PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **7**, numero **5**
Ottobre - Novembre 2014
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE TECNICO,
SCIENTIFICO, SOCIALE

www.nordestsanita.it

IL DIABETE

FOCUS Quando l'intestino è malato

MINIFOCUS Paura dell'Ebola

INCHIESTA Quanto ci costa la (mala)sanità

HITACHI
Inspire the Next

OASIS 1.2T

Efficenza della tecnologia ad Alto Campo progettata intorno al paziente

Hitachi Medical Systems S.p.A.
Via Edison 6, I-20090 Assago -Milano
Tel.+39 02 97166 Fax +39 02 97166127
E mail: welcome.it@hitachi-medical-systems.com

NES - Nord Est Sanità - Anno 7 - numero 5 - **ottobre - novembre 2014**

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

La vignetta
La tecnologia a difesa del diabetico 5

Editoriale
L'esempio di Reyhaneh 7

Primo piano: il diabete
Nuove frontiere per curare il diabete 1 8
Malattie del Metabolismo e Servizio di Diabetologia di Padova 10
Il Diabete: conoscerlo per combatterlo 11
I numeri del diabete 12
Cosa si fa e cosa si può fare 13
Colpisce i piedi e la sessualità 14
il diabete gestazionale 15
Parola d'ordine: emoglobina glicata 16
Lo sport fa bene ai diabetici 17

Focus: quando l'intestino è malato
Viaggio nell'apparato digerente 19
Le malattie infiammatore intestinali 21
Nuovi test diagnostici, nuove terapie 23

Minifocus
Ebola, nessun allarmismo 26
Sanità Veneta, prevenzione al massimo 30
Ebola, nuovo protocollo in arrivo 33

Attualità: i costi della (mala)sanità
Malasanità, quanto ci costi? 34
Denunce sempre più facili 36

Dalla redazione
Torna il premio Giorgia Iazzetta 38
Nes On Line, il "tuo" punto di riferimento per la sanità veneta 40
Casa ai colli la nuova casa della salute dei padovani 41

Rubriche
Tra spre(k.o.) e truffe, sempre il paziente a rimetterci 42
Scuola, sport e disabilità 43
La protesi di ginocchio 50
Curiamo la sicurezza nelle piscine 52
La sindrome del Tunnel Carpale e il lavoro 53
Lo sport è amico dei bambini 54
Lo screening della Retinografia Diabetica nell'Ulss 15 55
Il tono della voce aiuta a comunicare con efficacia 59

Approfondimenti
In giro per terme, si trova il Veneto anche in Sicilia 60
New York, New York 62
Disegni dell'Ottocento e Novecento, da Hayez a Vedova 63
Bolli, sempre bolli, fortissimamente bolli 64
Verze "sofegae" e costicine di maiale 65
La grande paura 66

Gerenza

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

Direttore Responsabile
Ines Brentan (ines.brentan@gmail.com)

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via Santa Maria Assunta n. 3I - 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, Renzo Salmaso, Elio Armano, Umberto Iazzetta, Giampietro Vecchiato

Hanno collaborato a questo numero
Cristina Chinello, Margherita De Nadai, Davide Zanella

In copertina:
© Can Stock Photo Inc. / dotshock

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.
Grafiche Gemma Srl

Fotolito e stampa
Grafiche Gemma Srl - via T. Edison 14, 35012 Camposampiero (PD)
mail: info@grafichegemma.it, sito: www.grafichegemma.it

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 16.000 copie

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 2 novembre 2014

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.

pittarello.com #pittarelLOVE

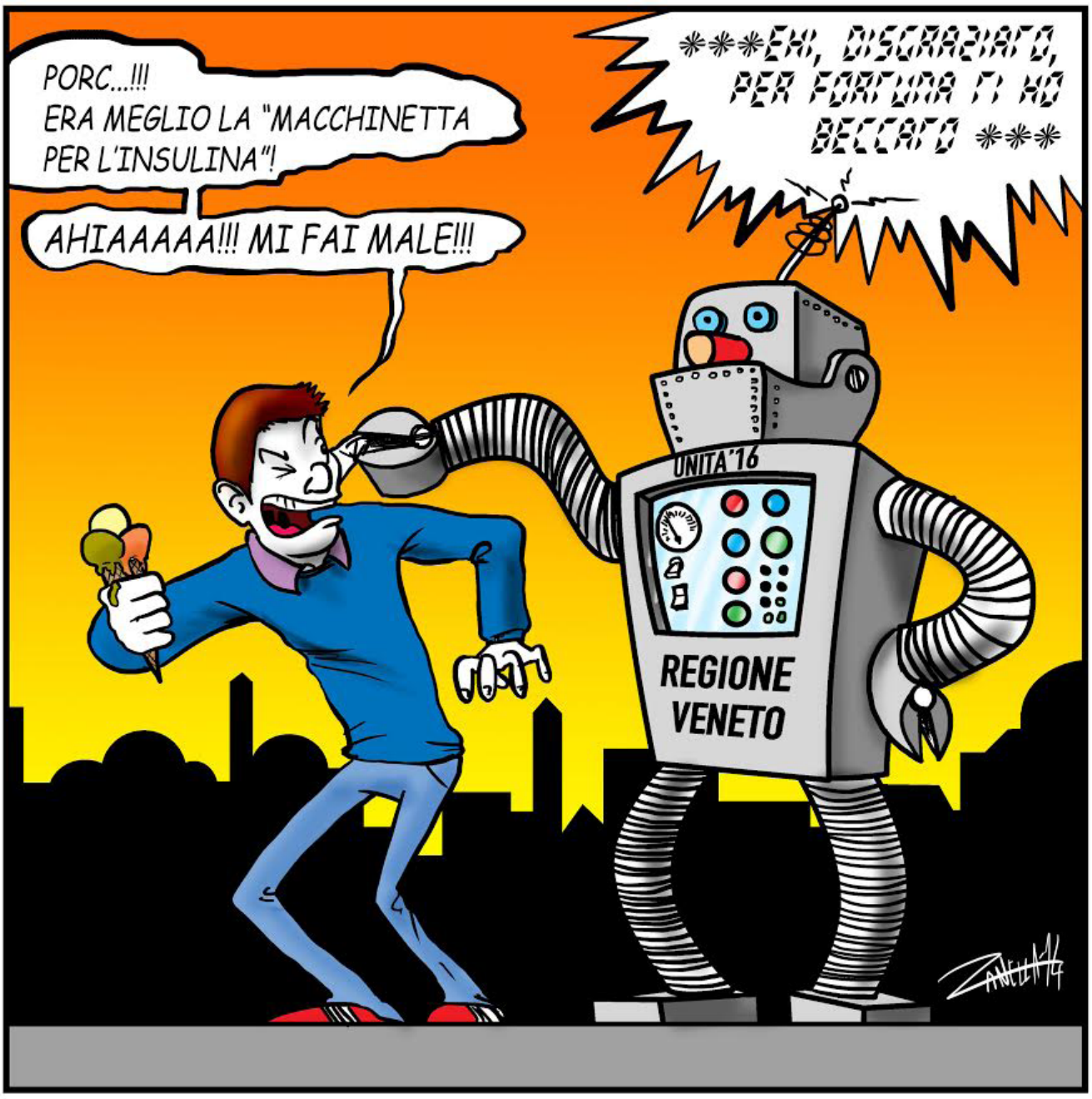
PITTARELLO

ph Alberto Buzzanca adcomunicazione.it

Essere ORIGINALE.

di **Davide Zanella**

LA TECNOLOGIA A DIFESA DEL DIABETICO



TOSHIBA
Leading Innovation »»

TAC **Risonanza Magnetica** **Ecografia** **X ray**

La nuova linea di prodotti per la diagnostica per immagini offre all' utilizzatore dei prodotti **TOSHIBA** la possibilità di eseguire indagini diagnostiche sfruttando le ultimissime tecnologie in termini di risparmio di dose e di mezzo di contrasto e quindi con la minima invasività e il massimo comfort per il paziente.
Scegliendo i prodotti **TOSHIBA** puoi assicurare al paziente la massima sicurezza senza compromessi di qualità diagnostica.
Tutti i prodotti della nuova gamma **TOSHIBA** sono stati sviluppati secondo la logica dell' eco compatibilità ed hanno quindi bassissimi consumi elettrici per un notevole risparmio anche economico. Per informazioni : **www.toshiba.medical.eu**

L'ESEMPIO DI **REYHANEH**

di **Giuseppe Caraccio**, direttore editoriale di NES

La vita ci mette a volte di fronte a degli avvenimenti che, anche se avvengono in realtà lontane geograficamente e culturalmente, ci toccano profondamente. Non posso dimenticare lo sconcerto e la sferzata che molti anni fa alla nostre coscienze ha dato il suicidio di Jan Palach, che vera torcia umana si frappose per un istante all'avanzata dei carrarmati sovietici venuti per spegnere la primavera di Praga.

Allo stesso modo l'impiccagione della giovane iraniana Reyhaneh Jabbar e la sua ferma opposizione a dichiarare il falso pur di salvarsi la vita è un evento che da un sonoro schiaffo non solo al buonismo imperante e tollerante del mondo occidentale motivato solamente da interessi economici delle multinazionali ma rende evidente come i diritti umani siano solo, in molti casi, un vezzo, una trita e ritrita storia di cui politici e perbenisti riempiono i "mass media". Perché se è vero che i popoli hanno il diritto di autodeterminarsi e di non subire il giogo di nazioni straniere come nel caso di Palach allo stesso modo è sacrosanto che una ragazza debba e possa difendersi da una violenza gratuita. Anche Reyhaneh Jabbar è il simbolo di una primavera, quella dell'emancipazione femminile dove la differenza dei sessi e di religione restano una barriera invalicabile.

In questi giorni non ho sentito nessuno appartenente agli islamici moderati condannare questo pesante insulto all'autodeterminazione degli esseri umani, Reyhaneh Jabbar è stata condannata a prescindere! Perché non rappresentava alcun potere politico o economico, perché era una donna o essere "inferiore", perché non vi è da parte del mondo civile il coraggio di condannare sul serio questa pseudo cultura religiosa.

Sono stanco di sentir dire: è la loro religione è la loro cultura.... non vi è cultura o Dio, chiunque esso sia, che possa avvallare questi atteggiamenti essi rappresentano tutto quello che è il male, la sopraffazione la dittatura sia essa politica o religiosa dove il velo non copre le loro falsità. Nell'ultima lettera di Reyhaneh Jabbar, commovente sino alle lacrime, sono affermati due principi fondamentali: la giustizia ultraterrena farà si che l'innocenza e la purezza di cuore siano vincenti. Il suo ultimo desiderio è stato quello di donare a chi ne ha bisogno i suoi organi: il cuore, gli occhi o quanto possa servire agli altri in un ultimo estremo atto d'amore, per chi dal mondo non ha avuto né pietà, né amore.

NUOVE FRONTIERE PER CURARE IL **DIABETE 1**

Gli studiosi puntano sul pancreas artificiale. Se ne è parlato a Padova recentemente

di **Cristina Chinello**

© Canstock Photo Inc. / Kzenon

La buona notizia è che il pancreas artificiale sta dando risultati definiti "entusiasmanti" dagli addetti ai lavori. La cattiva notizia è che si è ancora in una fase di test e i tempi per avere a disposizione questo gioiello tecnologico, magari a carico del Sistema Sanitario Nazionale, non si conoscono né si possono ipotizzare. Di evoluzione del sistema per la gestione del diabete, in particolare del tipo 1, si è parlato di recente al Bo, nell'ambito della tavola rotonda dal titolo "L'ingegneria del corpo", organizzata dall'Università di Padova e Nòva del Sole24ore. Dal 1922, anno della scoperta dell'insulina, la strada percorsa è stata parecchia, prima con l'introduzione di insuline umane sintetiche che hanno sostituito quelle animali (anni '80), poi con l'evoluzione dei dispositivi per la somministrazione dell'ormone (dalle siringhe alle "penne") e i glucometri, ora grandi come un portachiavi, infine con i microinfusori. La qualità della vita dei diabetici 1 è sensibilmente migliorata nell'arco degli ultimi anni, ma resta ancora del margine.

Il prossimo passo sarà il "pancreas artificiale" portatile: non un organo bionico da trapiantare all'interno dell'organismo, bensì un dispositivo da applicare esternamente, composto di tre parti: un sensore per il calcolo glicemico, una pompa per l'iniezione di insulina e un software, un algoritmo evoluto installabile su cellulare, che dialoga con i due dispositivi via bluetooth. Il tutto, autonomo e indipendente rispetto alla volontà della persona, esattamente come farebbe il suo pancreas naturale, qualora funzionasse (ancora) regolarmente. L'evoluzione risiede proprio nell'algoritmo, in questo dettaglio che costituisce un salto di qualità apparentemente banale ma in realtà di fondamentale rilevanza, perché i dispositivi attualmente disponibili si fermano al calcolo glicemico e hanno bisogno dell'intervento esterno in caso di correttivi. Il primo test è durato 48 ore, due giorni interi in cui un paziente diabetico è stato controllato giorno e notte e lasciato indipendente rispetto a controlli glicemici e iniezioni. La seconda prova è durata cinque giorni consecutivi. Il terzo esperimento ha durata di due mesi ed è tuttora in atto.

"Questo studio dà una prospettiva di vita eccezionale, e io spero che si colgano l'entusiasmo e le aspettative che abbiamo riguardo al pancreas artificiale – sottolinea Daniela Bruttomesso del dipartimento di Medicina dell'Università – commuove leggere quel che ha scritto un paziente attualmente sottoposto a test: "Il pancreas artificiale ti libera dalle scelte terapeutiche". Pensiamo alle grandi ripercussioni che questo dispositivo avrà in ambito pe-

© Canstock Photo Inc. / sabinoparente

diatrico. Per questo, abbiamo intenzione di iniziare, nei prossimi mesi, gli studi anche sui bambini". Il diabete di tipo 1, identificato come diabete giovanile, si manifesta sempre più spesso in età pediatrica e compare in genere entro i 26-30 anni, con notevoli conseguenze sulla qualità della vita (soprattutto sociale) dei bambini che ne sono affetti e della loro famiglia: più è giovane la persona diabetica, maggiore dovrà essere l'educazione sua e dell'ambiente circostante, per la gestione della malattia ("la malattia cronica – ha sottolineato un medico presente in sala – ha necessità di educare il paziente e le persone a lui vicine, diversamente dalla manifestazione acuta").

Per entrare nella descrizione di quel che il pancreas artificiale rappresenta, ci si deve ancora rifare alla relazione di Bruttomesso: "Rispetto a una persona non diabetica (70-180 di glicemia), la persona diabetica ha grandi oscillazioni glicemiche, con rischi di ipoglicemie, specialmente notturne. Essendo l'ipoglicemia la situazione da evitare, molti pazienti preferiscono tenere livelli elevati di glucosio nel sangue, pur di evitarla. La soluzione terapeutica data da pompa più sensore di glucosio, permette una somministrazione più flessibile e accurata rispetto alle iniezioni, e rappresenta per questo motivo la miglior terapia attualmente disponibile, anche se non è automatica (cioè è il paziente che decide se e come variare la somministrazione di insulina, intervenendo direttamente). Il problema attuale che riguarda i diabetici non è solo lo stress per il calcolo dei carboidrati e di conseguenza della quantità di insulina, ma è il tempo che queste persone trascorrono quotidianamente in condizione di ipoglicemia, nonostante i monitoraggi (una o due ore in media ogni giorno)".

In questo scenario, passare a un dispositivo totalmente automatico ha grandi ripercussioni positive sulla qualità della vita della persona diabetica, oltre a enormi vantaggi dal punto di vista socio-economico: l'ipoglicemia severa può comportare il ricovero, ma nei casi meno gravi ha evidenze immediate sulla produttività. Inoltre, trascorrere più tempo con buoni valori glicemici allontana il rischio di complicanze a danno di occhi, cuore, reni, nervi.

Cellule staminali e diabete, a che punto siamo?

Il trapianto delle isole pancreatiche, dove risiedono le cellule beta, responsabili della produzione di insulina, è un'ipotesi terapeutica che tuttavia deve fare i conti con gli immunosoppressori (come qualsiasi altro trapianto d'organo), e con la mancanza di donatori. Una parte della ricerca si sta concentrando sulle cellule staminali, attraverso le quali si tenta di "ricostruire" in laboratorio le beta cellule, che si possono ottenere a beta a partire da cellule precursori del pancreas o da cellule staminali embrionali umane.

Il problema rilevante delle cellule staminali è che sono ancora scarsamente attendibili rispetto allo standard di sicurezza desiderabile: "Si osserva ancora – afferma Angelo Avogaro del dipartimento di Medicina dell'Università di Padova alla tavola rotonda sulle novità tecnologiche riguardanti la terapia del diabete – la scarsa affidabilità delle cellule staminali, a produrre esattamente le cellule che vogliamo: il rischio di ottenere cellule non adatte, comprese quelle tumorali, è ancora troppo elevato". La ricerca, tuttavia, procede, a volte con risultati incoraggianti: ricercatori canadesi dell'Università della British Columbia a Vancouver, hanno messo a punto una procedura in vitro che trasforma le cellule staminali umane pluripotenti in cellule che producono insulina. Si tratta di un protocollo composto da sette passaggi che trasformano le staminali in beta cellule in sei settimane, anziché quattro mesi (com'era prima).

MALATTIE DEL METABOLISMO E SERVIZIO DI **DIABETOLOGIA** DI PADOVA

L'Intervista al prof Angelo Avogaro

di **Alberto Salmaso**

Direttore, di cosa si occupa la sua Unità Operativa?
L'U.O.C. Malattie del Metabolismo è un reparto universitario finalizzato alla cura del diabete mellito, delle sue complicanze croniche e acute e delle patologie del metabolismo. L'attività assistenziale è pertanto strettamente connessa con l'attività didattica e di ricerca in cui trova inserimento anche l'attività di formazione per i futuri medici e per gli specialisti in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo.

Come è strutturata?
Il reparto di degenza è ubicato al 5° piano del Policlinico e dispone di 14 posti letto per pazienti acuti con diabete per il trattamento delle complicanze della malattia diabetica come, ad esempio, quelle angiopatiche, la cura e il monitoraggio dei pazienti pre e post trapianto di pancreas-rene e pazienti con obesità grave o con complicanze della sindrome metabolica.
Il Servizio di Diabetologia si occupa di diagnostica e trattamento del diabete di tipo 1 e 2 e delle complicanze croniche del diabete la cui attività è finalizzata alla normalizzazione del controllo diabetico con le terapie più appropriate e a migliorare la qualità della vita del paziente. In particolare, al piano terra dell'Ospedale Giustinianeo, è attivo un ambulatorio di Malattie Metaboliche per l'inquadramento ed il trattamento di obesità, dislipidemie, etc. e l'ambulatorio divisionale dedicato ai controlli post-degenza e ai pazienti con patologie metaboliche.

Qualche numero per comprendere il servizio?
L'Unità Operativa di Malattie del Metabolismo nell'arco dell'anno tratta tra i 5 e i 6mila pazienti per un totale di circa 30mila prestazioni sanitarie, con 5 ambulatori sempre funzionanti durante la settimana ed un ambulatorio cardiologico.

Numeri davvero rilevanti, ma anche con diverse eccellenze…
Il Servizio di Diabetologia è anche "Centro di Riferimento Regionale per la terapia intensiva insulinica mediante microinfusori", in particolare seleziona e forma i pazienti della Regione Veneto per la terapia insulinica con microinfusori, applica micropompe portatili e segue i follow-up dei pazienti diabetici sottoposti a tale terapia. Altresì, il Servizio offre, due volte alla settimana, il day service, un percorso diagnostico-terapeutico in cui, nell'arco di poche ore, al paziente viene effettuato lo screening di tutte le sue complicanze a lungo termine.

Non solo attività assistenziale dunque
Nonostante l'intensa attività ambulatoriale il reparto è universitario e quindi con una forte propensione alla ricerca scientifica le cui principali linee sono: la terapia insulinica ottimizzata del diabete tipo 1 (microinfusori), lo studio della funzione endoteliale e della cardiovasculopatia diabetica, il trapianto di pancreas e la terapia dell'insulinoresistenza e della sindrome metabolica. Sono inoltre presenti anche due importanti aree di ricerca: la biologia vascolare e il pancreas artificiale in collaborazione con Bioingegneria dell'Università degli Studi di Padova.

Servizi, ricerca e… il paziente?
Il concetto fondamentale - che perseguo da quando sono Responsabile del Servizio - è la centralità del paziente rispetto alle prestazioni mediche: gli specialisti devono andare verso il paziente - che non deve muoversi - ma deve ricevere le consulenze specialistiche nel miglior modo possibile.

Chi è Angelo Avogaro

Nato a Venezia nel 1955 e laureato a Padova in Medicina e Chirurgia con 110 e lode nel 1980. Specialista in Malattie del Ricambio e Medicina Interna, Fellow of Fogarty International Center Washington University St. Louis Missouri USA, Dottore di Ricerca in Scienze Endocrinologiche, attualmente Professore Ordinario di Endocrinologia e Metabolismo.

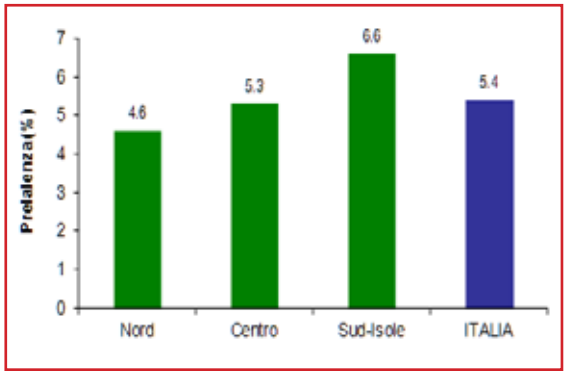
IL DIABETE: CONOSCERLO PER COMBATTERLO

Una malattia silente che mette in subbuglio il nostro corpo, dagli occhi ai reni fino al cuore

di **Alberto Salmaso**

Il diabete è una malattia che impedisce all'organismo di utilizzare correttamente e regolare la glicemia, cioè i livelli di zucchero nel sangue. Questo può dipendere dal pancreas che non produce insulina - ormone che serve per utilizzare gli zuccheri e gli altri componenti del cibo e trasformarli in energia - o quando, anche se prodotta, non viene assimilata dall'organismo che non è in grado di utilizzarla (insulino-resistenza). Il diabete mellito è una forma di diabete ovvero un gruppo di disturbi metabolici con una persistente instabilità del livello glicemico del sangue, passando da condizioni di iperglicemia (più frequente), a condizioni di ipoglicemia. Livelli elevati di glucosio nel sangue – identificabili con un semplice esame del sangue (Glicemia ed Emoglobina glicata) – se non curati e corretti con una cura adeguata, possono nel tempo favorire la comparsa di gravi complicanze come la retinopatia diabetica, che rappresenta la maggiore causa di cecità fra gli adulti e la nefropatia diabetica che è la principale causa di insufficienza renale cronica e dialisi. Inoltre, come riportato nelle relazioni sullo stato delle conoscenze in tema di diabete mellito, i malati di diabete presentano un rischio più elevato di complicanze macrovascolari come malattie cerebro e cardio-vascolari, rispetto alle altre persone. Rispetto a qualche decennio fa sono stati fatti enormi progressi, sia in campo scientifico che di approccio a questa malattia che alcuni definiscono subdola e strisciante: è possibile convivere con il diabete prevenendo attivamente le complicanze, ma è di fondamentale importanza, per chi soffre di questa patologia, essere coscienti di quale alimentazione e stile di vita possano essere i più adatti per cercare di mantenere i livelli di glicemia normali, sin dalla scoperta della patologia. Esistono alcuni tipi principali di diabete:

- il diabete di tipo 1 (c.d. diabete immuno-mediato e riguarda circa il 10% dei soggetti affetti da diabete). Si manifesta tendenzialmente in giovane età bambini-adolescenti e comunque prima dei 40 anni con un esordio della malattia improvviso e con sintomi sempre palesi (aumento della diuresi, sete eccessiva, dimagrimento, spossatezza, disidratazione, etc.). Particolarità del diabete di tipo 1 è una distruzione autoimmune delle cellule beta del pancreas, quelle cioè che producono l'insulina. Il diabete di tipo 1, a differenza del tipo 2, non può essere facilmente preveduto in quanto sono ancora poco chiari i fattori di rischio che interagiscono con la predisposizione genetica scatenando la reazione autoimmunitaria. Il diabete tipo 1 si deve quindi curare con iniezioni di insulina - normalmente con più somministrazioni nella giornata per riprodurre la secrezione fisiologica di questo ormone in risposta ai pasti e nei periodi di digiuno nella giornata.



ISTAT prevalenza del diabete per area geografica 2001_2013

- il diabete di tipo 2 (c.d. diabete non immuno-mediato e riguarda circa il 90% dei casi) è la forma più comune di diabete, con milioni di casi in Italia e nel mondo. Questo tipo di patologia - con una ridotta sensibilità all'insulina e insulino-resistenza periferica - si manifesta generalmente negli adulti, soprattutto in persone sovrappeso od obese. La sua evoluzione è lenta e non acuta come nel diabete di tipo 1. E' comunemente noto come "diabete alimentare" o "diabete dell'anziano" e, a differenza del tipo 1, c'è la possibilità di prevenzione primaria: modificando gli stili di vita dei soggetti a rischio - di norma curati - con una dieta adeguata, esercizio fisico, farmaci orali e insulina utilizzata solamente in una minoranza dei casi.

I **NUMERI** DEL DIABETE

Aumenta col crescere dell'età e per cattivi stili di vita

© Canstock Photo Inc. / Kzenon

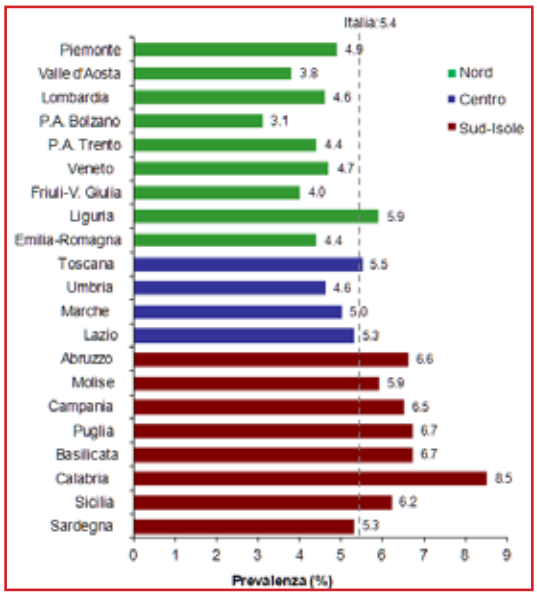
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza del diabete mellito è in continuo aumento. Solo nel 2013, nel mondo, erano stati stimati circa 347 milioni di persone affette da diabete e che tale cifra potrebbe raddoppiare entro il 2030. Ogni anno vengono diagnosticati 65.000 nuovi casi di diabete ma fa sicuramente riflettere la stima che più della metà delle persone che soffrono di diabete ignorano di avere questa malattia come inoltre evidenziato dai dati dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare (Health Examination Survey 2008-2012), in cui le persone tra i 35 e 69 anni (circa il 3%) ha questa malattia e non lo sa. Sempre l'OMS ha stimato che circa il 2% del totale delle morti nel mondo (ca 1.125.000) fosse da attribuire al diabete evidenziando tuttavia che tale attribuzione fosse comunque sottostimata in quanto il decesso di una persona affetta da diabete viene di norma attribuito ad una delle complicanze collegate (malattia renale, cardiopatia, etc.). Desta attenzione il dato che la mortalità nelle persone con diabete è di 1,9 volte superiore rispetto a quella dei non diabetici e per quanto riguarda le donne il rapporto sale a 2,6. Si stima che in Europa ci siano 52 milioni di persone che convivono con il diabete, un aumento generalizzato in tutti gli Stati, in alcuni casi toccando tassi di crescita del 10 – 14% e legati essenzialmente sia all'invecchiamento generale della popolazione sia a fattori e comportamenti "a rischio" che conducono a sovrappeso e obesità, scorretta alimentazione, diseguaglianze economiche e sedentarietà. In Italia i dati Istat rilevano che nell'anno 2013 viene stimata una prevalenza del diabete noto al 5,4% (5,6% negli uomini e 5,3% nelle donne) con un trend crescente negli ultimi dieci anni e che, in termini numerici, corrisponde a circa 3 milioni di persone. Viene pertanto confermato il dato tendenziale collegato all'invecchiamento della popolazione in quanto la prevalenza del diabete aumenta al crescere dell'età fino ad un valore di oltre il 20% con persone di età superiore ai 75 anni. Anche la distribuzione dei malati di diabete, per area è significativa, probabilmente anche legata a stili di vita e alimentazione: si rileva che nelle Regioni del Nord (4,6%) è più bassa del Centro (5,3%) e del Sud e delle Isole (6,6%). In particolare risulta che le Regioni Calabria (8.5%), Basilicata e Puglia (6,7%), Campania (6,5%), Abruzzo (6,6%) e Sicilia (6,2%) sono quelle con un'incidenza della malattia più elevata mentre le P.A. Bolzano (3,1%), Valle D'Aosta (3,8%), Friuli V. Giulia (4,0%), P.A. Trento (4,4%), Emilia Romagna (4,4%), Lombardia (4,6%) e Veneto (4,7%) sono quelle con una prevalenza più bassa rispetto al dato medio italiano che, come specificato sopra, si assesta al 5,4%.

COSA SI FA E COSA **SI PUÒ FARE**

Curare con prevenzione e riabilitazione

di **Alberto Salmaso**

Nel WHR (World Health Report) del 2008, l'OMS ha indicato nell'integrazione e nell'inclusività del sistema assistenziale, con particolare riferimento ad una riorganizzazione delle cure primarie, la via più efficace ed efficiente per il miglioramento della qualità delle cure per le persone con malattie croniche. Da questa premessa si deduce che le persone affette da queste patologie, oltre ad avere la necessità di cure efficaci, necessitano di continuità di assistenza, di follow-up sistematici di informazione e di sostegno per raggiungere la massima autogestione, aspetto fondamentale rispetto alla malattia. Sulla base di queste motivazioni, negli scorsi anni, era stato sviluppato il progetto IGEA (Integrazione Gestione e Assistenza), improntato su nuovi modelli di continuità assistenziale (in generale definiti di gestione integrata) cioè sistemi organizzati, integrati, orientati alla popolazione in cui il paziente è informato e svolge un ruolo attivo nella gestione della propria patologia. Questo progetto è stato sviluppato anche con l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2009 e poi prorogato al 2009: per il diabete prevedeva la realizzazione di progetti regionali finalizzati a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di gestione integrata della patologia. IGEA ha contribuito alla realizzazione di iniziative e interventi orientati a favorire il miglioramento dell'assistenza alle persone affette da diabete e la prevenzione delle complicanze ad esso correlate, inoltre, ha definito le modalità organizzative per la Gestione Integrata del Diabete mellito. Il PNP 2010-2012/13 ha rinnovato gli obiettivi del precedente Piano affinchè potessero essere raggiunti anche con il supporto delle azioni proposte dal Progetto IGEA. Nel dicembre 2012 è stato approvato, in Conferenza Stato-Regioni, il Piano della malattia diabetica che mira a definire alcuni obiettivi strategici per migliorare la prevenzione, le cure e la riabilitazione del diabete e favorire i percorsi che possano garantire omogeneità di risposte e continuità di tutela per tutti i pazienti. La gestione e il monitoraggio del paziente diabetico si rivelano indispensabili per ridurre al minimo il rischio di complicanze croniche. La valutazione clinica del paziente affetto da diabete può includere una serie di esami:



ISTAT prevalenza del diabete nelle regioni italiane 2001_2013

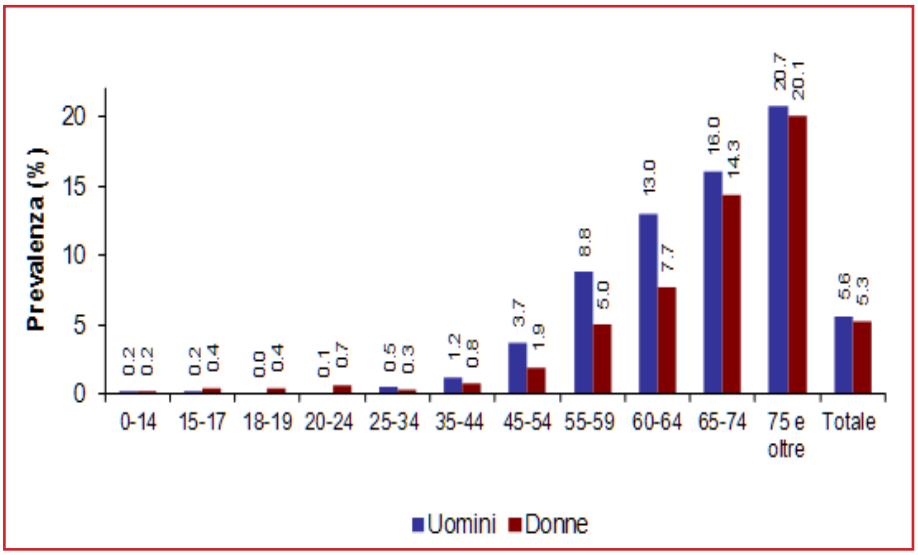
1. Anamnesi ed esame fisico: la storia clinica e l'esame fisico del paziente: il medico verifica la gravità della situazione: l'esame obiettivo comprende la valutazione dei segni vitali del paziente quali temperatura corporea, pressione arteriosa, battito, etc.), il test della sensibilità di piedi e mani (a volte alterata nel paziente diabetico), l'esame della circolazione degli arti inferiori e degli occhi.
2. Test di laboratorio (analisi del sangue e/o delle urine): sono test indispensabili per determinare un'eventuale infezione in atto o la presenza di altre patologie del sangue
3. Radiografia: indicata per verificare eventuale presenza di danni a carico delle ossa (es. artrite) o corpi estranei nei tessuti molli.
4. Ecografia: sia per verificare gli organi interni e se necessario, può essere richiesto l'Eco Doppler per valutare lo stato dei vasi sanguigni (analisi di morfologia e struttura).
5. Angiogramma: test di screening utile la rappresentazione dei vasi sanguigni dell'organismo mediante l'infusione di un mezzo di contrasto nei vasi.

COLPISCE I PIEDI E LA **SESSUALITÀ**

Le complicanze del diabete che non bisogna dimenticare

di **Alberto Salmaso**

Molte sono le complicanze che possono essere legate alla malattia del diabete: le maggiori che si possono sviluppare sono dovute ai danni ai vasi sanguigni: sia i grossi vasi (che portano il sangue al cuore, cervello e arti (macroangiopatia)), sia i piccoli vasi che irrorano, i nervi, le reni (microangiopatia) e la retina dell'occhio. Le patologie cardiovascolari sono la prima causa di morte nel mondo: sia per le persone malate di diabete che per quelle non diabetiche. Sembrerebbe tuttavia che per chi è affetto da tale patologia il rischio di morire per problemi cardiaci risulterebbe da 2 a 4 volte superiore, rispetto a chi invece non ha il diabete. Numerosi studi scientifici, hanno dimostrato che con un controllo dell'equilibrio glicemico, del profilo dei grassi del sangue (colesterolo in primis) e della pressione arteriosa si sarebbe in grado di prevenire queste complicanze. In questo lungo elenco di complicanze relative al diabete purtroppo si annovera anche il "piede diabetico". Si tratta di una complicanza, forse la più invalidante dell'iperglicemia cronica trascurata: in effetti è uno stato patologico che condiziona la qualità di vita del paziente, perché necessita di un costante controllo dei propri piedi supportata da verifiche mediche proprio per prevenire e, in caso di presenza, possibilmente frenare l'ulcera plantare. Il piede diabetico malcurato (o anche solo sottovalutato) può esporre il malato di diabete ad ulcere, piaghe sanguinanti e infezioni che, a lungo andare, si possono diffondere anche nei tessuti limitrofi e procurare cancrena: va da se che il paziente deve rivolgersi al medico non appena nota qualcosa di anomalo sui piedi. Altra complicanza relativa al diabete mellito è quella relativa ai disturbi della sessualità. Si tratta di una problematica portata all'attenzione pochi anni fa, in concomitanza dell'utilizzo dei farmaci per il trattamento della disfunzione erettile maschile. L'impatto psicologico, sociale e fisico di tale novità ha permesso di affrontare determinate particolarità non solo l'adozione di strumenti innovativi soprattutto di tipo introspettivo), ma anche la necessità di aggiornamento specifico. Si sono pertanto palesate alcune particolari situazioni - divenute evidenze anche scientifiche – e alcune problematiche tipiche del paziente affetto da diabete, non solo inerenti la funzione erettile, ma di tutta la sfera della sessualità. Non si tratta necessariamente di complicanze o deficienze ma esistono, e sono studiate e analizzate delle situazioni correlate alla sessualità dei malati di diabete che possono essere affrontate tramite colloqui e, in buona parte, trattabili e risolvibili.

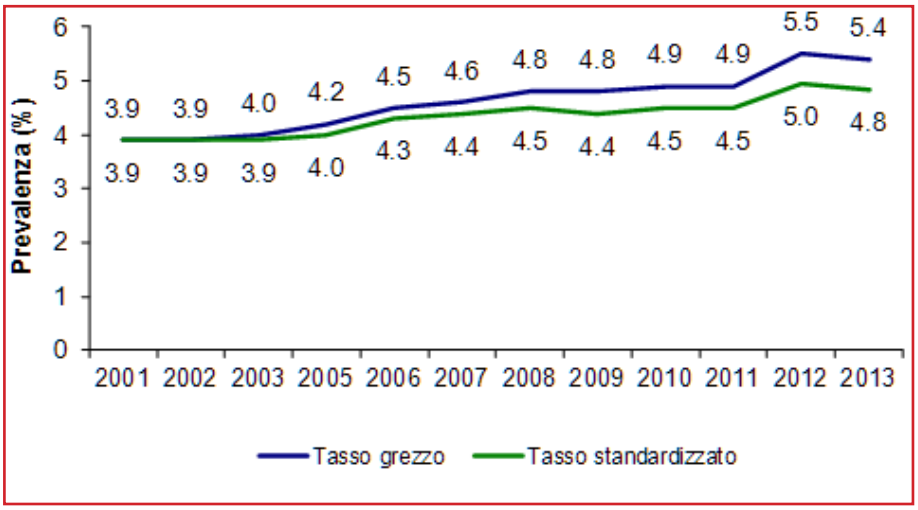


ISTAT prevalenza del diabete per sesso e età 2001_2013

IL DIABETE **GESTAZIONALE**

Può comparire durante la gravidanza e scomparire col parto. Bene comunque il controllo

Si tratta di una forma di diabete caratterizzata da durata temporanea che sarebbe presente nel 6 - 10% delle gravidanze e si presenta per la prima volta senza che la donna ne sia mai stata affetta prima. Questa tipologia di diabete di norma compare dal secondo trimestre di gravidanza e scompare dopo il parto anche se può costituire una condizione di rischio per una successiva comparsa del diabete di tipo 2, cioè la forma più comune di questa malattia. Il diabete gestazionale si esplicita con sintomi poco evidenti e potrebbe passare inosservato per i sintomi correlati, come per il diabete di tipo 1 possono essere: aumento della sete, perdita di peso, infezioni frequenti (come ad esempio cistiti e candidosi), disturbi della vista. Le attuali linee guida italiane raccomandano che già durante la prima visita in gravidanza è opportuno identificare le donne a rischio più elevato di diabete gestazionale attraverso una valutazione del loro valore glicemico a digiuno. Anche in questo caso, fattori di rischio come l'obesità e la familiarità con un paziente diabetico possono accrescere sensibilmente la probabilità di andare incontro a questa forma di diabete. Se diagnosticato il diabete gestazionale, il controllo dei valori della glicemia deve essere effettuato durante tutta la fase della gravidanza a cui va di norma associata una dieta adeguata e un programma di esercizio fisico.
Come le altre forme di diabete questo tipo può costituire un rischio per il feto compromettendo il suo corretto sviluppo. E' possibile però limitare al massimo i pericoli con un opportuno programma dietetico e di controllo della glicemia ed è fortemente sconsigliato l'uso di ipoglicemizzanti orali in ogni caso è utile un consulto con un diabetologo o con un dietologo.



ISTAT andamento della prevalenza del diabete in Italia 2001_2013

© Canstock Photo Inc. / Kzenon

PAROLA D'ORDINE: **EMOGLOBINA GLICATA**

Con un semplice esame del sangue si scopre se si è a rischio diabete

di **Alberto Salmaso**

© Canstock Photo Inc. / roboriginal

Per sapere se si è soggetti "a rischio" o addirittura se si è malati di diabete è sufficiente una semplice analisi del sangue. Tra gli esami di laboratorio previsti per identificare la percentuale di glucosio (zuccheri) nel sangue vi è la cd. "glicemia" che la misura esattamente nel campione di sangue sottoposto ad analisi. Ma, in certi casi, dove sia necessario un approfondimento correlato alla patologia, può essere anche prescritto l'esame della "emoglobina glicata".

L'emoglobina è una particolare proteina presente sulla superficie dei globuli rossi: essa determina la capacità di trasportare il sangue agli organi e ai tessuti: il glucosio, presente nel sangue (ad alte concentrazioni in caso di diabete) può legarsi all'emoglobina, formando appunto l'emoglobina glicata (HbA1c), una nuova proteina che non trasporta l'ossigeno con la stessa efficacia dell'emoglobina, determinando quindi una minore ossigenazione. Uno strumento ideale per il monitoraggio glicemico del paziente affetto da diabete mellito è il test dell'emoglobina glicata che permette di conoscere la quantità di glucosio che è stata presente nel sangue nei due-tre mesi precedenti al test, permettendo di valutare l'eventuale presenza o l'andamento medio della malattia diabetica, senza però alcuna possibilità di identificare i picchi di iperglicemia o ipoglicemia.

Infatti questo test risulta essere molto attendibile fornendo il quadro indicativo del valore glicemico medio degli ultimi mesi ma non fornisce alcuna informazione circa i singoli episodi (iperglicemia o ipoglicemia) che devono essere svolti con i metodi tradizionali; inoltre, in concomitanza di alcune particolari condizioni cliniche come emorragie, anemie, trasfusioni, etc., i valori del test potrebbero essere variati sia in presenza che in assenza di diabete. Il test dell'emoglobina glicata non è solamente uno strumento di monitoraggio della glicemia perché è entrato a far parte dei criteri diagnostici del diabete mellito: secondo le raccomandazioni italiane, il controllo dell'emoglobina glicata deve affiancare periodicamente l'autocontrollo glicemico e deve essere compiuto almeno due volte all'anno in tutti i pazienti diabetici (quando il controllo glicemico è stabilmente nell'obiettivo terapeutico) e una volta ogni 3 mesi, nel caso in cui è stata modificata la terapia ipoglicemizzante o la glicemia non risulta stabile nel tempo.

LO SPORT FA BENE AI DIABETICI

Anche investire nella pratica sportiva significa "curare"

di **Cristina Chinello**

È stato calcolato scientificamente che un euro investito nello sport ne varrà, dieci anni dopo, ben tre: il valore, cioè, di un investimento finalizzato a implementare la pratica sportiva, è destinato a triplicare nell'arco di due lustri. Eppure i costi sociali che si preferisce pagare sono molto più alti: non serve scomodare alcuna statistica per sapere che la stragrande maggioranza delle persone non fa sport o attività fisica, anche in presenza di patologie importanti e per le quali c'è un'evidenza scientifica che dimostra i benefici. Il diabete non fa eccezione.

"In seguito a diagnosi di diabete è lo stile di vita del paziente a cambiare radicalmente, dando maggiore importanza all'attività fisica, specialmente se il diabete è di tipo 1, insulino-dipendente: l'organismo trae un enorme beneficio dallo sport". Lo afferma Maurizio Schiavon, direttore del Centro di Medicina dello Sport dell'Ulss 16, quella che ha sede all'Ospedale ai Colli a Padova.

"La Medicina dello Sport, a livello regionale, è distinta in tre fasce: quella per gli under 18, per i quali non è solitamente necessaria la prova da sforzo; quella per gli agonisti e i disabili, con prova da sforzo; quella per patologie importanti, per cui può prescrivere l'attività fisica".

Maurizio Schiavon

Dottore, la prescrizione medica dell'attività fisica (intesa qui, pertanto, alla stregua di un farmaco), dà vantaggi al paziente?

"Oltre ai benefici per il suo organismo, no, non c'è alcun vantaggio, nonostante gli ultimi due ministri (Balduzzi e Lorenzini) si siano attivati per fare inserire nei Lea la prescrizione dell'attività fisica per certe patologie. Ci sono dei centri sperimentali (a Vittorio Veneto esistono palestre convenzionate), ma il resto è lasciato alla discrezionalità del paziente ed, eventualmente, dell'Azienda sanitaria locale".

Nessuna detrazione fiscale, per esempio, come invece succede per i farmaci. Ma allora che convenienza c'è?

"Purtroppo siamo ancora indietro. Qui all'Ospedale ai Colli ci sono dei progetti, sostenuti dal Comune, per alcune patologie (cardiopatie, osteoatrosi, obesità, ad esempio), per cui a un costo sociale si abitua il paziente a fare sport adatto alla sua condizione. Terminato il periodo massimo, lo si indirizza all'associazione di riferimento che gli permette di usufruire di sconti in alcune palestre private. Di più non si può fare, per ora".

Eppure il contributo terapeutico dello sport nel trattamento del diabete è riconosciuto.

"Certo, infatti si cerca di educare i diabetici, soprattutto quelli di tipo 1, alla pratica sportiva: solo noi dell'Ulss ne seguiamo una quarantina all'anno, agonisti e non. Gli sport più praticati sono calcio, pallavolo, atletica leggera, rugby, basket, ginnastica; vediamo più maschi (111) che femmine (46) e la prevalenza delle fasce d'età pone nettamente al primo posto i 10-15enni (sono 167), seguiti dai 15-20enni (74). Poi si verifica il fenomeno dell'abbandono, e li ritroviamo a 45 anni che si lanciano nelle maratone. Dai 25 ai 45 anni le persone si perdono, per mille motivi, ma soprattutto perché non hanno tempo.

Giuseppe Bax

Eppure le aziende private dovrebbero essere le prime a incoraggiare i propri dipendenti a fare sport, perché il loro rendimento è maggiore e il rischio di ammalarsi drasticamente inferiore".

Purtroppo è una questione culturale, ma basterebbe dare un'occhiata alle non idoneità...
"Su 318 richieste di idoneità sportiva negata, una sola persona diabetica non ha avuto l'ok; due i cardiopatici; 315 coloro che non manifestavano alcuna patologia. Va precisato che la richiesta del certificato di idoneità sportiva si riferisce alle condizioni di salute del paziente per uno sport preciso, cioè quei pazienti non sono idonei alla pratica sportiva dello sport per cui hanno fatto richiesta, e non tout-court".

Quali sono gli sport meno favorevoli ai diabetici?
"A livello agonistico sono le attività per le quali non c'è adeguata protezione in condizioni di ipoglicemia: gli sport subacquei, per esempio, anche se con certi accorgimenti si possono fare; paracadutismo; volo da diporto; alpinismo".

Sport come prevenzione
Già in tenera età è importante praticare una disciplina sportiva

Sport e diabete hanno un legame imprescindibile, ma ci sono regole da seguire? E se sì, quali sono? "Anzitutto va distinto il diabetico di tipo 1, dal paziente diabetico di tipo 2, perché presentano caratteristiche differenti". A spiegare il diverso approccio è Giuseppe Bax (*nella foto a sinistra*), medico diabetologo del servizio di Diabetologia dell'Ulss 16, all'Ospedale ai Colli.

Quali le differenze?
"Nel diabetico di tipo 1, il primo problema importante nella gestione della pratica sportiva è dato dalla percezione dell'ipoglicemia:se il paziente non la riconosce, diventa complicato gestirla, e non è una circostanza poco frequente. Il sensore dell'ipoglicemia può non funzionare adeguatamente in condizioni di sforzo, soprattutto nella fase iniziale del trattamento del diabete, quando si abbassano i valori glicemici abbastanza velocemente. In secondo luogo, andando avanti nel tempo, in alcuni pazienti si può verificare la denervizzazione. Inoltre, se il diabete è troppo ben controllato e spesso il paziente va in ipoglicemia, il cervello tende ad adattarsi e a "spostare" il confine dell'allarme".

Quindi il diabete 1 richiede una gestione particolarmente attenta. Lo sport è sempre indicato?
"Sì, ma va ridotto o riadattato in presenza di complicanze. A scuola è importante che i bambini diabetici facciano l'ora di attività fisica, per evitare di sentirsi diversi dagli altri: il recupero psicologico corrisponde spesso al recupero della propria vita. Non solo: può portare così tanta motivazione, che il soggetto emerge, come è accaduto a Gary Hall, nuotatore statunitense diabetico dall'età di 25 anni, che ha vinto cinque volte la medaglia d'oro olimpica (due volte nei 50 metri stile libero - Sydney 2000 e Atene 2004 - e tre volte nella staffetta 4x100 sl)".

Per quanto concerne il diabete di tipo 2?
"In questo caso il discorso sarebbe molto più lungo. Studi recenti hanno quantificato che l'insorgenza del diabete 2 in un soggetto di 40 anni costa 125mila dollari; a 60 anni costa un quarto. Di conseguenza, se vogliamo ridurre quei 125mila, bisogna investire in attività fisica. Anche altri studi hanno dimostrato questa correlazione".

Qual è l'epidemiologia del diabete 2 in Europa?
"L'età media dell'insorgenza del diabete 2 si è abbassata di 10-15 anni, rispetto a 30 anni fa. Le cause sono molteplici, ma soprattutto: ci muoviamo di meno, mangiamo cibi ricchi di grassi e zuccheri e l'inquinamento ambientale modifica la nostra genetica. Per prevenire il diabete, si cerca di controllare anche il peso dei bambini alla nascita: né troppo grassi, ma nemmeno troppo magri (questi ultimi sono i più esposti)".

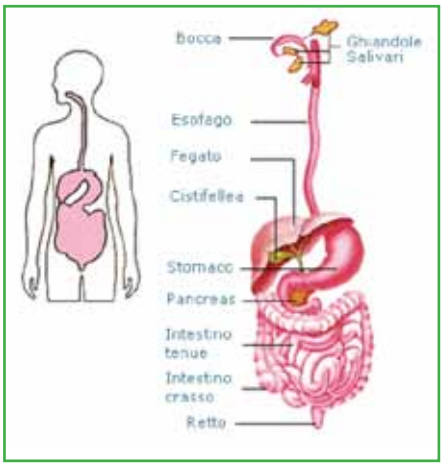
In definitiva, cosa si può dire di sport e diabete?
"L'attività fisica resta fondamentale nella cura del diabete, e sempre più spesso sta diventando argomento di approfondimenti e specializzazioni, anche nella sua esasperazione: troppo sport può diventare pericoloso, per cui c'è bisogno di porre dei limiti. Ma se la metà dei diabetici 2 rappresenta futuri pazienti cardiopatici, si spiega perché la prevenzione delle complicanze passi attraverso il movimento".

VIAGGIO NELL'APPARATO **DIGERENTE**

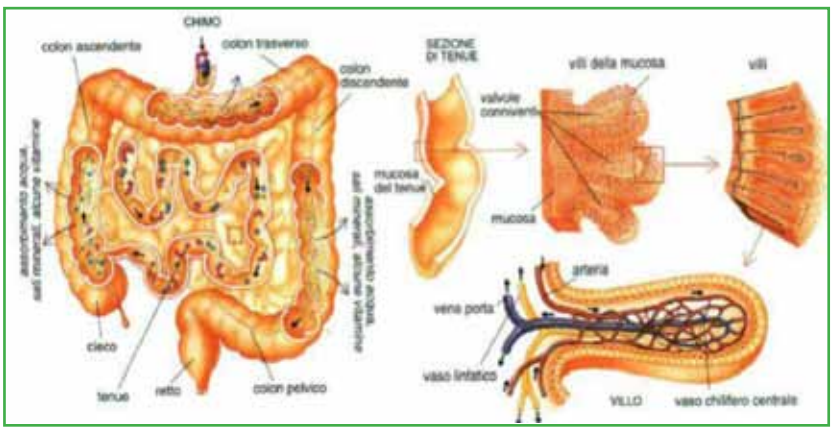
Anatomia e fisiologia di un organo che provvede alla digestione e all'assimilazione di cibi e bevande

a cura di **Antonella Prigioni**

L'apparato digerente è deputato alla scomposizione degli alimenti, introdotti con il cibo, in sostanze semplici e alla loro assimilazione, attraverso la mucosa intestinale, nel sangue da dove vengono poi distribuiti alle cellule dei diversi tessuti. Esso è suddiviso in bocca, faringe, esofago, stomaco, intestino tenue (duodeno, digiuno e ileo) e intestino crasso (cieco, colon e retto). Fanno parte dell'apparato digerente anche le ghiandole salivari, il fegato e il pancreas i cui secreti sono necessari per la digestione delle proteine, degli zuccheri e dei grassi. Nella bocca inizia la frammentazione meccanica del cibo per mezzo dei denti e avviene una prima digestione chimica degli amidi per mezzo di un enzima contenuto nelle secrezioni delle ghiandole salivari chiamato amilasi ptialina. Il bolo alimentare, che così viene a formarsi, viene spinto nella faringe e da qui convogliato, con la deglutizione, nell'esofago dove inizia a scendere attraverso l'esofago fino allo stomaco grazie a delle onde peristaltiche. Le proteine contenute nel bolo alimentare, una volta giunte nello stomaco, in presenza dei succhi acidi e di enzimi proteolitici come la pepsina e la chimosina, vengono scomposte in sostanze più semplici. Grazie ai movimenti peristaltici il bolo, trasformato in chimo, si muove verso il piloro, sfintere che segna il passaggio con l'intestino tenue. L'intestino tenue è lungo 8-9 m ed è suddiviso in duodeno, digiuno e ileo. Nell'intestino tenue si completa la digestione grazie all'azione della bile, prodotta dal fegato, (che emulsiona i grassi) e del succo pancreatico (composto dagli enzimi amilasi, tripsina e lipasi). Questi enzimi concludono la digestione, trasformando i vari principi nutritivi in amminoacidi, glucosio, acidi grassi e glicerina. Nell'intestino tenue avviene anche l'assorbimento dei principi nutritivi grazie alla presenza di numerosi villi che sono delle estroflessioni della mucosa. La loro presenza moltiplica la superficie di contatto con il materiale contenuto nel canale digerente aumentando la disponibilità per l'assorbimento dei nutrienti.



Alla fine del tenue troviamo la valvola ileocecale che si inserisce ad angolo retto nel tratto iniziale del colon ascendente, e che serve a impedire il reflusso del contenuto del colon nell'intestino tenue. L'intestino crasso è lungo circa 2 m. Il primo tratto è costituito dal colon, suddiviso in quattro regioni: colon ascendente, colon trasverso, colon discendente e sigma (o colon sigmoideo).
Ha la funzione di assorbire acqua e sali minerali oltre alle vitamine che vengono prodotte dalla flora batterica residente nel colon. Il sigma si continua con il retto che presenta un insieme di fibre muscolari lisce che formano lo sfintere interno o involontario, e quindi con l'ano che presenta invece fibre muscolari striate che costituiscono lo sfintere esterno volontario, permettendo così la defecazione.



CasaTua

Protezione completa per la tua casa

Special Price
per i proprietari di casa

Vivo in un appartamento in buon stato ed ho elettrodomestici di qualità. Non mi sento esposto a gravi rischi.
Ma a volte sono gli imprevisti a turbare la serenità familiare. Ad esempio: un rubinetto lasciato aperto, o il tubo di raccordo della lavatrice che si rompe, in 20 minuti può riversare fino a 300 litri d'acqua sul pavimento.

Altri esempi di scopertura della polizza del condominio	Ipotesi di danni (euro)
Una fuga di gas provoca uno scoppio. La tua casa e quella dei vicini vengono danneggiate	50.000
Il termoventilatore si surriscalda e provoca un incendio che rovina i muri e i mobili del bagno	5.000

CasaTua è la soluzione che protegge i locali e il contenuto della casa, assicurandoti anche contro i danni causati ai vicini da te o dai tuoi familiari.

Ecco un esempio:

Le coperture	Premio annuo* (euro)
Fino a **150.000 €** per danni ai **locali** e fino a **25.000 €** per danni al contenuto e preziosi da incendio, bagnatura, eventi atmosferici, sovraccarico neve e atti vandalici, con valore a nuovo	**Sconto 25%**
Fino a **2.500.000 € di Responsabilità Civile della Proprietà**	~~236 €~~
Fino a **2.500.000 € di Responsabilità Civile della Famiglia** attiva in tutto il mondo	**177 €**
Fino a **1.500 €** per danni ai locali, porta d'ingresso e serramenti causati dai ladri	
Assistenza 24 ore su 24	

* Il prezzo promozionale è valido per la configurazione indicata nell'esempio e si riferisce ad un appartamento con una superficie dei locali fino a 120 mq, utilizzato come abitazione principale nella provincia di Padova. Nel calcolo della superficie dei locali si considerano il 100% delle superfici calpestabili e il 50% delle pertinenze dei locali. Gli importi sono comprensivi di tasse e arrotondati all'euro. Le somme assicurate per il contenuto sono considerate a Primo Rischio Assoluto. Gli elementi di personalizzazione oggettiva o soggettiva possono determinare un premio diverso da quello indicato. Le prestazioni possono prevedere franchigie e/o scoperti in caso di sinistro, limitazioni e/o esclusioni. Verifica in agenzia la configurazione più adatta alle tue esigenze.
AVVERTENZA: prima della sottoscrizione leggere il Fascicolo Informativo disponibile presso la nostra agenzia e su www.allianz.it

Offerta relativa al prodotto CasaTua – ed. FC20.112 valida dal 08 settembre 2014 fino al 31 dicembre 2014 presso:

Agenzia C & D ASSICURAZIONI SRL
VIA MARCO POLO 3 PADOVA
Tel. 049 8804492 - Fax 049 8804714
E-mail: info@cdassicurazioni.it
Orario: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 18:00. Orario continuato.

Allianz

LE MALATTIE INFIAMMATORE **INTESTINALI**

Necessario distinguere tra le croniche e quelle funzionali

Non confondere il mal di pancia con la colite, non associare la sindrome dell'intestino irritabile alle malattie infiammatorie intestinali croniche. E' la premessa necessaria per capire, come funziona quel mondo misterioso lungo sei metri, in cui avvengono i processi digestivi nel nostro corpo. E per valutare con precisione sintomi e patologie che lo possono interessare. Le malattie infiammatorie croniche dell'intestino sono la colite ulcerosa e il morbo di Crohn. Come dice la parola stessa che le classifica, sono malattie da cui non si guarisce, durano tutta la vita con fasi di acuzie molto rilevanti che possono provocare febbre, dolori, stenosi e anche perforazioni e fasi di infiammazione subclinica in cui il paziente sta bene .

Franca De Lazzari

"In sei metri di intestino – spiega Franca De Lazzari, Direttore della Gastroenterologia dell'Ospedale Sant'Antonio dell' Ulss16 di Padova - l'infiammazione di un tratto di trenta centimetri, può provocare un quadro clinico grave con ripercussioni in tutto l'organismo per cui è necessaria l'asportazione chirurgica del tratto, ma è solo lo stadio più aggressivo della patologia. La chirurgia interviene solo dove la terapia medica fallisce, la terapia medica resta la cura principale della malattia che presenta spesso recidive.

LA COLITE ULCEROSA colpisce la mucosa del colon. Le cause della malattia non sono ancora note. L'ipotesi più probabile è che fattori ambientali, quali microorganismi batterici intestinali, in presenza di un assetto genetico predisponente possano scatenare l'attacco da parte del sistema immunitario in cui rimane coinvolto anche l'intestino. La terapia medica di questa malattia si basa sulla somministrazione di farmaci anti-infiammatori e immunosoppressori. "Un buon aiuto ci viene dato dagli immunosoppressori biologici. I sintomi sono diarrea, sangue nelle feci e febbre. La complicanza più grave, ma molto rara è il megacolon tossico. Il colon perde l'elasticità, una volta tolto e ricostruito si guarisce definitivamente e si ha una vita normale, rassicura la De Lazzari".

IL MORBO DI CROHN è un'infiammazione cronica che può interessare qualsiasi tratto dell'apparato digerente dalla bocca dello stomaco, all'ano, può manifestarsi segmentata anche se l'area più colpita sono i venti–trenta centimetri dell'intestino tenue prima dello sbocco nel colon. Non interessa solo la mucosa, provoca ulcere intestinali, spesso alternate a tratti di intestino sano, e, se non curata adeguatamente, può portare a complicanze quali stenosi o fistole che possono richiedere un intervento chirurgico. Con la resezione del tratto infiammato il paziente può stare mesi o anni senza recidiva. Il dato epidemiologico evidenzia una recidiva del 70 per cento dopo il trattamento chirurgico. La malattia si manifesta con febbricola, malessere generale, calo di peso, disturbi alla funzionalità intestinale, dolori alle ossa. Colpisce i giovani intorno ai 20 anni, con picco intorno ai 60-70 anni, più maschi che femmine ma con un rapporto quasi pari. Le cause non si conoscono, si individua dopo aver escluso che i sintomi non siano l'esito di un'infezione acuta e lo si capisce quando con la terapia la curi ma non la risolvi. E' ritenuta una patologia che colpisce il sistema immunitario. "La malattia infiammatoria cronica, lo ripeto sempre - ci tiene a precisare la dottoressa De Lazzari - va cavalcata non subita. Si può condurre una vita pressoché normale, anche grazie alla

© Canstock Photo Inc. / ziprashantzi

terapia dei farmaci biologici, che hanno però la controindicazione di riattivare le infezioni da micro batteri, per cui è fondamentale fare degli accertamenti prima della somministrazione, ma nelle forme resistenti funzionano. Il caro, vecchio cortisone sarebbe ancora la medicina migliore, se non avesse come effetti collaterali il diabete, l'osteoporosi, l'ipertensione".

INTESTINO IRRITABILE è un'infiammazione da causa funzionale che colpisce il 15-20 per cento della popolazione, non ha nulla a che vedere con le infiammazioni croniche che riguardano due persone ogni cinquecentomila. "Molti hanno i sintomi, pochi la malattia", sintetizza la De Lazzari. In tutti i casi è importante la prevenzione. Va sempre eseguita un'indagine in presenza di diarrea con sangue, anche una semplice visita proctologica. Il sanguinamento può essere dato da delle emorroidi, si escludono così situazioni più gravi. L'intestino irritabile è l'esito non preoccupante di una risposta dei mastociti, le cellule di difesa che si trovano nell'apparato digerente collegate al sistema nervoso periferico, quindi provocano una risposta di spasmo e diarrea, dolore, quando si mette in moto il meccanismo di espulsione di batteri e tossine, legati ad una innocua forma infettiva, od anche ad una sollecitazione difensiva eccessiva. Quando siamo sotto stress, abbiamo delle forti risposte ormonali che determinano palpitazioni, scariche, infiammazioni. Lo stress cronico non è psicosomatico, è una risposta eccessiva del mio organismo che produce sintomi fisici. Devo imparare a gestirlo".

DIVERTICOLOSI DIVORTICOLITE è il colon che aumenta, forma delle specie di tasche, con l'età. Una piccola percentuale interessa anche ventenni, ma è soprattutto una situazione che caratterizza la metà dei sessantenni, il 70 per cento dei 75enni. Ma di per sé non è un problema, lo diventa quando si trasforma in diverticolite che è l'infiammazione di queste sacche che si sono formate. Consigli per combattere questa infiammazione: una dieta ricca di fibra e molta attività fisica.

PREVENZIONE GENERALE il controllo della flora intestinale è molto importante per dare una buona risposta immunitaria, per la corretta digestione e la prevenzione delle neoplasie. La flora si mantiene mangiando cibi fermentati, anche se tutto parte dalla nascita. I bambini che nascono con parto naturale colonizzano la flora nel passaggio dalla vagina della mamma e poi alimentandosi con il latte materno, quelli che vengono alla luce con parto cesareo hanno maggiori rischi di allergie perché la colonizzazione avviene più tardi. La flora si mantiene nel tempo con i fermenti e un equilibrio dietetico.

SCREENING CANCRO COLON RETTO un vanto dell'Ospedale Sant'Antonio è lo screening del sangue occulto nelle feci, che ha favorito un netto abbattimento dei tumori al colon retto. Prevenire significa arrivare prima che si sviluppi la neoplasia. Questi tumori nascono su polipi adenomatosi, rimuovendo gli adenomi il rischio scompare. Il test del sangue occulto individua situazioni sospette che poi vengono sottoposte a colonscopia. Un esame gratuito che evita di ammalarsi di una patologia seria che ha 130 assistiti a rischio su centomila, dai 50 anni in su.

NUOVI TEST DIAGNOSTICI, **NUOVE TERAPIE**

La calprotectina e l'enterorisonanza aiutano a fare la diagnosi

Le malattie intestinali infiammatorie croniche sono in aumento nei giovani e anche tra i bambini. L'incidenza della patologia è raddoppiata negli ultimi anni, attestandosi a 25 casi su 100mila persone, all'anno. Le cause non sono note, tuttavia la genetica e l'epigenetica (ossia l'ambiente) sono le due componenti che hanno un peso nel loro sviluppo. Diagnosi e cura sono le due armi a disposizione dei medici per combattere queste patologie e permettere alle persone che ne sono affette, una convivenza con esse il meno invalidante possibile.

Carlo Giacomo Sturniolo

"C'è un preciso impegno sanitario e sociale per il paziente e per la famiglia nel trattamento di queste infiammazioni. Il follow up: è andare dallo specialista e prendere i farmaci". L'Unità Operativa di Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, diretta dal prof. Carlo Giacomo Sturniolo, è all'avanguardia nelle tecniche diagnostiche per l'individuazione delle infiammazioni croniche. La colite ulcerosa, che si presenta con diarrea e sanguinamento è più semplice da diagnosticare con l'endoscopia, la colonscopia e la biopsia diagnostica. Il morbo di Crohn, che ha sintomi più aspecifici come la diarrea ed il mal di pancia, è invece più insidioso da scovare. Alcuni pazienti arrivano, alla diagnosi della malattia, con tre a cinque anni di ritardo.

Esistono due test, immunoenzimatici non invasivi, utili a valutare se c'è l'infiammazione del colon. Sono dei marker che indicano la concentrazione fecale della calprotectina e della lattoferina, due proteine antimicrobiche presenti nei neutrofili che, in presenza di processi infiammatori a carico dell'intestino, vengono rilasciate nel lume intestinale e pertanto possono essere rilevate nelle feci. Nei pazienti affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali il livello di calprotectina è infatti generalmente molto elevato. Nei soggetti con Sindrome dell'Intestino Irritabile (IBS) il livello di calprotectina è invece decisamente inferiore a quello riscontrato nei pazienti con malattia attiva, talvolta superiore al limite di riferimento ma in ogni caso sempre superiore rispetto a quello rilevabile nei soggetti sani.

"A Padova, uno dei pochi centri in Italia in cui viene effettuato, eseguiamo anche il test della permeabilità intestinale agli zuccheri, un esame utile e poco costoso. Ma pure – ricorda il prof. Sturniolo l'enterorisonanza, una risonanza, con un liquido di contrasto che si assume per bocca, che permette grazie ad una video capsula, collegata ad un computer, di registrare l'assetto del piccolo intestino per dodici ore. Individuate le infiammazioni croniche si passa alla terapia, in primis farmacologica e, solo successivamente, se necessario, si accede alla resezione chirurgica. La colite ulcerosa si tratta come primo approccio con la mesalazina. E' un farmaco che funziona come una pomata, la quantità utile del preparato viene depositata sulla mucosa anche con clismi per spegnere il fuoco rettale. Poi si passa all'impiego degli steroidi, ossia il cortisone, che ha una doppia azione topica e sistemica ma va utilizzato solo in fase acuta al massimo per due o tre mesi. Per la fase di mantenimento della regressione dell'infiammazione si somministrano

© Canstock Photo Inc. / Serg64

gli immunosoppressori. Per i pazienti stereodiresistenti, per i quali gli stereodi non fanno alcun effetto, o stereodidipendenti, pazienti che appena smettono di assumerli recidivano, ci sono i farmaci biologici. Sono i cosiddetti nuovi farmaci e sono stati studiati sulla base del meccanismo della cascata infiammatoria, provocata, nei soggetti malati, dagli anticorpi che reagiscono per difendersi. Questi farmaci vanno usati con cautela in pazienti che hanno un quadro clinico che lo permetta, altrimenti possono fare esplodere infezioni latenti. E poi c'è la chirurgia: nella colite ulcerosa, nel 15 per cento dei casi, si interviene asportando il colon, nel morbo di Crohn si asportano solo i segmenti stenosati e le fistole, nel piccolo intestino e laddove le stenosi sono corte si opera in laparoscopia". Non sottovalutare i sintomi, sottoporsi agli esami corretti, sapere che la terapia al cortisone è efficace ma pericolosa, da somministrare solo nelle fasi acute delle infiammazioni, sottoporsi a colonscopia solo se c'è sangue nelle feci: sono le linee guida indicate dal prof. Sturniolo per aggredire e curare le malattie infiammatorie croniche. Puntiamo a guarire la mucosa a tre cinque anni conclude il gastroenterologo.

CURIOSITÀ

Occhio agli alimenti, bando alle calorie Cibi alcalini e l'approccio molecolare

Avere delle amiche professioniste dell'alimentazione salutista, aiuta a capire come cercare di mangiare sano per stare bene e vivere bene. Sono tante le proposte tra cui orientarsi, leggendo testi di esperti nutrizionisti e specialisti della materia, ma sembra esserci un comune denominatore che è quello di puntare all'equilibrio delle sostanze nutrienti, un equilibrio tra cibi alcalini e cibi acidi. Superato anche il concetto delle calorie nella dieta, per sentirsi in forma non bisogna valutare la quantità di calorie ingerite ma le molecole nutrienti che compongono gli alimenti. Una porzione di pasta ed una di dolce possono avere lo stesso apporto calorico ma hanno effetti metabolici completamente diversi.
L'organismo deve ingerire, lo sostengono in coro i nutrizionisti, tutti i nutrienti: lipidi, proteine, vitamine, minerali, fibre, acqua persino carboidrati, di ogni sostanza vanno però controllate le quantità.
Sempre più in auge, quando si tratta di dieta sana ed equilibrata, il riferimento alla cura alcalina, più che uno stile alimentare è un approccio olistico alla salute, come lo ha definito a inizio Novecento il gastroenterologo austriaco Franz Xavier Mayr. Alla clinica che porta il suo nome in Carinzia, a poche centinaia di chilometri dal confine nazionale, insegnano uno stile di vita che fonda sulla corretta digestione la chiave del benessere. E per essere leggero l'apparato digerente deve combinare alimenti acidi con alimenti alcalini, nel rapporto di uno a due. Due alcalini con un acido garantiscono un regolare equilibrio. Lo sostiene il direttore della clinica Mayr, Stephan Domenig, che ricorda come gli alimenti si suddividono in due categorie, acidi ed alcalini appunto. Gli acidi sono carne, pesce, alcol, zucchero, caffè, bevande gassate, formaggi stagionati, pane (che affaticano il corpo, che per digerirli deve produrre degli acidi), gli alcalini sono frutta, verdura, radici, cereali, olio di oliva, frutta secca.

NES

Nord Est Sanità

Grossa novità per tutti i lettori di NES – Nordest Sanità,
che anche quest'anno potranno ricevere comodamente a casa la propria copia della rivista con il solo pagamento delle spese di spedizione. NES – Nordest Sanità infatti ha deciso di andare incontro alle richieste dei lettori creando un nuovo e comodo mezzo di ricezione che va ad affiancarsi alla tradizionale distribuzione gratuita tramite i quotidiani locali e nei più importanti centri medici del territorio.

Anche il costo di questa offerta è decisamente vantaggioso perché si potranno ricevere i 6 numeri di NES - Nordest Sanità al solo prezzo di spedizione di 18,50 euro (Iva inclusa).
L'importo dovrà essere versato sul conto corrente postale numero: 1001883311.

A chi fosse interessato chiediamo di compilare il coupon sottostante e di inviarlo insieme alla copia della ricevuta del pagamento a:
Nordestnet Srl, via Santa Maria Assunta 31, 35125 Padova.

Per informazioni: www.nordestsanita.it

Sono interessato alla ricezione di NES - Nordest Sanità

Privato ☐ Azienda ☐

Nome ..... Cognome ..... Sesso M F

Codice Fiscale ..... Partiva IVA .....

Indirizzo ..... N. ..... CAP .....

Comune ..... Provincia .....

Tel. ..... E- mail .....

.....
FIRMA

I dati da Lei forniti saranno utilizzati esclusivamente al fine dell'invio della rivista /D. Lgs. 196/2003)

.....
FIRMA

EBOLA, NESSUN ALLARMISMO

Concia: «In Italia siamo pronti. Potrà capitare qualche caso, ma mai una epidemia come in Africa»

a cura di **Ines Brentan**

"È successo: abbiamo il primo morto in Europa (in Germania) per Ebola, ma questo non deve creare allarmismi. Qualche caso sbarcherà probabilmente anche in Italia, visto l'aumentare del fenomeno, ma questo non significa che avremo anche da noi una epidemia". A parlare è il professore ordinario di Malattie Infettive (già direttore del reparto al Borgo Roma) all'Università di Verona, Ercole Concia che, pur non sminuendo la gravità di quello che sta succedendo in Africa, rassicura i veneti e in generale il mondo Occidentale, invitando tutti a non cedere agli allarmismi. "Che poi non fanno bene a nessuno", puntualizza il professore.

Ma la malattia è molto aggressiva e i casi aumentano esponenzialmente...
Certo, ma dobbiamo distinguere tra quello che sta accadendo in Africa (Sierra Leone, Guinea, Liberia) rispetto a ciò che succede nel resto del mondo occidentale, in particolare qui da noi. Abbiamo a che fare con un virus molto virulento, un virus che uccide e che si sta muovendo velocemente in Africa. Ma l'epidemia nasce dal fatto che lì le condizioni socio-sanitarie sono precarie, non esi-

Chi è Ercole Concia

Ercole Concia, professore ordinario di Malattie Infettive dell'Università di Verona. Già borsista Universitario, contrattista e ricercatore presso la Clinica di Malattie dell'Università di Pavia e professore associato di Malattie Tropicali dell'Università di Verona. Già membro del Consiglio d'Europa nella Commissione per lo studio delle infezioni nosocomiali. Dopo la laurea, conseguita a Pavia nel 1972, studia e ottiene la specializzazione in: Malattie Infettive, Microbiologia e Farmacologia Clinica. Ha conseguito presso l'Istituto Pasteur di Parigi il Certificato di "Microbiologie Systematique". E' direttore dell'Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive all'Ospedale Borgo Roma di Verona. Membro della Commissione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera di Verona e membro della Commissione Regionale per l'aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale. Nonché membro della Commissione Regionale per le Malattie Infettive. E' autore di circa cinquecento pubblicazioni a stampa incentrate prevalentemente su tematiche di clinica e terapia delle malattie infettive.

© Canstock Photo Inc. / krishnacreation

ste il concetto di isolamento del malato e, cosa molto importante, scarseggiano o mancano addirittura, i presidi sanitari di protezione (guanti, mascherine, camici adeguati). Ecco perché il contagio non si arresta ed ecco perché si ammalano anche medici ed infermieri (su 9mila casi se ne sono infettati ben 400) che lavorano in quei luoghi. Per cui, noi come Occidente, dovremmo aiutare proprio in questo senso: inviando soprattutto presidi medici.

Eppure la paura in Occidente è giustificata: basta guardare i due casi accaduti in Texas…

Checché se ne dica, penso che noi, in Italia, possiamo vantare di una sanità media molto buona. Il problema in America è che ci sono davvero ospedali di serie A e ospedali di serie B. Idem per i pazienti, per cui la discriminante è avere o no la carta di credito. Noi, invece, curiamo tutti indiscriminatamente dal ceto sociale e tutti allo stesso modo, con la stessa attenzione e qualità dei servizi. E per quanto riguarda questa emergenza, il Ministero della Salute si è subito attivato per promuovere un protocollo di azione che è stato diramato nelle varie Regioni e, dalle Regioni alle Ulss, che prevede una precisa sinergia tra il reparto delle Malattie Infettive, il Pronto Soccorso, il Laboratorio Analisi, la Microbiologia, la Radiologia e la Rianimazione. E una rete di intervento "di chi fa cosa e come" ben chiara, per cui, ad esempio, quando il caso sospetto è conclamato, con un'ambulanza speciale, viene trasferito a Roma.

La mortalità per Ebola in Africa è del 50%. Questo significa anche che cinque pazienti su dieci guariscono. Ci si può quindi salvare?

Certo. La mortalità anzi scende anche del 30% qualora il paziente può godere di una terapia adeguata (idratazione e somministrazione di piastrine). La cosa che ci deve far pensare è un'altra e cioè che l'Ebola non è proprio un male oscuro. Sapevamo che c'era: la prima epidemia risale al 1976 nel Congo e nel Sudan. Da quel momento, ogni tre o quattro anni, in Africa si riproponeva il problema. Il fatto è che l'Occidente se ne è sempre disinteressato, all'epoca si parlava di pochi casi, circa trecento. Il problema non era a casa nostra, per cui mai nessuno ha pensato di lavorare per produrre una terapia e un vaccino. Oggi, però, il mondo è diventato piccolo. Ci siamo accorti che il virus non si è fermato, non è rimasto circoscritto, ma si è mosso per l'Africa diventando sempre più forte e contagiando sempre più persone. E ora manca poco che ci entra in casa e questo fa paura.

Preoccupazione, ma non allarmismo, però!
Sì. La situazione in Africa è critica, ma qui, lo ripeto, non potrà scoppiare una epidemia. E' difficile addirittura che arrivi l'Ebola da noi perché non abbiamo nessun volo diretto con quei Paesi, il primo scalo è in Europa (Parigi, Londra, Bruxelles), noi al massimo siamo il secondo, ma la persona affetta sarebbe stata bloccata già prima. Per via mare, non ne parliamo: il viaggio è troppo lungo. Chi ha contratto il virus morirebbe prima di arrivare. Ma anche nell'ipotesi remota che arrivasse qualche caso, voglio ricordare che siamo pronti ad affrontare questa emergenza. Abbiamo dei protocolli ben precisi, che vanno dal come vestirsi e spogliarsi, alla rete coi vari servizi regionali e nazionali. In Veneto vantiamo di reparti di Malattie Infettive qualificati, presenti in ogni provincia, strutturati con personale formato e camere di isolamento.

© Canstock Photo Inc. / Tatiana53

La scheda del Ministero della Salute

Che cos'è la malattia da virus Ebola?
La malattia da virus Ebola (EVD), precedentemente nota come febbre emorragica da virus Ebola, è una malattia grave, spesso fatale, con un tasso di mortalità fino al 90 %. La malattia colpisce gli uomini e i primati (scimmie, gorilla, scimpanzé). L'Ebola è apparsa la prima volta nel 1976 in due focolai contemporanei: in un villaggio nei pressi del fiume Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, e in una zona remota del Sudan. L'origine del virus non è nota, ma i pipistrelli della frutta (Pteropodidae), sulla base delle evidenze disponibili, sono considerati i probabili ospiti del virus Ebola.

Quali sono i Paesi dell'Africa occidentale affetti dall'epidemia di Malattia da virus Ebola (EVD)?
Le comunicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità informano che i Paesi dell'Africa occidentale affetti dall'epidemia di Malattia da virus Ebola (EVD) sono, al momento:
Trasmissione diffusa e intensa (16 settembre 2014)
- Guinea (Conakry) - Liberia - Sierra Leone

Caso iniziale e trasmissione localizzata (16 settembre 2014)
- Nigeria - Senegal

Al 16 settembre 2014, sono stati notificati, dai Ministeri della Salute della Guinea, Liberia e Sierra Leone 4.963 casi (probabili, confermati e sospetti) e 2.453 decessi del focolaio di malattia da virus Ebola. In Nigeria, ci sono stati 21 casi e 8 decessi. In Senegal, un caso è stato confermato e non ci sono stati decessi o ulteriori casi sospetti di Ebola. Il 26 agosto, è stato notificato anche un focolaio probabilmente non correlato con l'epidemia negli altri paesi africani, con 20 casi sospetti di cui 13 decessi nella Repubblica democratica del Congo.

Come si infettano le persone?
L'Ebola si trasmette nella popolazione umana attraverso lo stretto contatto con sangue, secrezioni, tessuti, organi o fluidi corporei di animali infetti.

Quali sono i segni e sintomi tipici di infezione?
Comparsa improvvisa di febbre, intensa debolezza, dolori muscolari, mal di testa e mal di gola sono i segni e sintomi tipici, seguiti da vomito, diarrea, esantema, insufficienza renale ed epatica e, in alcuni casi, emorragia sia interna che esterna. Gli esami di laboratorio includono globuli bianchi e piastrine bassi ed aumento degli enzimi epatici. Il periodo di incubazione o l'intervallo di tempo dall'infezione alla comparsa dei sintomi è tra i 2 e i 21 giorni. Il paziente diventa contagioso quando comincia a manifestare sintomi, non è contagioso durante il periodo di incubazione. L'infezione da malattia da virus Ebola può essere confermata solo attraverso test di laboratorio.

Quando si dovrebbe cercare assistenza sanitaria?
Se una persona si trova in aree dove è noto ci sia la malattia da virus Ebola o ha avuto contatti con un caso confermato in laboratorio o un soggetto con quadro clinico fortemente sospetto di malattia da virus Ebola e comincia a presentare sintomi della malattia dovrebbe immediatamente richiedere assistenza sanitaria.

L'infezione può essere prevenuta?
Attualmente non esiste un vaccino autorizzato per la malattia da virus Ebola. Diversi vaccini sono in fase di sperimentazione, ma nessuno è disponibile per uso clinico in questo momento. Per ridurre il numero dei casi e i decessi è fondamentale accrescere la consapevolezza dei fattori di rischio e adottare le misure di prevenzione.

Sono stati registrati casi di malattia da virus Ebola in Italia?
No. Tutti i casi sospetti sul territorio italiano sono risultati negativi agli esami.

un click per la tua salute

SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line
la tua prestazione
sanitaria privata

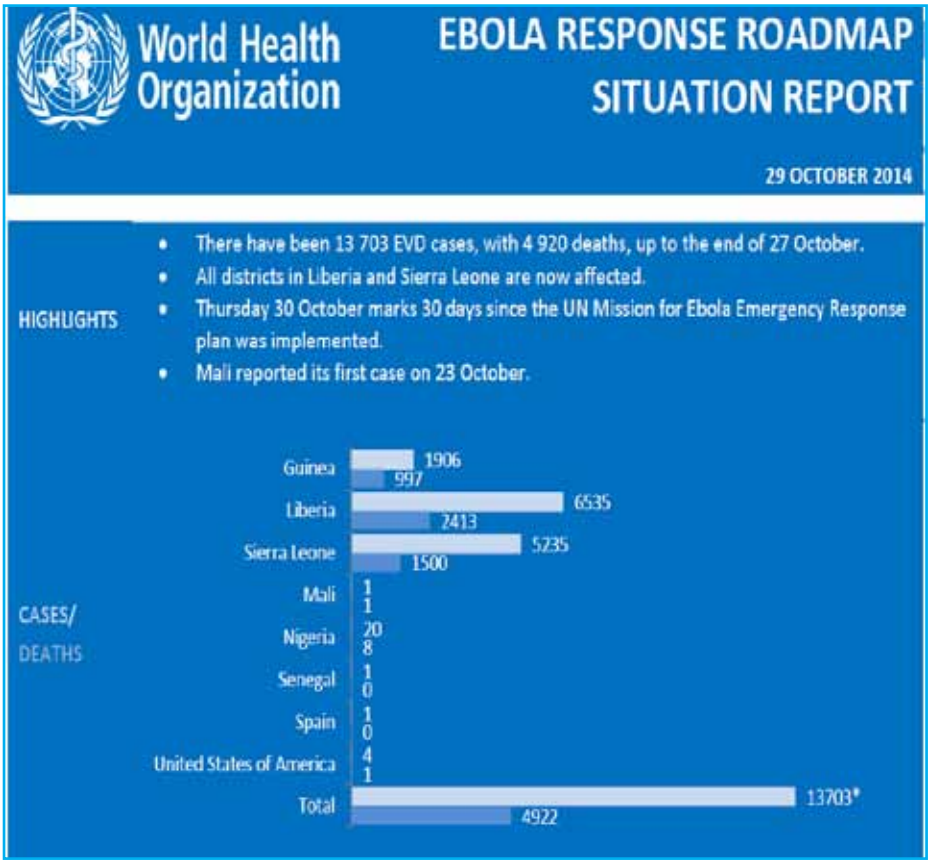
SANITÀ VENETA, PREVENZIONE AL MASSIMO

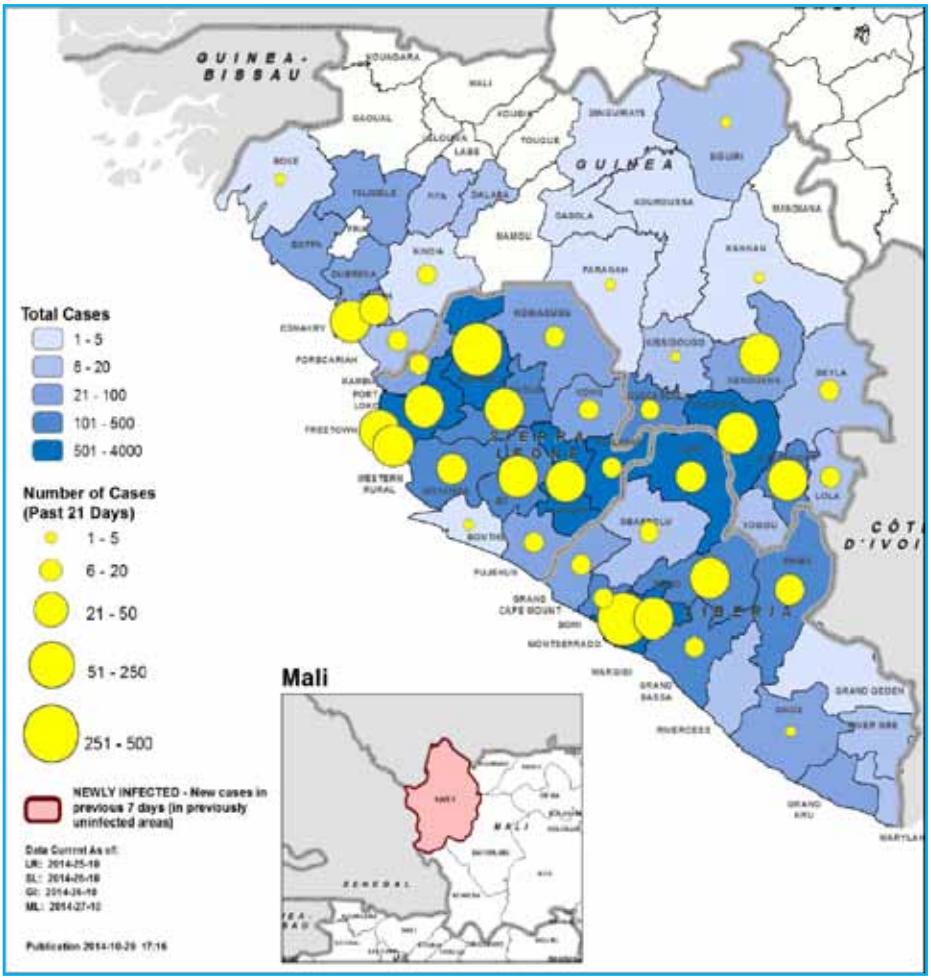
Dispositivi di sicurezza disponibili, in arrivo cinque camere di isolamento mobili

La sanità veneta è preparata e adeguatamente organizzata per affrontare l'eventuale comparsa di un caso di Ebola e, pur se l'eventualità è considerata abbastanza remota dalla comunità scientifica, nemmeno un possibilità infinitesimale viene trascurata. E' questo l'obiettivo con il quale venerdì 17 ottobre scorso, all'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio (Verona) dirigenti, medici, infermieri ed esperti del sistema salute del Veneto, si sono ritrovati, su iniziativa della Regione, per definire azioni, protocolli operativi e informativi, necessità alle quali ancora serve dare risposta. Con l'Assessore regionale alla Sanità Luca Coletto, il Direttore Generale dell'Ulss 20 di Verona Giusi Bonavina a fare da padrone di casa, e la Responsabile del Settore Sanità Pubblica della Regione Francesca Russo, c'erano non meno di 250 addetti ai lavori: Direttori Generali delle Ullss, Direttori Sanitari, Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione, rappresentanti degli infermieri e dei medici di medicina generale, primari dei reparti di malattie infettive e dei Pronto Soccorso con il responsabile regionale del Suem 118 Paolo Rosi, esperti di virologia, epidemiologi, infettivologi, laboratoristi, ed Ernestina Repetto, di Medici Senza Frontiere, che ha raccontato l'esperienza fatta sul campo dalla sua organizzazione, presente in tutti i Paesi africani colpiti.

Le foto di infermieri in tenuta anti-ebola sono state fornite dall'Ulss 12 Veneziana

"Siamo pronti ad ogni eventualità con uomini, mezzi e organizzazione – ha detto Coletto nella conferenza stampa seguita al vertice – e vogliamo avvicinarci il più possibile al livello di prevenzione 100 e a quello di rischio zero. L'organizzazione è capillare e parte dal territorio fino ad arrivare ai reparti e alle strutture di massimo livello.
Bisogna anche sgomberare il campo da una convinzione sbagliata, innescata dall'effetto mediatico mondiale che sta avendo questa vicenda: non siamo di fronte né ad un'epidemia, né tanto meno a una pandemia, ma a una situazione in evoluzione rispetto alla quale ogni sistema sanitario serio, e quello del Veneto lo è, ha l'obbligo di attivarsi senza allarmismi ma anche senza sottovalutazioni che potrebbero costare care, come si è visto in Usa". L'organizzazione delineata oggi, in parte già attiva dopo l'emanazione dello specifico Protocollo Regionale dell'1 settembre scorso, troverà totale attuazione in pochi giorni, appena dopo che la Regione invierà un aggiornamento approfondito, una sorta di Protocollo "parte seconda", a tutte le Ullss e Aziende Ospedaliere. E' già stato firmato un decreto dirigenziale che dispone l'attivazione di un numero verde al quale la gente potrà rivolgersi per avere informazioni e chiarimenti; le dotazioni di sicurezza per gli operatori sono già disponibili su standard internazionali, è già partita la formazione specifica del personale per evitare errori operativi come quelli accaduti in America e Spagna; è già stata indetta la gara per l'acquisto inizialmente di 5 camere di isolamento mobili da apporre su barelle o letti per il trasferimento dei pazienti in totale sicurezza per una spesa di circa 50mila euro, senza escluderne altre qualora ne emergesse la necessità; in ogni Ullss è già attivo un Comitato di Gestione delle Emergenze in Sanità Pubblica (CESP) e un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR), quest'ultimo operativo anche a livello regionale. Pronta anche la procedura per l'eventuale trasferimento di un malato nei due centri di riferimento nazionali (lo Spallanzani di Roma e il Sacco di Milano), mentre è già stata richiesta, ed è attesa a breve, l'autorizzazione come centro di riferimento per le analisi del Laboratorio di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova. Le procedure di sicurezza sono state ben definite sin dal livello territoriale: qualora un medico di medicina generale rilevasse in un suo paziente sintomi sospetti dovrà chiamare il 118, che invierà un'ambulanza attrezzata con personale specializzato; nei pronto soccorso, nella fase di triage, gli operatori dovranno porre la massima attenzione alla sintomatologia dei pazienti e alla loro provenienza (i Paesi realmente a rischio sono considerati dagli esperti la Sierra Leone, la Liberia, la Guinea Conacrì, da non confondere con la Guinea Bissau dove invece non c'è alcun problema), se del caso, chiamare immediatamente un infettivologo e, tenendosi a distanza di sicurezza (minimo un metro, meglio 2), collocare il paziente in una camera isolata già operativa in ogni Pronto Soccorso.
Sarà poi l'infettivologo ad effettuare una prima diagnosi e a decidere i percorsi successivi che, in caso di positività, porterebbero al trasporto e al ricovero allo Spallanzani o al Sacco. In nessun caso un malato con sintomi dubbi, che sia raccolto da un'ambulanza o che telefoni per chiedere aiuto, sarà fatto passare in aree frequentate da persone, come le sale d'attesa.
Situazione sotto controllo anche sul fronte degli immigrati che giungono dall'operazione Mare Nostrum.





Il bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Un totale di 13.703 confermati, probabili e sospetti casi di Ebola (EVD) sono stati segnalati in sei paesi colpiti (Guinea, Liberia, Mali, Sierra Leone, Spagna, e Stati Uniti d'America) e in altri due paesi (Nigeria e Senegal) fino alla fine del 27 ottobre. Ci sono stati 4 922 decessi. I focolai di EVD in Senegal e Nigeria sono stati ufficializzati rispettivamente il 17 ottobre e il 19 ottobre 2014. La trasmissione dell'EVD rimane persistente e diffusa in Guinea, Liberia e Sierra Leone. Casi di trasmissione EVD rimangono più contenuti in Guinea, ma i numeri sono ancora molto elevati in termini assoluti. La trasmissione rimane intensa nelle capitali dei tre paesi più colpiti. Tra i paesi con trasmissione localizzata, Mali, Spagna e Stati Uniti d'America continuano a monitorare potenziali contatti. In Mali, una ragazza di 2 anni è morta di Ebola il 24 ottobre, dopo aver viaggiato con la nonna dalla Guinea. Il caso fa del Mali la sesta nazione dell'Africa occidentale ad essere colpita nell'attuale epidemia di Ebola. In Spagna, il singolo paziente con EVD è risultato negativo per la malattia per la seconda volta il 21 ottobre. La Spagna sarà dichiarata indenne da EVD 42 giorni dopo la data della seconda prova negativa, a meno che un nuovo caso avvenga in quel periodo. Negli Stati Uniti, due operatori sanitari sono risultati negativi per Ebola per la seconda volta, e sono stati dimessi dall'ospedale. Un altro operatore sanitario rimane in isolamento e sta ricevendo il trattamento.

EBOLA, **NUOVO PROTOCOLLO** IN ARRIVO

In Veneto tutto sotto controllo, pronti a fronteggiare il virus

In Veneto potrebbero verificarsi casi sporadici di Ebola e per questo è necessaria un'organizzazione efficiente e coordinata che non sottovaluta nessun aspetto nella gestione di un eventuale caso di malattia. È stato predisposto ed a breve verrà inviato, da parte del Direttore dell'Area Sanità e Sociale, una Procedura Operativa Regionale a destinazione di tutti gli operatori sanitari che considera tutti gli aspetti che ruotano attorno alla gestione di un eventuale caso. In questo documento oltre a dare informazioni di tipo generale sulla malattia e sull'epidemiologia, viene esaminata la gestione iniziale di un caso che si presenta al Medico di Medicina Generale o al Pronto soccorso fino alla presa in carico da parte delle U.O. di Malattie Infettive, le indicazioni operative per l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e la gestione dei contatti sul territorio da parte del personale dei Dipartimenti di Prevenzione. Vengono presentate le procedure di trasporto dei campioni al Laboratorio regionale di riferimento e i percorsi ospedalieri incluso il trasporto del caso confermato alle strutture di riferimento identificate dal Ministero per il ricovero. Nel documento sono state predisposte le domande più frequenti e le informazioni da fornire alla popolazione. Contiene inoltre: i piani di gestione delle emergenze degli aeroporti di Venezia e Verona. Le disposizioni del Centro regionale trapianti, organi e tessuti per la sospensione delle donazioni nei soggetti residenti o che hanno soggiornato nei Paesi colpiti da meno di due mesi e le disposizioni per gli Istituti Penitenziari. È stato inoltre: approvato un decreto per l'attivazione di un numero verde che potrà essere utile per avere informazioni da parte della popolazione generale; dato l'avvio all'acquisto di dispositivi per il trasporto del paziente in condizioni di isolamento; allertate tutte le Prefetture e gli Organismi istituzionali connessi per l'eventuale trasporto del caso confermato in Strutture nazionali di riferimento; individuato e comunicato al Ministero della salute il Laboratorio di riferimento regionale, che è quello dell'Azienda Ospedaliera di Padova che è classificato con livello di sicurezza BSl3. In via di stesura una richiesta al Ministero della salute di avere tramite il Ministero degli Esteri l'elenco delle persone della regione Veneto che si trovano nei Paesi colpiti dall'epidemia e la data di rientro prevista, al fine di attivare una sorveglianza sanitaria ad hoc; istituito un flusso di monitoraggio attraverso le Aziende Ulss per l'afflusso in entrata ed uscita degli immigrati ed un protocollo di profilassi delle malattie infettive basato su azioni di sorveglianza e di immunoprofilassi.

MALASANITÀ, QUANTO CI COSTI?

Ogni anno in Italia 34mila le denunce per un costo tra gli 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni

di **Margherita De Nadai**

© Canstock Photo Inc. / Arsgera

Sono circa 4,1 milioni i pazienti che ogni anno, in Unione Europea, contraggono un'infezione ospedaliera. Almeno 37mila di loro muoiono per le conseguenze. Non solo: sempre in Europa, si stima che l'8-12% dei pazienti ricoverati in ospedale subisca un evento avverso, come ad esempio un'infezione associata all'assistenza sanitaria (approssimativamente il 25% dei casi). Eppure il 20-30% delle infezioni ospedaliere potrebbe essere evitato applicando programmi intensivi di igiene e controllo delle infezioni. Questi sono alcuni dei dati emersi dai Rapporti della Commissione Europea, realizzati con la collaborazione del Ministero della Salute italiano e il Centro GRC della Toscana, che presentano i progressi compiuti in materia in Europa dal 2009, anno di approvazione della Raccomandazione del Consiglio Europeo sulla sicurezza dei pazienti.

I dati dell'Indagine Eurobarometro sulla sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza.

In Europa quanti hanno subìto direttamente un danno sanitario? Riporta una reale esperienza di danno il 27% dei cittadini intervistati, mentre il 46% degli intervistati denuncia un caso in famiglia. In Italia la situazione fortunatamente è migliore: solo il 13% degli italiani dichiara di avere direttamente subìto un danno, il 38% racconta che è accaduto ad un famigliare. Poco più della metà (il 53%) dei cittadini dell'Unione considera probabile che i pazienti possano subire danni a seguito delle cure ospedaliere ricevute nel proprio paese. L'Italia si posiziona sopra la media europea, dal momento che il 57% dei cittadini intervistati temono di subire danni in ospedale. Se però l'Italia totalizza "meno vittime" della malasanità, il nostro Paese è più indietro della media europea per quanto riguarda le segnalazioni: eventuali danni sono stati segnalati da meno del 42% dei pazienti che lo hanno subito, contro il 46% europeo di segnalazioni.

Chi subisce un danno a chi si rivolge?

Nel 48% dei casi, in Italia come nel resto d'Europa, chi subisce un danno si affida ad un avvocato, mentre la percentuale di cittadini italiani che si rivolge alle direzioni sanitarie è molto più bassa che in Europa (27% contro il 39%).

Nel 37% dei casi in cui l'evento sfavorevole è stato segnalato, alla fine si risolve dichiarando che "non è successo nulla", tuttavia un paziente su cinque ha ricevuto le scuse del medico o degli infermieri, mentre il 17% ha ricevuto una spiegazione dell'errore commesso da parte della struttura sanitaria.

© Canstock Photo Inc. / bedo

Quanto costa la malasanità?
Altri recenti dati dell'Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici), riportano che in un anno solare, in Italia, sono ben oltre 34 mila le denunce dei cittadini per danni subiti nelle strutture sanitarie. Tra il 2008 al 2009 l'incremento è stato addirittura del 15%. Considerato che un risarcimento medio si aggira tra i 25 mila e i 40 mila euro, si deduce che la "malasanità" costa una cifra enorme: tra gli 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno. E le conseguenze possono essere gravi. C'è il rischio che le compagnie assicurative crollino, e non solo: l'incremento continuo delle richieste risarcitorie e del loro effettivo riconoscimento in sedi giudiziali rende sempre più difficoltoso alle Aziende Sanitarie, ospedali, cliniche e singoli operatori sanitari, specie nelle aree chirurgiche, reperire coperture assicurative adeguate al rischio da allocare.

Le risposte dall'Unione Europea.
Nel 2009 il Consiglio ha presentato una raccomandazione sulla sicurezza dei pazienti e sulle infezioni nosocomiali, che prevede una strategia globale a livello europeo basata su quattro settori di intervento: politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti; rafforzamento del ruolo dei pazienti; segnalazione degli eventi sfavorevoli e apprendimento dagli errori; istruzione e formazione del personale sanitario. In materia di sicurezza delle cure sanitarie, l'Italia – come buona parte d'Europa - è indietro sulla formazione degli operatori sanitari e sull'avanzamento dei programmi e delle politiche per la sicurezza; negli ultimi due anni, tuttavia, si sono evidenziati alcuni progressi. Per quanto riguarda lo sviluppo di politiche e programmi in materia di sicurezza dei pazienti, 26 paesi ne stanno elaborando o completando; le norme sulla sicurezza dei pazienti sono ora obbligatorie in 20 paesi (erano 11 nel 2012) e 19 paesi utilizzano gli orientamenti in materia di sicurezza dei pazienti.
Per quanto concerne i sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi agli eventi sfavorevoli, questi sono attualmente in vigore in 27 paesi (erano 15 nel 2012) e i pazienti sono attualmente più propensi a segnalare di aver subìto danni nel ricevere assistenza sanitaria (nel 2013 il 46% ha segnalato eventi sfavorevoli, mentre nel 2009 lo ha fatto solo il 28%). Quanto al rafforzamento del ruolo dei pazienti, 18 paesi oggi informano i pazienti sulle norme relative alla sicurezza dei pazienti, sulle misure di sicurezza per ridurre o prevenire gli errori, sul diritto al consenso informato alla terapia, sulle procedure di reclamo e sui mezzi di ricorso disponibili (erano solo 5 nel 2012). Infine, 21 dei 28 paesi rispondenti hanno dichiarato di aver incrementato la sensibilizzazione a livello politico, 20 di aver aumentato la consapevolezza nelle strutture sanitarie e 16 di avere avviato interventi concreti.
E' tuttavia necessario un impegno continuo a livello di Unione Europea per aumentare la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza, oltre che proporre una serie di interventi, tra cui l'elaborazione di orientamenti sulle informazioni da fornire ai pazienti, sulla norme relative alla sicurezza dei pazienti, nonché una definizione comune di qualità dell'assistenza. Inoltre si richiede un maggiore impegno, in particolare per garantire che nelle strutture sanitarie sia presente personale specializzato addetto alla lotta contro le infezioni nonché per assicurare la capacità di isolamento dei pazienti infetti.

DENUNCE SEMPRE PIÙ FACILI

L'assicurazione sanitaria non basta a proteggere i medici

di **Alberto Salmaso**

Per l'argomento della nostra rubrica ci siamo rivolti ad un esperto: l'avv. Alessandra Calogero del Foro di Padova.

Prima di addentrarci nelle specifiche ragioni che legano il mondo dei professionisti medici a quello della protezione patrimoniale, può indicarci quali sono le più ricorrenti forme giuridiche di tutela dei patrimoni?
Visto che parliamo di protezione, in Italia conosciamo soprattutto lo strumento del fondo patrimoniale. Si tratta di uno strumento creato per salvaguardare le necessità della famiglia. Vi sono però anche altri strumenti quali i vincoli di destinazione, il contratto fiduciario, e soprattutto il trust, che offrono interessanti opportunità di protezione e non sono ancora adeguatamente diffusi nel nostro Paese.
Ci spieghi in modo semplice come un fondo patrimoniale o un trust possono garantire la protezione del patrimonio.
Il fondo patrimoniale è uno strumento attraverso il quale uno o entrambi i coniugi vincolano certi beni come la casa o l'automobile destinandoli ai bisogni della famiglia. Nel trust invece il disponente può conferire tutti i beni e tutti i diritti che gli appartengono: titoli di credito, conti bancari, somme di denaro, azioni, opere d'arte, immobili, automobili, imbarcazioni, gioielli, mobili ed arredi; un trustee di sua fiducia amministra, gestisce e dispone dei beni a favore di uno o più beneficiari nominati dal disponente, ovvero per il raggiungimento di uno scopo. La segregazione patrimoniale è l'aspetto fondamentale: essa comporta che i beni del fondo non possano essere aggrediti - cioè soggetti a esecuzione forzata - dai creditori per obbligazioni contratte per scopi estranei ai bisogni della famiglia, mentre i beni in trust rappresentano un patrimonio separato sia rispetto ai beni del disponente che del trustee e, pertanto, tali beni sono al riparo da qualunque vicenda personale e patrimoniale che riguardi quei soggetti.

Alessandra Calogero

Entriamo nel vivo della questione: perché un medico dovrebbe rivolgersi ad un professionista per proteggere il proprio patrimonio familiare?
L'istituzione di un patrimonio di destinazione è una valida strategia che sta incontrando interesse sempre maggiore tra i professionisti c.d. ad alto rischio come l'avvocato o il commercialista; ma soprattutto va incontro alle esigenze del medico, professione nella quale è sempre più sentito il rischio di esposizione all'aggressione del patrimonio

personale. Sono sotto gli occhi di tutti le sentenze che coinvolgono medici accusati di malpractice, in cui né l'ospedale né l'assicurazione pagano i danni alle famiglie. Si tratta a volte di pronunce particolarmente gravi e gravose, basate sulla responsabilità c.d. "da contatto" con onere della difficile prova di non aver commesso inadempimenti a carico del medico stesso, che terrorizzano l'intera categoria: infatti i risarcimenti anche milionari alla parte civile rischiano di essere sopportati dal patrimonio familiare dei medici coinvolti e quindi, di riflesso, dal loro nucleo familiare, che può vedersi finanche sottratto il bene primario per eccellenza, la casa.

Sta dicendo che il patrimonio familiare dei medici non risulta sufficientemente protetto?
Certo, perché allo stato dei fatti non lo è. Fino ad oggi molti professionisti hanno ricercato la necessaria protezione ricorrendo all'assicurazione sanitaria, forma contrattuale cui il patrimonio familiare a volte sfugge. Ciò valeva e vale sia per i medici impiegati nel SSN, quanto e soprattutto per i medici non contrattualizzati o precari, che spesso non sono coperti dalle polizze delle Asl, e naturalmente per i professionisti privati. Ora lo scenario sta cambiando. I premi assicurativi per responsabilità medica stanno subendo crescite così elevate da diventare particolarmente onerosi per molti, specie per chi esercita le discipline più a rischio quali ortopedia, ginecologia, chirurgia estetica, anestesia. Tale aumento è dovuto a diverse cause: la dilatazione della definizione della responsabilità del medico; la maggiore consapevolezza dei pazienti in materia di diritti, che favorisce la tendenza a presentare denuncia; l'aumento dell'entità e dei tipi di danni risarcibili (specie quello "biologico" e "morale"). Senza contare l'incertezza sull'evoluzione della giurisprudenza e i lunghi tempi della giustizia: un report del Consiglio d'Europa dello scorso anno ha rivelato che i casi pendenti innanzi ai Tribunali civili italiani sono più di 3 milioni 800 mila. Peraltro, secondo i dati dell'ANIA, a fine 2011 il rapporto medio dei sinistri a premi si attestava al 175%. La non convenienza economica ad operare nel settore medico induce molte imprese del mercato assicurativo ad uscirne, riducendo l'offerta e portando, quindi, a un ulteriore aumento dei costi delle assicurazioni. La categoria medica è dunque messa alle strette. Per proteggere il patrimonio familiare, la "segregazione" patrimoniale è una possibile soluzione.

E' vero che si tratta di strumenti utilizzabili solo da chi dispone di un ingente patrimonio? Quali sono i costi?
Anche questa è una falsa credenza da smentire. L'ampia varietà delle tipologie di strumenti di protezione del patrimonio e l'elasticità applicativa tipica degli istituti di derivazione anglosassone come il trust, consentono, ed è questo il punto fondamentale, di "modellarne" la costituzione sulla base delle specifiche esigenze di ciascuno.

A fronte dei vantaggi che ci ha descritto, come spiega lo scarso impiego di questi strumenti di tutela patrimoniale?
Uno dei fattori rilevanti è certamente l'aspetto psicologico. Il nostro sistema giuridico è incentrato sul concetto di proprietà: pensare di dover limitare la destinazione e l'uso dei propri beni, o addirittura di spogliarsi della proprietà, ha un effetto destabilizzante sulle persone. Questo è un pregiudizio che va assolutamente eliminato con l'informazione. Nel trust, ad esempio, il trustee è investito del potere di gestire i beni secondo i termini dettati nell'atto costitutivo del trust, deve agire nell'esclusivo interesse dei beneficiari ed è sottoposto ai poteri di vigilanza e di cooperazione del disponente. Il trust è una sorta di cassaforte senza chiavi in mano. La considerazione finale che mi permetto di fare è che l'utilizzo di uno o più degli strumenti di protezione del patrimonio va effettuato con razionalità, avvalendosi di consulenti seri e qualificati, che non pretendano di "vendere" nulla più della loro professionalità. Attenzione infatti, perché questi non sono affatto mezzi per eludere i propri obblighi: ancor peggio, una finalità elusiva nei confronti del Fisco potrebbe assumere anche risvolti penali.
Concludendo, la funzione essenziale del trust per il professionista è quella di pianificare il futuro proprio ed eventualmente della famiglia, creando una "cassaforte giuridica" che però è bene predisporre per tempo. Una volta che si è accumulato un patrimonio che va tutelato, è sempre il momento ideale per pensare a proteggersi.

Quali sono le prospettive della protezione patrimoniale in Italia?
La portata di questi strumenti sarà dirompente, una volta vinte le diffidenze culturali ed avvicinate le persone ai meccanismi di funzionamento, che sono complessi visto anche il susseguirsi di modelli legali ed interpretativi nel tempo. Ragione per la quale, ad esempio, nella scelta tra modelli standardizzati e definizione di contratti ad hoc, noi stessi abbiamo optato per la consulenza specialistica che deve fornire, a seconda delle esigenze, la corretta interpretazione legale insita nello strumento e garantire al meglio la sicurezza finanziaria dei singoli e delle loro famiglie.

TORNA IL PREMIO **GIORGIA IAZZETTA**

Terza edizione del premio giornalistico

Al via la terza edizione del premio giornalistico "Giorgia Iazzetta", istituito da Nordestnet srl (editore della rivista NES Nordest Sanità) e patrocinato dall'Ordine dei Giornalisti del Veneto.
Il 30 novembre 2011 è scomparsa prematuramente Giorgia Iazzetta, giornalista di Chioggia. Giorgia aveva cominciato a scrivere una decina di anni prima. Aveva lavorato per il free press "La Piazza" (trasferendosi per questo anche a Bologna), per il Corriere del Veneto (di cui è stata corrispondente per Chioggia) e, negli ultimi tempi, era stata direttore del sito internet "Comunicatori pubblici" e aveva stretto importanti collaborazioni universitarie. Per ricordare il suo lavoro e per perpetuare la sua memoria, nasce questo premio di giornalismo ispirato ai valori che hanno contraddistinto il suo lavoro: la curiosità, la serietà e soprattutto la cura per l'umanità.
Nei suoi scritti, infatti, non è mai mancato il rispetto per il prossimo e l'attenzione per le ricadute morali delle parole affidate alla stampa.
Il premio è destinato a giornalisti iscritti all'albo che, alla data del 30 agosto 2014, non abbiano compiuto 35 anni di età.
Verrà assegnato un riconoscimento ad un articolo o servizio che si sia occupato di temi sanitari, in cui emerga con chiarezza l'aspetto umano della vicenda narrata. La premiazione avverrà a fine gennaio 2015, in data da definire. Per scaricare il bando, basta andare sul sito di NES, www.nordestsanita.it.

furlancostruzioni

CASE E APPARTAMENTI IN CLASSE A

Inaugurate le nuove Residenze Bagnoregio.

La qualità e l'innovazione di CasaZero in uno dei quartieri più prestigiosi di Padova: alla Sacra Famiglia inaugurate le nuove Residenze Bagnoregio.

50 anni di attività nel mondo dell'edilizia

oltre **2.000** unità abitative realizzate negli ultimi **20** anni

6 cantieri avviati tra il **2012** e il **2013**

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

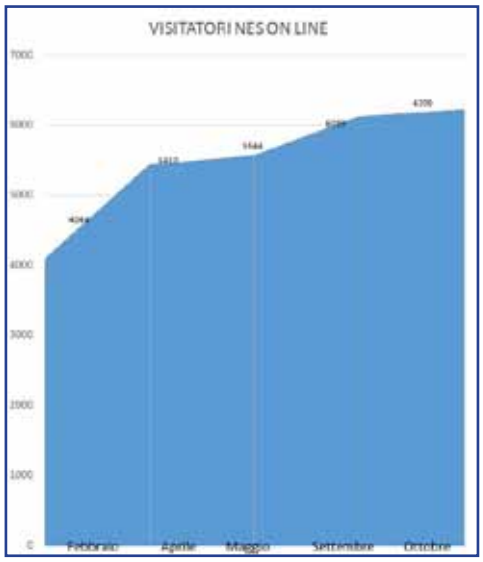
Padova sempre più città-pilota a livello nazionale per le innovative abitazioni "CasaZero" realizzate da Furlan Costruzioni: chi le sceglie e le abita testimonia quotidianamente il salto di qualità a livello di comfort e benessere fisico, e anche per quanto riguarda il risparmio sui consumi energetici familiari.
Sono sempre più richieste le abitazioni denominate "CasaZero" di Furlan Costruzioni, il gruppo di Cadoneghe (Pd) attivo nel ramo delle costruzioni ad uso residenziale che proprio nel mese di ottobre ha battezzato il nuovo complesso residenziale Bagnoregio in via Palermo alla Sacra Famiglia, nel cuore di uno dei quartieri più tranquilli e prestigiosi della città del Santo. Sono ben 15 le nuove unità abitative caratterizzate da semplicità, efficienza e innovazione in Classe A per garantire il massimo comfort abitativo e un totale risparmio sulle bollette energetiche.
Le abitazioni "CasaZero" sono a impatto zero in termini di risparmio energetico e tutte contraddistinte da un alto livello in termini di qualità dei materiali impiegati e delle finiture. Gli appartamenti spaziano dai 60 metri quadrati sino ad un massimo di 200 mq, con garage molto ampi fuori terra e posti auto riservati, situati internamente alle residenze.
Come evidenzia Marco Furlan, co-titolare dell'azienda Furlan Costruzioni assieme ai fratelli Claudio, Fabio e Gianluca, "nonostante il difficile periodo che sta vivendo il settore edilizio residenziale e non, tutte le abitazioni CasaZero alla Sacra Famiglia sono già state vendute, a dimostrazione del fatto che l'attenzione all'innovazione e al risparmio energetico paga anche in periodo di crisi. Per la realizzazione di questo importante progetto ogni particolare è stato valutato con la massima attenzione con l'obiettivo di proporre un modello abitativo d'eccellenza in un luogo tranquillo e ricco di fascino".
Particolare non da poco, è poi quello relativo al fatto che, con CasaZero, benessere e salute vengono poste al centro della vita di chi ci abita. CasaZero è infatti una dimora che pensa a tutto, perché oltre ad abbattere radicalmente i costi di riscaldamento, garantisce zero consumo di gas e zero immissione di Co2 in atmosfera. La casa diventa perciò attiva e permette di "sposare" un nuovo stile di vita, rispettando in primis la nostra salute e il benessere fisico e quotidiano delle persone che amiamo. CasaZero rappresenta infatti una scelta consapevole nel pieno rispetto di noi stessi e di ciò che ci circonda, contribuendo a preservare l'ambiente per i nostri figli e anche per le generazioni future.
Le Residenze Bagnoregio non rimarranno a lungo "sole", visto che in novembre 2014 il Gruppo Furlan avvierà un altro cantiere per il secondo lotto di appartamenti, che sorgeranno sempre alla Sacra Famiglia, in via Goito.

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

NES ON LINE, IL "TUO" PUNTO DI RIFERIMENTO PER LA SANITÀ VENETA

di **Redazione Nes on line**

Uno strumento semplice, immediato e puntuale che racconta ogni giorno ormai da 4 anni tutte le novità, le eccellenze e le problematiche della Sanità Veneta.
Questo è Nes On Line (www.nordestsanita.it) quotidiano on line e fratello di Nes – Nordest Sanità Cartaceo nel quale a cadenza giornaliera vengono inseriti articoli e approfondimenti su temi sanitari e sociali. Il progetto sta ottenendo un grande successo come mostrano i dati di visualizzazione che in questo numero presentiamo nel pieno della trasparenza e della libertà che da sempre ci contraddistinge. Dall'inizio dell'anno fino ad inizio ottobre Nes On Line ha segnato oltre 47 mila visitatori unici, cioè singoli computer, tablet o smathphone che si sono collegati almeno una volta nostro quotidiano on line. Sempre nello stesso periodo le visite totali sono state oltre 115 mila con una media di 12117 visite al mese e con oltre 835 mila pagine visitate e 3,7 milioni di hits. Analizzando i dati di inizio ottobre si nota come il numero medio di visitatori unici al giorno è di 462 con 2724 pagine visitate al giorno, circa sei per visitatore, e 13791 hits visualizzate.
I giorni nei quali si registrano più contatti sono dal lunedì al venerdì con un picco verso la fine dei giorni lavorativi della settimana.
Interessanti anche gli orari di connessione al quotidiano Nes On Line con una maggioranza di contatti nella fascia che va dalle 9 alle 22. Le punte massime, nei primi 14 giorni di ottobre, si sono ottenute alle 11 con 2801 pagine visitate, alle 12 con 2456 pagine visitate e alle 21 con 2451 pagine visitate.
I maggiori contatti avvengono da computer o dispositivi presenti in Italia ma ci sono anche connessioni dai paesi europei, in particolare dalla Germania, e dalla Cina.



I visitatori di Nes On Line arrivano nel nostro quotidiano on line attraverso quattro canali:
• direttamente digitando l'indirizzo del sito (www.nordestsanita.it) nel loro browser di internet,
• attraverso i motori di ricerca più famosi della "rete",
• attraverso il link presente nella home page e in tutte le pagine del sito del quotidiano "Il Mattino di Padova"
• attraverso la pagina Facebook di Nes on Line (www.facebook.com/nordestsanita).
Altro dato interessante è che i visitatori di Nes On Line, oltre a leggere le notizie del quotidiano on line, entrano sempre più spesso nella sezione Rivista dove possono scaricarsi o leggersi direttamente on line tutti i numeri finora realizzati di Nes – Nordest Sanità.
Tra le parole (keywords) maggiormente ricercate, nei primi giorni di ottobre, nel motore di ricerca di Nes On Line c'è "ospedale" con 108 ricerche, "Padova" con 58 ricerche, nuovo con 46 ricerche, "Verona" con 40 ricerche e "bambino" con 34 ricerche. Tra le frasi (keyphrases) più ricercate, sempre nello stesso periodo, nel "nostro" motore di ricerca c'è "Nuovo ospedale del bambino Verona" con 32 ricerche, "ospedale schiavonia" 16 ricerche, "giurisprudenza fuori corso" 8 ricerche e "centro dialisi a verona" 8 ricerche.
Tutti questi ottimi risultati ci riempiono di orgoglio e ci stimolano a continuare su questa strada con sempre maggior impegno e dedizione.

CASA AI COLLI
LA NUOVA CASA DELLA SALUTE DEI PADOVANI

di Giovanna Barzon, Ufficio Relazioni con il Pubblico Azienda Ulss 16

Da ex Manicomio a "Casa della Salute" in cui il cittadino trova risposte adeguate a tutti i suoi bisogni socio-sanitari. Questo in sintesi il percorso tracciato dall'Azienda Ulss 16 di Padova, diretta dal dottor Urbano Brazzale, per il complesso socio-sanitario ai Colli di Brusegana che diventerà, dopo la posa della prima pietra avvenuta venerdì 10 ottobre, la Casa ai Colli. Il complesso è composto da diversi padiglioni, realizzati nei primi anni del '900. Si tratta di fabbricati che presentano caratteristiche omogenee, tipiche di questo periodo storico in cui si propongono, rispetto al passato, forme più libere e articolate e altamente integrate nel paesaggio. Nato nel 1907 come struttura psichiatrica, nel corso dei decenni ha saputo trasformarsi per assicurare anche agli"ultimi"un'assistenza fatta di rispetto e dignità. Il Manicomio, grazie anche all'operato di medici quali Ferdinando Barison (direttore dal 1947 al 1971) diviene infatti nel tempo un luogo anticipatore di quella riforma globale dell'organizzazione psichiatrica e dei metodi assistenziali e di cura ai malati, che segna il passaggio da una psichiatria fondata sull'esclusione ad una fondata sull'inclusione. Nella struttura questo avviene con anni di anticipo, rispetto al contesto nazionale, grazie al fatto che a Padova c'è sempre stato un clima culturale di libertà e di confronto, di garanzie per una tutela della salute basata sull'integrazione con le risorse del territorio. La storia dei

Colli è pertanto intimamente legata alla storia e al clima culturale della città ma ciò non impedisce che nel tempo il complesso conosca un lento declino, che tocca in primis i suoi edifici. Molti padiglioni oggi si trovano così a versare in uno stato di vero e proprio abbandono ed è proprio da questi che inizia il progetto di Casa ai Colli, che si basa sul restauro, e sulla restituzione alla città e ai suoi abitanti, di sette padiglioni. In questo modo si recupera un luogo di alto valore storico e culturale per Padova, valorizzandone la bellezza intrinseca attraverso un intervento di forte portata architettonica e paesaggistica e offrendo nel contempo ai cittadini un nuovo valore: quello dei servizi che troveranno sede nella cittadella. Con il programma di ristrutturazione previsto l'Ulss 16 garantirà ai padovani strutture più efficienti della sanità pubblica poiché Casa ai Colli diventerà la nuova sede dell'Azienda per le principali prestazioni diagnostiche, ambulatoriali e di prevenzione. In questo modo si interpreta la stessa filosofia espressa dall'ultimo Piano Socio-Sanitario Regionale, in cui si auspica la realizzazione di servizi socio-sanitari ad accesso unico e organizzati in maniera integrata, in grado di conferire piena attuazione al processo di umanizzazione. In tal senso il Progetto Casa ai Colli ha ottenuto il plauso sia del Presidente della Giunta, Luca Zaia, sia del Presidente della V Commissione, Leonardo Padrin. Il Progetto è sicuramente di forte portata innovativa poiché si basa su una visione partecipata della sanità, in cui i cittadini rivestono un ruolo attivo; coerentemente come volano alla progettazione di Casa ai Colli, è stato scelto il metodo del "fundraising" che per la prima volta viene usato nel Veneto. La sanità partecipata, oltre ad essere coerente espressione dell' umanizzazione, è una scelta strategica ed etica per l'ULSS 16 che prefigura una comunità che partecipa alla cura, dove ognuno può avere voce in capitolo e contribuire alle decisioni comuni per un comune futuro, una Community Care.

TRA **SPRE(K.O.) E TRUFFE**, SEMPRE IL PAZIENTE A RIMETTERCI

Oltre 23 milioni costa la truffa a carico del Sistema Sanitario Nazionale

di **Umberto Iazzetta**, Presidente Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato - Regione Veneto

Il sistema Italia "affanna" mentre chi dovrebbe tutelare gli interessi generali patteggia o nega l'evidenza. "Siamo pazienti", ma tutto ha un limite. Però non bisogna mai fare di tutta l'erba un fascio. L'esperienza insegna. Nel nostro Paese ci sono tante persone per bene, la maggioranza, che lavora ed è orgogliosa di farlo in modo onesto. Cittadinanzattiva si è spesa molto quest'anno nella lotta agli sprechi e ad individuare le numerose sacche di inefficienza attraverso raccolta di segnalazioni di sprechi e buone pratiche. La festa nazionale di Spoleto contro lo Spre(K.O.) ha avuto come scopo la razionalizzazione delle risorse attraverso l'individuazione di sacche di inefficienza che tanto pesano sul sistema sanitario e non solo. Ciò nonostante il sistema Sanitario Nazionale scala la classifica stilata dall'agenzia americana Bloomberg e in termini di efficienza, si piazza al terzo posto nel mondo, sui 51 Paesi valutati con popolazione superiore ai cinque milioni di abitanti. Ne esce dunque una sanità a due facce tra sprechi e buone pratiche; ed è proprio dalla diffusione delle buone pratiche che bisogna partire se vogliamo conseguire gli obiettivi da noi prefissati: costruire una sanità di qualità, efficiente, e a misura di cittadino. Purtroppo i dati sulle truffe in sanità resi noti dalla Guardia di Finanza non sono incoraggianti: "In materia di spesa sanitaria, i danni erariali riscontrati nel corso del 2013 ammontano a 1.005.457.008 euro, le truffe a carico del SSN arrivano a quota 23.042.395 euro, di cui 953.853 per i ticket sanitari. Un trend che sembra trovare conferma anche dalle verifiche dei primi due mesi del 2014". Immagino si attuino le opportune iniziative atte a prevenire condotte criminose che ricadono su tutta la comunità. Come riporta l'osservatorio civico sul federalismo in sanità di Cittadinanzattiva, dal 2007 al 2011 sono diminuite dell'8,5% le prestazioni erogate ai cittadini a carico del SSN e la riduzione arriva al 17,25 nella fascia di popolazione che non ha esenzioni né per reddito né per patologia. Nel 2012 più di un cittadino su dieci (12%) si è rivolto a Cittadinanzattiva-Tibunale per i Diritti del Malato per segnalare i costi elevati di prestazioni sanitarie non erogate dal SSN. E ancora, il 54% delle associazioni dei pazienti con patologie croniche ritiene troppo oneroso il carico assistenziale non garantito dal sistema sanitario. Sono solo alcuni dei dati emersi dalla tavola rotonda sullo spreco sanitario che si è tenuta nell'ambito di Spre(K.O.), Prima Festa nazionale per la lotta agli sprechi, promossa da Cittadinanzattiva a Spoleto dal 2 al 4 maggio. In conclusione, alcune Aziende Sanitarie anche nella nostra Regione hanno preso la cattiva abitudine di riportare sullo stampato del pagamento ticket il costo della prestazione per intero; e tutto ciò per significare al cittadino "quanto mi costi". Non sarebbe male a questo punto riportare anche "tu classe dirigente quanto mi costi".

© Canstock Photo Inc. / tiero

SCUOLA, SPORT E **DISABILITÀ**

Cosa fare per incentivare la pratica sportiva tra gli studenti con disabilità

Da diversi anni il Comitato italiano paralimpico (Cip) del Veneto si poneva una domanda alla quale non era mai riuscito a dare una risposta: "Quanti studenti con disabilità ci sono nelle scuole venete?".
Grazie all'aiuto del coordinatore regionale di educazione fisica, Claudio Dalla Palma, e alla collaborazione di tutti gli insegnanti, è stato inviato un questionario a tutte le scuole primarie della Regione. Quest'indagine è stata un'idea che ha permesso non solo di avere un quadro generale e aggiornato sul numero di studenti con disabilità presenti nelle scuole primarie venete ma ha anche ha consentito di dar vita ad un rapporto di collaborazione tra il Cip Veneto e gli uffici provinciali di educazione fisica, dal quale è nata l'idea di organizzato in sei province venete (Belluno, Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza) un corso di aggiornamento per incentivare l'attività sportiva tra gli studenti con disabilità nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, tenutesi dal 3 al 10 settembre scorsi. Lo scopo era quello d'incrementare nell'anno scolastico 2014-15 il numero di partecipanti alle attività sportive scolastiche e discipline sportive più comuni, migliorare l'autonomia personale e l'inclusione sociale degli studenti con disabilità. Il corso, rivolto ai docenti della scuola secondaria, con particolare riferimento agli insegnamenti di educazionefisica e di sostegno, si articolava in una mattinata di formazione. Il corso di formazione-informazione, intitolato "Scuola, Sport e Disabilità", è da considerare un primo passo del Cip al interno del mondo della scuola veneta per la diffusione delle buone pratiche nell'attività di inclusione attraverso l'ora di educazione motoria e per chiarire la figura istituzionale del Cip Veneto, il suo ruolo, le federazioni ad esso affiliate (con relativa presenza sul territorio) e il tipo d'intervento che si propone di realizzare sul territorio provinciale e regionale, informazioni sconosciute alla maggior parte degli insegnanti. "Cuore" del corso è stata proprio la presentazione delle "buone pratiche" ovvero progetti attuati nell'ultimo anno scolastico (2013/2014) in alcune scuole venete, che forniscono indicazioni metodologiche e pratiche da sviluppare durante le ore di ed. fisica per incentivare la pratica motoria degli studenti con disabilità e dimostrano come l'inclusione tra studenti normodotati e disabili sia possibile, attraverso l'adozione di semplici accortezze. La partecipazione durante le giornate di formazione è stata numerosa (una media di 35 insegnanti con una picco di 120 nella giornata di Vicenza) e molto coinvolta anche emotivamente, segno di ancora grande sensibilità da parte del mondo docente sul tema della disabilità. Questo sta ad indicare come si senta la necessità di un continuo confronto ma soprattutto la volontà di includere durante le ore di educazione fisica con proposte mirate e che diano una reale capacità di inclusione. Lo sport per le persone disabili rappresenta

un'occasione per cimentarsi e provare e, anche se la vittoria non è l'obiettivo fondamentale, quando si parla di sport paralimpico bisogna andare a trovare motivazioni più intrinseche legate alla soddisfazione e alla percezione di gratificazione derivante dal proprio apparato motorio e cardio-respiratorio ancora valido, ancora in grado di produrre movimento. Lo sport agisce efficacemente sul recupero funzionale dell'autostima, sul reinserimento nel contesto sociale riappropriandosi di un nuovo ruolo, conduce a dare fiducia a tutte le persone in qualsiasi condizione esse si trovino ed in qualsiasi momento si trovino essendo un mezzo di valorizzazione e di espressione, e soprattutto favorisce l'integrazione dove l'esperienza sportiva è svolta insieme, in modo inclusivo consentendo alle persone con disabilità di giocare con gli altri e non al fianco di altri.
Il corso di aggiornamento "Scuola, sport e disabilità – Cosa fare per incentivare la pratica sportiva tra gli studenti con disabilità", è da considerarsi un primo tassello di un nuovo modo di intendere il ruolo del Cip Veneto in collaborazione con il mondo della scuola.

L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE COME BALUARDO DELLA **SALUTE DEI CITTADINI**

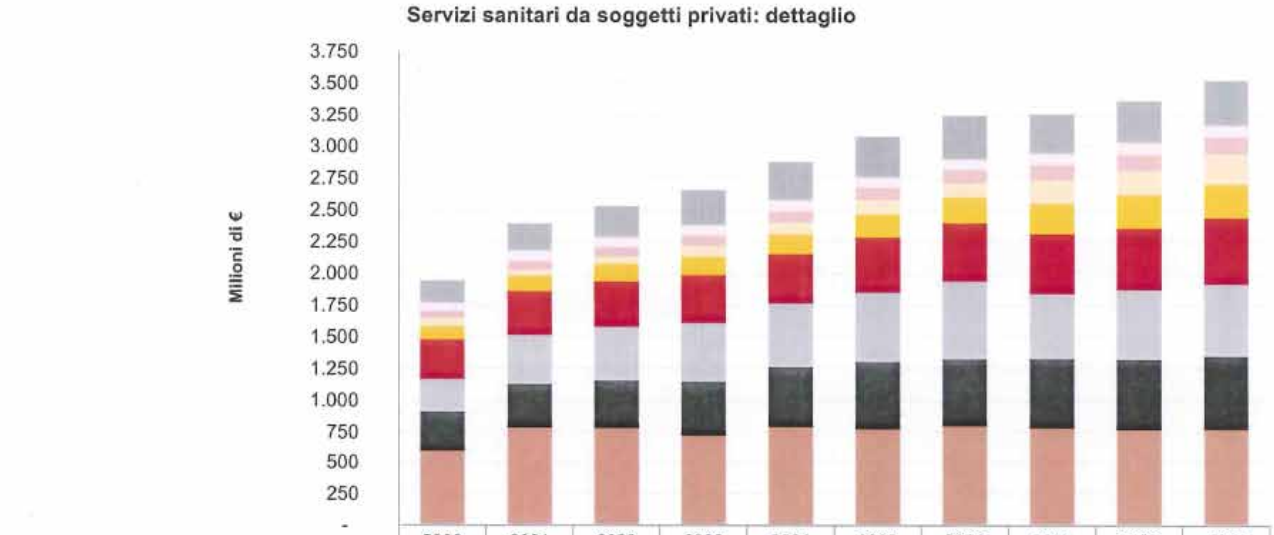
L'evoluzione del sistema sanitario italiano: da quando curarsi era un lusso a oggi, quando l'efficienza dei servizi è migliorata dalle strutture convenzionate

È vastissimo il panorama delle pubblicazioni che riguardano il mondo della sanità, non solo per quanto concerne gli aspetti scientifici, ma anche per tutte le argomentazioni relative alle risorse a disposizione del sistema sanitario. Una serie di dati particolarmente importanti emergono dallo studio del Ceis Tor Vergata (Centre for economic and international studies) e Crea Sanità, consorzio per la ricerca economica applicata in sanità, contenuti nel nono rapporto sanità, dal titolo eloquente, "Crisi economica e sanità: come cambiare le politiche pubbliche" (ed. Health communication).
Nel terzo capitolo del testo si analizza la "Spesa socio-sanitaria: le reali possibilità di razionalizzazione e risparmio finanziario", evidenziando il rapporto fra spesa sanitaria e spesa sociale fra regioni italiane, nonché, verso la fine del capitolo, il rapporto fra spesa pubblica e privata, e i costi procapite per la spesa privata. È rilevante partire proprio da qui, sottolineando che per "privato" si intende il privato puro, ossia le prestazioni interamente a carico del cittadino, mentre il "pubblico" comprende sia il pubblico "ospedaliero", sia il privato convenzionato, a dimostrazione che ciò che Anisap va dicendo ormai da anni è vero: il servizio erogato dalle strutture private convenzionate è servizio pubblico, e tagliare risorse al convenzionato non significa risparmiare sugli sprechi, bensì ridurre i finanziamenti del pubblico al pubblico.
La spesa privata per le prestazioni sanitarie risente, in Italia, di una fortissima variabilità regionale, legata soprattutto al reddito medio della popolazione: non è un caso se al Nord il valore della spesa procapite (599,0 euro) è superiore di gran lunga alle regioni del Sud e alla media italiana (485,0 euro). In testa a questa classifica ci sono due regioni: Trentino Alto Adige (738,50 euro) e Veneto (702,40 euro).
In particolare, se si analizzano i dati del Veneto, si scopre una progressione nella spesa media procapite per prestazioni private: si è passati dai 458,24 euro del 2001, ai 495,75 euro del 2005, ai 481,23 euro del 2010, ai 702,43 euro del 2011. Se si analizzano questi dati in modo assoluto, emerge che il Veneto è una regione ricca. Ma se si considerano anche altri aspetti, lo scenario cambia radicalmente.
Anzitutto, le politiche sanitarie regionali hanno progressivamente ridotto la spesa per la sanità pubblica: il Veneto, in particolare, nel 2010 ha

Libro bianco del servizio socio sanitario 2000-2009

REGIONE DEL VENETO

Indicatori di Bilancio: Acquisto di servizi sanitari da privati



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Altri servizi sanitari da soggetti privati	176	213	248	278	298	322	346	312	326	357
Libera professione intramoenia	67	88	86	87	95	87	89	100	104	103
Assistenza integrativa e protesica	60	65	71	78	87	96	105	115	127	134
Rimborsi, consulenze, compensi e altro	59	47	55	82	91	114	108	183	189	233
Specialistica ambulatoriale	106	125	136	146	161	184	208	241	266	268
Medicina di base	314	343	361	377	388	435	457	473	488	524
Prestazioni socio-sanitaria a rilevanza sanitaria	250	380	420	461	495	537	606	502	535	558
Assistenza ospedaliera	319	346	372	421	471	528	526	547	557	578
Farmaceutica convenzionata	592	786	783	727	793	777	804	786	773	776

speso un miliardo e 735 milioni di euro circa, la spesa più bassa d'Italia e in percentuale la spesa per la sanità è scivolata da 4,99 per cento del 2005 sul 2000, al 2,31 per cento del 2010 sul 2005.
In secondo luogo, la crisi economica si è fatta via via più aspra: non solo la pubblica amministrazione ha dovuto ridimensionare le sue spese, ma anche i cittadini, le famiglie: le persone, in una situazione di recessione come quella attuale, sono molto meno propense a spendere, rimandando o eliminando quelle spese che considerano secondarie.
Sono emerse più volte le segnalazioni di fasce di popolazione che rinunciano al controllo medico per problemi economici, ma nel caso di un presunto problema di salute, la richiesta è di avere risposta immediata.
Sono, del resto, sfuggenti, i dati relativi alle assicurazioni private: lo stesso Rapporto afferma che il dato di spesa Istat sulle prestazioni private è presumibilmente sottostimato, infatti secondo Ania, il valore del "ramo" è di circa due miliardi di euro e la spesa per le assicurazioni di malattia è pari a 1,5 miliardi di euro. Si sta, pertanto, verificando ciò che Anisap aveva annunciato da tempo: chi può, ricorre alle assicurazioni private per avere subito le prestazioni sanitarie. In altre parole, quello che è stato risparmiato in termini di spesa pubblica è finito interamente a carico dei cittadini.
Se la Regione Veneto non tornerà sui sui passi e non deciderà di tornare a reinvestire risorse nel privato convenzionato, si continuerà con la deriva a favore del privato puro, sgretolando quel concetto di assistenzialismo e welfare che ha fatto del sistema sanitario pubblico nazionale un motivo di vanto in tutto il mondo.
La capillarità delle strutture convenzionate ha permesso risparmi notevoli e scientificamente calcolati da enti qualificati e prestigiosi, terzi rispetto alle strutture. La presenza del convenzionato rappresenta il baluardo per la difesa e la tutela della salute dei cittadini, ma se in Veneto si continuerà a togliere le risorse a disposizione (la spesa sanitaria convenzionata è passata dal 4,01 per cento del 2006 sul 2001, al 2,13 per cento del 2011 sul 2006), si otterrà non solo la diminuzione del livello di salute media fra la popolazione, ma anche l'impoverimento di un sistema sanitario che si è attestato su livelli d'eccellenza.

ASAlaser al fianco dei runners con Hilterapia® e MLS®

testo a cura di
Raffaella Borea / Ufficio Comunicazione ASAlaser

Oltre 1 milione di italiani si cimentano nella corsa, talvolta imbattendosi in problematiche muscolari e tendinee. Prima tra tutte la tendinite. Come prevenirla e curarla? Due terapie laser permettono agli atleti di tornare in pista rapidamente.

Chiamatela sindrome da "*Born to Run*", parafrasando la canzone di Bruce Springsteen o effetto - Forrest Gump, runner *sui generis* nel film diretto da Robert Zemeckis, sta di fatto che sempre più italiani si votano alla corsa. Si parla di oltre 1 milione di podisti pronti a infilarsi le scarpette e cimentarsi in corse amatoriali come in maratone. Sarebbero oltre 33 mila, inoltre, gli atleti dei 42 km giunti al traguardo nel 2013. Le motivazioni per incominciare a correre si sprecano e convincono indistintamente uomini e donne, incuranti dell'età che avanza spesso più velocemente della loro falcata. Se l'anagrafica non influisce, a segnare il passo è il fisico che, anche se allenato, talvolta può non rispondere come si vorrebbe. Anche i podisti di ultima generazione si trovano così a dover affrontare problematiche muscolari analoghe a quelle dei loro padri, con buona pace del gap generazionale.Tendiniti, strappi muscolari, fasciti plantari ne possono impedire la performance, creando qualche problema di troppo nel raggiungere il traguardo. Lo conferma anche il Dr. Francesco Atzeni, fisioterapista, coordinatore CEMES (Centro Medico di Fisiokinesiterapia di Vicenza) e atleta reduce dalla "Mezza Maratona di Vicenza". *<<Le patologie che comunemente si scatenano nei runners durante la corsa – spiega Atzeni - in particolare in chi fa maratone, mezze maratone o comunque lunghe distanze sono le fasciti plantari, le rachialgie, i piccoli stiramenti muscolari e, soprattutto, le tendiniti, in particolare quelle inserzionali sul tendine d'Achille e sulla zampa d'oca>>*. Alla base di una tendinite ci sono infatti traumi e i microtraumi dovuti al loro uso eccessivo durante la pratica sportiva. Ma quali sono i sintomi avvertiti da chi corre quando l'infiammazione aggredisce i tendini?

AHI CHE DOLORE!

Chi dice tendinite dice dolore, conseguenza diretta dell'infiammazione o delle piccole lesioni che si manifestano all'interno del tessuto. Ad esserne colpiti sono la parte immediatamente sopra il tallone - nel caso di un interessamento del tendine di Achille – la faccia interna della coscia nelle infiammazione degli adduttori, subito sotto la rotula quando la patologia colpisce il tendine

rotuleo. Se la sofferenza è dunque una certezza, la presenza di una tumefazione è invece una possibilità soprattutto quando l'infiammazione coinvolge anche le guaine tendinee in cui può raccogliersi del liquido. Prima di definire la corretta terapia per permettere il pieno recupero, diventa prioritaria una corretta diagnosi che non può prescindere dalla storia clinica del paziente e dai sintomi manifestatati. Solo il medico potrà dunque decidere se andare ulteriormente a fondo con un ecografica ed, eventualmente, una radiografia opportuna per escludere altre

condizioni e problematiche talvolta associate. Molto raramente si procede invece a risonanza magnetica che ha però il merito di individuare la presenza di lesioni tendinee.

CURA: DUE TERAPIE AD HOC PER TORNARE A CORRERE

Controllare il dolore e ridurre l'infiammazione per permettere una ripresa dell'attività sono gli obiettivi da raggiungere quando la tendinite entra a far parte della quotidianità di un runner. Se i sintomi sono modesti, riposo, applicazione di ghiaccio e uso di antinfiammatori possono essere sufficienti per tornare a correre in breve tempo. Quando invece la sintomatologia è più marcata, l'azione terapeutica deve essere più incisiva. Diversi studi hanno dimostrato che la laserterapia risulta particolarmente efficace perché, oltre a garantire un rapido controllo del dolore, consente un più veloce recupero e un più precoce ritorno all'attività sportiva. Vanno in questa direzione Hilterapia® e la Laserterapia MLS®, nate dalla ricerca di **ASAlaser**, azienda da oltre 30 anni in prima linea nello studio e realizzazione di soluzioni terapeutiche validate scientificamente. Nello specifico Hilterapia® combatte contemporaneamente il sintomo – il dolore – e la patologia grazie al trasferimento in profondità, veloce e sempre controllato, dell'energia. I suoi effetti antalgico, antiinfiammatorio e decontratturante, incrementando la funzionalità fin dalla prima applicazione, permettono inoltre un miglior percorso riabilitativo. *<<Un trattamento precoce con Hilterapia® - conferma a riguardo il Dr. Atzeni - può abbreviare i tempi di recupero fino al 50% e evitare in molti casi la cronicizzazione. La terapia di ASAlaser, inoltre, non solo accelera i processi riparativi, ma utilizzata per due/tre sedute anche dopo il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico, permette un recupero più rapido delle performance sportive>>*. Performance sportive che possono essere recuperate anche puntando su MLS® che, migliorando la circolazione sanguigna e il rilassamento muscolare, si è rivelata funzionale nella cura delle tendiniti. Lo sa bene anche il fisioterapista Massimiliano Sicheri che, per trattare i corridori presenti all'edizione 2014 del Tor Des Geants - endurance trail di fama internazionale svoltasi lo scorso Settembre in Valle d'Aosta, ndr – ha puntato proprio su MLS®. *<<La Laserterapia di ASAlaser – puntualizza - è stata davvero utile per ossigenare i quadricipiti delle gambe, sottoposti ad uno stress davvero forte. Per permettere ai muscoli di defaticarsi abbiamo trattato con MLS® gli arti inferiori e soprattutto i piedi, in modo da consentire il miglior recupero in tempi ridotti. I risultati sono stati davvero ottimi, tanto che gli atleti che ho seguito hanno potuto ricominciare la competizione e concluderla entro le 150 ore previste dal regolamento>>*. Pronti a correre? ASAlaser è al vostro fianco! ■

FONTE: www.asalaser.com/it/note-redazionali

ASAlaser dialoga con te, anche su Facebook.

ENTRA IN FACEBOOK E CLICCA "MI PIACE" ALLA PAGINA UFFICIALE DI ASALASER. POTRAI SEGUIRE I NOSTRI AGGIORNAMENTI, CONOSCERE TUTTI GLI EVENTI A CUI TI INVITIAMO, CONDIVIDERE CON PROFESSIONISTI ED ESPERTI INFORMAZIONI E CURIOSITÀ, COMMENTARE I NOSTRI POST E SOPRATTUTTO CHIEDERCI DI PIÙ SU CIÒ CHE TI INTERESSA.

TI ASPETTIAMO QUI:

facebook.com/asalaser

MALATTIA DI DUPUYTREN
DALL'APPROCCIO CHIRURGICO A QUELLO ORTESICO

A cura del Presidente di Orthomedica **Massimo Pulin**, del Dott. **Michele Garuccio** e dell'Ing. **Chiara Monticone**

Sull'onda della spinta innovativa, nata dalla recente fusione di due importanti aziende leader nel settore orto-protesico, OrthomedicaVariolo ha puntato sul potenziamento e rinnovamento delle filiali.
Particolare attenzione va rivolta alla filiale di Verona, la quale rappresenta l'emblema della filosofia dell'azienda: concentrare tutte le proprie risorse sulla specializzazione continua dei tecnici ortopedici al fine di migliorare la qualità di vita dei propri assistiti e pazienti.
Il responsabile della filiale, il dott. Tecnico Ortopedico Michele Garuccio, ci spiega che a Verona vengono realizzati numerosi dispositivi su misura, come corsetti per scoliosi e post-operatori, plantari (su calco e cad-cam), calzature ortopediche, tutori per arti inferiori e superiori, ginocchiere per polio-mielitici in titanio, protesi, tutori pediatrici e sistemi di postura.
Uno degli obiettivi principali di OrthomedicaVariolo e, quindi, anche nella stessa filiale, è quella di unire l'esperienza decennale dei nostri tecnici, con le innovazioni tecnologiche, con una continua ricerca di materiali innovativi, per la realizzazione di dispositivi ortopedici all'avanguardia, come il tutore palmare per l'estensione delle dita, utilizzato nei pazienti affetti dalla "malattia di Dupuytren".
Essa è una patologia a carico della mano che consiste in un ispessimento e retrazione dell'aponeurosi (fascia) palmare, caratterizzata dalla flessione progressiva e permanente di uno o più dita. Nell'80% dei casi colpisce il sesso maschile e presenta una predisposizione familiare su base genetica; può essere favorita e aggravata da lavori manuali pesanti, micro-traumi ripetuti e da patologie come il diabete mellito.
La "malattia di Dupuytren" è destinata a progredire nel tempo, rendendo, quindi, necessario l'intervento chirurgico; oltre alla chirurgia tradizionale, esistono altre tecniche meno invasive, come la tecnica "all'ago", che consiste nella resezione (nel sotto-cute) della fascia palmare retratta con un ago da insulina. Un'altra tecnica chirurgica innovativa, consiste nell'iniettare sulla fascia palmare retratta, uno speciale enzima che "corrode " la stessa, con successiva estensione forzata delle dita colpite. Successivamente all'atto chirurgico, è indicato l'utilizzo di un tutore che mantenga le dita in estensione, per garantire una buona cicatrizzazione. A tal proposito, OrthomedicaVariolo ha realizzato un'ortesi che soddisfa tutte le esigenze di leggerezza, funzionalità e velocità di realizzazione; il tutore palmare, prodotto nei propri laboratori ortopedici, è composto di un materiale termoplastico (lavorabile a basse temperature), direttamente realizzato sulla mano del paziente, in modo da mantenere livelli di precisione e accuratezza elevatissimi, non raggiungibili dalla maggior parte delle ortesi e dalle fasciature steccate.

UN NUOVA IDEA DI AZIENDA
WHITECH LA SOLUZIONE PIÙ SEMPLICE

testo a cura di
Enrico Stievano / Executive Manager WHITECH

L'azienda di servizi padovana Whitech con la sua esperienza, competenza ed affidabilità nel soddisfare i proprio clienti si sta facendo strada, da alcuni anni, tra le numerose aziende che operano nel settore dell'health care. Whitech opera prevalentemente nel settore odontoiatrico e odontotecnico.
L'incremento della clientela, accompagnata da un crescente impiego di personale qualificato, le ha permesso di affacciarsi sui territori limitrofi offrendo non solo servizi di vendita ma anche di progettazione e realizzazione di studi medici in tutte le province Venete.

Whitech, grazie alla rete di aziende, imprese, artigiani e tecnici a servizio per la progettazione, costruzione e ristrutturazione "chiavi in mano", propone la possibilità di avere un unico referente al quale commissionare i lavori, eliminando cosí la ricerca di ditte diverse e riducendo drasticamente i costi e tempi di consegna. I lavori sono eseguiti da personale esperto e qualificato che coordina scrupolosamente le operazioni per ottenere lavori a regola d'arte nel rispetto delle normative vigenti.
Whitech non solo progetta e realizza lo studio professionale, ma distribuisce pure una vasta gamma di apparecchiature odontoiatriche finalizzate ad allestirlo, al fine di renderlo funzionale e confortevole sia per l'operatore che per il paziente.
Consiglia ai propri clienti l'acquisto in base alle esigenze e dà la possibilità di ritirare attrezzature di ogni tipo dalla più semplice turbina al più grande riunito.
Un altro punto di forza di questa piccola realtà padovana è il servizio di assistenza tecnica in grado di intervenire tempestivamente per risolvere malfunzionamenti delle apparecchiature odontoiatriche e odontotecniche come manipoli, micromotori, turbine, pompe di aspirazione, compressori, autoclavi, riuniti e qualsiasi altra attrezzatura elettromedicale e non.
Il laboratorio Whitech, adiacente alla zona uffici, è dotato delle più tecnologiche strumentazioni per la messa a punto e riparazione di qualsiasi apparecchiatura. Il servizio di assistenza tecnica è sempre attivo permettendo alle strutture mediche di non dover interrompere il proprio lavoro quotidiano.
La chiave del successo di questa azienda sta nella personalizzazione del servizio in un mercato sempre più competitivo, grazie a internet, dove è possibile trovare qualsiasi prodotto o servizio.
Whitech crede ancora che il rapporto azienda-cliente debba essere un rapporto prima di tutto di fiducia in cui l'esperienza, il dialogo e la disponibilità siano aspetti fondamentali per il successo.

WHITECH
La soluzione più semplice

Via Silvio Pellico, 44
35020 Ponte San Nicolò (PD)
Tel. +39.049.0998372
Fax. +39.049.0998373
info@whitech.biz
www.whitech.biz

LA PROTESI DI **GINOCCHIO**

In Italia se ne applicano ogni anno circa 100mila

a cura del dott. **Sergio Candiotto**, direttore Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia - Ospedale S. Antonio - Ulss 16 Padova

In Italia si applicano annualmente circa 100.000 protesi di ginocchio, secondo i dati ufficiali forniti, fatto di grande rilievo che ci pone ai primi posti nel mondo come numero di interventi e qualità dei risultati clinici. Abbiamo infatti a nostra disposizione tutte le risorse tecnologiche necessarie e abbiamo oramai acquisito e sviluppato tutte le esperienze chirurgiche che ci permettono di affrontare con sicurezza e affidabilità questo interessante capitolo della chirurgia protesica.

L'artrosi del ginocchio, primitiva o secondaria, ha un'elevata incidenza epidemiologica. Rappresenta la seconda causa, dopo l'artrosi dell'anca, di richiesta di interventi protesici. Prevale nel sesso femminile e sembra in forte aumento nelle società più progredite, forse in relazione alla tendenza all'aumento del peso corporeo.

Un interesse particolare è espresso dalle artrosi secondarie, anch'esse in crescita epidemiologica e successive ad esempio a severi difetti morfologici in varo-valgo (cosiddette "gambe a O e a X"), fratture dei condili tibiali o femorali, a lassità articolari croniche da rottura dei legamenti, a precedenti infezioni o a necrosi dei condili femorali o tibiali. Particolare rilievo è costituito dalla malattia reumatoide, che spesso coinvolge con particolare gravità le ginocchia. Più recentemente si è sviluppata la difficile chirurgia protesica nei casi di tumore primitivo e secondario del ginocchio o nelle perdite di sostanza ossea (da "grandi resezioni").

© Canstock Photo Inc. / Andreus

Il dolore al ginocchio, che tende ad essere progressivo fino alla mancata risposta alle terapie e all'incapacità perfino di riposare alla notte, la zoppia, il difetto estetico e l'incapacità deambulatoria rappresentano le condizioni cliniche che spingono il paziente a consultare il chirurgo. Tutti i pazienti hanno in genere una lunga storia di terapie mediche e fisiche, effettuate sotto il controllo del medico di base o del fisiatra. Solo l'inefficacia delle cure conservative può consentire però l'avvio del programma chirurgico.

Numerose sono le protesi a nostra disposizione perché molto diverse sono le soluzioni da in-

> *Non esiste la protesi valida per tutte le ginocchia artrosiche. Il bravo chirurgo ortopedico sa individuare la protesi giusta per ogni singola artrosi.*

dividuare e adottare per ogni singola forma artrosica. Non esiste infatti la protesi valida per tutte le ginocchia artrosiche. Il bravo chirurgo ortopedico sa individuare la protesi giusta per ogni singola artrosi (monocompartimentale, a scivolamento, constrained, hinge, con o senza rotula, con o senza fittoni, etc.).
L'età del paziente, il peso corporeo, le esigenze funzionali, il morfotipo artrosico, le condizioni di stabilità articolare rappresentano i criteri più importanti nella scelta del modello protesico. Diversamente dall'anca, dove la maggior parte delle protesi viene applicata senza la cementazione, per il ginocchio prevale invece nettamente la protesizzazione cementata, tecnica questa diffusamente adottata che ha finora dimostrato i migliori risultati clinici.
In genere viene utilizzata l'anestesia spinale, in grado di consentire l'intervento chirurgico della durata, in mano esperta, di circa 1 ora. Successivamente è molto importante l'intesa fra anestesista e chirurgo ortopedico per garantire l'indispensabile copertura antalgica, trattandosi di un intervento potenzialmente alquanto doloroso. Il controllo del dolore è fondamentale anche per l'avvio precoce della riabilitazione, da consentire e iniziare al massimo il giorno successivo. Il carico, almeno parziale, va dato immediatamente. Dopo il controllo radiografico post-operatorio del 45° giorno può essere autorizzato il carico completo.
Il risultato può essere considerato stabile dopo il 5-6°mese e i risultati favorevoli rappresentano circa l'85-87% dei casi. Questo dato, presente però in tutte le esperienze mondiali, va rivelato prima dell'intervento al paziente, che deve conoscere questo limite di risultato. La ricerca scientifica sta studiando gli aspetti riguardanti il tipo di metallo utilizzato, il design protesico e i criteri di impianto del dispositivo, al fine di giungere a livelli di successo terapeutico superiori, magari vicini al 100%.
Appare in sensibile aumento la chirurgia di revisione della protesi di ginocchio. Esistono varie condizioni che portano alla necessita di revisione e di sostituzione della protesi, quali il dolore intrattabile, la mobilizzazione asettica (o "scollamento") , l'infezione protesica, la rottura della protesi e l'instabilità dell'impianto.
Dobbiamo riconoscere al riguardo che la durata media del buon funzionamento della protesi di ginocchio si aggira, nell'esperienza clinica comune, sui 13-14 anni e anche di questo bisogna dare adeguata informazione al paziente, per evitare false convinzioni di lunga durata dell'impianto protesica o rivendicazioni tardive.
La chirurgia di revisione è sempre difficile e richiede esperienza e perizia chirurgica particolari da parte del chirurgo operatore. Numerosi modelli sono presenti per la sostituzione delle protesi, che devono possedere caratteristiche strutturali del tutto peculiari.
Oramai siamo in grado di effettuare più interventi nello stesso individuo e questo ci permette di coprire con le protesi un maggiore lasso di tempo e di operare anche soggetti giovani.
Numerosi sono i centri ortopedici in grado di affrontare questo affascinante capitolo della chirurgia protesica. Bisogna qualificare sempre più questa attività chirurgica, attingendo dalle innumerevoli conoscenze cliniche internazionali e dalle continue innovazioni tecnologiche, al fine di garantire al paziente le migliori capacità operative.
Anche il reparto ortopedico del S. Antonio è da anni impegnato nello studio di questo grande capitolo della chirurgia protesica, seguendo con molto interesse quanto si sviluppa nello studio e nell'evoluzione delle protesi, per dare qualità e sicurezza ai pazienti, consci di aver raggiunto un ottimo livello tecnico-scientifico. Ne fanno testo i numerosi pazienti in attesa di intervento.

CURIAMO LA SICUREZZA **NELLE PISCINE**

La piscina è sinonimo di divertimento, salute e benessere. Ma ci vogliono serietà e responsabilità nella conduzione

A cura del dottor **Franco Sarto**, specialista in Medicina del Lavoro

Sia grande o piccina, pubblica o privata, la piscina è sinonimo di divertimento, salute, benessere; ma proprio per garantire ciò occorre grande competenza, serietà e responsabilità nella sua progettazione e conduzione. L'argomento della sicurezza nelle piscine è vasto e complesso; nel presente articolo riassumiamo per sommi capi le principali problematiche, rimandando gli approfondimenti alle moltissime pubblicazioni specializzate di cui ne elenchiamo alcune nelle note.

Incidenti. L'incidente più frequente è l'annegamento che si è notevolmente ridotto negli anni più recenti date le regole sulla sorveglianza di personale specializzato specie quando gli utenti sono minori. L'infortunio più temibile, dopo l'annegamento, è la frattura vertebrale; esso avviene di solito con i tuffi, con cadute da trampolini o altre strutture sopraelevate, o con cadute a bordo vasca. Ci sono poi gli scivolamenti che portano a fratture o distorsioni di vario tipo; oggi c'è la possibilità di trattare le vecchie pavimentazioni di gres con vernici speciali (nanotecnologie) antiscivolo.

Rischi microbiologici. Se l'acqua non è trattata a sufficienza in rapporto del numero di bagnanti, si possono verificare trasmissioni interumane di microorganismi. Ricordiamo i funghi (Trichophynton) ai piedi o in altre parti della cute, gli staffilococchi aurei e la legionella per trasmissione dalle vie aeree e le salmonelle o l'epatite A per trasmissione dalle feci. Il primo trattamento dell'acqua è quello meccanico attraverso la filtrazione attraverso sabbie quarzifere.

Rischi chimici. Disinfettanti: Ce ne sono molti, ma i più usati sono i composti del cloro. Per le grandi piscine si usa l'ipoclorito di sodio (varechina liquida), mentre per le piccole piscine si usano prodotti più maneggevoli perché solidi come gli isocianurati di cloro, il sinclosene per trattamenti lenti di lunga durata, il triclosene sodico per trattamenti rapidi in quanto è a rapida dissoluzione. Tutti questi trattamenti aumentano il pH per cui è indispensabile abbassarlo con acidi forti come l'acido cloridrico o solforico; anche se diluiti questi acidi rappresentano un grande rischio per inalazione, per contatto con cute e mucose e per ingestione; devono essere maneggiati quindi da personale esperto. Nei grandi impianti (alberghi, villaggi vacanze, parchi acquatici, ect.) il trattamento è automatizzato, ma, per malfunzionamento, si sono verificati gravi incidenti. L'evento più temibile è che entrino in contatto gli acidi forti con i composti del cloro, in questo caso si sviluppa una reazione chimica con produzione di cloro nascente, cioè di gas cloro. Questo è un potentissimo irritante per mucose, cute e vie respiratorie e può provocare polmonite chimica, edema polmonare e morte. Molti sono i composti chimici indesiderati che si possono produrre in piscine con scarse condizioni igieniche: ricordiamo le cloramine che si formano dalla reazione del cloro con sudore o urine; sono molto irritanti per pelle e mucose e se vediamo i bagnini che si grattano, questo potrebbe essere un segno della presenza di queste sostanze nell'acqua.

Note

- EN 10637/2006; UNI EN 134511/2008; UNI EN 15288/2009
- Accordo Stato-Regioni 2003 GU n.51 del 3 marzo2003 Aspetti Igienico-sanitari sulla costruzione, manutenzione, vigilanza delle piscine;
- Quaderni ISPESL: Le piscine sicure;
- La manutenzione delle piscine pubbliche e private Dario Flaccovio editore, 2011;
- Organizzazione mondiale della Sanità: Guida per la sicurezza degli ambienti acquatici, vol 2 Le Piscine.

LA SINDROME DEL **TUNNEL CARPALE** E IL LAVORO

A cura del dott. **Liviano Vianello**, direttore SPISAL ULSS 16 Padova

Il tunnel carpale è un canale localizzato al polso, tra le ossa carpali e il legamento traverso del carpo; è un canale rigido, quindi l'aumento di volume dei tendini, infiammati da frequenti movimenti di flesso-estensione del polso e delle dita, determina la compressione del nervo mediano. Questa può aggravarsi e cronicizzare provocando la sindrome del tunnel carpale (STC) con formicolii e dolore alle prime tre dita, prevalentemente notturno, diminuzione della forza della mano; durante il giorno, i dolori si intensificano quando si utilizza la mano.

Per la diagnosi, i neurologi si basano sull'esame obiettivo e sull'esame elettromiografico. La STC è la neuropatia periferica dell'arto superiore più frequente fra la popolazione; le sue cause comprendono fattori lavorativi ed extralavorativi. Tra questi ultimi vi è una predisposizione individuale, legata alla conformazione anatomica del polso, a fattori ormonali e sistemici: le donne sono maggiormente colpite rispetto agli uomini. Le cause lavorative sono legate all'uso ripetuto, intenso e frequente delle mani: questo si verifica per esempio nelle operazioni di assemblaggio a catena, di cassa, di taglio e cucito, di lavaggio e stiratura, di preparazione di cibi, di macelleria, di confezionamento, di carpenteria, nei lavori di dattilografia e uso prolungato del computer, con l'uso di alcuni strumenti musicali. Mentre nella popolazione generale la prevalenza, cioè il numero di casi presenti, si aggira intorno ai 5 ogni 1000 abitanti, in queste tipologie di lavoratori arriva anche oltre 20 casi ogni 100.

In base a questa evidenza nel 2008 la STC è stata compresa nell'elenco delle malattie professionali riconosciute dall'INAIL ed è oggi una tra le malattie professionali più frequentemente denunciate, seppure il fenomeno sembri sottostimato.

© Canstock Photo Inc. / pressmaster

La terapia è medica solo nelle fasi iniziali e successivamente è indicato l'intervento chirurgico. Negli ultimi anni è diventata sempre più rilevante l'attività delle aziende e degli SPISAL per prevenire l'insorgenza della STS professionale, in primo luogo attraverso la valutazione del rischio che deve considerare diversi fattori, tra cui: la forza richiesta per l'azione, la frequenza e ripetitività, la posizione dei segmenti articolari (attività in cui la flesso estensione del polso supera i 45 gradi sono considerate a rischio elevato), i tempi di recupero. Quando il rischio è presente devono essere realizzate misure di prevenzione che comportano la riprogettazione dell'organizzazione del lavoro e degli strumenti di lavoro. Per esempio gli interventi nelle casse dei supermercati deve considerare: la ripartizione sulle due mani delle azioni, l'aumento della turnazione, il posizionamento dei codici a barre in punti favorevoli, l'utilizzo di scanner manuali per evitare la movimentazione delle merci pesanti, utilizzabili anche dallo stesso cliente. Un altro esempio nella lavorazione delle carni è l'impugnature dei coltelli, che se realizzata inclinata rispetto alla lama, riduce la necessità di flesso estensione estrema del polso. Esistono anche mouse ergonomici per ridurre l'estensione del polso durante il lavoro con il computer. Per individuare precocemente sintomi da STC, i lavoratori esposti al rischio devono essere visitati periodicamente dal medico competente dell'azienda; la comparsa di sintomi comporta la riduzione o sospensione dell'attività lavorativa ripetitiva, e quindi spesso la non idoneità alla mansione. Da questo punto di vista la STC è una malattia seriamente invalidante e per questo deve essere prevenuta intervenendo nel lavoro.

LO **SPORT** È AMICO DEI BAMBINI

È importante sceglierlo in base all'età e alla predisposizione del bambino

© Canstock Photo Inc. / barsik

A cura del dott. **Renato Muccioli**,
Direttore uscente U.C. Pediatria Ulss 13 Mirano

Lo sport è un elemento fondamentale per il sano sviluppo dei bambini tanto da essere riconosciuto dalle Nazioni Unite come un diritto fondamentale. Secondo l'articolo 31 della Convenzione sui diritti dell'infanzia "Gli Stati parti riconoscono al fanciullo il diritto al riposo e al tempo libero, a dedicarsi al gioco e ad attività ricreative proprie della sua età e a partecipare liberamente alla vita culturale ed artistica". L'Italia, si sa, registra tassi di sedentarietà tra i più elevati in Europa, ad ogni età. Il movimento non è solo pratica sportiva. E' gioco, attività all'aria aperta, corsa, passeggiate.
A partire dai 6 anni, da quando incomincia la scuola, il bambino può incorrere nel rischio della sedentarietà: le ore trascorse dietro il banco sommate al tempo necessario per lo svolgimento dei compiti a casa e al tempo trascorso davanti a televisione e computer possono impigrire il bambino e condizionarne il benessere e l'equilibrio psicofisico presente e del futuro.
I bambini che svolgono una regolare attività fisica dimostrano una maggior fiducia nelle proprie possibilità, sono portati a una maggior autostima, alla facilità nei rapporti sociali, a una maggior sopportazione dello stress e sono in un certo senso più al riparo dall'eventuale propensione a disturbi come ansia e depressione. Quale sport praticare?
Lo sport deve essere innanzi tutto un divertimento e bisogna allora cercare di evitare attività ripetitive. La scelta dello sport dovrebbe essere il frutto di un compromesso tra le esigenze fisiologiche del bambino, le sue inclinazioni e le esigenze dei genitori (Maria Cristina Maggio del Dipartimento di Scienze per la promozione della Salute Materno Infantile dell'Università degli Studi di Palermo e membro della SIP). I bambini andrebbero assecondati nella scelta della disciplina sportiva e non andrebbero mai indotti a diventare troppo competitivi. Non insistere davanti ad un rifiuto di una determinata attività e riprovare in un secondo momento o scegliere insieme a lui un altro sport. Lo sport non deve diventare una fonte di stress. Spesso i genitori ripongono eccessive aspettative nei figli, trasferendo su di loro le proprie aspirazioni con un impatto psicologico disastroso.

I consigli generali della SIP (Società Italiana di Pediatria):
- Ai bambini sotto i due anni dovrebbero essere proposti da parte dei genitori momenti di gioco istruttivi e poco strutturati. I bambini di questa fascia di età hanno bisogno di giocare all'aria aperta con la supervisione di un genitore (passeggiate e giochi al parco).
- I bambini di età prescolare (3 - 5 anni) dovrebbero partecipare ad attività divertenti che lascino spazio alla scoperta, con poche regole e istruzioni semplici: correre, nuotare, rotolarsi, giocare a palla.
- I bambini tra i 6 e 9 anni hanno migliori capacità motorie e miglior equilibrio, potrebbero iniziare sport organizzati, ma con regole flessibili, e focalizzati sul divertimento piuttosto che sulla competizione.
- Per i bambini tra i 10 e i 12 anni si può porre l'attenzione sullo sviluppo di capacità motorie, su tattiche e strategie, attraverso sport complessi che mirino allo sviluppo della massa muscolare;
- Gli adolescenti (13 -15 anni) sono molto influenzati dai loro coetanei, è importante prima di tutto capire le attività di loro interesse, che siano divertenti e in compagnia di amici, per assicurare una partecipazione continuativa. Si consigliano sport competitivi e non.

Genitori, portate i bambini a fare sport. Più che invito, quello che arriva dalla SIP è un monito: L' American Academy of Pediatrics raccomanda almeno 30-60 minuti di attività fisica al giorno per "prevenire l'obesità e contribuire, attraverso un aumento del dispendio energetico, a ridurre la massa grassa ed aumentare quella magra, a sviluppare un corretto sviluppo osseo e a migliorare la sensibilità all'insulina oltre che assicurare benefici psicologici".

LO SCREENING DELLA **RETINOPATIA DIABETICA** NELL'ULSS 15

a cura dei dott. Marzio **Chizzolini** direttore, dott. Michele **Scavazza** dirigente medico 1 livello, dott. Riccardo **Melis** dirigente medico 1 livello - UOC oculistica Ulss 15 Alta Padovana

La retinopatia diabetica risulta attualmente la principale causa di cecità nelle persone al di sotto dei 60 anni di età nei paesi industrializzati ed inoltre costituisce una delle principali cause di ipovisione nei soggetti anziani.
La patologia può rimanere silente fino a quando non raggiunge stadi anche molto avanzati. Nei soggetti con diabete di tipo II, dopo 20 anni dall'insorgenza della patologia, più del 60% svilupperà la retinopatia diabetica. E' pertanto necessario individuare i soggetti affetti da retinopatia diabetica quanto prima possibile, in modo da poter prestare loro le cure più appropriate per poter limitare i danni causati da questa patologia.
Essenziale allo scopo è eseguire un percorso di screening dei soggetti diabetici seguendo quelle che sono le indicazioni delle linee guida nazionali ed internazionali. Presso l'ULSS 15, per lo screening, si è scelto di procedere con foto digitale del fondo dell'occhio: ciò non necessita di midriasi e della presenza dell'Oculista e riduce gli spostamenti del Paziente.
In primis è stato necessario definire un percorso comune tra diabetologia ed oculistica per controllare la situazione del fondo oculare dei soggetti diabetici. Il primo passo per arrivare a ciò e' stato acquisire due retinografi digitali, uno per la sede di Camposampiero ed uno per la sede di Cittadella, di armonizzarli con la piattaforma di refertazione che si trova nei reparti di oculistica dove le fotografie vengono trasferite dal centro antidiabetico, mediante la rete telematica interna. E' stato poi previsto un preciso iter procedurale. Il paziente si reca presso il centro antidiabetico, dove oltre al controllo diabetologico, si esegue una fotografia del fondo dell'occhio. La fotografia viene vista a monitor presso i computer situati nei reparti oculistici delle rispettive sedi dagli specialisti del reparto. Nel referto è specificata la qualità della foto, la presenza o assenza di retinopatia diabetica, l'eventuale stadio della stessa e la presenza o meno di maculopatia. Il referto stampato è quindi trasferito al centro unico di prenotazione dove il paziente potrà ritirarlo a partire dal 15° giorno dopo l'esecuzione dell'esame.
Qualora il referto risultasse negativo il paziente ripeterà l'esame dopo 2 anni. In caso di referto positivo invece verranno fornite le più opportune indicazioni. In caso di retinopatia lieve, si segnalerà dopo quanto tempo debbano essere ricontrollati i pazienti, diversamente, nei casi più gravi, i pazienti saranno contattati direttamente dalla segreteria del Reparto per gli approfondimenti e le cure necessari. Per i casi più severi che debbono essere valutati o seguiti per più tempo e' stato istituito un Ambulatorio dedicato dove afferiranno i pazienti che l'oculista riterrà opportuno seguire.

© Canstock Photo Inc. / Leaf

I pazienti per i quali debbano essere eseguite fluorangiografie o laser terapie avranno precedenza nelle liste d'attesa in ordine alla gravità del problema.
Tale organizzazione, così come descritta, è stata adottata presso l'ULSS 15 al fine di ridurre il disagio per il Paziente ritenendo opportuno da un lato limitare il numero di accessi Ospedalieri e al contempo cercando di individuare quanto prima i casi di retinopatia diabetica che necessitino di trattamento. Lo screening iniziato ad Aprile 2014 ha consentito ad oggi la valutazione di oltre 900 pazienti.

GIORNATA NAZIONALE DEL **PARKINSON**

All'Ulss 10 il coordinamento della rete regionale della Medicina dello Sport e la commissione d'appello per la medicina sportiva agonistica

In occasione della Giornata Nazionale del Parkinson, in programma il prossimo 29 novembre, Limpe e Dismov – Sin assieme all'Università di Padova, all'Azienda Ospedaliera di Padova, all'associazione Padimo e a Nordestnet organizzano un convegno che si svolgerà nell'Aula Magna dell'OIC – Opera Immacolata Concezione – in via Toblino 53 a Padova.

Contenuti dell'iniziativa
Questa iniziativa è dedicata ai pazienti affetti da Malattia di Parkinson, ai loro familiari ed ai medici interessati alla materia. Giunta alla sesta edizione, è promossa dalla LIMPE (Lega Italiana per la lotta contro la malattia di Parkinson, le Sindromi Extrapiramidali e le Demenze) e dalla DISMOV-SIN (Associazione Italiana Disordini del Movimento e Malattia di Parkinson), le due società scientifiche italiane che si dedicano allo studio della malattia di Parkinson ed allo sviluppo di nuove strategie terapeutiche, e si svolgerà in contemporanea in tutti i principali centri di riferimento italiani. La giornata vuole essere fortemente interattiva: si inizierà affrontando i problemi riguardanti gli aspetti epidemiologici della Malattia di Parkinson, quindi le novità terapeutiche e la terapia avanzata indispensabile per permettere al paziente di riacquistare una buona performance motoria con miglioramento della qualità di vita. Si discuterà sull'utilizzo della terapia medica infusionale con DUODOPA, riservata a quei pazienti che hanno una scarsa risposta alla terapia orale. Seguiranno gli interventi sui problemi funzionali e sulla terapia riabilitativa. Nella seconda parte della mattinata gli specialisti saranno a disposizione dei pazienti per rispondere ai quesiti che verranno posti durante una Tavola Rotonda aperta ai pazienti ed ai loro familiari. Sarà presente l'Associazione che si occupa di sostenere, con i propri servizi, il malato e la sua famiglia in vari ambiti: da quello psicologico, a quello burocratico e a quello sociale

Obiettivi generali
Si tratta di un'iniziativa dedicata ai pazienti affetti da malattia di Parkinson, ai loro familiari ed ai medici interessati alla materia per avvicinare il mondo scientifico alle istanze ed ai bisogni del malato.

Il convegno sarà valido anche come ECM (Educazione Continua in Medicina) organizzato da Nordestnet che avrà come obiettivi di processo: Epidemiologia – prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni di processo (30)

Metodologie didattiche prevalenti
Lezioni magistrali, serie di relazioni su tema preordinato, confronto/dibattito tra pubblico ed esperto/i guidato da un conduttore ("l'esperto risponde"), Tavola rotonda con dibattito tra esperti

Metodo di verifica dell'apprendimento
Questionario ECM

Destinatari:
Medici Chirurghi interessati all'argomento (tutte le Discipline)
Logopedista
Fisioterapista
Terapista Occupazionale
Psicologo

Responsabile scientifico
Dott.ssa Marina Saladini, Neurologo

Relatori
Dott.ssa Marina Saladini, Neurologo
Dott. Angelo Antonini, Neurologo
Dott. Gian Luigi Ricchieri, Neurologo
Dott. Rocco Quatrale, Neurologo
Dott. Daniele Volpe, Fisiatra
Dott.ssa Manuela Pilleri, Neurologo

Questo il programma della giornata.

- 9.15: Registrazione partecipanti
- 9.30: Introduzione al convegno per la giornata nazionele del Parkinson a cura della dott.ssa Marina Saladini
- 9.45: Aspetti epidemiologici nella Malattia di Parkison a cura del dottor Angelo Antonini
- 10.00: Quali novità nella terapia farmacologica a cura della dott.ssa Manuela Pilleri
- 10.15: Terapia infusionale nella Malattia di Parkison a cura del dottor Gian Luigi Ricchieri
- 10.30: Aggiornamenti sulla neurologia funzionale a cura del dottor Rocco Quatrale
- 10.45: Quale riabilitazione nel futuro per la Malattia di Parkinson a cura del dottor Daniele Volpe

Seconda parte del convegno
- 11.15 Tavola rotonda con dibattito tra esperti: "La parola ai pazienti". Confronto con gli esperti: (Marina Saladini, Angelo Antonini, Gian Luigi Ricchieri, Rocco Quatrale, Daniele Volpe e Manuela Pilleri)

CARETHERAPY: nuova metodologia di trattamento della lombalgia

Il mal di schiena è il disturbo osteoarticolare più frequente, rappresentando dopo il comune raffreddore, la più comune affezione dell'uomo. Quasi l'80% della popolazione è destinato ad un certo punto della vita a presentare una lombalgia. Il 50% degli adulti in età lavorativa presenta dei sintomi e di questi il 15%-20% ricorre a cure mediche.
Nel trattamento della lombalgia meccanica (LOW BACK PAIN), dove spesso l'approccio al dolore è di natura sintomatologica, si curano i sintomi, non le cause!
Nella lombalgia il quadro infiammatorio è presente nelle fase acuta, in fase sub acuta regredisce ,anche grazie al contributo dei farmaci antiinfiammatori non steroidi (FANS), ma rimane la limitazione funzionale il "senso di debolezza muscolare" avvertito dal paziente.

A questo punto interviene un metodo, non una mera applicazione di fisioterapia, ma una metodologia studiata e poi praticata (Evidenze cliniche) valutando le ricerche che il mondo scientifico ha raccolto sul LOW BACK PAIN e sfruttando l'esperienza clinica dei fisioterapisti (USA - NORD EUROPA).

Tale metodologia prende il nome di **CARETHERAPY**, un sistema dove si integrano terapia manuale e tecnologia.

La tecnologia è uno strumento elettromedicale che utilizza la radiofrequenza pulsata TECAR TERAPIA che tramite elettrodi manuali e statici permette di incrementare la temperatura corporea favorendo così un effetto decontratturante e miorilassante sulla muscolatura della colonna.

Tale Termoterapia risulta innocua e di facile somministrazione senza avere effetti collaterali, dopo ben 10 anni di esperienza clinica e conferme da alcune evidenze cliniche raccolte da vari ricercatori italiani ed esteri si è ora in grado di definire una dose terapeutica efficace.

Spesso nel LOW BACK PAIN trattiamo lo stato infiammatorio, ma il problema principale sono "le rigidità" del sistema muscolo scheletrico, che se non vengono trattate in maniera efficace possono indurre ad una ricaduta del sintomo doloroso.

Per evitare questo è nata la **CARETHERAPY** che integra massoterapia associata all'utilizzo di un elettrodo capacitivo, in grado di potenziare l'azione del terapista, la sinergia crea una vera e propria "spremitura" della muscolatura, data sia dall'azione termica dell'elettrodo che crea una forte vascolarizzazione del tessuto muscolare che dalla manualità del terapista stesso.

Utilizzando successivamente l'elettrodo statico resistivo, si integra l'azione termica in profondità, coinvolgendo strutture muscolari difficilmente raggiungibili solo con le mani del terapista, riuscendo a favorire l'elasticità e la mobilità articolare, ripristinando l'equilibrio dinamico del bacino (ritmo lombo pelvico).

Solo così, unendo un antico metodo come la terapia manuale associato alla nuova tecnologia (TECAR TERAPIA) si è in grado di migliorare la rigidità articolare e ridurre il dolore muscolo scheletrico.

di Gianluca Bernabei

EUROPE SERVICE s.a.s.
Via Garibaldi 7 - 35020 Ponte S. Nicolò (PD)
Tel. / Fax +39 049 8647133
e-mail: info@europeservice.info
www.europeservice.info

IL **TONO DELLA VOCE** AIUTA A COMUNICARE CON EFFICACIA

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

"Ciò che nel linguaggio meglio si comprende non è la parola, bensì il tono, l'intensità, la modulazione, il ritmo con cui una serie di parole vengono pronunciate. Insomma la musica che sta dietro le parole, la passione dietro questa musica, la personalità dietro questa passione: quindi tutto quanto non può essere scritto".

F. Nietzsche

Debbo a Franca Grimaldi (Atelier vocale, www.francagrimaldi.it) questo interessante aforisma di F. Nietzsche. Diversi studi confermano infatti che il tono della voce ha un ruolo fondamentale nell'attirare l'attenzione e quindi nella possibilità di essere ascoltati. Sappiamo che le vibrazioni della voce, per essere convincenti, richiedono un respiro calmo e profondo. In parte è un dono naturale, in parte può essere educata. Una bella voce è ancora più efficace e persuasiva se veicola contenuti semplici, chiari, di qualità. Competenza e passione fanno il resto.

Sorge spontanea una domanda: queste riflessioni valgono anche per i medici? La risposta è: sì. Daniel Goleman (che ha insegnato psicologia ad Harward ed è collaboratore scientifico del New York Times), nel recente libro "Focus. Perché fare attenzione ci rende migliori e più felici" (Rizzoli, 2013) ci parla di uno studio condotto dalla rivista "Surgery" (1/2002) nel quale è stato valutato il tono di voce di alcuni chirurghi fatte durante le conversazioni con i loro pazienti. "La metà dei chirurghi in questione era stata denunciata per negligenza professionale e nella stragrande maggioranza dei casi le voci dei primi suonavano più prepotenti e noncuranti di quelle dei secondi". Rispetto alla maggior parte degli altri medici, i chirurghi passano più tempo a spiegare dettagli tecnici ai loro pazienti e a illustrare i principali rischi degli interventi. Si tratta di conversazioni "difficili" che possono creare grande ansia nei pazienti. Afferma infatti Goleman: "In un paziente che sta ascoltando una spiegazione tecnica e i terribili, potenziali rischi dell'operazione, il radar del cervello entra in stato di massima allerta, cercando ogni elemento che gli consenta di valutare la reale sicurezza dell'intervento. Questa condizione di maggiore sensibilità potrebbe essere una delle ragioni che spiegano perché l'empatia e l'interessamento, o meglio, la loro assenza nel tono di voce di un chirurgo tendono a rendere più concreta la possibilità che venga poi denunciato nel caso qualcosa vada storto. Il tono ha dunque un'enorme importanza dal punto di vista dell'impatto di ciò che diciamo: molte ricerche hanno infatti dimostrato che quando le persone ricevono un giudizio negativo da persone che utilizzano un tono caldo e amichevole la loro sensazione su di esse resta positiva nonostante le critiche mosse; mentre quando ricevono un giudizio positivo in un tono freddo e distaccato ne ricavano un sensazione spiacevole a dispetto della buona notizia. "La voce - afferma Alessandra Graziottin, medico e psicoterapeuta - è la nostra carta d'identità sonora". Perché non coltivarla per trasmettere una sensazione di empatia e vicinanza?

© Canstock Photo Inc. / Klementiev

IN GIRO PER TERME, **SI TROVA IL VENETO** ANCHE IN SICILIA

di **Cristina Chinello**

L'origine vulcanica dell'Italia ha dato origine a un ambiente particolare, una sorta di "prodotto"totalmente naturale e ricco di proprietà salutari per il corpo. Siano esse acque o terre, le terme sono doni ricchi di storia e di elementi preziosi per il benessere. Molto presenti anche in Veneto, dove grandi e prestigiosi bacini termali sono stati meta di persone fin dai tempi antichi, hanno peculiarità legate al territorio anche in altre zone del Paese. Funzionano, non funzionano: è la domanda che più spesso ricorre quando si parla di terme. La risposta è piuttosto evidente, se si considera che le cure termali sono riconosciute dal sistema sanitario nazionale. Il fatto è che quando di tratta di questo genere di cure, gli effetti sono più soggettivi e diluiti nel tempo rispetto ad altre terapie, e per questo motivo la loro misurazione non è spesso immediatamente identificabile.

Fra le terme più sorprendenti d'Italia, va annoverata sicuramente quella presente nell'isola di Vulcano, alle Eolie. Per inciso: queste isole siciliane, sette e tutte diverse fra loro, sono patrimonio dell'Unesco. La loro bellezza è straordinaria e il fatto che siano meno facilmente accessibili rispetto a tanti altri luoghi di villeggiatura, le rendono una meta che va meditata e preparata. Vale la pena visitarle tutte, dedicando almeno una giornata per ciascuna a giorni alterni, ché i tempi, anche quelli di percorrenza e spostamento, impongono calma. Non è la stessa cosa, insomma, di spostarsi con il treno da una città all'altra: qui il mare detta legge.

L'isola di Vulcano prende il nome dalla montagna eruttiva di cui è formata: il vulcano è quiescente e tappato in modo molto affascinante. Una passeggiata di un'oretta alla portata di tutti e senza bisogno di attrezzature particolari, porterà al grande cratere, dove le zolfatare soffiano fuori i vapori sulfurei della terra. Giù, a mare, ci sono le terme dove una grande quantità di persone, ogni anno, si reca per ricevere i benèfici effetti su pelle, malattie ossee e respiratorie. Nell'area termale si distinguono la "pozza dei fanghi" alimentata da bolle da cui fuoriescono vapori sulfurei, acqua salmastra e fango argilloso ad altissimo contenuto di zolfo, indicati per affezioni articolari dermatologiche e delle vie aeree. I vantaggi si riscontrano sopratutto per l'osteoartrosi, reumatismi fibromiostici, sindromi canalicolari, distorsioni, lussazioni articolari, stiramenti muscolari, fratture, gotta. La cura si termina poi nell'adiacente mare in fermento, un'area chiamata

"acque calde", una sorta di enorme idromassaggio naturale alimentato dalle bolle delle fumarole. Attualmente il personale in servizio alla pozza fornisce solo informazioni indicative, lasciando alle persone la facoltà di auto-gestirsi la cura. Per questo è opportuno informarsi bene prima di arrivare, anche con il proprio medico di base o il fisiatra.
Che altro fare alle Eolie? Tanto trekking, per esempio. Consigliato, per i più sportivi e già allenati, il tour in bicicletta di Lipari: sorprende trovare qui un pezzo di Veneto. Un meccanico di scooter e bici che fornisce anche mezzi a noleggio, ti presta le mitiche Torpado, cicli che hanno fatto storia e che hanno sede a Piove di Sacco, in provincia di Padova. Per affrontare il tour in bici, il consiglio è scegliere il mezzo più tecnico, perché i saliscendi sono micidiali, ma la fatica è tutta ricompensata da panorami mozzafiato. Giù in paese, sono imperdibili le passeggiate a Marina Corta e al castello, mentre al capo opposto dell'isola destano un fascino speciale le cave di pomice, ora dismesse, che regalano al mare un fondale cristallino.
Nella radiosa ed elegante Salina sono due le tappe obbligate: la frazione di Lingua, dove una piazza sul mare offre lo spunto per una granita speciale (la più buona delle Eolie, dicono), e a Pollara, località dall'altro lato rispetto al porto d'arrivo, vallata che ospita uno dei panorami più sorprendenti delle Eolie e in cui Massimo Troisi ha girato parte del film Il Postino, vincitore dell'Oscar.
Panarea, nota per essere il rifugio estivo di molti vip, è un dedalo di stradine bianche percorse solo da quad e al massimo da qualche "Ape". Non ci sono mezzi a motore ed è raccomandabile girarla con la barca per scoprirne le mille spiagge irraggiungibili a piedi, vero paradiso marino.

Stromboli è obbligatoria per assistere a uno dei più sorprendenti spettacoli della natura: il vulcano in eruzione. In genere l'attività dello Stromboli è "esplosiva": ogni venti minuti c'è l'eruzione che lancia fuori dei fiotti di lava. Periodicamente accade che l'eruzione sia così intensa, da raggiungere il mare (come quest'anno e nel 2007), percorrendo tutta la "sciara di fuoco", la discesa che porta la lava a entrare nell'acqua. Merita una passeggiata anche l'interno dell'isola: bianca, bellissima. Potendo, anche l'"irraggiungibile" borgo di Ginostra, accessibile solo dal mare e fino a una decina d'anni fa, da quello che era considerato il porto più piccolo del mondo.
Infine, Alicudi e Filicudi, il rifugio dei manager che vogliono "staccare" dal resto del mondo e che scelgono queste isole in cui la natura regna prepotentemente, per trovare silenzio e quiete.
Ovunque si vada, la cucina si immerge nei sapori e nei profumi dei prodotti locali: capperi, cucunci e origano dai profumi sorprendenti, pesce pescato o allevato nei dintorni, pomodori, limoni, pane cunzato (un disco di pane croccante fatto di semola di grano duro, che diventa una sorta di "pizza", su cui mettere gli ingredienti preferiti), e poi i dolci, che sono veramente molto dolci, e da soli varrebbero per un pasto, ma per fortuna poi si riparte a camminare, e a vivere panorami e profumi indimenticabili.

NEW YORK, **NEW YORK**

Ecco perché è il sogno di una generazione

di **Margherita De Nadai**

New York: almeno una volta nella vita, dovevo andarci. Uno dei miei sogni più grandi, realizzato quest'estate grazie al mio viaggio di nozze.
Credo che sia il sogno di molti giovani: gran parte della mia generazione – quella nativa negli anni '80 - è cresciuta con il mito di New York. Eppure mi sono sempre chiesta il perché. Me lo sono chiesta soprattutto appena atterrata. New York è strana. L'arrivo nel cuore della città, Manhattan, è traumatico: ti senti come una mosca intrappolata in una ragnatela troppo grande - non sai dove andare, la visione dei grattacieli ti stordisce e ti senti invischiato nel traffico. L'aria, un po' pesante, sembra gocciolare olio fritto e – come nelle migliori cartoline della metropoli – dai tombini s'innalzano strani vapori ed effluvi poco gradevoli. New York è anche un grande formicaio: il viavai di gente ti cattura, e tu ti senti uno su un milione. Occidentali, orientali, ispanici e uomini di colore si confondono in un unico mosaico variopinto: il famoso "melting pot". Denominatore comune: la musicalità della lingua, che si colora di mille accenti e sfumature diversi. Ti senti al centro del mondo, eppure ti senti nel contempo estremamente solo.
New York ti confonde, ti ammalia, ti prende e ti butta via. Eppure, dopo pochi giorni, te ne innamori. Quando torni in patria, poi, ne senti la nostalgia per mesi e non vedi l'ora di ritornarci. Perché in realtà, a New York, ti senti un po' a casa. Ti trovi dall'altra parte del mondo, eppure ogni due metri trovi un ristorante italiano o qualcuno che ha un cognome tipicamente nostrano. Sei in America, sormontato dalla mania di grandezza di questa città – a partire dalle strade e dai grattacieli, fino ad arrivare ad una porzione di cibo che ne vale almeno a tre delle nostre – eppure è la città più europea degli Stati Uniti.
New York non puoi non amarla: mentre cammini nelle sue strade, ti rendi conto di essere al centro del mondo e ti sembra di conoscerla da sempre, grazie alle immagini della tv, alla cronaca e alla politica mondiale, all'11 settembre che ha cambiato la storia del mondo. Ma soprattutto perché ti sembra di essere dentro ad uno dei film coi quali in molti siamo cresciuti: Manhattan, Il Padrino, King Kong, Quarto Potere, Taxi Driver, C'era una volta in America, Harry ti presento Sally, Colazione da Tiffany, Autumn in New York, C'è posta per te, Serendipity, Spiderman, Ghostbusters, La febbre del sabato sera… potrei scrivere pagine e pagine di pellicole ambientate nella Grande Mela. E sì, proprio tu, sei dentro ad uno di questi film. E mentre cammini, ad un tratto ti sembra di sentire riecheggiare per le vie la voce di Frank Sinatra che canta "New York, New York - These vagabond shoes, are longing to stray - Right through the very heart of it - New York, New York - I want to wake up, in a city that never sleeps". Niente di più vero.
New York, volente o nolente, fa parte della nostra cultura.

DISEGNI DELL'OTTOCENTO E NOVECENTO, **DA HAYEZ A VEDOVA**

di **Margherita De Nadai**

Sono le Gallerie dell'Accademia di Venezia a fare da cornice, fino all'11 gennaio 2015, alla mostra "Disegni dell'ottocento e novecento, da Hayez a Vedova". L'esposizione, programmata nell'ambito dell'attività di valorizzazione del fondo grafico del Gabinetto dei Disegni e Stampe delle Gallerie dell'Accademia di Venezia, a cura di Annalisa Perissa (direttore del Gabinetto dei Disegni), propone un'accurata selezione di 110 dei circa 300 fogli della collezione permanente appartenenti al 1800 e 1900. Buona parte dei fogli esposti di norma non sono mai visibili al pubblico, perché conservati al buio assoluto, all'interno dei caveaux climatizzati e blindati: questi per l'occasione sono stati restaurati, dopo una sistematica catalogazione scientifica, iniziata nel 1982 rispettando la suddivisione per scuole con cui il nucleo originario della collezione, appartenuta a Giuseppe Bossi, entrò nel 1822 all'Accademia.
Il percorso espositivo inedito è dedicato ai disegni tra arte e architettura e diventa un'occasione per riconoscere il tratto su carta dei più grandi artisti italiani, in una panoramica del tutto originale. Protagonisti della parte dedicata all'Ottocento, ecco grandi artisti quali Francesco Hayez, Andrea Appiani, Giuseppe Bossi, Cosroe Dusi, Vincenzo Camuccini, Pelagio Pelagi e William Joung Ottley. Presenti anche 30 studi inediti di architettura, di piante, prospetti, facciate, spaccati di edifici religiosi e civili progettati dall'architetto bergamasco Giacomo Quarenghi, di cui il fondo veneziano conserva 541 fogli. Per quanto riguarda il Novecento, 10 disegni inediti di Emilio Vedova, Giovanni Previati, Giuseppe Santomaso, Armand Rassenfosse, accompagnati da 16 eliocopie dell'architetto veneziano Carlo Scarpa. Tra le 96 prove grafiche dell'Ottocento esposte si segnala, inoltre, un importante gruppo di bozzetti inediti eseguiti ad olio da Vincenzo Camuccini, la serie di Andrea Appiani, le splendide figure femminili di Cosroe Dusi, i fogli di William Ottley, e i quattro ritratti di Silvio Giulio Rotta raffiguranti altrettanti Alienati del manicomio di San Servolo, interessante documentazione storico-sociale. Non solo, i sei studi preparatori di Francesco Hayez per il dipinto raffigurante "La distruzione del tempio di Gerusalemme" (già donato alle Gallerie nel 1868 dall'artista stesso) sono esposti a confronto con il dipinto stesso. Dei 541 disegni dell'architetto

Giacomo Quarenghi, famoso per la sua attività in Russia, sono stati selezionati trenta studi di architettura, di piante, prospetti, alzati.
Con l'occasione vengono poi esposte e catalogate cinque nuove acquisizioni realizzate nel corso di quest'anno, grazie a donazioni ed acquisti. I disegni arricchiscono la collezione sia integrando il fondo figiniano e genovese, sia apportando nuovi esempi di artisti di ambito veneto non rappresentati finora nella raccolta.
Per informazioni e prenotazioni: www.gallerieaccademia.org - info@gallerieaccademia.org.

Emilio Vedova (Venezia, 1919-2006). Uomo seduto (studio di figura) (inv. 2592). Carboncino, carta bianca 505x385 mm
Giacomo Quarenghi (Bergamo 1744 – 1817). Progetto per l'Arco di Trionfo per l'Imperatore Alesandro, prospetto (n.68Q) Matita, penna e inchiostro nero, acquerello grigio e a colori su carta 319 x 414 mm

BOLLI, **SEMPRE BOLLI**, FORTISSIMAMENTE BOLLI

L'ultimo libro di Gian Antonio Stella sulla burocrazia

di **Alberto Salmaso**

Ecco l'ultimo, l'ennesimo entusiasmante libro-inchiesta di Gian Antonio Stella che, ancora una volta - tra sorrisi ironici e perplessità seriose – fa comprendere (e purtroppo conferma) ai lettori quanto sia problematica la vita di ogni giorno e quante siano le difficoltà che, nostro malgrado, si incontrano e non dovrebbero esserci. Dopo i successi come Schei (1996) e i bestseller La Casta (2007) e la Deriva (2008), il giornalista asolano affronta un altro dei mali che attanagliano il nostro Paese: la burocrazia. E lo fa con il suo stile sottile e graffiante, elencando numeri e riportando citazioni e leggi che, se non fossero veri, potrebbero essere anche esilaranti. E così si apprende che il "Censis è arrivato a contare in un anno 233 scadenze fiscali e amministrative e la macchina burocratica si è spinta a chiedere 71 adempimenti per l'apertura di una trattoria o 23 firme autorizzative per piantare una bricola in laguna". Che "in media i cittadini italiani dispongono di trenta minuti al giorno in meno di tempo utile rispetto alla media Ue-27" che, per essere più chiari, significa che "ogni italiano deve dedicare agli impicci burocratici sette giorni e mezzo all'anno più degli altri cittadini europei". Oppure che, secondo le tabelle del dossier annuale "Paying Taxes" di Pwc - PriceWaterhouseCoopers, che fornisce servizi di revisione di bilancio, advisory e consulenza legale e fiscale in 158 Paesi con oltre 169.000 dipendenti - l'Italia sarebbe al 138° posto tra i Paesi dov'è più facile pagare le tasse, praticamente l'ultima dell'Europa e quasi doppiata dalla Turchia (71° posto). Paradossale, ma forse neppure tanto, è la situazione che vedrebbe nelle nostre carceri solo 156 detenuti per reati economici e fiscali, tra cui la corruzione e la concussione, circa lo 0.4% del totale rispetto alla media generale europea del 4.1% e ben 55 volte in meno rispetto alla Germania (Paese che "ha le galere più affollate di detenuti per reati dei colletti bianchi"). Non mancano situazioni kafkiane o assurde che la politica, quella della "semplificazione" dovrebbe, se non far scomparire (nostra comune speranza), almeno ridurre drasticamente...e invece così non è. La burocrazia italiana? Un groviglio inestricabile di regole spesso non applicate, con diverse norme che alcuni definirebbero "assurde". Questo libro è l'ennesimo successo di Gian Antonio Stella che, con il suo reportage su alcuni macroscopici controsensi e incomprensibili decisioni di pubblici funzionari e politici, non mancherà di essere motivo di impegno per la comune "battaglia" contro le assurdità della mala burocrazia.

VERZE "SOFEGAE" E COSTICINE DI MAIALE

Piatto autunnale con un profumatissimo connubio

A cura di **Maria Stella Zaia**

Siamo ormai nella stagione dell'autunno avanzato e la ricetta che vi propongo oggi mi ricorda la mia infanzia, quando le giornate si facevano prepotentemente più corte ed il terreno era indurito dal gelo e dalla nebbia, e proprio questi due eventi atmosferici così avversi rendevano disponibili due meravigliosi prodotti: il maiale che forniva delle gustosissime costolette e le verze che ammansite ed addolcite dal gelo cucinate con il resto davano luogo al profumatissimo connubio di cui vado a darvi dosi e procedimento.

Ingredienti
1 kg di verze
1 kg di costicine di maiale
olio extra vergine di oliva
un bicchiere di prosecco
acqua
2 dita di aceto
2 mele sbucciate e a fettine sottili
4 spicchi di aglio
sale e pepe quanto basta

Procedimento
Per prima cosa in una pentola a fondo spesso far scaldare 4 cucchiai di olio ed aggiungervi 2 spicchi di aglio. Farli rosolare in modo che rilascino tutto il loro aroma e una volta che avranno raggiunto un bel punto di rosolatura toglierli dal fuoco ed aggiungere le costicine di maiale voltandole e rigirandole sino ad ottenere una leggera crosticina. Aggiungere mezzo bicchiere di prosecco e far evaporare completamente salare e pepare incoperchiare la preparazione sino a che la carne non si stacchi dall'osso. Mettere da parte e tenere al caldo. In un'altra pentola aggiungere abbondante olio e una volta caldo mettere a dorare gli altri due spicchi di aglio eliminandoli una volta rosolati, aggiungere a questo punto le verze precedentemente lavate e tagliate a striscioline di circa due dita. Unire successivamente le mele a sottili fettine e aggiustare di sale. Far scaltrire il tutto per 5 minuti e a questo punto aggiungere mezzo bicchiere di prosecco e mezzo di acqua e due dita di aceto o di mele o di vino bianco (secondo la preferenza). Far evaporare il vino continuando a girare, incoperchiare e continuare a cuocere per almeno un'ora controllando che la verdura non si attacchi al fondo o bruci. Se il composto si asciugasse troppo aggiungere di tanto in tanto un po' di acqua calda, aggiustare di sale e pepe e dopo un'ora aggiungere le costicine tenute da parte precedentemente girandole più volte nella verdura facendo andare a fuoco lento per altri 5 minuti, per far insaporire il piatto al meglio. Il risultato è veramente notevole ed il costo rispetto alla bontà irrisorio. Provate e sicuramente mi penserete.
Buon appetito

LA GRANDE **PAURA**

Ebola, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ammette di aver sottovaluto il pericolo

di **Antonella Prigioni**

Volano le persone, volano i virus. E così Ebola ha varcato i confini dell'Africa dove si era sviluppata nel 1976. Il primo caso in Congo, in un villaggio sperduto in mezzo al nulla delle vaste distese del continente nero, una epidemia letale ma che rimase circoscritta in una sorta di straziante quarantena naturale, nessun sopravvissuto, ridotto il rischio di contagio. La febbre emorragica contratta dall'uomo dalle volpi volanti, sta sviluppando dall'aprile di quest'anno una delle più ampie epidemie virali della storia in Africa Occidentale, le persone uccise dal virus sono più di quattromila su ottomila che l'hanno contratto. Sempre che il dato possa essere verificato e attestato con certezza. Quel che preoccupa l'Organizzazione Mondiale della Sanità è l'espansione esponenziale della malattia. Una malattia che è uscita dall'Africa e ha raggiunto i Paesi cosiddetti civilizzati. In Spagna, in America, i casi delle due vittime rientrate dai Paesi a rischio con il virus e deceduti nei loro Paesi d'origine. Ma c'è un ma, ed è forse l'elemento su cui riflettere di fronte ad un quadro che è difficile da interpretare, almeno per me: l'Organizzazione Mondiale della Sanità ammette di aver sottovaluto il pericolo e di non aver elaborato per tempo i protocolli di sicurezza e di gestione dei malati, sono gli operatori sanitari che hanno curato le persone con il virus poi decedute ad essere stati contagiati. Non avrebbero eseguito le procedure lente e complesse per non essere contaminati, procedure che nessuno gli aveva spiegato però con competenza e precisione. L'infermiera spagnola, simbolo della non sufficiente, in questo caso, preparazione del sistema sanitario mondiale sta meglio e il mondo tira un sospiro di sollievo. Non esiste ancora un vaccino contro il virus, i farmaci in sperimentazione fanno ben sperare, gli Stati Uniti hanno attivato una task force militare pronta a sostenere i medici e gli infermieri, in Italia il rischio che arrivi il virus è molto basso dicono, in Veneto sono già pronte cinque camere di isolamento. Ma è in Africa che le persone muoiono, è lì che bisogna combattere l'epidemia, sostiene Gino Strada chirurgo di guerra, fondatore di Emergency, che dalla Sierra Leone, rammenta le fragili condizioni sanitarie in cui si trovano questi Paesi, che hanno bisogno di aiuto, tantissimo aiuto. Aiutare loro, egoisticamente significa aiutare anche noi occidentali, perché Ebola potrebbe arrivare volando in "business class".

Hilterapia®

MLS® Multiwave LockedSystem

Siamo orgogliosi di migliorare la qualità della vita delle persone. Dal 1983.

Da oltre 30 anni ASAlaser è punto di riferimento nella tecnica del Laser finalizzata al reale e rapido benessere del paziente. Nei centri specializzati Hilterapia® e Laserterapia MLS® ASAlaser curiamo con successo problemi legati all'artrosi, a tutte le patologie dolorose e infiammatorie, a dolori articolari, edemi, ematomi, piaghe, ulcere: perché la qualità della vita dei nostri pazienti è da sempre l'obiettivo del nostro lavoro.

www.asalaser.com

ASA LASER
Research and Therapeutic Solutions

Seguici su:

stv DDB

C'È UN PRESTITO CHE PUOI USARE COME E QUANDO VUOI.

CASSA DI RISPARMIO DEL VENETO

Scopri PerTe Prestito In Tasca.

Con PerTe Prestito In Tasca, la nuova soluzione di Intesa Sanpaolo Personal Finance, puoi richiedere fino a 5.000 euro e usarli un po' per volta, in base alle tue esigenze. Più comodo di così.

Intesa Sanpaolo
Official Global Partner
EXPO
MILANO 2015

Messaggio Pubblicitario con finalità promozionale. PerTe Prestito In Tasca è un prodotto di Intesa Sanpaolo Personal Finance S.p.A., società del Gruppo Bancario Intesa Sanpaolo, dedicato ai clienti che hanno un conto corrente da almeno 6 mesi in una Filiale del Gruppo Intesa Sanpaolo, ed è richiedibile presso tutte le Filiali del Gruppo Intesa Sanpaolo. La Banca del Gruppo Intesa Sanpaolo, opera come intermediario del credito - senza costi aggiuntivi per il cliente - per la promozione e il collocamento di prestiti di Intesa Sanpaolo Personal Finance S.p.A. con la quale il cliente conclude il contratto. Il documento "Informazioni europee di base sul credito ai consumatori" è richiedibile in Filiale. La concessione del prestito è subordinata all'approvazione di Intesa Sanpaolo Personal Finance S.p.A.

www.crveneto.it

INTESA SANPAOLO PERSONAL FINANCE