PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

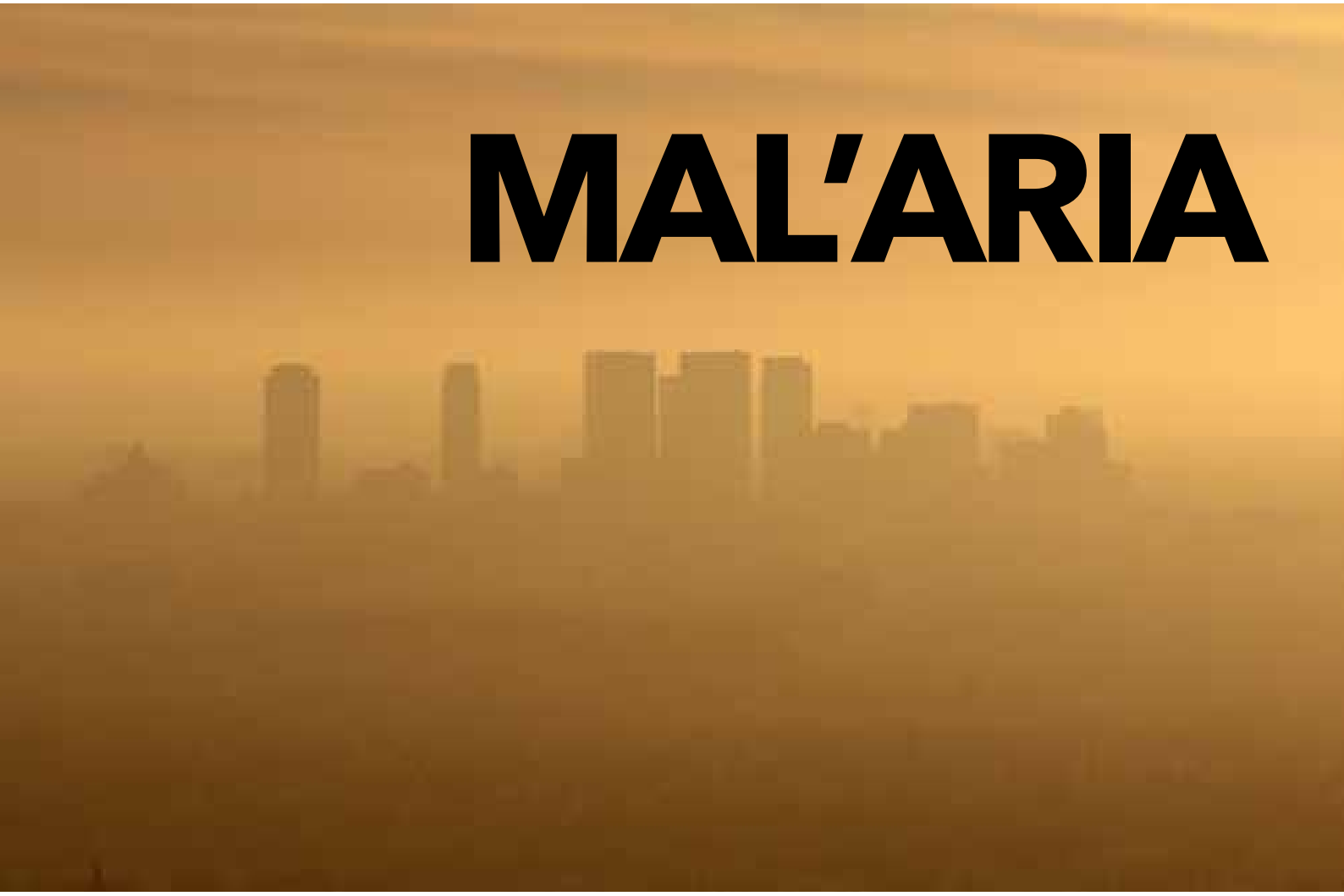
NES - Nord Est Sanità
Anno 9, numero 1
Gennaio - Febbraio 2016
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE TECNICO,
SCIENTIFICO, SOCIALE

WWW.NORDESTSANITA.IT



MAL'ARIA

RIFORMA DELLA SANITÀ
Le nomine dei "nuovi" Direttori Generali

ATTUALITÀ SANITARIA
L'immunoterapia, i farmaci biotecnologici

L'INTERVENTO DEL PROF. MARIO PLEBANI
Migliorare il processo diagnostico:
se non ora, quando?

HITACHI
Inspire the Next

OASIS 1.2T

Efficenza della tecnologia ad Alto Campo progettata intorno al paziente

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

NES - NORD EST SANITÀ

Anno 9 - numero 1 - gennaio - febbraio 2016

Sommario

La vignetta
di Davide Zanella 5

Editoriale
Me la canto e me la suono 7

Primo piano: Mal'aria
Mal'aria Duemilasedici 8
Le dieci proposte di Legambiente 10
La pianura che soffoca 14
E' emergenza smog 15
Inquinamento e salute, parola allo specialista 16

Focus: il punto sulla riforma sanitaria
Riforma della Sanità, dove eravamo rimasti? 20
Squadra che vince non si cambia 21
La nuova mappa della Sanità veneta 22
Direttori Generali: chi resta e chi va via 24

Premio Giorgia Iazzetta
Quarta edizione del premio giornalistico 26

Attualità
L'immunoterapia, i farmaci biotecnologici 28
La IORT, terapia innovativa per le donne operate al seno 30
Migliorare il processo diagnostico: se non ora, quando? 31
Notizie dalle Ulss 40

Rubriche
Virus Zika 48
Il gatto: vita da protagonista 50
Dall'apparire all'evanescenza il passo è breve 51
L'empatia nel rapporto di cura 52

Interessi
El Greco in Italia - Metamorfosi di un genio 53
Il mestiere più bello del mondo 54
Vaccini, complotti e pseudoscienza 55
Crema di carciofi con granella di nocciole e mazzancolle 56
Sabino Acquaviva, questo prof 57
Ape regina: Puliamo l'ariao 58

Questa rivista non riceve nessun finanziamento pubblico

Gerenza

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

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

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - 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 Iazzetta, Giampietro Vecchiato

Hanno collaborato a questo numero
Gaia Bortolussi, Margherita De Nadai, Davide Zanella

In copertina:
© Can Stock Photo Inc. / trekandshoot

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

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

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 20.000 copie

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 18 febbraio 2016

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.

CARETHERAPY: nuova metodologia di trattamento della lombalgia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

di Gianluca Bernabei

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

di **Davide Zanella**

La vita non è eterna

Semplificateui l'igiene

SERVIZIO DI NOLEGGIO
E LAVANDERIA

ABITO DA LAVORO
PROFESSIONALE

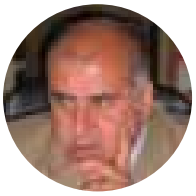
elis

Contattateci al:
800 38 16 85

www.elis.com

ME LA CANTO **E ME LA SUONO**

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



Stavamo riflettendo, in riunione di redazione, sull'argomento da affrontare nell'editoriale del giornale e uno dopo l'altro abbiamo scartato tutti i grandi temi che in questi giorni occupano i quotidiani: immigrazione, violenza sulle donne, crisi delle borse, petrolio e chi più ne ha più ne metta.

Tutti questi argomenti, pur nevralgici in questo faticoso inizio di anno, hanno un sapore amaro di "deja vù" che non mi stimola ad approfondire con voi nessuno di questi argomenti.

L'unico argomento che in questo momento voglio condividere è la bella, importante, stimolante storia delle strutture sanitarie private ex convenzionate ora accreditate, dove nella massima trasparenza, l'efficienza è al centro del sistema operativo e tutti si adoperano affinché gli utenti abbiano la migliore prestazione sanitaria erogabile in quel momento.

Il mio non vuole essere l'ennesimo lamento di chi nella sanità privata è stato pesantemente ridimensionato, ma vuole essere una dichiarazione ed una spiegazione anche ai nuovi direttori generali sulle strutture sanitarie accreditate, spesso piccoli gioielli di tecnologia, di professionalità, di risposta ai bisogni del territorio, che sono guardati con sospetto dal pubblico perché gestiti da società. In sanità purtroppo essere imprenditori e lavorare per essere pagati è ancora un tabù, ma noi imprenditori in sanità lavoriamo anche e sopratutto per avere le risorse per pagare gli stipendi e per continuare ad investire in tecnologia e qualità.

Un patrimonio umano e professionale importante, che ha supportato il bisogno di sanità del territorio, lavorando sempre con umiltà e tanta voglia di vedere ed imparare da chiunque.

La sanità privata è una grande risorsa, non solo per quanti vi lavorano e vi traggono il sostentamento per se e le proprie famiglie, ma costituisce un'organizzazione che da sempre ha cercato dialogo e confronto anche e sopratutto istituzionale per poter proseguire a dare un servizio pubblico ai cittadini i quali scelgono di usufruire di queste strutture.

Questa risorsa ha il pregio di essere estremamente elastica e duttile adattandosi a qualsiasi (purché dignitosa) richiesta della direzione generale ed ha inoltre costi sicuramente competitivi.

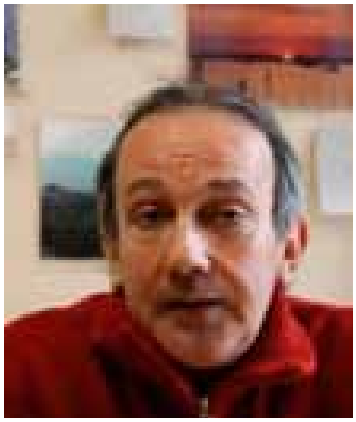
Per tutte queste ragioni sarebbe importante instaurare un nuovo clima dove i progetti possano essere condivisi, e lavorare tutti in sinergia per un unico nuovo welfare, forse diverso da quello che conosciamo ma più moderno e capace di dare ad ognuno quello di cui ha bisogno, niente di più niente di meno.

Probabilmente queste mie poche righe potranno far sorridere molti e forse qualcuno con ironia dirà, quello se la canta e se la suona da solo... Ma a volte non solo bisogna avere il coraggio delle proprie idee ma anche di renderle pubbliche, anche a costo di far sorridere.

I DATI DI LEGAMBIENTE EVIDENZIANO UNA CRONICA EMERGENZA SMOG NELLE CITTÀ VENETE

a cura di **Antonella Prigioni e Margherita De Nadai**

Un anno orribile, il 2015, per la qualità dell'aria in Veneto. Il mese di gennaio 2016 è stato ancora peggio. A Padova, per ben 22 giorni su 31, le centraline per il monitoraggio delle polveri sottili in atmosfera hanno nettamente superato il limite di legge di 50 microgrammi per metro cubo. Una situazione abbastanza simile nelle altre città della pianura veneta. La maglia nera di città veneta più inquinata del 2015 è Vicenza con 110 sforamenti in un anno, segue Venezia- Mestre con 91, Padova con 88, Treviso con 85, Rovigo con 75, Verona con 65, solo Belluno non ha superato i 35 giorni annuali. Vicenza, Venezia, Padova e Treviso, quattro su sette capoluoghi di provincia, risultano tra le dieci città più inquinate di Italia. Vicenza occupa il terzo gradino di questa preoccupante classifica, Venezia il settimo, Padova il nono, Treviso il decimo. Sono dati, quelli illustrati, riportati nel rapporto 2016 Mal'aria di Legambiente. La concentrazione, di livelli di inquinamento consecutivi oltre il consentito, si è verificata dalla metà di dicembre 2015, con un trend, in vari punti di rilevamento, in continuo peggioramento a gennaio 2016. Legambiente, con la campagna "PM10 ti tengo d'occhio", monitora su base annua le centraline dei capoluoghi italiani e stila la classifica delle città, nelle quali almeno una centralina abbia superato la soglia limite di polveri sottili. Nel 2015 l'associazione ambientalista ha controllato 90 città: un monitoraggio effettuato con la raccolta dei dati aggiornati quotidianamente dai siti delle Arpa, le Agenzie Regionali per l'Ambiente, delle Regioni e delle Province. Il parametro di riferimento per l'analisi è la centralina peggiore presente in ciascuna area urbana. A Padova la centralina test, ad esempio, è quella del quartiere Mandria. Su 90 città italiane tenute sott'occhio, 48 sono fuori legge: il 6 per cento ha superato il limite dei 35 giorni più del triplo delle volte, il 33 per cento (16 città tra cui Padova) lo ha superato due volte e il 25 per cento (12 città) una volta e mezza. Frosinone è la città più inquinata del bel paese nel 2015, segue Pavia.



• Lucio Passi, portavoce di Legambiente Padova

Se si analizzano nel dettaglio i valori registrati a Padova, a gennaio 2016, c'è di che allarmarsi "22 giorni a gennaio 2016, più del gennaio 2015 che registrò 21 giorni – commenta Lucio Passi, Portavoce di Legambiente Padova- più del 2014 che ne contò solo 12 e del 2013 che ne totalizzò 15.La differenza con gennaio 2015 a prima vista può sembrare minima ma non è così se si analizzano i dati. Nel primo mese del 2015 si registrarono sforamenti superiori ai 100 microgrammi solo in 4 giorni mentre nel 2016 ne contiamo 10, di cui 8 superiori ai 150 microgrammi.Dal 19 gennaio il Pm10 non è mai sceso sotto il limite di legge – rileva Passi- una striscia negativa di 14 giorni consecutivi, striscia che si aggrava dal 24 gennaio con 8 superamenti consecutivi tre volte il limite di legge: 24,151 microgrammi; 25, 181; 26 190; 27, 187; 28, 157; 29, 175; 30, 174; 31, 167.

RISCHIO SALUTE

Sono numeri che si trasformano in rilevanti impatti sulla salute, come

MAL'ARIA DUEMILASEDICI

© Can Stock Photo Inc. / Elwynn

si legge in Mal'aria 2016. Secondo le stime dell'Agenzia ambientale europea pubblicate nel 2015 (nel Report "Air Quality in Europe"), l'Italia per l'anno 2012 ha il triste primato legato alle morti per PM2,5 (circa 59.500) - in linea con i dati dell'anno precedente che ne attribuiva circa 60mila, l'Ozono (3.300) e gli Ossidi di azoto (circa 21.600). Un intervento per la riduzione dell'inquinamento avrebbe effetti immediati anche su questi numeri. Li quantifica il progetto VIIAS (Valutazione Integrata dell'Impatto dell'Inquinamento atmosferico sull'Ambiente e sulla Salute in Italia), coordinato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio con la collaborazione del l'ENEA, dell'ISPRA, delle ARPA e delle Università di Firenze, Urbino e "La Sapienza" di Roma. Lo studio dimostra che al 2020, riducendo del 20% i livelli di PM2,5 nelle città italiane, si arriverebbe ad avere circa 10.000 morti premature in meno, e riducendo della stessa quantità le concentrazioni di ossidi di azoto all'incirca 15mila. Senza contare che in Italia i costi collegati alla salute derivanti dall'inquinamento dell'aria si stimano fra i 47 e i 142 miliardi di euro nel 2010. Dati che descrivono ancor di più l'urgenza di politiche concrete di miglioramento della qualità dell'aria.

SANZIONI EUROPEE

Il mancato rispetto delle norme italiane ed europee sulla qualità dell'aria potrebbe determinare sanzioni da parte dell'Europa.
Sono infatti due le procedure d'infrazione ad oggi avviate, entrambe nella fase di messa in mora. La prima, la 2014_2047, avviata nel luglio 2014 che ha come oggetto la "cattiva applicazione della direttiva 2008/50/CE relativa alla qualità dell'aria ambiente e il superamento dei valori limite di PM10 in Italia" e la seconda, la 2015_2043, avviata nel maggio 2015 che riguarda "l'applicazione della direttiva 2008/50/CE sulla qualità dell'aria ambiente ed in particolare obbligo di rispettare i livelli di biossido di azoto (NO2)".
Nel rapporto di Legambiente si legge anche che l'emergenza smog di fine 2015, non è stato un evento eccezionale.
A partire dal 2009, Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Verona, Vicenza, hanno sforato i livelli di legge sette anni su sette.

LE DIECI PROPOSTE DI **LEGAMBIENTE**

PIÙ TRENI, PIÙ PISTE CICLABILI, IMPORRE DEI LIMITI DI VELOCITÀ NEI CENTRI ABITATI E VIETARE L'USO DEI COMBUSTIBILI PER RISCALDARSI

AUTO PRIVATA ULTIMA OPZIONE PER MUOVERSI IN CITTÀ

Approvare un serio Piano nazionale antismog in cui il governo assuma un ruolo guida importante, dotato di risorse economiche, obiettivi misurabili e declinabili. La priorità deve essere la realizzazione di nuove linee metropolitane e di tram, a cui devono essere vincolate da subito almeno il 50% delle risorse per le infrastrutture, da destinare alle città.
Il piano deve prevedere target di mobilità a livello urbano per arrivare entro 2 anni ad una quota di spostamenti individuali motorizzati al di sotto del 50% del totale, per arrivare nel giro di 6-8 anni sotto il 30%.
Occorre infine una verifica dei piani di risanamento dell'aria delle regioni e delle principali città per garantire un'uscita dall'emergenza entro i prossimi cinque anni.

1000 TRENI PER I PENDOLARI

Sono stati annunciati nel 2006 dal Governo Prodi, che fece sperare in una nuova politica dei trasporti, ma non sono mai arrivati.
Intanto i disservizi, l'affollamento dei convogli e il forte disagio per chi viaggia, porta sempre più persone a scegliere l'auto per gli spostamenti casa-lavoro.

100 STRADE PER LA CICLABILITÀ URBANA

Cofinanziare (insieme a Comuni e Regioni) la realizzazione nelle grandi città di un primo pacchetto di nuove corsie ciclabili lungo le principali direttrici di mobilità all'interno dell'area urbana che consentano spostamenti in bici sicuri ed efficienti e costituiscano una valida e attraente alternativa all'uso dell'auto privata.

CHI INQUINA DEVE PAGARE.

Prevedere, con una disposizione nazionale, l'estensione del modello dell'Area C milanese a tutte le grandi città e con una differente politica tariffaria sulla sosta, i cui ricavi siano interamente vincolati all'efficientamento del trasporto pubblico locale.

LEGAMBIENTE

RIDURRE LA VELOCITÀ A 30 KM ORARI

Imporre a livello nazionale il limite di 30 km/h all'interno dei centri abitati, con l'eccezione delle principali arterie di scorrimento, con effetti sulla riduzione dell'inquinamento atmosferico e acustico e benefici sulla sicurezza, riducendo notevolmente gli incidenti.

STOP AI SUSSIDI ALL'AUTOTRASPORTO PER MIGLIORARE IL TPL.

Dal 2000 al 2015 sono stati dati circa 400 milioni in media l'anno all'autotrasporto e anche per il 2016 gli aiuti diretti e indiretti saranno pari a 250 milioni di euro.

© Can Stock Photo Inc. / ssuaphoto

Chiediamo che tali risorse siano, al contrario, destinate ad incrementare e migliorare il trasporto pubblico locale e il servizio per i cittadini.

FUORI I DIESEL DALLE CITTÀ

Limitare la circolazione in ambito urbano dei veicoli più inquinanti (auto e camion) sul modello della città di Parigi: entro il 2016 divieto di circolazione di tutti i veicoli euro 0 ed euro1, e dei diesel (auto e camion) euro 2. Entro il 2017 divieto esteso a diesel euro 3 e poi a crescere sino a vietare nel 2020 la circolazione dei veicoli diesel euro 5 (quelli venduti sino ad oggi).

RISCALDARSI SENZA INQUINARE

Vietare l'uso di combustibili fossili, con esclusione del metano, nel riscaldamento degli edifici a partire dalla prossima stagione di riscaldamento.
Obbligo di applicazione della contabilizzazione di calore nei condomini in tutta Italia a partire dalla prossima stagione di riscaldamento.
Interventi innovativi per l'installazione di pompe di calore, che permettono di ridurre notevolmente le emissioni.
Obiettivo del 3% all'anno sulla riqualificazione degli edifici pubblici e privati per attuare il piano europeo per ammodernare o ricostruire l'intero patrimonio edilizio entro 30 anni.
Perché i risultati siano evidenti è necessario rafforzare il sistema dei controlli, tanto sui fumi emessi dalle caldaie, che sulla certificazione energetica degli edifici, verificando che le dichiarazioni corrispondano realmente allo stato in cui si trova lo stabile.

RIDURRE L'INQUINAMENTO INDUSTRIALE

Applicare autorizzazioni integrate ambientali (AIA) stringenti e rendere il sistema del controllo pubblico più efficace con l'approvazione della legge sul sistema delle Agenzie regionali protezione ambiente ferma al Senato da oltre un anno.

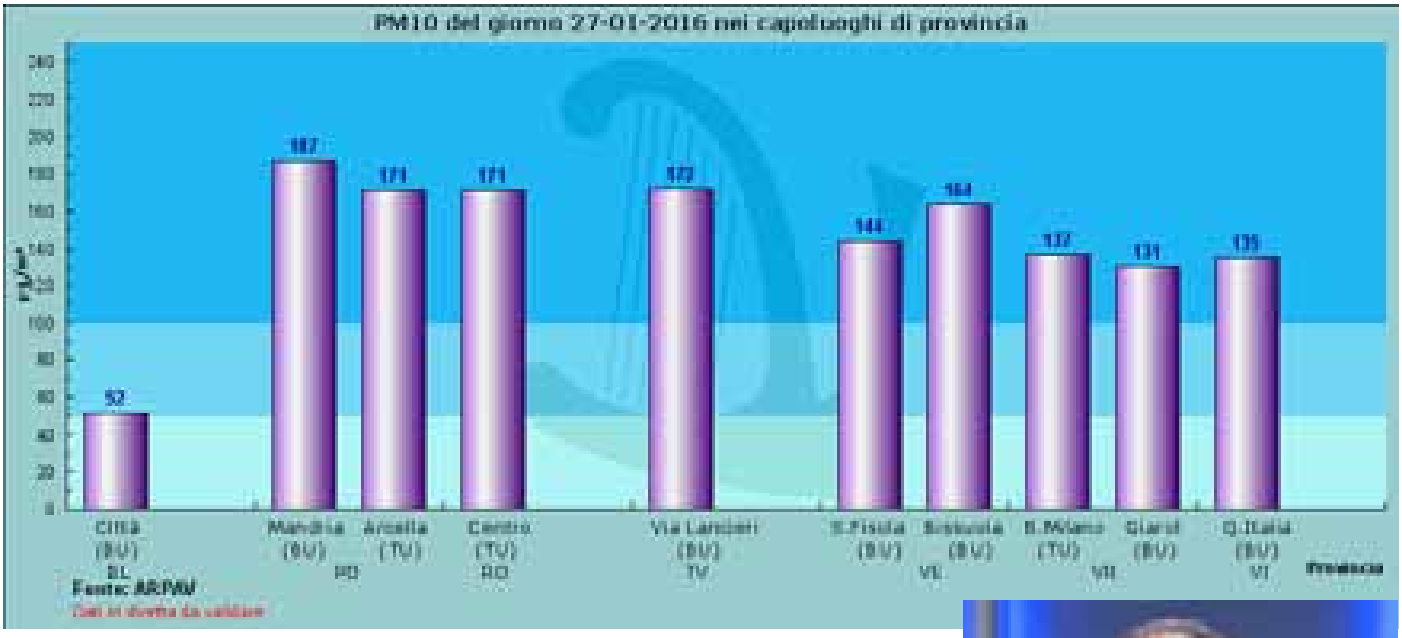
NUOVI CONTROLLI SULLE EMISSIONI REALI DELLE AUTO

Applicare immediatamente i nuovi criteri di prova di omologazione per i veicoli immessi sul mercato, con verifica su strada e dichiarazione obbligatoria dei risultati reali di consumo e di inquinamento risultanti.

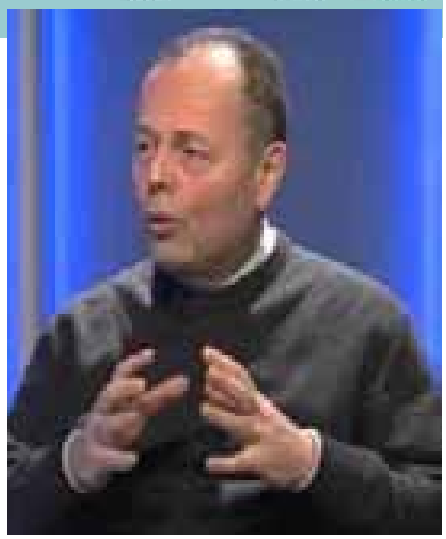
LA PIANURA CHE **SOFFOCA**

I MONITORAGGI, LE CAMPAGNE DI SENSIBILIZZAZIONE, LE AZIONI DELL'ARPAV

di **Antonella Prigioni**



Un catino, racchiuso a Nord dalle Alpi, a sud dalla fascia appenninica, con un unico sbocco al mare: la laguna di Venezia. La pianura, come si può notare dalle foto satellitari, in inverno è avvolta da una cappa di smog. Inquinanti che ristagnano e fanno fatica ad essere asportati dal vento e dalla pioggia, se poi si verifica una siccità come quella che ha caratterizzato continuativamente dicembre e gennaio scorsi, semplice capire a quali concentrazioni di polveri sottili sia arrivata l'atmosfera in tutto il Nord Italia. Una situazione che non si registrava da dieci anni, come dichiarano all'Osservatorio Aria della Regione del Veneto. "Il problema - evidenzia Rodolfo Bassan, responsabile dell'Osservatorio - è la condizione di stabilità meteorologica protratta nel tempo che ha quadruplicato i limiti previsti per legge.
Pioggia e vento non è detto che riusciranno a riportare sotto la linea di guardia le concentrazioni di polveri sottili e inquinanti, che in un bacino chiuso come la pianura padana, stentano a disperdersi e rimangono attaccati al suolo - aggiunge Salvatore Patti dirigente dell'Osservatorio Aria Arpav. Si tratta di una delle zone più inquinate di Italia, quando si parla di inquinamento bisogna fare un distinguo tra quello invernale, che è determinato dalle pm10 o pm2,5 o polveri ultrasottili e quello estivo dovuto all'ozono, inquinante che si forma in atmosfera per reazioni chimiche dovute all'irraggiamento solare. Sono due problemi diversi



• Salvatore Patti, dirigente dell'Osservatorio Aria dell'Arpav.
In alto, un grafico della concentrazione di PM10 nei capoluoghi di provincia del Veneto (fonte Arpav).

• Un'immagine dal satellite della Pianura Padana, coperta da una coltre di smog (fonte Arpav).

entrambi hanno effetti sia sull'ambiente che sulla salute.

QUALI SONO LE PRINCIPALI FONTI DI INQUINAMENTO?

L'inquinamento da polveri sottili ha un andamento in calo, contrariamente alla situazione registrata nei due mesi critici, dal 2002 al 2014 è in atto una riduzione delle pm10 con un trend in diminuzione.

Noi come tutte le altre Arpa di Italia e d'Europa abbiamo degli strumenti di monitoraggio. In Veneto ci sono 35 centraline che misurano ogni giorno il livello delle pm10 in aria e segnalano gli sforamenti e in quali quantità. Per verificare quali sono le fonti di questo inquinamento abbiamo l'INEMAR, un inventario delle emissioni, è un software, un catasto, una raccolta dati, in cui sono inserite tutte le sorgenti emissive secondo una metodologia ben determinata a livello europeo, in cui vengono classificate tutte le fonti che emettono inquinanti in aria. La fonte principale di emissioni di pm 10 è il riscaldamento domestico secondo l'Inemar, segue il traffico. E' la combustione della biomassa, leggi legna o pellet, la fonte più nociva per l'aria.

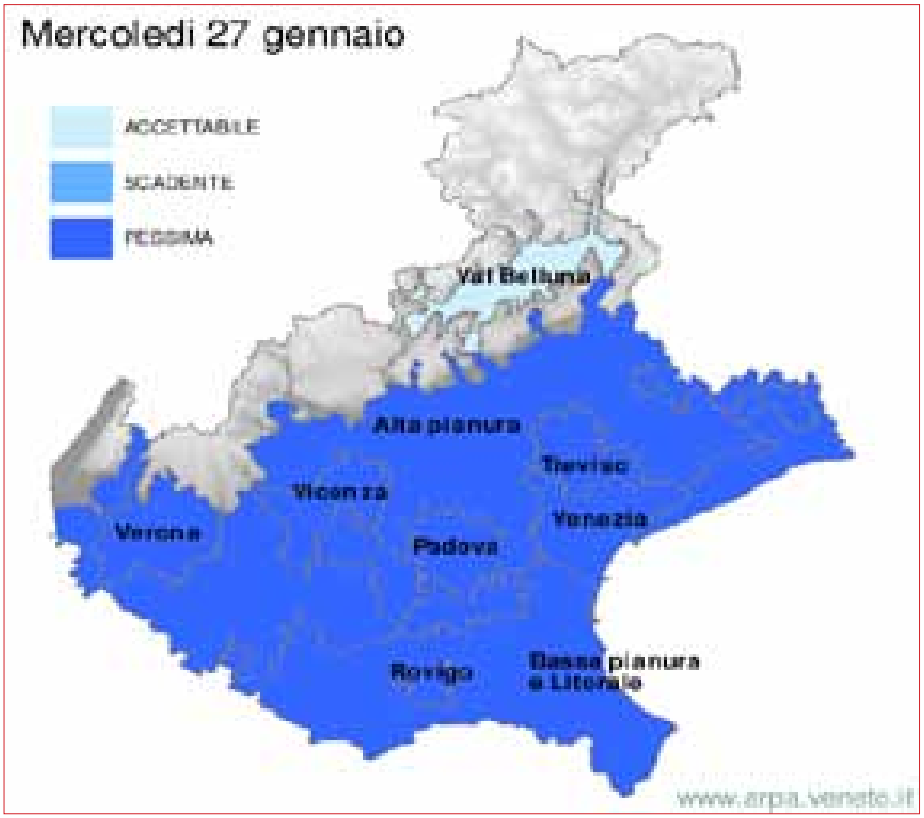
Il metano a parità di energia fornita, emette una quantità decisamente inferiore di polveri sottili, quasi trascurabile. C'è stata un'impennata dell'impiego di stufe a legna per ragioni di risparmio economico. Secondo uno studio promosso dalla Regione Veneto, il 34 -35% delle famiglie, utilizza la biomassa per ridurre i consumi del metano.

Un caminetto aperto emette 860 gr di polveri per ogni gigagiau di energia prodotta, una stufa a pellet solo 70, una caldaia a metano arriva a 0,3, non voglio demonizzare il riscaldamento a biomassa, ma è bene avere stufe di ultima generazione a inquinamento più basso , utilizzare combustibile di buona qualità e fare installare l'impianto da tecnici competenti.

COME SI PULISCE IL CATINO PADANO?

Conoscere lo stato dell'aria grazie alle centraline e all'Inemar e poi agire.

E' in discussione il piano aria in Regione, che prevede una serie di azioni che partono dalle fonti emissive e creano degli interventi di mitigazione. Un piano ancora in fase di discussione, ma le linee attuative sono: impianti a biomassa moderni, agire sulla mobilità sostenibile con rottamazione di veicoli inquinanti, creare zone a traffico limitato, blocchi del traffico e targhe alterne.



• Un grafico sulla qualità dell'aria in Veneto a fine gennaio. Nel grafico in basso, l'andamento della concentrazione di PM10 negli ultimi anni (fonte Arpav).

L'aria è ubiquitaria, non ha confini, l'inquinamento si diffonde in tutta la pianura per quello abbiamo accordi con altre Regioni per azioni comuni sincronizzate.

ANDARE A 30 ALL'ORA INQUINA MENO?

Si inquina di più che a cinquanta, la velocità costante sarebbe la situazione ideale, code e stop and go inquinano molto, ripartenze e fermate continue sono deleterie.

E L'INQUINAMENTO INDUSTRIALE?

Su questa fonte si è fatto molto negli ultimi anni ed è anche questo motivo della decrescita delle polveri sottili. I limiti di emissione per le aziende sono sempre più stringenti, ci sono controlli di Arpav che ne verificano il rispetto.

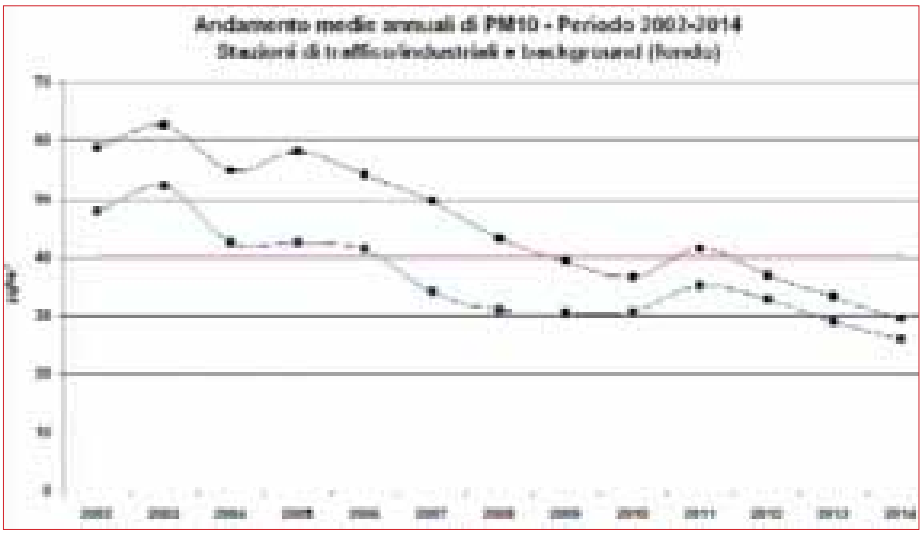
IL CITTADINO COSA PUÒ FARE?

Usare meno l'auto, abbassare il riscaldamento, curare la manutenzione degli impianti, chiudere gli infissi, investire, sfruttando gli incentivi, in soluzioni moderne per il risparmio energetico.

SI PUÒ PULIRE L'ARIA?

L'aria viene pulita dagli eventi atmosferici, dalla pioggia e dal vento. Noi con il nostro comportamento però possiamo fare molto.

LA NEBBIA PRESERVA DALLO SMOG O LO CONSERVA?



La nebbia è indice di inversione termica, è una pellicola che schiaccia gli inquinanti a livello del naso, si è verificato un fenomeno diverso alla fine del 2015 in cui la nebbia ha fatto da nucleo di condensazione delle polveri che si sono attaccate alle goccioline umide e sono cadute a terra, pulendo l'aria. Se le particelle sono al suolo non le respiriamo.

Il compito dell'Arpav è quello di raccogliere i dati dalle centraline, sintetizzarli in un rapporto e comunicarli alla Regione, al Ministero dell'Ambiente e all'Europa. Una sintesi utile per la stesura di programmi e politiche di intervento strutturali.

E' EMERGENZA **SMOG**

LA REGIONE INDICA AI SINDACI QUALI ORDINANZE ADOTTARE

Quando l'aria è inquinata, solo l'azione univoca può dare qualche effetto. La Regione Veneto, l'Assessore all'Ambiente Gianpaolo Bottacin, in collaborazione con il collega alla Sanità Luca Coletto, hanno indicato dei provvedimenti che i sindaci dovrebbero adottare con precise ordinanze, tenendo conto ovviamente della specificità di ogni comune.
La Regione ha proposto agli Enti locali le linee guida di riferimento per le ordinanze comunali da applicare tutto l'anno, sia nelle situazioni di criticità a livello "0", sia in caso di raggiungimento del livello "1" (dopo 7 giorni consecutivi di sforamento del limite di 50 µg/m3 di polveri PM10).

• Gianpaolo Bottacin

• Luca Coletto

Per il livello "0" sono state proposte misure quali:

- incentivare forme di mobilità sostenibile alternative all'uso del mezzo privato, come la diffusione di sistemi di mobilità collettiva ("car sharing" e "car pooling"), bike-sharing e potenziamento dell'offerta del trasporto pubblico locale;
- creazione di Low Emission Zone di accesso per le zone a più alta densità abitativa o per gli agglomerati; tali zone possono essere dotate di sistemi elettronici per il controllo degli accessi;
- introduzione, a livello regionale, dell'adozione delle disposizioni contenute nella norma UNI 10683/2012 "Generatori di calore alimentati a legna o altri biocombustibili solidi - Verifica, installazione, controllo e manutenzione";
- anticipazione, a livello regionale, tramite accordo volontario con i produttori, dell'adozione dei Regolamenti della Commissione Europea per la progettazione ecocompatibile e l'etichettatura energetica delle caldaie e apparecchi a combustibile solido;
- formazione sui comportamenti virtuosi da adottare per la riduzione delle emissioni nelle scuole;
- riduzione delle temperature massime per il riscaldamento civile: a 16+2° per edifici adibiti ad attività industriali, artigianali e commerciali; 18+2°C per tutti gli altri edifici, a esclusione di case di cura e/o riabilitazione, ospedali e case di riposo; divieto di spreco energetico nelle attività commerciali (divieto porte aperte negli esercizi commerciali per evitare dispersione termiche).

Per il livello "1", invece, si propone:

- nel campo della mobilità, l'adozione di una guida ecologica, vale a dire basse velocità e regime costante, e la manutenzione del mezzo per il risparmio di carburante;
- riscaldamento civile e consumi energetici: nel caso di apparecchi a legna minimizzare le emissioni derivanti dalla combustione attraverso l'utilizzo consapevole dell'impianto, bruciando legna secca e non altri materiali; effettuare controlli dell'impianto; limitare l'uso di stufe e caminetti se nell'edificio vi sono altri sistemi di riscaldamento meno inquinanti come il metano;
- agricoltura: adottare misure per la limitazione delle emissioni provenienti dal processo di gestione delle deiezioni animali.

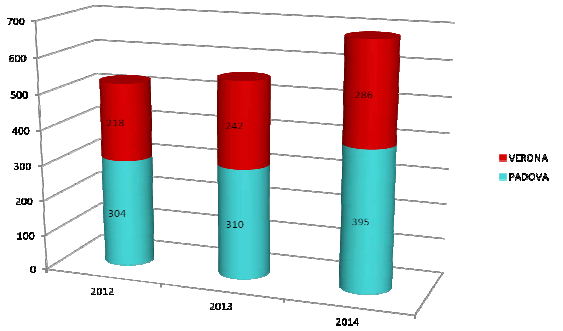
INQUINAMENTO E SALUTE, PAROLA ALLO SPECIALISTA

GLI ASPETTI SANITARI LEGATI ALL'INQUINAMENTO AMBIENTALE: AUMENTANO I CASI DI ESACERBAZIONE DI ALCUNE PATOLOGIE IN VENETO

di **Gaia Bortolussi**

Inquinamento, ci si ammala di più? Non ci sono certezze, ma non si può neanche escludere. E' una situazione difficile, di cui parliamo con il dott. Andrea Vianello, pneumologo e direttore del reparto di Fisiopatologia respiratoria dell'Ospedale di Padova.
«Da qualche settimana - spiega - si è notato un incremento di accessi al pronto soccorso, con un conseguente aumento di ricoveri per esacerbazione di asma e di BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva). Anche se non possiamo dirlo con certezza, perché i fattori da considerare sono molteplici, questo aumento sembrerebbe legato proprio all'esposizione ambientale, ultimamente caratterizzata da una situazione di inquinamento importante».
Secondo quanto monitorato nel reparto di Fisiopatologia respiratoria di Padova sembrerebbe quindi che l'inquinamento, fatte le dovute distinzioni per persone già portatrici di patologie, sia una delle cause che determinano una serie di problematiche cliniche e sanitarie.
«C'è da dire - aggiunge Vianello - che in Veneto, soprattutto nei territori attorno a Padova e Verona (zone che sto monitorando con un mio collega della città scaligera), si sta verificando nel corso dell'ultimo anno una chiara impennata di accesi al pronto soccorso per ri-acutizzazioni di asma bronchiale. I dati aiutano a capire la situazione: siamo passati da 500 ricoveri nelle due città del 2012 ai 700 del 2014 e ai quasi 800 del 2015.

Pronto Soccorso degli Ospedali di Verona e Padova:
Numero totale di accessi



• Andrea Vianello

Ma a preoccupare è anche il fatto che «in Veneto, nel corso degli ultimi due anni, ci sono stati 16 morti per ri-acutizzazione di asma, contro 23 casi complessi in tutta l'Italia. Perciò - aggiunge Vianello - possiamo parlare di una problematica emergente. Anche se noi che monitoriamo questo tipo di patologie non siamo certi di poter dire che la causa prima sia l'inquinamento, non ci sentiamo neanche di escludere che influisca nell'aggravamento di queste patologie respiratorie».

RISPETTO ALL'INSORGENZA DI PROBLEMI RESPIRATORI LEGATI ALL'ESPOSIZIONE AMBIENTALE IN EMERGENZA INQUINAMENTO, CI SONO DISTINZIONI TRA EFFETTI A BREVE TERMINE ED EFFETTI A LUNGO TERMINE?

Certamente. Per quanto riguarda gli effetti a breve termine (acuti) ci sono principalmente due categorie a rischio: le persone che sono già pneumopatiche (cioè gli asmatici) e gli broncopneumopatici cronici, affetti da BPCO. Per questo tipo di persone l'esposizione all'inquinamento dell'aria può avere degli effetti che acutizzano i problemi di base, come crisi di dispnea (mancanza di fiato)

tipiche dell'asma bronchiale, accentuazione della tosse, accentuazione del consumo di farmaci bronco-dilatatori e, sul piano sanitario, un incremento degli accessi al pronto soccorso e di ricoveri per malattie respiratorie.
Gli effetti a lungo termine, invece, conseguenti ad una esposizione protratta nel corso degli anni a tassi elevati di concentrazione di inquinanti atmosferici, sostanzialmente si riassumono nella comparsa di alcune malattie, in particolare la BPCO. C'è anche il rischio che l'esposizione a lungo termine provochi un aumento complessivo della mortalità, che sia dovuto all'aspetto respiratorio, all'aspetto cardiologico, o ad altri fattori.

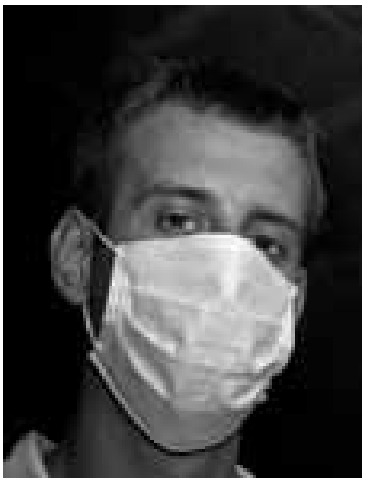
COME SI FA A CAPIRE SE L'INQUINAMENTO HA AVUTO EFFETTI SULLA SALUTE?

La diagnosi di questo tipo di problemi sostanzialmente si basa su due elementi: la valutazione clinica e i test di funzionalità respiratoria (spirometria), che dà la diagnosi certa di BPCO e conferma la diagnosi di asma. Il laboratorio di diagnostica a Padova è il più grande del Triveneto, che ad oggi fa quasi 30 mila prestazioni all'anno, quindi "l'offerta dei nostri servizi ottiene una buona risposta rispetto alla qualità che viene offerta".

COME CI SI DEVE COMPORTARE PER PREVENIRE QUESTI EFFETTI?

Ci si espone ad un rischio maggiore nei luoghi e negli orari ove c'è una maggiore concentrazione del particolato nell'aria. Anche se bisogna dire che la concentrazione di inquinanti nell'aria dipende da vari fattori e non solo dal traffico automobilistico (che, entro certi limiti, è anche quello sul quale si può intervenire).
Bisogna considerare anche l'esposizione all'inquinamento dovuto ai riscaldamenti domestici, sul quale è già più difficile intervenire come singoli cittadini, anche se ci sono delle linee guida da seguire, e poi ancora alle industrie e ai trasporti di altro genere, anche commerciali.
Nelle singole giornate e per le singole persone i consigli sono quelli di cercare di uscire negli orari con minor tasso di inquinamento (le prime ore del mattino), evitare le zone con maggiore concentrazione di traffico, evitare di fare attività fisica all'aperto. A questo proposito, per chi è abituato a fare jogging in città: durante la corsa, la ventilazione polmonare può passare da 10litri al fino a 120 litri al minuto, quindi si inala di più l'aria atmosferica e il PM10. Questo avviene soprattutto nelle città dove il traffico assume valori consistenti, ma bisogna considerare che nemmeno i paesi limitrofi sono "al sicuro" poiché i movimenti d'aria, le correnti, i venti fanno sì che nessun luogo sia immune da inquinamento. Per quanto riguarda l'uso delle mascherine mi sento di fare un appunto: quelle abituali sono di un tessuto tale che non servono granché, mentre ce ne sono in commercio altre che hanno un sistema di filtraggio preciso che invece possono aiutare. Riguardo alle misure di carattere generale, ripeto andrebbe limitato l'uso dei veicoli, abbassata la temperatura domestica, evitato l'uso di stufe vecchie. Sono questioni nelle quali il singolo cittadino può fare il suo, ma l'influenza è minima.

GUIDA ALLE PATOLOGIE E ALLE CURE IN CASO DI MALATTIA RESPIRATORIA



© Can Stock Photo Inc. / Arsgera

1- L'ASMA: si tratta di una malattia complessa che si manifesta attraverso una infiammazione cronica delle vie aeree. L'infiammazione genera un aumento della responsività bronchiale che, a sua volta, causa episodi ricorrenti (i cosiddetti 'attacchi d'asma') di crisi respiratorie, respiro sibilante, senso di costrizione toracica e tosse. L'asma è una malattia complessa, nella quale giocano un ruolo sia fattori genetici che ambientali, nonostante il ruolo dei diversi fattori non sia ben definito. Al primo posto, ad esempio, c'è l'esposizione al fumo di tabacco, anche a quello passivo. Un ruolo molto importante però è giocato anche dall'inquinamento ambientale, sia in ambienti chiusi che all'aperto (dalla polvere agli acari, dal particolato ai pollini), da insetti e animali e domestici (cani e gatti), dalla presenza di muffa nell'ambiente in cui si vive, da un eccesso di umidità ambientale, da un basso peso alla nascita, dalla presenza di infezioni polmonari precoci. Oltre a cause di tipo ambientale e sanitario, il livello nutrizionale, di educazione e attenzione igienica e le condizioni economiche sono tutti elementi che influenzano profondamente l'andamento della malattia.
L'asma è una malattia cronica, per la quale non esiste oggi alcun trattamento risolutivo. E' possibile, però, controllarne il decorso, riducendo gli attacchi d'asma e le loro conseguenze, come i sibili e la tosse, e le difficoltà respiratorie. Per effettuare un piano di controllo adeguato è importante che la malattia sia diagnosticata precocemente, per evitare gli effetti dannosi di una infiammazione cronica. La diagnosi di asma però non è semplice, test della funzionalità polmonare, come la spirometria, contribuiscono a effettuare una diagnosi corretta.

2- Broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco): è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, di entità variabile a seconda della gravità. La malattia è solitamente progressiva ed è associata a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare. La conseguenza a lungo termine è un vero e proprio rimodellamento dei bronchi, che provoca una riduzione consistente della capacità respiratoria.
Ad aggravare questo quadro clinico è l'aumento della predisposizione alle infezioni respiratorie di origine virale, batterica o fungina. Non esiste al momento una cura efficace, ma sono disponibili diversi trattamenti per controllare i sintomi e per evitare pericolose complicanze. Fondamentale è invece la prevenzione, per ridurre al minimo i fattori di rischio (fumo di sigaretta in primis).
Il principale strumento diagnostico per la Bpco è la spirometria, che permette di misurare la capacità polmonare residua.
Tra i fattori ambientali, numerosi studi indicano che il principale fattore di rischio per lo sviluppo della Bpco è il fumo di tabacco, in particolare quello di sigaretta (meno quello di sigaro e pipa), che accelera e accentua il decadimento naturale della funzione respiratoria. Anche il fumo passivo può contribuire parzialmente allo sviluppo della malattia, in quanto favorisce l'inalazione di gas e particolato. Gioca un ruolo determinante anche l'esposizione a polveri, sostanze chimiche, vapori o fumi irritanti all'interno dell'ambiente di lavoro (per esempio silice o cadmio).
Altri fattori di rischio, seppure meno influenti, associati allo sviluppo della Bpco sono l'inquinamento dell'aria: non solo quello atmosferico causato da smog e polveri sottili, ma anche quello presente all'interno degli ambienti chiusi (provocato dalle emissioni di stufe, apparecchi elettrici, impianti di aria condizionata ecc.).

3- SPIROMETRIA: La spirometria è un esame molto semplice e non invasivo, fondamentale per la diagnosi di asma bronchiale e di altre malattie respiratorie, che misura i volumi respiratori e la velocità dei flussi dell'aria. Viene eseguito con uno strumento detto appunto "spirometro", che consiste in un misuratore del flusso o del volume d'aria mobilizzata dal paziente collegato ad un computer che riceve un segnale e lo trasforma in valori numerici ed immagini grafiche. Il collegamento allo spirometro avviene attraverso un boccaglio provvisto di filtro antibatterico.

RETE SALUTE PER IL VENETO

www.saluteperilveneto.org

RIFORMA DELLA SANITÀ: DOVE ERAVAMO RIMASTI?

DG E COMMISSARI: VOLTI NOTI, POSTI NUOVI

a cura di **Antonella Prigioni**

Strategia fine e abilità politica, degne di un consumato giocatore di scacchi. Quelle di un Presidente che riesce a fare lo slalom tra una riforma in stallo (suo cavallo di battaglia in campagna elettorale) e la necessaria riduzione almeno dei direttori generali, dando anche una spallata al numero delle Ulss. "Voglio arrivare alle sette provinciali, non ci rinuncio, dichiara Luca Zaia alla presentazione al fotofinish, il 30 dicembre, dei quasi tutti riconfermati direttori generali, ma in sedi nuove.

Con un'azione unica il Presidente ha blindato nove uomini, i sette provinciali e due supplementari per il Veneto orientale e per l'Ulss di Bassano. Ascrivendo agli stessi la funzione di commissari delle Ulss del territorio, il Governatore avvia di fatto la riduzione delle aziende sanitarie, elemento su cui anche l'opposizione sembra convergere. Opposizione (PD, M5S, FARE, Area PopolareVeneta) che nel Consiglio regionale straordinario indetto il primo febbraio, proprio per discutere gli incarichi ai dg, ha chiesto compatta il ritiro dell'intero PDL23, il progetto di legge di riforma sanitaria che porta la firma di Zaia e prevede oltre al passaggio da 21 Ulss a 7, anche l'istituzione dell'azienda zero. Le minoranze chiedono di riformulare, in modo condiviso, l'accorpamento delle Ulss, mentre il capitolo dell'azienda zero resta indigesto. Osservazioni a cui Zaia, risponde in aula, sostenendo le sue scelte, nel rispetto dell'impegno preso con i cittadini e affidando al Consiglio, dato che i commissari sono in carica un anno, una mappa gestionale che sta a loro decidere se mantenere con i commissari o passare alle Ulss provinciali.

Una fotografia, quella che esce dal rimpasto di direttori generali, sanitari, sociali ed amministrativi, che vale la pena di analizzare. La territorialità è la motivazione della doppia Ulss per Vicenza e Venezia. L'Ulss 10, che rimane e rimane nelle mani del direttore uscente Carlo Bramezza, è la più turistica del Veneto con 16 milioni di presenze nella stagione balneare, motiva il Presidente, è un'area di confine con il Friuli. Per Bassano invece, Zaia parla di istanze del territorio che addirittura chiederebbero una Ulss pedemontana, motivazioni plausibili, ma certe scelte legate anche a certi spostamenti, sembrano avere un retrogusto politico di assegnazione di incarichi. Nei posti nevralgici della sanità veneta ci sono gli uomini del Presidente, anche se quasi tutta la squadra antecedente è stata ripescata con le terne dei direttori. Ci sono 12 direttori generali, 9 per le Ulss, 3 per le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e lo Iov, e una sessantina di direttori di secondo livello, recuperati tutti gli esclusi degli ex 21 tranne due: Massimo Piccoli ex dg di Legnago e Alessandro Dall'Ora ex di Bussolengo. Due le new entry tra i direttori generali: Patrizia Simionato allo Iov e Luciano Flor commissario per un anno all'Azienda Ospedaliera di Padova, entrambi con lunga esperienza dirigenziale nella sanità regionale. Riconfermato dov'era Giuseppe Dal Ben, l'unico ad aver testato il doppio ruolo di direttore e commissario con l'Ulss 12 e 14, ora aggiunge anche la 13 di Mirano, Adriano Rasi Caldogno non cambia provincia ma diventa commissario dell'ULss di Feltre e direttore di quella di Belluno, non muta provincia ma passa all'Ulss16 Claudio Dario, ereditando anche Ulss 17 e Ulss 15, la migliore d'Italia di Francesco Benazzi che va all'Ulss9 di Treviso, con Pieve di Soligo e Montebelluna. Pavesi dalla 17 si trasferisce a Vicenza , mentre a Bassano arriva Giorgio Roberti, Piero Girardi lascia Adria per Verona, Legnago e Bussolengo, al suo posto si insedia Adriano Compostella. E sembra di essere a scuola quando l'insegnante cambia di banco gli alunni, ma le facce restano le stesse. Chi avanza verso la cattedra e chi arretra in ultima fila, nella medesima classe.

SQUADRA CHE VINCE **NON SI CAMBIA**

I DG ESCLUSI RIPESCATI NELLE TERNE DELLE NOMINE

Erano ventuno sono rimasti in nove, per lo meno al primo livello dirigenziale di direttore generale. Il patrimonio di competenze e formazione dei direttori generali delle Ulss del Veneto non andava disperso, concetto ribadito dal Presidente Zaia e dall'Assessore alla Sanità Luca Coletto e così dopo le nomine alla direzione generale , gli esclusi sono stati ripescati nell'assegnazione delle terne direttive (sanitario, sociale e amministrativo) che restano siano nelle Ulss capoluogo di provincia(cinque anni) che di quelle commissariate, in questo caso per un anno, salvo decisioni diverse da parte del Consiglio Regionale. Per più di qualcuno la perdita della qualifica generale di una Ulss di piccole o medie dimensioni ha significato però il passaggio a direttore in Ulss decisamente più grandi, in quelle che contano...

Solo due dei direttori uscenti non sono stati riassorbiti dal sistema, sono gli ex dg di Legnago e Verona. Tra i ricollocati Gianantonio Dei Tos che da Pieve di Soligo passa alla direzione sociale a Belluno, a Giuseppe Cenci che dall'Ovest Vicentino assume l'incarico di direttore amministrativo a Verona, a Urbano Brazzale da dg dell'Ulss16 a direttore sociale a Rovigo, a Daniela Carraro che dalla guida dell'Ulss dell'Alto Vicentino approda alla direzione amministrativa dell'Ulss16, a Giuseppina Bonavina che dalla direzione dell'Ulss20 assume l'incarico di direttore sanitario allo Iov. Lascia la direzione generale dell'Ulss13, Gino Gumirato a cui viene affidata la direzione sociale dell'Ulss16. "La parola ripescato non ha nessun senso, siamo di fronte, indipendentemente da quello che il Consiglio Regionale deciderà in futuro, alla necessità di creare aziende sanitarie più grandi di quelle esistenti. In Italia in molte regioni, da anni, si concentra l'attività in aziende più grandi, rendendo l'operatività più snella. Speriamo che la classe dirigente esistente sia in grado di dare il proprio contributo ad aziende che saranno di dimensioni diverse, molto più grandi. Più di essere un ripescato - conclude Gumirato - auspico che si sappia mutuare l'esperienza del passato per gestire un modello organizzativo che per il Veneto è totalmente nuovo" Avvalersi di professionalità testate e formate sul campo, con esperienze precedenti di dirigenza sanitaria, è la linea seguita dai direttori generali nella nomina delle terne di collaboratori diretti: "Ho scelto la mia squadra- dichiara Francesco Benazzi neo direttore generale dell'Ulss9 di Treviso - in primis per l' alta professionalità dei colleghi, la conoscenza personale, la collaborazione avuta con loro negli anni. Con loro so che difficili obiettivi saranno raggiunti con costanza metodo, mediazione, intelligenza e caparbietà". Squadra che vince non si cambia, anche perché la maggior parte dei riassegnati aveva già un contratto a livello dirigenziale con il sistema sanitario.

LA NUOVA MAPPA **DELLA SANITÀ VENETA**

BELLUNO

Adriano Rasi Caldogno sarà al timone dell'Ulss 1 di Belluno e commissario dell'Ulss 2 di Feltre, le due azienda sanitarie del bellunese prossime a confluire in un unico ente, valevole per tutta la provincia, che si chiamerà Ulss Dolomiti. Proprio di Feltre Caldogno è originario, dove è nato nel 1955. Laureatosi in Giurisprudenza a Ferrara, ha ricoperto importanti incarichi all'interno della Pubblica Amministrazione prima in Regione Veneto dove è stato, dal 2005 al 2010, segretario regionale della programmazione e successivamente al Ministero dell'Agricoltura (capo dipartimento politiche competitive del mondo rurale e della qualità) e al Ministero dei Beni Culturali (Vice Capo di Gabinetto), ruolo dal quale, tre anni fa, si è dimesso per guidare l'Ulss di Feltre.

BASSANO

Giorgio Roberti è stato nominato dg dell'Ulss 3 di Bassano e commissario dell'Ulss 4 di Thiene. Laureato in Scienze politiche, classe 1956, è stato responsabile direzione amministrativa del presidio ospedaliero di Treviso e direttore amministrativo dell'Ulss 9 di Treviso, poi trasferito all'Ulss 7 di Pieve di Soligo. Dal 2013 è stato direttore Generale dell'Ulss 9 di Treviso. In precedenza, dal 2004 fino al 2010, ha ricoperto il ruolo di Responsabile Servizio Provveditorato Treviso e Direttore Dipartimento, e dagli anni '90 fino al 2004, sempre nell'Ulss 9, è stato il Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico.

VICENZA

Il nuovo direttore generale dell'Ulss 6 di Vicenza, e commissario dell'Ulss 5 di Arzignano, è Giovanni Pavesi, direttore generale uscente della Ulss 17 (ruolo ricoperto dal 2008), dove è stato alle prese con la costruzione del nuovo ospedale di Este-Monselice. Veronese, classe 1961, è laureato in Economia e Commercio presso l'Università Bocconi di Milano. Dal 2005 è iscritto al "Registro dei Revisori Contabili". Pavesi, prima di arrivare ai vertici delle Aziende Socio-sanitarie, ha avuto un'esperienza ventennale di alto profilo nel settore privato e pubblico. Ha diretto l'azienda privata Organizzazione Pavesi F.lli srl, specializzata nella distribuzione e commercializzazione di prodotti petroliferi e successivamente è stato dirigente responsabile della "supply chain" per la società Corporate Express spa di Cusago (MI). Nel settore pubblico, dal 1991 al 1995 Pavesi è stato Consigliere Comunale e Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Verona. Dal 1999 al 2005 ha ricoperto l'incarico di Commissario Straordinario dell'ESU-ARDSU, l'azienda regionale per il diritto allo studio universitario presso l'Università di Verona. Dal 2000 al 2006 è stato inoltre Vicepresidente di Autobrennero – A22 spa. E' stato anche membro del Collegio Sindacale di alcuni Enti di dimensioni aziendali importanti, tra cui l'Azienda Ospedaliera di Verona.

TREVISO

Francesco Benazzi è il nuovo di Dg dell'Ulss 9 di Treviso e commissario dell'Ulss 7 di Pieve di Soligo e dell'Ulss 8 di Asolo. Nato a Treviso il 2 marzo 1956, si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova. Ottiene successivamente, sempre a Padova la specializzazione in ORL e poi, presso l'Università di Trieste, la specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva con indirizzo Igiene e Tecnica Ospedaliera. La sua formazione prosegue e ottiene anche il Diploma di specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni, conseguito presso l'Università degli Studi di Trieste. Dal 30 novembre 1994 è Dirigente Medico di 2° livello e Direttore di Distretto Socio-Sanitario di Mogliano Veneto dell'Ulss 9. Nel 2002 diventa Responsabile del progetto di riorganizzazione ospedaliera e territoriale per la Contea di Sisak (Croazia). Dal 2003 è Direttore Sanitario dell'Ulss 7 di Pieve di Soligo. Da novembre 2005 è Direttore Sanitario dell'Ulss 2 di Feltre (BL). Dal 1° gennaio 2008 al 30 dicembre 2015 è stato invece Direttore Generale dell'Ulss 15 Alta Padovana (PD).

VENETO ORIENTALE

Carlo Bramezza resterà alla guida dell'Ulss 10 di San

Donà, infatti è stato confermato per il secondo mandato.
Trevigiano, nato nel 1967, si è laureato in Giurisprudenza a Bologna nel 1993 ed è iscritto all'Albo dei Procuratori Legali presso il Tribunale di Treviso. Dopo aver svolto per tre anni il praticantato notarile, e, prima di approdare all'azienda sanitaria veneziana, è stato dirigente di diversi istituti e centri di servizi per anziani. Dal 1997 ha lavorato presso g li Istituti Riuniti per l'Assistenza agli Anziani di Treviso (IS.R.A.A.) come responsabile del personale, dal 2000 alle dipendenze della Casa di riposo e Centro diurno "G. e P. Marani" di Villorba come Segretario Direttore. Dal 2008 ricopre anche l'incarico di Segretario Direttore presso la Casa di Soggiorno F.lli E. e P. Mozzetti di Vazzola. Ha ricoperto inoltre l'incarico di Segretario Direttore dell'IPAB "Istituti San Gregorio" di Valdobbiadene, della Casa di Riposo "Aita" di Crespano del Grappa e di Direttore della Casa Albergo per anziani "A. Rusalen" di Meduna di Livenza. Dal 2013 è anche responsabile del progetto del Ministero della Salute "Mattone Internazionale".

VENEZIA

Confermato ai vertici dell'Ulss 12 di Venezia, Giuseppe Dal Ben che, per tutto il 2016, sarà anche commissario dell'Ulss 13 di Mirano Dolo e dell'Ulss 14 di Chioggia. Nato a Treviso nel 1956, è laureato in Medicina, con specializzazione in Igiene pubblica. Inizia la sua carriera come responsabile del distretto sociosanitario di Motta di Livenza e, successivamente, da metà degli anni '90, di Oderzo. Dal 2003 approda nella direzione dei servizi sociali dell'Ulss 9 di Treviso dove rimane fino al 2007. Dal 2008 fino al 2012 ricopre il ruolo di direttore generale dell'Ulss 19 di Adria. Dal 2011 al 2012 è direttore generale ad interim dell'Ulss 14 di Chioggia, della quale diviene commissario nel 2013 e nel 2014. Dal 2013 è direttore generale dell'Ulss 12 veneziana.

PADOVA

Claudio Dario rimane al vertice dell'Ulss 16 di Padova ma ricoprirà anche il ruolo di commissario dell'Ulss 15 di Cittadella e dell'Ulss 17 di Monselice. Nato a Treviso nel 1957, si è laureato in Medicina a Padova nel 1983, specializzandosi prima in Cardiologia e poi in Igiene e Medicina Preventiva. Dal 1° gennaio 2013 è Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Dal 2008 presiede Arsenàl.IT - Centro Veneto Ricerca e Innovazione per la Sanità Digitale, consorzio volontario delle ventitré Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del Veneto che si configura come il Centro di Competenza Veneto per la Sanità Digitale (ovvero l'impiego di tecnologie e soluzioni organizzative che consentono di superare le distanze tra le strutture sanitarie ed i cittadini e tra gli stessi operatori del settore).
Nel 2003 viene nominato Direttore Generale dell'Azienda Ulss 9 di Treviso, che dirige per due mandati consecutivi. Negli ultimi 8 mesi del 2012 gli viene affidato lo stesso incarico ad interim anche per l'Azienda Ulss 7 Pieve di Soligo. Nel 2002 riveste il ruolo di Direttore Sanitario presso l'Azienda Ulss 16 di Padova, dal 1992 al 1995 è Vice Direttore Sanitario dell'Ospedale di Treviso e, dal 1995 al 2002, Direttore Medico dello stesso nosocomio. Nel 2001 assume anche l'incarico di Direttore del Dipartimento di Direzione Ospedaliera.

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA DI PADOVA

Luciano Flor è stato nominato nuovo dirigente dell'Azienda ospedaliera universitaria di Padova, anche se dal febbraio 2008 al settembre 2009 ne era già stato direttore. Nato a Trento nel 1958, si è laureato in Medicina all'università di Padova nel 1986 e ha conseguito una specializzazione in igiene e medicina preventiva. Dal 1995 al 1999 è stato responsabile del Servizio garanzia di qualità dell'Azienda sanitaria del Trentino. Dal 1999 al 2001 ha lavorato presso l'assessorato alla sanità. Dal 2001 al 2003 è stato direttore sanitario dell'Ulss 20 di Verona, dal 2003 al 2008 è stato direttore dell'Azienda sanitaria universitaria di Verona.

IOV

Guiderà l'Istituto Oncologico Veneto (IOV) Patrizia Simionato. Vicentina, laureata in Scienze Politiche a Padova, ha iniziato la sua attività nella Pubblica Amministrazione nel 1988, prestando servizio negli uffici amministrativi di Aziende Sanitarie del Veneto. Nel 2000 assume l'incarico di Responsabile dell'ufficio formazione e aggiornamento del personale e, dal 2001, di responsabile dell'ufficio relazioni sindacali dell'Ulss 3 di Bassano del Grappa. Nel 2002 diviene dirigente dell'unità operativa complessa risorse umane dell'Ulss 5 Ovest Vicentino e, nel 2008, è nominata direttore del dipartimento risorse umane, finanziarie e per la direzione amministrativa dell'Ulss 4 di Thiene.

ROVIGO

Le due aziende sanitarie del Polesine saranno guidate da Antonio Compostella, che sarà direttore generale per l'Ulss 18 di Rovigo e commissario per l'Ulss 19 di Adria. Di origini vicentine, classe 1954, si è laureato in Medicina a Padova, dal 2006 al 2010 è stato direttore dell'agenzia regionale socio sanitaria del Veneto. Nel 2011, viene nominato direttore generale dell'Ulss 1 di Belluno. Dal 2013 ha ricoperto lo stesso incarico all'Ulss 3 di Bassano del Grappa.

VERONA

Pietro Girardi è il nuovo direttore generale dell'Ulss 20 di Verona ed è anche il commissario dell'Ulss 21 di Legnago e dell'Ulss 22 di Bussolengo. Nato a Rovigo nel 1965, si è laureato nel 1990 in Scienze economiche e statistiche a Bologna.
Girardi proviene dall'Ulss 19 di Adria, dove dal 2013 ha ricoperto il ruolo di direttore generale. Dal 2006 al 2012 è stato direttore amministrativo dell'Istituto oncologico Iov. Dal 1992 al 1997 ha diretto l'Ulss di Legnago, nel 1997 è stato responsabile del servizio bilancio per l'Azienda ospedaliera di Verona per poi passare all'Ulss di Rovigo, dove è stato vicedirettore amministrativo.

DIRETTORI GENERALI: **CHI RESTA** E CHI VA VIA

Pietro Paolo Faronato	da DG	Ulss 1 di Belluno	a DS	Ulss 9 Treviso
Adriano Rasi Caldogno	da DG	Ulss 2 di Feltre	a DG	Ulss 1 di Belluno
Fernando Compostella	da DG	Ulss 3 di Bassano del Grappa	a DG	Ulss 18 di Rovigo
Daniela Carraro	da DG	Ulss 4 Alto Vicentino	a DSS	Ulss 16 di Padova
Giuseppe Cenci	da DG	Ulss 5 Ovest Vicentino	a DSS	Ulss 20 di Verona
Ermanno Angonese	da DG	Ulss 6 di Vicenza		
Gian Antonio Dei Tos	da DG	Ulss 7 Pieve di Soligo	a DS	Ulss 1 di Belluno
Bortolo Simoni	da DG	Ulss 8 Asolo	a DA	Ulss 3 di Bassano del Grappa
Giorgio Roberti	da DG	Ulss 9 Treviso	a DG	Ulss 3 di Bassano del Grappa
Carlo Bramezza	da DG	Ulss 10 Veneto Orientale	a DG	Ulss 10 Veneto Orientale
Giuseppe Dal Ben	da DG	Ulss 12 Veneziana	a DG	Ulss 12 Veneziana
Gino Gumirato	da DG	Ulss 13 Mirano	a DSS	Ulss 16 di Padova
Francesco Benazzi	da DG	Ulss 15 Alta Padovana	a DG	Ulss 9 Treviso
Urbano Brazzale	da DG	Ulss 16 di Padova	a DS	Ulss 18 di Rovigo
Giovanni Pavesi	da DG	Ulss 17 di Este	a DG	Ulss 6 di Vicenza
Arturo Orsini	da DG	Ulss 18 di Rovigo		
Pietro Girardi	da DG	Ulss 19 di Adria	a DG	Ulss 20 di Verona
Maria Giuseppina Bonavina	da DG	Ulss 20 di Verona	a DA	Istituto Oncologico Veneto
Massimo Piccoli	da DG	Ulss 21 di Legnago		
Alessandro Dall'Ora	da DG	Ulss 22 di Bussolengo		
Claudio Dario	da DG	Azienda Osp. Di Padova	a DG	Ulss 16 di Padova
Luciano Flor			DG	Azienda Osp. Di Padova
Patrizia Simionato			DG	Istituto Oncologico Veneto

Nella tabella in alto è riassunta la situazione delle nomine effettuate dal governatore Luca Zaia lo scorso 30 dicembre 2015. Nella prima colonna ci sono i nomi dei Direttori Generali che erano in carica (a parte gli ultimi due, Luciano Flor e Patrizia Simionato, di nuova nomina. Nella colonna in azzurro le Ulss in cui ricoprivano il ruolo di Direttore Generale. Nove dei DG del passato mandato sono stati riconfermati nel ruolo (anche se alcuni hanno cambiato Ulss di appartenenza). Ma degli ex DG, solo quattro sono rimasti senza incarichi: gli altri sono diventati Direttori Amministrativi (DA, in blu scuro), Direttori Sanitari (DS, in gallo), Direttori ai Servizi Sociali (DSS, in verde).

MARJPOSA®
phytocosmesi

Marjposa Phytocosmesi propone linee cosmetiche professionali e naturali studiate per la bellezza del viso e del corpo.

CENTRI ESTETICI | SPA | SCUOLE DI ESTETICA

Marjposa Phytocosmesi
info@marjposa.it
www.marjposa.it

QUARTA EDIZIONE DEL PREMIO **GIORGIA IAZZETTA**

• Su Facebook è stata creata una pagina dedicata al Premio Giornalistico «Giorgia Iazzetta»

AL via la quarta edizione del premio giornalistico "Giorgia Iazzetta", istituito da Nordestnet srl (editore della rivista NES Nordest Sanità) e patrocinato dall'Ordine dei Giornalisti del Veneto. Il 30 novembre 2011 è scomparsa prematuramente Giorgia Iazzetta, giornalista di Chioggia. Giorgia aveva cominciato a scrivere una decina di anni prima. Aveva lavorato per il free press "La Piazza" (trasferendosi per questo anche a Bologna), per il Corriere del Veneto (di cui è stata corrispondente per Chioggia) e, negli ultimi tempi, era stata direttore del sito internet "Comunicatori pubblici" e aveva stretto importanti collaborazioni universitarie. Per ricordare il suo lavoro e per perpetuare la sua memoria, nasce questo premio di giornalismo ispirato ai valori che hanno contraddistinto il suo lavoro: la curiosità, la serietà e soprattutto la cura per l'umanità. Nei suoi scritti, infatti, non è mai mancato il rispetto per il prossimo e l'attenzione per le ricadute morali delle parole affidate alla stampa.

REGOLAMENTO

Art. 1) Il valore del Premio, stabilito in euro 2.000 (duemila) è destinato al miglior elaborato (formato testo, audio o video) relativo alla sanità e ai suoi aspetti umani.

Art. 2) La partecipazione al Premio è gratuita e riservata a giornalisti professionisti e pubblicisti iscritti all'Ordine dei Giornalisti che pubblichino su testate (anche on-line) regolarmente registrate al Tribunale di competenza che, alla data del 31 dicembre 2015, non abbiano ancora compiuto il 35° anno di età.

Art. 3) 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 1° gennaio 2015 ed il 31 gennaio 2016.

Art. 4) Saranno presi in considerazione i contenuti pubblicati su testate giornalistiche regolarmente registrate. Sono esclusi dalla partecipazione i giornalisti membri della Giuria, i loro familiari e tutte le persone che abbiano legami contrattuali con l'organizzazione.

Art. 5) Saranno considerati i contenuti che abbiano attinenza con

l'informazione sanitaria. In particolare, saranno considerati i servizi da cui emerga l'accuratezza dell'informazione associata alla disamina degli aspetti umani e personali.
Art. 6) Le opere in concorso (non più di una per ogni autore) dovranno pervenire, così come di seguito specificato, entro e non oltre il 29 febbraio 2016, presso la Segreteria Organizzativa:
1. direttamente on-line, inviando una mail all'indirizzo segreteria@nordestsanita.it, specificando nell'oggetto (Premio Iazzetta)
2. oppure, via posta, inviando in busta chiusa a:
Nordestnet Srl - Premio Giornalistico "Giorgia Iazzetta",
c/o Gvdr, via Gramsci 9, 35010 Cadoneghe (PD).
a) 2 copie per ogni servizio giornalistico o nota di agenzia;
b) 2 copie su DVD per i servizi televisivi e per documenti filmati;
c) 2 copie su CD per servizi radiofonici;
d) 2 copie su CD o DVD per i contenuti Internet.
Art. 7) Ogni opera in concorso dovrà essere corredata da:
1) compilazione completa di una scheda allegata relativa all'autore (nome, cognome, data di nascita, indirizzo, recapiti telefonici, e-mail, curriculum professionale, testata di appartenenza o sito) che non superi la cartella di 30 righe;
2) per i servizi editi con sigle o pseudonimi, i concorrenti dovranno allegare alla documentazione una dichiarazione firmata dal direttore della pubblicazione in cui si certifica l'identità dell'autore;
3) autorizzazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lg.196/2003 per gli adempimenti connessi al Premio.
Art. 8) L'assegnazione del Premio è determinata da una Giuria composta da:
Martina Zambon (consigliere Ordine Giornalisti Veneto), Gianluca Maria Alati (medico e giornalista), Marnie Campagnaro (docente di Teoria e Storia della Letteratura per l'infanzia e della biblioteca, dottore di ricerca in Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della Formazione dell'Università di Padova), Giampietro Vecchiato (consigliere nazionale FERPI, Federazione Relazioni Pubbliche Italiana), Umberto Iazzetta (Presidente Regionale Cittadinanzattiva – Tribunale del Malato), Marco Almagisti (Ph.D. professore Dipartimento di Scienze Politiche, Giuridiche e di Studi Internazionali dell'Università di Padova), Giuseppe Caraccio (direttore editoriale Nes - Nordest Sanità), Maria Stella Zaia (vicedirettore editoriale Nes – Nordest Sanità), Ines Brentan (direttore responsabile Nes – Nordest Sanità), Elisabetta Boscolo Anzoletti (giornalista), Alessandra Lionello (giornalista), Giacomo Piran (giornalista), Luca Barbieri (giornalista, vincitore del primo premio Iazzetta) Anna Giuseppina Milan (giornalista, vincitrice del primo premio Iazzetta), Valentina Calzavara (giornalista, vincitrice secondo premio Iazzetta) e Anna Vitaliani (giornalista, vincitrice terzo premio Iazzetta).
Il Premio, nelle sue singole articolazioni, sarà assegnato a insindacabile giudizio della Giuria che deciderà a maggioranza.
Art. 9) È inteso che il concorrente, con la sua partecipazione, autorizza l'organizzazione del Premio a riprodurre e diffondere su qualunque supporto, immagini e testi tratti dai materiali presentati in concorso, nelle pubblicazioni, nel materiale informativo e pubblicitario e nel sito internet del Premio stesso. L'organizzazione si impegna a citare gli autori delle opere utilizzate.
Art. 10) Ogni autore è personalmente responsabile dei contenuti delle opere inviate. La partecipazione al Premio implica la completa accettazione del presente regolamento, sollevando l'organizzazione da ogni responsabilità civile e penale nei confronti di terzi.
Art. 11) Le opere inviate al concorso non saranno restituite.

• Giorgia Iazzetta

L'IMMUNOTERAPIA, I FARMACI BIOTECNOLOGICI

LE NUOVE ARMI CONTRO IL CANCRO

di **Antonella Prigioni**

Conoscere il nemico, per studiare le armi, per combatterlo e distruggerlo. La ricerca nella lotta al tumore è la strategia bellica per una battaglia che riguarda tutti, una battaglia che ha sempre più assi nella manica dei generali incaricati a fare la guerra. Truppe di ricercatori specializzati ed eterogenei, composte da medici, chimici farmaceutici, chimici organici, ingegneri, biologi, biotecnologi. E sono proprio questi reparti scelti che hanno messo a punto, con anni di studio, quella che sembra una delle nuove frontiere della cura del tumore: l'immunoterapia. Comprendere l'evoluzione biologica dello sviluppo e della evoluzione della neoplasia è il punto di partenza. Con l'immunoterapia, da qualche anno, si stanno ottenendo successi enormi nella cura di alcuni tumori gravi e per altri si ha un netto miglioramento della sopravvivenza.

«L'immunoterapia si basa su anticorpi resi farmaco, abbiamo prodotto in laboratorio un anticorpo monoclonale, miliardi di copie sempre uguali una all'altra», spiega Antonio Rosato, docente di Immunologia dell'Università di Padova e ricercatore Iov. «Questi anticorpi vanno a bloccare dei segnali che limitano la risposta immunitaria del nostro organismo, si toglie il freno inibitorio alle risposte, così si aggredisce il tumore che spesso è visto dal nostro sistema immunitario ma che non è facile colpire. L'effetto collaterale di questa terapia può essere l'esposizione a malattie autoimmuni, ma va messo in bilancio il valore rischio benefici».

• Gianfranco Pasut è Professore associate di Tecnologia Farmaceutica presso il Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università di Padova, dove si è laureate in "Chimica e Tecnologie Farmaceutiche" e ha svolto il dottorato in "Chimica Farmaceutica". Il Prof Pasut ha svolto parte della sua formazione presso University of Pennsylvania, School of Medicine, e University of Reading, School of Pharmacy.
Gli interessi di ricerca si focalizzano nell'ambito del Drug Delivery, in particolare nella veicolazione selettiva di farmaci tumorali al sito d'azione e nell'applicazione e sviluppo di farmaci biotecnologi prolungamento.
Il Prof. Pasut ha pubblicato più di 60 articoli scientifici, 11 capitoli di libro ed è inventore di 8 brevetti nell'ambito del Drug Delivery.

• Antonio Rosato è Professore Associato di Patologia Generale presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche dell'Università di Padova, dove ha conseguito la laurea in "Medicina e Chirurgia" e la Specializzazione in Allergologia e Immunologia Clinica e dove ha svolto il dottorato in "Oncologia". Il Prof. Rosato ha condotto parte della sua formazione all'Università di Uppsala (Svezia) e, in Gran Bretagna, a Londra e Birmingham.
Gli interessi di ricerca del Prof. Rosato si focalizzano nell'ambito dell'Immunoterapia dei Tumori, in particolare nella generazione di popolazioni linfocitarie con funzione antitumorale e nello sviluppo di nuovi approcci vaccinali. Il Prof. Rosato ha pubblicato più di 110 articoli scientifici, 3 capitoli di libro ed è inventore di 3 brevetti nell'ambito del Drug Delivery e dell'Immunologia.

L'utilizzo degli anticorpi monoclonali tiene conto della necessità di predisporre terapie sempre più mirate a tumori che sono tanti e si differenziano da paziente a paziente. Ogni singolo tumore ha un' eterogeneità spiccata dal punto di vista genetico, servono perciò cure personalizzate, cure mirate costruite su alcuni aspet-

ti condivisi. Una neoplasia si sviluppa dalla sommatoria di mutazioni genetiche, che ad un certo punto non sono più controllabili dagli organismi di regolazione .
«Gli anticorpi monoclonali, ottenuti con metodi biotecnologi, hanno cambiato la storia del tumore della mammella, dei linfomi, gli anticorpi CTLA-4, o il ricettore, il pdone e il suligando, hanno dato risultati notevoli per il melanoma e il tumore del polmone, con risposte buone nel 40-50 per cento dei casi.
La immunoterapia non sostituirà nei prossimi dieci anni chemio e radioterapia, ma è un valido supporto, dato che con i farmaci biologici e biotecnologici si punta a minori effetti collaterali e cure più mirate. Dall'altra parte, la storia della terapia oncologica "classica", va verso il miglioramento della somministrazione della terapia adeguando i dosaggi ai singoli pazienti, in rapporto all'età e al metabolismo, e le radioterapie, grazie alle strumentazioni di ultima generazione, sono sempre più mirate. La soluzione ideale sarebbe la costruzione di vaccini in cui ogni individuo potesse attivare il proprio sistema immunitario verso un tumore specifico. In questo ambito, sono stati fatti migliaia di trial clinici, molti con risultati positivi anche se non ancora a livello dei farmaci immunologici».

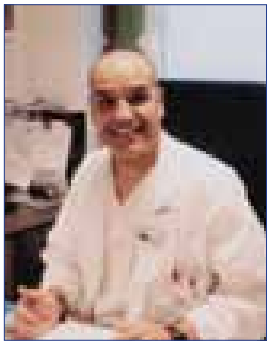
Farmaci capaci di arrivare nelle cellule neoplastiche e colpire laddove serve, senza intaccare i tessuti sani. La selettività è la sfida della cura . Questo è possibile grazie al drug delivery e ai farmaci biotecnologici.
«Il drug delivery rappresenta un insieme ampio di approcci farmaceutici focalizzati nel trasporto selettivo, in questo caso un farmaco antitumorale, dal sito di iniezione al tumore. Durante il trasporto il farmaco non esplica l'azione citotossica, grazie a una serie di "freni" molecolari che al tempo stesso vengono rilasciati solo dopo il raggiungimento del bersaglio tumorale, dove il farmaco rilascia tutto il suo potenziale killer. Sono farmaci intelligenti, in cui gli anticorpi monoclonali ci aiutano sia nella fase di trasporto del farmaco sia nel fornire un'elevata selettività verso le neoplasie. Nella ricerca a cui sto lavorando – spiega Gianfranco Pasut, docente di Tecnologia Farmaceutica ed esperto di drug delivery e farmaci biotecnologici dell'Università di Padova – punto a rendere gli anticorpi monoclonali più potenti legando a loro piccoli farmaci della terapia classica antitumorale. Se lego all'anticorpo monoclonale un farmaco classico, ho una doppia azione: quella dell'anticorpo monoclonale, che mi fa da direzionante e da farmaco, e quella del farmaco classico, che è molto potente ma poco selettiva. Queste combinazioni sono già applicate con successo nella cura del cancro al seno e dei linfomi.
Il meccanismo che presiede questa applicazione è che i tumori sono molti e diversi, e la possibilità di usare un'anticorpo monoclonale prevede che le cellule tumorali sovraesprimano in modo univoco un recettore o una proteina o una molecola che sia riconosciuta dall'anticorpo stesso, favorendo in questo modo l'accumulo selettivo nel tumore dell'anticorpo, e con lui anche il farmaco antitumorale classico. A questo punto il sistema anticorpo-farmaco classico e in grado di sfruttare dei meccanismi intracellulari per rilasciare il farmaco e tutta la sua attività tossica che ucciderà la cellula tumorale. Ovviamente, se ho un tipo di tumore che non esprime questo specifico recettore è inutile impiegare quell'anticorpo perchè non avrei la selettività desiderata. Ogni sistema immunitario ha una capacità di reazione e dà risposte individuali, la terapia classica può debilitare, un farmaco con una selettività verso il tumore aumentata permette di ridurre effetti collaterali e la tossicità del farmaco offrendo dove applicabile dei risultati importanti. Un ulteriore salto in avanti si sta facendo con le nanotecnologie applicate alla medicina: le nanomedicine. In questo campo si cerca di sviluppare nuovi sistemi di trasporto per i farmaci con l'obiettivo di ottenere una terapia personalizzata. Per esempio, il farmaco antitumorale può essere inserito in liposomi, che sono vescicole formate con gli stessi costituenti base della membrana delle nostre cellule; il liposoma, circolando nel nostro corpo, si accumula nel tumore dove il farmaco viene rilasciato. Le nanomedicine mirano ad aumentare la selettività verso il tumore e diminuire il rischio che il farmaco intacchi i tessuti sani. Lo sviluppo di nanomedicine, come altri settori della medicina avanzata, richiede strumentazioni complesse e costose che sono state progettate e sviluppate specificamente per questo settore. Per la ricerca in questa direzione è fondamentale il lavoro di gruppo tra i medici, i chimici farmaceutici, i chimici organici, gli ingegneri, i biologi. Fondamentali sono poi le relazioni internazionali per l'avanzamento tecnologico e l'applicazione clinica dei trattamenti innovativi.
La direzione farmacologica è la direzione giusta per la lotta al cancro, riuscire a migliorare la qualità della vita al 30-45 % dei pazienti affetti anche di una sola forma di tumore, riducendo gli effetti collaterali della terapia, è già un buon risultato per un ricercatore oncologico ma l'obiettivo è quello di crescere continuamente. E' una battaglia che deve avvalersi della combinazione di più approcci: innovativi e tradizionali. La cellula è intelligente, impara presto dove viene colpita e una piccola frazione non debellata, potrebbe sviluppare il tumore resistente alla terapia, è importante neutralizzarla con precisione millimetrica».
L'impegno dei ricercatori è soprattutto quello di rendere accessibili a tutti, i nuovi farmaci e le nuove terapie, il traguardo è quando lo studio porta all'applicazione clinica diffusa di metodiche che all'inizio erano molte costose.

© Can Stock Photo Inc. / gajdamak

LA IORT, TERAPIA INNOVATIVA PER LE DONNE OPERATE AL SENO

di **Imad Abu Rumeileh**, Primario di Radioterapia Oncologica dell'Angelo
e **Sonia Reccanello**, Primario di Fisica Medica all'Ospedale dell'Angelo

L'Ospedale dell'Angelo a Mestre è uno dei pochi ospedali del Veneto in cui la donna operata al seno può essere sottoposta alla IORT, ossia alla "radioterapia intraoperatoria": asportato il tumore, con questa innovativa tecnologia, il letto tumorale viene "sterilizzato" prima del termine dell'intervento chirurgico con un'irradiazione diretta in loco; e questa particolare irradiazione sostituisce la radioterapia convenzionale post-operatoria, che normalmente si pratica sull'intera ghiandola mammaria attraverso un ciclo di sedute della durata di 4-5 settimane.



• Imad Abu Rumeileh

• Sonia Reccanello

I vantaggi della radioterapia intraoperatoria sono importanti: la donna operata di tumore che risulta idonea al trattamento riceve, con la IORT, un'unica dose di radioterapia, contemporanea all'atto chirurgico. La strumentazione permette di irradiare con precisione la cavità da cui è stato asportato il tumore. Il trattamento con la IORT – considerato appropriato per donne che rispondano a determinate caratteristiche, stabilite da un protocollo scientifico internazionale – è quindi un'indubbia opportunità: l'unica seduta radiante infatti permette una miglior gestione della paziente giudicata idonea, e ne riduce inoltre lo stress psicofisico.

La 'radioterapia intraoperatoria' consiste nell'inserimento nella cavità chirurgica, subito dopo l'asportazione del tumore, di un applicatore contenente la sorgente di raggi X. Attorno all'applicatore il chirurgo avvolge il tessuto mammario peritumorale, che verrà così adeguatamente e omogeneamente irradiato per un tempo medio di circa 30 minuti. Al termine del trattamento, l'applicatore e la fonte di energia vengono rimossi ed il chirurgo procede alla sutura della breccia operatoria.

La IORT, intesa come strumentazione, è in sostanza una sorgente miniaturizzata di Raggi X, paragonabile ad un acceleratore lineare in miniatura, portata al tavolo operatorio da un braccio robotizzato. La radiazione viene prodotta dalla sorgente miniaturizzata, ed è emessa sfericamente dalla punta di una sonda ad ago, del diametro circa tre millimetri; speciali applicatori di forma sferica, di dimensioni adeguate rispetto a quelle del tumore asportato, vengono posti sulla punta irradiante, cosicché il tessuto peritumorale possa essere avvolto attorno alla sorgente, per una distribuzione uniforme della radiazione sull'intera cavità chirurgica.

Nei trattamenti radioterapici è molto importante 'conformare' la radiazione ai tessuti malati, e questa operazione richiede lunghi studi personalizzati su ciascun paziente con sorgenti esterne di radiazioni; con la IORT abbiamo invece la conformazione del tessuto stesso alla radiazione, e questo consente di irradiare dall'interno e uniformemente tutti i punti della cavità chirurgica.

La buona riuscita della IORT è garantita dai molteplici controlli periodici effettuati dai Fisici Medici e dai Tecnici di Radiologia Medica delle Unità Operative di Radioterapia Oncologica e di Fisica Medica, prima di ogni singolo trattamento e durante l'intervento stesso, con adeguati monitoraggi di parametri caratteristici. Anche per questa sua complessità, la 'radioterapia intraoperatoria' è un trattamento possibile solo in un Ospedale in cui si operi con una forte sinergia tra diverse figure professionali: lo staff chirurgico dev'essere infatti affiancato dall'Oncologo radioterapista, dal Fisico Medico, dal Patologo e dai Tecnici di Radiologia Medica, e tutti questi operatori, ognuno per le proprie competenze specifiche, assicurano la qualità del trattamento.

MIGLIORARE IL **PROCESSO DIAGNOSTICO**: SE NON ORA, QUANDO?

di **Mario Plebani,** Cattedra di Biochimica Clinica e Biologia Molecolare Clinica-Università di Padova

La pubblicazione da parte dell'Institute of Medicine (IOM) del documento To Err Is Human (1) è unanimemente considerata il momento di svolta nella consapevolezza del problema e delle ricadute dell'errore in medicina. Prima del rilascio del documento, le dimensioni del problema erano note solo ad un cerchio ristretto di esperti ma, da quel momento in poi, la comunità scientifica ed anche l'opinione pubblica hanno presso atto non solo del numero di eventi avversi legati alle pratiche cliniche, ma del fatto che gran parte erano e sono prevenibili; sono state, perciò, attivare numerose iniziative volte a ridurre il rischio di errore e di errori maggiormente correlati ad eventi avversi concentrandosi sulla riduzione degli errori procedurali in chirurgia, degli errori nella somministrazione e nel dosaggio di farmaci, mentre è rimasto marginale il tema dell'errore diagnostico.

A distanza di 15 anni dalla pubblicazione di To Err Is Human, l'Institute of Medicine, ora divenuto National Academy of Medicine, ha posto fine a questa lacuna pubblicando un report su questo tema (http://nas.edu/improvingdiagnosis) che non solo fotografa lo stato dell'arte nella materia, ma diviene il volano di iniziative per superare l'attuale grave situazione.

In effetti, i dati raccolti e pubblicati negli ultimi anni documentano come l'errore diagnostico sia l'errore oggi prevalente in medicina (circa 30% della totale), la principale origine di contenziosi che si risolvono in pagamenti (35%) ed - ancor più grave- la principale causa di morbilità e mortalità .

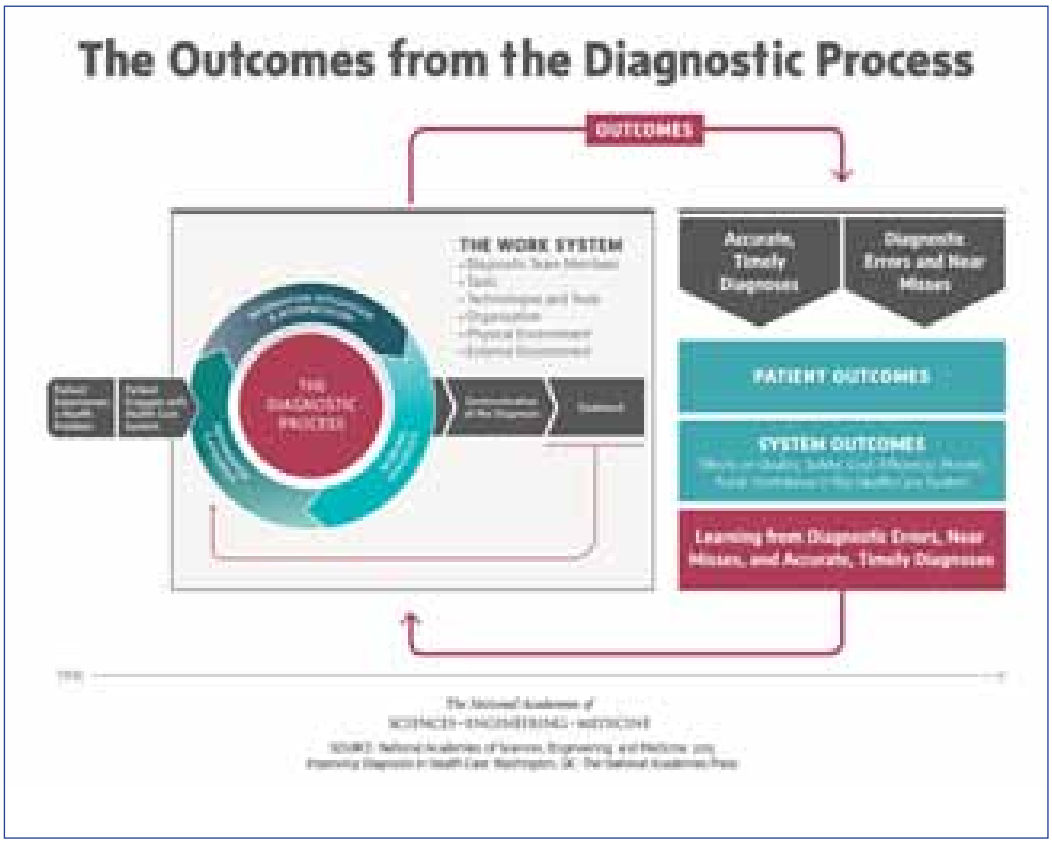
Per tutte queste ragioni, la decisione di dedicare un documento al miglioramento della diagnosi e quindi alla riduzione dell'errore diagnostico sembra assolutamente opportuna anche in considerazione di alcuni elementi essenziali. In primis, poichè i trattamenti terapeutici sono progressivamente divenuti più efficaci e mirati, ma anche più costosi, il costi clinici ed economici dell'errore diagnostico sono divenuti sempre maggiori. In secondo luogo, i progressi nelle tecnologie informatiche offrono ulteriori armi per ridurre l'errore nella diagnosi, consentendo la tracciabilità delle operazioni e la prevenzione; ed infine, i sistemi di rimborso stanno evolvendo nel senso di premiare le istituzioni sanitarie che sviluppano modelli e programmi per migliorare il processo diagnostico

• Mario Plebani

ERRORE DIAGNOSTICO: DEFINIZIONE E METODI DI STUDIO

Prima del documento dell'IOM esistevano varie definizioni di "errore diagnostico" e non vi era consenso su alcuna di queste. La definizione di errore diagnostico che viene rilasciata nel documento é "insuccesso nello: a)

stabilire una spiegazione accurata e tempestiva dei problemi di salute del paziente, o b) nel comunicare la spiegazione al paziente". Secondo gli estensori del documento e della proposta di ridefinizione del problema, le motivazioni principali sono che questa nuova definizione è, prima di tutto, "centrata sul paziente" e, in secondo luogo, sottolinea diverse opportunità fondamentali di ricerca quali la valutazione dell'accuratezza, della tempestività e del processo di comunicazione utilizzato per pervenire alla diagnosi, sottolineando l'importanza della comunicazione al paziente che, in tutte le indagini eseguite, risulta la maggior causa di eventi avversi per i pazienti.
La definizione nasce dal riconoscimento della complessità del processo diagnostico, dalla sua natura sempre più collaborativa, che richiede molteplici professionalità e si articola in varie fasi, fra loro concatenate per raccogliere informazioni che hanno l'obiettivo di ridurre l'incertezza ed interpretare in modo migliore i problemi clinici del singolo paziente.



RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni che escono dal documento si articolano in otto obiettivi per migliorare la diagnosi e ridurre l'errore diagnostico.
Il primo obiettivo è la facilitazione del lavoro di gruppo (teamwork) che deve coinvolgere tutti i vari attori del processo, incluso il paziente ed i suoi famigliari che assumono un ruolo partecipativo ed attivo.
Il secondo obiettivo è migliorare il processo educativo e formativo sui temi del processo diagnostico per tutti i professionisti.
Il terzo è assicurare l'implementazione di tecnologie informatiche che supportino i pazienti ed i professionisti nel processo diagnostico.
Il quarto è lo sviluppo di approcci volti ad identificare l'errore ed apprendere dagli errori per ridurre gli errori che si traducono in eventi avversi o in mancati incidenti ("near misses") nella pratica clinica.
Il quinto è attuare un sistema di lavoro ed una cultura che supportino il processo diagnostico e il miglioramento nelle prestazioni diagnostiche. Questo punto appare particolarmente rilevante in un momento in cui la pressione economica ed il razionamento delle risorse tendono a spostare l'asse sull'efficienza, sulla riduzione del costo per esame e sul consolidamento delle strutture piuttosto che su indicatori di efficacia, valore delle prestazioni e impatto sugli esiti di salute.
Il sesto punto è lo sviluppo di un sistema di reporting e di responsabilità clinica che faciliti il miglioramento della diagnosi attraverso l'apprendimento dai casi di errore e dei "near misses".
Il settimo punto è la proposizione di sistemi di pagamento e erogazione della cura che supportino il processo diagnostico.
Infine, l'ottavo ed ultimo punto è la messa a disposizione di risorse per la ricerca sul processo diagnostico e l'errore diagnostico.
La Figura illustra il modello di processo della diagnosi che viene proposto dall'IOM per identificare e promuovere azioni di miglioramento e riduzione dell'errore.

RICADUTE SUI PROFESSIONISTI DEI SERVIZI DI DIAGNOSTICA

Il documento dell'IOM rafforza la posizione dei professionisti della diagnostica di laboratorio e di immagine, e valorizza il loro ruolo nel processo diagnostico e nella partecipazione di programmi volti a migliorare la sicurezza per i pazienti. Nei capitoli dedicati esplici-

tamente al ruolo del laboratorio clinico emerge con forza la necessità di operare all'interno del processo totale dell'analisi, e quindi nelle fasi pre- e post-analitiche in aggiunta al presidio della qualità analitica dei risultati.

Questa visione si basa sulle attuali conoscenze sulla natura dell'errore di laboratorio e sull'assunto che, visti gli straordinari progressi nella qualità analitica, è venuto il tempo di operare all'interfaccia fra clinica e laboratorio per migliorare l'appropriatezza delle richieste, la qualità dei campioni biologici ed ancora la reazione, interpretazione ed utilizzazione dell'informazione di laboratorio per assicurare migliori diagnosi e terapie più mirate ed efficaci.

Il richiamo del documento ad intensificare il ruolo di partnership e lavoro interprofessionale nasce da precisi assunti e dalla dimostrazione che i progressi nell'informatica e nelle tecniche di comunicazione, in aggiunta alla dimostrazione delle cause di errore, rendono imprenscindibile questo mutamento di ruolo che non va affidato alla "buona volontà" dei singoli ma ad una progettualità ben articolata.

Altri passaggi importanti del documento per il laboratorio clinico sono l'importanza di comprendere i punti di debolezza ed i limiti delle analisi decentrate (POCT), dei test ad interpretazione visiva, come pure alla necessità di riproporre l'importanza dell'autopsia come strumento di apprendimento dell'errore diagnostico. Per tutti questi aspetti, la comunità del laboratorio clinico –come tutta la comunità clinica- dovrebbe vedere la lettura attenta del documento come un'opportunità di aggiornamento sul tema del processo diagnostico, dell'attuale deriva verso modelli di efficienza che non si sposano con l'efficacia, la qualità e la sicurezza del paziente.

Bibliografia

1) Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington (DC). National Academies Press (US), 2000.

2) Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? JAMA 2005;293:2384-90.

3) Saber Tehrani AS, Lee H, Mathews SC, Shore A, Makary MA, Pronovost PJ, Newman-Toker DE. 25-Year summary of US malpractice claims for diagnostic errors 1986-2010: an analysis from the National Practitioner Data Bank. BMJ Qual Saf 2013;22:672-80.

4) Singh H, Graber ML. Improving diagnosis in Health Care - The next imperative for patient safety. N Engl J Med 2015;373(26):2493-5.

5) Khullar D, Jha AK, Jena AB. Reducing Diagnostic Errors--Why Now? N Engl J Med 2015;373:2491-3.

6) Graber ML, Franklin N, Gordon RR. Diagnostic error in internal medicine. Arch Intern Med 2005;165(13):1493-9.

7) Singh H. Editorial: Helping health care organizations to define diagnostic errors as missed opportunities in diagnosis. Jt Comm J Qual Patient Saf 2014;40:99-101.

8) Schiff GD, Hasan O, Kim S, Abrams R, Cosby K, Lambert BL, Elstein AS, Hasler S, Kabongo ML, Krosnjar N, Odwazny R, Wisniewski MF, McNutt RA. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med 2009;169(20):1881-7.

9) Plebani M. The detection and prevention of errors in laboratory medicine. Ann Clin Biochem 2010;47:101-10.

10) Carraro P, Zago T, Plebani M. Exploring the initial steps of the testing process: frequency and nature of pre-preanalytic errors. Clin Chem 2012;58:638-42.

11) Plebani M, Lippi G. Is laboratory medicine a dying profession? Blessed are those who have not seen and yet have believed. Clin Biochem 2010;43(12):939-41

12) Lippi G, Plebani M, Graber ML. Building a bridge to safe diagnosis in health care. The role of the clinical laboratory. Clin Chem Lab Med 2016;54(1):1-3.

Agenzia Allianz Padova Sud

C & D Assicurazioni Srl

VIA MARCO POLO 3 - PADOVA (PD)
Tel. 049 8804492 Fax 049 8804714
info@cdassicurazioni.it www.cdassicurazioni.it
orario continuato

Allianz 1 Business

L'abbonamento alla serenità per la tua impresa

Marco, per la sua autofficina a Padova ha scelto la protezione Allianz1 Business a:

45€ /mese

DANNI A TERZI	DANNI AL CONTENUTO	FURTO E RAPINA
22€ /mese	6€ /mese	15€ /mese

EMERGENZE IN AZIENDA
2€ /mese

Proteggi la tua attività con una piccola spesa mensile

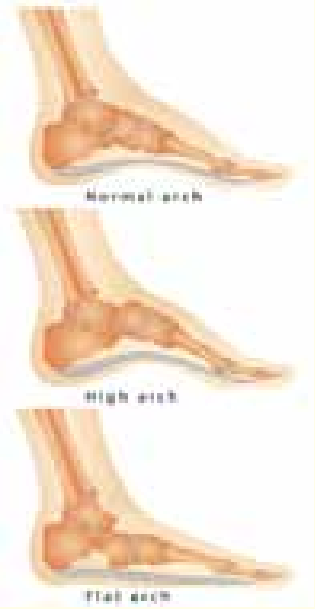
Allianz

AVVERTENZA: Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Prima della sottoscrizione leggere i Fascicoli Informativi disponibili in agenzia e sul sito Allianz.it. Il profilo indicato è a puro scopo esemplificativo, elementi di personalizzazione diversi possono determinare premi differenti. Per conoscere il dettaglio delle garanzie scelte chiedi in agenzia. I premi sono comprensivi delle imposte. Durata minima contrattuale: 12 mesi. Premio minimo Allianz1 Business: 5 euro al mese.

LA CURA DELLA **FASCITE PLANTARE** CON LE ONDE D'URTO FOCALIZZATE

a cura del dott. **Giuseppe Caraccio,** direttore sanitario Gvdr

La descrizione più frequente di dolore di fascite plantare è quella che compare la mattina mettendosi in piedi dal letto con una dolore al calcagno che costringe la persona a zoppiacare. Motivi più frequenti della tallodinia (dolore al calcagno) è la fascite plantare. Questa fascia si sviluppa sotto la pianta del piede e si inserisce nell'osso – calcagno. Può essere un dolore sia all'inserzione sul calcagno sia medio plantare (cavo piede). La sua infiammazione è determinata molto spesso da piede cavo (possibile foto), piede piatto (possibile foto) o da calzature inappropriate (vedi scarpe antinfutortunistica, ballarine, etc.). Prima di iniziare un approccio terapeutico è utile eseguire, dopo esser stato visitato da uno specialistica fisiatra od ortopedico, una radiografia sotto carico dei piedi.



• Dall'alto: un piede normale, un piede cavo e un piede piatto.

Questa radiografia può evidenziare uno speone calcaneare che non è patognonomico (specifico di fascite) ma può essere una conferma o una concausa. La risonanza magnetica è indicata solo nei casi di non miglioramento nella sintomatologia dolorosa dopo il trattamento.

Quale trattamento fare per la Fascite Plantare?

Le onde d'urto focalizzate risultano essere il trattamento di elezione per questa patologia (già nel 2002 hanno avuto l'approvazione della Food and Drugs Administrator Americana). Dieci anni di personale esperienza nel trattamento di fascite plantare con le onde d'urto focalizzate, con circa 2000 casi trattati presso le nostre strutture, hanno evidenziato un miglioramento delle condizioni del paziente nell'85 per cento dei casi.

Questo trattamento è leggermente doloroso ma non necessità di sedazione e si svolge in attività ambulatoriale presso tutte le nostre strutture. E' utile accompagnare questo trattamento con esercizi di stretching della fascia plantare e successivamente è consigliabile sottoporsi ad una barodopometria che ci permetta di confezionare un'ortesi plantare (plantare) e per fornire indicazioni più precise per eventuali rieducazioni propriacettive.

© Can Stock Photo Inc. / vonuk

de chirico

MTS

Distributore esclusivo per l'Italia di onde d'urto MTS Medical UG
DE CHIRICO SRL
TEL/FAX: +39 080 5326292
E-mail: info@dechiricosrl.it

TOMOSINTESI ALLA MAMMELLA: UNA MIGLIORE MAMMOGRAFIA

testo a cura di **Technologic Srl**

La Tomosintesi è la tecnica di imaging 3D nata per superare i limiti diagnostici della mammografia convenzionale 2D dovuti alla sovrapposizione del tessuto fibroghiandolare.
La Tomosintesi digitale permette di ricostruire una stratigrafia della mammella a partire da un numero finito di proiezioni bidimensionali. Rispetto a un mammografo convenzionale, la struttura dello stativo è modificata per permettere alla sorgente radiogena di ruotare ed eseguire radiografie del seno a diversi angoli di proiezione; le immagini digitali, acquisite a bassa dose, sono poi processate per ricostruire gli strati a diversa profondità.
Diverse pubblicazioni scientifiche indicano che la ricostruzione tridimensionale consente sia l'individuazione di un maggior numero di lesioni (aumento di sensibilità), con una migliore analisi della forma e dei contorni delle lesioni stesse, sia una riduzione dei falsi positivi e della necessità di successivi approfondimenti (aumento della specificità).
La gran parte, se non la quasi totalità, degli Studi Scientifici a oggi pubblicati sono stati condotti con apparecchiature Hologic, la cui introduzione in Europa risale alla seconda metà del 2008. La notevole produzione scientifica con utilizzo di Mammografi con Tomosintesi Hologic è stata possibile sia per l'immediata affidabilità e bontà dei sistemi commercializzati sia per la disponibilità da parte degli Utilizzatori a investire le proprie energie nell'attività Scientifica.

Gli Studi sono stati condotti sia su popolazione di Screening di Primo Livello che di Clinica. In ambito di Screening, i risultati conseguiti nel 2011-2012 in Italia (Trento-Verona), in Europa (Oslo) e negli Stati Uniti hanno come comun denominatore l'aumento della capacità diagnostica, in modo particolare per le lesioni invasive, senza per questo aver portato ad un incremento del riscontro delle lesioni meno aggressive. Oltre alla possibilità di rilevare un numero superiore di lesioni grazie alla Tomosintesi, non sono affatto da trascurare i vantaggi derivanti dalla diminuzione del tasso di richiamo. È importante considerare come il richiamo per approfondimento abbia importanti ripercussioni sulle pazienti in virtù del carico "emotivo" che il richiamo genera; ridurre tali richiami significa ridurre significativamente uno dei peggiori effetti indesiderati dello Screening, ovvero l'ansia generata nella donna dal richiamo.
Una delle prime questioni poste circa l'utilizzo della Tomosintesi in Mammografia è stata quella riguardante la dose erogata. Sin da subito tutti i riscontri eseguiti da parte della Fisica Sanitaria hanno testimoniato che la dose in Tomosintesi era ampiamente nei limiti imposti dalle Normative. La questione è stata poi completamente superata con l'introduzione dal 2012 di un software (C-View) che permette

la ricostruzione dell'immagine 2D a partire dalle acquisizioni in Tomosintesi. I primi risultati pubblicati (Oslo) relativi al funzionamento di questo software di ricostruzione hanno evidenziato come i valori di sensibilità e di specificità ottenuti con le immagini C-View+3D siano risultati decisamente superiori a quelli conseguiti con le sole immagini 2D.

Grazie ai positivi riscontri di Oslo e alle Esperienze maturate a Trento e a Verona sull'utilizzo delle immagini C-View in combinazione con le immagini 3D di Tomosintesi, sono partiti due progetti pilota circa l'uso della Tomosintesi in Screening a Trento (nel 2014) e a Verona (nel 2015): si è deciso di offrire alle donne afferenti ai 2 programmi di Screening quanto di meglio la tecnologia in campo mammografico è in grado di permettere a oggi, fornendo quindi un servizio con una mammografia di altissima qualità.

Il tempo di acquisizione delle proiezioni di Tomosintesi Hologic è tra i più rapidi tra i sistemi attualmente disponibili. Il Mammografo impiega meno di 4 secondi per acquisire le diverse proiezioni ai diversi angoli, garantendo il miglior comfort per la paziente, senza praticamente impattare in alcuno modo sul flusso di lavoro del personale tecnico.

Il Mammografo con Tomosintesi Hologic ha inoltre anche la disponibilità di un sistema di biopsia con guida Tomosintesi che, attraverso l'acquisizione di immagini in modalità Tomosintesi, consente:

- la centratura delle lesioni individuate solo dalle immagini di Tomositensi
- il controllo finale per verificare l'esatto posizionamento del marker
- la riduzione dei tempi di procedura e riduzione della dosi erogate rispetto alla stereotassi convenzionale

L'introduzione della biopsia con guida Tomosintesi si è rivelata importantissima per permettere la verifica istologica di quelle lesioni che risultano visibili solo in Tomosintesi e non in Mammografia 2D Convenzionale o in Ecografia, evitando così il ricorso alle procedure bioptiche con guida RM. La biopsia con guida Tomosintesi si è rivelata inoltre così rapida e accurata che oramai tale procedura risulta nella pratica utilizzata per tutte le lesioni sospette. Importanti riscontri si sono ottenuti con il Mammografo con Tomosintesi Hologic in ambito non solo di Screening ma anche di Clinica. In fase di approfondimento è già oggi possibile sostituire l'utilizzo della compressione mirata con la proiezione in Tomosintesi, e si sta valutando come utilizzare la Tomosintesi come 2nd look. Hologic ha già inoltre sviluppato nuove applicazioni quale la possibilità di utilizzare la Dual Energy con il Mezzo di Contrasto in modalità 2D in combinazione con la 3D, con già in previsione l'utilizzo della Dual Energy con il Mezzo di Contrasto in modalità Tomosintesi.

La mammografia con mezzo di contrasto è utilizzata come approfondimento, venendo ad avere le stesse indicazioni cliniche della RM della mammella, oltre che per le donne che non possono sottoporsi all'esame di RM per una varietà di ragioni, per esempio la claustrofobia. Il mezzo di contrasto è lo Iodio, lo stesso usato in TAC.

Di ultimissimo sviluppo è il CAD Mammografico applicabile alle immagini generate dalla Tomosintesi: il marker va a posizionarsi sull'immagine 2D sintetica e cliccando sulla zona di interesse con il tasto del mouse si va ad aprire automaticamente la fetta di Tomosintesi dove la zona di interesse è meglio "evidenziata".

La Tomosintesi oramai risulta essere sempre più affermata come strumento di routine per l'indagine mammografica, venendo di fatto a sostituirsi alla stessa mammografia digitale in quanto in grado di fornire informazioni e dettagli di elevatissima qualità per una diagnosi più sicura e accurata.

© Can Stock Photo Inc. / 4774344sean

ALLEANZA VINCENTE QUELLA TRA PUBBLICO E PRIVATO CONVENZIONATO

LAVORARE INSIEME PER GARANTIRE SERVIZI EFFICIENTI E DI QUALITÀ A TUTTI I CITTADINI

a cura di **Anisap Veneto**

Ancora oggi ci sono utenti che non conoscono la differenza tra privati convenzionati e privati "puri". Non sanno che le strutture convenzionate sono paragonabili ai servizi pubblici in quanto, chi vi si rivolge, paga lo stesso ticket che pagherebbe qualora si rivolgesse ad un ospedale pubblico. In Veneto ci sono decine e decine di strutture private convenzionate col sistema sanitario nazionale, che erogano prestazioni di vario genere: dagli esami di laboratorio a quelli di riabilitazione e per la diagnostica strumentale. Servizi che puntano ad offrire il massimo della qualità ed efficienza sia per le professionalità messe in campo che per le tecnologie ed il tipo di accoglienza scelta. Proprio così: si investe sulle tecnologie e ciò significa che si punta a rinnovare le strumentazioni in dotazione per avere macchinari sempre più all'avanguardia e di ultima generazione; si investe sulle professionalità, scegliendo accuratamente i medici e le altre figure che vengono assunte nelle strutture; si investe e si punta sulla accoglienza curando, aggiornando le strutture ed i loro arredi, rendendo belli anche esteticamente gli ambienti, non lasciando mai nulla al caso. L'utente che entra in una struttura convenzionata deve provare la stessa emozione che prova quando soggiorna in un albergo a cinque stelle. Proprio così: deve sentirsi accolto e seguito lungo tutto il percorso diagnostico e terapeutico, da persone professionali ma "umane" (da cui "umanizzazione"), cioè gentili, capaci di regalare un sorriso, di rassicurare, di spendere anche qualche minuto in più per spiegare bene la terapia o l'esame a cui si va incontro. Il Servizio Pubblico lavora in sinergia col privato convenzionato tanto che

questa importante collaborazione serve anche a ridurre, per molte prestazioni, i tempi di attesa per il cittadino. Quante volte, infatti, vi è capitato di eseguire gli esami del sangue, o di Diagnostica, o ancora, una terapia riabilitativa presso una struttura privata convenzionata, e poterlo fare in tempi brevi? L'alleanza Pubblico-Privato convenzionato è vincente e permette di garantire la cura a tutti, nello stesso modo, con gli stessi tempi, evitando di creare cittadini di serie A e altri di serie B. Un'alleanza che viene riconfermata puntualmente e che continuerà forte anche dopo la riduzione delle Ulss (La Regione Veneto sta dibattendo in questi mesi sulla possibilità di ridurre le Ulss che sono ventuno a sette, una per provincia), che non significa la riduzione dei servizi o degli ospedali, ma piuttosto una riorganizzazione dell'impianto amministrativo che dovrebbe anche tradursi in un certo risparmio della macchina pubblica. Intanto, il 30 dicembre scorso, il governatore del Veneto Luca Zaia ha dato un primo segnale che va in questa direzione, ovvero ha ridotto il numero dei direttori generali, che da ventuno sono diventati nove: tranne per due province (Venezia e Vicenza), tutte le altre hanno visto più Ulss con un unico direttore. Nell'augurare a tutti i nuovi Direttori Generali un buon lavoro, i professionisti e collaboratori delle strutture convenzionate sono a disposizione per continuare a lavorare per il bene della collettività, nel modo migliore e con la garanzia di efficienza e qualità.

LA SCHEDA DI ANISAP VENETO - TRENTINO ALTO ADIGE

L'ANISAP, attiva sul territorio Nazionale dal 1990, è l'Associazione più rappresentativa nell'ambito delle Istituzioni Ambulatoriali Private Accreditate e non. Vanta infatti una presenza capillare in quasi tutte le Regioni, risponde all'esigenza di affermare la piena dignità dell'apparato sanitario ambulatoriale privato nei confronti di quello pubblico e tutela il diritto alla salute del cittadino in considerazione anche degli aspetti professionali ed imprenditoriali degli Associati.

In ambito Regionale, grazie alla presenza in ogni provincia, l'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige, risulta un interlocutore riconosciuto dall'Assessorato e dalla Segreteria regionale per la Sanità, ai tavoli di trattativa con le Regioni per l'Accreditamento, il Nomenclatore Tariffario, i Budget e i Requisiti Minimi; è presente con propri rappresentanti anche nella Commissione Tecnica Consultiva Regionale (C.T.C.R.) ed è identificata dall'ULSS come organismo di tutela degli interessi delle strutture ambulatoriali private accreditate.

L'ANISAP è al servizio dei cittadini e dei Medici di famiglia che si avvalgono delle Strutture ambulatoriali accreditate private, per svolgere tutte le operazioni diagnostiche e riabilitative, senza dover ricorrere al ricovero ospedaliero e per attuare, quindi, una deospedalizzazione, nonché una riabilitazione precoce quando la degenza risulta essere evitabile, snellendo in tal modo gli inutili sprechi di risorse pubbliche.

ANISAP
Veneto - Trentino Alto Adige

L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige, gestisce Strutture piccole, medie e grandi che operano per la tutela della salute, perfettamente rispondenti alle indicazioni della sanità moderna; infatti ANISAP significa anche certificazione di qualità, organizzazione, "Carta dei Servizi", informazione, formazione continua del personale; tutte caratteristiche e obiettivi primari delle Strutture associate.

L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige opera localmente per migliorare, con un servizio più veloce e capillare, l'equilibrio tra il Servizio Sanitario pubblico e quello privato, al fine di trasformare la figura dello "Stato Italiano" in garante che, anziché gestire l'offerta di Servizi, eserciti il proprio ruolo a tutela della salute collettiva, controllandone l'efficienza, l'efficacia e, soprattutto, l'economicità.

L'ANISAP Veneto - Trentino Alto Adige comunica direttamente con il cittadino, attraverso piani di comunicazione mirati, per valorizzare il grande patrimonio di tecnologie e le risorse umane della Sanità privata italiana che, anche grazie agli investimenti di tutti i nostri Associati, renderà nel tempo più fruibili e qualitativamente superiori tutte le prestazioni che ad oggi vengono offerte.

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

PRIMO TRAPIANTO DI **MANDIBOLA ARTIFICIALE** ESEGUITO IN ITALIA

a cura di **Margherita De Nadai**

Per la prima volta in Italia, a Padova, è stato ricostruito con un trapianto artificiale di mandibola, il volto di un paziente di mezza età di nazionalità italiana affetto da osteonecrosi. Le ripetute infezioni gli compromettevano la capacità funzionale e i dolori gli causavano limitazioni di salute.

La Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Azienda Ospedaliera/Università di Padova diretta dal prof. Giuseppe Ferronato, ha eseguito con i ricercatori dott.ssa Giorgia Saia e dott.ssa Giordana Bettini coordinati dal dott. Alberto Bedogni - esperto nel trattamento delle patologie ossee radio e farmaco indotte, assieme ad un team di ingegneri, il delicato intervento portato a termine con successo.

E' stata così inserita al paziente in sole 4 ore una nuova mandibola artificiale in titanio di gr. 26 contenente i fori necessari affinchè muscoli e nervi vi si inserissero naturalmente.

La protesi artificiale personalizzata ha sostituito buona parte della mandibola originale includendo il condilo e il mento, regioni indispensabili per le funzioni di movimento della mandibola - articolazione della parola, masticazione, deglutizione e competenza delle labbra - nonché dell'aspetto esteriore del volto.

• Una ricostruzione al computer della mandibola artificiale.

La tecnica progettata e sviluppata dai ricercatori padovani in strettissimo rapporto con ingegneri e bio-ingegneri di un'azienda italiana leader nel settore della ricerca e della produzione di dispositivi medici, ha permesso la realizzazione di una protesi artificiale che ha riprodotto fedelmente le caratteristiche anatomiche della porzione mancante e deformata della mandibola del paziente, comprendendone anche le inserzioni muscolari indispensabili.

La realizzazione della protesi ha comportato l'elaborazione al computer delle immagini dello scheletro facciale del paziente grazie alla tomografia computerizzata. Le immagini realizzate hanno prodotto un modello virtuale 3D della mandibola. Così il chirurgo ha simulato da remoto in tempo reale l'intervento chirurgico.

E' stato specchiato il lato sano sulla mandibola mancante (mirroring) e ricostruita la mandibola a computer, la forma finale ha ricalcato quella mandibolare del paziente. Un raggio laser ha fuso per strati la polvere di titanio formando così la nuova mandibola.

Numerosi i vantaggi immediati per il paziente.
Dalla sensibile riduzione del rischio di complicanze, alla riduzione della possibilità di rigetto; dal recupero della migliore forma del volto in un unico intervento alla respirazione autonoma post-operatoria.
Dalla riduzione della necessità di accesso tracheostomico alla rapida ripresa dell'alimentazione già dalla prima giornata dopo l'intervento e al rapido recupero della qualità della vita generale.
L'Azienda Ospedaliera di Padova, conferma l'effettiva stabilità della mandibola innestata nel paziente alcuni mesi fa, e dichiara riuscito il trapianto di mandibola in titanio. Il paziente ora puo' masticare, parlare, respirare e deglutire normalmente e soprattutto non ha più dolori. E' tornato ad una normalità di vita.
Questo intervento migliora il supporto del labbro inferiore, la simmetria finale della parte inferiore del viso e la competenza delle labbra. Il vantaggio delle protesi artificiali personalizzate è da considerarsi soprattutto nei casi in cui la regione anteriore della mandibola sia inclusa nell'asportazione.
Il costo medio di un impianto di questa tipologia è di circa € 3.500 e prevede l'applicazione a basso impatto sugli individui, specie nei soggetti adulti.
"Le nuove protesi progettate, conferma il Prof. Giuseppe Ferronato - hanno dimostrato anche una buona resistenza al trattamento chemio-radioterapico e potrebbero essere utilizzate nella cura dei tumori maligni del cavo orale aprendo così la strada ai pazienti oncologici critici che non sopporterebbero altrimenti, interventi ricostruttivi complessi".

ALL'ULSS 7 ARRIVA IL PROGETTO "TIME OUT" PER ADOLESCENTI IN DIFFICOLTÀ

Si chiama "Time out" il nuovo progetto, riservato agli adolescenti, che l'Ulss 7 ha deciso di attivare per essere in grado di prendere in carico e dare una risposta adeguata ai ragazzi, il cui numero è in costante aumento, alle prese con varie problematiche seguite, finora, individualmente dai professionisti dei vari Servizi, ognuno nell'ambito di propria competenza. Per migliorare la presa in carico, rendendola più efficace e, soprattutto, più "integrata", l'Ulss 7 ha deciso di costituire un'équipe interdisciplinare, formata da vari operatori (neuropsichiatra infantile, psicologo, psichiatra, assistente sociale) provenienti da diversi Servizi (Età evolutiva, Consultorio Familiare e Consultorio Giovani, SerD, Dipartimento di Salute Mentale). L'équipe interdisciplinare dedicata agli adolescenti sarà operativa in via Ortigara 131 a Conegliano: supporterà sia i ragazzi e le famiglie sia gli operatori dei Servizi che si occupano di questa fascia d'età. L'équipe avrà il compito di accogliere i ragazzi alle prese con situazioni di disagio, formulare una prima valutazione del problema e attuare un'eventuale presa in carico breve, salvo coinvolgere e rappresentare il punto di riferimento per i Servizi, sia specialistici sia territoriali, nell'intervento per le situazioni più complesse e che necessitano di interventi a lungo termine.

• La sede dell'Ulss 7

"La decisione di attivare questo progetto - sottolinea Giuseppe Bazzo, direttore dei Servizi Sociali - nasce dal fatto che negli ultimi anni sono in costante aumento le richieste di intervento ai Servizi dell'Ulss 7 per situazioni di disagio e di sofferenza, talvolta anche gravi, di ragazzi, con necessità di interventi tempestivi. Significativo in tal senso è l'aumento delle richieste di consulenza da parte del Pronto Soccorso al Servizio per l'età evolutiva e la necessità, a volte, di procedere a un ricovero dell'adolescente. Va inoltre ricordato il progressivo abbassamento dell'età in cui iniziano a manifestarsi le espressioni di disagio".
Le forme in cui l'adolescente manifesta la sua sofferenza comprendono i comportamenti autolesivi, le forme di dipendenza di vario tipo, i disturbi del comportamento alimentare, i comportamenti oppositivi e aggressivi, i fenomeni di bullismo ma anche, più semplicemente problemi di relazione in famiglia, di rapporto con i coetanei, o con la scuola o nella relazione con l'altro sesso, dubbi e incertezze di tipo esistenziale sull'identità, sui ruoli sociali etc. Per dare una risposta adeguata alle mutate problematiche che caratterizzano l'età adolescenziale l'Ulss 7, con il progetto Time Out, ha deciso di sperimentare nuove modalità operative, finalizzate a dare una risposta appropriata alla complessità e gravità dei problemi e delle tematiche che l'adolescente pone, tematiche che coinvolgono trasversalmente i Servizi e che non possono essere affrontate in modo settoriale.
Lo scorso anno sono stati 670 gli adolescenti seguiti dai vari Servizi dell'Ulss 7 (Età evolutiva, Consultorio Familiare e Consultorio Giovani, SerD, Dipartimento

di Salute Mentale); altri 1.400 i ragazzi raggiunti grazie alle varie iniziative attuate, nell'ambito della prevenzione, sul territorio.

ULSS 9, FIRMATO IL CONTRATTO PER IL NUOVO OSPEDALE DI TREVISO

250 milioni di euro d'investimenti equamente divisi tra pubblico (124 milioni) e privato in finanza di progetto (126); mille posti letto in stanze con massimo 2 letti, dei quali 600 concentrati in un nuovo edificio ad alta tecnologia, altri 400 in una nuova area per le degenze di media intensità; 200 ambulatori nell'area diurna compresi day surgery e week surgery; 160 mila metri quadrati calpestabili dei quali 105 mila di nuova costruzione e 55 mila ristrutturati. Sono questi i grandi numeri della "Cittadella Sanitaria" di Treviso, il cui contratto tra l'Ulss 9 di Treviso e la Società di Progetto "Ospedal Grando Srl" è stato firmato a fine dicembre all'Ospedale di Treviso dal Presidente della Regione del Veneto Luca Zaia, dal Direttore Generale dell'azienda sanitaria trevigiana Giorgio Roberti e dal Presidente del Cda della Ospedal Grando, Andrea Ruckstuhl. Tra circa 8 mesi è prevista la definizione del progetto esecutivo, poi il via ai lavori, che dovrebbero concludersi entro il 2020. Alla cerimonia della firma erano presenti, tra gli altri, il Sindaco di Treviso Giovanni Manildo, l'assessore regionale Federico Caner, il Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 9 Raffaele Speranzon, alcuni Consiglieri regionali trevigiani.
"Di fatto – ha tenuto a sottolineare Zaia – siamo di fronte al nuovo Ospedale di Treviso, con gli stessi posti letto di prima, ma con tanta tecnologia in più, razionalità degli spazi di cura e dell'area chirurgica e delle degenze, ecosostenibilità con la riqualificazione a parco di 5 ettari lungo il Sile. Un progetto fatto bene, equilibrato nel rapporto tra pubblico e privato, con il primo a proporre un progetto e ben 6 aspiranti partners in gara; che avrebbe potuto vedere la luce ben prima se la burocrazia non avesse messo per l'ennesima volta il bastone tra le ruote, facendo perdere inutilmente tempo prezioso. Siamo stati tutti bravi a far prevalere la voglia di fare e di dare una struttura sanitaria fatta di qualità, quantità e modernità per i 424 abitanti dei 37 Comuni dell'Ulss 9, ma anche per i 900 mila che fanno riferimento all'ospedale Hub provinciale e il milione e 100 mila dell'area vasta con Belluno. Un vero e proprio modello – ha concluso Zaia – che considero replicabile in tutto il Veneto".

ALL'ULSS 15 IL TANGO ARGENTINO DIVENTA TERAPIA

Il tango come terapia e riabilitazione è l'innovativo e

• La presentazione della Cittadella Sanitaria di Treviso

originale progetto che ha trovato casa nell'Ulss 15 Alta padovana. Dopo una fase sperimentale quello che era un percorso pilota, infatti, è diventato un corso stabile di Tango argentino che, con il metodo HoloTango, va a creare un nuovo approccio a supporto della riabilitazione nelle sindromi della malattia di Parkinson e dei disordini del movimento.
A rendere possibile questo la collaborazione tra il dipartimento di riabilitazione dell'Ulss 15 e l'associazione L'Albero della Vita.
"Come non essere orgogliosi di questi progetti che prendono forma nel nostro territorio e che soprattutto portano benefici alle persone che necessitano di cure e attenzione – sottolinea Claudio Dario, Direttore Generale e commissario all'Ulss 15 Alta Padovana – Voglio, inoltre, evidenziare il valore delle nostre professionalità nel cercare sempre nuove forme di terapia che tengano conto dell'umanizzazione della relazione con il paziente. A tutti loro il mio ringraziamento".
Referente del progetto per l'Ulss 15 è la dott.ssa Maria Callegaro, dirigente medico UO Medicina Fisica e Riabilitazione di Camposampiero. Per accedere al corso verrà organizzata una visita fisiatrica gratuita presso l'unità operativa di medicina fisica e riabilitazione di Camposampiero. In queste settimane si è formato un nuovo gruppo di corsisti e la novità è la possibilità di effettuare delle lezioni totalmente gratuite, due per ogni presidio ospedaliero, per testare su di sé l'effetto della tango terapia.
Per partecipare non è necessario essere in coppia. Per informazioni e prenotazioni per la prova gratuita e per partecipare al corso contattare il numero 345-7998642 o via mail a infolalberodellavita@libero.it. I conduttori del corso sono: Federica Lila Silvestri, maestra professionista di Tango Argentino (Albo A.S.C CONI n.00417), e Marco Augello, musicoterapeuta, docenti dal 2014 del corso di perfezionamento "Promozione motoria in neurologia" presso l'Università degli Studi di Ferrara - Dipartimento di Scienze Biomediche e

Chirurgie Specialistiche - Sezione di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Psicologiche. Il corso avrà la preziosa collaborazione del Ballerino e Maestro di Tango Argentino Stefano Bellinato. "Il Tango Argentino che dal 30 settembre 2009 è patrimonio dell'Umanità potrebbe essere definito anche "patrimonio per la salute" – spiega la stessa docente Federica Lila Silvestri - poiché in tutto il mondo tante ricerche hanno dimostrato le sue funzioni terapeutiche per malattie che coinvolgono il fisico e la psiche con l'effetto di migliorare notevolmente la qualità della vita delle persone e le loro relazioni interpersonali".
Holotango è stato specificatamente studiato e strutturato come supporto per la riabilitazione nelle sindromi della malattia di Parkinson e di altri disturbi del movimento, nel quale grazie all'utilizzo di uno specifico protocollo di esercizi, movimenti e passi di danza creati ad hoc combinati con il ritmo della musica, è possibile favorire, la gestione dell'equilibrio statico, dinamico, la risposta cinetica e la deambulazione, favorendo il collegamento tra la persona ed il suo ritmo corporeo. La danza insieme e l'ascolto musicale favoriscono la creazione di uno spirito di gruppo solidale e gratificante per tutti, e rendono gli incontri un appuntamento gradevole in un'atmosfera gioiosa con il plusvalore di poter condividere il ballo e gli esercizi ritmici con i caregiver durante gli incontri così come nella quotidianità.

"SINDROME DI BEZOLD": SALVATA ALL'ANGELO UNA DONNA COLPITA DA RARA PATOLOGIA

All'Ospedale di Mestre, l'équipe di Otorinolaringoiatria ha compiuto un intervento complesso, e condotto a buon fine, su una paziente aggredita dalla rarissima "Sindrome di Bezold". "Quando la paziente è arrivata proveniente dall'Ospedale di San Donà – spiega il Primario di Otorinolaringoiatria dell'Angelo, Roberto Spinato – presentava un quadro estremamente complesso. A portarla vicina alla morte, un'otite degenerata in grave ascesso cerebrale, il quale a sua volta aveva determinato una grave erosione dell'osso temporale, che separa l'orecchio dal cervello.
La 'dura madre', cioè la membrana che avvolge il cervello, era ormai esposta, e in sostanza l'encefalo già 'scivolava' nell'orecchio. L'ascesso, nel frattempo, si era diffuso nel collo".
"Il quadro – sintetizza il dottor Spinato – era quello di una rara complicanza di otite media, definita 'Sindrome di Bezold': si tratta di una patologia di cui sono stati descritti solo 27 casi, l'ultimo segnalato nel 2001".
La paziente è stata accolta all'Ospedale dell'Angelo in situazione disperante: in stato settico, semisoporoso e con una temperatura corporea di 40°. "Abbiamo dovuto intervenire – racconta il Primario – con estrema urgenza. Il tempo della consulenza pneumologia, infettivologica e del neurochirurgo, e il dottor Maurizio Amadori, coadiuvato dal dottor Abramo, dal dottor Trombetta e dalla dottoressa Zanetti, hanno iniziato immediatamente l'intervento di otoneurochirurgia e svuotamento della sacca ascessuale cerebrale e del collo. L'operazione è stata resa ancora più difficoltosa dalla condizione emodinamicamente instabili della paziente, che ha richiesto un lavoro encomiabile degli anestesisti, un ampio supporto emodinamico e la trasfusione di sacche di sangue".
I chirurgi hanno in sostanza aperto il collo, drenato l'orecchio, pulito la "dura madre", ricollocato il cervello, chiusa la breccia ossea: "Durante l'operazione, proseguita per ore fino all'1:00 di notte, la sacca ascessuale è stata svuotata con un intervento di cervicotomia.
E' stata inoltre ricostruita la parte di osso temporale che era stata usurata dal processo infettivo, separandola dall'encefalo che era scivolato all'interno dell'orecchio medio".
Dopo un breve periodo di ricovero, sempre all'Angelo, prima presso il Reparto di Rianimazione e successivamente presso quello di Malattie Infettive per una stabilizzazione protetta, la paziente è stata trasferita al Reparto di Otorinolaringoiatria in stato vigile e in buone condizioni. Da qualche giorno è stata dimessa: si è chiuso così con un lieto fine il suo percorso attraverso quello che sembrava inizialmente un episodio simil-influenzale, ma che presto si era trasformato invece in un episodio patologico grave quanto raro.

• L'equipe del dottor Roberto Spinato (il secondo in piedi, da destra).

Human Tecar®

FEEL YOUR BEST

Synergistic Healthcare Methodology

Esperienza e tecnologia
verso una nuova fisioterapia

Human Tecar
dallo sport
professionistico
alla vita
di tutti i giorni.

c.e.m. Butterfly World

DISTRIBUTORE HUMAN TECAR VENETO E FRIULI
35127 PADOVA - Z.I. Camin - Via Svizzera 8
Tel. 049 761200 - Fax. 761165
Email: infocem@cemelettromedicali.com
www.cemelettromedicali.com

Synergy Viss:

vibrazione meccano-sonora focalizzata per il trattamento del dolore per migliorare la forza, il tono-trofismo muscolare e l'equilibrio.

humantecar.com

#humantecar

FORMAZIONE CONTINUA, UNA PRIORITÀ IRRINUNCIABILE

PER ESSERE COMPETITIVI MIGLIORANDO LE PROPRIE CONOSCENZE, SESSIONI DI TRAINING ALTAMENTE PROFESSIONALE SONO LA SOLUZIONE. DA ASALASER, CORSI E MASTER AD HOC PER MEDICI E FISIOTERAPISTI

testo a cura di **ASAlaser**

Il mercato del lavoro parla chiaro e non dà adito a fraintendimenti: competenze sempre più professionali e attitudini specifiche sono la chiave di volta per mantenere e migliorare la propria competitività, ritagliandosi credibilità e conquistando la fiducia dei propri interlocutori. Formarsi, perfezionando le proprie conoscenze e accrescendo le proprie capacità "sul campo", è un'urgenza, prima che una necessità. La partecipazione a corsi, seminari e convegni, che fanno dell'aggiornamento continuo il loro leitmotiv, diviene leva strategica, vantaggio indispensabile per aumentare il livello di soddisfazione del cliente e strumento efficace per affrontare con consapevolezza le sfide del futuro. Investire in formazione significa infatti investire su sé stessi. Una consapevolezza che ASAlaser - azienda da oltre 30 anni in prima linea nella ricerca e nella produzione di soluzioni terapeutiche centrate sull'utilizzo consapevole del laser – ha sin dalle sue origini.
«*La formazione* – spiega Alberto Zaghetto, Coordinatore Formazione ASAlaser – *frutto diretto della ricerca, è un processo il cui valore strategico permette di accompagnare l'evoluzione delle tecnologie biomedicali e di migliorare costantemente i risultati terapeutici. Ma è anche uno strumento che riguarda tutta l'azienda: direttamente chiamando all'appello tutto il suo staff, indirettamente coinvolgendo i propri interlocutori finali, come fisioterapisti e medici, in programmi di training mirati e costantemente aggiornati*».
Attraverso una piattaforma formativa strutturata (e-Learning on line, corsi d'aula avanzati di Hilterapia® e Laserterapia MLS® - terapie di punta dell'azienda - e comunicazioni scientifiche) fisioterapisti, medici e specialisti ricevono da un team di docenti dal profilo scientifico riconosciuto, informazioni aggiornate sulla laserterapia, spendibili concretamente nella pratica quotidiana. Lo confermano le esperienze dirette di alcuni professionisti che hanno partecipato a Corsi Avanzati e Master di ASAlaser.
«*Ho frequentato i corsi di ASAlaser* – spiega Mara Mezzalira, titolare e fisioterapista di "Fisiolab - Studio di Fisioterapia" di Rosà (Vicenza) - *perché cercavo nuovi spunti per inserire Hilterapia® nei miei programmi di lavoro. Tutte le mie aspettative sono state rispettate: grazie alla formazione*

• Con la formazione ASAlaser il professionista massimizza e migliora le opportunità di utilizzo di Hilterapia® e Laserterapia MLS®

ho imparato a trattare delle patologie di cui in precedenza non mi occupavo raggiungendo risultati validi in poco tempo».

Obiettivo raggiunto anche per Samuele Cipolli, masso-fisioterapista di Phorma (Campogalliano – Modena) - «*i training seguiti hanno migliorato il mio modus operandi: oggi osservo il paziente nella sua interezza, tenendo conto degli equilibri generali che si sono modificati così da applicare la terapia più consona*» - e per Francesco Preti, titolare e fisioterapista di "Sport Clinic" di Lugo (Ravenna). «*Corsi Avanzati e Master hanno accresciuto la mia sicurezza nell'uso della laserterapia* – puntualizza Preti – *permettendomi di ottenere un cambiamento concreto nello stato del paziente già dalla prima seduta. Se la sessione pratica si è dimostrata preziosa, fondamentale è stato anche il confronto con colleghi e docenti: le esperienze portate da ciascuno hanno avuto ricadute positive per la mia attività giornaliera*». Della stessa opinione anche Serena Ciucci titolare e fisioterapista del centro "Gimas Fisioterapia" di Roma per cui «*quanto imparato ai corsi di ASAlaser mi ha permesso di migliorare non solo il mio approccio con il paziente, ma anche il metodo nel trattare ogni patologia. A seguito delle indicazioni ricevute "sul campo" il mio modus operandi ha subito un'evoluzione positiva con ricadute evidenti sulla qualità della mia prestazione: nello specifico ho compreso con precisione quali parametri impiegare per curare ogni problematica ottenendo così la massima efficacia. Grazie allo staff di docenti ho inoltre capito come una stessa patologia debba essere trattata in modo diverso a seconda del paziente in cui si manifesta. Tutti insegnamenti che ho subito applicato nella mia pratica quotidiana ottenendo risultati eccellenti*».

A favorire l'apprendimento rendendolo più intuitivo è il ricorso a materiale didattico altamente professionale (manuali di approfondimento, video con immagini 3D ad alta definizione, pubblicazioni scientifiche e applicazioni per mobile) realizzato da esperti e ricercatori che trovano in ASAlaser un partner, un supporto e un apripista in materia di training. Ne è una conferma la scelta dell'azienda di sostenere CUOA Business School di Altavilla Vicentina (Vicenza) - tra le più importanti scuole di management in Italia, ndr - che fa della formazione uno dei suoi fiori all'occhiello. «*Crediamo fortemente nella collaborazione con la prima Business School del Nordest* – conferma Roberto Marchesini, Managing Director ASAlaser - *in grado di proporsi nel mercato nazionale e internazionale con prodotti e percorsi di formazione che rispondono alle nuove sfide professionali e promuovono lo sviluppo di nuovi modelli di business. Per noi di ASAlaser "la scuola non finisce mai" non è un monito, ma una certezza di crescita*».

ASAlaser dialoga con te, anche su Facebook.

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

TI ASPETTIAMO QUI

facebook.com/asalaser

VIRUS ZIKA

UN NUOVO VIRUS SI STA RAPIDAMENTE DIFFONDENDO SULLA TERRA. È DAVVERO PERICOLOSO? CI DOBBIAMO PREOCCUPARE?

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

Il virus Zika appartiene alla famiglia dei flavivirus, la stessa del virus della febbre gialla e del virus della febbre dengue. Venne isolato per la prima volta da un macaco che viveva appunto nella foresta di Zika, in Uganda (in dialetto lingala "zika" significa "ricoperto di vegetazione"). L'anno successivo il virus fu identificato in una particolare specie di zanzara (la Aedes, della stessa famiglia alla quale appartiene anche la zanzara tigre). Infine, nel 1954 venne descritto il primo caso umano, in Nigeria. Attualmente il virus Zika, oltre che in Africa e in Asia dove è sempre stato di casa, dopo aver causato, a partire dal 2007, un'epidemia nelle isole del Pacifico (Micronesia e Polinesia), è sbarcato in Brasile e in tutta l'America Latina, causando migliaia di casi negli ultimi mesi. Proprio in questi giorni sono stati segnalati i primi casi non importati negli Stati Uniti d'America, in particolare in Florida. In italia si sono già registrati alcuni casi di infezione da Zika, ma ad oggi risultano tutti di importazione (cioè acquisiti in una delle aree riconosciute a rischio).

© Can Stock Photo Inc. / johnnychaos

La trasmissione avviene quasi sempre ad opera della puntura di una zanzara infetta. In rari casi il virus Zika si può trasmettere attraverso trasfusioni, dalla madre al feto (attraverso la placenta) e con rapporti sessuali.

Dopo un'incubazione variabile tra 2 e 7 giorni, la malattia può manifestarsi con la comparsa di febbre non molto alta (di solito inferiore ai 38,5°C) e di un'eruzione cutanea (puntini rossi simili a quelli del morbillo). Altri sintomi, non sempre presenti, comprendono mal di testa, dolori muscolari, dolori articolari (anche con gonfiore delle articolazioni, soprattutto quelle piccole delle mani e dei piedi) e congiuntivite. Tuttavia, è doveroso precisare che l'infezione da virus Zika non è una malattia grave: infatti, in 4 individui su 5 passa quasi senza che l'individuo infettato se ne accorga, solo con un po' di spossatezza. Solo 1 su 5 sviluppa i sintomi. Ad oggi non si sono mai registrati casi di morti a causa del virus Zika. Secondo alcune recenti osservazioni, la categoria per la quale l'infezione da virus Zika è più rischiosa è costituita dalle donne in gravidanza perché sembra che il virus possa causare malformazioni del cervello del feto.

La diagnosi viene fatta con esami sul sangue e sulle urine, ma solo in specifici centri di riferimento.

Ad oggi non esiste alcuna cura per il virus Zika e nemmeno un vaccino. Quando una persona si ammala, assai raramente si rende necessario il ricovero in ospedale. Si utilizzano i comuni farmaci per controllare la febbre (se tende a salire troppo) ed eventualmente degli anti-infiammatori se i dolori muscolari o articolari fossero particolarmente fastidiosi. Nel frattempo, il sistema immunitario (cioè il sistema di difesa dell'organismo) produce gli anticorpi specifici che garantiscono la guarigione completa e assicurano una memoria protettiva duratura nei confronti del virus (così che ci si può ammalare di Zika una sola volta nella vita).

Per il momento non ci sono indicazioni per cui si debbano evitare viaggi nelle zone colpite dal virus; è bene, però, proteggersi il più possibile dal morso delle zanzare con adeguati repellenti (da spruzzare sulla pelle), insetticidi (con cui trattare gli indumenti) e indossando abiti coprenti di colore chiaro (attirano meno le zanzare).

furlancostruzioni

CASE E APPARTAMENTI IN CLASSE A+

"CasaZero": le soluzioni in Classe A+ dove la tecnologia domologica semplifica la vita con un piccolo gesto

Immagina un mondo dove la casa pensa a ciò che pensi tu, togliendoti ogni preoccupazione.
Le innovative soluzioni residenziali "**CasaZero**" progettate e realizzate da Furlan Costruzioni in Classe A+ ti offrono una nuova esperienza dell'abitare.
Tutte le abitazioni di Furlan Costruzioni, oltre ad essere realizzate con le tecnologie edilizie più evolute e performanti presenti sul mercato, sono infatti dotate di sistema domologico Master di ultima generazione, che permette all'utente di controllare ed impostare i diversi dispositivi installati per la gestione dei carichi di corrente e dei consumi, la termoregolazione, la gestione dell'impianto di illuminazione ed il sistema antintrusione. Il tutto viene eseguito attraverso "SiSteraHome", l'applicazione web a cui si può accedere tramite una comune rete domestica da un semplice browser e anche da tablet/smartphone.

Ma cos'è la domologica? E cosa offre? Molto semplice. E' un sistema che, attraverso piccoli gesti, contribuisce a rendere più accogliente ed agevole il tuo vivere domestico. Tapparelle che si chiudono prima di un temporale, luci che si accendono dolcemente al calare del sole, elettrodomestici che dialogano per non appesantire la tua bolletta. Piccole tecnologie intelligenti che fanno la differenza tra un impianto elettrico tradizionale e il mondo domotico.
Basta questo esempio per capire il salto di qualità e di benessere. Immagina di avere il controllo della tua casa ovunque ti trovi, in tutta facilità.
Immagina di spegnere tutte le luci e chiudere le tapparelle prima di addormentarti, senza tornare al piano terra. Immagina di impostare il giusto clima prima ancora di rientrare a casa, di accendere le luci esterne quando pensi di ritardare.
Nelle case di Furlan Costruzioni tutto ciò, e molto altro, è realtà grazie alla possibilità di controllare e comandare la tua casa dal tuo cellulare, smartphone, o da qualsiasi dispositivo connesso a internet nel mondo. Come sottolinea Marco Furlan, co-titolare di Furlan Costruzioni, "*tutta questa tecnologia si riconduce a un semplice tocco. Con un dito puoi controllare lo stato di tutte le apparecchiature, comandarle singolarmente o attivare scenari. Ti basta un tocco per sapere cosa sta consumando il tuo impianto, quali sono gli apparecchi che consumano di più in quel momento e sapere quanto sta producendo il tuo impianto fotovoltaico in una splendida giornata di sole. E quando arriva la bolletta dell'energia, con un altro semplice touch puoi verificare lo storico dei tuoi consumi, impostare scenari di utilizzo diversi o accogliere i suggerimenti di gestione*".

Il Sistema domologico Master installato nelle abitazioni di Furlan Costruzioni non è fantascienza; è semplicemente la nuova generazione dell'impianto elettrico tradizionale.
La domotica introduce infatti nuove opportunità per gli utenti che possono essere così suddivise: vantaggi funzionali, multifunzionalità dei componenti delle apparecchiature, unica interfaccia per l'utente e creazione di scenari diversi a seconda delle esigenze.
Migliorare la sicurezza, aumentare il comfort ambientale, mettere la casa in comunicazione col mondo esterno, ottimizzare i consumi energetici sono alcuni fra i più importanti vantaggi che l'automazione della casa offre a coloro che la abitano.
Il resto, è tutto da scoprire...

50 anni di attività nel mondo dell'edilizia

Oltre **2.400** unità abitative realizzate negli ultimi **20** anni

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

10 cantieri avviati tra il **2012** e il **2015**

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

IL GATTO: VITA DA **PROTAGONISTA**!

IL GATTO È UNA CREATURA MOLTO ESIGENTE E COMPLESSA, SEMPRE PRONTO A MOSTRARCI L'ALTRA FACCIA DEL SUO CARATTERE

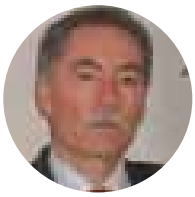
di **Antonietta Rapuano,** medico veterinario

Molte persone sono attratte dai gatti per il loro aspetto e per il loro fascino, ma quando si decide di adottare un gatto va considerato anche l'aspetto caratteriale e vanno valutate le sue reali esigenze di vita.
Tutti hanno il concetto che il gatto rispetto al cane sia più facile da gestire, che sia indipendente e adattabile ad ogni situazione, che sia autonomo e che non richieda particolari attenzioni, cure ed affetto.
In realtà il gatto è una creatura molto esigente e complessa, sempre pronto a mostrarci l'altra faccia della medaglia del suo carattere. Pigro e abitudinario che mal si presta ai bruschi cambiamenti, ama dormire ma non ama annoiarsi perchè per natura e' uno spietato cacciatore e per questo ha bisogno di continui stimoli ambientali; discreto e riservato per natura ma al tempo stesso ama sentirsi protagonista in ogni circostanza; vagabondo solitario ma al tempo stesso capace di grandi slanci affettivi nei confronti del proprio padrone.
Essendo un' animale predatore il gatto è più legato al territorio che al branco e in natura può vivere da solo o in gruppi spesso imparentati fra di loro. La dimensione del gruppo e il grado di interazione sociale si basano sempre sulla disponibilità delle risorse, ed è per questo che in natura il contatto con i soggetti estranei viene mantenuto al minimo.
Quindi il territorio per il gatto rappresenta un possesso essenziale per la sua sopravvivenza ed è per questo che lo difende e lo segna con marcature e graffi.
Per il gatto domestico l'ambiente casalingo è il suo territorio e dovrebbe rappresentare un posto sicuro in cui non possa sentirsi minacciato. Per questo è possibile comprendere perché ogni minima variazione nell'ambiente che lo circonda può essere mal interpretata dal gatto reagendo spesso con comportamenti aberranti.
L'arrivo di un nuovo animale o di nuove persone in casa, un trasloco o anche il semplice spostamento di mobili ciotole cucce o lettiere potrebbe costituire una grossa fonte d ansia e di stress per il nostro micio con conseguenze sia psicologiche che fisiche.
Per riflesso alcuni gatti possono reagire manifestando aggressività e fuga, altri disturbi del sonno o depressione.

Altri ancora reagiscono lasciando le proprie deiezioni in luoghi inopportuni, gesto che erroneamente viene spesso interpretato dal proprietario come una forma di dispetto ma che nel linguaggio del gatto significa che qualcosa sta andando storto nel loro mondo. Alcuni gatti come reazione al disagio possono sviluppare addirittura inappetenza ed altri ancora e soprattutto quelli che hanno un profilo comportamentale meno condiscendente possono addirittura ammalarsi sviluppando dei disordini ricorrenti delle vie urinarie, come la cistite idiopatica.
Ovviamente spetta al veterinario capire se il problema ha una causa psicologica o fisica.
Per evitare delle spiacevoli conseguenze e per garantire una convivenza serena con il proprio gatto bisognerebbe rispettare il più possibile il suo habitat cercando di renderlo allo stesso tempo continuamente stimolante attraverso strategie di arricchimento ambientale e bisognerebbe sempre garantirgli una buona disponibilità delle risorse (cibo, spazio, lettiera, luogo per il riposo) soprattutto se si decide di adottare un nuovo animale.
Ciò non significa che il gatto sia un 'essere assolutamente intransigente o che tutto deve girare intorno a lui, ma solo che è un essere estremamente sensibile che ama avere il controllo del territorio e che per adattarsi a tutte le novità ha solo bisogno di tempo.

DALL'APPARIRE ALL'**EVANESCENZA**, IL PASSO È BREVE

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



Per carità, comunicare discutere e assumersi la responsabilità di decidere è sempre la strada giusta, però la cosa continua a stupirci. La Sanità con la esse maiuscola non possiamo lasciarla in mano a nessuna maggioranza, sia chiaro: si decide insieme. Lo prevede persino la Costituzione; è materia concorrente tra Stato e Regioni e dunque tutti debbono metterci bocca però... quando non ci va bene una cosa, solo perché la propongono altri, chi ne ha responsabilità fa bene a decidere e spesso deve "smussare"; la politica è anche mediazione anzi, soprattutto! E così nasce il commissariamento parziale; quasi un'azienda zero. Cittadinanzattiva nell'audizione con i vertici della 5^ Commissione si è sempre preoccupata di non generare diseguaglianze e di spalmare la risposta sanitaria tra le varie aree regionali e se il concetto era di una Ulss per ogni provincia – e non si è concretizzato - era ovvio che qualcuno ci restasse male.

Anche noi ci siamo preoccupati, e pur avendo espresso parere complessivamente positivo, ci siamo riservati di intervenire sulla eccessiva centralizzazione dei processi decisionali. Francamente se l'intenzione del presidente Zaia è quella di un avviamento soft della legge regionale 23 e allargare il percorso di commissariamento già in atto in altre realtà venete e, in un secondo momento, confermare un'Azienda per provincia (sette e non nove + l'azienda zero), non mi preoccupa più di tanto. A meno che non vi siano altre considerazioni che hanno indotto il presidente Zaia a rivedere la scelta e che però non sono state rese pubbliche. A noi interessa vi siano appropriatezza dei servizi e attenzione ai pazienti; in buona sostanza verificheremo sia mantenuta alta la qualità della risposta sanitaria. Però le nostre Aziende devono parlarsi tra loro e vorrei capire se i due casi successi in Veneto riferiti alla signora Marta Lazzarin deceduta il 29 dicembre all'ospedale San Bassiano di Bassano del Grappa, al settimo mese di gravidanza, dove pare che la gestione dell'emergenza almeno sul piano comunicativo non è stata adeguata. E alla Signora Anna Massignan deceduta all'ospedale G. Fracastoro di San Bonifacio, Azienda Ulss 20 di Verona, dove anche in questo caso emergono carenze di carattere organizzativo e clinico, sia fatta chiarezza e giustizia. Prima di tutto per i familiari a cui esprimo tutta la mia vicinanza e, immediatamente dopo, perché non accada ad altri. In definitiva dovrebbero essere meglio specificati i parametri di sicurezza anche in prospettiva della riforma delle autonomie locali. L'ultima brutta notizia, in chiusura, arriva dall'ospedale di Rovigo, dove un bimbo di appena sei anni è morto stroncato da un arresto cardiaco. Per favore, nell'interesse di tutti, facciamo chiarezza prima possibile.

A noi interessa vi siano appropriatezza dei servizi e attenzione ai pazienti; in buona sostanza verificheremo sia mantenuta alta la qualità della risposta sanitaria. Però le nostre Aziende devono parlarsi tra loro e vorrei capire se nei due casi successi in Veneto ci siano state la giusta gestione dell'emergenza o carenze di carattere organizzativo e clinico.

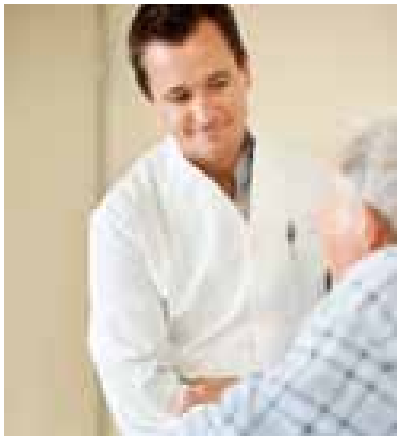
L'EMPATIA NEL RAPPORTO DI CURA

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

«Le parole indispensabili alla cura si trovano solo se si è educati e abituati all'ascolto». (Eugenio Borgna)

Le parole con cui si spiegano a un paziente le cause e gli effetti della sua malattia. Le parole attraverso cui si ottiene un consenso informato. Le parole con cui si risponde a domande sul decorso patologico e sui rischi possibili. Le parole con cui si informa la famiglia del malato delle sue condizioni. Le parole che non si devono dire, nel caso in cui il paziente non le voglia sentire. Sono tutte difficili, talvolta pericolose, e necessarie. La comunicazione e i modi in cui questa si svolge sono aspetti che condizionano e segnano profondamente ogni tipo di relazione; nei rapporti di cura la centralità della parola dovrebbe essere imprescindibile. Tuttavia, recentissime ricerche esposte in questi giorni a Roma, in occasione del 116° Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Interna (SIMI), dimostrano che "parlarsi" in determinati contesti non è proprio così semplice. Infatti, sono veramente pochi coloro che riescono a spiegare al proprio dottore quello che si erano prefissi di dire, visto che il tempo medio di una visita non supera i 9 minuti e già dopo 20 secondi il racconto del paziente viene interrotto dalle domande del medico, che per due terzi del colloquio tiene gli occhi incollati allo schermo del computer o dello smartphone. Frettolosi, assenti, poco partecipi: secondo la ricerca citata, solo il 22% dei medici italiani riconosce l'importanza di un rapporto empatico col paziente. Ma che cosa si intende per "empatia"? Andando a rintracciare le sue origini greche, si scopre che la parola "empatéia" è composta da "en", "dentro", e "pathos", che significa "sofferenza/sentimento". "Sentire dentro". Dunque, con empatia si intende la capacità di comprendere fino in fondo lo stato d'animo altrui, qualunque esso sia, che sia gioia oppure dolore; significa sapersi mettere nei panni dell'altro, partecipare alle sue emozioni, alle sue attese, ai suoi bisogni, senza formulare giudizi. Questa capacità come si declina in ambito ospedaliero? Secondo numerosi studi, dovrebbe essere incorporata nel rapporto di cura, accanto alle conoscenze tecniche e alle diagnosi, in modo che il dottore comprenda a pieno le sofferenze della persona e instauri con lei un dialogo, senza lasciarsi sopraffare dal dolore.

I dati sono significativi: un rapporto empatico con il paziente riduce di ben 4 volte il rischio di ricoveri e aumenta del 34–40% la probabilità di tenere sotto controllo le malattie croniche, l'ipercolesterolemia, il diabete e i disturbi cardiovascolari, riducendo il pericolo di complicanze e lo stress causato da esami clinici. Tutto ciò si traduce in effetti positivi sul benessere generale della persona e sulle sue capacità di recupero. Inoltre, per i medici stessi instaurare relazioni più profonde con i malati riduce le denunce per cattive pratiche e il rischio di esaurimento da "logoramento in corsia", chiamato anche "sindrome da burnout", condizione che colpisce circa 8 medici su 10. La pazienza, il calore umano, la comprensione dei sentimenti dell'altro, la capacità di creare un clima di fiducia e di accoglienza, la volontà di incontrarsi come persone. Non ci sono vere e proprie "ricette" o consigli da seguire per arrivare a questi comportamenti: molto spesso si tratta di affidarsi alla propria sensibilità, che può essere innata, ma essere anche "educata" e stimolata, in modo da riconoscere dentro di sé la propria capacità di ascolto senza giudizi, la propria empatia verso la malattia e la sofferenza che questa porta con sé. È per questo che la SIMI propone di inserire nei corsi di laurea di Medicina e Chirurgia un modulo di Scienze Umane, da proporre a più riprese attraverso seminari, didattica a piccoli gruppi ed esperienze in reparti e ambulatori. Questo potrà insegnare ai futuri medici come ascoltare i malati e recepire i loro segnali di disagio emotivo, oltre che gli indizi di malessere fisico. Perché questo accada, è necessario far capire ai giovani dottori quanto siano centrali le emozioni e le aspettative del paziente: la malattia, in qualsiasi sua declinazione, cambia il modo in cui le persone vedono il mondo e vivono il rapporto col proprio corpo e con gli altri.



© Can Stock Photo Inc. / wacker

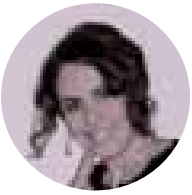
Quando chiedono consiglio al proprio dottore, non vogliono solo informazioni tecniche e indicazioni concrete, ma chiedono anche comprensione, riconoscimento delle proprie sofferenze, sicurezza e consolazione. Di certo non vogliono sentirsi come un oggetto da studiare, come una cosa malata. La sfida, dunque, è costruire una comunicazione che metta al centro l'ascolto, che permetta l'incontro umano, che faccia diventare le parole potenti strumenti di cura.

(Ha collaborato Giulia Lucchini)

EL GRECO IN ITALIA. METAMORFOSI DI UN GENIO

L'ESPOSIZIONE È VISITABILE A TREVISO FINO AL 10 APRILE ALLA CASA DEI CARRARESI

di **Margherita De Nadai**



Sono trenta le opere di Domenikos Theotokopoulos, detto El Greco, ospitate dalla mostra "El Greco in Italia. Metamorfosi di un Genio", molte di queste esposte in Italia per la prima volta, accompagnate da altrettanti capolavori di grandi artisti che influenzarono il suo lavoro, o ne furono a loro volta influenzati, da Tiziano a Picasso, da Parmigianino a Bacon. L'esposizione è visitabile a Treviso fino al 10 aprile 2016 presso la Casa dei Carraresi.

Dedicata al decennio 1567-1576, il periodo che l'artista trascorse in Italia, la mostra racconta, attraverso spunti scientifici inediti, come il "viaggio" nel nostro Paese abbia plasmato l'artista al punto tale da trasformarlo da iconografo del mondo ortodosso a genio visionario che ispirò artisti del calibro di Cézanne e Manet, Pollock, Bacon e Picasso appunto.

Patrocinata dalla Regione Veneto, dalla Provincia di Treviso, dal Comune di Treviso e dal MIBACT, e organizzata da Kornice, di Andrea Brunello, con la collaborazione di Fondazione Cassamarca, la mostra nasce da un importante progetto scientifico che si basa su oltre mezzo secolo di studi del suo curatore, il Prof. Lionello Puppi, emerito di Ca' Foscari, uno dei maggiori studiosi al mondo de El Greco e massimo esperto del suo periodo giovanile, coadiuvato da un Comitato Scientifico internazionale composto da studiosi di prestigiose realtà accademiche.

Il percorso espositivo, suddiviso in 4 macro sezioni, coinvolge il pubblico in un affascinante viaggio sulle tracce dell'attività dell'artista tra Venezia, Roma e l'Italia centrale, dove El Greco ebbe modo di entrare in contatto diretto con la coeva arte di Tiziano, Bassano e Tintoretto, artisti che influenzarono profondamente la sua opera.

La prima parte espositiva introduce il visitatore attraverso un video emozionale che racconta l'artista e gli aneddoti legati alla sua personalità carismatica e alla sua vita avventurosa; la seconda è dedicata a Creta, l'isola in cui è nato, all'epoca territorio veneziano, e al linguaggio della tradizionale icona bizantina che ha contraddistinto i suoi primi anni come artista; la terza parte, quella centrale e dominante della mostra, mette a confronto le principali opere del periodo italiano con quelle di artisti che hanno fortemente influenzato il suo lavoro.

Tra le opere principali del primo blocco e di quello centrale: il San Demetrio (ante 1567), l'altarolo detto Trittico di Modena (1567-1568 ca.), l'Adorazione dei Pastori (1568-1569 ca.), il Ritratto di Giulio Clovio (1571 ca.), la Guarigione del Cieco (1573 ca.), la Crocifissione (1575-1577 ca.), il San Francesco (1595), il Salvatore Benedicente (1595 ca.), il Politico di Ferrara (1568), oltre a un'opera misteriosa mai mostrata prima al pubblico che sarà esposta in anteprima mondiale per l'evento.

La parte finale è dedicata alle influenze che El Greco ha esercitato sugli artisti delle avanguardie del '900, tra cui geni del calibro di Pablo Picasso e Francis Bacon.

In occasione della mostra, Casa dei Carraresi, centro congressi ed esposizioni di Fondazione Cassamarca, ha riportato alla luce le sale dei Brittoni con i loro meravigliosi affreschi che saranno riaperte al pubblico.

IL MESTIERE PIÙ BELLO DEL MONDO

DIVISA TRA VOGLIA DI SCRIVERE E PASSIONE PER LA MEDICINA, HO TROVATO GRAZIE A NES LA QUADRATURA DEL CERCHIO

di **Margherita De Nadai**

Giorni fa riflettevo sul percorso personale che mi ha portato a fare la giornalista. Io non ho sempre saputo che avrei voluto far questo mestiere. Da piccola, volevo fare la stilista. Ne sono stata convintissima fino agli 8 anni, quando ho pensato che forse fare la scrittrice mi avrebbe appassionato di più. Da qualche tempo, infatti, avevo cominciato a scrivere i miei primi racconti. A 9 anni, cominciai a cedere alla realtà che i miei genitori mi volevano, delicatamente, far comprendere: quello della scrittrice non poteva essere un vero e proprio mestiere a tempo pieno (a meno che non ti chiami J.K. Rowling o tu non sia una ricca ereditiera). In quel periodo, inoltre, a causa di alcuni problemi di salute, cominciai a frequentare l'ospedale e lì trovai la mia nuova vocazione: il medico! Sì, volevo salvare vite umane!

Alle medie, però, insieme ai miei racconti, fondai una vera e propria rivistina femminile, sulla falsa riga di quelle che comperava la mamma. Mi divertiva un sacco inventare servizi di moda, consigli di salute e benessere e, ancora, ideare gossip su personaggi immaginari! Sempre alle medie, la mia professoressa di lettere, fece partecipare la mia classe ad un progetto giornalistico, che prevedeva la stesura di veri e propri articoli. Fu in quella occasione che per la prima volta mi sentii dire: "abbiamo una futura giornalista tra noi!". Fu delusa, la professoressa, quando le dissi che avrei voluto fare il medico. Però in quel periodo cominciai a valutare anche nuovi mestieri: quello (molto realistico!) della critica letteraria, ad esempio... Essere pagata per leggere (il mio passatempo preferito) e recensire libri, una pacchia, no? Ma durò poco: sempre per i soliti problemi di salute, cominciai a frequentare sempre più assiduamente l'ospedale, dove cominciavo a respirare un'aria quasi di "casa" e la mia vocazione tornò ad essere quella del medico. Una vocazione che durò per tutti gli anni del liceo, fino alla maturità. Tra la quarta e la quinta superiore di giorno facevo i compiti e di sera avevo già cominciato a studiare i manuali per arrivare preparatissima ai test di ammissione di medicina. Sempre quell'anno, iniziai a fare volontariato in ospedale, per sentirmi già in qualche modo utile in corsia e per respirare quell'ambiente che tanto mi attirava. Ad instillarmi il dubbio fu la professoressa di filosofia: "Margherita, ma sei sicura di voler fare il medico? Tu hai il piglio da giornalista! E poi scrivi troppo bene, perché sprecare questo tuo talento?" Un tarlo che nell'estate dopo la maturità si faceva sempre più strada. Un mese prima del tanto atteso test di ammissione, un giorno mi svegliai e mi dissi convinta: "io voglio scrivere, ho sempre voluto scrivere! E poi sono troppo emotiva per fare il medico... non ce la potrei fare!". Presi i mattoni di medicina, li scaraventai per terra, e mi informai su quale facoltà avrei dovuto fare per diventare giornalista. Poche ore ed ero già in libreria a comperarmi il manuale per il test di ammissione a scienze della comunicazione. Andò proprio così, giuro! Ad un mese dal mio primo giorno di università, avevo già la mia prima, piccola collaborazione giornalistica, una soddisfazione! Però, però... mi mancava qualcosa. Mi mancava la medicina, il mondo della sanità. E allora ebbi tutto chiaro: volevo scrivere sì, ma conciliando anche quest'altra mia passione. Volevo scrivere di sanità, di medicina! Tutto il resto è storia quasi contemporanea. La laurea con la tesi sulla comunicazione sanitaria, gli stage, le nuove collaborazioni, le difficoltà e i successi...

Ancora oggi qualche dubbio mi affligge, soprattutto nei momenti di sconforto. Quella del giornalista non è una professione facilissima: devi essere portato allo stile di vita che inevitabilmente comporta. Se sei libero professionista, soprattutto: richiede molta versatilità, elasticità di orari, e spirito di adattamento. Eppure per me resta, e sempre sarà, il mestiere più bello del mondo!

VACCINI, COMPLOTTI E **PSEUDOSCIENZA**

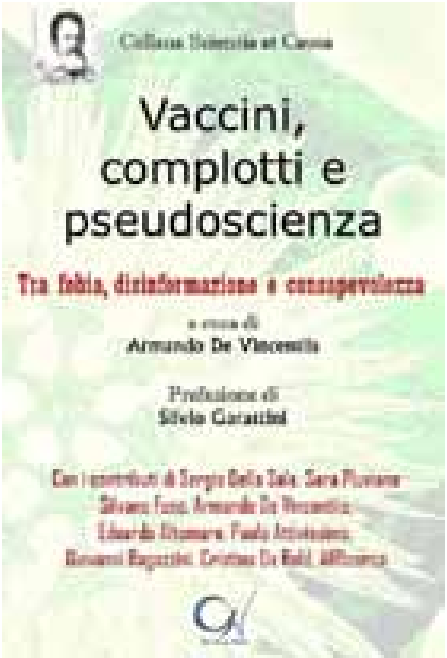
UN LIBRO SUI RISCHI REALI SULLA SALUTE A CAUSA DELLA DISINFORMAZIONE IN RETE

di **Margherita De Nadai**

Ogni giorno assistiamo ad assurde e furiose "battaglie" in rete riguardo l'argomento vaccini. Chi si affida al web per cercare informazioni in tema di vaccini, trova infatti due schieramenti: da una parte chi divulga informazioni errate e fuorvianti, che generano confusione, allarmismo, disaffezione e sfiducia nei confronti non solo dei vaccini, ma anche della scienza; dall'altra troviamo la scienza che cerca di far comprendere l'inconsistenza delle correnti antivacciniste, dimostrando, attraverso studi scientifici, come il rifiuto ostinato alle vaccinazioni si basi esclusivamente su paure, ideologie e, paradossalmente, bisogni. Purtroppo, spesso i "complottisti" nei confronti del vaccino riescono a colpire l'attenzione stimolando l'emotività del lettore e, unite a una personale errata percezione del rischio e tendenza al sospetto, riescono ad accendere la miccia della disinformazione che crea danni non solo al singolo ma a tutta la comunità.

Infatti è risaputo: sebbene Internet abbia facilitato la comunicazione di massa, la sua incontrollabile "globalizzazione" ha favorito un'enorme diffusione di informazioni, i cui effetti inevitabilmente hanno ripercussioni, nel bene o nel male, nel vissuto reale.

Come districarsi quindi tra social, blog, siti, forum, motori di ricerca per riconoscere le fonti attendibili e le informazioni serie e non cadere nei tranelli psicologici della comunicazione? Un valido aiuto arriva da Armando De Vincentiis, curatore del libro "Vaccini complotti e pseudoscienza" (C'era una volta edizioni, euro 15), che ci racconta di come questo libro sia nato proprio



dall'esigenza di coprire i vuoti della comunicazione ed i pericoli dell'informazione fai-da-te.

"Se la Salute è un diritto e un dovere di tutti – spiega De Vincentiis - la libertà di scelta è imprescindibile dalla consapevolezza". "L'idea – prosegue - è quella di far capire su cosa si fondano le argomentazioni ideologiche e presentare, in modo semplice, le contro-argomentazioni sostenute dagli studi scientifici pubblicati su riviste autorevoli. Il libro "Vaccini complotti e pseudoscienza" evidenzia e spiega proprio il paradosso di voler credere per forza a una teoria e perché sia davvero così difficile modificare l'opinione di chi ha "deciso" che i vaccini siano pericolosi e/o la causa di determinate malattie".

"Spesso, nell'approccio di molti interventi orientati a dimostrare l'infondatezza di tali credenze, si utilizzano argomentazioni di carattere medico e giornalistico, dimenticando l'aspetto emotivo della comunicazione. Questo è un elemento chiave in grado di filtrare e stravolgere le informazioni: nonostante una corretta informazione, tale approccio appare, spesso, insufficiente. Viceversa, una comunicazione fondata sull'emotività appare più efficace", spiega ancora De Vincentiis.

"Vaccini complotti e pseudoscienza sviluppa l'argomento da più prospettive, partendo da quella psicologica oltre che medica e giornalistica. Gli autori, psicologi, medici, giornalisti scientifici e neuroscienziati, affrontano il tema ad ampio spettro, non lasciando nessun vuoto e fornendo tutto ciò che è necessario per capire i vaccini, la loro non pericolosità, il perché del loro utilizzo e i rischi della mancata vaccinazione, come è nata l'origine dell'equivoco secondo il quale causano l'autismo, e, soprattutto, la paradossale attitudine e ostinazione a continuare a credere in tale equivoco e la dimensione sia emotiva che cognitiva che solidifica le errate convinzioni sui vaccini anche al cospetto delle evidenze scientifiche".

CREMA DI CARCIOFI CON GRANELLA DI NOCCIOLE E **MAZZANCOLLE SALTATE**

di **Maria Stella Zaia**

© Can Stock Photo Inc. / fudio

Questa ricetta oltre ad essere squisita è molto elegante e si può adattare anche a pranzi o cene formali, ed offre la possibilità alla padrona di casa di preparare parte della ricetta in anticipo, lasciando per ultima la frittura e l'assemblaggio del piatto.

Ingredienti:
8 carciofi
1 limone
olio extra vergine di oliva quanto basta
1 cipolla grande
2 gambi di sedano
¾ di litro di brodo
200 grammi di patate
2 decilitri di latte
2 cucchiai di nocciole in granella (e o mandorle)
200 grammi di mazzancolle fresche

Preparazione:
Preparare una ciotola con acqua fresca e il succo del limone, pulire i carciofi (e man mano che sono pronti immergerli per evitare che anneriscano), togliendo tutte le foglie dure e tagliandoli a metà per togliere l'eventuale peluria e poi farli a spicchi non troppo spessi.
Sbucciare la cipolla e tagliarla a fettine sottili, pulire i due gambi di sedano togliendo i filamenti e tagliarli a dadin, pelare le patate e farli a dadini. In una pentola capace mettere 3 o 4 cucchiai di olio di oliva ed aggiungere la cipolla ed il sedano facendoli appassire senza però che si colorino. Aggiungere quindi gli spicchi di carciofi (tenendone da parte 12 spicchi), le patate e far rosolare il tutto. Unire oltre il brodo, portare ad ebollizione e lasciar andare per 30 minuti, aggiungere il latte portare a bollore di nuovo e far andare per altri 10 minuti. Alla fine mettere metà del composto nel passaverdure (mi raccomando al passaverdure e non con il frullatore altrimenti viene un "mappazzone") aggiungere sale e pepe e togliere dal fuoco.
In un padellino far leggermente tostare la granella di nocciola e/o di mandorla e tenere da parte, pulire le mazzancolle togliendo il guscio ed il budello, preparare un ponsonetto e in una piccola pentola a bordi alti con olio profondo (intendo abbondante) e friggervi prima i carciofi e per ultimo le mazzancolle avendo cura di passare il tutto nell'uovo sbattuto e di infarinarle.
Preparare quindi delle fondine individuali mettendo la crema e guarnendola con gli spicchi di carciofi fritti (3 o 4 pezzi) e le mazzancolle croccanti, cospargendo con la granella.
Buon appetito!

SABINO **ACQUAVIVA,** QUESTO PROF

Qualsiasi ora fosse, era sempre disponibile. Per me non era semplice poterlo contattare la mattina o il pomeriggio, l'attività frenetica del giornalismo in tv, fa tirare un sospiro di sollievo, solitamente solo alla sera.
Ed immancabilmente mi ritrovavo a chiamarlo all'ora di cena, per chiedergli quando avrei potuto disturbarlo per un'analisi, una riflessione, un'intervista, che mi serviva a corredo delle nostre inchieste su questa rivista. E lui gentilmente iniziava a rispondere, senza porsi il problema di che ora fosse e che magari lo stessi disturbando, interrompendo quello che stava facendo.
Sabino Acquaviva era così, immediato, spontaneo, entrava in medias res, appassionato alla sua materia al punto tale che bastava un la, perché si aprisse un mondo che partiva dall'antico per proiettarsi nel futuro, con una semplicità ma una profondità che mi lasciavano sempre ammaliata.
Uno studioso perfetto per il nostro lavoro, perfetto oltre che per lo spessore di contenuti e l'autorevolezza del pensiero, anche per la disponibilità. Nel ricordare Sabino Acquaviva, illustre sociologo recentemente scomparso, voglio proprio sottolineare la sua, amabile, disponibilità.
Che non si esauriva nel dare risposte alle domande, ma diventava una conversazione tra menti, una lucida, disincantata, ma mai allarmistica, riflessione sull'esistente.
Acquaviva aveva il dono della dialettica, il suo ragionare era logico e per questo penetrante, ma al contempo era fluido, mai impositivo, rispettoso di visioni divergenti.
Come se certe evoluzioni naturali della specie fossero già scritte in un libro, che solo un animo aperto e senza preconcetti riesce a leggere. Non c'è nulla di definito se non il ragionare, forse è questa l'eredità che mi ha lasciato, che ha lasciato alla redazione di Nes, questo prof.

AREA IMPIANTI s.n.c.
Pronto Intervento 24h su 24h
ELETTRICITÀ SICUREZZA
CONDIZIONAMENTO
GABRIELE 338.5612012 • DAVIDE 349.2962713
Via Bagnoli, 12 - 35010 CADONEGHE (Padova)
Fax 049.700804 - mail: **area.imp@alice.it**
• IMPIANTI CIVILI • INDUSTRIALI • DOMOTICA • FOTOVOLTAICI • CITOFONIA
• CANCELLI ELETTRICI • ANTENNE TV-SAT • ANTIFURTO • VIDEOSORVEGLIANZA
• TRASMISSIONE DATI • CONDIZIONATORI • INSEGNE LUMINOSE
• MANUTENZIONE • SERVIZIO ANTIALLAGAMENTO

PULIAMO L'**ARIA**

È un catino e in un catino, si sa, sa ci sta poca acqua. La Pianura Padana, e quindi gran parte del territorio veneto, è destinata ad essere avvolta da una cappa più o meno soffocante di inquinamento: pm10 d'inverno, ozono d'estate. E' una caratteristica morfologica, quindi non c'è da sorprendersi se in tempi di siccità e temperature sopra la media stagionale, in un periodo che dovrebbe essere freddo e piovoso, ci sia il maggiore ristagno di polveri sottili. Padova ha il triste primato di concentrazioni sopra i limiti di legge, aria inquinata significa pericolo per la salute, anche se perché vi siano reali rischi sanitari si devono registrare 35 giorni, in un anno, di sforamenti dei parametri.

Lamentarsi non serve, se poi ciascuno tra le mura domestiche non sa rinunciare a quel grado in più di riscaldamento, se ha l'arroganza di un tepore che è lesivo di un benessere comune, non sa abdicare alla comodità inquinante di usare l'auto anche per fare cento metri.

Gli esperti invocano interventi strutturali, che altro non sono che un comportamento omogeneo atto a ridurre lo smog che produciamo, perché il pm 10 è un nostro prodotto, che fa crescere forse il pil, ma anche l'incidenza di malattie respiratorie.

Eppure, nell'allarmismo di un anno eccezionalmente insalubre per la qualità dell'aria, non può essere sottovalutato il trend progressivo di decrescita dell'inquinamento in atmosfera, anche nella pianura veneta, che si registra dal 2004.

Questo evidentemente non basta. Le centraline di rilevamento ci sono, i dati sono pubblici : a ciascuno, la coscienza personale di dare il proprio contributo ad un'aria più pulita, senza se, senza ma.

GVDR

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Valore al tuo benessere da 30 anni al Vostro Servizio

- CENTRO FISIOTERAPICO PADOVANO
  RADIOLOGIA SCROVEGNI
  Medicina del Lavoro
  Laboratorio di Analisi
  Palestra "Salute & Benessere"
  (Mejaniga di Cadoneghe)

- FISIOGUIZZA
  (Padova quartiere Guizza)

- FISIOVICENTINA
  (Barbarano Vicentino)

www.gvdr.it

Hilterapia®

MLS® Multiwave LockedSystem

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

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

ASA LASER

Research and Therapeutic Solutions

Seguici su: