

NES - Nord Est Sanità Anno **7**, numero **6** Novembre - Dicembre 2014 I.P.

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



BIMESTRALE DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

www.nordestsanita.it

LE ECCELLENZE DI PADOVA



- **Focus** Gravidanza e obesità
- MINIFOCUS I nuovi welfare
- IL CONVEGNO La giornata nazionale del Parkinson



OASIS 1.2T

Efficenza della tecnologia ad Alto Campo progettata intorno al paziente



NES - Nord Est Sanità - Anno 7 - numero 6 - novembre - dicembre 2014

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

La vignetta		Attualità:	
Gli auguri di Davide Zanella	5	CIP, bilancio di fine anno	37
		Sport e tempo libero: prima regola, la sicurezza	38
Editoriale		Muoversi oltre ogni ostacolo	40
La burocrazia affonda l'Italia	7	Qualsiasi decisione va presa con il dialogo	42
		Proroga per il premio Giorgia lazzetta	43
Primo piano: le eccellenze padovane			
Non esiste più la Padova di una volta	8	Rubriche	
La squadra vince a Verona, la marcatura a uomo perde a		Le afte	44
Padova	10	La chirurgia mini-invasiva in ortopedia e traumatologia	45
Una sola azienda ospedaliera	12	Violenza contro le donne	51
Padova al centro della sanità regionale	13	Tumori della tiroide: management, chirurgia, follow up, QoL	52
La chirurgia toracica di Padova	15	Un nuovo amico tra di noi	54
Cardiochirurgia pediatrica di Padova	17	Influenza, come prevenirla	56
Onco-ematologia pediatrica	18	I progressi in oculistica	57
La cardiochirurgia di Padova	20	L'ossigeno cambia la vita	58
		La salute in viaggio	59
Focus: obesità e gravidanza		L'ascolto, l'empatia e l'attenzione non sono una perdita di tempo	60
Gravidanza e obesità	22		
Una rete di professionisti	23	Approfondimenti	
Il problema obesità	25	Non auguri, ma opere di bene	61
Il percorso obesità e gravidanza	26	La dieta dell'acqua	62
L'integrazione con la rete dei ginecologi nel territorio dell'Ulss 16	27	Il pranzo della vigilia	64
Il diabete mellito, la complicanza più importante nell'obesità	28	Essere o non essere	66
Minifocus: i nuovi welfare			
Welfare aziendale e responsabilità sociale	31		
Fare rete tra imprese	35		

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

Nordestnet S.r.I. - Via Santa Maria Assunta n. 31 - 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 lazzetta, Giampietro Vecchiato

Hanno collaborato a questo numero

Cristina Chinello, Margherita De Nadai, Davide Zanella

In copertina:

© Foto BUR - Regione Veneto

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 17 dicembre 2014

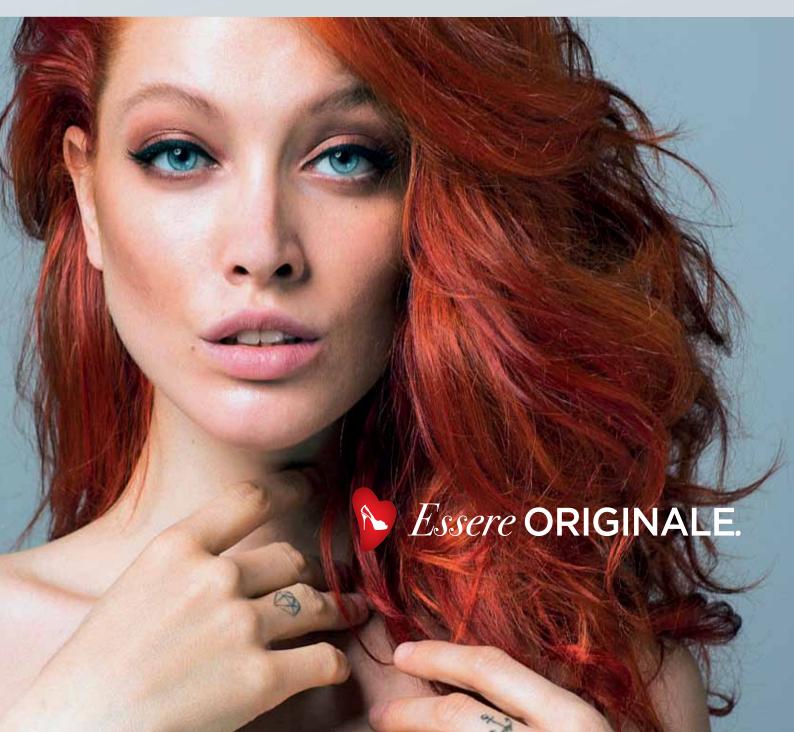
La riproduzione e la ristampa, anche parziale, di articoli e immagini sono vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. La presente rivista è distribuita gratuitamente presso le Strutture Sanitarie che hanno fornito il proprio assenso. I nominativi dell'indirizzario 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 © PITARELLI







di Davide Zanella





Costruiamo un futuro sostenibile

CASE E APPARTAMENTI IN CLASSE A

Furlan Costruzioni "sposa" una politica edilizia che salvaguarda il Pianeta e tutela il benessere di tutti



La salute pubblica è una ricchezza fondamentale per il progresso economico e per lo sviluppo sociale e, al tempo stesso, costituisce un aspetto decisivo per la qualità della vita. Infatti secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la salute non va definita unicamente come assenza di malattia ma come "lo stato di benessere che coinvolge la sfera fisica, mentale e sociale dell'individuo e della comunità".

Questa nuova concezione di salute estende i confini tradizionalmente assegnati alla salute pubblica e mira a comprendere entro quest'ultima ogni azione tendente a un armonico equilibrio tra l'uomo e l'ambiente fisico e sociale nel quale esso è inserito.

Per questo la promozione della salute richiede un approccio globale ed integrato con tutti i fattori sociali, economici ed ambientali che interagiscono e determinano il benessere della persona.

E' una politica sociale e professionale, questa, che il Gruppo Furlan Costruzioni Srl di Cadoneghe - azienda leader a Padova e in Veneto nella progettazione e costruzione di abitazioni in Classe A e definite "Casa Zero" — ha sposato pienamente, convinta com'è dell'importanza primaria di privilegiare un'edilizia che fondi i propri principi sulla qualità dei materiali per il benessere dell'uomo e la tutela dell'ambiente.

Proprio a inizio novembre i presidenti delle due nazioni (USA e Cina) maggiormente responsabili dell'inquinamento atmosferico, hanno raggiunto un accordo in base al quale i due Paesi si impegneranno a ridurre sensibilmente le emissioni di gas serra.

Del resto proprio i livelli record drammatici di immissioni di CO2 in atmosfera, raggiunti in agosto scorso, evidenziano tutta la gravità della situazione, con l'umanità in debito ecologico nei confronti del pianeta e l'esaurimento di tutte le risorse rinnovabili della Terra.

Per quanto riguarda l'inquinamento atmosferico, la responsabilità degli edifici civili è superiore al 30% a livello di emissioni di anidride carbonica.

Furlan Costruzioni è molto attenta e sensibile all'importanza di contribuire alla salvezza del Pianeta, convinta del fatto che quella dell'edilizia sostenibile e ad impatto zero sia la strada giusta. Infatti, grazie alle abitazioni "Casa Zero" già realizzate a Padova e nella provincia, il risparmio di immissioni è pari a 270 tonnellate di CO2 all'anno, ed assieme a quelle in via di ultimazione l'azienda guidata dai fratelli Furlan permetterà di risparmiare ben 600 tonnellate di CO2 all'anno, pari alla quantità di anidride carbonica assorbita da 100 ettari di bosco. La collaborazione e l'impegno di tutti è estremamente importante per contribuire a rispettare di più il Pianeta, perché in gioco c'è la salute dell'umanità e delle future generazioni.

Costruire ed acquistare abitazioni energeticamente efficienti come quelle sviluppate dal Gruppo Furlan, è perciò un doveroso atto di responsabilità a cui tutti dovrebbero orientarsi.









intervento residenziale

utilizzando il sistema

Samsung EHS



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







LA **BUROCRAZIA** AFFONDA L'ITALIA



di Giuseppe Caraccio, direttore editoriale di NES



Burocrazia significa letteralmente "potere dell'ufficio" e credo sia il peggior problema che il nostro paese deve affrontare assieme alla corruzione.

Fare impresa in Italia come ben sapete è molto molto difficile, infatti il nostro paese è caratterizzato da un insieme infinito di leggi e adempimenti che rallentano o impediscono l'entrata di nuovi imprenditori nel circuito produttivo.

Volevo fornirvi alcuni dati che ho trovato nel libro "In ostaggio della burocrazia" pubblicato grazie al sostegno dell'associazione Confartigianato di Vicenza. L'Italia si colloca, secondo uno studio della banca mondiale Doing Business 2014, all'ottavo posto per la spesa pubblica sul Pil, al settimo posto per le entrate fiscali sempre sul Pil, al quarto posto per la crescita delle entrate fiscali tra il 2005 e il 2014, ma è al 23° posto (su 28) per il contesto favorevole a fare impresa.

Per ottenere una licenza edilizia i tempi di attesa collocano l'Italia al 112° posto su 189° paesi nel mondo, e purtroppo questo stato di cose anziché migliorare, anche quando si cerca di semplificare, peggiora. In realtà la difficoltà di far prevalere il buon diritto e la buona amministrazione affonda sotto un pesante carico di leggi e leggine che non solo soffocano l'imprenditore o il singolo cittadino, ma lo costringono a cercare, per risolvere i suoi problemi, strade alternative a volte anche poco ortodosse o costose vie legali.

In pratica tutto ciò è l'espressione di un paese dove la democrazia è in difficoltà, dove le istituzioni non sono in grado di far funzionare la macchina pubblica, dove per mancanza di un documento o il suo diniego possono portare a non eseguire opere fondamentali come, ad esempio, quelle di salvaguardia del territorio (è sotto gli occhi di tutti lo scempio delle alluvioni che colpiscono varie zone dell'Italia). E così si lavora sempre in emergenza e si ricorre come ultimo baluardo alla magistratura con costi economici e di vite umane elevate.

E' importante che ognuno di noi si impegni per cambiare questo stato di cose, avendo il coraggio e la determinazione di sottolineare le ingiustizie burocratiche, divenendo come Don Chiscotte de la Mancia che attaccava i mulini a vento o anche il cielo pur di affermare i principi in cui credeva, dove venga fuori una burocrazia che sia una spinta allo sviluppo e non ostacolo, nel rispetto del nostro territorio e delle fasce più deboli. Basta burocrazia, vogliamo partecipazione alla risoluzione dei problemi dei cittadini.



© Canstock Photo Inc. / Elenathewise

Vi auguro un Buon Natale e Felice Anno Nuovo

Giuseppe Corocals



NON ESISTE PIÙ LA PADOVA DI UNA VOLTA

La sanità padovana sorpassata da quella veronese? «Tutta colpa della debolezza universitaria e dell'innovazione farmaceutica»

Quello che leggerete e quello che avremmo voluto scrivere

Quello che leggerete nelle prossime pagine è solo parte del servizio che avevamo pensato di realizzare. Volevamo mettere a confronto - senza prendere le parti di nessuno - la sanità di Padova e quella di Verona, al centro di un ampio dibattito sia scientifico che politico. Volevamo cercare di capire - e far capire - cosa sta succedendo, per portare chiarezza, dando a tutti la possibilità di esprimere, in totale libertà, il proprio punto di vista. Sarebbe servito per sgombrare il campo da tanti equivoci, da tanti "si dice". Ma qualcuno non ha voluto risponderci. Qualcuno ha anche detto ai nostri giornalisti che non era opportuno fare domande di questo genere. Questa reazione ci consola: vuol dire che abbiamo colpito nel segno, e che invece bisognerebbe parlarne. Noi ci riproveremo...



di Cristina Chinello

Padovani, gran dottori, ricorda la filastrocca. A Padova la scienza e la medicina sono sempre state legate da filo doppio e la crescita e il prestigio dell'una, corrispondevano ai progressi dell'altra. Ma i tempi cambiano, e da qualche tempo si è fatta strada una convinzione, nemmeno tanto nascosta e ancor meno sopportata dagli "addetti ai lavori", per cui la città del Santo ha perso terreno nei confronti di Verona. Verona che ha assistito a un incremento fortissimo delle risorse a disposizione della sua sanità (non ultima, una delle piastre operatorie più grandi d'Europa), e che in molti indicano come la diretta rivale. Dove sta andando la sanità padovana? Cosa sta accadendo a una realtà fatta di studio durissimo,



selezione ferrea, applicazione devozionale? Perché c'è la netta sensazione che Padova stia perdendo terreno nei confronti di Verona? L'abbiamo chiesto al professor Giorgio Palù (nella foto), già preside della Facoltà di Medicina, oggi direttore del dipartimento di Medicina Molecolare, consulente del Ministero della Salute e presidente della Società Europea di Virologia.

«La mia analisi vuole essere tec-

nica, e non politica, a favore di un forum di discussione fra personalità del settore» la sua premessa. «La voce di un sorpasso di Verona su Padova esiste, circola con insistenza sia fra i colleghi, sia fra chi non è medico. Sono soprattutto i clinici a fare sempre più insistentemente il confronto con Verona. Tuttavia ritengo che vadano anzitutto comprese le cause che hanno concorso a formare questa convinzione. Questi elementi vanno ricercati portando la discussione sul ruolo dell'Università in Medicina: l'Università di Verona ha recentemente avuto un rettore medico, Alessandro Mazzucco, che ha saputo valorizzare il ruolo della facoltà medica nel contesto locale e regionale. a conferma che la medicina accademica ha e debba avere un ruolo di primissimo piano. Dalla ricerca in medicina nascono infatti le innovazioni in moltissimi settori: solo per citarne alcuni, le bioscienze, le biotecnologie, le

La Basilica di Sant'Antonio (foto BUR - Regione Veneto)



nanotecnologie, la ricerca farmaceutica, le cellule staminali, la terapia genica, l'ingegneria tissutale, e moltissimi altri, tutti fortemente condizionati e legati dalla presenza e dalla forza di Medicina».

Quali i punti di forza di Verona?

Oltre al rettore medico, Verona accoglie la sede di un'industria farmaceutica internazionale, in grado di avere un budget equivalente a quello di una piccola nazione. La ricchezza presente in un territorio e la sua vocazione, determinano gli scenari futuri di quel luogo.

Sta dicendo che il tiro alla fune, anziché la collaborazione fra Verona e Padova, sta in realtà impoverendo la sanità regionale?

Se guardiamo solo i parametri utilizzati a fini statistici (posti letto, giorni d'attesa, visite, ad esempio), il Veneto è ancora ai vertici della sanità nazionale, ma è evidente il senso di perdita di smalto nei confronti di regioni limitrofe che ci stanno facendo una concorrenza serrata: Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, soprattutto. Sembra che la "macchina da guerra" veneta si sia inceppata, e lo si dimostra guardando i numeri delle fughe dei pazienti verso altre regioni e specialmente per alcune specialità: ortopedia, alcune chirurgie, alcune specialità mediche, in particolare l'oncologia. Inoltre, con la modifica del titolo V della Costituzione si è dato più potere alle regioni, ma con una situazione fortemente difforme fra Nord e Sud d'Italia, per cui gli ospedali in perdita del Sud vengono finanziati con i residui attivi della sanità del nord.

Quanto al ruolo di Medicina all'interno dell'università?

"Ho lungamente discusso in passato con il rettore Giuseppe Zaccaria, che credo non possa che concordare con la mia convinzione di principio che debba essere attribuita una funzione di guida nella sanità regionale alla Medicina accademica. Ciò potrebbe realizzarsi attraverso la creazione di quel campus che la città si merita, progettando un bioparco, dando vita a spin-off ad alto valore tecnologico e implementando le strutture di ricerca biomedica, settore in cui Padova gode ancora di un primato nazionale, come testimoniato dalla valutazione sulla ricerca scientifica condotta dal MIUR. Purtroppo oggi Padova non è più come una volta: in seguito alla riforma Gelmini, non esiste più la "storica" Facoltà di Medicina. Al suo posto c'è la Scuola di medicina, fatta di otto dipartimenti che si tirano fra loro una coperta sempre troppo corta, struttura di raccordo priva di autonomia gestionale ed economica e quindi non più in grado di influenzare scelte strategiche in ambito regionale. Diversamente, realtà piccole come Verona o assimilabili a Padova come Bologna,

hanno mantenuto un solido nucleo universitario, concentrando le risorse, e non disperdendole. Sta, in definitiva, venendo meno il ruolo di guida che era proprio dell'università. Ora sarebbe opportuno fare una seria e approfondita analisi, e chiedersi come mai Medicina a Padova non abbia più il ruolo che avevamo e soprattutto perché non riesca più a ricomporsi".

Secondo lei perché?

Le ragioni sono molteplici. Alcune saranno oggetto di analisi e valutazione del nuovo rettore che si eleggerà a maggio dell'anno prossimo. Ma non va scorporata la realtà cittadina da quella regionale: in un momento in cui i conti si fanno quadrare in bilanci sempre più ristretti, i costi sono in aumento. Quando a guidare le scelte è la ragione economica, la medicina perde la sua vocazione primaria alla ricerca e all'innovazione, mentre ci si concentra sulle aspettative dei pazienti. La biomedicina, in questo momento, tra i vari mondi del sapere, è il settore che porta alle più grandi scoperte e innovazioni; ma mentre all'estero nei campus medici si formano nuove industrie, qui in Veneto, e a Padova in particolare, oltre a non esserci il campus non c'è nemmeno più un'industria farmaceutica forte e a elevatissima innovazione tecnologica. Parliamo chiaro: al San Raffaele di Milano fanno ricerca e sperimentazione e la applicano ai pazienti. Qui, invece, siamo oberati dal carico assistenziale e pensiamo principalmente a quello. Esempi da imitare sono proprio quelli privati: San Raffaele, Humanitas. Impariamo da loro, facciamo lezioni con docenti internazionali in aule dedicate e non nei sottoscala, dialoghiamo con l'indotto economico locale. E detassiamo, una volta per tutte, tutto ciò che è innovazione, e che non può rientrare nella logica del conto economico e della spending review.



LA SQUADRA VINCE A VERONA, LA MARCATURA A UOMO PERDE A PADOVA



di Antonella Prigioni

stato per due anni, dal 2008 al 2010, assessore alla sanità della Regione Veneto. Ora, dopo la scelta di lasciare la Lega Nord, è confluito come consigliere regionale nel gruppo del Nuovo Centro Destra. Sandro Sandri (nella foto), veronese, resta uno dei politici veneti che ha masticato e continua a masticare le dinamiche della sanità regionale. Ha contribuito, come lui stesso evidenzia senza falsa modestia, al completamento del Polo Chirurgico Confortini di Verona, il fiore all'occhiello dell'offerta sanitaria scaligera. Quella struttura che ha dato decisivo impulso all'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. "Sono riuscito all'epoca, a strappare a Roma al Fondo Nazionale per l'Edilizia Sanitaria, grazie ad un accordo di programma con l'allora Ministro alla Salute Fazio, 250 milioni di euro, dei quali 120 sono stati impiegati proprio per l'ultimazione del Confortini. Saranno stati altri periodi, sarà stata la congiuntura favorevole, dato che il Governo Berlusconi aveva appena rifinanziato il Fondo, fatto sta che ho avuto l'orgoglio di ottenere risultati concreti. In due anni di assessorato sarò stato un centinaio di volte a Roma, andavo a cercare risorse, oggi mi sembra che la nave della sanità veneta, pur fun-

zionando ancora efficacemente, navighi in modo insicuro con il rischio di finire sugli scogli". In questa navigazione incerta non si può non evidenziare il dualismo di campanile, che sembra porre l'una contro l'altra armate le aziende ospedaliere di Verona in progressiva crescita e quella padovana, finita nelle pastoie di una querelle che sembra essere infinita, legata alla costruzione del nuovo ospedale. "Se



parliamo di primato scientifico e accademico, Padova resta indiscussa, la Facoltà di Medicina dell'ateneo patavino è l'eccellenza in Italia e pure a livello internazionale. Verona, però, ha sicuramente beneficiato di aver avuto quattro assessori regionali scaligeri, ma ha saputo anche fare squadra intorno ad un obiettivo comune. Un atteggiamento che a Padova manca e lo si vede nel continuo rimpallo della decisione per il nuovo polo ospedaliero. Al di là delle posizioni individuali su luoghi e spazi dove erigere la nuova struttura, c'è un problema di fondo, che è quello che non ci sono i soldi per realizzarla. Per il nuovo ospedale patavino, ovunque lo si voglia fare, ci vuole un miliardo di euro, ma anche supponendo che bastino 700 milioni come si dice, alla Regione manca sempre la metà dell'importo che deve ottenere dallo Stato attraverso il prelievo al Fondo per l'edilizia ospedaliera. Il rifinanziamento del Fondo però non mi risulta essere tra le priorità di questo Governo, dato che l'ultima volta che è stato rimpinguato lo ha fatto l'esecutivo di Berlusconi nel 2010. Qualora poi fosse rifinanziato di tre miliardi di euro, al Veneto spetterebbe solo il 10 per cento e qualora la Regione, riuscisse ad avere i 350 milioni necessari, vorrebbe dire impegnarli tutti nell'ospedale di Padova e privarsi per cinque o sei anni della possibilità di avere la disponibilità di altri fondi per altri interventi di edilizia ospedaliera. La strada alternativa allora potrebbe



Se parliamo di primato scientifico e accademico, Padova resta indiscussa, la Facoltà di Medicina dell'ateneo patavino è un'eccellenza in Italia e a livello internazionale. Verona, però, ha sicuramente beneficiato di aver avuto quattro assessori regionali scaligeri, ma ha saputo anche fare squadra intorno ad un obiettivo comune

essere quella del project financing, magari con tassi più ragionevoli di quelli avviati in passato, ma anche la finanza di progetto con i bilanci attuali è insostenibile, perché troppo onerosa. Si evince quindi che vanno valutati canali alternativi, si era parlato di fondi europei, ma poi l'idea è caduta nel dimenticatojo, lo un suggerimento - sottolinea Sandri - ce l'avrei, quella di lottare per far inserire il nuovo Ospedale di Padova, tra le grandi opere della Legge obiettivo, evidenziando la valenza del polo sanitario padovano, centro di riferimento internazionale accademico. Ma ci vuole voglia, coraggio ed impegno a trattare. L'ascesi della sanità a Verona è frutto dell'integrazione armonica e collaborativa tra ospedale e università. All'ombra dell'Arena c'è un gruppo che funziona anche con la politica, le istituzioni, gli enti finanziari. La Fondazione Cariverona è stata determinante per il Confortini. A Padova si paga lo scotto di accademici che non sono disposti a scendere dalla propria torre d'avorio, di individualismi personali e della poca consapevolezza che per questo progetto serve l'intervento dello Stato: se si vogliono portare a casa i soldi necessari, serve una lobby trasversale di tutti".

«Basta parlare solo di Ospedale, così facendo dimentichiamo i servizi»

Mirco Gastaldon (foto), Partito Democratico, è diretto: «Per quanto emerge, è evidente che l'asse della sanità veneta si stia spostando verso Verona, mentre invece è importante mantenere il centro dell'eccellenza a Padova perché tradizionalmente la sanità nasce qui».

Gastaldon incalza: «Tutta la discussione attorno al nuovo Ospedale di Padova è ridicola: pensare alla nuova localizzazione è mantenere il discorso unicamente legato al mattone. È improponibile: siamo nel terzo millennio, dovremmo essere veloci nel dare risposte, invece siamo inchiodati dalla burocrazia.



Quel che ci dovrebbe stare a cuore sono i servizi, perché l'Ospedale è solo il mezzo. Se non dai servizi, la gente se ne va altrove, in altre regioni, oppure all'estero, ora che c'è la transfrontaliera. Per questo è importante evitare di continuare a discutere sul luogo, ma concentrarsi sui servizi»".

Sul ruolo delle amministrazioni passate, l'assessore comunale di Cadoneghe piddino osserva: «Il problema è sempre stato quello della sinergia fra esponenti locali e regionali: se l'Ospedale nuovo si vuole fare a livello locale, ma non a livello regionale (perché l'obiettivo è spostare risorse altrove), ti fermo a parlarne e continuo a parlarne, e intanto il tempo passa». (Cr.Ch.)



UNA SOLA AZIENDA **OSPEDALIERA**

La proposta per far volare la sanità veneta di Diego Bottacin



di Antonella Prigioni

n'azienda unica ospedaliera del Veneto, per sviluppare un polo sanitario di elevatissima qualità che assurga ad essere uno dei primi cinque poli ospedalieri e universitari d'Europa. E' quanto indica come prospettiva per la sanità veneta, una sanità che cambia e si potenzia, Diego Bottacin (nella foto), consigliere regionale del Gruppo Misto, fuori uscito dal partito democratico, che in nove anni di presenza a Palazzo Ferro Fini ha anche ricoperto il ruolo di vice-presidente della Commissione Sanità. L'azienda unica ospedaliera è tratteggiata nel capitolo dedicato alla salute, del libro- denuncia. "Nella pancia del Leone", ricettario di un eretico nell'epoca del cambiamento, scritto da Bottacin all'indomani del 4 giugno 2014, data che ha sconvolto lo scacchiere politico regionale con lo scandalo del Mose. Una serie di riflessioni e proposte di un politico che si definisce tanto eretico a sinistra quanto all'opposizione di questo centro-destra. Bottacin presenta le sue proposte per mettere a dieta politica e democrazia e ridare slancio alla Regione. Perché come sostiene l'autore del libro o si torna a volare o si affonda. La semplificazione della sanità è uno degli ingredienti del menù del rilancio delineato nel volume.

"I cinque milioni di abitanti del Veneto, il buon livello di organizzazione sanitaria raggiunto, la lunga storia e la riconosciuta qualità

dei nostri due atenei medicina ci consentirebbero sviluppare un polo sanitario d'eccel-

lenza in Europa. Solo organizzando e gestendo in maniera unitaria le due na, i cinque ospedali hub del Veneto Treviso) e soprattutto, superando l'a-

facoltà di medicina di Padova e Vero-(Verona, Vicenza, Padova, Mestre e nacronistico e dispersivo dualismo tra le due attuali aziende ospedaliere di Padova e Verona, il nostro sistema ospedaliero potrà mettere la propria organizzazione e la propria esperien-

za a disposizione di una casistica sufficiente a qualificarlo come polo di ricerca ed eccellenza europeo. Oggi, questo obiettivo primario per la salute dei veneti è minato da una folle competizione campanilistica e da un colpevole spreco di risorse ed energie in doppioni e assurdi conflitti per accaparrarsi risorse, primariati, posti letto". Quella dell'azienda unica ospedaliera per Bottacin, lo scrive nero su bianco nel libro, è stata l'ultima grande occasione persa durante l'approvazione del nuovo piano socio -sanitario regionale. Nessuna Ulss incorporata, dice, nessuna chiusura di piccoli ospedali. "E per la sanità veneta - aggiunge Bottacin - è fondamentale muoversi, con la mobilità europea dei pazienti, che prevede di farsi curare, a spese della regione di residenza dove si vuole in Europa, c'è il rischio di perdere soldi e professionalità".

"Il pericolo è che gli ospedali veneti, che oggi offrono un servizio di buona qualità e che esercitano per questo una forte attrazione di pazienti provenienti da altre regioni, perdano i propri utenti, attirati da poli specialistici integrati come Milano, Vienna e Parigi. Potrebbe innescarsi una spirale che assieme ai pazienti farebbe perdere al Veneto anche i professionisti più bravi ed ingenti risorse al sistema. Insomma o ci attrezziamo per attrarre o cediamo pazienti e qualità e rischiamo di diventare, anche in sanità e non solo geograficamente, il Mezzogiorno d'Europa".



© Canstock Photo Inc. / Kzenon

PADOVA AL CENTRO DELLA SANITÀ REGIONALE

Per il sindaco Bitonci il prossimo assessore regionale alla sanità dovrà essere padovano



di Cristina Chinello

Politica e sanità, il filo doppio che lega la salute (e la vita, il benessere, insomma la soprav-



vivenza) di una popolazione residente in un certo territorio, è piuttosto evidente. Forse non è un caso se negli ultimi anni la crescita in ambito sanitario di Verona su Padova è coincisa con la presenza, nei ruoli-chiave della politica, di esponenti provenienti dal territorio veronese o comunque ad esso molto legati (Flavio Tosi, Francesca Martini, Sandro Sandri, Luca Coletto), o forse era fisiologico che accadesse. Tuttavia da quando si è insediato nell'ufficio del primo cittadino di palazzo Moroni, il sindaco Massimo Bitonci (nella foto) ha avuto fra le priorità quella del nuovo Ospedale di Padova, giungendo anche ad augurare che il prossimo assessore alla sanità della Regione provenga dalla città del Santo.

Partiamo considerando un'opinione diffusa fra gli addetti ai lavori, che riguarda il rafforzamento di Verona e l'indebolimento di Padova, nel corso degli anni, in ambito sanitario. Come sta, davvero, la sanità padovana?

Su questo argomento desidero intervenire anche in qualità di presidente dell'Ulss 16; il Comune ha competenza in merito alla localiz-

zazione del nuovo Ospedale, per il quale mi sono speso in questi cinque mesi, molto più che la precedente amministrazione in dieci anni. Quel che era stato fatto fino a prima del mio insediamento era una serie di firme di un progetto, quello di Padova Ovest, non consono e per il quale non era in programma nessuna opera pubblica. Noi, in quattro mesi abbiamo individuato due aree di cui una, quella di San Lazzaro, pronta subito per fare iniziare i lavori in quanto è di proprietà comunale. Possiamo pertanto recuperare il tempo perso e contenere le spese.

Come mai, secondo lei, c'è questa situazione?

In questi anni qualcuno ha messo la testa sotto la sabbia: chi parla di occasioni perse dovrebbe farsi un esame di coscienza: se in vent'anni la situazione padovana è diventata questa, la responsabilità è di chi l'ha permesso, e cioè di chi ha governato la città e ha lasciato che molte specialità e molta edilizia sanitaria andassero altrove. È l'identica storia della fiera, un copione che si ripete: per anni è stata lasciata a sé, poi arriva Bitonci e in quattro mesi mette in piedi una task force affinché almeno due padiglioni abbiano il tetto sistemato.

In relazione alla figura dell'assessore alla sanità, qual è la sua opinione?

La città veneta della medicina, per tradizione, è Padova, ed è giusto che padovano sia l'assessore alla sanità. Voglio individuare una figura di spicco che dopo tanti anni vada a ricoprire questa carica, per portare la medicina e la sanità al centro del Veneto e non ai confini con la Lombardia. Ritengo giusto rivendicare la centralità della sanità padovana a livello regionale.

Ha già in mente qualcuno?

Nomi non ne faccio perché sarà il governatore a decidere chi farà parte della sua squadra. Io dico solo: sono il sindaco di Padova e questa città deve avere un ruolo importante. Mi sto adoperando per risolvere un problema alla volta, anche in ambito sanitario. Auspico che il prossimo assessore alla Regione sia padovano, ma poi starà al futuro governatore (che per me sarà ancora Zaia).

Ultimamente è emersa una situazione a corrente alterna fra Comune e Università.

Il rapporto fra Comune e università è fondamentale, perché l'azienda ospedaliera è universitaria. Anche in questo caso ho ribadito più volte al rettore che se dovessero esserci richieste da parte dell'università per il campus, il Comune è pronto a trovare soluzioni dal punto di vista edilizio e degli spazi. Rispettiamo i ruoli e cerchiamo di gestire le problematiche che nel tempo sono state lasciate ai margini.

Tempi più brevi nel recupero e consolidazione di protesi con Caretherapy

Esiste una nuova metodologia in ambito fisioterapico capace di integrare un mezzo tecnologico con la tecnica manuale dell'operatore (chinesiterapia), sistema che si è sviluppato in Italia più di 10 anni fa ed ha raccolto molte evidenze cliniche di efficacia terapeutica, dove il crescente sviluppo tecnologico associato all'esperienza medica ha permesso di verificarne i risultati.

Questo metodo prende il nome di **CARETHERAPY**, consiste nell'utilizzare uno strumento di fisioterapia che sfrutta un campo elettromagnetico a radiofrequenza (0,45 - 0,68 Mhz) con particolari elettrodi statici e manuali, applicati sul paziente a livello di lesioni muscolo scheletriche ed è in grado di favorire il recupero del danno biologico in minor tempo.

Infatti il settore che maggiormente utilizza tale sistema è il mondo sportivo di alto livello dove la necessità di raggiungere il recupero biologico della lesione in minor tempo possibile è fondamentale.



In questo articolo vogliamo descrivere l'efficacia della CARETHERAPY su lesioni ossee ed in particolare del trattamento post-chirurgico di una protesi inversa di spalla, dove l'effetto della terapia non influenza negativamente l'elemento metallico, ma favorisce l'eliminazione dell'edema post-chirurgico e l'assorbimento del calcio all'osso.

La **CARETHERAPY** lavorando in bassa frequenza è la terapia fisica che più si avvicina alla magnetoterapia (a bassa frequenza), con queste caratteristiche di frequenza, intensità e durata, l'applicazione permette di sviluppare effetti di "movimentazione" delle cariche elettriche presenti nel tessuto biologico, definiti elettroliti, tra questi il calcio.

Con l'utilizzo di CARETHERAPY si determina un vero e proprio spostamento di queste cariche che influenza meccanicamente l'interazione calcio-osso favorendone l'assorbimento (effetto piezoelettrico) senza influenzare gli elementi protesici. Vengono così ridotti i tempi di recupero e di consolidazione della protesi.

Esempio: un caso clinico di paziente donna anni 80 che cade e si frattura la spalla sinistra (scomposta pluriframmentaria testa omerale), si decide di intervenire con artroprotesi inversa di spalla. Intervento effettuato il 27.08.2014 dopo una fase di immobilizzazione con tutore e dopo aver tolto i punti si procede alla riabilitazione con CARETHERAPY. Trattamento finalizzato al recupero dello stato infiammatorio associato a chinesiterapia passiva come indicato da percorso ortopedico, la sinergia dello strumento con l'azione del terapista determina una combinazione efficace per il recupero della limitazione funzionale, ma





soprattutto sulla restituitio ad integrum del quadro di consolidazione ossea (vedi foto).

A fine ottobre la paziente era in grado di guidare l'auto, manifestato a controllo ortopedico un ottimo recupero biologico e funzionale.

di Gianluca Bernabei



LA CHIRURGIA TORACICA DI PADOVA

Centro di riferimento italiano per la patologia toracica e per il trapianto polmonare

di Federico Rea, direttore U.O. Chirurgia Toracica Azienda Ospedaliera di Padovs

L'unità operativa di chirurgia toracica e centro trapianto di polmone di Padova svolge attività nel primo piano del policlinico dell'azienda ospedaliera di Padova e dispone di 20 posti letto dedicati all'attività chirurgica ordinaria e di cinque posti letto, in stanze singole, dedicati ai pazienti in attesa di trapianto o già sottoposti a trapianto di polmone. L'equipe del reparto è costituita da figure professionali di vario tipo che collaborano tra di loro per assistere al meglio il paziente che viene sottoposto ad intervento chirurgico o a trapianto polmonare, ed è formata da personale medico strutturato ed in formazione specialistica, dal personale infermieristico e da operatori socio-sanitari di supporto.

Diretto dal prof Federico Rea, il personale medico è formato da: Monica Loy, Andrea Zuin, Giuseppe Marulli, Samuele Nicotra, Marco Schiavon, Alessandro Rebusso, Lucia Battistella, Francesca Calabrese, Luigi Andriolo, Paola Romanello, Davide Zampieri, Enrico Verderi, Giovanni Maria Comacchio, Francesca Stocca, Marco Mammana. Ci sono anche gli infermieri, coordinati da Paola Mantovan: Arianna Tiso, Ivana Tasinato, Marisa Varotto, Enrico Barzon, Roberta Bozzolan, Simonetta Braga, Cinzia Buggio, Faustino Crivellari, Susi Fornea, Livio Levorato, Katia Scarso, Luciano Slongo, Ignazia Taravella, Marika Varotto, Cristina Zambonin, Ilaria Meneghini; e gli oss Marisa Battilama, Maria Patrizia Torresan, Sandra Bressan, Bru-



nellla Varotto, Marisa Toson.

La professionalità di questo reparto ha portato all'aumento delle richieste, in particolare negli ultimi anni, di pazienti sia residenti nella Regione Veneto ma anche a livello nazionale. La lista d'attesa è costituita per circa il 70% da pazienti provenienti dalla Regione Veneto (35%

dalla provincia di Padova) ed il restante 30% da pazienti residenti in altre Regioni. La degenza media dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in questo Reparto è in media di 5-6 giorni, ma dipende da molti fattori, tra cui la tipologia di intervento chirurgico (chirurgia maggiore, chirurgia minore, trapianto), la situazione clinica del paziente prima e dopo l'intervento chirurgico e le possibili complicanze dovute all'operazione. Di notevole importanza è la collaborazione con altre figure professionali, come quelle degli anestesisti, dei pneumologi, dei fisioterapisti, degli anatomo-patologi, degli oncologi e dei radioterapisti, fondamentale per garantire al paziente che si rivolge a questo reparto di poter ricevere le cure migliori e complete in base alla sua patologia di base. La chirurgia toracica di Padova ha anche un ambulatorio divisionale dove vengono eseguite le visite specialistiche, le medicazioni e i piccoli interventi chirurgici, ed anche una attività chirurgica di day-hospital nel servizio di weeksurgery in cui vengono eseguite procedure chirurgiche e diagnostiche che richiedono un ricovero post-operatorio breve. In reparto è presente anche una palestra (un tapis roulant, due cyclette, uno stepper e alcuni pesi) dedicata alla fisiokinesiterapia dei pazienti trapiantati. In media il numero di ricoveri annuali in reparto è di circa mille pazienti, mentre il numero medio di procedure chirurgiche annuali è di circa 650 casi, di cui circa 400 procedure di chirurgia maggiore (lobectomie polmonari, pneumonectomie, interventi sulla trachea, timectomie, trapianti polmonari) e di 250 interventi minori (procedure diagnostiche ed interventistiche, broncoscopie con disostruzione meccaniche e laser, posizionamento di protesi endobronchiali ed endotracheali). La U.O. si occupa dell'attività trapiantologica polmonare, nonché della diagnosi, trattamento e follow-





up delle patologie benigne e maligne di trachea, mediastino, pleura, parete toracica e polmone o ad esse correlate.

L'attività chirurgica si distingue per l'uso di tecniche di chirurgia mini-invasiva per l'esecuzione di interventi di lobectomia polmonare e l'utilizzo del sistema robotico DaVinci per le timectomie.

Il reparto padovano è inoltre uno dei più importanti centri italiani per la presa in carico e la terapia di numerose patologie tra cui spiccano il timoma, la chirurgia della trachea, le ricostruzioni avanzate tracheobronchiali e vascolari polmonari, il tumore di Pancoast e il mesotelioma pleurico.

Tra i punti di forza si riscontra sicuramente l'attività trapiantologica, con 344 trapianti di polmone eseguiti dall'inizio dell'attività (1995) ad oggi, con una media di 20 trapianti l'anno, che attualmente pone Padova come uno dei primi centri trapianto italiani.

Molto forti anche nella chirurgia demolitiva e ricostruttiva tracheo-bronchiale e vascolare per le neoplasie interessanti il mediastino e/o il polmone; chirurgia della trachea per patologie benigne come la stenosi tracheale post-intubazione o le fistole esofago-tracheali, ma anche per la patologia maligna della trachea; chirurgia mini-invasiva del torace con procedure robotiche e con lobectomie videotoracoscopiche.

L'unità operativa diretta dal prof. Rea collabora poi, in ambito trapiantologico, ad un progetto di studio internazionale sulla perfusione ex vivo del parenchima polmonare, finalizzato all'espansione del pool di potenziali donatori e all'utilizzazione nel modo migliore degli organi disponibili per il trapianto, con conseguente aumento del numero dei trapianti e riduzione dei tempi di attesa.

L'eccellenza del centro appare pertanto dovuta non solo alla notevole difficoltà delle procedure eseguite e dei casi trattati, ma anche al fatto che il centro di chirurgia toracica di Padova si presenta come una delle pochissime realtà nazionali in grado di far fronte a tutte le patologie toraciche sia neoplastiche che trapiantologiche e funzionali.

Per quanto concerne le problematiche che il reparto si trova ad affrontare, sono correlate alle richieste dei pazienti, e infatti riguardano il numero dei posti letto (ridotto, soprattutto per i trapiantati) e la necessità di individuare nuovi modelli assistenziali; l'esistenza di una terapia intensiva dedicata; la necessità di accedere a un maggior numero di sedute operatorie per ridurre i tempi d'attesa; il bisogno di implementare il numero del personale medico strutturato e di istituire uno staff fisioterapico per i degenti, soprattutto per i trapiantati.



Il centro di cardiochirurgia di Padova è particolarmente rinomato in Italia e all'estero per il trattamento delle

cardiopatie congenite, quelle patologie del cuore che sono presenti alla nascita. Infatti, il primo intervento eseguito a cuore aperto a Padova dal prof Pier Giuseppe Cevese, oltre cinquant'anni fa, era proprio per la correzione di un vizio del cuore che una giovane donna portava dalla nascita. Alla tragica scomparsa del prof. Gallucci (gennaio 1991), la tradizione del nostro centro per la correzione delle patologie congenite del cuore si è sempre più consolidata, tanto da essere attualmente riconosciuto tra i migliori in campo europeo ed internazionale. Tali riconoscimenti dell'eccellenza sia clinica che scientifica, si traducono con la presidenza assegnata allo scrivente dell'Associazione Europea per le Cardiopatie Congenite (2004-2008) e poi quella della Società Mondiale di Cardiochirurgia Pediatrica e Cardiopatie Congenite dal 2011 al 2014.

Oltre al primato del primo trapianto di cuore in Italia, va ricordato inoltre, nel 1993, la prima correzione completa i una cardiopatia allora da tutti giudicata inoperabile (la sindrome del cuore sinistro ipoplastico), oltre a tante altre innovazioni che ci hanno proiettato con successo e soddisfazione nella sfera internazionale. Attualmente, l'organico della Cardiochirurgia delle Cardiopatie Congenite del Cuore è rappresentato da tre chirurghi oltre ad un medico contrattista recentemente specializzato ed i medici in formazione che si ruotano durante i loro cinque anni di apprendistato. La nostra attività è particolarmente rinomata oggigiorno per il trattamento del malato con cardiopatie congenita in età adulta. Di fatto, in virtù dei migliorati risultati di soprav-

CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA DI PADOVA

Dove si operano cuori grandi come noci

di **Giovanni Stellin**, Direttore U.O.C. Cardiochirurgia Pediatrica e Cardiopatie Congenite Professore Ordinario di Cardiochirurgia - Direttore Scuola Specialità Cadiochirurgia - Università degli Studi di Padova - Presidente: "The World Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery"



vivenza dei bambini operati nelle ultime 2-3 decadi, vi è ora una crescente popolazione di soggetti i quali, corretti in età pediatrica, hanno raggiunto l'età adulta e che ancora devono rimanere sotto le nostre cure. Molti pazienti infatti afferiscono al nostro Centro da fuori regione (oltre il 40%) proprio per poter aver cure per tali patologie, oltre che per le tecniche di "chirurgia mini-invasiva" (la correzione chirurgica con piccolissime incisioni cutanee nel

torace, senza divisione dello sterno) in posizioni poco visibili, molto apprezzate per il minimo dolore, ridottissimo tempo di degenza in ospedale, ed il loro risultato cosmetico a distanza. Tali tecniche sono state apprese da tutti noi durante i numerosi stage negli USA, e poi ulteriormente sviluppate a Padova. Il Centro per le Cardiopatie Congenite di Padova è inoltre molto noto per le tecniche sviluppate ormai da molti anni di assistenza meccanica al circolo (viene posizionato un cuore e polmone artificiale che funziona in parallelo con gli organi propri,) fino alla guarigione di questi o fino al momento del trapianto cardiaco, nel caso di patologie irreversibili. Proprio recentemente, è stato salvato un neonato in condizioni respiratorie gravissime (inalazione di meconio, una grave complicanza che può avvenire durante il parto) grazie alla solerte segnalazione dalla patologia neonatale di Udine ed al nostro pronto intervento di medici, infermieri e tecnici della circolazione extracorporea i quali hanno spostato un piccola "sala operatoria " di Padova in quella sede per impiantare il cuore e polmone artificiale (assistenza Ecmo). Il neonato è stato quindi trasferito a Padova e, sotto le nostre cure, è stato alla fine svezzato dall'Ecmo per fare ritorno a Udine per continuare le cure e per poi passare tra le braccia dei genitori. Il nostro Centro per le Cardiopatie Congenite del Cuore, come da tradizione iniziata dal Prof Gallucci, si è sempre distinto per il lavoro di ricerca. In particolar modo, è l'unico centro italiano (tra otto europei) che partecipa a due grandi progetti finanziati dalla comunità europea sullo studio ed applicazione clinica di protesi che, opportunamente trattate ed impiantate nel paziente, si ricoprono di cellule staminali del ricevente per rigenerare quelle parti mancanti del cuore. Il traguardo finale è molto vicino. Poter produrre in laboratorio delle protesi pronte per l'uso, che vengono poi impiantate in chi nasce senza una porzione di cuore, o con una porzione malata, diventano poi proprie del bambino che cresce è sicuramente la sfida per Padova. Il Centro di Cardiochirurgia di Padova è inoltre rinomato per la Scuola di

Specialità, vera fucina per la formazione dei giovani cardiochirurghi. Molti di questi formatisi a Padova sono ora leader in molti centri sia in Italia che all'estero. Di fatto, la nostra Scuola eccelle in particolar modo per l'insegnamento di tutte le patologie cardiache trattabili, a tutte le età, dal piccolo neonato all'anziano, dal trapianto cardiaco al cuore meccanico, dalle tecniche innovative della correzione precoce delle patologie complesse, alla chirurgia con accesso in miniatura. E fuori di dubbio che tutto ciò non sarebbe possibile con le sole risorse governative. L'associazione "Un Cuore un Mondo-Padova" onlus oltre ad aiutare le famiglie che portano i loro bimbi a Padova per trattamento, anche da molto lontano, supporta una specialista psicologa che sostiene bambini e famiglie durante il loro ricovero, continua ad aiutare i giovani medici in formazione mediante borse di studio e supporto al lavoro di ricerca. L'Associazione stessa ha aiutato inoltre molti medici ed infermieri che si sono recati a Padova per imparare, provenienti dall'Albania, dal Nepal e dall'Eritrea. Continua a sostenere noi medici in tutte le nostre missioni umanitarie che sono ormai diventate parte integrante del nostro lavoro. Ancora, in molti paesi del mondo in via di sviluppo, nascono molti bambini che sono privi di cure adeguate per le loro patologie del cuore. Tutti questi, se trattati, sono condannati ad una brevissima esistenza.



ONCO-EMATOLOGIA PEDIATRICA

Un'altra eccellenza dell'Azienda Ospedaliera di Padova



di Cristina Chinello

Onco-ematologia pediatrica di Padova, il reparto dell'azienda ospedaliera dove si curano i tumori infantili. E' centro di riferimento nazionale e da pochi giorni anche hub della rete oncologica pediatrica regionale, la cui legge è stata approvata in via definitiva.

E' composto di 29 posti letto, a cui se ne aggiungono sei per il trapianto di cellule staminali ematopoietiche. Per far funzionare questo reparto, lavorano 12 medici di ruolo (di cui tre universitari metà tempo), due con contratti a tempo determinato, tre con contratti libero-professionali, tre psicologi (contratti a progetto o libero professionali), 12 biologi, nove tecnici di laboratorio, 58 personale infermieristico (di cui otto oss).

Il tempo medio di degenza dei ricoveri è di 7,6 giorni (di questi, il 14 per cento riguarda persone provenienti da fuori regione), mentre il tempo medio della degenza di un bambino che ha ricevuto un trapianto d'organo è di 28,4 giorni (extra regione 39 per cento).

Il reparto padovano è una unità operativa ad altissima complessità, fulcro della rete emato-oncologica territoriale, che registra 250 nuove diagnosi all'anno di cui 146 di natura onco-ematologica (di queste, circa il 60 per cento arriva da altre Asl e il 19 per cento da fuori regione). E' riferimento in ambito pediatrico di tutte le patologie oncologiche, emato-oncologiche, dell'ematologia non neoplastica



(insufficienze midollari costituzionali ed acquisite), trapianti di midollo, immunodeficienze, emoglobinopatie. Alcune unità che la compongono sono di fatto uniche nella realtà sanitaria veneta e di fatto ne costituiscono un centro di riferimento (unità di trapianto di midollo, laboratorio di diagnosi delle leucemie, linfomi e sarcomi, centro di riferimento multidisciplinare per la drepanocitosi in età pediatrica).

Cosa significa che è hub regionale per la rete oncologica pediatrica? "Il modello di riferimento a cui la Rete si ispira – risponde il prof Giuseppe Basso, direttore dell'unità -, è quello di un network assistenziale riconducibile alle reti hub & spoke. La clinica di onco-ematologia pediatrica di Padova ha funzioni di hub per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza in stretta sintonia con le altre aziende ospedaliere. Il modello garantisce tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, assicurando una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa. Pertanto il centro di oncoematologia pediatrica è il cardine nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di linee guida e di protocolli diagnostico terapeutici nazionali ed internazionali. Non solo: coordina e promuove le attività formative regionali e la ricerca clinica, biologica e traslazionale; favorisce il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali accrescendo la qualità del-

la assistenza ai malati oncologici; sperimenta nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra strutture della rete sanitaria regionale; garantisce la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione; sviluppa e implementa la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e formazione nazionali ed internazionali".

Il Laboratorio per il Trapianto delle Cellule Staminali Emopoietiche

Professore, di cosa si tratta? "Il laboratorio per il trapianto delle cellule staminali emopoietiche (Cse), dal 1983 supporta l'attività trapiantologica dell'oncoematologia pediatrica, del reparto di ematologia dell'azienda ospedaliera di Padova e dell'oncologia medica dell'Istituto oncologico veneto. E' in grado di fornire tutti i servizi necessari all'effettuazione di trapianti di Cse autologhe e allogeniche. Il Laboratorio effettua inoltre controlli di qualità sui prodotti cellulari al termine della processazione e prima del rilascio. Il personale del laboratorio è anche di supporto in sala operatoria nella procedura di espianto del midollo osseo di donatori e pazienti, in particolare al personale del laboratorio è affidata la preparazione del materiale e della documentazione di accompagnamento, la raccolta in sacca, la filtrazione del midollo e i controlli di qualità sul prodotto.

Il laboratorio si occupa anche dell'attivazione e della gestione delle ricerche di donatori non familiari.

Banca del sangue di cordone

All'interno della clinica di oncoematologia pediatrica opera la banca del sangue di cordone, dal 1992. "Nel 1997 viene implementata la raccolta di sangue placentare proveniente da donazioni volontarie – aggiunge Basso -. La Banca inizia una vera e propria attività di raccolta e stoccaggio di unità di sangue di cordone, arrivando a bancare (manipolare caratterizzare e criopreservare) centinaia di unità ogni anno per renderle disponibili attraverso registri internazionali. Oltre a numerosi punti nascita del Veneto (13), alla Banca di Padova afferiscono tutti i punti nascita del Friuli Venezia Giulia (11) e dell'Alto Adige (4). La Banca si occupa dell'intero iter della raccolta, dal colloquio con la possibile donatrice alla valutazione, manipolazione e criopreservazione delle unità fino a tutta la gestione delle richieste dei Centri Trapianto in tutto il mondo. Nel 2013 sono stati effettuati circa 600 colloqui, sono state valutate 1.851 unità arrivate alla Banca da tutti i 28 punti nascita, di queste 161 sono arrivate al bancaggio. Per ogni unità bancata si è proceduto quindi alla riduzione del volume, preparazione al congelamento, effettuazione delle colture, preparazione dei campioni da inviare ai laboratori per effettuazione di numerosi test e stoccaggio di campioni per "banca parallela". Le unità sono state criopreservate e stoccate in vapori di azoto".

Al 31 dicembre 2013 la Banca ha ceduto per trapianto 114 unità di sangue cordonale da donazione volontaria e sette dedicate. La Banca del sangue di cordone di Padova è la tra prime banche in Italia per indice di



rilascio (ovvero numero di unità rilasciate rispetto al numero di unità bancate), prima assoluta in Veneto.

Progetti per il futuro

"Sulla base dell'incremento dell'incidenza dei tumori in età pediatrica che si è evidenziata negli ultimi dieci anni e dell'aumento della complessità dei trattamenti - spiega Basso - una fra le priorità è il potenziamento e la strutturazione delle attività di consulenza per il paziente a domicilio e ricoverato in altri ospedali, nell'ottica della presa in carico globale del paziente, attraverso l'organizzazione di un call center strutturato, e un cartellino elettronico che accompagni il paziente anche nelle altre strutture di appoggio. Importante è anche l'attenzione verso l'assistenza domiciliare: per le patologie trattabili a domicilio, al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale; continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure; supporto alla famiglia; recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione; miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale.

Fra i progetti, abbiamo a cuore anche lo sviluppo dell'immunologia clinica e particolarmente delle immuno-deficienze congenite vista la non strutturazione dell'assistenza nella Regione Veneto: oggi non esiste nel Veneto una struttura di diagnosi e cura per questi pazienti pediatrici, anche se l'unità di trapianto di midollo ha eseguito trapianti di Cse su immunodeficienze congenite gravi".

Vorremmo potenziare il reparto, ma la prima e principale limitante ad ogni soluzione innovativa e più sostenibile sia in termini di efficienza, efficacia, qualità delle cure e sostenibilità economica è rappresentata dalla numerosità del personale (carenza di personale sanitario medico, del comparto e amministrativo) che è andata riducendosi negli anni a fronte di un aumento del numero dei pazienti e della complessità cure; richiedendo talora un blocco dell'attività e principale responsabile del rischio clinico".



LA CARDIOCHIRURGIA DI PADOVA

Intitolata a Gallucci, diretta dal prof. Gerosa



di Cristina Chinello

🛘 a Cardiochirurgia di Padova si nome da Vincenzo Gallucci, il cardiochirurgo che per primo eseguì un trapianto di cuore, proprio in queste stesse sale operatorie. Qui oggi l'Unità operativa di cardiochirurgia è pronta per eseguire interventi di by-pass aortocoronarico con o senza il supporto delle tecniche di circolazione -extracorporea e con tecniche mininvasive quando possibile; riparazione valvolare soprattutto nella patologia mitralica; sostituzione valvolare (con l'ausilio di protesi biologiche, meccaniche e di derivazione umana); chirurgia delle aritmie (anche con l'utilizzo di tecniche robotizzate mininvasive); riparazione di aneurismi dell'aorta toracica; trapianto cardiaco e trapianto combinato cuore e polmoni; interventi di impianto di assistenze meccaniche al circolo (cuori artificiali); chirurgia dello scompenso cardiaco cronico nelle miocardiopatie (plastiche mitraliche, ventricoloplastiche). Vi lavorano 11 medici strutturati, 14 specializzandi, più 116 fra infermieri e oss (tra reparto, degenze, trapianti, terapia intensiva e sala operatoria), 11 tecnici perfusionisti. I posti letto sono in totale 47: 32 di degenza, 7 per la terapia intensiva e 8 per la terapia semiintensiva. Direttore dell'Unità è il prof. Gino Gerosa (foto in alto): I punti di eccellenza dell'attività di questo reparto ospedaliero sono la chirurgia coronarica, la chirur-

gia valvolare riparativa, la chirurgia della radice aortica, la chirurgica conservativa e radicale dello scompenso cardiaco, le assistenze meccaniche al circolo (cuori artificiali), la chirurgia con tecniche ro-



botizzate. In particolare l'apprezzamento riguarda l'assistenza all'insufficienza cardiaca, il trapianto di cuore e il cuore artificiale, l'Ecmo e le assistenze meccaniche.

«Siamo hub regionale – sottolinea Gerosa - pertanto i pazienti arrivano principalmente dall'area vasta di Padova, ma anche dalle altre province venete (soprattutto Vicenza, Treviso, Venezia). Grande attrattiva l'esercitiamo anche nei confronti di altre regioni italiane, soprattutto Sicilia, Campania, Calabria». L'unità padovana ha la più ampia casistica al mondo nel caso della chirurgia mininvasiva della valvola mitralica: si tratta di una tecnica innovativa e da poco impiegata (a Padova si è iniziato quest'anno e sono stati finora eseguiti circa cinquanta interventi in questo modo), che permette di correggere il difetto cardiaco senza fermare il cuore, senza circolazione extracorporea e senza aprire il torace. «Il successo di questo tipo di interventi si attesta intorno al 95 per cento annuncia Gerosa – Là dove l'operazione non riesca, si può rioperare in modo tradizionale, circostanza che per ora riguarda il cinque per cento dei pazienti». Per quanto riguarda gli studi e le proiezioni per il futuro, sono in corso ricerche sull'utilizzo delle cellule staminali nell'insufficienza cardiaca e nell'infarto miocardico, sulla chirurgia delle aritmie cardiache, sulle tecniche di ingegneria tissutale per la creazione di sostituti valvolari cardiaci, su nuovi farmaci immunosoppressori nel trapianto di cuore. «La medicina rigenerativa e la creazione del cuore artificiale totale sono i due ambiti di studio sui quali ci stiamo concentrando». In via di realizzazione anche la creazione di un team multispecialistico per le cardiopatie congenite negli adulti, che riguarda i pazienti operati da bambini per cardiopatie congenite, che necessitassero di nuovo intervento. La problematica principale del reparto è comune ad altre eccellenze padovane: «La fortissima richiesta da parte dei pazienti richiede l'incremento del numero degli interventi, per dare risposte immediate alle persone che si rivolgono a noi per essere curate - il commento di Gerosa - Per farlo al meglio, ritengo che abbiamo bisogno di risorse e di nuovi modelli organizzativi: attualmente siamo sottodimensionati, soprattutto dal punto di vista logistico, ci vorrebbero più posti letto in terapia intensiva e l'aumento delle sedute operatorie. La competizione a cui è chiamata Padova è a livello europeo: per questo dovremmo dotarci di strutture, risorse, logistica, che ci permettano di conservare il primato attuale e competere con le migliori strutture europee".

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	
Fino a 2.500.000 € di Responsabilità Civile della Famiglia attiva in tutto il mondo	
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.





GRAVIDANZA E **OBESITÀ**

Nasce a Padova un nuovo percorso per accompagnare la gravidanza delle donne affette da obesità



di Urbano Brazzale, Direttore Generale Azienda Ulss 16 di Padova

Foto di Francesca Bottazzin

ià nel IV secolo a.C., Aristo-Jtele, nella "Politica", opera dedicata all'amministrazione della polis a partire dall'organizzazione della famiglia, sottolineava l'importanza di una corretta alimentazione e di una attività fisica moderata, in corso di gravidanza. In particolare ciò risulta importante nelle donne affette da obesità. Il problema dell'obesità in gravidanza è un fenomeno probabilmente sottovalutato, anche se in aumento in tutti i paesi industrializzati. Per questo motivo, lo scorso Settembre, Padova è stata la sede di un meeting internazionale dedicato interamente a questa problematica, organizzato dalla prof.ssa Annunziata Lapolla (UOC di Diabetologia e Dietetica dell'Ulss 16 di Padova) e dal prof. Roberto Vettor (Centro per lo Studio ed il Trattamento dell'Obesità della Azienda Ospedaliera di Padova). Tale Meeting è stato anche l'occasione per presentare il progetto "Gravidanza e Obesità" nato grazie alla collaborazione di Ulss16, Azienda Ospedaliera e Privati accreditati, che si prefigge di mettere in connessione tutte le strutture presenti nel contesto padovano, per garantire alla donna obesa un percorso chiaro e sicuro nel momento in cui vuole affrontare l'importante passo della gravidanza. Qualcuno potrebbe pen-



sare che una rete di ambulatori, visite e controlli possa non essere la risposta migliore ad uno stato, quello della gravidanza, che è fisiologico e non patologico, seppur in presenza di una patologia, come è l'obesità. La rete "obesità e gravidanza" che sta partendo in questi mesi a Padova non vuole assolutamente far vivere la gestazione come una malattia. ma si prefigge di sollevare il più possibile queste mamme e questi bambini, dal rischio di dover convivere con una o più malattie, per tutta la vita, visto l'elevato rischio di complicanze in presenza di obesità.

Le donne in gravidanza devono prendersi cura del corpo, senza darsi all'inerzia né attenersi a una dieta scarsa: e questo il legislatore lo può facilmente ottenere ordinando di fare ogni giorno una passeggiata come atto di culto verso le dee che hanno avuto in sorte di presiedere alla nascita.

(Aristotele - Politica, 1335b)

Il focus è a cura di **Margherita De Nadai**

UNA RETE DI **PROFESSIONISTI**

Per migliorare l'assistenza alla donna obesa in gravidanza.



di Domenico Scibetta, Direttore Sanitario Azienda Ulss 16 di Padova

Tegli ultimi vent'anni, l'obesità, in particolare nei paesi occidentali, è in forte aumento. Tanto per fare un esempio, negli USA circa un terzo delle donne in età fertile è affetta da obesità. Sebbene sia noto che l'obesità si accompagna a numerose problematiche, quali diabete, malattie cardiovascolari o articolari, pochi sanno che in gravidanza si associa a numerose complicanze sia per la futura mamma che per il bambino. Per prevenire tali complicanze, risulta di particolare importanza garantire un supporto alla donna sia prima di intraprendere la gravidanza che durante la gestazione. Si può stimare che tra le donne residenti nel territorio dell'azienda ULSS 16 vi possano essere ogni anno all'incirca 400 obese che vanno incontro a gravidanza. Questi numeri potrebbero essere destinati ad aumentare se si considera che in Regno Unito l'obesità in gravidanza è passata dal 9-10 % nel 1990 al 16-19% nel 2000.

A Padova vi sono numerosi centri specialistici, che presi singolarmente rappresentano livelli di eccellenza nel loro ambito, ad esempio il Centro Obesità della Clinica medica III della Azienda Ospedaliera, gli ambulatori per le gravidanze a rischio della Clinica Ginecologica e della Divisione Ostetrica della Azienda Ospedaliera, e gli ambulatori per



il diabete in gravidanza della UO di diabetologia dell'UIss 16 di Padova. Tali risorse vanno maggiormente interconnesse tra loro, e con la rete specialistica di primo livello e con le cure primarie in una logica di rete

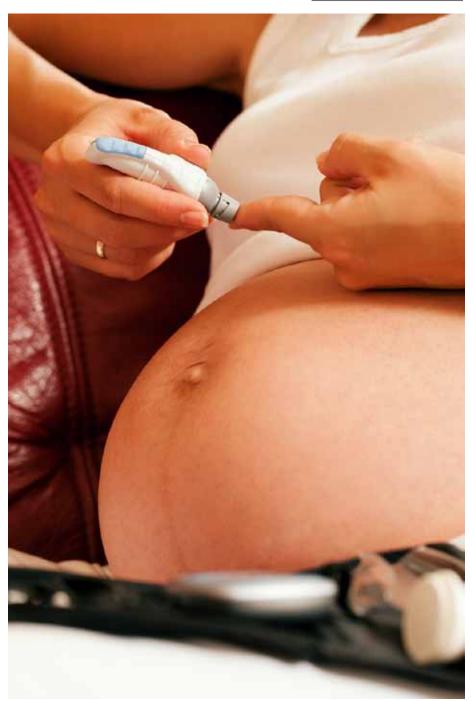
Nel contesto padovano, dove coesistono tre aziende sanitarie pubbliche e numerosi privati accreditati, negli ultimi anni si sono sviluppati numerosi esempi di "reti cliniche" (per la diagnosi e cura del Melanoma, per i Disturbi cognitivi, ...), nelle quali il paziente viene messo al centro di percorsi omogenei ed integrati, che garantiscono equità di accesso al percorso (Rete Orizzontale) e appropriatezza nell'accesso

alle strutture di secondo e terzo livello (Rete Verticale). Le reti cliniche integrate, come riportato anche nel piano socio-sanitario regionale 2012-2016, devono rispondere a due principi cardine: garantire a tutti i cittadini del Veneto una uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, nel luogo adeguato e con una tempistica adeguata, anche fornendo indicazioni sulle performance cliniche delle diverse strutture e garantire la sicurezza delle prestazioni al paziente, strettamente correlata alla expertise clinica e ad una adeguata organizzazione.





© Canstock Photo Inc. / Kzenon



Il progetto Gravidanza e Obesità, nato grazie alla collaborazione di Ulss 16, Azienda Ospedaliera e Privati accreditati, si prefigge di mettere in connessione tutte le strutture in grado di dare supporto alla gravidanza in una donna affetta da obesità, monitorando tutti gli aspetti sanitari ed evitando di lasciare al "fai da te" importanti questioni quali l'alimentazione e l'esercizio fisico. Il nuovo modello organiz-

zativo prevede l'individuazione di due distinti percorsi, per la donna obesa che desidera programmare una gravidanza, e per la donna già gravida affetta da obesità, che connettono tutte le strutture in un percorso unico, continuo, strutturato a seconda del livello di gravità: i casi a basso rischio vengono seguiti dai ginecologi a livello territoriale, mentre quelli a rischio più elevato vengono inviati ai centri

a maggior specializzazione, in azienda ospedaliera. Al centro di questa "rete" viene posta la donna, che una volta entrata in uno dei percorsi, riceve un vero e proprio "programma" con gli appuntamenti degli esami e delle visite di controllo. A completamente della rete, è stato attivato nei primi giorni di ottobre anche un nuovo ambulatorio, dedicato a queste problematiche, presso il Complesso Socio-Sanitario dei Colli, gestito dalla prof.ssa Lapolla e dalla sua equipe, al quale la donna puo' accedere su invio del proprio ginecologo. Ci si attende, con lo sviluppo del network, un miglioramento della qualità della presa in carico della donna obesa in gravidanza e un aumento dell'uniformità di gestione del percorso nel territorio dell'ULSS 16, con un miglioramento di equità e di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, specie in quelle di secondo e di terzo livello. Tale progetto, infine, si inserisce nella riorganizzazione, di più ampio respiro, del percorso della procreazione, che comprende anche l'avvio di un centro di diagnosi prenatale in rete con ginecologi ospedalieri, centro di procreazione assistita e consultori familiari.

IL PROBLEMA OBESITÀ

di **Roberto Vettor**, Centro Obesità, Resp. Clinica Med. 3, Dip. Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Azienda Ospedaliera di Padova



Nel 2008 un adulto su 3 è stato definito in sovrappeso (1.46 miliardi di persone) e 1 su 9 obeso (508 milioni), secondo un trend in continuo aumento. Dal 1980 l'obesità è quasi raddoppiata: metà dell'aumento complessivo è avvenuto dal 2000 al 2008. L'obesità è associata a diabete tipo 2 e ad altre patologie, quali l'ipertensione arteriosa e la dislipidemia aterogena, che insieme danno origine alla sindrome metabolica, condizione ad alto rischio di eventi di cardio- e cerebrovascolari. L'obesità è inoltre responsabile di una riduzione dell'aspettativa di vita fino a 10 anni.

Nel 2012 il 35,6% della popolazione italiana è stata dichiarata in sovrappeso, il 10,4% obesa. Dal 2001 solo gli obesi sono aumentati di quasi il 2% (da 8,5% a 10,4%). Oltre a ciò, un'analisi

nella fascia di età 6-17 anni evidenzia che 1 bambino su 3 (26,9%) è sovrappeso o obeso, dato prossimo a quello rilevato tra gli 8 e i 9 anni di età da "Okkio alla Salute" nel 2012, tra i più elevati a livello europeo.

L'epidemia di obesità potrebbe essere reversibile solo implementando azioni complessive, dato che la radice del problema risiede nel rapido cambiamento dei determinanti sociali, economici ed ambientali degli stili di vita delle persone. È necessario favorire l'adozione di stili di vita salutari, per alimentazione e attività fisica, in modo che le scelte salutari siano facilitate e rese più accessibili per gli individui. Le strategie per contrastare questa epidemia dovrebbero incoraggiare abitudini alimentari corrette, attraverso la riduzione del consumo di grassi e zuccheri, incentivando le persone a mangiare più frutta e verdura, oltre che mirare a un aumento dei livelli di attività fisica. Le opportunità di svolgere quotidianamente attività fisica, come il trasporto attivo, dovrebbero essere rese accessibili e disponibili per tutta la popolazione mediante programmi a livello scolastico e lavorativo. È quindi essenziale coinvolgere tutti i gruppi sociali e avere il sostegno degli enti locali, fino a raggiungere governi e organizzazioni internazionali. Fattori genetici, epigenetici, ambientali e individuali concorrono nel determinare un'alterazione del bilancio tra introito calorico e dispendio energetico con conseguente accumulo di tessuto adiposo in eccesso. Il solo cambiamento delle abitudini alimentari è pertanto inefficace al fine di una riduzione del peso duratura. È invece efficace un cambiamento che coinvolga l'intero stile di vita del paziente, inserendo nelle abitudini una regolare attività fisica, una limitazione nel consumo di alcol e la cessazione dell'eventuale consumo di tabacco o droghe. Tale modifica dello stile di vita può essere aiutata da una terapia cognitivo-comportamentale.

Nei soggetti obesi ad elevato rischio, se la combinazione degli interventi dietetici e comportamentali non sortisce effetti soddisfacenti dopo 6 mesi, si può prendere in

considerazione l'uso dei farmaci per il controllo del peso o addirittura la chirurgia bariatrica. Purtroppo finora molti farmaci si sono dimostrati limitati nell'efficacia e generatori di importanti reazioni avverse. La chirurgia dell'obesità modifica l'anatomia del tratto digestivo. Si tratta di un'azione meccanica e metabolica che permette di diminuire la quantità di alimenti consumati (azione restrittiva) e/o l'assimilazione degli alimenti da parte dell'organismo (azione malassorbitiva). L'assistenza efficace ed efficiente a pazienti con grande obesità è garantita se organizzata in un sistema integrato di strutture dedicate (centri per la terapia medica e chirurgica o integrata dell'obesità o bariatric unit). Studi di letteratura accreditati mostrano, infatti, che i pazienti con grande obesità traggono beneficio dalla gestione globale del paziente in "aree/strutture dedicate" da parte di un'équipe multidisciplinare specializzata e formata secondo linee guida standardizzate e sulla stretta monitorizzazione clinica del paziente sia indipendentemente da un approccio chirurgico, ma soprattutto prima e in seguito ad interventi di chirurgia bariatrica.

L'approccio multidisciplinare e multidimensionale dovrà essere affidato al lavoro integrato di diverse figure professionali. Va ribadito che, anche nel contesto della terapia della grande obesità, il lavoro di equipe non deve essere inteso come la semplice somma di diverse competenze ma come una perfetta integrazione funzionale delle stesse.



IL PERCORSO OBESITÀ E GRAVIDANZA

Nasce a Padova un nuovo percorso per accompagnare la gravidanza delle donne affette da obesità



di Annunziata Lapolla, Responsabile, e Maria Grazia Dalfrà - UOC Diabetologia Azienda Ulss 16

TI Percorso Assistenziale della ⊥donna obesa che vuole programmare la gravidanza o che è già in gravidanza che di seguito viene declinato è un percorso Diagnostico Terapeutico di secondoterzo livello che ha lo scopo di supportare la programmazione ed il follow up della gravidanza nella donna obesa che traduce ed implementa le recenti indicazioni del Ministero della Salute delle Società Italiana dell'Obesità e del Centre for Maternal and Child Enquires e delle Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (CMACE/RCOG Joint Guideline). Gli aspetti fondamentali che sono stati presi in considerazione nella costruzione del percorso riguardano la programmazione della gravidanza nella donna obesa, il monitoraggio della stessa, il parto ed il post parto. L'applicazione dei percorsi prevede la messa in rete delle diverse strutture esistenti nel territorio padovano, indipendentemente dalla azienda di appartenenza, in una logica di appropriatezza nell'utilizzo delle risorse di secondo e terzo livello. E' auspicabile che tali percorsi migliorino la qualità della presa in carico della donna obesa in gravidanza e permettano di ridurre le complicanze materne e fetali legate spesso presenti in tale condizione alla obesità nella donna gravida.

Percorso per la donna obesa in gravidanza



Il percorso prevede che le donne in gravidanza con un indice di massa corporea (BMI) maggiore di 25 vengano valutate presso l'ambulatorio per la gravidanza Obesa dell'UOC di diabetologia e Dietetica dell'UIss 16 sito presso il CSS ai Colli; sulla base di tale valutazione le pazienti a basso rischio (sia per BMI che per altri concomitanti fattori di rischio) vengono riaffidate ai consultori con un programma di follow up, le donne a rischio medio alto iniziano un follow up clinico-metabolico presso l'ambulatorio per la gravidanza Obesa dell'UOC di diabetologia e Dietetica dell'UIss 16 sito presso il CSS ai Colli per il controllo metabolico e presso le strutture specialistiche di Ostetricia.

Percorso per la donna obesa in fase di programmazione della gravidanza

Le donne obese in fase di programmazione della gravidanza vengono distinte per grado di obesità: le donne con obesità di grado elevato (BMI > 35) verranno valutate presso il centro Regionale per l'Obesità anche per un eventuale intervento di chirurgia bariatrica; le donne con obesità di grado medio (BMI tra 28 e 35) verranno valutate presso l'ambulatorio per la gravidanza Obesa dell'UOC di diabetologia e Dietetica dell'Ulss 16 per un counseling che permetta di iniziare la gravidanza nelle migliori condizioni ponderali e metaboliche possibili al fine di ridurre le complicanze correlate.

L'INTEGRAZIONE CON LA RETE DEI **GINECOLOGI** NEL TERRITORIO DELL'ULSS 16



di Gianfranco Jorizzo, Ginecologo dell'Azienda Ulss 16 di Padova

Nel territorio dell'Ulss 16 si verificano ogni anno circa 5100 gravidanze, e almeno 4000 gravide partoriranno a Padova città. Gli eventi avversi in gravidanza, nonostante una riduzione evidenziata dagli indicatori, portano però ad un impatto sociale molto alto quasi devastante nel cuore delle famiglie. E' per questo che nell'ultimo decennio ci si è adoperati al miglioramento delle cure in ostetricia con linee guida ministeriali, raccomandazioni, protocolli e addirittura normative.

La normativa cogente è il decalogo Fazio del 16/12/2010, "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", che declina proprio al punto III l'Integrazione Territorio Ospedale chiedendo di "garantire la presa in carico, la continuità assistenziale, l'umanizzazione della nascita attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale e la realizzazione di reti dedicate al tema maternoinfantile sulla base della programmazione regionale", come richiesto anche dalla realizzazione delle reti cliniche integrate del Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto. In realtà questo in campo ostetrico era fino ad ieri un obiettivo lontano, ma è stato raggiunto a Padova con un Protocollo Diagnostico



Terapeutico Assistenziale (PDTa) sulla gestione della gravida obesa, realizzato coinvolgendo tutti gli stakeholders e non solo il personale della sala parto. Il progetto proposto dal Prof. Vettor e dalla Prof.ssa Lapolla è stato promosso dalla Direzione dell'Ulss 16 e ha trovato immediata risposta da parte dei professionisti ponendo le basi per una rete integrata.

Nella nostra Ulss lo scenario attuale è di una gestione della gravida nei suoi nove mesi nel territorio e di un suo accesso ai servizi ospedalieri solo per l'evento parto. Partendo da questa fondamentale evidenza si capisce quanto sia necessario una gestione univoca tra territorio ed ospedale al fine di garantire la sicurezza dei pazienti. La obesità è una criticità assoluta

in ostetricia che necessita di una attenta conduzione della paziente durante la gestazione. Oggi grazie alla rete creata sarà possibile un'accessibilità uniforme alle cure sanitarie con garanzia di sicurezza nelle prestazioni erogate. La tracciabilità del paziente "feto" sarà garantita dal neo sistema informatico fortemente voluto dalla Direzione Strategica. Il software già operativo presso l'Ulss 16 verrà utilizzato entro fine anno anche dalla Clinica Ostetrica, dalla Divisione Ostetrica e dal reparto di Ostetricia di Piove di Sacco, permettendo alla mamma di essere sottoposta al monitoraggio del benessere fetale, tramite la diagnostica per immagini, in tutte le strutture senza timore di non poter integrare i dati del bambino: questo un esempio pratico di assistenza uniforme ed equa che pone al centro del percorso la mamma. L'informatizzazione con identici software in tutte le strutture che erogano prestazioni ostetriche è stato un primo traguardo. La metodologia con cui è stato strutturato questo PDTa in tutela delle mamme obese verrà a breve replicata per altre aree tematiche di criticità ostetrica in un continuo processo di miglioramento dell'assistenza alle nostre mamme padovane.



IL DIABETE MELLITO, LA COMPLICANZA PIÙ IMPORTANTE NELL'OBESITÀ



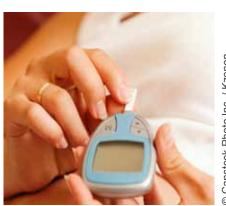
di Giancarlo Nardelli, Resp. Clinica Ginecologica e Ostetricia, Azienda Ospedaliera di Padova

'obesità è una malattia metabolica che può assumere i caratteri di una sindrome metabolica se compaiono alcune complicanze come il diabete, l'ipertensione, tireopatie, ecc: questa condizione pre-esiste alla gravidanza. Quando subentra una gravidanza, la crescita fetale può influenzare negativamente le condizioni materne, così come il cattivo adattamento della mamma obesa alla gravidanza può indurre disturbi nella crescita fetale, fino a provocare parti prematuri e danni conseguenti danni neonatali permanenti.

La patologia vascolare nel diabete mellito costituisce oggi la più importante complicanza di questa malattia: le microangiopatie (alterazioni a livello delle arteriole) e le macroangiopatie (alterazioni a livello delle grandi arterie) costituiscono le cause principali di morbilità e mortalità in questo contesto. Per questo motivo, uno degli scopi principali della terapia nel diabete è la prevenzione e il trattamento delle malattie vascolari.

L'esposizione cronica ad elevate concentrazioni di glucosio nel sangue rappresenta la causa scatenante primaria delle alterazioni patologiche del sistema vascolare. La patogenesi delle fasi estremamente iniziali dell'aterosclerosi si caratterizza per una alterazione delle proprietà adesive dell'endotelio nei confronti dei leucociti circolanti.

La base biochimica di una tale alterazione è la comparsa di specifiche proteine adesive sulla superficie della cellula endoteliale. I monociti vi si attaccano e migrano nell'intima, in quest'ultima il monocita/macrofago diventa capace di internalizzare lipidi e si trasforma in cellula schiumosa (foam cell), che è in grado di



Canstock Photo Inc. / Kzenon

produrre citochine, fattori di crescita ed altre molecole regolatorie responsabili dell'amplificarsi dei processi infiammatori e proliferativi, agendo sia sullo strato endoteliale sia sulle cellule muscolari lisce. Questi eventi concorrono alla formazione della placca ateromasica avanzata, caratterizzata da un cappuccio fibroso che ricopre cellule muscolari lisce.

In tale contesto gli AGE (advanced glycation endproducts) possono promuovere il processo aterosclerotico ossidando le lipoproteine a bassa densità (low-density lipoproteins, LDL) e causando modificazioni nel collagene dell'endotelio vascolare. Inoltre gli AGE stimolano la secrezione di citochine (MIP-1 a - MIP-1 b), inducono apoptosi, e soppressione della secrezione di HCG nel trofoblasto del lo trimestre, e sono coinvolti nello stress ossidativo della preeclampsia. Gli eccessi di glucosio vengono incanalati verso vie alternative (la via dei polioli, la via delle esosamine, la glicazione non-enzimatica delle proteine e la produzione dei prodotti avanzati della glicazione o AGEs). La conseguenza finale è una glucotossicità a livello delle cellule vascolari (tale glucotossicità è oltretutto responsabile di tutte le complicanze microvascolari del diabete: retinopatia, nefropatia e neuropatia).

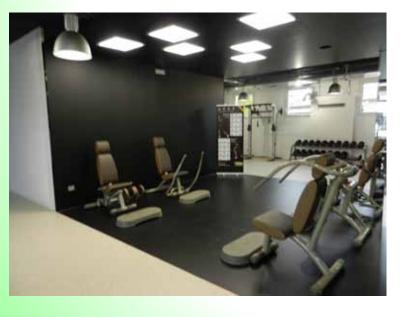
Gli AGE sono conosciuti anche come gli attivatori delle cellule della glia a produrre Acido Ossido Nitrico, che alla fine portano alla morte delle cellule neuronale della sostanza grigia, come accade nel Parkinson. E' ormai noto che studi sperimentali ed epidemiologici hanno documentato esserci uno stretto rapporto tra iperglicemia diabetica e danno neurologico alla base della malattia di Alzheimer e Parkinson, secondo schemi consolidati.



"Salute & Benessere" la nuova palestra di Gvdr

Vengono proposte attività, sotto la guida di Fisioterapisti laureati in Scienze Motorie, rivolte a:

- Persone che hanno concluso la rieducazione nella fase acuta e devono ritornare all'attività sportiva e lavorativa.
- Persone con patologie ortopediche che vogliono essere seguite da personale medico-sanitario.
- Persone obese o in sovrappeso che vogliono dimagrire, tonificare e tenersi in forma.
- Persone con patologie quali diabete mellito, cardiopatie, sindrome metabolica, obesità che vogliono migliorare le proprie condizioni di salute.





Fitness Metabolico
Rieducazione Metodo Pilates
Gvdr Lab - Laboratorio del
Movimento
Ginnastica Dolce
Stretching
Tecar (r) Estetica

Rieducazione Cardiologica (Post - Acuta) Rieducazione del Rachide con Danzaterapia Rieducazione Funzionale Massaggi Terapeutici Dimagrimento



TERAPIA DEL DOLORE

- Agopuntura
- Auricoloterapia
- Ozonoterapia
- Terapia infiltrativa
- Terapia infiltrativa ecoguidata

Il Poliambulatorio San Martino offre una vasta gamma di servizi per la salute e la prevenzione avvalendosi della collaborazione di specialisti di elevata professionalità e competenza in ogni settore della medicina specialistica. Un poliambulatorio moderno e accogliente, fornito di ottime strumentazioni e di un servizio di segreteria che vi saprà assistere dalla prenotazione al ritiro dei referti.







GINECOLOGIA

- Applicazione IUD
- Applicazione anello
- Aspirato endometriale
- Citologia endometriale
- Colposcopia
- Consulenza specialistica per infertilita'
- Diatermocoagulazione
- Ecografia crescita del feto
- Ecografia ostetrica
- Ecografia translucenza nucale
- Ecografia transvaginale
- Isterosonografia
- Isteroscopia
- Pap test
- Polipectomia
- Tamponi
- Test combinato (Ultrascreen)
- Test HPV
- Visita senologica

UROLOGIA

- Riabilitazione del pavimento pelvico
- Ecografia dell'apparato urinario
- Ecografia transrettale

DIETOLOGIA

- Bioimpedenza corporea
- Elaborazione diete personalizzate
- Valutazioni cognitivo-comportamentali
- Educazione alimentare scolastica

FSTFTICA

- Tecar
- Linfodrenaggio
- Mesoterapia
- Carbossiterapia
- Trattamenti anti età

POLIAMBULATORIO S. MARTINO srl

VIA CARRARESE 66/6 - 35028 - Piove di Sacco (PD)

Tel. 049 9703406 | Fax. 049 5830138 | e-mail: info@poliambulatoriosanmartino.com

www.poliambulatoriosanmartino.info

WELFARE AZIENDALE E RESPONSABILITÀ SOCIALE

di Giampietro Vecchiato e Patrizia Spinacè

© Canstock Photo Inc. / PhillipMinnis



bientale nelle attività produttive e commerciali delle organizzazioni, e nei loro rapporti con le diverse classi di portatori di interesse (stakeholder). In una recente definizione, la Commissione Europea parla più chiaramente di "responsabilità delle imprese per gli impatti che hanno sulla società", arrivando così a includere nella responsabilità il rispetto e l'attenzione verso l'ambiente. il territorio, la comunità e l'insieme degli stakeholder interni ed esterni all'organizzazione. Diversi sono i principi di cui si avvale la CSR: sostenibilità, ossia l'uso consapevole ed efficiente delle risorse ambientali in vista delle generazioni future, ma anche il contributo allo sviluppo della comunità locale e del territorio in cui l'organizzazione opera; trasparenza, che consiste nel dialogo con i propri stakeholder diretti e indiretti; qualità, per quanto riguarda i prodotti, i processi produttivi e la filiera controllata; volontarietà, che indica il grado di interesse genuino da parte dell'organizzazione verso le azioni di CSR che vanno oltre i meri

obblighi di legge; integrazione,

ovvero la fusione della CSR nelle strategie di governance aziendale. Perché ci si dovrebbe occupare di Responsabilità Sociale d'Impresa? Perché un'impresa orientata alla CSR è un'impresa votata all'innovazione e allo sviluppo sostenibile, si sente parte del territorio in cui opera e volontariamente intende favorirne la crescita e il benessere. Perché un'impresa che si occupa di CSR si distingue dai concorrenti, ha dei valori condivisi che la portano ad essere riconoscibile ed apprezzabile, ha una buona reputazione, è legittimata e la miglior gestione aziendale la rende competitiva sul mercato. È possibile applicare la CSR in tutte le aree delle attività di qualsiasi organizzazione, grande o piccola, privata o pubblica, al fine di poter incidere sulla tutela dell'ambiente, sui rapporti con la comunità, sulla filiera dei fornitori, sulla qualità del lavoro e sulle relazioni con i dipendenti. Concretamente gli strumenti e le azioni che un'organizzazione può adottare in un'ottica di management d'impresa volto alla CSR integrata sono svariati. Per quanto riguarda la comunità locale si tratta, ad esempio, di supporto a iniziative socio-assistenziali, sportive e culturali, volontariato, presa in carico di problemi socio-ambientali, partnership in progetti con enti e soggetti del territorio. In riferimento all'ambien© Canstock Photo Inc. / dotshock



te si considerano le certificazioni ambientali (come ad esempio Iso14001, Ecolabel, FSC), le innovazioni di prodotto, l'utilizzo di energie rinnovabili, la riduzione delle acque, dei consumi, dei rifiuti e delle emissioni. Relativamente alla filiera dei fornitori, si può parlare di selezione consapevole degli stessi in base a criteri etici, ad esempio controllando la presenza di certificazioni, come Sa8000 e Emas, dichiarazioni ambientali di prodotto, mezzi a basso impatto ambientale e quantità di imballaggi. Per ciò che concerne, infine, i soggetti più coinvolti nell'organizzazione, ossia i lavoratori, si tratta di applicare il rispetto dei diritti e della persona: pari opportunità, sicurezza, codice etico, formazione e aggiornamento, certificazione Sa8000 e Iso26000, indagini sul clima aziendale, flessibilità degli orari, iniziative di aggregazione e aumento del senso di appartenenza, dialogo e in generale welfare aziendale dal punto di vista dei servizi offerti (nido aziendale, convenzioni con studi medici, borse di studio per la formazione dei figli, servizi culturali, ecc.). Per comunicare la CSR, un'organizzazione deve necessariamente partire da una buona comunicazione interna, per poi presentarsi all'esterno in modo trasparente

scegliendo di rendicontare un Bilancio Sociale (oppure Ambientale o di Sostenibilità), un Codice Etico e una Carta dei Valori, ma anche di legarsi ad una causa specifica e realizzare campagne promozionali di prodotti e servizi a sostegno di una causa sociale o ambientale (Cause Related Marketing), e soprattutto dimostrandosi parte attiva della realtà locale. La Responsabilità Sociale d'Impresa è inserita dal 2000 nella strategia dell'Unione Europea per rendere l'economia comunitaria più competitiva e dinamica, capace di una crescita economica sostenibile con un miglioramento quantitativo e qualitativo dell'occupazione e una maggiore coesione sociale. Anche l'Italia crede nell'importanza della CSR e lo dimostra con il Piano Nazionale sulla Responsabilità Sociale d'Impresa, ma nonostante questo la strada verso una CSR opportunamente integrata nella governance aziendale è ancora lunga. È importante che tutti portino il loro contributo al dibattito sulla Responsabilità e che gli stakeholder coinvolti percepiscano il valore aggiunto che le pratiche di CSR comportano all'organizzazione e alla società: cooperazione e partecipazione sono concetti chiave. Se la CSR entra a far parte della cultura, iniziando già dalle scuole fino alle imprese e alla società, esiste la concreta possibilità di raggiungere un benessere economico, ambientale e sociale che si protrae nel tempo.

Responsabilità sociale e welfare aziendale

"La fabbrica non può guardare solo all'indice dei profitti. Deve distribuire ricchezza, cultura, servizi, democrazia. Io penso la fabbrica per l'uomo, non l'uomo per la fabbrica." Adriano Olivetti lo diceva già cinquant'anni fa, oggi riconosciamo questo concetto nell'espressione "Welfare Aziendale". Si tratta di una questione spesso minimizzata, che solo recentemente viene affrontata in modo più approfondito. Per welfare aziendale si intende l'insieme di attività che un'impresa può decidere di attivare per migliorare il benessere dei suoi dipendenti, ad esempio favorire la conciliazione dei tempi lavoro/famiglia, accrescere il potere d'acquisto, promuovere iniziative di prevenzione della salute, agevolare la fruizione di attività culturali, sportive e ricreati-

© Canstock Photo Inc. / boggy



ve. In un periodo così difficile dal punto di vista economico, il welfare aziendale può effettivamente integrare il sempre più carente welfare pubblico. Ci sono nuovi bisogni sociali che richiedono soluzioni e le organizzazioni sono in grado di contribuire al raggiungimento di queste soluzioni, che siano però a lungo termine. Al fine

di creare una cultura del welfare non basta aumentare "di poco" la busta paga, bisogna andare più in profondità e accrescere il potere d'acquisto del lavoratore, farlo sentire parte dell'organizzazione, agevolarlo perché possa avere una famiglia e crescere e mantenere i figli. Ma l'organizzazione non deve agire da sola, anzi. Deve coinvolgere la comunità, le cooperative, i sindacati, le associazioni non profit, gli enti locali e le altre imprese. In questo modo la rete si amplia e il welfare funziona meglio.

Una ricerca realizzata nel 2013 dalla Uilcom (Unione italiana lavoratori e lavoratrici della comunicazione) e coordinata da B. Di Cola, N. Ferrigni e M. Pacetti ha cercato di fotografare l'attuale situazione nazionale del cosiddetto "Secondo Welfare", rilevando che per gli oltre 8000 lavoratori intervistati il bisogno maggiore riguarda l'equilibrio tra la sfera lavorativa e quella privata. Inoltre ha rilevato che solo il 2,8% dei lavoratori presi in analisi giudica "ottima" la qualità dei servizi di welfare offerti dall'azienda, mentre il 25% la reputa "scarsa".

Ascoltare i lavoratori è il primo passo per un welfare aziendale di successo; infatti i cosiddetti benefit non possono essere standard, bensì tarati su quelle che sono le richieste e i bisogni concreti dei lavoratori: anziani in casa, bambini piccoli, disabili, salute, benessere, cultura, sport, formazione personale e dei figli. Si tratta quindi di integrare i servizi pubblici con prestazioni sanitarie, previdenziali, polizze per le cure odontoiatriche, voucher per la cura familiare, asili aziendali, convenzioni. Ma si tratta anche di creare un clima aziendale positivo e coinvolgente, dove ogni lavoratore si sente bene dal punto di vista fisico, psicologico e sociale, percepisce di condividere un insieme di valori e un cammino di vita.

Quali sono i vantaggi che derivano dal welfare aziendale? Innanzitutto i lavoratori destinatari dei servizi sentono un legame con l'organizzazione, lavorano più volentieri, sono consapevoli di avere un

supporto nelle difficoltà, sono parte attiva e sanno di essere elementi determinanti per il successo dell'impresa nel tempo. Per quanto riguarda i datori di lavoro i vantaggi consistono in un capitale umano soddisfatto e maggiormente produttivo, un clima aziendale positivo ed efficiente, abbassamento del rischio e dei costi di turn over, miglior qualità e sgravi fiscali ed economici.

Fattori come la crescita intellettuale, professionale, relazionale di dipendenti e collaboratori, la sicurezza e la salute, il benessere psico-fisico, l'incremento della cultura e della formazione, l'equilibrio famiglia-lavoro sono determinati per garantire un giusto welfare aziendale e si deve agevolare l'organizzazione per metterla in condizione di poter offrire i servizi di cui i suoi lavoratori necessitano. Parafrasando Olivetti, dobbiamo pensare l'azienda per la persona e per il suo completo benessere.

un click per la tua salute



www.saluteperilveneto.it

prenota on-line la tua prestazione sanitaria privata

FARE **RETE**TRA IMPRESE

Percostruire relazioni, peressere competitivi e valorizzare il capitale sociale. Anche nel sistema sanitario

1. Ambulatori o imprese?

Il sistema pubblico, soprattutto quello sanitario, è un "colosso di argilla" scosso da una grave crisi di sostenibilità economica. Di conseguenza, anche il rapporto tra ambulatori privati e Regioni/ASL è caratterizzato da forte ambiguità e da un costante aumento della conflittualità. Conflittualità nella quale le Regioni cercano di "spremere" sempre più i laboratori privati e, dall'altra, gli ambulatori cercano di sopravvivere forti della qualità della prestazione e del rapporto fiduciario costruito con i clienti.

Il risultato è il costante ampliamento della forbice tra la domanda sanitaria espressa dalla popolazione e l'offerta di prestazioni e servizi attivati.

Da una parte, infatti, l'invecchiamento (ma non solo) della popolazione provoca un costante aumento della domanda di assistenza sanitaria; dall'altra, l'offerta pubblica di prestazioni e servizi vengono ridimensionate, schiacciate dai vincoli di bilancio. L'arretramento del Servizio Sanitario Nazionale provoca due effetti. Innanzitutto aumenta la conflittualità tra il sistema stesso e gli ambulatori privati che le Regioni vorrebbero sostituire con i servizi ospedalieri. In secondo luogo, apre aree sempre più vaste di domanda sanitaria e socio-sanitaria insoddisfatta che si rivolge al mercato privato. L'effetto è sotto gli occhi di tutti: un clima di guerriglia permanente tra le due istituzioni nel quale le parti rischiano di dissanguarsi, di delegittimarsi reciprocamente, di rompere il clima di fiducia faticosamente costruito con i cittadini/ clienti. In questa prospettiva, chi deve fare i primo passo?

Chi deve indicare la via per ridefinire una nuova cornice nella quale costruire un nuovo welfare in sanità? La mia risposta è che il soggetto che dovrebbe farsi carico di definire le linee guida di un moderno, efficiente ed efficace sistema sanitario è sicuramente lo Stato. Ma lo Stato è oggi paralizzato da veti ideologici sempre vivi, da vincoli di bilancio, da un forte vuoto di vision e di leadership.

Va però precisato che il Libro bianco sul futuro del modello sociale ("La vita buona nella società attiva") presentato nel 2009 dall'allora Ministro Sacconi prevedeva già un passaggio da un modello di tipo "risarcitorio" ad uno nel quale lo Stato "tira i remi in barca" e lascia il campo, in un'ottica di sussidiarietà, ad altri soggetti. Nella visione dell'ex Ministro lo Stato non deve gestire in proprio tutte le attività che storicamente si è autoassegnato, ma deve favorire liberalizzazioni e privatizzazioni, per ridurre il costo finale per il cittadino e consentire più concorrenza. Nel Libro bianco la retromarcia dello Stato viene affermata con nitidezza e determinazione.

In attesa di una nuova strategia operativa e della definizione di un nuovo ruolo dello Stato, agli ambulatori privati, se non vogliono mettere a repentaglio la loro stessa sopravvivenza, non restano che due opzioni.

La prima, prevede di continuare ad agire come si è sempre fatto. Restare immobili e dipendere dallo Stato che chiederà prestazioni sempre maggiori a costi sempre più contenuti. Gli ambulatori, visti come vittime volontarie di uno Stato assistenzialista e centralista. Un opzione che richiede un estenuante trattativa day by day con le Regioni/ASL in difesa di un vantaggio economico sempre più ridotto e marginale (la tradizionale "ricetta rossa"). La seconda, chiede agli ambulatori privati di diventare

"imprese" a tutti gli effetti e quindi di cambiare profondamente modello di business e di definire un nuovo posizionamento di mercato. Vista la situazione politica globale e la perdurante visione assistenzialista del ruolo dello Stato, l'imprenditore privato della sanità è "obbligato" a guardare con forza solo ed esclusivamente a questa seconda opzione.

Un'opzione che guarda al vastissimo mercato privato in ottica di collaborazione competitiva con altre categorie (medici, farmacisti, case di cura, ecc.) "per costruire un vero e proprio sistema integrato di servizi capace – come afferma Giorgio Verdecchia - di prendersi cura dei problemi dei pazienti e di accompagnarli lungo tutto il percorso diagnostico-curativo". Questa opzione richiede un grande e, per certi aspetti, epocale cambiamento delle attuali strutture ambulatoriali private. Il cambiamento non è richiesto solo all'imprenditore e al suo "fare impresa", ma richiede una radicale modifica degli aspetti organizzativi, una nuova modalità di gestione, unite ad una crescita dimensionale delle strutture.

2. Cos'è una rete d'impresa?

Tra le forme di collaborazione e partnership tra imprese, la rete consente ad attività imprenditoriali, di qualunque dimensione, di mettere insieme risorse ed esperienze per "accrescere, individualmente e collettivamente, la propria capacità innovativa e la propria competitività sul mercato".

La Legge 33/2009 e la successiva Legge n. 122 del 30 luglio 2010 hanno introdotto il "contratto di rete" tra le misure a sostegno dei settori industriali in crisi, stabilendo che due o più imprese possono impegnarsi a svolgere insieme una o più attività economiche rientranti nei rispettivi ambiti di competenza "sulla base di un programma comune di rete", collaborando e scambiandosi informazioni o prestazioni di natura industriale, commerciale, tecnica o tecnologica (vedi: "Fare rete tra imprese", a cura di T. Ceretta e G. Vecchiato, FrancoAngeli e Confartigianato Vicenza, 2012). Di fronte alla frammentarietà del panorama imprenditoriale italiano, alla fragilità e inadeguatezza talvolta dimostrate dal modello distrettuale e alla necessità di accorciare la filiera per aumentare i margini, la rete tra imprese diventa una delle risposte più valide contro le "turbolenze" e l'aggressività dei mercati internazionali. La Rete d'Impresa non è quindi una copia dei distretti; si differenzia dai consorzi e dai gruppi d'impresa (ATI, Associazione Temporanea d'Impresa), non ha una struttura analoga alla fondazione, né è assimilabile a forme di associazionismo o di collaborazione interaziendale legata ad un progetto/finanziamento "one shot". L'ottica temporale è, infatti, almeno di medio periodo e sono necessarie solide basi tecniche, finanziarie, organizzative, di processo e giuridiche a prescindere dall'intenzione o opportunità di valutare future fusioni, acquisizioni o partecipazioni tra le imprese contraenti. La rete supera, inoltre, la logica della specialità produttiva dei consorzi. Si avvicina quindi ad un modello di aggregazione societaria, ma non è ancora un "matrimonio tra imprese" che implica di affrontare questioni "nodose" come la rinuncia alla propria autonomia, la ripartizione dei ruoli, la definizione delle regole di governance e di ripartizione degli utili, ecc. Rispetto ad un assetto societario, la rete consente inoltre di giovarsi di una minore burocrazia e minori obblighi formali e di contenere

La creazione di legami forti, basati sulla fiducia e sulla condivisione, e contrattualmente sanciti sta quindi alla base di nuove collaborazioni tecnologiche, industriali e commerciali possibili di cui le imprese possono beneficiare per: aumentare la propria capacità di ricerca e sviluppo, la propria forza sul mercato, nonché il potere contrattuale nei confronti dei terze parti (pubbliche o private) e le possibilità di acquisire agevolazioni fiscali, amministrative e finanziarie. Oggi la Rete d'Impresa è un contratto a tutti gli effetti. Da un lato, consente alle imprese di aggregarsi per seguire obiettivi di business altrimenti non perseguibili; dall'altro, permette di mantenere la propria individualità, la propria strategia di mercato ed "autonomia imprenditoriale" (nei limiti degli accordi contrattuali tra



i partner) collaborando su progetti comuni, in maniera stabile e flessibile. Tempi, procedure, obiettivi condivisi saranno decisi dalle aziende in base al progetto che intendono realizzare insieme superando i vincoli della dimensione, ma mantenendo le qualità tipiche del proprio sistema produttivo quali la specializzazione, la flessibilità e la capacità di adattamento ai mercati.

3. La password per crescere: fare rete

In un recente convegno organizzato da ManagerItalia, il fare rete è stato definito come la "password per crescere".

Una domanda sorge spontanea: quali sono i nodi irrisolti, le ambiguità, rischi e le opacità? I punti chiave per evitare facili illusioni e per non considerare il "contratto di rete" come la bacchetta magica per uscire dalla crisi, sono:

- a) il contratto di rete deve valorizzare le singole imprese e non solo la partnership; b) premessa fondamentale è che le aziende siano solide, vitali e indipendenti (non devono dipendere unicamente dalla rete) e altamente specializzate;
- c) fare rete non significa fare le stesse cose di sempre, ma più in grande: significa soprattutto fare innovazione, adottare una strategia comune a lungo termine di innovazione e di innalzamento della capacità competitiva delle imprese partecipanti e il grado di specializzazione delle singole;
- d) la governance della rete deve stimolare la fiducia, a tutela della partnership, assicurando nel contempo un'equa distribuzione dei risultati: fiducia e stima tra partner stanno alla base; prima di essere una rete d'imprese bisogna essere una rete di persone e condividere un sistema di valori;
- e) il "contratto" è solo l'inizio e va affiancato da una chiara comprensione della sfida competitiva, dalla definizione di linee guida sulle quali procedere e di un piano d'azione concreto e condiviso: obiettivi strategici, programma di rete, diritti e obblighi assunti, durata del pro-gramma, modalità di adesione e recesso dalla Rete;
- f) vanno sincronizzati la progettazione di nuovi prodotti/servizi e la strategia di vendita e distribuzione (un regolamento interno dovrà definire la gestione delle procedure);
- g) vanno definiti chiari sistemi di valutazione delle performance (indicatori), gli obiettivi e i target;
- h) vanno individuati e formati i "manager della rete", manager dedicati con competenze nella gestione e nello sviluppo della collaborazione tra soggetti diversi (per dimensione, localizzazione, competenze);
- i) è necessario definire un sistema informativo efficace per collegare tutti i "nodi" della rete e mantenere le relazioni tra partner in modo rapido.

Solo se si sarà in grado di intervenire su questi aspetti, con particolare attenzione per quelli relazionali, le reti potranno diventare un reale strumento di competizione, di crescita e di sviluppo, anche nel sistema sanitario.

CIP, BILANCIO DI FINE ANNO

E tanti nuovi progetti per il 2015



di Ruggero Vilnai, presidente Cip Veneto

Il 2014 è stato per il comitato paralimpico (Cip) Veneto un anno molto intenso di attività e glorioso per i risultati conseguiti. Sono troppe le persone disabili che non conoscono o che non hanno ancora provato una qualche disciplina sportiva. Dobbiamo farlo non solo per allargare il bacino di utenza ma soprattutto per offrire loro opportunità, perché praticare sport vuol dire salute fisica, mentale, integrazione e socializzazione. Noi addetti ai lavori dobbiamo impegnarci di più su quest'obiettivo, perché è solo aumentando il numero che troveremo atleti di qualità per farci sognare negli appuntamenti internazionali. E' proprio con questo spirito che il Cip Veneto si è impegnato in vari fronti: l'informazione cartacea e telematica; la realizzazione di 11 progetti con l'Inail e l'avvicinamento allo sporti di ben 69 assistiti Inail, con i corsi di orientamento e avviamento. In particolare il 22 e 23 novembre scorso, presso la fondazione Oic di Padova, si è svolto il primo "Raduno promozionale della boccia", una nuova disciplina introdotta solo quest'anno in Italia, che consente anche a persone con una grave disabilità (persone cerebrolese, tetraplegici e con patologie neurologiche) di poter praticare uno sport. Il Cip si è anche occupato dell'organizzazione dei corsi di formazione-informazione "Scuola, Sport e Disabilità", per gli insegnanti della scuola secondaria (I e II grado), soprattutto di ed. fisica e di sostegno, in sei province del Veneto, con la partecipazione di ben 272 docenti; ha promosso il bando del Cip Nazionale "Lo sport per tutti a scuola", con ben 4 progetti veneti sui 25 premiati: "Integralmente sport e cultura 2013-14" dell'istituto Catullo di Belluno in collaborazione con gli Arcieri del Piave (1° classificato); "A scuola in canoa", istituto comprensivo di Polesella (Ro) in collaborazione con Asd Canoe Rovigo (3° classificato); "Gioco anch'io" dell'istituto A. da Schio (Vi) in collaborazione con Asd H81 (8° classificato); "Unified sport for all – attività sportiva unificata" istituto comprensivo di Casteller (Tv) in collaborazione con Polisportiva Olimpia Postioma (10° classificato). Inoltre, grazie al prezioso aiuto del coordinatore regionale di educazione fisica, prof Claudio Dalla Palma e alla collaborazione di tutti gli insegnanti, è stato inviato un questionario a tutte le scuole primarie della Regione che ci ha permesso di avere un quadro generale sul numero di studenti con disabilità presenti nelle scuole primarie Venete. Per il 2015, è intenzione del Cip Veneto attuare il progetto, ideato e promosso dal Cip Liguria, dell'"Osservatorio permanente sul sistema di integrazione alla pratica sportiva degli studenti disabili". Si tratta di uno strumento dalla duplice funzione: una mappatura sul numero di studenti con disabilità presenti negli istituti veneti e il loro livello d'inclusione durante le ore di ed. motoria; e la creazione di un database online nel quale alunni, genitori ed insegnanti possano facilmente venire a conoscenza di quali società operano sul territorio. Il 4 e 5 ottobre si è tenuto a Roma "Believe to be alive" promosso dal Cip Nazionale, che ha visto il mondo paralimpico italiano protagonista di un evento primo nel suo genere: il sabato mattina si è tenuto l'incontro, in udienza privata in Sala Nervi, con papa Francesco mentre la domenica, lungo via della Conciliazione, si è svolta una sorta di "Giornata Nazionale Paralimpica", con atleti di tutta Italia impegnati nelle dimostrazioni delle varie discipline paralim-



piche. E' stata una bellissima esperienza anche sotto il profilo dello stare insieme e dello stringere nuove amicizie. La giunta della Regione Veneto, dopo quattro anni, anche grazie all'intervento del Cip Veneto, ha deliberato di ri-finanziare la legge regionale 17/2003 mirata alla promozione dello sport paralimpico veneto, destinando un contributo di 100mila euro. Per l'anno prossimo è già al vaglio una nuova legge, in sostituzione della 17/2003. Anche quest'anno Ascotrade ha deciso di rinnovare il Progetto "Mi piace di cuore", mettendo a disposizione 20 mila euro, che andranno a favore di quattro società sportive venete. Per concludere, desidero congratularmi con le società sportive che hanno saputo organizzare importanti appuntamenti paralimpici (campionati italiani, tornei, giornate promozionali, convegni, corsi, ecc.), ai quali il Cip Veneto ha cercato di essere sempre presente e di dare il proprio aiuto. Infine, un ringraziamento particolare al prof Angelo Ferro per aver aperto le porte della fondazione Oic al Cip Veneto, diventata ormai una sorta di "casa dello sport paralimpico veneto". Infatti, grazie a delle strutture attrezzate, accoglienti e senza barriere molte delle nostre federazione e società hanno deciso di organizzare qui raduni ed eventi importanti. Visite le imminenti festività, colgo

Visite le imminenti festività, colgo l'occasione auguro a tutti voi buon Natale e felice anno nuovo, a nome dell'intero gruppo di lavoro del Cip Veneto.





SPORT E TEMPO LIBERO: PRIMA REGOLA, LA SICUREZZA

Quinta giornata della Salute: l'allenatore come primo medico dei bambini

on un piccolo, ma fondamentale sforzo di attenzione, allenatori e dirigenti delle società sportive possono svolgere un ruolo importante per la salute dei bambini a cui si dedicano. E anche gli adulti che fanno sport devono fare uno sforzo di consapevolezza, se si vuole che il tempo passato nei parchi e nelle palestre non porti con sé aspetti di rischio. L'invito, duplice, viene dalle Ulss di Chioggia e di Venezia, ed è stato lanciato nel corso degli eventi "Sport e tempo libero: prima regola, la sicurezza" svoltosi in entrambe le città. L'allenatore come primo medico dei bambini. Il primo fronte è quello degli atleti più piccoli: "Gli allenatori delle varie discipline, dal calcio alla ginnastica artistica, possono essere i primi angeli custodi dei bambini e dei ragazzi che praticano sport - ha spiegato Emanuele Malusa, medico dello Sport, nel corso dell'appuntamento svoltosi a Chioggia - perché possono essere 'osservatori competenti' in grado di riconosce i sintomi di piccole e grandi patologie. E' importante quindi che al loro ruolo di insegnanti di tecniche sportive e di tattiche aggiungano quello di adulti appassionati alla crescita corretta dei ragazzi. Nello stesso tempo, allenatori, istruttori e dirigenti possono e devono essere

i garanti del delicato equilibrio tra gioco e agonismo, tra competizione e divertimento; equilibrio che va sempre garantito per non trasformare la pratica sportiva dei più giovani in un momento deleterio sul piano fisico e psicologico, invece che utile alla crescita". Il sistema sanitario, spiega-



no le due Ulss, può e deve affiancare questi operatori delle società sportive, con momenti di formazione e di approfondimento. Con un dialogo pieno, medici e operatori dello sport possono limitare certe distorsioni, che a volte emergono: si pensi al disagio psicologico dei bambini messi in disparte quando nella squadra si privilegia in modo troppo netto chi eccelle e "fa gol", lasciando "in panchina" chi invece avrebbe solo voglia di giocare insieme agli altri; da situazioni come queste, segnalano i medici, nascono a volte forme di disagio anche pesanti, che sfociano in disaffezione alla pratica sportiva, ma anche in disturbi del comportamento alimentare e della socialità, e perfino a pulsioni suicide. Dare un valore pieno alla visita medica preventiva. Durante gli eventi organizzati in collaborazione con NES, dai medici delle due Ulss è venuto anche l'appello affinché allenatori e operatori dello sport siano sempre più attenti alle conseguenze fisiche che possono derivare da forzature ed eccessi: "Occorre essere consapevoli ha spiegato a Venezia il dottor Rosario Conte – che la ripetizione forzata dello stesso movimento e dello stesso esercizio può portare vantaggi nella competizione, ma può anche essere causa di atteggiamenti deformanti, o di incidenti da stress. E anche qui, risulta fondamentale la preparazione e la consapevolezza responsabile dell'istruttore o dell'allenatore". "Da vere agenzie di benessere e salute - continua il dottor Conte - le società sportive non sminuiscano il senso e l'importanza della visita medica preventiva, richiesta a chi fa sport. Questa visita non va ridotta ad una formalità fastidiosa, magari da evitare, spesso da compiere in modo affrettato; è piuttosto un'occasione importante per un check-up ai nostri ragazzi, e spesso è il primo e l'ul-



contempo le regole del movimento e dello sport, specie in età adulta, vanno prese sul serio. Tutte: "Non va mai perso il buon senso che porta a non correre in agosto nelle ore di gran caldo, o a percorrere sentieri di montagna troppo difficili, o a forzare in palestra più di quanto si debba. La prima regola è quindi per tutti quella della gradualità dello sforzo durante l'attività praticata. E' per questo – continua il dottor Malusa - che occorre imparare ad utilizzare le piccole tecniche o le piccole tecnologie che misurano i 'ritmi del corpo': le pratiche dell'autoascolto o l'uso del cardiofrequenzimetro non sono inutili orpelli, ma al contrario sono accorgimenti che davvero consentono di fare sport senza rischi". E infine è importante fare sempre uso di mezzi di protezione prescritti – si pensi ai caschetti per chi pedala, o alle ginocchiere per chi fa pattina o fa volley, o ai catarifrangenti per chi corre la sera - perché trascurarli può trasformare lo sport in un momento pericoloso, e vanificarne quindi i benefici. "I medici non scoraggeranno mai conclude il dottor Malusa – la pratica sportiva. Ma molte cose, dai calzini ai plantari ai tessuti indossati sulla pelle e a quelli che proteggono dalle intemperie, sono importanti per divertirsi e gareggiare evitando di averne danni maggiori rispetto ai benefici".

timo elettrocardiogramma, la prima e ultima visita "complessiva" sul loro stato di salute". Una serie ampia di regole, per lo sport degli adulti. Pensando poi allo sport del tempo libero praticato dagli adulti, i medici non nascondono un richiamo e una preoccupazione: "Ovviamente fa piacere ad un medico - spiega il dottor Malusa - vedere persone adulte che camminano, corrono, si tengono in movimento. Ma va anche detto che lo sport del tempo libero non deve essere sport 'autogestito' né sport 'privo di buon senso'. E invece accade che si vedano, per strada, in montagna, ma anche in città, persone che dimenticano le regole più elementari della sicurezza". E allora: "Sì all'attività fisica nelle strutture e all'aperto. perché fa bene al corpo, e inoltre riduce l'ansia e lo stress, previene atteggiamenti di chiusura e di autoesclusione, aumenta la tolleranza, alza la soglia del dolore, potenzia la reattività e la creatività, tanto che anche le grandi società private moderne scommettono sul sano movimento dei dipendenti, incentivando la ginnastica collettiva o introducendo la palestra aziendale". Però nel

Servono più defibrillatori e più buon senso

A margine dell'evento veneziano, l'Ulss 12 ha lanciato un ulteriore appello sul tema delle attrezzature per la sicurezza: "Un defibrillatore non è un optional, in ogni palestra e in ogni struttura – spiega il Direttore Generale Giuseppe Dal Ben – e l'Azienda sanitaria è pronta ad una partnership con le società sportive, le palestre, i gestori di impianti. Pun-

tiamo a ripetere nelle strutture del tempo libero e dell'agonismo quella sinergia già realizzata ad esempio con gli Albergatori della città, o con i gestori dei campeggi nell'area balneare del Cavallino, che ha già diffuso molte decine di DAE



e che fa ha fatto di Venezia una città cardioprotetta".

A Chioggia parlare di tempo libero e sicurezza, infine, ha voluto dire parlare molto anche di motorini e giochi gonfiabili, e di piccoli e grandi traumi conseguenti al loro uso. "Nella nostra realtà – ha detto il dottor Mario Lattere, Primario di Pediatria dell'ospedale clodiense – sono tantissimi i ricoveri egli interventi dovuti ad incidenti sulle strade o nelle aree gioco. Anche qui una nuova sicurezza non può che passare attraverso il rispetto delle regole elementari del buon senso, ma anche attraverso l'uso dei dispositivi di protezione, prescritti e troppo spesso dimenticati da chi si muove nel traffico".



MUOVERSI OLTRE OGNI **OSTACOLO**

Confronto diretto tra medici e pazienti, per un Convegno dinamico in occasione della Giornata Nazionale del Parkinson



di Antonella Prigioni

a tenerezza e la forza degli sguardi, carichi di fiducia e speranza, delle decine di pazienti che erano in sala. Più di un centinaio gli occhi che, mentre moderavo il convegno organizzato nell'Aula Magna dell'Opera Immacolata Concezione di Padova, per la Giornata Nazionale del Parkinson, hanno incrociato i miei trasferendomi un potente messaggio di voglia di vivere e lottare, che sarebbe l'unica cosa da scrivere in questo resoconto di una mattina di confronto tra medici e pazienti, associazioni ed istituzioni, sulla delicata questione della malattia del Parkinson e la sua gestione. Un seminario di studio promosso da Padimo, Associazione malattia di Parkinson e Disordini del Movimento, in collaborazione con la segreteria scientifica della Clinica Neurologica dell'Azienda Ospedaliera di Padova, Limpe la Lega Italiana per la lotta contro la Malattia di Parkinson le Sindromi Extrapiramidali e la Demenza e Dismov - Sin, l'Associazione Italiana Disordini del Movimento e Malattia di Parkinson. Creare una rete di coordinamento, tra le associazioni per poter incidere con efficacia nello sviluppo delle cure e dell'assistenza dei pazienti, è la linea condivisa espressa sia da Giuseppe Caraccio, presidente di Padimo, che da Gianpaolo Cappelletto presidente dell'Associazione italiana Parkinson di Treviso. Solo unendo le forze senza disperderle per Mirella Paioli, presidente

dell'associazione Vivere e Sorridere si può continuare a cercare di sorridere, anche se qualcosa non va. Sforzi comuni ed unitari che devono spingere le istituzioni ad attivare un servizio di assistenza e riabilitazione territoriale, fondamentale per la cura dei malati di Parkinson. Sviluppare la domiciliarità – ha evidenziato Domenico Scibetta, direttore sanitario dell'Ulss16



di Padova - è l'unico modo per combattere un'epidemia globale, quella delle malattie neurodegenerative che ha i numeri di una guerra. La prevenzione e la diagnosi precoce sono le armi per debellare il conflitto e renderlo economicamente socio sostenibile. Le risorse anche per la sanità sono in diminuzione, necessario impiegarle meglio, e quindi incrementando le strutture territoriali e riducendo gli ospedali, la direzione sottolineata anche da Leonardo Padrin, Presidente della V commissione sanità del Veneto. Un impegno che le amministrazioni locali nei limiti della propria competenza cercano di mettere in campo, come ha spiegato il vice sindaco di Cadoneghe, Mirco Gastaldon. A volte bastano una palestra, una piscina per la riabilitazione, una sala dove far ballare, per aiutare i malati di Parkinson ha evidenziato, nella sua relazione, Daniele Volpe fisiatra. Il medico ha anche posto l'accento sulla necessità che la riabilitazione preveda un approccio completo di tipo neuropsicologico, che coinvolga l'intera persona attraverso la musica, la danza o esperienze motorie analoghe che hanno effetti anche sull'umore. In Irlanda il ballo è usato come terapia, il tango migliora l'equilibrio e lo stato d'animo. Interventi che non si possono effettuare negli ospedali ma devono poter contare su un percorso estensivo territoriale. In Olanda l'80 per cento dei malati è curato a casa con riabilitazione continua. In Italia sono pochi gli ambulatori e assenti gli interventi a domicilio. Carenze a cui sopperiscono strutture private che attuano percorsi specifici di riabilitazione. Il Parkinson in Veneto interessa 15mila famiglie, in Europa il costo sociale della malattia ammonta a 13 miliardi di euro, il 10 per cento dei pazienti ha dai 20 ai 40 anni. Dati epidemiologici snocciolati da Angelo Antonini, neurologo e ricercatore, che ha annunciato la sperimentazione in Veneto, grazie all'aggiudicazione di un finanziamento europeo, di un progetto per la cura del paziente a casa attraverso la telemedicina e il telemonitoraggio. Un controllo costante dei momenti di on ed off della perso-





na, grazie ad una speciale soletta digitale. Novità interessanti sono state presentate anche nell'ambito delle terapie farmacologiche e chirurgiche. Manuela Pilleri, neurologa, ha illustrato gli studi in corso sui farmaci da impiegare quando la terapia inizia a fare i capricci e a produrre le discinesie, citando la safinamide, l'istradefilina, l'afq056 e le nuove formulazioni per la levodopa. Capitolo a parte la ricerca sull'impiego delle cellule staminali, arenata per motivi etici che mal digeriscono il prelievo necessario delle cellule embrionali dal feto, alla settima settimana. Gian Luigi Ricchieri, si è soffermato sulla terapia infusionale, mentre Rocco Quatrale ha documentato le nuove frontiere della neurologia funzionale, quella che si avvale della terapia chirurgica attraverso la stimolazione cerebrale. Un gran lavoro di squadra, quello tra medici, pazienti ed associazioni. I volontari sono una risorsa, ha evidenziato la neurologa Marina Saladini di cui la politica deve tenere conto. Un assist lanciato all'europarlamentare del Partito Democratico, nonché candidato alle prossime regionali Alessandra Moretti, intervenuta in sala. La parte più emozionante della mattinata è stato il confronto tra medici e pazienti, domande e risposte in un clima di reciproco aiuto che ha avuto il momento di massima intesa in una danza corale. E nell'aula magna si sono tutti scatenati sulla pista del non mollare mai....

Alcune immagini del convegno. In questa pagina, due momenti di Danza Terapia. Sotto, il presidente della V Commissione Regionale Sanità Leonardo Padrin

Padrin: la sanità deve cambiare

Troppi ospedali, la sanità deve cambiare. Non usa giri di parole Leonardo Padrin, presidente della V Commissione Regionale Sanità del Veneto, intervendo al Convegno per la giornata nazionale del Parkinson organizzato da Nordestnet presso l'Opera Immacolata Concezione di Padova. «Plaudo a questa iniziativa – spiega Padrin – per-

ché il Parkinson è una patologia sempre più diffusa. È importante quello che ha proposto Giuseppe Caraccio, organizzatore di questa giornata, di un coordinamento tra le varie associazioni che si occupano di Parkinson: è un modo per capire meglio le esigenze dei malati di Parkinson e dei loro familiari. Ed è proprio partendo da questa constatazione che dobbiamo renderci conto che il mondo cambia velocemente, e con esso anche la sanità: il Piano Socio Sanitario approvato dalla Regione Veneto non più



tardi di due anni fa andrebbe già aggiornato. Perché va superata una vecchia mentalità ospedaliera, che ha prodotto un esubero di strutture. I fondi che la Regione destina agli ospedali sono adeguati, ma gli ospedali sono troppi. Secondo tutte le ricerche, il bacino ideale per ogni struttura ospedaliera dovrebbe essere di 300mila abitanti. Con questi numeri, in Veneto basterebbero una ventina di ospedali. Ebbene, solo a Padova, che è una delle province più virtuose, ci sono sei ospedali». Secondo Padrin, la sanità deve andare sempre di più verso la domiciliarità, verso servizi di prossimità. «Casi come il Parkinson sono eloquenti: una buona sanità territoriale deve essere l'obiettivo verso il quale puntare, gli ospedali devono diventare sempre di più punti di riferimento per gli acuti».



QUALSIASI DECISIONE VA PRESA CON IL **DIALOGO**

La candidata del PD alla guida della Regione al convegno sul Parkinson: «Apprezzamento per il lavoro che fate»

'occasione è stata la giornata nazionale del Parkinson, che si è svolta a fine novembre a Padova, grazie a Nordestnet e Padimo. II pubblico dell'Opera Immacolata Concezione - medici, pazienti, familiari - ha potuto ascoltare da vicino Alessandra Moretti, eurodeputata del Partito Democratico, alla vigilia delle Primarie del suo partito, che l'hanno incoronata poi, con il 69% delle preferenze, candidata alla presidenza della Regione Veneto per le prossime elezioni regionali. Un discorso breve,



ma nel quale non si è toccato solo il tema del Parkinson, ma anche questioni più generali sulla sanità veneta, che sarà sicuramente uno dei temi centrali della campagna elettorale di primavera.

«Il Parkinson - ha esordito l'on. Moretti - colpisce 200mila persone in Italia, molte qui in Veneto. Non spetta certo a me addentrarmi in questioni scientifiche, soprattutto di fronte a relatori tanto qualificati, che ogni giorno – con il loro lavoro – cercano di aiutare i pazienti e i loro familiari. Quello che posso dire è che la ricerca va sostenuta ed incoraggiata. E che nel caso specifico della malattia di Parkinson, è importantissima la riabilitazione. Poter offrire ai pazienti una chance per migliorare la propria condizione, per mantenere la propria autonomia, per affrontare con dignità una situazione di difficoltà. Ogni paziente, ogni caso è diverso: bisogna studiare percorsi di cura e riabilitativi personalizzati. Una attenzione che richiede umanità, professionalità e risorse. Elementi che ritroviamo spesso nel nostro Veneto, terra di solidarietà e di aiuto reciproco. Ma non si può lasciare alla nostra cultura e al nostro modo di vivere il compito di rispondere ad una richiesta. C'è bisogno di una sanità efficiente».

Ed ecco appunto l'affondo sulla sanità: «La nostra Regione destina gran parte del suo bilancio alla Sanità, è giusto pretendere servizi di

qualità. Vanno superate certe logiche del passato, che sembrano rispondere più ad interessi di campanile che a ragioni di efficacia. Vanno integrati maggiormente l'assessorato alla Sanità e quello alle Politiche Sociali (magari unificandoli) perché spesso - in passato - la mano destra non sapeva quello che faceva la sinistra, creando situazioni di confusione e spreco. Non vanno demonizzate le strutture convenzionate, come è avvenuto negli ultimi anni: su tariffe imposte dalla Regione, esse integrano l'offerta del servizio pubblico che - per personale e strumentazione - non riesce a soddisfare tutte le richieste del territorio. Si tratta di una forma di sussidiarietà quanto mai necessaria: la popolazione invecchia, le patologie cambiano. Oggi non a caso siamo qui per parlare di Parkinson. E allora, bisogna tenere presente questa trasformazione della società e dare le risposte adeguate.

So che in questa sede, oltre ad ascoltare le relazioni dei medici, ci saranno le testimonianze di alcuni pazienti. Ecco, in generale credo che l'insegnamento maggiore – soprattutto per chi ricopre un ruolo pubblico - oggi venga proprio da questa scelta: qualsiasi decisione va presa grazie al dialogo, all'ascolto, alla partecipazione».

PROROGA PER IL PREMIO GIORGIA IAZZETTA

C'è tempo fino al 31 dicembre per partecipare



C'è ancora tempo per partecipare al Premio giornalistico "Giorgia lazzetta". Nordestnet srl (editore della rivista NES Nordest Sanità e promotore dell'iniziativa) ha deciso infatti di raccogliere ancora candidature fino al 31 dicembre 2014. Si ricorda che questa è la terza edizione del Premio giornalistico "Giorgia lazzetta", patrocinato dall'Ordine dei Giornalisti del Veneto.

Il 30 novembre 2011 è scomparsa prematuramente Giorgia lazzetta, 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. Possono concorrere al Premio gli autori di servizi in lingua italiana pubblicati da quotidiani, agenzie di stampa, settimanali, periodici, siti internet, o di servizi radiotelevisivi, pubblicati, trasmessi o diffusi nel periodo compreso tra il 1º gennaio 2014 ed il 30 ottobre 2014. 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.



LE **AFTE**

Sono ulcere dolorose che possono insorgere sulle mucose

a cura del prof. **Cleto Veller Fornasa**, direttore dell'Unità Operativa Complessa di Dermatologia dell'Ulss 6 di Vicenza



Le afte sono ulcere dolorose, ben definite, rotondeggianti, generalmente poco profonde, che possono insorgere sulle mucose orali e genitali.

In base alle loro caratteristiche cliniche si distinguono afte Miliari (o erpetiformi), di un mm. di diametro circa, Minor (80% dei casi), fino ai 4-5 mm di diametro e Major, oltre il mezzo cm.

Si parla di Aftosi o Stomatite Aftosa Ricorrente (SAR) quando ci si trovi in presenza di afte recidivanti. I sintomi iniziano nell'infanzia o nell'adolescenza.

La frequenza e la gravità delle recidive normalmente diminuiscono con l'avanzare degli anni. Le ulcere che si presentano clinicamente come SAR ma che fanno parte di quadri complessi e/o compaiono in età adulta dovrebbero correttamente chiamarsi ulcere simil aftosiche

La SAR è più comune nel sesso femminile, nei bianchi, nei soggetti ad elevato stato socio economico e nei non fumatori (le alterazioni epidermiche indotte dal fumo creano resistenza all'insorgenza dell'afta).

La comparsa dell'afta in corso di SAR può essere legata a

- Traumi locali
- Insulti chimici
- Stress
- Sensibilità ad alimenti o conservanti ed aromatizzanti
- Fasi ormonali
- Sospensione del fumo
- Farmaci

In molti casi però non si rinvengono correlazioni degne di nota. E' interessante osservare che gli individui con eczema costituzionale, rinite, asma e congiuntivite allergiche, ecc. (soggetti atopici) a causa delle loro congenite alterazioni di barriera e di funzionalità immunitaria sono più frequentemente sofferenti di SAR. Anche questa osservazione induce a ritenere che l'aftosi sia dovuta ad un meccanismo patogenetico che prevede uno stimolo (antigenico e non) che innesca in soggetti predisposti una reazione citotossica contro le cellule epiteliali mucose, con morte dei cheratinociti e reazione infiammatoria coinvolgente diversi tipi di cellule e citochine.

Uno dei possibili elementi predisponenti sarebbe anche la diminuzione nella saliva dei soggetti affetti da SAR della epcidina, peptide antimicrobico in grado svolgere un effetto antibatterico nei confronti di germi gram negativi presenti in bocca. Al di là di molti stimoli antigenici ipotizzati (virus erpetici, citomegalovirus, adenovirus ecc) quello che per il momento appare dimostrato è il verificarsi di una reazione autoimmune in presenza





di Streptococcus Oralis/Sanguis contro una 60 kDa heat shock protein umana mitocondriale. In soggetti predisposti la sintesi di anticorpi Anti Str. Oralis induce una reazione crociata con la heat shock protein mitocondriale innescando quindi un processo di autoaggressione che porterà all'insorgenza dell'afta.

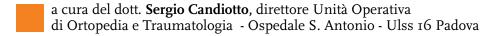
Per quanto riguarda le ulcere simil aftosiche possono essere presenti in molte patologie autoimmuni (M. di Behçet, rettocolite ulcerosa, M. di Crohn, celiachia ecc.), in sindromi rare come la MAGIC sindrome, o la PFAFA o in corso di deficit nutrizionali e carenza di folati, ferro, vitamine B1,B6,B12, zinco.

La terapia della singola afta può essere affrontata con presidi locali consistenti in anestetici, antidolorifici, antisettici, antinfiammatori naturali e sintetici, promotori del metabolismo cellulare, antibiotici e cortisonici topici.

Nei casi invece più gravi caratterizzati da ulcere profonde o recidive frequenti vengono usati farmaci sistemici anche molto importanti che vanno dallo zinco solfato al cortisone, dalla colchicina, pentossifilina, dapsone, alla clofazimina, talidomide, azatioprina fino agli antiTNF.

LA CHIRURGIA MINI-INVASIVA

IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





Da alcuni anni sta crescendo l'interesse anche dei chirurghi ortopedici per la chirurgia mini-invasiva, soprattutto per i grandi vantaggi clinici o organizzativi che le metodiche mini-invasive consentono. Negli altri settori chirurgici tali moderne tecniche sono utilizzate da parecchi anni. Basta ricordare la chirurgia generale (calcoli delle cistifellea, tumori dell'intestino, etc.), la ginecologica, la cardiochirurgica, la nerurochirurgica e così via.

Finalmente anche l'ortopedico ha individuato nelle metodiche mini-invasive (la "tissue sparing surgery" della letteratura scientifica) delle possibili strade per arrivare a risultati clinici più vantaggiosi, con minori sofferenze per il malato e minori costi per il servizio sanitario. La minore aggressività chirurgica riduce infatti i danni ai tessuti e ai muscoli in particolare. Si verificano inoltre minori perdite ematiche e quindi c'è un minor bisogno di trasfusioni. E' inoltre costantemente ridotto il dolore post-operatorio ed è possibile iniziare precocemente la riabilitazione. Di conseguenza viene sensibilmente ridotta la degenza ospedaliera e il paziente viene affidato più velocemente ai centri di riabilitazione. Può infine riprendere più rapidamente l'attività normale. Insomma, grandi vantaggi e costi più contenuti, in linea con le moderne esigenze di gestione del sistema sanitario Da ciò emerge il grande vantaggio dell'utilizzo delle metodiche mini-invasive, che rappresentano oramai un fatto culturale irrinunciabile se si vuol fare correttamente una chirurgia innovativa dei traumi scheletrici e delle malattie ortopediche, più vantaggiosa e causa di minori ansie e sofferenze per il malato. Nel passato della chirurgica ortopedica si ricordano infatti le grandi incisioni chirurgiche, le elevate perdite ematiche, le maggiori sofferenze, il maggior fabbisogno di sangue, le degenze ospedaliere più lunghe e la ripresa più lenta delle normali attività. Più dolore, più sofferenze e più costi insomma è quanto ha prodotto finora la chirurgia tradizionale. Ora anche noi ortopedici abbiamo imparato che, ad esempio, per una protesi d'anca basta un'incisione di 6/7 cm, che si possono risparmiare i muscoli e i tendini, che possiamo utilizzare il 50% in meno di sangue da trasfondere, che possiamo ridurre notevolmente la degenza e che siamo in grado di avviare più rapidamente la riabilitazione. Poco da mettere confronto invece con le tecniche tradizionali che richiedevano notoriamente tempi lunghi e grandi sofferenze per numerosi intervento ortopedici. Sempre più spazio viene riservato alle tecniche mini-invasive nella chirurgia protesica (anca, spalla, ginocchio) e ricostruttiva (instabilità della spalla, lassità del ginocchio e della caviglia). Sono in particolare i soggetti giovani o gli sportivi a beneficiare del minor peso dell'intervento chirurgico e della più veloce ripresa funzionale garantiti dalla mini-invasività. L'applicazione delle protesi, più frequente nei pazienti più anziani, trova vantaggiose condizioni proprio per la presenza di altre malattie (diabete, vasculopatie, etc.), tipico delle età avanzate. Con la chirurgia mini-invasiva è possibile infatti operare anche pazienti molto anziani o a rischio, gra-



Incisione anteriore di circa 6/7 per applicare la protesi d'anca con la tecnica mini-invasiva

zie al minor stress prodotto dalla mini-invasività.

Numerose fratture possono essere trattate con la chirurgia miniinvasiva, specie quelle articolari o delle diafisi delle ossa lunghe. L'utilizzo di speciali placche (a "scivolamento") o di chiodi endomidollari consentono di ridurre e stabilizzare le fratture con esposizioni chirurgiche limitate e con minori sofferenze. Il reparto ortopedico dell'ospedale S.Antonio di Padova si sta da anni specializzando in questa nuova, particolare, affascinante e vantaggiosa tecnica nella chirurgia protesica, nel trattamento dei traumi scheletrici e nelle ricostruzioni articolari. I risulttai finora ottenuti sono lusinghieri e promettono un futuro ancora migliore. Interventi più semplici, minori sofferenze per il malato, ricoveri più brevi, costi minori, un più rapido recupero funzionale e il poter operare paziente "difficili" per età e condizioni cliniche rappresentano gli aspetti più importanti delle tecniche chirurgiche mini-invasive. I risultati sono sempre più apprezzati e ciò porterà i medici e i malati a scegliere, laddove possibile, la chirurgia mini-invasiva.



SPESA SANITARIA IN DISCESA

Rossi Mario

Per la prima volta in venti anni. Ora bisogna riorganizzare i servizi

Nel 2013 per la prima volta in vent'anni scende la spesa sanitaria e il deficit è azzerato. Potrebbe anche sembrare una buona notizia, e Anisap si augura che lo sia: lo è (e lo sarà anche per il futuro) soltanto se saranno riorganizzati i servizi in modo razionale e intelligente. Per coglierlo, osserviamo i dati contenuti nel Rapporto Oasi 2014 di Cergas e SDA Bocconi con la collaborazione di Bayer.

La diminuzione della spesa pubblica in sanità si è registrata nel 2013 sia in termini assoluti (i 112,6 miliardi spesi rappresentano una riduzione dell'1,2% rispetto al 2012), sia in rapporto al Pil, passando dal 7,3% al 7,2%. Il disavanzo si è ridotto a circa l'1%

Padova

REGIONE

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28 D 4 4 5 X

RESISMRO 6 M 28

della spesa corrente, ma non solo, perché se si contabilizzano le addizionali Irpef incassate rispettivamente nel 2013 e nel 2014, si può persino calcolare un avanzo di 518 milioni nel 2012 e di 811 milioni nel 2013. Per usare le parole di Elena Cantù e Francesco Longo, i curatori del Rapporto, "il sistema è ora pienamente sostenibile. Dalla fase di rapido contenimento della spesa dobbiamo ora riorganizzare i servizi allineandoli all'epidemiologia emergente".

Ma c'è una parte del Rapporto che Anisap considera particolarmente rilevante: "Il contenimento della spesa è avvenuto anche attraverso forme di razionamento quali le liste di attesa o i tetti sui volumi di prestazioni erogabili dai privati accreditati. A motivo di tali vincoli, i privati accreditati si trovano a utilizzare, in media, poco più del 70% della propria capacità produttiva, con evidenti minacce al loro equilibrio economico".

E ancora: "Gli italiani hanno cominciato a trattare la propria salute come un bene di lusso. Le spese nei beni di lusso sono le prime a essere tagliate quando si riduce il potere d'acquisto e la spesa in sanità ha seguito questa stessa parabola negli ultimi anni. La minore spesa pubblica non è, infatti, sostituita da maggiore spesa privata, che è anzi diminuita dell'1,5% nel 2012 e del 5,3% nel 2013, nonostante il forte aumento dei ticket".

Questo aspetto, a detta di Anisap e di tutte le persone che operano nelle strutture affiliate, è particolarmente insidioso e deve risuonare come un campanello d'allarme. La spiegazione è contenuta nel medesimo Rapporto: "Se l'ammontare complessivo dei ticket è rimasto più o meno stabile fino al 2007, da allora al 2013 è praticamente raddoppiato, passando da 1,6



La diminuzione della spesa pubblica in sanità si è registrata nel 2013 sia in termini assoluti (i 112,6 miliardi spesi rappresentano una riduzione dell'1,2% rispetto al 2012), sia in rapporto al Pil, passando dal 7,3% al 7,2%.



a 3 miliardi di euro, con la forte discontinuità dovuta all'introduzione, nel 2011, del cosiddetto superticket sulla specialistica. La maggiore spesa per i ticket è stata, però, più che controbilanciata dalla diminuzione delle altre

spese private. Inoltre, all'indomani dell'introduzione del superticket, la domanda di prestazioni da parte dei cittadini si è ridotta".

Ne consegue che sì, i conti sono stati messi a posto. Ma a che prezzo? E, soprattutto, chi ha pagato e chi continua a pagare questi conti? Naturalmente cittadini e di riflesso strutture convenzionate. Ora, poco senso ha appianare i bilanci di un settore, considerato pubblico, che di fatto assume le sembianze di un servizio privato. Bene il fatto di aver riordinato i conti, ma a condizione che ora quel che rimane venga rimesso nelle condizioni di poter essere ancora considerato un patrimonio pubblico, e cioè si riorganizzi l'intera offerta di servizi, ottimizzando le risorse e gestendo in modo intelligente le capacità del sistema.

In alternativa si andrà verso la privatizzazione della propria salute: ogni persona, in altre parole, sarà chiamata a pagare per intero e di tasca propria le prestazioni sanitarie di cui necessita, oppure dovrà ricorrere a un'assicurazione privata. Gli investimenti siano indirizzati ora non solo al contenimento della spesa e all'eliminazione degli sprechi, ma anche a rendere davvero efficiente l'intero comparto. A tal proposito, Anisap ricorda che in numerosi studi è stato evidenziato che il costo per ogni singola prestazione erogata da una struttura convenzionata è nettamente inferiore alla medesima prestazione erogata da un'altra struttura sanitaria e che gli ambulatori Anisap hanno svolto e continuano a svolgere un ruolo fondamentale nella riduzione delle liste d'attesa e nella prevenzione di molte patologie.

Nel contesto della presentazione del Rapporto Oasi, è stata illustrata anche la ricerca "La sanità che vogliamo", nella quale si sottolinea che "Il 30% degli italiani soffre di una patologia cronica (diabete, ipertensione, ecc.) che richiede servizi sanitari di base per molti anni. La metà dei cittadini (50%) ritiene che la figura professionale di riferimento per i soggetti affetti da tali patologie dovrebbe essere o restare il medico di famiglia. Una quota rilevante (43%), invece, ritiene che tale figura pivotale dovrebbe essere il medico specialista; tale opinione è più diffusa tra chi usufruisce più frequentemente dei servizi Ssn. A livello generale, pochi preferirebbero una presa in carico più marcatamente

infermieristica (4%), anche se tra i giovani e tra chi assiste un familiare non autosufficiente le percentuali si attestano attorno al 6-7%. Gli esperti, dal canto loro, reputano probabile che il Ssn si orienterà sempre più verso il modello della medicina di iniziativa e prefigurano così il fatto che l'infermiere possa rivestire un ruolo più centrale nel case management della cronicità".

Chi prenderà in carico il malato cronico è questione su cui dibatteranno gli economisti, probabilmente, per arrivare a un protocollo - ci auguriamo diverso a seconda delle patologie - di cura. Ma quel che è importante, è il dato relativo ai malati cronici: il 30% della popolazione, un terzo. E' un numero altissimo, e a loro va data la migliore assistenza sanitaria possibile. Per questo, di fianco a servizi economicamente razionali vanno immaginati servizi efficienti ed efficaci, che solo una medicina capillarizzata come quella degli ambulatori convenzionati è in grado di fornire.

Anisap augura Buon Anno e Felice Anno Nuovo ai cittadini del Veneto



Con ASAlaser benessere tutto l'anno

testo a cura di

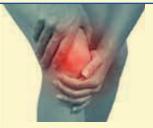
Raffaella Borea / Ufficio Comunicazione ASAlaser

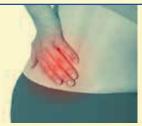
Con l'inverno si accentuano i malesseri dell'apparato muscoloscheletrico e le patologie articolari complici freddo e umidità. Due terapie mirate, Hilterapia® e MLS®, consentono di alleviare il dolore e recuperare la migliore condizione fisica in poche sedute.

Inverno stagione dei dolori. L'abbassamento delle temperature e l'aria umida fanno brutti scherzi all'apparato muscolo-scheletrico e alle articolazioni, che si trovano a segnare il passo a 30 come a 60 anni. I reumatismi da freddo (insieme di disturbi che colpiscono alcune parti dell'apparato locomotore come ossa, muscoli, articolazioni, legamenti e tendini, ndr) non conoscono infatti limitazioni di età e colpiscono <mark>senza distinzione nonni e nipoti</mark> chiamati a guerreggiare con sintomi ad alto tasso di dolore. Rientrano nella top ten delle patologie che da ottobre a febbraio raggiungono il loro apice l'artrosi e l'artrite e alcune affezioni muscolari comuni come la cervicale e la lombalgia, tutte accumunate da una chiara sintomatologia: rigidità mattutina, dolori localizzati o diffusi che si acuiscono con il movimento e riduzione della mobilità. <<<u>Quando si parl</u>a di reumatismi – spiega in un'intervista rilasciata ad un portale di medicina (dica33.it) Gianfranco Ferraccioli, Ordinario di Reumatologia e Responsabile delle Uoc di Reumatologia e di Medicina interna presso il Cic dell'Università Cattolica - Policlinico A. Gemelli di Roma – si utilizza un termine non clinico, che tuttavia fa riferimento a quella che, tra le malattie reumatiche, è la più diffusa, ossia l'artrosi o osteoartrite. Si tratta di una malattia con un'incidenza compresa tra l'8% e il 15% della popolazione che tende a manifestarsi in maniera più esplicita intorno ai 60 anni d'età e si caratterizza tipicamente con dolori intermittenti alle articolazioni. La fase infiammatoria, infatti, ha un andamento lento e progressivo, per cui a fasi acute seguono periodi di relativa stabilità.

I fattori climatici non incido<mark>no su</mark>ll'andamento della malattia, cronico intermittente, ma hanno ripercussi<mark>o</mark>ni negative sui sinto<mark>m</mark>i dolorosi. Mentre un freddo intenso ha un effetto guasi anestetic<mark>o, i</mark>l freddo umido altera la soglia di sensibil<mark>ità de</mark>i recettori per il dolore, quindi se l'articolazione è infiammata, d'inverno farà più male>>. La stagione del Natale porta dunque con sé anche regali poco graditi, impossibili da riciclare alla zia che si incontra solo per il taglio del Panettone e ancor più difficili da farsi piacere. Possibile che non ci sia un'alternativa al dolore fisico?













IL BENESSERE? LA VERA PRIORITÀ

A soffrire di patologie musco-scheletriche che stringono un'insana alleanza con il dolore ben oltre l'inverno e che hanno ricadute impattanti sulla qualità della vita e sui costi sociali sia diretti per le cure (indagini diagnostiche, farmaci, riabilitazione) che indiretti (assenza dal lavoro, invalidità), sono circa 5 milioni e mezzo di malati in Italia e 300 milioni se si apre lo sguardo al mondo. Un esercito che, considerando il benessere una chimera e il dolore fisico un compagno di viaggio, è alla costante ricerca di soluzioni terapeutiche efficaci capaci di migliorare la qualità della loro vita. Vanno in questa direzione le terapie basate su sorgenti laser e campi magnetici prodotte e sviluppate in oltre 30 anni di attività da ASAlaser che fanno della ricerca e della validazione scientifica il loro punto di forza. Hilterapia[®] e Laserterapia MLS[®], voci di una cultura terapeutica nuova basata sulla sintesi innovativa di tecnologie e software avanzati, di efficacia e sicurezza, consentono modalità di cura sempre più mirate e personalizzate in base alle caratteristiche di ogni paziente. Se MLS® stimola le reazioni biochimiche e la vasodilatazione, incrementando l'apporto di ossigeno e nutrienti nell'area trattata e facilitando la risoluzione del processo infiammatorio, Hilterapia®, grazie al suo impulso laser ad alta intensità dagli effetti analgesico, anti-infiammatorio e antiedemigeno, permette di ottenere un'efficace azione terapeutica profonda, in totale sicurezza, e favorisce i processi di riparazione e rigenerazione dei tessuti. La loro corretta applicazione può dunque essere risolutiva nel trattamento anche di quelle patologie che con il freddo hanno contratto un patto. A confermarlo l'esperienza diretta di medici e specialisti che da tempo utilizzano le terapie di ASAlaser nella loro pratica quotidiana come la Dr. Jana Martinkova (medico specialista in medicina fisica, riabilitazione e chirurgia ortopedica della Clinica Chironax Invest di Brno) che ricorda <<ri>spetto all'esperienza che abbiamo maturato sino ad oggi, MLS® offre i migliori risultati quando viene applicata nel trattamento di disturbi della pelle, in casi di eczema, herpes

o gonfiore. Parallelamente ha dimostrato la sua efficacia anche nel trattare distorsioni, ematomi e nel caso di patologie articolari reumatoidi soprattutto di grado lieve. Hilterapia®, invece, ci ha molto convinti nel caso di problematiche come il ginocchio del saltatore, le tendiniti e la fascite plantare. Innegabile infine che il suo supporto sia stato prezioso anche in pazienti affetti da condro<mark>patia della rotula,</mark> osteoartrite del ginocchio e spalla dolorosa>>. Non è un caso dunque che le soluzioni terapeutiche di ASAlaser siano state scelte anche da alcuni degli atleti più medagliati e dei team sportivi più vittoriosi (Dream Team della Federazione Italiana Scherma e Clinica Mobile del MotoGP) per stare al loro fianco dalla fase di preparazione delle competizioni sino alla loro conclusione. << Dal 1983 proponiamo soluzioni terapeutiche che vi fanno stare bene e vivere meglio. Siamo ASAla<mark>ser, orgogliosi di migliorare la</mark> qualità della vita delle persone>> conclude Roberto Marchesini, Managing Director ASA ■

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 ESPER-TI INFORMAZIONI E CURIOSITÀ, COMMENTARE I NOSTRI POST E SOPRATTUTTO CHIEDERCI DI PIÙ SU CIÒ CHETI INTERESSA.



TI ASPETTIAMO QUI:



facebook.com/asalaser



TRATTAMENTO DEL **PIEDE PIATTO**INFANTILE



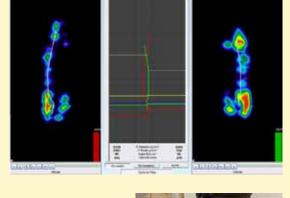


A cura del Presidente di Orthomedica Massimo Pulin e dell'Ing. Chiara Monticone

Con il termine piede piatto si intende un abbassamento della volta plantare, spesso associata ad un valgismo del retropiede (tallone inclinato all'interno) e all'abduzione dell'avampiede (parte anteriore del piede deviata verso l'esterno). Questa patologia è strettamente legata all'età del soggetto, poiché il bambino che inizia a deambulare, quindi dai 10 mesi di vita fino ai 3-4 anni, presenta un valgismo fisiologico attorno ai 12°-15° che, negli anni successivi, tende a correggersi spontaneamente. Tale condizione fisiologica è determinata dalla presenza di abbondante tessuto sottocutaneo della pianta del piede; col passare degli anni, grazie alla deambulazione sempre più sicura e frequente e all'azione dei muscoli, le ossa del piede si dispongono gradualmente ad arco, fino all'appoggio plantare corretto. Nella condizione di piattismo, solo una piccola parte dei pazienti lamenta una sintomatologia dolorosa e diversi studi evidenziano che i bambini affetti da questa patologia hanno maggiori possibilità di sviluppare patologie secondarie, quali l'artrosi della caviglia e l'alluce valgo. Proprio per questo motivo la maggior parte degli ortopedici pediatrici è d'accordo sulla correzione di questa deformità in età infantile; il primo passo da compiere riguarda la diagnosi: è fondamentale effettuare un esame clinico accurato, con tutti i test annessi, un esame al podoscopio

e eventualmente una radiografia dei piedi in stazione eretta.

Accertata la condizione patologica, si può inizialmente (ma dopo i 3 anni di età) applicare dei plantari da portare in tutte le scarpe, i quali consentono al bambino di correggere la camminata nell'attesa che il piede cresca e formi la sua arcata plantare. L'obiettivo principale



dell'ortesi è di creare un adeguato sostegno della volta con l'aggiunta di un cuneo supinatore al retropiede di alcuni millimetri di spessore (3-6), con il compito di correggene il valgismo. In questo caso è molto importante garantire la protezione del tallone utilizzando plantari avvolgenti, associati preferibilmente ad una calzatura con forti rigidi, in modo da evitare che esso rimanga in balia dello scivolamento in valgo. Per la predi-

sposizione delle ortesi si utilizzano materiali plastici polimerici quali l'etilene vinil acetato (EVA) come base con inserti in carbonio, materiali plastici laminati di rinforzo e, a contatto col piede, delle schiume poliuretaniche oppure EVA a bassa densità, in modo da aumentarne il comfort. Qualora il piattismo si protragga oltre il sesto anno di età, arrivando anche agli 8-9 anni, diventa necessario prendere in considerazione l'intervento chirurgico correttivo.





L'intervento risulta poco invasivo e con l'utilizzo di un apposito tutore, il bambino può camminare già a 2-3 giorni dall'operazione e deambulare con l'ausilio di stampelle e , dopo circa 3 settimane è libero di camminare da solo.

VIOLENZA CONTRO LE DONNE

"Non ho mai sentito una bimba aspirare a diventare una prostituta"

di **Umberto Iazzetta**, Presidente Cittadinanzattiva- Tribunale per i Diritti del Malato Regione Veneto. Membro della Direzione Nazionale di Cittadinanzattiva e componente della commissione Regione Veneto delle Cure Palliative e contrasto della sofferenza e dolore inutile



E' tempo di bilanci e le belle notizie dovrebbero prevalere; anche di fronte ai tanti problemi che impediscono al nostro Paese di fare il salto di qualità da tutti auspicato. Sarebbe bello leggere il superamento delle discriminazioni e disuguaglianze e la differenza di genere che in aree maggiormente depresse del Paese e non solo, persiste. Incomincio a pensare che per superare le differenze di genere, si dovrebbe cambiare "il genere

umano". Non mi riferisco solo al Femminicidio che offende la categoria a cui appartengo; ma, in particolare, a quando viaggio in macchina, magari durante le festività Natalizie, e spesso con la neve che imbianca paesaggi meravigliosi strade incluse, vedo ragazze in vendita svestite come carne da macello. Sappiamo tutti cosa avviene; spesso sfruttatori, miseria, a volte per inviare denaro alle famiglie che le hanno lasciate andare con promesse infime e poi, invece, vendute al racket della prostituzione e a loro restano soltanto pochi euro e zero dignità. Non credo naturalmente alla libera scelta; trovo sia un modo comodo puerile e vigliacco per voltare la faccia da un'altra parte. Il 25 novembre è stata la giornata mondiale contro la violenza alle donne in cui finalmente si è preso atto che la prostituzione è violenza forzata e dove ancora prendiamo orribilmente atto che neppure la gravidanza le mette al riparo dalla violenza. Addirittura il 30% dei maltrattamenti inizia proprio in gravidanza. La fase in cui si genera nuova vita dove persino nel mondo animale sembra esservi una qualche entità superiore che protegge gestante e nascituro. Da ragazzo per indicarle al loro passaggio gli adulti usavano dire: "quella lì fa la bella vita"; ho capito dopo cosa volesse dire e che di bello non c'era proprio nulla! Capitò poi di leggere - ormai ero grande - su un settimanale femminile una risposta data ad una ragazza nella rubrica lettere che chiedeva lumi su quanto era giusto che lei si "concedesse" al ragazzo che la frequentava; la risposta: prima di fare entrare qualcuno nel mio corpo, devo essere certo di volergli bene. Una filosofia e un modo di vivere che oggi non reggerebbe neppure un giorno visto che la prostituzione è mercato e si base su domanda e offerta. D'altra parte non mi è mai capitato di sentire una bimba che dicesse da grande voglio fare la prostituta (di solito aspirano a diventare principesse) e neppure la escort che poi è la stessa cosa. Speriamo non si diffonda pure tra gli uomini, che poi tanto forti non sono, visto che alcuni esprimono con la violenza l'incapacità di rapportarsi alla pari con le proprie compagne di vita. Proviamo adesso ad aggirare l'ostacolo e a confrontarci su un altro piano che è più congeniale al sottoscritto e a NES: la tutela della salute! Considerato il muro granitico che ci troviamo di fronte, e il dovere di proteggere ragazzi e ragazze (se volete persone) da malattie che spesso lasciano il segno e con le quali bisogna poi convivere il resto della vita, il costo per la collettività, la delinquenza



© Can Stock Photo Inc. / bds

organizzata che rende schiavi esseri umani. lo credo siano ragioni sufficienti per affrontare e tentare di risolvere il problema seriamente. Capisco che non è facile neanche da questo punto di vista e mi viene in mente la difficoltà che trovavo quando da genitore, impegnato in prima persona e a tutti i livelli negli organi collegiali della scuola, provavo a toccare il tasto della educazione sessuale (a scuola il termine è ancora tabù); cosa che però sono riuscito a fare come rappresentante di Cittadinanzattiva, assistito da un medico specialista in ginecologia in una scuola superiore della mia città grazie alla sensibilità di un dirigente donna naturalmente, e però si trattava di spiegare la fecondazione assistita; è già qualcosa. Felice Natale e Buon Anno ai lettori di NES.



TUMORI DELLA TIROIDE: MANAGEMENT, CHIRURGIA, FOLLOW UP, QoL

A cura del dottor **Roberto Spinato**, Direttore dipartimento Interaziendale di Otorinolaringoiatria della Provincia di Venezia (AULSS 12,13,14); Professore a Contratto Clinica ORL, Università degli Studi di Trieste. Presidente Scuola TriVeneta Otorinolaringoiatria



Fino al secolo scorso la chirurgia tiroidea era tanto gravata di complicazioni da impedirne l'accettazione (e lo sviluppo)

presso la comunità scientifica. Prima del 1850 la mortalità preoperatoria raggiungeva il 50%: il gotha della Chirurgia dell'epoca dichiarava: "l'intervento non è mai giustificato" (Becker, 1977). L'operazione veniva quindi riservata ai casi di imminente morte per ostruzione delle vie aeree, con consequente aumento statistico della mortalità operatoria. La svolta tecnico-scientifica conseguì all'avvento delle tecniche di anestesia generale e di antisepsi nonché allo sviluppo della strumentazione per l'emostasi e, soprattutto, all'opera di Theodor Kocher la quale, nel 1909, gli meritò il Nobel per la medicina. Se la mortalità operatoria delle sue prime 100 tiroidectomie fu del 13%, già nel 1917 Kocher aveva eseguito oltre 5000 interventi con una mortalità dello 0.5%, dimostrando inoppugnabilmente la forte correlazione fra esperienza del chirurgo e risultati (Becker, 1977). Furono i grandi nomi della chirurgia americana quali Halsted, Lahey e Crile a traghettare questa chirurgia pioneristica verso la routine clinica, dimostrando come lo stretto attenersi a tecniche codificate diminuiva drammaticamente

la morbilità postoperatoria. Nonostante ciò, la chirurgia tiroidea ed in particolare, come vedremo, quella oncologica, è ancora nel XXI secolo gravata di un certo numero di complicanze anche mortali e comunque gravate di un potenziale "medico-legale" guanto meno preoccupante. Riteniamo quindi utile puntualizzare alcuni dati emersi dall'esperienza



clinica giornaliera auspicabilmente utili a prevenire o, almeno, a trattare efficacemente le complicanze che più il chirurgo teme nell'ambito della chirurgia della tiroide.

Si ritiene appropriata l'indicazione chirurgica, con l'impegno di evitare complicazioni al paziente, nel caso di:

- lesioni uniche o associate a gozzo multinodulare con sintomi compressivi sulle strutture adiacenti cervico-mediastiniche
- adenomi tossici (m. di Plummer) e malattia di Basedow-Graves non altrimenti curabili
- neoplasie maligne

E' necessario considerare che l'incidenza del carcinoma tiroideo è del 4-5% nei noduli clinicamente diagnosticati ed è del 8-20% nelle casistiche di soggetti operati per nodulo tiroideo. In età pediatrica l'incidenza di malignità nei noduli tiroidei è 3-10 volte maggiore rispetto all'adulto. Le alternative chirurgiche sono:

- l'emitiroidectomia
- la lobectomia radicale (lobo+istmo+lobo piramidale)
- la tiroidectomia subtotale
- la tiroidectomia totale
- la tiroidectomia intratoracica

Laddove richiesto, può essere associato lo svuotamento centrale (cervicomediastinico) e/o lo svuotamento laterocervicale.

Grazie ai processi conoscitivi sulla tumorogenesi, sui fattori di rischio, sulla diagnostica più accurata, sulle ricerche di biologia molecolare, sulle nuove attrezzature tecnologiche, la scelta delle diverse modalità chirurgiche, in passato effettuata in base alle abitudini del chirurgo, è oggi più standardizzata. L'atto chirurgico elettivo trova indicazione nei fattori prognostici e nelle caratteristiche peculiari dei diversi tumori, ricordan-

do che i carcinomi differenziati della tiroide hanno una prognosi favorevole con un tasso di sopravvivenza del 90-95% per il carcinoma papillifero, e dell'80-85% per il carcinoma follicolare a 10 anni di follow-up (Mazzaferri E.L., Young R.L., 'Papillary Thyroid carcinoma: a 10 years follow-up report of the impact of therapy in 576 patients'. Ann Med J.1981; 70:511-518; Shaha A.R., Byers R. M., Terz J.T., 'Thyroid cancers surgical practice guidelines, scope and format of guidelines. J Oncology 1997; 11:1228-1234)

La selezione delle modalità chirurgiche deve tenere in considerazione i fattori correlati al paziente (età, sesso, etnia di appartenenza, familiarità), correlati alla neoplasia (dimensioni, invasione extracapsulare, metastasi, plurifocalità, istologia) e correlati alla terapia (tipo di intervento chirurgico e trattamento radioablativo).

La loboistmectomia viene indicala elettiva nel trattamento dei carcinomi papillari (79% dei carcinomi tiroidei) e dei carcinomi follicolari (13%dei carcinomi tiroidei) ad estensione monolobare in presenza di fattori prognostici a basso rischio (Shah J.P. et al. 'Lobectomy versus total thyroidectomy for differentiated carcinoma of the thyroid: a mached pair analysis', AmJSurg 1993:166:131. Shaha A, Loree T.R., Shah J.P. 'Prognostic factors and risk group analysis in follicular carcinoma of the thyroid' Surgery 1995;118:1131. GuerrierB, Zanaret M., Le ClechG., Santini J 'Chirurgie de la thyroide et de la parathyroide.Les monographies amplifon. Edition 2006). I vantaggi consistono in:

- risultati terapeutici pressochè sovrapponibili a quelli della tiroidectomia totale con minor rischio di complicanze
- rischio post-operatorio di ipoparatiroidismo nullo
- rischio di lesione ricorrenziale jatrogena dimezzata

(Randolph G.W., Shah J.P. 'Unilateral thyroidectomy:indications and technique'cap22Surgery of thyroid and parathyroid gland.El-



sevier.2003. Cannoni M., Demard F. 'Les nodules thyroidiens du diagnostic à la chirurgie' RelSocFrORL1995).

Altri autori preferiscono la tiroidectomia totale per i numerosi vantaggi legati alla rimozione radicale:

- migliori risultati in temini di sopravvivenza
- scarsa incidenza di complicanze chirurgiche (in mani esperte: n. laringei ricorrenti 1-3%, ipoparatiroidismo definitivo 0,67-6,5%)
- reinterventi non richiesti
- inferiore percentuale di recidive
- miglior possibilità di controllo e di terapia metabolica post-operatoria, agevolazione del followup post operatorio grazie al dosaggio della tireoglobulina
- necessità di terapia soppressiva con L-tiroxina anche dopo chirurgia non radicale

(Cannoni M., Demard F. 'Les nodules thyroidiens du diagnostic à la chirurgie' RelSocFrORL1995, GuerrierB, Zanaret M., Le ClechG., Santini J'Chirurgie de la thyroide et de la parathyroide. Les monographies amplifon. Edition 2006, Pacini F., Pinchera A 'tumori della tiroide'. 2003 Mediserve. Miani P., Piemonte M., 'La chirurgia del tumore primitivo nel carcinoma della tiroide', Atti LXXIXSIO, 1992)

Nei carcinomi differenziati ad alto rischio è sempre indicata la tiroidectomia totale, si può associare la linfoadenectomia centrale negli N0, mentre è sempre associata nei casi di linfonodi centrali positivi. La linfoadenectomia laterocervicale dei livelli II, IV e VI +/- I e V va effettuata sul lato dei linfonodi clinicamente interessati.

Se standardizzata e se eseguita dopo adeguato training, la chirurgia tiroidea può essere considerata "sicura". Cionondimeno la pericolosità delle potenziali complicanze nonché l'accentuato clima "risarcitivo" nel quale ci è dato di agire in questo inizio di XXI secolo, costringono ad affrontare questo intervento con tutte le cautele che decenni d'esperienza ci hanno insegnato. Le caratteristiche di questa chirurgia, le metodiche di trattamento delle complicanze e la sua stretta attinenza con le problematiche oncologiche cervico-facciali candidano l'Otorinolaringoiatra ad esserne il miglior interprete.



UN **NUOVO AMICO** TRA DI NOI

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

a cura della dott.ssa Antonietta Rapuano, medico veterinario



Ci sono eventi speciali, come il Natale, che spingono genitori e amici a regalare un cucciolo a un loro caro. Ma attenzione, non è

come donare un giocattolo. Avrà bisogno di attenzioni, di amore e di cure e la sua gestione richiede tempo e responsabilità. Un impegno per la vita! Spesso è credenza comune che il cucciolo debba essere molto giovane quando entra a far parte della nostra famiglia. In realtà è importante che vengano rispettate le varie fasi di crescita e di sviluppo per evitare che possano insorgere disturbi comportamentali. L'adozione del cucciolo peraltro è regolamentata da alcune ordinanze volte a salvaguardare il benessere dell'animale. Questi regolamenti stabiliscono che la cessione di un cucciolo infatti non debba avvenire prima dei sessanta giorni di vita in quanto è importante che il cucciolo apprenda attraverso l'interazione con la mamma e gli altri membri del branco le regole basilari della socializzazione e non subisca traumi fisici e psichici legati ad un distacco prematuro. Dalla terza settimana di vita inizia una fase molto importante che è quella della socializzazione. Il ruolo della madre diventa determinante per lo sviluppo corretto del suo comportamento. La madre infatti attraverso una serie di atteggiamenti fornisce modelli di autostima e sicurezza e tramite proibizioni insegna al cucciolo a controllare determinati impulsi e ciò è importante perché



Canstock Photo Inc. / Robhainer

permetterà al cane adulto di interagire nel modo corretto con i suoi simili e di conseguenza con il mondo. Se la separazione avviene troppo precocemente infatti il cucciolo può non aver recepito il concetto dell'inibizione del morso e da adulto potrebbe non essere in grado di distinguere il gioco dall'aggressione e potrebbe rispondere con violenza in occasione di ogni tentativo da parte del proprietario di limitare le sue attività. Così come anche il concetto di gerarchizzazione che in questa fase passa attraverso quello dell'alimentazione: la madre insegna al cucciolo a rispettare l'ordine di accesso al cibo. E' importante che venga appreso in questa fase per evitare poi di ritrovarci un cane che svilupperà un atteggiamento di competizione e di conseguenza atti di aggressione nei nostri confronti. E' importante che in questo periodo possa sviluppare questo processo di socializzazione anche con l'uomo altrimenti il legame con i cani diventerà predominante. Questa fase importantissima di socializzazione termina intorno al terzo mese di vita: tutte le esperienze effettuate verranno classificate come non pericolose per cui è importante che venga a contatto con stimoli diversi. Dovrà interfacciasi con persone, bambini, altri cuccioli, cani adulti e animali di altre specie. Per questo motivo un'adozione tardiva è altrettanto sconsigliata. Ovviamente quando il cucciolo entrerà nella nostra casa tenderà a legarsi a un membro della famiglia e, già dalle primissime fasi della convivenza, bisognerà renderlo indipendente in modo da evitare un attaccamento eccessivo e ciò gli permetterà di sentirsi sicuro e a suo agio anche quando resta da solo. Dobbiamo stabilire delle regole ben precise per evitare di ritrovarci un cane problematico e i provvedimenti disciplinari devono rimanere dentro un certo ambito di sopportabilità da parte del cucciolo perché è importante che quel sentimento di fiducia e sicurezza acquisito nei nostri confronti non venga danneggiato.D'altro canto non bisogna essere nemmeno troppo permissivi e dovrà continuare a rispettare le regole della gerarchia anche quando entrerà a far parte della nostra famiglia. Bisogna inoltre offrirgli degli stimoli adeguati alla sua fase di sviluppo, anche attraverso il gioco senza trasformarlo in un lavoro stressante o in una serie di obblighi per evitare di inficiare l'autostima che ha acquisito durante le precedenti fasi di crescita. La felicità e l'equilibrio del nostro cane dipenderà quindi da noi e dal tempo che gli dedichiamo. E' sbagliato pensare che la sua felicità sia rappresentata da una ciotola piena o da un pupazzetto di peluche con cui dormire, ha bisogno di gratificazioni e di esprimere giorno dopo giorno la sua natura....Ha bisogno di fare il cane!





UISIONSTILE

SAN GIACOMO DI ALBIGNASEGO (PD) Via Risorgimento, 31 - Tel. 049 8010691



INFLUENZA, COME PREVENIRLA

Attesa per il periodo natalizio, facilitata in ambienti affollati

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



L'arrivo dell'influenza è atteso come di consueto per i mesi invernali quasi sempre verso il periodo nata-

lizio. Non è possibile prevedere con esattezza l'aggressività della malattia di quest'anno perché le stagioni influenzali sono sempre imprevedibili. La trasmissione del virus avviene prevalentemente attraverso le goccioline di saliva emesse a seguito di sternuti, colpo di tosse ecc... è dunque facilitata in ambienti affollati. Il periodo di incubazione varia da 1 a 4 giorni, la durata è al massimo di 7-10 giorni. I sintomi dell'influenza sono comuni a diverse altre patologie come febbre, cefalea, malessere generale, tosse, rinite, dolori muscolari e si possono accompagnare a volte con dei sintomi gastrointestinali).

Come prevenire l'influenza? Le misure di prevenzioni non farmacologiche per ridurre la trasmissione del virus influenzale sono:

Per i neonati il latte materno ha proprietà antinfettive grazie all'alto contenuto di sostanze bioattive (lisozima, lattoferrina, oligosaccaridi, fibronectina, immunoglobuline, citochine ecc..).
 L'efficacia sembra essere dose dipendente e quindi gli episodi

infettivi si riducono quando il latte materno è la principale fonte nutrizionale del neonato.

Lavaggio delle mani. Gli organismi responsabili delle infezioni sono spesso trasmessi attraverso le mani. Per esempio in ospedale viene raccomandato il lavaggio delle mani con acqua e sapone e/o l'utilizzo di



Canstock Photo Inc. / Robhainer

detergenti a base alcolica prima e dopo qualsiasi contatto con i neonati. L'incremento delle pratiche di lavaggio delle mani si associa alla riduzione della frequenza del 20-30% di infezioni ospedaliere.

Isolamento volontario a casa delle persone con malattia respiratoria febbrile specie in fase iniziale.

Lo strumento di elezione per la prevenzione rimane il vaccino antiinfluenzale.

In pediatria il vaccino è raccomandato ai bambini a rischio che sono bambini con malattie croniche gravi (malattie respiratorie, malattie dell'apparato cardiocircolatorio, diabete, malattie metaboliche, malattie renali, tumori ecc...).

Sono a rischio anche bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico per il rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale. Non vi sono controindicazioni alla vaccinazione dei bambini "sani" di età superiore ai 6 mesi, qualora il loro pediatra optasse per tale scelta.

Essendo una malattia virale il trattamento dell'influenza è praticamente sintomatico. Gli antibiotici non vanno utilizzati se non è presente una concomitante infezione batterica.

conda della tecnica utilizzata. Gli

I PROGRESSI IN **OCULISTICA**

Nuove opzioni terapeutiche per la cura del cheratocono

a cura dei dottori **Paolo Melchiori**, **Vuga Ana Grgic ed Enrico Mantovani**, U.O.A. Oculistica – Ospedale di Camposampiero – Ulss 15, direttore **Marzio Chizzolini**

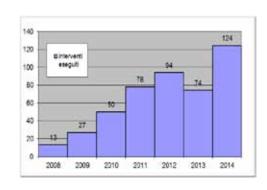


Il cheratocono è una malattia oculare che ancora oggi è la causa più frequente di trapianto corneale. Interessa circa 1 persona su 2.000 e colpisce soggetti maschi nel 60-70% dei casi. Nel 96% è bilaterale e gli occhi sono colpiti a distanza di 2-5 anni uno dall'altro in genere con gravità minore nel secondo. L'età di insorgenza del cheratocono è dai 10 anni fino ai 30-40 e il 21,6% dei casi va incontro alla chirurgia. La diagnosi mediamente viene fatta attorno ai 20-30 anni. Nel 4-19 % dei casi esiste una chiara ereditarietà e frequenti sono

le associazioni con patologie sistemiche quali le allergie, l'ipotiroidismo e la Sindrome di Down. Il cheratocono è una degenerazione progressiva della cornea a carattere ereditario, caratterizzata da una deformazione del tessuto che tende ad assottigliarsi assumendo la forma di un cono. L'evoluzione è spesso capricciosa ed individuale; infatti, il peggioramento della patologia è spesso poco prevedibile. E' però dimostrato che l'insorgenza precoce della malattia e l'ereditarietà sono fattori predittivi di una più rapida e grave evoluzione che può a volte scompensarsi anche in pochi mesi. La progressiva deformazione della cornea determina un astigmatismo evolutivo con notevole peggioramento della vista. Negli stadi avanzati della patologia, l'apice del cono tende a divenire opaco con ulteriore abbassamento del visus ed in alcuni casi, più frequenti tra i giovani, a perforarsi. Quando la deformazione della cornea non consente più l'utilizzo di occhiali e lenti a contatto in maniera soddisfacente, o peggio si formano opacità o perforazioni, l'unica terapia possibile è quella chirurgica, che a

seconda dello stadio di evoluzione può comportare diverse opzioni terapeutiche tra le quali il trapianto perforante (a tutto spessore, PKP) o lamellare (solamente di uno strato, DALK), o in alcuni casi selezionatissimi il trattamento con laser ad eccimeri (ELTK). Fino ad alcuni anni fa non esisteva un trattamento eziologico del cheratocono, volto cioè a contrastare direttamente le cause all'origine della patologia, ma si cercava di ridurre le conseguenze sulla visione correggendo prima con lenti e poi con la chirurgia l'astigmatismo e le aberrazioni ottiche indotte dalla malattia. Recentemente è stato sviluppato un trattamento innovativo del cheratocono chiamato CROSS LINKING CORNEALE basato su un metodo di 'rinforzo' della struttura della cornea malata, ottenuto mediante la formazione di ponti molecolari tra le fibre stesse che la compongono. L'intervento, che si esegue in anestesia topica con un laser a 370 mW, ha una durata variabile da 20 a 60 minuti a se-

studi condotti fino ad oggi dimostrano che questa procedura è in grado di rallentare l'evoluzione del cheratocono e in diversi casi (circa il 50%) di migliorare l'astigmatismo e quindi la visione. L'oculistica di Camposampiero, diretta dal Dr. Chizzolini, è stata tra i primi centri in Italia ad effettuare il cross linking corneale e il numero di interventi eseguiti è in costante ascesa. L'intervento viene eseguito, a seconda dei casi, in 3 modalità differenti: standard epi off 3 mW o 10 mW (togliendo l'epitelio corneale), epi on transepiteliale mediante iontoforesi (mantenendo l'epitelio in situ) e con simultanea ablazione customizzata. In quest'ultima modalità, eseguita in modalità epi off, viene contemporaneamente effettuato un trattamento con laser ad eccimeri a link topografico per ridurre le aberrazioni di alto ordine e migliorare quindi la qualità di visione (possibile solo nei cheratoconi iniziali e con particolari spessori pachimetrici). Sono questi i casi dove non solo si stabilizza la malattia ma si ottengono dei notevoli miglioramenti della acuità visiva che ritorna spesso a livelli di normalità. La scelta delle varie strategie chirurgiche è condizionata dallo stadio della malattia e dai dati soggettivi e strumentali che vanno sempre valutati da personale medico specializzato. E' evidente l'importanza di una diagnosi precoce che possa consentire un trattamento immediato per evitare il trapianto corneale.





L'**OSSIGENO** CAMBIA LA VITA

La sua somministrazione rappresenta l'intervento elettivo nei casi di ipossiemia



A cura del dott. **Andrea Vianello**, , Pneumologo

Direttore UOC Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedale-Università di Padova



Con il termine "Insufficienza Respiratoria" si indica l'incapacità del sistema respiratorio di assolvere ai suoi due princi-

pali compiti:

- Apportare un'adeguata quantità di ossigeno al sangue arterioso;
- 2. Rimuovere la corrispondente quantità di anidride carbonica dal sangue venoso misto.

Il numero dei malati con Insufficienza Respiratoria Cronica (IRC) non cessa di crescere in Italia e negli altri paesi industrializzati; tra di essi, il gruppo predominante è rappresentato dai soggetti affetti da Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Poiché infatti la prevalenza della BPCO è correlata all'età, il notevole aumento della vita media della popolazione generale ha contribuito all'incremento dei malati che sviluppano insufficienza respiratoria a causa di questa affezione. Un ruolo fondamentale ha avuto la contemporanea diffusione dell'abitudine al fumo di sigaretta. E' difficile stimare con precisione il numero di insufficienti respiratori cronici. Nel territorio dell' ASL 16 di Padova, ad esempio, dotato di una popolazione di circa 400.000 abitanti, si valuta che essi si aggirino sui 500. L'IRC si caratterizza per l'insorgenza di ipossiemia, cioè una diminuzione del contenuto di ossigeno nel sangue arterioso per riduzione della pressione parziale di O2 (PaO2) e di conseguenza della saturazione in ossigeno dell'emoglobina (SaO2). Il riscontro di ipossiemia indica un'alterazione nel funzionamento dell' "organo di scambio", cioè il polmone, mentre l'ipercapnia (aumento della PaCO2 cioè della pressione parziale di anidride carbonica) suggerisce una compromissione della cosiddetta "pompa ventilatoria". L'ipossiemia richiede la somministrazione di ossigeno; l'ipercapnia richiede invece il sostegno della ventilazione spontanea attraverso l'applicazione di un ventilatore meccanico.

La diagnosi di Insufficienza Respiratoria si ottiene mediante l'emogasanalisi arteriosa, un prelievo di sangue con misura diretta di PaO2, PaCO2 e pH e calcolo di SaO2..

La somministrazione di ossigeno rappresenta l'intervento terapeutico elettivo in tutte le condizioni cliniche, sia acute che croniche, caratterizzate da marcata ipossiemia. L'ossigenoterapia deve essere somministrata continuativamente fintantoché è presente l'ipossia (anche per tutta la vita, se l'insufficienza respiratoria è cronica) mentre non ha alcuna giustificazione una somministrazione intermittente.

Da circa vent'anni, allo scopo di correggere l'ipossiemia cronica, viene utilizzata la cosiddetta Ossigenoterapia domiciliare a Lungo Termine (OTLT). Si tratta di un trattamento di straordinaria efficacia, basato sulla somministrazione prolungata e continua di ossigeno, che ha radicalmente mutato l'aspettativa e la qualità di vita dei pazienti con IRC.

Se correttamente eseguita ed assunta per un tempo adeguato, l'OTLT si caratterizza per una serie di effetti positivi sui pazienti con IRC, in particolare: aumenta l'aspettativa di vita, incrementa la tolleranza all'esercizio fisico, migliora la qualità del sonno. Inoltre, migliora la performance cognitiva e lo stato neuro-psichico, riducendo nel contempo la necessità di ospedalizzazione.

Perché tali favorevoli effetti si verifichino, è tuttavia necessario vengano rispettate alcune condizioni di utilizzo:

- Flusso di ossigeno ottimale: viene considerato ottimale il flusso che induca innalzamento della PaO2 a valori compresi fra 65-80 mm Hg; determini aumento della SaO2 >92%; sia ben tollerato; non induca incremento della PaCO2 oltre il 10% del valore di base.
- Durata ottimale di somministrazione: nei pazienti con ipossiemia stabile, la durata di somministrazione deve essere il più possibile continua, comunque non inferiore a 18 ore al giorno; al di sotto delle 12 ore al giorno l'ossigenoterapia non aumenta la sopravvivenza.

In conclusione, l'ossigenoterapia è un presidio irrinunciabile nella cura del pazienti con IRC: più di qualsiasi altro farmaco ne ha cambiato in meglio la vita!

LA SALUTE IN **VIAGGIO**

Ovvero partire sani per tornare ancora meglio!



A cura del dott. **Andrea Rossanese**, Specialista in Medicina Interna Certificato per la Medicina dei Viaggi



La Medicina dei Viaggi è una specialità interdisciplinare che ha a che fare con la prevenzione, la diagnosi e la cura

delle malattie associate al viaggio.

Il medico specializzato in questa disciplina è un esperto dei rischi sanitari specifici per le singole destinazioni e sui mezzi e i metodi per gestirli al meglio, sia in prevenzione sia in terapia. Gli specialisti in Medicina dei Viaggi si occupano e rispondono di malattie dei viaggiatori, di epidemie, di vaccinazioni internazionali e sono in strettissimo contatto con le Agenzie internazionali preposte al monitoraggio delle malattie nel mondo. Molte persone sono sorprese quando scoprono che ci sono operatori sanitari che si occupano di salute legata al viaggio. Oggigiorno viaggiare è diventato relativamente semplice: in circa 24 ore si può andare da casa al posto più lontano dall'altra parte della Terra e, allo stesso modo, in un giorno si ritorna a casa dai luoghi più remoti del pianeta. Questo significa nel primo verso (quello dell'andata) che in pochissime ore ci possiamo ritrovare immersi in un ambiente completamente diverso da quello nel quale viviamo regolarmente; e nel secondo verso (il ritorno) che il rientro a casa avviene in tempi assai più brevi del tempo di incubazione di quasi tutte le malattie (conseguenza: queste malattie acquisite in paesi lontani devono essere diagnosticate in patria, dove non sempre i medici sono addestrati a sufficienza per farlo).

Quanto si viaggia? Ormai ogni anno nel mondo si sposta più di un miliardo di persone



un miliardo di persone
e si stima che entro 5 anni tale numero sarà raddoppiato. Gli italiani
che ogni anno escono dai confini nazionali sono circa 18 milioni, il 10%
dei quali si dirige verso paesi della fascia tropicale o sub-tropicale.
Chi viaggia? Se è vero che la maggior parte dei viaggi si fa ancora
per divertimento/vacanza, questa tipologia è andata via via diminuendo negli ultimi 10 anni, complice la crisi economica. Nel contempo, si

do negli ultimi 10 anni, complice la crisi economica. Nel contempo, si sono fatte sempre più strada altre categorie di viaggiatori: i lavoratori, i cooperanti internazionali, i missionari, gli studenti che passano un periodo del loro iter di studio fuori Italia e i migranti che, una volta stabilizzatisi nel nuovo paese, tornano periodicamente a far visita a familiari ed amici nei paesi d'origine. Un consulto in Medicina dei Viaggi comincia con un colloquio dal quale il medico riesce ad individuare i rischi cui il viaggiatore si espone specificamente per quel viaggio. A seconda dell'itinerario, della storia sanitaria e vaccinale del singolo individuo, degli eventuali farmaci assunti in cronico, della tipologia di viaggio (vacanza, di lavoro, di cooperazione, avventuroso, organizzato, zaino-in-spalla, ecc), viene creato un piano strategico per salvaguardare al meglio la salute del viaggiatore. Questo significa, di volta in volta, somministrazione di vaccini, consigli per prevenire le varie forme di diarrea del viaggiatore o i modi migliori per gestirla se comparisse, profilassi anti-malarica o strategie per prevenire malattie tipiche del paese mèta del viaggio. E poi, ovviamente, la diagnosi e la cura delle malattie al rientro, se qualcosa non fosse andato per il verso giusto. Lo scopo di questa rubrica, che prende il via con questo numero di NES, è quello di familiarizzare i lettori con il mondo, affascinante, della salute in viaggio: ci dedicheremo alle malattie più frequenti, ma anche a quelle più curiose ed insolite. Sarà un modo, diverso, per fare insieme il giro del mondo. Buon viaggio!



L'ASCOLTO, L'EMPATIA E L'ATTENZIONE NON SONO UNA PERDITA DI TEMPO



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



Molti medici temono di non riuscire a tenere il passo con gli impegni e con gli obblighi imposti dalla burocrazia. Temono

che i rapporti personali ed il dialogo con i pazienti porti via troppo tempo.

Gli studi condotti da Helen Riess

del Massachussets General Hospital (dove dirige il "Programma per l'empatia e la scienza delle relazioni") mostrano però che l'empatia, sul lungo periodo, fa risparmiare tempo e soprattutto migliora la relazione con il paziente e quindi l'efficacia terapeutica. Dobbiamo, usando le parole della Dott.ssa Riess, "sfatare il mito della perdita di tempo".

Dobbiamo imparare - come afferma J. Couhelan - che l'empatia, intesa

come la capacità di entrare in relazione con i pazienti in modo profondo, mettendo in gioco l'ascolto e il prestare attenzione, è il cuore della pratica medica. Per costruire un rapporto e ridurre la distanza emotiva è necessario ascoltare le emozioni dei pazienti: chi si concentra soltanto sui dettagli clinici, ignorando gli stati d'animo, in realtà sta erigendo un muro.

Daniel Goleman, nel suo libro "Fo-

cus. Perché fare attenzione ci rende migliori e più felici" (Rizzoli, 2013) racconta due diversi approcci al paziente.

"Sa, quando ci si accorge di avere un tumore al seno, ci si sente un pò come... beh, come..." afferma la paziente, cercando le parole. Ha lo sguardo rivolto in basso, le lacrime agli occhi.

"Quando ha scoperto di averlo?" Le chiede con tatto il dottore.

"Non lo so" risponde la donna distrattamente. "Un po' di tempo fa".

"Dev'essere spaventoso".

"Beh, si, qualcosa del genere".

"Qualcosa di spaventoso?".

"Si, direi che mi sento come se la mia vita fosse finita".

"Immagino. E sarà anche triste e preoccupata".



"Certo, dottore".

Confrontate questo dialogo con uno in cui, subito dopo che la paziente si mette a piangere parlando del tumore che le hanno trovato al seno, il medico inizia a farle una serie di domande cliniche, dettagliate e impersonali, senza neppure un cenno di compassione per il suo stato d'animo. "In questo secondo caso - afferma Goleman - la paziente probabilmente se ne andrà con la sensazione di non essere stata ascoltata; nel primo invece, che esemplifica un confronto più empatico, pur trovandosi nella

stessa situazione spiacevole, si sentirà meglio, forte della convinzione di aver trovato una persona che ha compreso il suo dolore e si preoccupa per lei".

La mancanza di ascolto è ai primi posti fra le critiche mosse dai pazienti ai propri dottori. "Tuttavia – afferma sempre Goleman – molti medici dichiarano che i momenti personali con i pazienti sono quelli da cui traggono maggiore soddisfazione: questo rapporto fra medico e paziente porta un notevole miglioramento nell'accuratezza della diagnosi e fa si che il paziente, sentendosi più soddisfatto e fiducioso, segua in maniera corretta le istruzioni fornite dal dottore; inoltre, riduce di parecchio la probabilità di una denuncia nel caso di errori medici". Per costruire un legame emotivo basta dedicare qualche minuto a comprendere con attenzione come il paziente si sente riguardo alla sua malattia. L'empatia, l'ascolto, l'attenzione non sono una perdita di tempo. Anzi.

© Canstock Photo Inc. / 4774344sean

NON AUGURI, MA **OPERE DI BENE**

Quando un gesto vale più di mille "Buon Natale!"

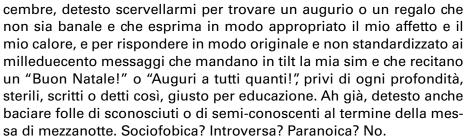


di Margherita De Nadai



I sintomi iniziali compaiono agli esordi di dicembre, quando comincio a sentire i primi – seppur aleatori ed evanescenti - "auguri di buone feste!". Di solito provengono dai conoscenti

che occasionalmente si incontrano per strada, o dai negozianti, dopo l'acquisto di qualche dono. Poi, mano a mano che il Natale si avvicina, questi sintomi si fanno sempre più fastidiosi e insistenti, fino ad arrivare alla manifestazione vera e propria della mia particolare allergia, nei giorni che precedono il 25 dicembre. Ed eccola che compare, la vocina. Quella vocina che, ogni anno - puntuale come un orologio svizzero - mi infastidisce, e che mi dice: "Margherita, è ora degli auguri... ed dei regali!". In ordine di apparizione si manifestano a ruota prima una sorta di prurito diffuso, uno stato d'ansia, e poi il panico. Per me gli auguri, nonché la corsa ai regali, sono un vero e proprio incubo. Detesto le linee intasate del cellulare il 25 di-



In queste ore che precedono la festa, c'è una frase che mi tormenta, come quel pezzo di torrone che tipicamente resta incastrato tra i denti alla fine della cena di Natale: "No auguri, ma opere di bene".

Insomma: perché quest'anno l'augurio e il dono più grande da dedicare alle persone che amiamo, non può semplicemente essere un pensiero sincero, una buona azione, anche la più banale, un'attenzione diversa nei confronti del prossimo, un proposito positivo verso qualcuno, una carezza o anche solo un sorriso di speranza e senza maschere?



Quest'anno, ho anch'io i miei auguri e un piccolo omaggio, e vogliono essere un piccolo proposito nei confronti di ciascuno, una mano tesa, un abbraccio caloroso, un canto di gioia... nella speranza che per tutti, alla silenziosa contemplazione della notte di Natale possa seguire il festoso e caldo vociare delle persone a noi care. Ricordando sempre, che Natale è ogni giorno, e non una volta all'anno. Buon Natale a tutti voi, e a coloro che più amate.



LA DIETA DELL'**ACQUA**

I nuovi consigli per stare in forma di Nicola Sorrentino

L'acqua aiuta a dimagrire? Domanda fondamentale, alla vigilia delle feste natalizie, durante le quali, tra cene aziendali, feste in famiglia, auguri e propositi per il nuovo anno, non si disdegnano sicuramente belle mangiate e altrettanto caloriche bevute! Nuovi studi internazionadimostrano che bere acqua prima dei pasti aiuta a dimagrire e a mantenere nel tempo il peso raggiunto. E non solo perché con la pan-



cia piena d'acqua non abbiamo nessuna voglia di mangiare, o almeno non solo per questo. Il fatto è che bevendo avviamo una serie di meccanismi metabolici che ci aiutano realmente a perder peso.

Se nella nostra dieta quotidiana introduciamo tra i 6 e gli 8 bicchieri di acqua e abbiniamo un'attività fisica costante otterremo dei risultati visibili e duraturi nel tempo.

Questo libro vi spiega come fare, e perché un gesto semplice come

«bere un bicchier d'acqua» riesce dove molte diete alla moda non riescono.

Nicola Sorrentino, tra i più autorevoli e noti dietologi italiani, in queste pagine - di cui è autore con Paola Gambino - propone un programma alimentare dettagliato di trenta giorni con tante ricette invitanti e facili da eseguire, abbinando a ogni piatto l'acqua giusta, perché le acque non sono tutte uguali.

Il cibo e l'acqua sono le armi più potenti per prevenire e combattere sovrappeso e malattie.

La cosa più bella, sfogliando la parte delle ricette, è che non sono le solite presentazioni di piatti che fanno passare l'appetito!

Intendo quelle diete in cui tra verdurine bollite e yogurt magro passa anche la voglia di mettersi a dieta!

Si tratta invece di suggerimenti gustosi, fantasiosi, e che non danno l'impressione di dover fare sacrifici enormi per poter riacquistare la linea!

Nicola Sorrentino con Paola Gambino La dieta dell'acqua Salani Editore 176 pagine 12,90 euro

LETTERA APERTA DI UN IMPRENDITORE LAVORATORE

Sono Susanna Ostellari, socia e responsabile HR di Quellogiusto srl, azienda che commercializza calzature e abbigliamento, che attualmente opera in 11 punti vendita e uno shop online. Collaboro con quasi trecento persone che ogni giorno si impegnano a far crescere l'Azienda di cui sono socia. "Collaboro" non è un uso improprio della mia attività, ma una

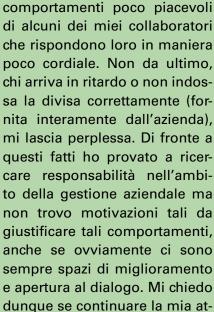
chiara espressione del mio modo di interpretare il lavoro.

Impegno notevoli risorse economiche e personali in attività di formazione, perché credo che il lavoro sia un valore da coltivare e migliorare nel tempo. Presto particolare attenzione ai corsi di formazione e affiancamento perché credo che un miglioramento della professionalità sia importante quanto la sicurezza contrattuale che assicuro ai miei collaboratori. Nei periodi di crisi, come quello che stiamo vivendo, credo che la qualità e il merito facciano la differenza: come si dice la crisi fa

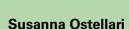
pulizia dei valori ed è per questo che i miei collaboratori, assieme alla clientela, rappresenta l'asset più importante.

Formare e motivare una persona non è facile, ma creare o mantenere posti di lavoro senza un'adeguata risposta e collaborazione da parte del personale dipendente è impossibile.

Negli ultimi tempi mi trovo ad affrontare una situazione di cui non ne capisco le ragioni: mi è capitato più di un caso in cui la persona assunta a tempo determinato, dopo poche settimane mi ha chiesto di essere licenziata per riscuotere l'indennità di disoccupazione e rinviare in un futuro prossimo il problema di trovare un nuovo lavoro, andando così a carico della collettività. Preferiscono percepire i soldi senza lavorare visto che ne hanno la possibilità Altro caso invece di persone adibite a mansioni di responsabilità che si sono licenziate perché il nuovo ruolo creava loro troppo impegno. Altre volte i clienti mi scrivono lamentandosi di



tività imprenditoriale o fermarmi qui. A gran voce si invoca il bisogno di creare "posti di lavoro" ed io nel mio piccolo nel solo 2013-2014 ne ho creati quasi 100. Di fronte però alla gestione odierna credo debbano essere riviste le condizioni che tutelino non solo i dipendenti ma anche i datori di lavoro impegnati in tale compito, così pure debbano essere riviste le sanzioni o penalità in generale, per coloro, dipendenti o datori di lavoro, che non onorano gli impegni assunti.







IL PRANZO DELLA **VIGILIA**

Il culmine dell'Avvento si celebra con il pesce



A cura di Maria Stella Zaia

La vigilia di Natale è il culmine dell'Avvento ed è forse, a mio parere, la giornata che ha in se il massimo dell'aspettativa, non solo per il bambino che viene, in qualche modo ognuno di noi si riconosce in quel piccolo essere che racchiude in se la speranza ed il futuro; ma anche per l'attesa della festa, dei regali, della consapevolezza che quasi per tutti sotto l'albero troveremo un piccolo o grande pensiero che ci dovrebbe rendere migliori e più concilianti verso gli altri.

Nella tradizione della mia famiglia, ma penso anche di tutte le famiglie del nostro paese, la vigilia è stata e forse anche oggi una giornata di digiuno, caratterizzata dal fatto che si poteva mangiare solo all'alba (quindi prima del salire del sole) e al tramonto, vi passo quindi le ricette che mia mamma mi ha insegnato, augurandovi lo stesso risultato.

Menù

Antipasto: Acciughe aperte fritte

e dorate

Primo piatto: Broetto Secondo: Cefali sull'ara

Antipasto: Acciughe aperte fritte e dorate

Ingredienti:

600 gr di acciughe (alici) fresche

Poca farina bianca

1 limone sale

Procedimento:

Aprire a metà le acciughe (a libro), togliendo la testa e le viscere e lasciando la coda (potete farle preparare anche dal pescivendolo). Passarle nella farina, mettere a scaldare in abbondante olio in una padella e quando sarà ben caldo (per vedere il momento giusto basta immergere uno stecchino e vedere che si formino delle bollicine) tuffarvi il pesce, pochi pezzi alla volta, sino a che non sarà dorato da tutte le parti. Una volta pronto mettete il pesce su carta assorbente, quindi su un piatto da portata spruzzando di limone e sale.





Primo piatto:

Broeto

Questa ricetta è la tipica minestra del Veneto della Vigilia, richiede come forse il caciucco livornese e la bouillabaisse francese diversi tipi di pesce, ma a differenza delle altre ricette non prevede alcun tipo di spezia, in modo tale che è solo il sapore del pesce che viene esaltato, inoltre si presenta senza spine, passato e con tranci di pesce delle varie specie.

Ingredienti per quattro persone: 300 gr di gò (ghiozzi) 500 gr di scarpene (coda di rospo) 1,3 kg di bosega 500 gr di orata 500 gr di gallinella 300 gr gamberetti

© Canstock Photo Inc. / DEimages



Mezza cipolla
Due pomodori freschissime
Mezzo limone
Aglio
Cipolla
Prezzemolo
Aceto
Sale e pepe q.b.

Procedimento:

Si pulisce tutto il pesce, eviscerandolo, si mettono a bollire per 15 minuti i gamberi e i gò, con mezza cipolla e due pomodori freschi e mezzo limone e si ten-

gono da parte. Si mettono quindi a cuocere le scarpene o coda di rospo per trenta minuti, le teste si bollono a parte per un'ora, il cefalo o bosega deve bollire per 25 minuti ed altrettanto le orate e le gallinelle.

Quando tutto il pesce è bollito si tolgono le spine e la pelle a tutti e si passano i gamberetti e le teste di tutti i pesci al setaccio in modo da ottenere un composto cremoso che si mette da parte. Nel frattempo i pesci più grandi vengono tagliati a pezzi grossi e lasciati da parte. Infine si prepara un soffritto con un aglio cipolla tagliati sottilissimi e prezzemolo si fa dorare e si aggiunge la crema ottenuta dai gò e dai gamberetti si aggiunge il brodo ottenuto ed un cucchiaio o due di aceto, si restringere per bene e si aggiunge tutto l'altro pesce a pezzi lasciandolo insaporire ed aggiustando di sale e pepe.

Tradizionalmente il broeto va servito in grandi porzioni accompagnato da pane abbrustolito, è veramente buono, da provare.

Secondo piatto: Cefali sull'ara

Ingredienti:

Si calcola un pesce con un peso di 200 /300 gr di cefalo (è tassativo che sia freschissimo) a persona. olio di oliva extravergine aceto

sale

un mazzo di alloro fresco

Procedimento:

Si prende una bella pirofila in vetro o in ceramica in modo da poterla poi presentare a tavola e sul fondo si mette uno strato di foglie di alloro, si adagia sopra il pesce (chiaramente dopo averlo eviscerato squamato e lavato) lo si unge con un po' di olio extravergine in modo che non si bruci durante la cottura e si spruzza con l'aceto aggiustando contemporaneamente con sale e pepe. Si mette in forno non troppo caldo 150-180 gradi per una quarantina di minuti. Questo piatto deve essere servito bollente con una polenta appena spaiolata di farina gialla.

Buon appetito e tanti auguri di Buon Natale e Felice Anno Nuovo!



ESSERE O NON **ESSERE**

Il malaffare contagia tutti. Ma le elezioni ci danno ancora una possibilità di scelta



di Antonella Prigioni

C'e del marcio in Danimarca, tuonava Amleto nel capolavoro di Shakespeare. Le congiure di palazzo nel XVI secolo si risolvevano con la spada che armava il coraggio di chi era stato usurpato dei suoi diritti. A leggere le cronache della politica italiana, mi sento un po' come il personaggio shakespeariano e la riflessione diventa, anche nel mio caso, enigmatico sillogismo che cerco di risolvere nella logica di un monologo. Ho vissuto da giornalista Mani Pulite, la prima tangentopoli, dove sembrava che si fosse toccato il fondo, invece il baratro avrebbe raggiunto profondità più abissali scavate dall'ingordigia individuale e dall'arroganza becera di ritenere che intascare soldi pubblici sia un

diritto. "Frego la collettività e me ne vanto" sembra essere stata la molla che ha spinto nomi, che hanno contato in Veneto ed in Italia, a rimanere con le mani nella marmellata appiccicosa del malaffare. Un malaffare diffuso che non risparmia alcuna area del bel paese: sembra non esserci appalto, gestione di grandi temi, dal sociale alle grandi opere, che non siano stati contaminati dalla mazzetta, un'epidemia corruttiva, che mentre la maggior parte degli italiani onesti cerca con affanno di combattere la crisi, stringe i denti, rischia di spazzare via come un'onda anomala ogni sforzo per la legalità e per risanare una penisola che è fatta di gente per bene. Quella gente per bene che, ogni volta che deve andare a votare, non sa più chi votare, nel timore di attribuire la propria preferenza a qualcuno o qualcuna che possa diventare ladro o ladra o che possa essere fagocitato-a nel meccanismo perverso di un sistema contaminato e connivente. Eppure lo strumento del voto, diritto inalienabile e sacro, è insieme alla coscienza civica e alla denuncia, l'arma che abbiamo per smantellare un apparato che non rappresenta l'Italia, che ha saccheggiato il nostro patrimonio, ma non può rubarci l'anima: solo chi la vende al diavolo vi rinuncia per sempre. Le elezioni regionali di primavera sono un'occasione di democrazia e lealtà, non un esercizio retorico per non cambiare nulla, almeno così io voglio sperare...







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









