 32 casi di positività in donatori di sangue, 21 casi di infezioni asintomatiche non classificate, per un totale di 408. 18 sono stati i decessi: 8 nel territorio dell'Ulss 6 Euganea, 5 nell'Ulss 5 Polesana, 2 nell'Ulss 3 Serenissima, 2 nell'Ulss 9 Scaligera, 1 nell'Ulss 2 Marca Trevigiana.

Le conclusioni sono state tratte dal DG della Sanità Veneta Domenico Mantoan, che ha indicato una serie di passaggi procedurali:

- Istituzione Commissione regionale permanente sulle attività di controllo dei vettori, per il coordinamento di tutti gli Enti coinvolti.
- Attivazione in tutte le ULSS del Tavolo tecnico di coordinamen-

to con Comuni e Consorzi di Bonifica.

- Predisposizione da parte delle Ulss di una pianificazione generale delle attività di disinfestazione nel proprio territorio, coordinando le azioni dei Comuni, offrendo supporto tecnico e verificando l'efficacia degli interventi
- Supporto dei Consorzi di Bonifica ai Comuni nelle operazioni di monitoraggio del territorio e mappatura dei potenziali focolai larvali.
- Mappatura del territorio da parte dei Comuni, individuando le aree da sottoporre a disinfestazione (con il supporto tecnico di ULSS e Consorzi) e predisponendo un Piano di disinfestazione nel territorio di competenza.
- Indizione da parte della Regione Veneto, tramite Azienda Zero, di un bando unico regionale per le attività di disinfestazione in caso di emergenza sanitaria. I Comuni potranno agganciarsi a questo bando per appaltare le attività di disinfestazione programmata.

Inoltre, tutti gli Enti coinvolti dovranno contribuire alla comunicazione verso la popolazione (misure di protezione individuale e misure di lotta ai vettori), rilanciando i messaggi predisposti dalla Regione attraverso i propri canali istituzionali.

I Comuni e le ULSS dovranno diffondere buone pratiche tra i cittadini per incentivarli a controllare la proliferazione delle zanzare nelle aree private, anche attraverso la distribuzione gratuita di prodotti larvicidi nelle sedi comunali e nelle farmacie.

I Comuni dovranno prevedere l'emissione di ordinanze per il controllo della proliferazione di zanzare nelle aree private, prevedendo anche verifiche del rispetto di tali disposizioni.

Considerata l'eccezionalità della stagione 2018 (caldo precoce e prolungato) che fa supporre un elevato numero di uova di zanzara pronte a schiudersi all'arrivo dei primi caldi primaverili, si anticiperanno i tempi per la predisposizione dei Piani di disinfestazione;

Invio Piani di disinfestazione comunale alle ULSS: entro gennaio 2019;

Inizio trattamenti larvicidi: marzo 2019.

NES il virus west nile

L'estate del virus West Nile

A metà settembre si contavano più di una dozzina di decessi a causa del virus trasmesso dalle zanzare

di Giuliano Gargano

«La situazione legata alla presenza in alcune parti del Veneto di focolai di zanzare portatrici del virus West Nile non desta allarme. E' un fenomeno che si presenta da anni a ogni estate, tenuto dal clima caldo e umido come adesso. Il sistema sanitario e la decisione di stanno collaborando con noi per ridurre il numero dei casi di contagio che, dal punto di vista clinico, la classificazione dei contagi umani del Culex pipiens, e delle richieste di aiuto giunte dai Comuni, che sulla base delle norme nazionali sono responsabili degli interventi, la Regione farà. E' in corso di predisposizione un verso e proprio Piano straordinario di disinfestazione a tappeto che comunque prenderà il via già nei primi giorni di settembre.

Come è successo in meno di un mese, tra il 27 luglio – data del primo comunicato della Regione nel Veneto – e il 24 agosto, data del quinto della serie?

E successo che i colpiti dal virus West Nile, tre, ottenuto dalla zanzara Culex Pipiens, meglio noto come dodicenni tigre, sono ora ventitrè, di cui sei deceduti.

Passano pochi giorni e il 4 settembre i morti sono raddoppiati, portando a 16. Attraverso del mese ha preso il via la fase attuativa del Piano Straordinario di Disinfestazione approvato in Regione con 800 mila euro per combattere la proliferazione del virus del Nilo Occidentale trasmesso all'uomo dalle zanzare "culex pipiens".

Alcune pagine alla scoperta delle novità provenienti dalle Ullss della nostra Regione, con tanti approfondimenti e notizie, per rimanere sempre aggiornati sui servizi sanitari offerti ai cittadini. Per contribuire alla nostra rubrica, le Aziende sanitarie locali possono contattarci all'indirizzo redazione@nordestsanita.it.

L'ULSS 8 BERICA ENTRA NELLA RETE DI GENERAZIONI

di **Margherita De Nadai**

In programma i primi 5 corsi di formazione per le assistenti familiari che affiancano le famiglie nella gestione in casa delle persone non autosufficienti

L'ULSS 8 Berica è entrata a far parte della rete di GenerAzioni, l'iniziativa promossa da CISL Vicenza insieme ad Umana che ha come obiettivo quello di fornire un unico punto di riferimento a tutti i cittadini che necessitano di un servizio di assistenza familiare, e allo stesso tempo per promuovere una nuova identità professionale delle lavoratrici impegnate in questa attività. Un progetto di rete che già vede l'adesione dei comuni di Vicenza, Montecchio Maggiore, Schio e Sandrigo, oltre che della Cooperativa Promozione Lavoro, Cooperativa Margherita, AVMAD e Associazione Il Pomodoro, ma che rimane aperto all'ingresso di nuovi partner.

All'interno di questa rete, in particolare, sfruttando le sue competenze specifiche, l'ULSS 8 Berica sarà coinvolta nell'organizzazione di corsi di formazione e aggiornamento professionale per le assistenti familiari.

Più in dettaglio, sono attualmente in fase di progettazione ben cinque corsi di formazione, che si svolgeranno all'inizio del 2019 in diverse aree del-

la provincia (Vicenza, Lonigo\Montecchio Maggiore, Schio\Thiene, Sandrigo\Bassano del Grappa). Quattro di questi corsi prevedono 80 ore di formazione e sono rivolti a chi già opera come assistente familiare, dunque con una finalità di aggiornamento e miglioramento delle competenze professionali; a questi si affiancherà inoltre un corso di 120 ore per la formazione di nuove figure professionali. Complessivamente, i posti disponibili saranno circa 75, mentre per maggiori informazioni sulle iscrizioni, i programmi e le modalità organizzative sarà possibile rivolgersi direttamente ad Umana (tel. 0444 542244, infovi@umana.it.) o al Cisl Vicenza (Tel. 0444 228711 centralino Cisl, tel. 0444 320344 centralino CAF, colfbadanti.vicenza@cisl.it).

In prospettiva, inoltre, la partnership con l'ULSS 8 Berica prevede anche l'organizzazione di incontri informativi dedicati ai familiari dei soggetti non autosufficienti, interessati a capire come "gestire" i propri cari nel modo migliore e a quali servizi possono rivolgersi per le diverse necessità.

"Quando ci è stata proposta questa collaborazione - commenta il Direttore Generale dell'ULSS 8 Berica - abbiamo subito apprezzato lo spirito del progetto, sia perché puntando sulla rete esprime la nostra stessa filosofia volta a promuovere e incentivare le collaborazioni tra i diversi soggetti, sia perché si inserisce all'interno delle nostre politiche per un'assistenza sempre più sul territorio, non solo vicino a casa ma anche in casa, dove questo sia possibile. Come noto il tema dell'invecchiamento progressivo della popolazione e della domanda crescente di assistenza che questo fenomeno comporta rappresenta una grande sfida, che può essere vinta solo mettendo a disposizione delle famiglie una rete di servizi di supporto. Inoltre, poter contare su assistenti familiari che non si siano improvvisate in questo mestiere, ma adeguatamente formate, in prospettiva può garantire un benessere migliore dei soggetti più fragili, riducendo l'insorgere di complicanze o il numero di accessi inappropriati al Pronto Soccorso".

Tutto questo in un'ottica di rete, come sottolinea Raffaele Consiglio, segretario provinciale di Cisl Vicenza: "Bisogni complessi come quelli che riguardano la fragilità dell'anziano e l'assistenza familiare richiedono risposte articolate e integrate, che nessun ente, organizzazione o azienda privata può fornire da solo:

ma insieme possiamo, ed è questo lo spirito e la forza di GenerAzioni. Allo stesso tempo, il progetto ha una valenza importante anche per quanto riguarda la valorizzazione e tutela dei lavoratori e lavoratrici del settore, perché ci consente di creare un'alternativa competitiva e praticabile al lavoro nero in un ambito in cui sappiamo essere molto diffuso questo fenomeno. Quella che viene data in questo modo è dunque una doppia garanzia, in termini di tutela dei diritti e promozione delle competenze, sia per i lavoratori sia per le famiglie".

"GenerAzioni - sottolinea Luigi Polesel, responsabile Area Servizi alla persona di Umana - è un modello di eccellenza nel panorama della virtuosa collaborazione fra il pubblico, il privato e il mondo delle forze sociali del territorio. Un modello che funziona e che Umana ha abbracciato da tempo in molte altre realtà del territorio italiano. La domanda di servizi sociali, di assistenza agli anziani e alle persone con diversi gradi di fragilità, è oggi una priorità in un tessuto sociale che progressivamente invecchia e ha sempre maggiore bisogno di servizi certificati e di qualità. Ed è proprio su questo tema che Umana, attraverso la sua Area specialistica, può contribuire a costruire dei percorsi importanti ponendo la massima attenzione alla professionalità delle figure coinvolte nei servizi di assistenza e sostegno, rispondendo puntualmente alle esigenze delle famiglie attraverso un modello di certezza e legalità, garantendo e offrendo, al contempo, dignità professionale alle assistenti familiari, anche costruita attraverso percorsi formativi di eccellenza che Umana, con Umana Forma, sta costruendo da tempo".

Più concretamente, per le famiglie vicentine il servizio si concretizza in tre sportelli (a Vicenza, Montecchio Maggiore e Sandrigo, ma è possibile rivolgersi direttamente anche alle sedi di CISL e Umana in tutto il territorio provinciale) che fungono da punto di riferimento unico. Qui i cittadini possono trovare un sostegno completo e concreto per tutte le esigenze di assistenza familiare. Si comincia con una consulenza iniziale per l'orientamento sui diversi servizi esistenti, inclusi gli strumenti messi a disposizione dallo Stato o dagli Enti locali, per passare quindi all'analisi del bisogno assistenziale e all'individuazione di soluzioni su misura, per arrivare all'identificazione del profilo professionale più idoneo per il proprio specifico bisogno.

A questo punto sarà possibile usufruire di un servizio di gestione "tutto compreso" che comprende la ricerca, selezione e assunzione di assistenti familiari qualificate e affidabili, anche per brevi periodi (ad esempio per sostituzioni durante le ferie della figura normalmente presente in casa) o per situazioni temporanee di particolare complessità, come il rientro a casa dopo le dimissioni ospedaliere. In questi casi è possibile affiancare o integrare all'Assistente Familiare Operatori socio-sanitari specializzati per il lavoro a domicilio per coordinare l'avvio del percorso di assistenza o per sostenere la famiglia nei momenti di crisi e stanchezza. Su richiesta è a disposizione anche un servizio di counselling psicologico per le persone non autosufficienti o per i loro famigliari.

Non solo, ma tramite "GenerAzioni" è possibile ricevere supporto anche per tutta la gestione amministrativa e contabile, inclusa l'erogazione della busta paga alle assistenti familiari. A questo riguardo, nella fase iniziale e per periodi particolarmente critici, come dimissioni ospedaliere e sostituzione per ferie, il servizio sarà gestito sul piano amministrativo da Umana, avendone le competenze e funzioni specifiche di incrocio domanda-offerta, mentre per bisogni di assistenza continuativa a lungo termine le famiglie potranno assumere direttamente l'assistente familiare con l'assistenza di Cisl, con un costo di gestione ridotto. Sempre tramite Cisl, inoltre, ove necessario è possibile richiedere una consulenza per la nomina di un amministratore di sostegno per la tutela degli interessi personali e patrimoniali delle persone in difficoltà.

"Abbiamo aderito con convinzione al progetto GenerAzioni - commenta il sindaco di Montecchio Mag-

giore Milena Cecchetto - perché è importante per un Comune avere uno sportello a cui i cittadini possono rivolgersi con serenità per qualsiasi bisogno legato all'assistenza di persone non autosufficienti. Avere un punto di riferimento unico permette infatti di evitare perdite di tempo legate al dover girare da un ufficio all'altro. Accogliamo quindi con grande favore l'ingresso nella rete dell'Ulss 8, perché saprà mettere a disposizione le proprie competenze per rendere ancora più efficiente questo sportello a servizio delle nostre famiglie in difficoltà".

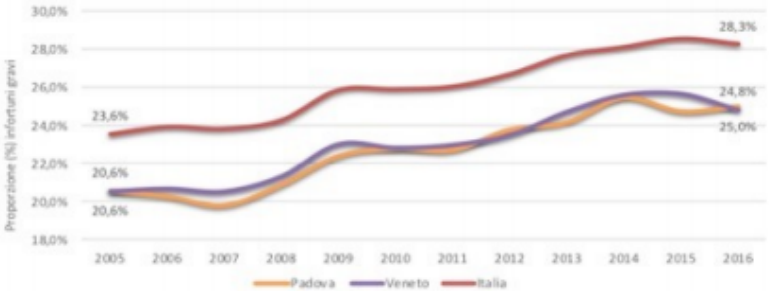
"Una proposta di rete alla quale il Comune di Sandrigo - spiegaa Marica Rigon, Assessore alla Cultura e Servizi Sociali - ha aderito sin dall'inizio con profonda convinzione interpretando i crescenti bisogni assistenziali di cui necessitano anziani e persone in condizioni di fragilità e quindi famiglie del territorio. Un progetto socio-assistenziale che apre a nuovi orizzonti nell'ambito dell'assistenza domiciliare; per il nostro Comune un vero punto di forza, che orienta le famiglie infondendo fiducia e sicurezza sapendo di poter contare su una rete di servizi affidabile, qualificata e professionale dove trovare risposte adeguate alle proprie esigenze di assistenza. Un grande passo in avanti quindi, a supporto delle crescenti richieste di servizi sociali visto il progressivo invecchiamento del tessuto sociale".

MORTI BIANCHE, L'ULSS 6 EUGANEA METTE IN CAMPO 30 PROGETTI PER INCENTIVARE LA SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Gli incidenti diminuiscono, ma aumentano quelli gravi. Questi i settori più a rischio: terziario, metalmeccanica, agricoltura, edilizia, trasporti. 1,5 milioni di sanzioni Spisal finanziano la prevenzione

Dalla sinergia dell'Ulss 6 Euganea con il Comitato Provinciale di Coordinamento CPC (composto da Ispettorato territoriale del lavoro Padova, Inps, Inail, Vigili del Fuoco, Ispesl, Arpav, Confindustria, Ance, Confesercenti, Confagricoltura, Coldiretti, Cia, Upa, Cna, Confapi, Cgil, Cisl e Uil, Fillea, Filca, Feneal, Anmil, Camera di Commercio, Ascom, Comitato paritetico territoriale Assessorato al Lavoro Provincia di

Padova, Sirvess, Anci) sono nati 30 progetti per incentivare la sicurezza nei luoghi di lavoro, finanziati con 1,5 milioni derivanti dalle multe comminate dallo Spisal. Padova è al primo posto in Veneto per numero di imprese e al secondo come numero di addetti, dopo Verona. Il numero di infortuni sta calando, ma la percentuale degli incidenti gravi sta aumentando: i comparti più a rischio restano la metalmeccanica, l'edilizia e i trasporti. La Regione Veneto ha deciso che i 2/3 delle sanzioni vengano destinati per metà a progetti di sostegno alle aziende e ai lavoratori e per metà alla formazione. Sono stati recentemente liquidati alle Ulss dalla Regione i finanziamenti relativi agli anni 2013-2016 (complessivamente 9,5 milioni a livello veneto) e potranno essere spesi nel periodo 2018-2020. Per quanto riguarda l'Ulss 6 Euganea, per il sostegno alle imprese sono disponibili 570 mila euro, per la formazione 960 mila euro. Queste risorse hanno consentito la realizzazione e l'avvio di ben 30 progetti di sostegno alle imprese e



Infortuni definiti positivamente in occasione di lavoro (per "territorio"): proporzione (%) infortuni Infortunigravi. Provincia di Padova, Regione Veneto e Italia - Anni 2005-2016

di formazione per la tutela della salute. Ora l'Ulss 6 Euganea ha deciso di coinvolgere tutte le categorie sociali nella definizione dei progetti così che dell'utilizzo degli stanziamenti possano beneficiare i lavoratori, attraverso progetti proposti dai sindacati, la scuola, le grandi e le piccole imprese di tutti i settori produttivi, ma in particolar modo di quelli più a rischio, come agricoltura ed edilizia. "L'Ulss 6 Euganea ha stretto una grande alleanza con i rappresentanti delle parti sociali per contrastare gli infortuni sul lavoro, in particolare quelli gravi e mortali, e le malattie professionali. La nostra volontà – commenta il Direttore generale dell'Ulss 6 Euganea, Domenico Scibetta – è che la parola lavoro sia sempre sinonimo di vita e salute. Le leve sulle quali agiamo, con ancor più impegno e convinzione, sono la formazione per promuovere una giusta attenzione ai problemi della salute e sicurezza sul lavoro e una cultura orientata radicalmente e profondamente alla prevenzione".

Nel 2017 gli occupati medi totali stimati dall'Istat in provincia di Padova ammontano a oltre 403 mila persone, pari al 19,0% del totale regionale, collocando Padova al 2° posto nel Veneto e al 11° in Italia. Il tasso di occupazione, calcolato come rapporto tra occupati e popolazione residente in età 15-64 anni, nel 2017 in provincia di Padova è pari al 65,6%, pressoché sovrapponibile rispetto al valore regionale (66%) e con un valore molto superiore rispetto alla media nazionale (58%). Il totale degli insediamenti produttivi, che include oltre alle sedi legali, anche le unità locali (ovvero sedi secondarie, filiali, stabilimenti, ecc.) al 31.12.2017 è di 107.941 unità, dato che conferma Padova al primo posto nel Veneto con circa il 20% del totale Regionale. Nel 2016 (ultimo dato disponibile) nel territorio della provincia di Padova, l'Inail ha riscontrato 7.958 infortuni: gli infortuni in itinere sono stati 1.725, pari a quasi il 22% di tutti gli eventi, mentre gli infortuni in occasione di lavoro avvenuti senza mezzo di trasporto sono stati 5.810.In provincia di Padova il numero di infortuni negli ultimi dodici anni è passato dai 10.724 eventi del 2005 ai 6.233 del 2016 (-41.9%). Analizzando la distribuzione percentuale degli infortuni nei principali comparti, il terziario è il settore produttivo dominante e questo si riflette nella numerosità degli infortuni con quasi il 40% del totale. Seguono la metalmeccanica (14,2%), le costruzioni (10,6%), l'agricoltura ed i trasporti entrambi con il 4,8%. Pur essendo diminuito il numero complessivo di infortuni, è purtroppo aumentata la proporzione di eventi gravi (quelli che comportano un'assenza dal lavoro superiore a 40 giorni oppure un tipo di definizione "permanente" o "mortale). Nel 2016 questa tendenza sembra modificarsi con una flessione evidente a livello nazionale e, in particolar modo, a livello regionale. Per la provincia, che già aveva mostrato segni di inversione nel 2015, il dato rimane sostanzialmente stabile. Nel 2017, sono pervenuti all'osservazione degli Spisal della provincia di Padova 4 casi di infortuni mortali contro gli 8 del 2016. Per quanto riguarda le malattie professionali nella provincia di Padova, dal 2015 si registra un boom di segnalazioni. Nel 2017 sono state denunciate agli Spisal della provincia di Padova 614 malattie, di cui 475 - ovvero il 77% - sono patologie dell'apparato muscolo-scheletrico. Padova nei mesi scorsi è stata al centro della cronaca per il grave incidente delle Acciaierie Venete, nel quale sono stati coinvolti 4 operai, di cui uno deceduto.

La scorsa primavera il Comitato Provinciale di Coordinamento di Padova è stato coinvolto nella scelta

di proporre delle progettualità – che vadano oltre le attività obbligatorie previste dalla normativa – per utilizzare i finanziamenti che la Regione ha restituito allo Spisal come ricavato delle sanzioni erogate. Sono stati complessivamente approvati 30 progetti, alcuni di essi proposti dal Comitato nel suo insieme, altri dall'Ulss, dalle organizzazioni sindacali, dalla rete delle scuole, dalle associazioni di categoria, dall'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi del Lavoro. La scelta dei contenuti dei progetti muove dalla considerazione dei fattori di rischio più rilevanti e dei problemi di salute prioritari.
È stata posta particolare attenzione ai due comparti lavorativi maggiormente a rischio, ovvero agricoltura ed edilizia: hanno risposto con grande interesse tutte le associazioni di categoria del comparto agricoltura (CIA, Coldiretti e Confagricoltura) e la Scuola Edile CPT per l'edilizia che sostiene le aziende del settore che hanno intrapreso percorsi di asseverazione o che si stanno dotando o si sono dotate di sistemi di gestione della sicurezza. Riconosciuti i problemi di salute emergenti, diversi progetti riguardano la prevenzione e la gestione delle patologie a carico dell'apparato muscolo-scheletrico che ad oggi rappresentano la fetta più consistente (intorno all'80%) delle malattie professionali denunciate ai Servizi e riconosciute dall'Inail e il reinserimento al lavoro di soggetti con limitazioni nell'idoneità alla mansione per tali patologie attraverso la creazione di ambienti di lavoro rispettosi dei principi ergonomici. La tutela della salute dei lavoratori passa anche attraverso la promozione di stili di vita sani mediante la realizzazione di interventi di promozione della salute in collaborazione con i datori di lavori, le figure aziendali della sicurezza, i lavoratori stessi. Prioritario è, inoltre, per le attività di prevenzione e promozione della sicurezza e della salute, il mondo della scuola per la sua valenza formativa verso le classi di popolazione più giovane.

ULSS 2 MARCA TREVIGIANA, A MONTEBELLUNA UNA SQUADRA DI CALCIO A 5 PER IPOVEDENTI, OGGI UNICA IN VENETO

Al San Giacomo di Castelfranco con il nuovo anno entrerà a pieno regime il nuovo servizio di ipovisione

"Forza Futsal Treviso!" è il sostegno che sorge spontaneo quando si tratta della squadra di calcio a 5 per ragazzi ipovedenti, che si accompagna al nuovo servizio di ipovisione dell'Ospedale San Giacomo di Castelfranco Veneto. La novità è stata presentata questo autunno a Caonada di Montebelluna nel corso dell'allenamento dei ragazzi del Futsal Treviso che partecipano ad un vero e proprio campionato nazionale, da Francesco Benazzi, direttore generale dell'Ulss 2 Marca trevigiana, Tarcisio Sibilla, responsabile dell'U.O.D di chirurgia ambulatoriale oculistica di Castelfranco Veneto e Stefano Miorin, direttore del reparto di oculistica di Montebelluna. Il Futsal Treviso oggi è rimasta l'unica realtà in Veneto di calcio a 5 per ipovedenti.
"E' stata una fatale combinazione raccogliere l'appello di questa splendida realtà, il Futsal Treviso, che cerca di coinvolgere nuovi giocatori ipovedenti e nuovi collaboratori e dirigenti, con il lancio del nuovo servizio ambulatoriale che andrà a regime con il nuovo anno grazie anche all'acquisto già effettuato di una serie di strumentazioni all'avanguardia per la presa in cura dei pazienti – conferma lo stesso Francesco Benazzi –. Da parte nostra non possiamo non sostenere questa come tantissime altre associazioni che rendono possibile quello considerato impossibile. Spero che il territorio possa rispondere presente, ma soprattutto che la notizia si diffonda perché per molti ragazzi ipovedenti questa può essere un'occasione per rinforzare le fila della squadra montebellunese". L'ipovisione è un'alterazione dell'apparato visivo che causa disturbi della vista molto diversi tra loro, essi vanno da un'acutezza visiva molto ridotta alla restrizione del campo visivo.
Oggi, in molti pazienti che hanno subito un grave ed irreversibile deterioramento delle capacità visive qualcosa può essere fatto: "Questo è quello di cui si occupa il nuovo servizio di ipovisione dell'ospedale San Giacomo Apostolo di Castelfranco Veneto: una riabilitazione che mira, mediante l'utilizzo di sussidi ottici ed elettronici a rieducare il paziente ipovedente ad utilizzare in maniera più produttiva il proprio residuo visivo – sottolinea Tarcisio Sibilla -. Presso il nuovo ambulatorio, ad affiancare il vecchio metodo di riabilitazione alla lettura e scrittura, è presente anche il microperimetro; strumento indispensabile per un esatto e più completo inquadramento diagnostico. Esso permette di studiare con precisione

oltre la sensibilità retinica residua, anche la sede e la stabilità della fissazione retinica e di individuare con più facilità la zona da riabilitare". Gli ausili visivi a disposizione dell'ambulatorio saranno ausili ottici (sistemi microscopici, telescopici, lenti per la fissazione eccentrica, lenti filtranti medicali), e non ottici (sistemi illuminotecnici, sistemi ergonomici, ausili tiflotecnici). L'ambulatorio è già attivo con la prospettiva di ampliamento e completamento entro marzo. "La maggior parte dei nostri pazienti, quasi sempre anziani poichè affetti da maculopatia senile evoluta, rinunciavano spesso e a malincuore ai trattamenti riabilitativi proposti ma offerti da ambulatori per loro troppo disagevoli da raggiungere. Fino ad ora hanno già iniziato il loro percorso riabilitativo 5 pazienti, con risultati del tutto incoraggianti. Il training ha una durata variabile, dai 3 ai 6 mesi, con incontri a cadenza settimanale. Questo servizio è seguito dall'ortottista, figura di riferimento nella riabilitazione visiva, affiancato sempre dal medico oculista".

Finora l'unico centro provinciale di ipovisione, diretto da Giovanni Prosdocimo, direttore di oculistica del Distretto di Pieve di Soligo, riconosciuto dalla Regione Veneto (delibera 1210 del 17/5/12) che svolge l'attività di diagnosi e di riabilitazione dell'ipovedente adulto, in collaborazione anche con centri di ricerca internazionali, è sito in Conegliano e ha in cura circa 150 pazienti di cui un centinaio da fuori distretto.

CHIOGGIA, UNA PICCOLA BIBLIOTECA DONATA ALLA PEDIATRIA

Il dono arriva da Rete Impresa Trasforma grazie al progetto delle librerie Giunti al Punto

A novembre è stata donata ai piccoli pazienti della Pediatria di Chioggia una piccola biblioteca da parte dell'azienda Rete Impresa Trasforma, che ha deciso quest'anno di aderire al progetto delle librerie Giunti al Punto: "Aiutaci a Crescere. Regalaci un Libro!". Presente alla donazione come "testimonial", il piccolo Mattia, 12 anni, paziente della Pediatria.

L'iniziativa è nata a livello nazionale per favorire la lettura nelle scuole e nei reparti pediatrici di tutta Italia. Fino all'anno scorso, a Chioggia, il progetto aveva avuto buoni risultati per le scuole, ma quest'anno la donazione ha toccato per la prima volta anche l'Ospedale con soddisfazione e ringraziamento da parte della Direzione della Ulss 3: "E' un segnale importante che proviene dal territorio – ha detto il Direttore Generale della Ulss 3 Giuseppe Dal Ben – e che l'Azienda sanitaria coi suoi professionisti ha accolto con gratitudine perché permetterà ai nostri bambini di poter trascorrere le ore in Ospedale in maniera diversa e spensierata".

"Un obiettivo già abbracciato dalla Pediatria di Chioggia – ha aggiunto il Dg – dove da alcuni anni si trovano spazi colorati, anche una sala di attesa preparata appositamente con ornamenti e dipinti "a misura di bambino" che hanno lo scopo di allietare la permanenza dei piccoli ospiti". "Promuoviamo questa iniziativa – ha dichiarato Alessandra Fidelfatti, una dei soci della Rete - perché pensiamo sia fondamentale restituire al territorio qualità di vita, quando da esso abbiamo la possibilità di ricevere lavoro. Quando Elisa della Libreria Giunti al Punto di Chioggia ci ha proposto una biblioteca (57 libri) per il reparto pediatrico dell'Ospedale di Chioggia, abbiamo scelto di aderire al progetto con entusiasmo".

BCC Roma, in prima linea nel settore della Protection Assicurativa

Sette specialisti di alto profilo operativi nelle aree operative della Banca di Credito Cooperativo di Roma, a partire dal Veneto. La mission? Potenziare un qualificato servizio di consulenza nelle agenzie per un'offerta assicurativa dedicata a soci e clienti. Perché proteggere ciò che si è costruito permette di affrontare con serenità il futuro

Sicurezza per sé e per le persone più vicine, per la propria casa e per l'impresa, per la salute e per i risparmi: proteggere ciò che si è costruito è un bisogno primario comune e imprescindibile, perché si traduce nella possibilità di guardare al futuro con serenità.
La BCC di Roma intende essere sempre al fianco dei soci e dei clienti, anche nella pianificazione della protezione, e in tal senso sostiene il principio di previdenza attraverso la Banca Assicurazione, ossia l'insieme di attività di consulenza e offerta di soluzioni assicurative per proteggere i beni, la casa, la salute e la persona in generale, dai rischi connessi all'attività lavorativa e alla vita quotidiana.
Già a partire dal 2017 l'azione della BCC di Roma nell'ambito delle soluzioni di Banca Assicurazione si è costantemente rafforzata, con un progetto dedicato, originale, che coinvolge risorse umane altamente qualificate.
«Il progetto pilota - ha spiegato il Vice Direttore Generale BCC Roma Francesco Petitto - è partito lo scorso anno nell'Alta Padovana con uno specialista e un consulente esterno. L'intento era quello di aumentare il livello qualitativo della consulenza commerciale. Tra il 19 marzo e il 21 maggio di quest'anno sono stati assegnati altri 6 specialisti, ed ha avuto inizio la piena operatività. Si tratta di consulenti di alto profilo per formazione e capacità di relazione, i quali ora coprono tutte le aree della nostra Banca, dal Veneto all'Abruzzo, passando per il Lazio. E' un modello innovativo di organizzazione che ha anticipato quello che si stanno dando altri Istituti di credito, e che permette a BCC di Roma di distinguersi ancora una volta in ciò che è da sempre una nostra eccellenza: la capacità di rispondere con puntualità e professionalità alle esigenze dei soci e dei clienti».

Per saperne di più rivolgiti alla tua agenzia BCC Roma

Persona e Famiglia:
In Casa con Chiara, Chiara Salute, Chiara Imprevisti, Chiara Protezione Mutuo, Chiara Incendio, Chiara Conto

Azienda e Lavoro:
Chiara D&O, Al lavoro con Chiara

Risparmio e Previdenza:
BCC Vita Start Evolution 3.0, Bcc Vita Autore Sinergia

BCC CREDITO COOPERATIVO Roma

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA
ALTA PADOVANA

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA
LA BANCA DEL TERRITORIO DA OLTRE 60 ANNI

I conti dedicati
alle famiglie,
ai giovani,
alle imprese.

Un'offerta personalizzata
per le esigenze dei professionisti,
dei lavoratori dipendenti, degli
artigiani e degli imprenditori agricoli.

Per la tua impresa
tanti prodotti e servizi,
che sia una piccola attività
o una realtà già grande.

INVESTIMENTI

FINANZIAMENTI

SERVIZI

BANCA ELETTRONICA

SISTEMI DI PAGAMENTO

ASSICURAZIONI

ARTWORK: STUDIOIDEO.COM

MESSAGGIO PUBBLICITARIO CON FINALITÀ PROMOZIONALE. PER LE CONDIZIONI CONTRATTUALI DEL PRODOTTO ILLUSTRATO E PER QUANTO NON ESPRESSAMENTE INDICATO È NECESSARIO FARE RIFERIMENTO AI FOGLI INFORMATIVI E AI MODULI DI INFORMAZIONE PUBBLICITARIA, CHE SONO A DISPOSIZIONE DEI CLIENTI ANCHE SU SUPPORTO CARTACEO, PRESSO TUTTE LE AGENZIE DELLA NOSTRA BANCA E SUL SITO WWW.BCCROMA.IT

WWW.BCCROMA.IT

La nuova frontiera della tomosintesi

Potrebbe venire impiegata nei futuri screening per diagnosticare tempestivamente il tumore alla mammella. Intanto al via degli studi anche promossi dalla Regione Veneto

a cura di **Anisap Veneto**

Recentemente si è tenuto a Padova un corso organizzato da Nordestnet sulla "Diagnostica Senologica: il passato ancora recente…il futuro già nato". Tra i vari relatori c'era la Dottoressa Francesca Caumo, Direttore Servizio Senologia Diagnostica presso l'Istituto Oncologico Veneto IOV – IRCCS, Padova. Il tema affrontato dalla Dottoressa Caumo è stato quello della valenza diagnostica della Tomosintesi. Di seguito, la sintesi del suo intervento.

La Tomosintesi, grazie ad una ricostruzione pseudo-tridimensionale della mammella, è in grado di superare i limiti della mammografia tradizionale (mammografia 2D), legati alla sovrapposizione strutturale che possono tradursi nel mancato riconoscimento di lesioni mammarie o nell'identificazione di immagini dubbie che poi risultano non essere reali lesioni (falsi positivi). Tale ricostruzione pseudo-tridimensionale è resa possibile dal movimento angolare del tubo radiogeno che consente l'acquisizione di multiple proiezioni a bassa dose che consentono di ricostruire, attraverso un algoritmo dedicato, una serie di piani tomografici campionati a distanza tipica di 1 mm.

La maggior parte degli studi clinici pubblicati hanno dimostrato i benefici della tomosintesi in aggiunta alla mammografia 2D anziché in alternativa. A supporto di questi studi i costruttori hanno predisposto una modalità di esposizione detta "combo", che prevede l'acquisizione sia della mammografia 2D che della tomosintesi con un'unica compressione della mammella.

Studi prospettici e retrospettivi condotti nel contesto di programmi di screening organizzato di popolazione, hanno dimostrato che la tomosintesi, utilizzata in associazione alla mammografia 2D, consente di ottenere una performance diagnostica superiore a quella della sola mammografia 2D. Dai diversi studi si evince complessivamente che la tomosintesi determina un aumento dell'identificazione dei tumori compreso tra 0.5 e 2.7 ogni 1000 donne esaminate e una contemporanea riduzione del tasso di richiami per falsi positivi tra 0.8% e 3.6% . Tra gli studi prospettici troviamo anche lo studio STORM pubblicato sulla rivista Lancet Oncology nato dalla collaborazione tra i centri di screening di Verona e Trento con un team Australiano che ha valutato le performance della DBT associata alla mammografia 2D versus la mammografia 2D su donne asintomatiche trovando un + 53% (detection rate passata da 5.3 per 1000 ad 8.1 per mille) di cancri con la prima modalità rispetto la seconda ed un -17% di richiami falsi positivi.

L'acquisizione in modalità integrata mammografia 2D e tomosintesi determina, rispetto all'acquisizione della sola mammografia 2D, una dose ghiandolare media (average glandular dose, AGD almeno doppia rispetto alla sola mammografia 2D). Tale problema, che costituirebbe una delle principali criticità per l'utilizzo generalizzato della tomosintesi nello screening organizzato o spontaneo, è oggi sostanzialmente risolto dalla disponibilità delle immagini mammografiche 2D sintetiche. Tali immagini sono ricostruite, attraver-

so software dedicati, a partire dalle immagini di tomosintesi. Alcuni autori hanno confrontato l'impiego integrato di DBT e mammografia 2D con quello di tomosintesi e mammografia 2D sintetica e la performance diagnostica sono risultate simile.
Uno studio "pilota", ormai in fase conclusiva, condotto a Verona ed autorizzato dalla Regione Veneto è in corso per la validazione dell'utilizzo della tomosintesi associata alla mammografia sintetica come test di screening. I primi risultati sono stati già pubblicati su Radiology e confermano un aumento della detection rate che si è assestata detection rate di 9.4 per mille e recall rate di 4%. Si trattava prevalentemente di piccoli tumori invasivi. Tuttavia, nel contesto di programmi di screening che, per definizione, valutano soggetti asintomatici, è necessario fornire ulteriori evidenze. L'obiettivo dello screening è quello di ridurre la mortalità per il tumore al seno quindi sarebbe molto importante riuscire a dimostrare una eventuale riduzione dei cancri intervallo (cioè i cancri che compaiono nei due anni successivi ad un episodio di screening) e dei tumori in stadio avanzato. Tali dati non sono stati ancora dimostrati per questo la tomosintesi non è ancora utilizzata in ambito di screening al di fuori di progetti di ricerca. La cautela è dovuta alla possibilità che una quota più o meno ampia dell'incremento in sensibilità della tomosintesi possa essere ricondotto a sovradiagnosi ovvero alla identificazione di lesioni maligne "indolenti" che, se non fosse effettuata la tomosintesi, non diverrebbero clinicamente evidenti e per le quali le terapie indotte rappresenterebbero un sovra-trattamento.
Nella consapevolezza che forse la sola innovazione tecnologica non possa darci risposte ottimali in ambito di screening cresce la necessità di trovare ulteriori strategie per ottimizzare lo screening creando per esempio percorsi personalizzati.
La Regione Veneto ha approvato un progetto di screening con giovani donne 45enni, condotto presso l'Istituto Oncologico Veneto.
A queste donne verrà assegnato un "patentino di rischio" basato su diversi fattori individuali-familiari e sulla densità della mammella. In base al rischio le donne verranno richiamate con frequenza annuale oppure biennale ed in base alla densità della mammella saranno sottoposte solo alla tomosintesi o alla tomosintesi associata all'ecografia.
Se prima di sostituire in modo sistematico la mammografia di screening con la tomosintesi richiede che vengano raccolti ulteriori dati per dimostrarne l'efficacia a lungo termine, la tomosintesi è già impiegata in ambito clinico in alternativa alle proiezioni mammografiche di dettaglio (ingrandimento diretto, compressione mirata, etc.), migliorando l'accuratezza diagnostica e l'efficienza del flusso di lavoro riducendo il numero dei casi sospetti e delle biopsie con esito benigno .

La scheda di Anisap Veneto - Trentino Alto Adige

L'ANISAP, attiva sul territorio Nazionale dal 1990, è l'Associazione più rappresentativa nell'ambito delle Istituzioni Ambulatoriali Private Accreditate e non. Vanta infatti una presenza capillare in quasi tutte le Regioni, risponde all'esigenza di affermare la piena dignità dell'apparato sanitario ambulatoriale privato nei confronti di quello pubblico e tutela il diritto alla salute del cittadino in considerazione anche degli aspetti professionali ed imprenditoriali degli Associati.
In ambito Regionale, grazie alla presenza in ogni provincia, l'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige, risulta un interlocutore riconosciuto dall'Assessorato e dalla Segreteria regionale per la Sanità, ai tavoli di trattativa con le Regioni per l'Accreditamento, il Nomenclatore Tariffario, i Budget e i Requisiti Minimi; è presente con propri rappresentanti anche nella Commissione Tecnica Consultiva Regionale (C.T.C.R.) ed è identificata dall'ULSS come organismo di tutela degli interessi delle strutture ambulatoriali private accreditate.
L'ANISAP è al servizio dei cittadini e dei Medici di famiglia che si avvalgono delle Strutture ambulatoriali accreditate private, per svolgere tutte le operazioni diagnostiche e riabilitative, senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero e per attuare, quindi, una deospedalizzazione, nonché una riabilitazione precoce quando la degenza risulta essere evitabile, snellendo in tal modo gli inutili sprechi di risorse pubbliche.
L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige, gestisce Strutture piccole, medie e grandi che operano per la tutela della salute, perfettamente rispondenti alle indicazioni della sanità moderna; infatti ANISAP significa anche certificazione di qualità, organizzazione, "Carta dei Servizi", informazione, formazione continua del personale; tutte caratteristiche e obiettivi primari delle Strutture associate.
L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige opera localmente per migliorare, con un servizio più veloce e capillare, l'equilibrio tra il Servizio Sanitario pubblico e quello privato, al fine di trasformare la figura dello "Stato Italiano" in garante che, anziché gestire l'offerta di Servizi, eserciti il proprio ruolo a tutela della salute collettiva, controllandone l'efficienza, l'efficacia e, soprattutto, l'economicità.
L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige comunica direttamente con il cittadino, attraverso piani di comunicazione mirati, per valorizzare il grande patrimonio di tecnologie e le risorse umane della Sanità privata italiana che, anche grazie agli investimenti di tutti i nostri Associati, renderà nel tempo più fruibili e qualitativamente superiori tutte le prestazioni che ad oggi vengono offerte.

OPEN DAY SULLA VACCINAZIONE

L'iniziativa di Cittadinanzattiva ha toccato anche il Veneto

Nel corso del 2018, Cittadinanzattiva si è impegnata nella promozione di molteplici attività di *empowerment* rivolte ai cittadini in generale ed ai suoi attivisti in particolare, sia attraverso una campagna informativa su diritti e responsabilità in ambito vaccinale **#rompilatrasmissione**, sia attraverso seminari di formazione nelle sedi regionali di Cittadinanzattiva. I numerosi atti normativi e programmatori intervenuti richiamano il Tribunale per i Diritti del Malato ad un necessario aggiornamento formativo.

A fronte di normative che cambiano e che rafforzano diritti e doveri, è quindi fondamentale fare chiarezza riguardo i numerosi errori e misinterpretazioni sul tema, prima di tutto a favore dei nostri attivisti che giocano un ruolo fondamentale nel trasferire le informazioni, affinché i cittadini possano acquisire sempre maggiore consapevolezza, oltre che essere vigili e primi attori di cambiamento in caso di eventuali disservizi.

In particolare, il progetto "Vaccinazioni diritti e doveri oggi in Italia: formarsi per informare e promuovere empowerment", al pari delle altre attività avviate in ambito vaccinale, si inserisce concretamente con quanto definito nel position paper espresso e approvato dalla Direzione Nazionale di Cittadinanzattiva nel 2017.

L'iniziativa intende proseguire il percorso intrapreso in ambito vaccinale da Cittadinanzattiva rafforzando in modo capillare le competenze e conoscenze degli attivisti volontari del Tribunale per i Diritti del Malato.

Si sono svolti tre incontri di formazione interregionale sui vaccini destinati ai volontari del Tribunale per i Diritti del Malato (a Bologna, Napoli e Vicenza). Sono state giornate di studio e lavoro svolte da esperti del mondo accademico, istituzioni regionali e nazionali: è stata l'occasione per accrescere le competenze dei nostri attivisti sul tema, per poter rappresentare un vero e proprio punto di riferimento privilegiato sul territorio regionale.

A conclusione del ciclo formativo, il progetto ha previsto l'organizzazione della giornata "Open day del Tribunale per i diritti del malato": l'iniziativa, dedicata all'informazione sul tema vaccini, si è svolta il 16 novembre scorso in undici Regioni italiane. In Veneto gli appuntamenti sono stati a Dolo e Mirano (nel Veneziano), a Oppeano (in provincia di Verona), a Padova e Vicenza. I volontari del Tdm di Cittadinanzattiva hanno incontrato i cittadini al fine di fornire un'informazione corretta su diritti e doveri in ambito vaccinale, distribuire la guida utile sui vaccini e raccogliere eventuali segnalazioni. E' stata una giornata dedicata alla cittadinanza, un'occasione di incontro e confronto per dare una risposta concreta alle domande dei cittadini.

LE ASPETTATIVE DEI CITTADINI E L'INEFFICACE COMUNICAZIONE (A VOLTE AZIENDALE)

di **Umberto Iazzetta**, già Presidente Regionale di Cittadinanzattiva Tribunale per i Diritti del Malato
Componente della Commissione Cure Palliative e della Sofferenza e Dolore Inutile Regione Veneto

Ci vuole poco per creare preoccupazione, scoramento e sconcerto sulla tempistica dei servizi erogati dalle Aziende Sanitarie e, d'altra parte, non si può neppure pretendere che i cittadini siano informati ad esempio della delibera 600 del 13 marzo 2007 laddove, il tavolo di monitoraggio – di cui facevo parte - stabilì i tempi di attesa per le prestazioni erogate dalle Aziende Sanitarie della nostra regione, in conformità al Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, di cui all'Intesa Stato-Regioni del Marzo 2006. Tantomeno si può pretendere che il medico di famiglia, quando barra la priorità sulla ricetta, ci informi sulla tempistica relativa: Urgente, Breve, Differita e Programmata, sulla base del risultato della visita quando eseguita, oppure, una volta ascoltato ed accertatosi dei nostri "malanni". Ora sappiamo tutti che l'informazione efficace evita false aspettative ed è sacrosanto dovere del medico decidere secondo scienza e coscienza. Tutto ciò premesso, negli ultimi tempi, stiamo percependo un peggioramento nella tempistica, che ci proietta inevitabilmente a rivolgerci al privato/privato oppure al privato/convenzionato. Al punto che le stesse Aziende, quando non in grado di rispettare la tempistica della delibera di cui sopra, ad evitare di essere "bacchettate" dalla Regione e, tenuto conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, indirizzano al convenzionato. Resta, tra l'altro, da una indagine svolta, la preferenza per il Servizio Pubblico. Proviamo a questo punto ad analizzare le ragioni per cui le Aziende non riescono a rispondere alle nostre aspettative: in primis metterei l'insufficienza dell'organico medico, dovuto questa volta non tanto a ragioni economiche (probabilmente realistico per il personale infermieristico) quanto alla vera e propria mancanza di medici. Cioè i medici che le Università riescono a sfornare, non sono sufficienti a coprire le esigenze della nostre Aziende Sanitarie. Le ragioni? Sono molteplici: partirei dal numero chiuso delle Università Italiane (anche se non tutti sono d'accordo). La soglia di sbarramento potrebbe benissimo essere abolita, sarebbe più che sufficiente la naturale selezione del percorso studi e aggiungerei agevolazioni, magari sotto forma di borse di studio, che sgraverebbero le famiglie. Il percorso universitario già di per sé abbastanza lungo, aggiunto al periodo formativo, potrebbe essere più che sufficiente a garantire sicurezza delle cure. Ovvio che il Sistema Sanitario deve essere adeguatamente finanziato, non si può pretendere che i nostri medici scendano in agitazione perché non vengono rispettati i contratti. Spesso sono sottoposti a turni massacranti e la sicurezza dei pazienti non può essere messa in discussione. In ultima analisi bisogna mettere i cittadini in condizione di essere informati anche attraverso campagne mirate, su quando ci si deve rivolgere ai nostri pronto soccorso; spessissimo si fanno estenuanti attese quando non vi è davvero nessuna necessità. Le attività garantite dal nostro Servizio Sanitario prevedono medicina territoriali (Unità Territoriali di Assistenza Primaria) e nelle ore notturne e festive la Guardia Medica.

NELLA BORSA DEL MEDICO ENTRA IL DISEGNO

Nel mondo della medicina risulta necessario usare le immagini

a cura di **Giampietro Vecchiato**, professore a contratto all'Università di Padova
e Senior partner di P.R. Consulting srl, Padova

La famosa frase "Credi di aver capito o serve che ti faccia un disegno?" sembra non essere più solo un detto comune tra le persone. Nel mondo della medicina, risulta ormai necessaria anche una comunicazione attraverso le immagini, un modo di informare che riduca al minimo la probabilità di incomprensione tra medico e paziente.
Il punto di partenza della necessità di una "competenza grafica" all'interno del mondo della medicina, è la difficoltà riscontrata da alcuni medici nel comunicare con i loro pazienti, soprattutto se questi ultimi hanno un bagaglio culturale e un linguaggio differenti.
Secondo uno studio di Helene Osborne ("Health Literaty: how visual can help tell the healthcare" pubblicato in Journal of Visual Communication in Medicine, 2006) compiuto su un campione di adulti americani, quasi la metà dichiara di non aver compreso le informazioni ricevute da parte del proprio medico. Le cause principali di questa non-compren-

© Can Stock Photo / dolgachov

sione sembrano essere diverse:

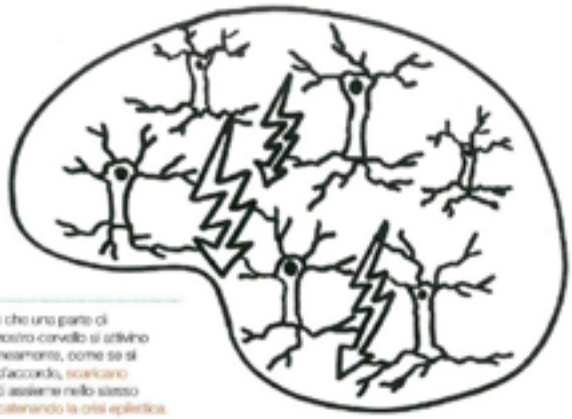
1. Età: problemi legati all'invecchiamento possono interferire nella vista, nell'udito o nella memoria e quindi diminuire le possibilità di un apprendimento corretto.
2. Disabilità: un qualsiasi tipo di disabilità legata ai 5 sensi compromette in maniera drastica la comunicazione in entrata o in uscita della persona.
3. Linguaggio: difficoltà nell'utilizzo della lingua che portano a non comprendere l'intera conversazione, specie se di tipo sanitario.
4. Emozione: le emozioni svolgono un ruolo cruciale nella comprensione. Se si sta male, ad esempio, risulta estremamente difficile riuscire ad apprendere una conversazione.

Una tecnica utile al medico per poter comunicare in maniera efficiente con il proprio paziente e far si che quest'ultimo possa comprendere le informazioni che gli vengono fornite, è quella degli sketchnote. Questa tecnica prevede l'aggiunta di una strategia comunicativa visiva basata su disegni, schizzi o banali raffigurazioni, ad una comunicazione verbale da parte del medico.

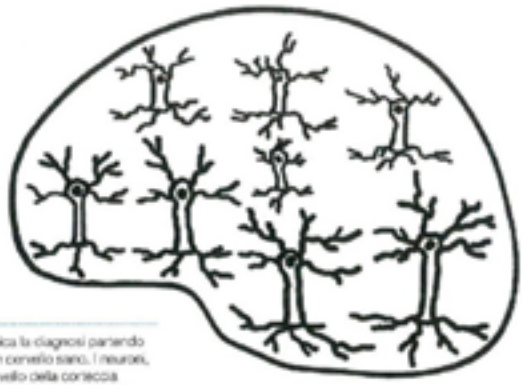
Da un lato quindi il medico si impegna nell'utilizzo di frasi brevi, limitando al massimo i termini scientifici; dall'altro lato accompagna il proprio discorso con disegni basati su forme essenziali, usando solamente il bianco e il nero.

Un aspetto importante da ricordare è che non serve essere artisti , ma basta saper utilizzare correttamente i 5 elementi base della geometria.

Come afferma Lisa De Rossi nel suo Manuale di Comunicazione Visiva della Salute (2015): "Gli sketchnote sono una tecnica per disegnare in modo veloce ed essenziale, dove i dettagli non servono e che non richiede nessuna abilità artistica. Essi rappresentano quanto basta ad un medico per farsi capire". Nell'ottimo e sintetico manuale, vengono inoltre riportati esempi concreti di comunicazione medico-paziente attraverso l'utilizzo di disegni. In particolare vengono rappresentate visivamente due patologie neurologiche: Epilessia e Malattia di Parkinson.



Può capitare che una parte di neuroni del nostro cervello si attivino contemporaneamente, come se si mettessero d'accordo, scaricano elettricità tutti assieme nello stesso momento, scatenando la crisi epilettica.



Il medico comunica la diagnosi parendo dal disegno di un cervello sano. I neuroni, le cellule del cervello della corteccia cerebrale sono milioni e sono sempre in attività, non si "addormentano" mai e scaricano elettricità con lo stesso ritmo.

Una corretta comunicazione della salute non può infatti avvenire se il paziente non comprende le informazioni che gli vengono fornite. Il medico ha il dovere di abbattere qualsiasi tipo di barriera comunicativa attraverso l'utilizzo di un linguaggio verbale facile, supportato da disegni che siano in grado di esprimere in maniera chiara e semplice concetti complessi.

"La salute delle persone" - afferma Lisa de Rossi - "è un argomento delicato e importante, che non può e non deve essere trascurato. Qualsiasi strumento che miri ad una sana e utile comprensione delle informazioni è quindi prezioso".

(Ha collaborato Elena Tamiazzo).

NATALE E FELICITÀ

Per essere felice, porta in casa il Natale!

di **Margherita De Nadai**

Attorno alle feste natalizie, la popolazione si divide in due o più fazioni. Mentre i centri commerciali e i negozi si vestono di luci e decorazioni già dalla festività di Ognissanti (con le critiche di molti), c'è chi dice che l'albero di Natale andrebbe fatto l'8 dicembre, chi durante la prima settimana d'Avvento e chi addirittura attende la vigilia di Natale.
Alcune persone, poi, non stanno più nella pelle e cominciano ad addobbare casa già a novembre. E a loro sostegno arriva la scienza: secondo alcuni studiosi, infatti, chi predispone gli addobbi natalizi in anticipo è più felice degli altri.
Lo sostiene ad esempio lo psicologo Steve McKeown: il fondatore della McKeown Clinic, spiega infatti che immergersi nell'atmosfera del Natale fa mantenere i contatti con il bambino che è in noi, facendo sembrare più lontani i problemi e le responsabilità della vita adulta. Un aiuto non male, per destreggiarci nello stress quotidiano a cui siamo sottoposti. A dargli manforte, la famosa psicoterapeuta e saggista Amy Morin, la quale aggiunge che per alcune persone festeggiare il Natale è anche un modo per ricordare qualcuno di amato che non c'è più. Non solo, secondo una ricerca scientifica pubblicata sul Journal of Environmental Psychology, appendere i festoni alla parte esterna delle porte di casa aiuta a mantenere un buon rapporto coi vicini e ad essere più amichevoli con loro.
Io, da amante del Natale, anche quest'anno ho tirato fuori albero e festoni poco dopo la metà di novembre. E non mi vergogno a dichiararlo. Il Natale porta calore, luce, senso di festa in una casa. Ne sono talmente tanto convinta che, dopo l'Epifania, quando ripongo l'albero di Natale e le statuine del presepe in garage, tengo sempre da parte un piccolo addobbo che rimanga esposto tutto l'anno, anche a ferragosto, a ricordarmi il senso di gioia, di festa e di famiglia che il Natale porta con sé.
Io non penso di essere più felice di altri in quanto nella mia piccola dimensione domestica anticipo le festività natalizie, ma sono fermamente convinta che un tocco di luce e di colore in più possa portare davvero dei benefici, specie quando le ore di sole cominciano a calare, il freddo avanza e siamo portati a vivere le nostre giornate al chiuso piuttosto che all'aria aperta.
In questo, gli scandinavi fanno scuola: loro, nonostante siano costretti a trascorrere lunghe giornate al buio per buona parte dell'anno, sono la popolazione più felice del mondo, grazie ad una loro formula personale del benessere, identificata con il termine "hygge", traducibile in una sensazione di calore e protezione che si può solo provare, non descrivere, e che è intimamente associato alla casa, al nucleo famigliare, all'inizio e alla fine della giornata. Fondamentale in questo, quindi, una casa calda e accogliente, che ci induca a rallentare i ritmi e a rilassarci, che ci metta a nostro agio e ci renda felici perché appagati semplicemente da ciò che abbiamo. Parola dell'Happiness Research Institute di Copenhagen, che individua nel 'calore domestico' uno dei tre fattori chiave per vivere in modo qualitativo, insieme a sicurezza sociale e a benessere di anima e corpo.
Lunga vita quindi a candele, festoni, addobbi, senza farci influenzare dal giudizio altrui, semplicemente vivendo e decorando la nostra casa nel modo che ci aggrada di più. E per questo, lunga vita al Natale!

Ps. In foto, la mia gatta, che come si può notare dalla sua espressione gioiosa, concorda con tutte le teorie sopra citate.

IL TRIONFO DEL COLORE. DA TIEPOLO A CANALETTO E GUARDI

La mostra, visitabile fino a marzo 2019, metterà in scena lo sviluppo dell'arte veneta del Settecento

di **Margherita De Nadai**

Fino al 10 marzo 2019, tornano dopo oltre un decennio in Italia i capolavori della grande stagione settecentesca dell'arte veneta, patrimonio del Museo Pushkin di Mosca. La mostra, intitolata "Il Trionfo del Colore. Da Tiepolo a Canaletto e Guardi. Vicenza e i Capolavori dal Museo Pushkin di Mosca" ha luogo a Palazzo Chiericati, sede del museo civico, e alle Gallerie d'Italia - Palazzo Leoni Montanari, sede museale di Intesa Sanpaolo a Vicenza, dove sarà esposta anche la Madonna con i santi Ludovico di Tolosa, Antonio di Padova e Francesco di Assisi di Giambattista Tiepolo. I dipinti sono protagonisti di un'affascinante narrazione composta da trenta opere dello stesso ambito e periodo, mettendo in scena lo sviluppo dell'arte veneta del Settecento, resa celebre da nomi come Giambattista Tiepolo, Giambattista Pittoni, Luca Carlevarijs, Giambattista Piazzetta, Antonio Giovanni Canal detto Canaletto, Francesco Guardi e Pietro Longhi, e il suo impatto deflagrante sull'arte europea, con artisti attivi in ogni angolo del vecchio Continente.

Giambattista Tiepolo: Madonna con i santi Ludovico di Tolosa, Antonio di Padova e Francesco di Assisi, 1740, Olio su tela, 161x118 cm. Mosca, Museo Pushkin

Attraverso l'esposizione si può fruire della bellezza delle loro opere non solo nelle due sedi della mostra, ma anche in chiese, palazzi e ville della città e del territorio, percorrendo degli Itinerari appositamente messi a punto dagli organizzatori: tra le tappe il Palladio Museum e le tre ville a pochi minuti da Vicenza e che rappresentano i maggiori capolavori ad affresco del Settecento europeo, Villa Valmarana ai Nani, Villa Cordellina e Villa Zileri che, anche per le pitture che li adornano, sono "Patrimonio dell'Umanità".

L'eccezionalità di questa mostra, dunque, è data dalla possibilità di contemplare, tutti insieme, oltre cinquanta capolavori di cui una parte significativa appare sui manuali di storia dell'arte, in una straordinaria avventura visiva che consente di percepire appieno una grande stagione che ha visto la nostra arte essere esempio assoluto per quella occidentale.

"Abbiamo fatto conoscere all'ampio pubblico moscovita e russo – sottolinea Francesco Rucco, Sindaco di Vicenza - l'arte veneta e i tesori d'arte della nostra Pinacoteca e di Palazzo Leoni Montanari. Ora offriamo ai veneti e ai nostri turisti la possibilità di ammirare i tesori dell'arte veneziana oggi patrimonio del Pushkin e avere un "saggio" di quanto il museo civico di Palazzo Chiericati offrirà stabilmente non appena ne sarà completato il nuovo allestimento".

La mostra è prodotta da MondoMostre e congiuntamente promossa dal Comune di Vicenza, il Museo delle Belle Arti A.S. Pushkin di Mosca e Intesa Sanpaolo, in doppia veste di sponsor per entrambe le sedi e di partner culturale, grazie alla propria sede museale vicentina. La curatela è di Victoria Markova, capo Dipartimento di cultura italiana del Museo Pushkin, insieme al Prof. Stefano Zuffi, storico dell'arte con la consulenza scientifica del Prof. Giovanni Carlo Federico Villa.

IL LADRO GENTILUOMO ALESSIA GAZZOLA

LE RECENSIONI DI PIEGO DI LIBRI / Mentre Rai Uno trasmette la seconda serie, la scrittrice torna in libreria

di **Giulia De Rossi**

Nello scorso romanzo di Alessia Gazzola, "Arabesque", avevamo lasciato Alice Allevi alle prese con il suo primo incarico in veste di medico specialista. In questa nuova avventura, il medico legale più amato dal pubblico italiano si cimenta in un nuovo caso, questa volta nella città di Domodossola.

"Eccomi qui, nella città della D di Domodossola ma anche D di disagio, desolazione e dell'inevitabile depressione.
Oggi ci sono – o meglio, non ci sono – tre gradi. E quasi ogni giorno in gennaio la probabilità di pioggia è al cento per cento."

Situato in una frazione denominata Regione Siberia, l'Istituto di Medicina Legale di Domodossola è isolato dal centro città e grande soltanto novanta metri quadrati. Il gelo e la nebbia vengono però compensati dalla cordialità e accoglienza del Direttore, Professor Velasco, allegro e bonaccione. Nel PM Rosario Malara, che le assegna il primo incarico, Alice troverà un ascoltatore attento e scrupoloso, al pari del vice questore Calligaris.
Nonostante questo, la vita amorosa di Alice, che sembrava essersi stabilizzata quando lei e, lo scorbutico quanto affa-

> Eccomi qui, nella città della D di Domodossola ma anche D di disagio, desolazione e dell'inevitabile depressione. Oggi ci sono – o meglio, non ci sono – tre gradi. E quasi ogni giorno in gennaio la probabilità di pioggia è al cento per cento.

scinante, Claudio Conforti erano andati a convivere, viene di nuovo messa a dura prova dalla distanza. Lui a Roma, con l'ambizione di far carriera negli Stati Uniti, lei a Domodossola.
"Colui che amo alla follia ha incassato imperturbabile la notizia che la Wally mi sta spedendo via come un pacco di cui è ben contenta di disfarsi. Va detto, per precisione, che proprio adesso le cose tra me e lui stavano iniziando a ingranare."

Alessia Gazzola incanta i lettori con una nuova e sorprendente trama: un diamante prezioso viene rinvenuto durante l'autopsia di un furto finito in tragedia e, successivamente, viene sottratto ad Alice da un ladro professionista che si fa chiamare Alessandro Manzoni.
Consapevole di detenere un intuito infallibile Alice, come sempre, non si limiterà ad agire in veste di medico legale, ma indagherà a fondo nella morte di Arsen Nazarovič Scherbakov e nel caso del Beloved Beryl.
Attraverso l'uso magistrale della prima persona da parte dell'autrice, durante la lettura del romanzo, il lettore sembra quasi in grado entrare nella testa di Alice Allevi e ascoltarne i pensieri e le riflessioni, di gioire e soffrire insieme a lei. Alessia Gazzola si conferma la creatrice di uno dei personaggi femminili più intriganti e originali del Medical Thriller.
Non perdetevi le puntate della seconda serie de L'Allieva su Rai 1, con Alessandra Mastronardi e Lino Guanciale!

L'INNOCENTE MARCO FRANZOSO

Faccia a faccia con l'autore veneziano, all'indomani dell'uscita del suo ultimo libro, ambientato proprio nei luoghi natii

di **Gaia Bortolussi**

L'innocente, edito Mondadori, l'ultimo libro di Marco Franzoso è un racconto che, in fin dei conti, ha più bellezza e positività di quella che ci si aspetta. Aiuta gli adulti a riacquistare la voce dell'infanzia come risorsa fondamentale per capire cosa sono diventati e, forse, per riappacificarsi con il proprio passato: con quel bambino che non ha parole ma fitte allo stomaco per esprimere un malessere.
Una storia che attraverso le debolezze umane, racconta della forza di reagire. Tra le sue sfaccettature,"L'innocente", pone al centro la difficoltà nello stabilire il confine tra colpa e innocenza, aprendo una riflessione su chi ci infligge il male maggiore pur dovendoci difendere. Il tutto raccontato, per la prima volta, dalla prospettiva di un bambino.

Siamo in un piccolo paese della provincia veneziana ed è l'estate più torrida del secolo, tutto si svolge dal mattino alla sera. "Matteo, un ragazzino di dodici anni orfano di padre e grande appassionato di musica, è seduto in auto al fianco della mamma nel breve viaggio da un paese di campagna alla città vicina, dove sarà interrogato dal Giudice per un presunto abuso subito due anni prima. Un viaggio di formazione, un crescendo emotivo fino all'incontro fondamentale in quella che lui chiama la "Stanza delle parole". Giudice e Psicologa svol-

> Al buio le lancette della sveglia sembravano due piccoli neon che illuminavano le api e le rondini disegnate sul quadrante. Matteo strinse il cuscino con le mani e vi affondò la testa. Tic.
> Chiuse gli occhi e contò i secondi. Quattro. Cinque. Sedici.

gono il loro necessario compito, ma proprio questo forse è alla radice del male che infliggeranno al "minore", come lo chiamano. Quasi fosse un dettaglio marginale di una storia tra adulti, in cui lui non è che una voce. Il viaggio di ritorno sarà breve, e segnerà per Matteo il vero spartiacque tra il mondo dell'infanzia e il suo trovarsi troppo presto "grande".

Con questo strappo il ragazzo troverà dentro di sé la capacità di reagire e di riconoscere finalmente l'ambivalenza delle parole, come della vita".

Franzoso, con la sua scrittura immediata ed autentica, non lascia nulla al caso, ogni parola, ogni dettaglio, porta pian piano il lettore verso quella che diventerà una certezza: «a pagare il prezzo più alto è l'unico che non doveva pagarlo». A vent'anni dal suo primo libro, e dopo il successo de "Il bambino indaco", nel 2012, dal quale il regista Saverio Costanzo ha tratto il film "Hungry Hearts", consacrandone la fama, Marco Franzoso esprime ne "L'innocente" la sua maturità letteraria, conservando la delicatezza che lo contraddistingue, raccontando una storia "nata per necessità". Come spesso ha fatto nei suoi racconti, fa muovere i suoi personaggi in luoghi che lui stesso conosce, dov'è cresciuto, nella provincia veneziana. Racconta dell'infanzia con gli stessi occhi del bambino che mette al centro della sua storia. Entra nelle dinamiche di una famiglia sgangherata con onestà, senza pregiudizi, lasciando che ogni lettore sia libero di riconoscersi. Ci invita, allo stesso tempo, con l'escamotage di una sveglia fatta a trattore, a riflettere su quale sia la percezione del tempo che scorre per un bambino.
Tic -Tac.

«L'infanzia è uno specchio – commenta Franzoso- dove gli adulti dovrebbero guardare per capire cosa sono diventati, per recuperare quelle sfumature della vita che solo i bambini riescono a vedere. Nel mio ultimo lavoro – svela l'autore- pongo al centro di tutto la prospettiva di un bambino proprio per questo. Anche su questioni molto delicate che tirano in gioco la tutela dei minori, dove gli adulti hanno la presunzione di saper come fare, per il bene dei "minori". Spesso, invece, si fa l'errore di trattare i bambini come "cose" da gestire invece che come persone: nel libro voglio trasmettere l'importanza di ascoltare la voce dell'infanzia.
Le parole dei bambini hanno un peso specifico. Quelle non dette, ancor di più. Ed è lì che bisogna soffermarsi per capire il labile confine tra bene e male, tra colpevole ed innocente».

Nel 1998, Franzoso pubblica "Westwood dee-jay: il miracolo del Nord-Est" per Baldini & Castoldi; "Edisol-M. Water Solubile" per Marsilio nel 2003; "Tu non sai cos'è l'amore" nel 2006 per Marsilio. "Il bambino indaco", con Einaudi, nel 2012; "Gli invincibili", nel 2014 sempre con Einaudi; "Mi piace camminare sui tetti" nel 2016 edito Rizzoli.

© stefanoboscarofoto

PAN PERDU DI PANETTONE CON CARAMELLO SALATO E GELATO ALLA VANIGLIA

di **Lorenzo Cogo**

Ingredienti

Per il caramello:
zucchero semolato 260 g
burro 120 g
panna fresca liquida 190 g
sale fino 10 g

Sciogliere lo zucchero in un pentolino dal fondo spesso. Impostare il fuoco a media intensità e lasciare che lo zucchero si sciolga da solo: non mescolare. Una volta sciolto-si completamente, appena raggiunge un colore dorato mescolare con una frusta a spirale e spegnete il fuoco (attenzione che il caramello impiega pochissimo a bruciare). Aggiungere immediatamente il burro freddo a pezzetti e il sale, mescolando bene senza interruzione. Ora che il burro si è sciolto, aggiungete anche la panna portata a sfiorare il bollore. Mescolate velocemente per ottenere una salsa liscia e vellutata.

Per la bagna del pan perdu:
300ml di panna fresca liquida
250 ml latte
2 uova
100 g zucchero semolato
1 stecca di vaniglia (in infusione)

Rompete le uova in una ciotola e sbattetele con una forchetta. Aggiungete la panna e lo zucchero. Tagliate il panettone a fette. Aggiungete il latte e immergete le fette di panettone. Fate fondere del burro in un pentolino e fate cuocere le fette di pane a fiamma viva. Quando un lato si è leggermente dorato rosolato, girate il pane e cospargete la parte cotta con un poco di zucchero di canna. Rigiratelo e cospargete l'altro lato. Servite posando la fetta di pan perdu nel piatto, un po' di caramello salato sopra e una pallina di gelato alla vaniglia, che consiglio di acquistare in gelateria per ritrovare un gusto più deciso.

Lorenzo Cogo, classe 1986. Il suo cognome, in dialetto veneto, significa "cuoco": un cognome, un destino. Dopo aver iniziato la sua carriera da giovanissimo nelle cucine della sua terra, decide di andare a lavorare in giro per il Mondo: Australia, Giappone, Danimarca, Inghilterra e per finire Spagna. Nel 2011 decide di tornare a casa e di aprire il suo ristorante: nasce così El Coq, un nome che esprime il legame con la terra e la materia prima. Lorenzo, a soli 25 anni, un anno dopo l'apertura, conquista la Stella Michelin e per 2 anni rimane in carica come "più giovane stellato d'Italia". Il tentativo di Lorenzo è quello di portare un nuovo concetto nella cucina: la sua non è un tipo di cucina tradizionale ma è stata etichettata con l'appellativo "istintiva", cioè nata attraverso la conoscenza dei propri mezzi, delle tecniche di lavorazione, del territorio e guidata dall'istinto. "El Coq" come sinonimo di tradizione, terra, cultura ma anche creatività, internazionalità e passione. Passione che lega Lorenzo ai piccoli produttori della zona da cui ogni giorno sceglie le materie prime per la sua cucina. A partire da luglio 2016, El Coq si trasferisce dalla campagna alla città, conquistando il prestigioso "Caffè Garibaldi" di Piazza dei Signori: il palcoscenico perfetto per continuare il suo spettacolo. El Coq a Vicenza conquista 1 Stella Michelin 2017 confermando il connubio perfetto tra ricerca, qualità e sperimentazione culinaria con l'arte, la tradizione e la maestosità delle opere di Andrea Palladio, simbolo della città di Vicenza.

STELLA DI NATALE

Una ricetta pratica per un dolce gustosissimo da preparare durante le feste

di **Maria Stella Zaia**

© Can Stock Photo / Stevemc

Un dolce per festeggiare il Natale nel migliore dei modi, nel solco della tradizione e facendo un'ottima figura a tavola.

Ingredienti

300 gr di farina 3 uova, 4 dl di panna fresca, mezza bustina di lievito per dolci, 3 cucchiai di canditi tritati, 1 limone non trattato, 10 ciliegine candite, 2 dl di succo di arancia, 1 bicchierino di liquore all'arancia, 1 cucchiaio di latte, 150 gr di burro, un pizzico di sale.

Preparazione

Montare i tuorli in una ciotola con lo zucchero, aggiungere la scorza grattugiata del limone, il burro fuso freddo, la farina setacciata e il lievito sciolto nel latte. Incorporare quindi gli albumi montati a neve con il sale. Trasferire il composto in uno stampo a forma di stella della capacità di un litro, foderato con carta da forno imburrata e cuocere in forno per 45 minuti a 180 gradi. Lasciate raffreddare completamente e poi sformarla. Tagliare la stella a metà e spennellare con il succo d'arancia mescolata al liquore. Spalmare la base della stella con ¾ della panna montata a cui saranno stati mescolati i canditi tritati, coprire con l'altra metà del dolce. Mettere in frigo a rassodare almeno per 2 ore. Prima di servire, decorare la superficie della stella con la panna e guarnire con le ciliegie candite.
Buone Feste a tutti!

CARO AMICO TI SCRIVO...

Caro amico ti scrivo... ti scrivo e ti dico. L'anno che verrà di Lucio Dalla tratteggia - con ironica poesia - le emozioni che avverto quando si avvicinano feste e ricorrenze. Il Natale con i suoi messaggi forzati di felicità, bontà, allegria, riesce a far sentire soli anche chi non lo è. E non mi riferisco agli ultimi, a chi non ha modo di ricevere un dono, di riunirsi con i propri cari. Penso a persone sole dentro, insospettabili figure dalla vita all'apparenza piena di soddisfazioni, ma prive di un cuore che batta all'unisono e che le riscaldi. Sono quelle persone che scappano dalla simbologia retorica e consumistica del 25 dicembre, non per atteggiamento arrogante ed anticonformistico, ma per non essere travolte dalla malinconia, dalla struggente evidenza che nel giorno in cui tutti siamo più buoni, non ti senti speciale per nessuno o nessuna. Come se sotto l'albero Babbo Natale si fosse dimenticato di lasciare un pacco esclusivo per te. Perché il tuo Babbo Natale non c'è più, non sta bene, ha preso un'altra strada, ha perso il tuo indirizzo. E allora le luci sfavillanti, le palle colorate degli abeti, la ricchezza di tavole imbandite tanto regalano gioia a chi la possiede, quanta ne tolgono a chi non ce l'ha, in quel momento. Il Natale è bello, le feste sono occasioni irrinunciabili, ma non dimentichiamo che, per chi soffre, sarebbe meglio fosse un giorno come un altro... Senza lustrini e fanfare, perché è davvero Natale solo quando si accende il cuore.

La sede di Due Carrare (PD)

tipolito MODERNA
industria grafica

TIPOLITO MODERNA S.r.l. - Via A. De Curtis 12/A - Due Carrare (PD)
Tel: 049 91 25 947 - 049 91 25 959 - Fax: 049 91 26 108
www.tipolitomoderna.com - info@tipolitomoderna.com

DEPLIANT
MANIFESTI
CATALOGHI
OPUSCOLI
GIORNALI
RIVISTE
MODULISTICA

CHIAMA PER UN PREVENTIVO GRATUITO
049 9125959

AREA IMPIANTI s.n.c.

Pronto Intervento 24h su 24h

ELETTRICITÀ SICUREZZA
CONDIZIONAMENTO

GABRIELE 338.5612012 • DAVIDE 349.2962713
Via Bagnoli, 12 - 35010 CADONEGHE (Padova)
Fax 049.700804 - mail: **area.imp@alice.it**

• IMPIANTI CIVILI • INDUSTRIALI • DOMOTICA • FOTOVOLTAICI • CITOFONIA
• CANCELLI ELETTRICI • ANTENNE TV-SAT • ANTIFURTO • VIDEOSORVEGLIANZA
• TRASMISSIONE DATI • CONDIZIONATORI • INSEGNE LUMINOSE
• MANUTENZIONE • SERVIZIO ANTIALLAGAMENTO

GVDR

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Valore al Tuo Benessere

Direttore Sanitario:
Dott. Giuseppe Caraccio

Vieni a **rinnovare la Tua patente** al GVDR
Potrai svolgere, nella struttura di Cadoneghe, la visita per ottenere l'**idoneità alla guida**.
Per tutte le informazioni chiedi al personale dell'Accoglienza

da 30 anni al Vostro servizio

LE NOSTRE STRUTTURE

CADONEGHE
CENTRO FISIOTERAPICO PADOVANO
RADIOLOGIA SCROVEGNI
POLIAMBULATORIO CENTRO FISIOTERAPICO PADOVANO
LABORATORIO DI ANALISI
PALESTRA SALUTE & BENESSERE
Via Gramsci, 9 - 35010 Mejaniga di Cadoneghe (Pd)
Tel. 0498874111 Fax. 0498870010
e-mail: centrofisioterapico@gvdr.it; radiologia@gvdr.it

PADOVA
CENTRO MEDICO FISIOGUIZZA
Via Santa Maria Assunta, 31 - 35125 Padova (PD)
Tel. 0498803767 Fax. 0498870010
e-mail: fisioguizza@gvdr.it

BARBARANO VICENTINO
FISIOVICENTINA
Via Adelchi Carampin, 10 - 36021 Barbarano Vic. (VI)
Tel. e Fax. 0444776074
e-mail: fisiovicentina@gvdr.it

SCORZE'
POLIAMBULATORIO SAN BENEDETTO
Via Venezia, 80 - 30037 Scorzè (Venezia)
Trasferimento dal 2019 presso:
Via Moglianese, 40 - 30037 Scorzè (VE)
Tel. 0415840740 Fax. 0498870010
e-mail: segreteria.scorze@gvdr.it

CONEGLIANO
POLIAMBULATORIO MARCA TREVIGIANA
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
POLIAMBULATORIO
Via A. Vital, 98 - 31015 Conegliano (TV)
Tel. 04381960970 Fax. 0498870010
e-mail: segreteria.conegliano@gvdr.it

DIVISIONE IGIENE & LAVORO
Via Gramsci, 9 - 35010 Mejaniga di Cadoneghe (Pd)
Tel. 0498874111 Fax. 0498870010
e-mail: igienelavoro@gvdr.it

facebook
gvdrgruppovenetodiagnosticariabilitazione

gvdr_diagnosi_riabilitazione

YouTube
gvdrsrl

www.gvdr.it