



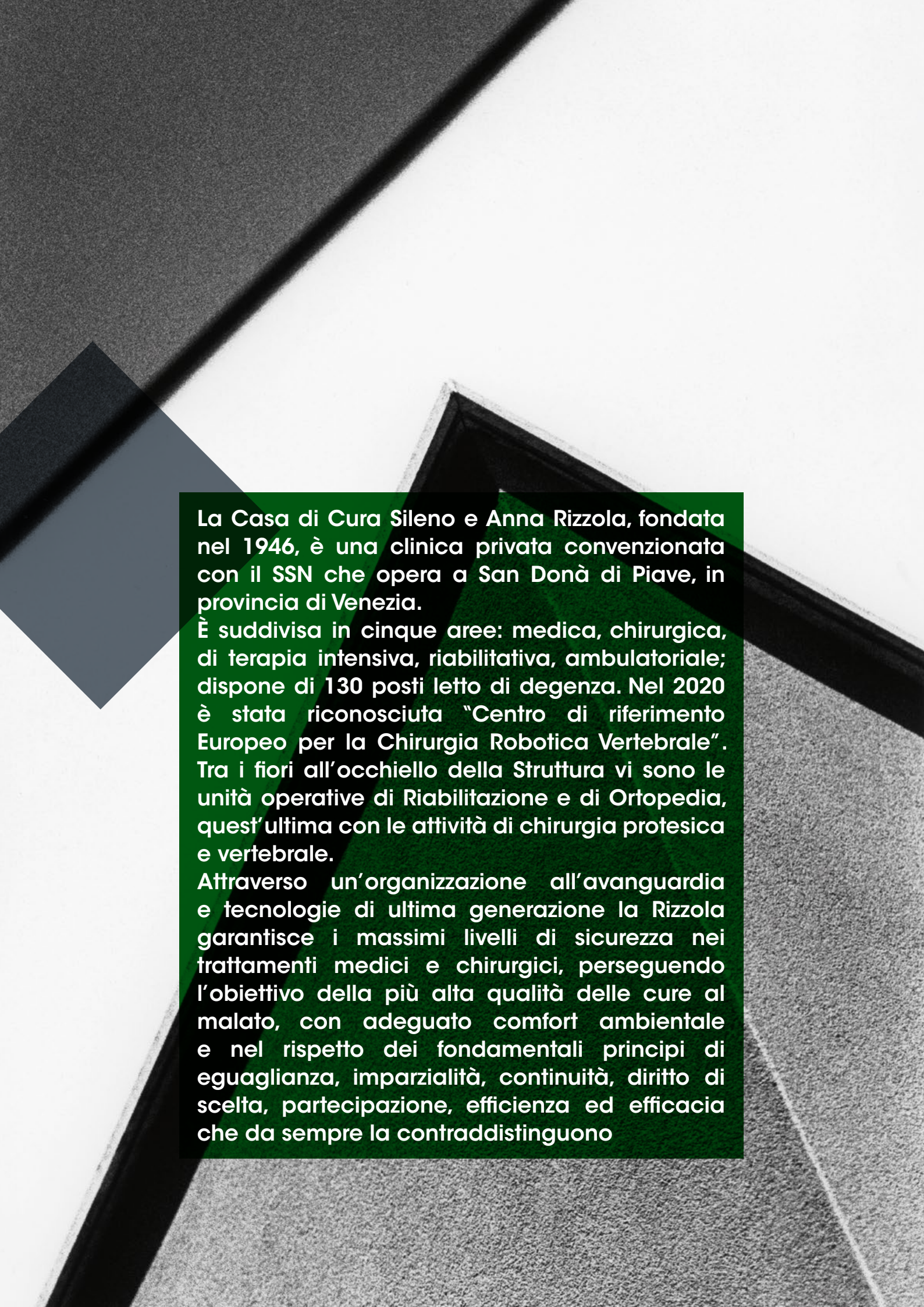
RIZZOLA

MAGAZINE

UMBERTO
GALIMBERTI

RIZZOLA MAGAZINE - ANNO III - N. 5 - I SEMESTRE 2024

IN PARTNERSHIP CON
 RIZZOLA
ACADEMY



La Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola, fondata nel 1946, è una clinica privata convenzionata con il SSN che opera a San Donà di Piave, in provincia di Venezia.

È suddivisa in cinque aree: medica, chirurgica, di terapia intensiva, riabilitativa, ambulatoriale; dispone di 130 posti letto di degenza. Nel 2020 è stata riconosciuta "Centro di riferimento Europeo per la Chirurgia Robotica Vertebrale". Tra i fiori all'occhiello della Struttura vi sono le unità operative di Riabilitazione e di Ortopedia, quest'ultima con le attività di chirurgia protesica e vertebrale.

Attraverso un'organizzazione all'avanguardia e tecnologie di ultima generazione la Rizzola garantisce i massimi livelli di sicurezza nei trattamenti medici e chirurgici, perseguendo l'obiettivo della più alta qualità delle cure al malato, con adeguato comfort ambientale e nel rispetto dei fondamentali principi di eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia che da sempre la contraddistinguono

Il messaggio del Presidente

Assieme al 2024, ecco arrivare tra le nostre mani anche la nuova edizione di Rizzola Magazine.

Si tratta di un numero, speriamo, ricco di contenuti e di spunti che ci accompagneranno lungo questo primo semestre dell'anno.

In copertina, il resoconto dell'incontro con Umberto Galimberti, uno dei pensatori più noti del nostro tempo. Il Professore ha affrontato volentieri numerosi temi: ha raccontato di sé e della dolorosa perdita della moglie, ha parlato della scuola e della famiglia, del rapporto con il proprio corpo e della difficile stagione storica che i nostri giovani si trovano ad attraversare. La novità di questa edizione, attraverso il consueto QR code, è la possibilità di vedere anche il video dell'intervista.

Nelle pagine dedicate alla colonna vertebrale, il dottor Marco Teli, che nel mese di maggio sarà Chairmen a Praga di un evento scientifico sull'argomento, scrive delle prospettive offerte dall'intelligenza artificiale nel contribuire a meglio diagnosticare e curare numerose patologie vertebrali. Lo stesso contributo viene proposto in lingua inglese così da consentire a Rizzola Magazine di sbarcare in Repubblica Ceca in occasione dell'evento.

Ricca la sezione "Attualità". L'avvocato Maurizio Campagna ripercorre le tappe e il significato della legge sull'oblio oncologico, un traguardo di civiltà atteso da tempo. La Professoressa Camilla Buzzacchi dell'Università Bicocca di Milano dà conto del nuovo rapporto sulla povertà dell'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione. L'avvocato Francesco Antonio Stamerra esplora il rapporto tra dati sanitari e intelligenza artificiale. Franco D'Amore illustra il ruolo dell'efficienza energetica in sanità.

Particolarmente ricca la sezione dedicata alla vita della Fondazione Rizzola Academy. Anzitutto il nostro reportage nel centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare più grande d'Italia. Le testimonianze degli operatori e, soprattutto, le storie esclusive di tre giovani ospiti rendono i testi e il documentario "Il mio canto libero. Voci da Villa Miralago" una bella risorsa per la comunità.

Tra le iniziative della Fondazione, invece, vi sono il seminario realizzato in collaborazione con l'Università Bicocca lo scorso mese di novembre e i due eventi che hanno avuto luogo nella nostra clinica, rispettivamente a ottobre 2023 e a gennaio 2024, sulle patologie vertebrali degenerative e sui benefici della chirurgia robotica. Grazie ai Chairmen, a chi ha sostenuto le iniziative e ai partecipanti che hanno raggiunto San Donà di Piave da tutto il Paese.

Nelle pagine dedicate a San Donà di Piave, presentiamo una conversazione con il nuovo sindaco, Alberto Teso, insediatosi nel mese di maggio. Grazie Sindaco della sua attenzione e in bocca al lupo per gli anni di amministrazione che l'attendono.

In "Mondo Rizzola" conosciamo Rudi Finotto, uno storico e valido dipendente della nostra Casa di Cura. Rudi ci porta (anche in video) negli uffici e nelle attività del Servizio Accettazione. A lui e ai colleghi esprimo la mia gratitudine e quella di tutti i pazienti e familiari che ogni giorno, in diverse centinaia, raggiungono fisicamente la clinica o la contattano a distanza.

Francesco Variola
Presidente Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola





106 COVER STORY UMBERTO GALIMBERTI

14

COLONNA VERTEBRALE
**INTELLIGENZA ARTIFICIALE
E PATOLOGIE VERTEBRALI**

21

FISIOTERAPIA
RIABILITAZIONE E TECNOLOGIA

26

ORTOPEDIA
IL PIEDE: PATOLOGIE E TRATTAMENTI

40

FONDAZIONE RIZZOLA ACADEMY
**I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
ALIMENTARE**

52

SAN DONÀ DI PIAVE
INTERVISTA AL NUOVO SINDACO

62

MONDO RIZZOLA
IL SERVIZIO ACCETTAZIONE DELLA CLINICA

RIZZOLA
MAGAZINE

Fondazione Rizzola Academy
&
Casa di Cura Sileno e Anna Rizzola Spa
via Gorizia, 1
30027 - San Donà di Piave (VE)

Direttore del progetto
Antonio Alizzi

Responsabile di redazione
Marika Zaramella

Si ringraziano tutti coloro che hanno
contribuito a questa edizione

Progetto Grafico
Fabrizio Majerna



In copertina
Umberto Galimberti
Foto di **Matteo Montanari**

I contenuti della Rivista possono
essere riprodotti, anche
integralmente, previa autorizzazione

Per informazioni e commenti:
communication.dept@rizzola.it

Anno 3
Numero 5
I Semestre 2024

Inserito I.P. al periodico **VenetoPiù**
"I protagonisti del territorio" - nr.15
- Anno VI - febbraio 2024

IN PARTNERSHIP CON
RIZZOLA
ACADEMY

COVER STORY

UMBERTO GALIMBERTI

testo di Antonio Alizzi

“Tolleriamo
che **l'altro**
abbia
qualcosa
da insegnarci”

foto di Matteo Montanari
video di Emiliano Martino



7

Il filosofo rivela: “L’Etica del viandante è il mio ultimo libro, non ne scriverò più”.

Il grande messaggio sulla tolleranza:

“non è sopportare gli immigrati.

Tolleranza è supporre che chi mi sta di fronte e ha idee diverse dalle mie ha un gradiente di varietà superiore al mio o mi può allargare la visione del mondo”.

Su **famiglia e scuola: “due disastri.**

Si vedono vecchi che fanno concorrenza ai giovani rendendosi patetici, o genitori che diventano amici dei figli, perdendo radicalmente la loro autorità”.

“Le classi non possono essere di trenta

persone”. **“Chi non ha empatia non deve fare**

il professore. Come a uno che è alto un metro e cinquanta e non viene in mente di fare il corazziere, così a uno senza empatia non deve venire in mente di fare il professore”.

P

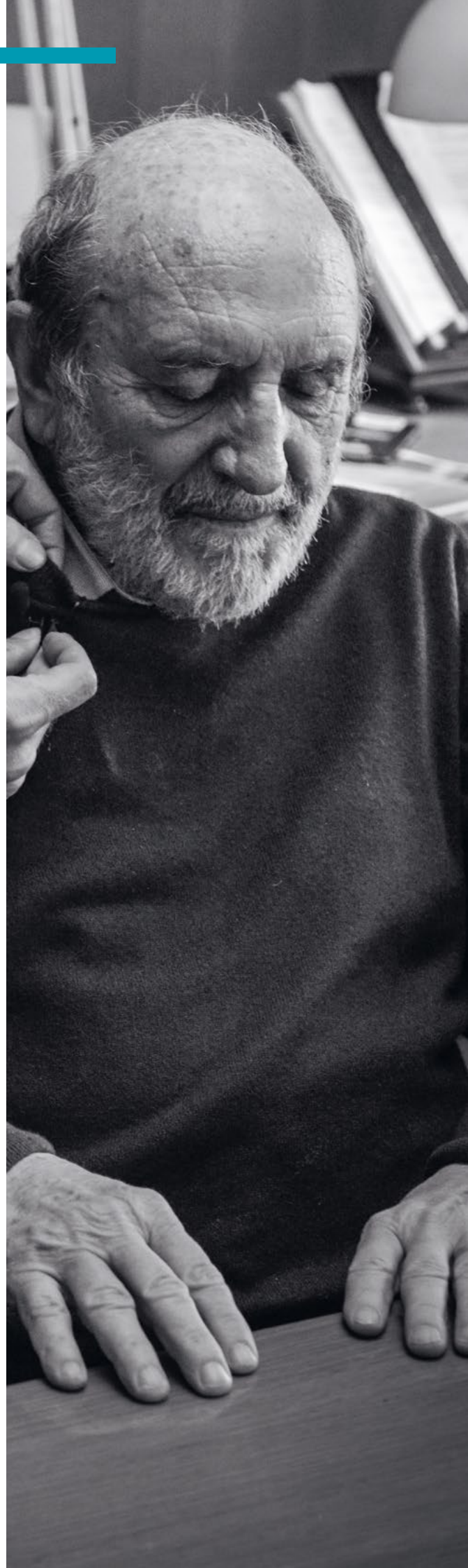
rofessore, lei a un certo punto ha interrotto gli studi universitari per andare a lavorare in fabbrica in Germania. Cosa ricorda di quel periodo?

In Germania ho lavorato in una fabbrica ad Augsburg. Vivevo in una prigione minorile perché non si

pagava, al quarto piano insieme a greci e turchi. Ci sono rimasto un anno e lì ho conosciuto i tedeschi. Hanno una psicologia collettiva ma non individuale che dovremmo acquisire anche noi in una certa misura. Loro mettono la comunità davanti all'individuo mentre noi mettiamo l'individuo davanti alla comunità. Il risultato che conta sono solo i miei interessi. Non pagare le tasse diventa una virtù. Le norme etiche in una società individualista diventano efficaci quando diventano psicologia collettiva.

Come possono diventare parti della psiche collettiva, ad esempio, il rispetto delle donne, dell'ambiente?

Ci vogliono dei tempi notevoli. Non si tratta di cambiare una strategia ma la forma mentis degli umani. A differenza dei greci, che ponevano la società prima dell'individuo, l'Occidente è cristiano. E io considero cristiani sia i credenti sia i non credenti. Mentre Aristotele, che era greco, diceva: “Se uno entra in una comunità e pensa di fare a meno degli altri o è bestia o è Dio, non è uomo”, la mentalità cristiana guarda al futuro come qualcosa che porta rimedio al passato. Siamo animati dal concetto del salvare l'anima, da quella parola inutile che si chiama speranza che Pasolini aveva tolto dal suo vocabolario. L'anima è individuale e quindi salvarla significa salvare la tua individualità. Rousseau diceva che i cristiani possono essere buoni cittadini di fatto, ma non di principio. Quello che a loro interessa è la salvezza dell'anima, non il bene della comunità. Famiglia e scuola sono le agenzie sociali che dovrebbero guidare il cambiamento. Il problema è



che sono due disastri. Per il fatto che siamo passati da uno stato di povertà a uno stato di benessere la famiglia ha cambiato forma. Nella povertà le famiglie stavano unite, anche perché se non stavano unite non si riusciva a mangiare. Nello stato di benessere si può benissimo mangiare ed essere disuniti. In uno stato di benessere subentra quel mito del giovanilismo dove si vedono vecchi che fanno concorrenza ai giovani rendendosi patetici, o genitori che diventano amici dei figli, perdendo radicalmente la loro autorità. Le separazioni, utilissime quando c'è troppo odio o troppo gelo in una famiglia, creano però un danno ai ragazzi. Perdonano il riferimento del loro apparato affettivo.

Quindi separarsi è un errore?

No, se i genitori litigano continuamente oppure non si parlano più. È una situazione di una sofferenza costante e quindi è meglio separarsi. Quello che io dico però ai genitori è: guardate che la separazione non è, come voi credete, qualcosa che si può spiegare ai figli. Anche quando glielo avete spiegato, la spiegazione gli è arrivata alla testa ma non al cuore.

E la scuola?

La scuola italiana istruisce ma non educa. L'istruzione è un passaggio di conoscenze da chi le possiede a chi non le possiede. L'educazione invece è seguire i ragazzi in quel passaggio fisiologico che consiste nel passare dalla pulsione all'emozione, e dall'emozione al sentimento. I ragazzi incominciano le scuole elementari e sono ancora ad un livello pulsionale. Alcuni si fermano lì e si chiamano bulli. I bulli si esprimono con i gesti, non hanno un linguaggio. E cosa fa la scuola con i bulli? Invece di tenerli il doppio del tempo a scuola, in modo che arrivino al livello emotivo ed emozionale, li sospende.

Cosa intende per livello emozionale?

Avere la risonanza emotiva dei propri comportamenti, sentirli prima ancora di capirli e provarli. Kant diceva che il bene e il male possiamo anche non definirli perché ciascuno li sente naturalmente. Non è più vero per tutti. Molta gente non sente la differenza, ad esempio, tra insultare un professore e pigliarlo a calci; tra stuprare una ragazza o corteggiarla. Questo si vede anche in certe risposte ai magistrati da parte di chi compie stupri. Dicono "Ma cosa abbiamo fatto?". Io sono convinto che sono sinceri, che non sentono la differenza tra ciò che è grave

e da ciò che non lo è. Cosa fa la scuola? Niente.

Cosa manca?

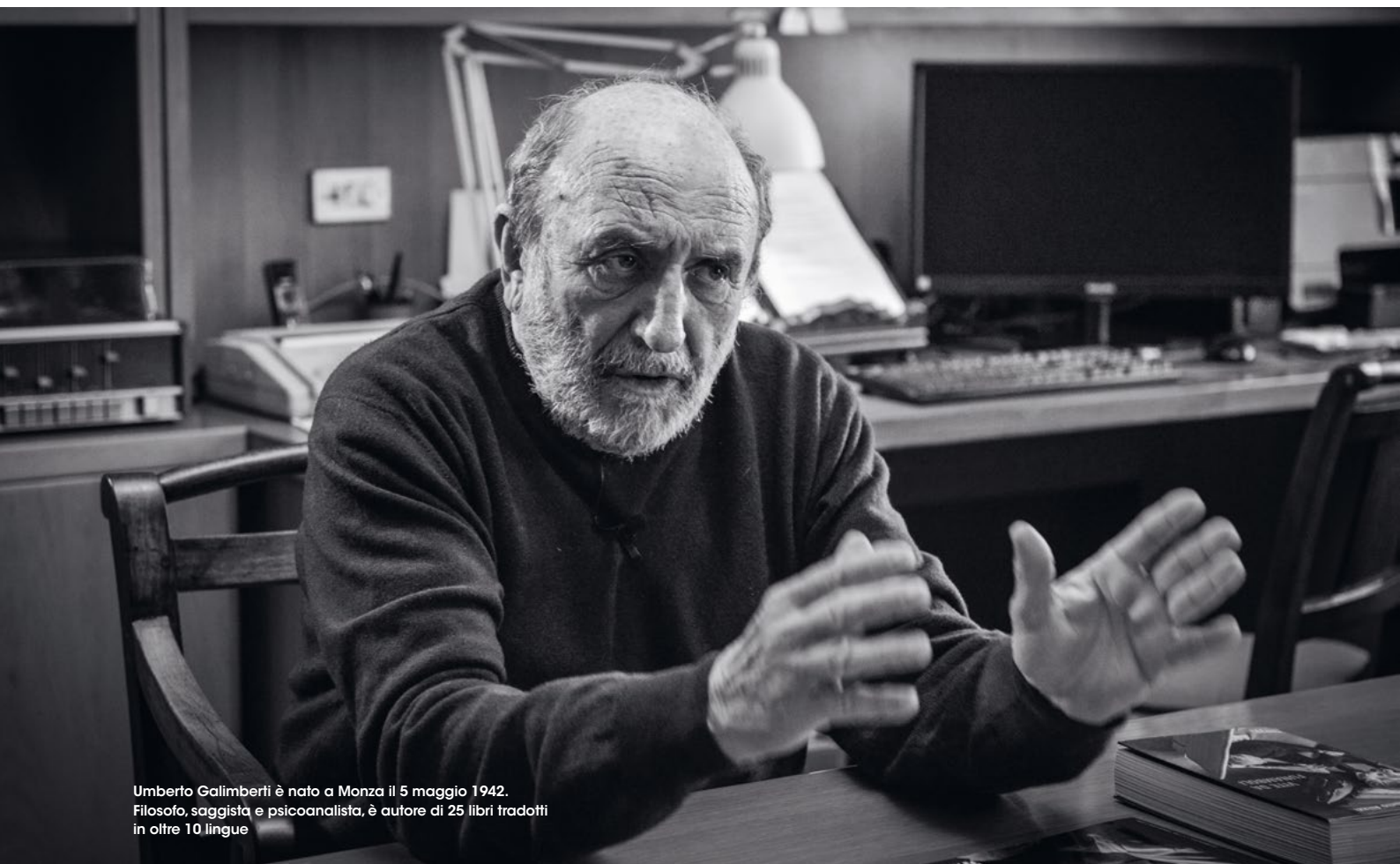
Ci vogliono due condizioni. La prima: le classi non possono essere di trenta persone ma devono essere di quindici. Non posso distribuire i processi emotivi a questi ragazzi in quell'età incerta che si chiama adolescenza se sono in trenta. Poi bisognerebbe sottoporre ad un test di personalità i professori e ammettere solo quelli che hanno l'empatia. Quelli che non hanno l'empatia non devono fare i professori. Platone dice che la mente si apre solo se hai aperto il cuore. Sono capaci di aprire il cuore quelli che non hanno empatia? No. Come a uno che è alto un metro e cinquanta e non viene in mente di fare il corazziere, così a uno senza empatia non deve venire in mente di fare il professore. In cattedra abbiamo professori che non

hanno mai incontrato un libro di psicologia dell'età evolutiva e hanno a che fare con ragazzi in età evolutiva. Si può andare ad insegnare a dei ragazzi e non sapere niente di quello che passa nella loro testa e nel loro cuore?

"L'etica del viandante" è il suo ultimo libro.

Il viandante è una grande metafora. È l'antitesi dell'uomo e della stabilità. L'uomo ha in vista solo la meta, viaggia per arrivare, non per conoscere. Quello che gli interessa è la patria nativa, la vita realizzata, la stabilità raggiunta. Il viandante no. Il viandante non ha scopi da realizzare, non ha lo scopo di salvare l'anima, né scopi da raggiungere su questa Terra. Il viandante non ha neppure un sentiero perché il sentiero lo fa con i suoi passi. Lui viaggia per conoscere, e il prossimo che incontra è sempre meno specchio di sé,





Umberto Galimberti è nato a Monza il 5 maggio 1942. Filosofo, saggista e psicoanalista, è autore di 25 libri tradotti in oltre 10 lingue

è sempre più altro. Il viandante è costretto ad acquisire il concetto fondamentale della differenza. Come noi abbiamo acquisito il concetto di territorio, di confine, di legge, il viandante si trova sempre fermo davanti ai confini, ma si rende conto che i confini sono più nella testa degli uomini che nel disegno della terra. Siamo tutti uomini di frontiera, più o meno. I processi migratori a cui stiamo assistendo ci disegnano un futuro che confonde i confini. I valori dell'uomo attuale appariranno come rami secchi di un albero inaridito. Non bisogna, però, confondere il viandante come uno che compie un'anarchica erranza. Camminando lui percepisce cos'è la Terra, si rende conto delle sue condizioni. Sa che noi possiamo vivere protetti da una pellicola sottilissima chiamata biosfera. Quindi rinuncia al modello antropocentrico, secondo cui l'uomo deve dominare la Terra.

Lei dice che i "diritti umani" porteranno l'uomo alla sua scomparsa.

Absolutamente. L'uomo non può pensare di essere al vertice del creato. L'uomo è intimamente interconnesso a tutte le espressioni del mondo della vita. Il viandante sa che gli animali si nutrono

della fotosintesi delle piante, le piante si nutrono dell'anidride carbonica emessa dagli animali, che le radici delle piante sono date dall'azoto emesso dai microrganismi. Microrganismi, piante, animali, uomo è tutto interconnesso. Ho sempre in mente quello che è successo in epoca del Covid a Venezia dove invece delle pantegane nei canali andavano i delfini. Basta che l'uomo si assenti e accade la natura. Accade la vita. L'umanità deve smetterla con questa logica del nemico. Deve difendersi da se stessa perché, come dice Edward Wilson, "l'uomo con il suo potere distruttivo è la prima specie divenuta una forza geofisica che produce più danni che la natura produce da sé".

Come se ne esce? Nel libro lei parla di "trascendimento".

L'etica del trascendimento è un'espressione di Ernesto de Martino. Trascendere non è qualcosa che va soltanto al di là della vita terrena. Esiste, come dice Jaspers, una trascendenza immanente, cioè qui, restando sulla Terra. Passare da questa concezione a quest'altra concezione. È come la logica del nemico, che ha consentito un'evoluzione dell'umanità dalla clava alla bomba atomica, adesso bisogna

passare dalla logica del nemico a quella dell'umanità. È interesse di tutti salvare la terra, ma non arriveremo in tempo. Sono assolutamente certo che l'umanità si estinguerà. È inutile dire che nel 2030 avremo ridotto del 30% l'anidride carbonica, del 50% nel 2050. Non abbiamo questo tempo.

Parliamo del corpo.

Nella nostra cultura il corpo è diventato un manichino, uno strumento del sistema della moda. Sono convinto che tante belle ragazze sono belle ragazze che non hanno in mente la sessualità ma hanno in mente l'esposizione. È la gratificazione narcisistica. Adesso anche gli uomini vanno dietro a questo modello di essere belli.

E la medicina?

La medicina concepisce il corpo come una sommatoria di organi. Ma il nostro corpo non è la sommatoria di organi. Se io vado da un oculista i miei occhi sono corpo, sono un modo di relazionarmi a un mondo, a una persona, per capire se posso darle fiducia oppure no. È il mio corpo nella forma degli occhi. Quando l'oculista mi piazza le sue macchine, i miei occhi non vedono. Diventano oggetti come tutti

gli oggetti del mondo. Quando il corpo diventa un organismo, diventa un oggetto. Non è più un soggetto di vita. Invece c'è un rapporto corpo-mondo. Il corpo registra e reagisce agli stimoli del mondo. Se va ad un funerale, il mio corpo non si mette a danzare; se va ad una festa non si siede su una sedia per piangere. Quando andiamo in ospedale, noi perdiamo la nostra soggettività, siamo dei rappresentanti d'organismi. Se siamo ammalati ai polmoni ci mettono in pneumatologia, se ci fa male il fegato in epatologia. Chiedendo ai medici un po' di umanità, le persone non si aspettano altro che essere trattate come soggetti che hanno un corpo e un mondo, non una sommatoria di organi.

Professore, lei ha vissuto l'esperienza della perdita di sua moglie.

La vera perdita della mia vita. Era una donna bellissima, intelligentissima. Insegnava biologia molecolare all'Università di Milano e se ne è andata a 62 anni dopo un tumore che l'aveva perseguitata per 12. Non l'aveva fatto sapere a nessuno, tantomeno all'università, per paura che togliessero i soldi al dipartimento e, quindi, che lei non avrebbe più potuto continuare a fare ricerca. Quando è morta in facoltà pensavano avesse avuto un infarto. Io comincio a considerare le persone che non mettono in mostra il loro male. Oggi anche il male diventa una forma di pubblicità.

Cos'è la morte?

La morte è una perdita definitiva. E cosa perde chi sopravvive? Perde il testimone della sua vita. Quando uno non è guardato, perché deve fare le cose? Se la mamma non guarda quello che le fa vedere il bambino, lui non lo fa più. Perdere il testimone è tremendo. Perché dovresti andare avanti senza testimone? Anche io non metto più l'anima nelle cose che faccio. Semplicemente vado avanti. La scomparsa di mia moglie è stato il disastro della mia vita. Faccio venti conferenze al mese per distrarmi dalla solitudine.

È stato un buon padre?

Credo di non essere stato un buon padre. Nella cultura della disciplina che c'era quando sono nato io, i figli crescevano naturalmente, e questo per il semplice fatto che nella società della disciplina, con la povertà, quello che diceva la famiglia era "sacrificati", quello che diceva la società era "sacrificati". Nella società dell'opulenza, che è quella di oggi, la famiglia



quando ce la fa dice “studia” mentre la società dice “divertiti”. In questa divaricazione vince la società. Allora i figli vanno curati. Adesso c'è bisogno di educazione. Prima l'educazione era naturale. Non ero un eroe perché sono andato a lavorare in Germania. Lei lo cita perché sembra una dimensione strana, ma era normale: se hai bisogno di soldi, vai a lavorare. E siccome era naturale – vorrei insistere su questo – noi pensavamo che i figli crescessero naturalmente. Le cose però poi sono cambiate. Mia figlia è nata nel 1972 e negli anni Settanta i figli non crescevano più naturalmente. È comparsa quella divaricazione di cui ho detto. Era diventato necessario il processo educativo, ma io non ero assolutamente preparato a questo lavoro.

Professore, lei dice che fino ai loro 12 anni con i figli bisogna parlarci.

Tanto. Perché hanno confidenza, hanno un rapporto di fiducia. La dimensione fiduciaria viene attraverso la parola e i genitori hanno tempo fino ai 12 anni dei loro figli perché dopo le loro parole diventano vane. Se creano un rapporto fiduciario con loro e intanto insegnano delle cose, anche dopo i 12 anni, quando compare la sessualità, i figli non staranno tutto il giorno a guardare il porno ma continueranno ad avere un rapporto fiduciario con la visione del mondo che i genitori hanno creato con la loro parola.

Perché il dialogo spesso non è sufficiente?

I padri non parlano con i bambini perché si annoiano. Le madri parlano a livello fisico: “Hai i capelli bagnati”, “Stai attento se esci”, “Guarda che piovono”, “Stai attento ai semafori”. Mai una domanda psicologica del tipo “sei felice?”. I bambini comincerebbero a pensare “quindi esiste anche un'altra dimensione?”. Dopo i 14 anni, basta. Tu non conti più niente per loro. Dovrebbe funzionare l'autorità, che però è un'autorità che non puoi esprimere tu, ma che ti deve conferire il figlio. Anche ai professori l'autorità gliela devono conferire gli allievi. Ma gli allievi la conferiscono in cambio di qualcosa che non sono i voti.

Ecco che se in quei 12 anni che i genitori avevano a disposizione hanno costruito un modello di fiducia a sfondo autoritario, fruendo dell'autorità che il bambino consegnava loro naturalmente, allora potranno andare avanti non più con le parole ma con l'esempio. Anche se non lo rico-

nosceranno mai, l'esempio lavora dentro al figlio. E dopo dieci anni di malversazione, il figlio riprenderà il modello acquisito. Ma a patto che il modello acquisito non sia stato disastroso. Una cosa che la gente non sa è che i lobi frontali, che sono sede della dimensione razionale, maturano dopo i vent'anni. Prima di questa età, i ragazzi sono in balia delle pulsioni e delle emozioni, e sbandano di brutto. I nostri vecchi lo sapevano, infatti dicevano: “Finalmente hai messo la testa a posto”.

Nella società dell'opulenza, che è quella di oggi, la famiglia quando ce la fa dice “studia” mentre la società dice “divertiti”. In questa divaricazione vince la società. Allora i figli vanno curati.”

Come si sente ad essere una star del web? I suoi video hanno milioni di visualizzazioni.

Dell'essere pubblico non mi importa niente. Mi piace di più la mia componente monacale. Vivo da solo. La dimensione pubblica mi pare come un vestito che indosso per una certa occasione. Le folle non mi piacciono per niente. Di mentalità io sono greco; per me i rapporti sono solamente duali, il terzo è già una popolazione. Nel rapporto duale c'è più sincerità, c'è più comunicazione. Il due conta per me. Sono nato povero. Ho dei valori di base che sono molto elementari come il dover si procurare il cibo.

Che differenza c'è tra fare psicanalisi a un ragazzo e a un adulto?

Ai ragazzini non faccio psicanalisi. Ma neanche ai giovani, perché non credo sia opportuno andare a rovistare nell'inconscio o nei loro sogni in fase evolutiva.

Invece della psicanalisi ai ragazzi faccio la consulenza filosofica. Quando uno è ammalato con il corpo va dal medico, se è ammalato per via delle passioni o dei sentimenti, va dallo psicanalista. Quando è malato di idee, deve andare dal filosofo.

Come funziona una consulenza filosofica?

Vedo come la persona si muove nel mondo: “quali sono le tue idee? Vediamole insieme”. “Sono funzionali alla vita che fai oppure no?” “Sono funzionali al cambiamento del mondo o sono vecchie abitudini mentali che più vai avanti con l'età e addirittura finisci per chiamarle principi invece di mera pigrizia del pensiero”. “Muoviamo le idee”. E per muovere le idee faccio leggere qualche romanzo ben costruito, non quelli che si pubblicano oggi.

Ad esempio?

Memorie del sottosuolo di Dostoevskij, un libro piccolino che però fa vedere tanto, oppure alcune opere di Milan Kundera, che ti insegna che la vita è piena di opportunità e non solo degli obiettivi che ti sei prefissato. Tu hai in mente l'obiettivo e intanto perdi tutte le offerte che ti da la vita.

Il filosofo somministra idee.

Una bella idea?

Ad esempio la tolleranza. Uno pensa che la tolleranza sia quella di sopportare gli immigrati, invece è un'altra cosa. Tolleranza è supporre che il mio obiettore, chi mi sta di fronte che ha idee diverse dalle mie, abbia un gradiente di varietà superiore al mio oppure che mi possa allargare la visione del mondo. Questa è la tolleranza, cioè tollerare che l'altro abbia qualcosa da insegnarti. Non è sopportare, ma avere fiducia nell'altro.

Il prossimo libro a cui sta lavorando?

Non ce ne saranno più. Questo è l'ultimo (“L'etica del viandante”, nda). Ne ho scritti 25 tra cui il dizionario di psicologia, psichiatria, psicanalisi, neuroscienze da 1830 pagine. Ad un certo punto ti devi ritirare.

Come si esce di scena?

Basta dire di no. A settembre, per esempio, mi sono dimesso da Repubblica con cui collaboravo dal 1995. Mi devo ritirare da tutte le interviste, come ho già cominciato a fare, ridurre gradatamente le conferenze. Bisogna avere il senso del limite che è una virtù greca.



L'incontro con Galimberti è avvenuto a Milano, nella sua abitazione, il 28 novembre scorso. Foto e video, in esclusiva per Rizzola Magazine, sono di Matteo Montanari ed Emiliano Martino

Ho trascurato il mondo della vita. Sono vissuto qua, non tra i prati, i monti e i mari. Anzi non vorrei che "L'etica del viandante" fosse nato come reazione all'etica dei libri. Diceva Nietzsche: "aut liberi aut libri". O uno o l'altro.

Cosa mi dice dei giovani?

Il problema vero è che non hanno il futuro. Se il futuro è imprevedibile, allora non retroagisce come motivazione. Perché devo studiare? Perché devo lavorare? Perché devo stare al mondo? Sono tanti i giovani che si suicidano in età scolare. Ci sono tre milioni di anoressiche, due milioni di autolesionisti, duecentomila hikikomori che stanno nella loro stanza davanti al computer.

In questo numero ci occupiamo di anoressia. Cosa pensa di questa malattia?

Di solito la psicologia dice che l'anoressica ha un rapporto sbagliato con la madre. Io mi sono fatto l'idea, invece, che come dimensione psichica le anoressiche abbiano il bisogno del controllo generalizzato di tutte le cose. Quando controlli un istinto primario come la fame, hai vinto la partita. Hai vinto la partita e hai soddisfatto il tuo bisogno di controllo ma intanto cominci a giocherellare con la morte. Non è un caso che le anoressiche siano

tutte molto intelligenti e brave nello studio. Infatti il controllo richiede un'attenzione notevole. Quello che in realtà loro vogliono sfidare e controllare è la morte.

Lei ha paura di morire?

No, perché sono abbastanza vecchio e annoiato. Sono così annoiato di questo mondo. Tutto quello che vedo l'ho già visto. E

poi sono greco. I greci non avevano paura della morte. Invece di chiamarlo "uomo", lo chiamano "mortale". Ti abitui fin da piccolo all'idea di dover morire. Quando sei ammalato è un'altra storia. Stai male e sei angosciato non tanto perché devi dire addio ai tuoi amici, alla tua fidanzata, ai figli, ma perché devi dire addio a te stesso, all'amore che hai maturato per te.



**Oltre 210 mila
le visualizzazioni
dell'intervista
su YouTube**



INQUADRA IL QR CODE
PER VEDERE L'INTERVISTA
CON IL PROFESSOR
GALIMBERTI

* Antonio Alizzi è il Direttore Scientifico della Fondazione Rizzola Academy. Insegna alla Rome Business School ed è autore del libro "Vite da funamboli" (Sandro Teti Editore, 2019)

APPLICAZIONI ATTUALI E FUTURE DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

di Marco Teli *

L'intelligenza artificiale (AI) cerca di replicare e amplificare la cognizione umana utilizzando tecnologie computazionali. I progressi dell'IA hanno rimodellato in modo sostanziale il panorama della medicina, offrendo in particolare opportunità senza precedenti di precisione e automazione nel campo della chirurgia spinale. In questo articolo discuteremo i pregi e i difetti di ML, DL e robotica, nonché le tendenze di sviluppo future dell'applicazione clinica della tecnologia AI in chirurgia spinale

La tecnologia AI comprende l'apprendimento automatico (ML), l'apprendimento profondo (DL) e altre tecniche, che sono ampiamente utilizzate nella chirurgia spinale. Con il rapido sviluppo dell'IA e della tecnologia di controllo meccanico, la chirurgia spinale si sta sviluppando verso una collaborazione intelligente uomo-macchina basata sui dati.

> MACHINE LEARNING

Il ML prevede l'uso di diversi algoritmi per ricavare le caratteristiche dei dati, stabilire regole, formulare modelli e analizzare nuovi dati, migliorando infine le prestazioni del modello attraverso l'acquisizione di conoscenze.

Il ML è classificato in apprendimento supervisionato e non supervisionato. L'apprendimento supervisionato si basa

su dati di formazione etichettati per mappare gli input e gli output, dove ogni campione è collegato a un output specifico. Il modello mira ad apprendere questa correlazione per prevedere i dati futuri. Si occupa principalmente di regressione per variabili continue, utilizzando algoritmi come la regressione lineare e logistica. I metodi ML tradizionali hanno trovato numerose applicazioni nella pianificazione preoperatoria, nella diagnosi, nel trattamento post-operatorio e nella previsione degli esiti della chirurgia spinale. L'apprendimento non supervisionato, invece, scopre strutture e schemi sottostanti in insiemi di dati non etichettati senza risultati predefiniti. Individua in modo indipendente le caratteristiche e le relazioni nei dati, favorendo l'analisi e il processo decisionale successivi. I modelli di ML sono sempre più applicati per anticipare le complicazioni post-operatorie e supervisionare il recupero dei pazienti. Ad esempio, le tecniche di ML sono state utilizzate per creare e convalidare esternamente modelli predittivi per gli esiti della chirurgia spinale, identificando predittori cruciali come l'età, i punteggi basali, il tipo di patologia degenerativa, gli interventi spinali precedenti, lo stato di fumatore, la morbilità e la durata della degenza ospedaliera.



* Chirurgo Ortopedico laureato in Medicina a Milano nel 1994, specializzato nel 2000 quindi perfezionato con due fellowship in patologie spinali a Londra e Glasgow. Ha lavorato in Chirurgia delle deformità all'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano ed in Neurochirurgia Spinale al Walton Centre NHS Trust di Liverpool. Già responsabile del servizio di Chirurgia Vertebrale della Clinica Rizzola, lavora ora fra Milano e San Donà come consulente in un gruppo di neurochirurghi ed ortopedici spinali. Ha servito come Presidente di EUROSPINE nel 2022-23 ed è attuale membro del Board, docente del Diploma in Chirurgia Spinale di EUROSPINE e docente coordinatore del Master Italiano in Chirurgia Vertebrale coordinato da Humanitas University Milano

> DEEP LEARNING

Il DL è un sottocampo del ML che cerca di emulare i meccanismi del cervello umano utilizzando i dati, consentendo ai sistemi informatici di ottenere automaticamente rappresentazioni astratte multistrato e di apprendere comportamenti collettivi.

Grazie alla sua capacità di astrarre caratteristiche multilivello attraverso più strati nascosti nelle reti neurali, il DL è diventato il modello più utilizzato nel campo dell'imaging medico. Gli algoritmi DL sono stati impiegati per diagnosticare una serie di malattie della colonna vertebrale, come tumori, infezioni, osteoporosi, scoliosi, fratture e malattie degenerative. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per perfezionare questi algoritmi e validarne l'utilità clinica.

> ROBOTICA

La maturazione dei robot chirurgici è stata facilitata dai progressi in campi multidisciplinari come l'elettronica, l'informatica e l'IA. Assistiti dall'IA, questi robot possono integrare i dati del paziente preoperatori, intraoperatori e relativi all'operazione. Gli interventi di chirurgia spinale assistiti da robot impiegano prevalentemente una serie di strumenti, tra cui scanner TC preoperatori, fluoroscopi con braccio a C, postazioni di lavoro per medici e robot chirurgici specifici per la colonna vertebrale. Le operazioni chirurgiche successive, eseguite manualmente o roboticamente, sono guidate dalla navigazione in tempo reale e dal posizionamento automatico del braccio robotico. Molti rapporti iniziali dimostrano

che, grazie alla collaborazione multidisciplinare, l'assistenza robotica migliora notevolmente gli aspetti visivi e tattili della chirurgia spinale, portando a risultati più sicuri e accurati e facilitando la ripetibilità delle procedure. Dalla loro introduzione nel 2004, un numero crescente di robot chirurgici viene impiegato come valido assistente per i chirurghi spinali. Attualmente, l'assistenza robotica è utilizzata principalmente nelle procedure di fusione spinale e di strumentazione e rappresenta un aiuto nelle operazioni complesse e ad alto rischio, tra cui le resezioni di tumori spinali e le correzioni di deformità. I vantaggi includono una maggiore precisione e una riduzione degli errori intraoperatori nei casi complessi, con potenziale riduzione del rischio di complicazioni; una migliore visualizzazione e una minore esposizione alle radiazioni per il personale e i pazienti. Inoltre, i robot facilitano le procedure minimamente invasive, che possono portare a degenze ospedaliere più brevi, meno dolore post-operatorio e tempi di recupero più rapidi. Gli svantaggi includono costi elevati, curve di apprendimento ripide per i chirurghi non esperti nella navigazione e applicazioni limitate in alcune procedure, soprattutto nell'area cervicale.

> CONCLUSIONE

La tecnologia AI è sempre più utilizzata nella ricerca sulla colonna vertebrale, il che non solo promuove l'accuratezza e l'intelligenza della diagnosi delle malattie e dell'esecuzione degli interventi chirurgici, ma offre anche una maggiore comodità a radiologi, chirurghi e pazienti affetti da patologie spinali.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SPINAL DISORDERS

AI, CURRENT AND FUTURE APPLICATIONS

Artificial intelligence (AI) seeks to replicate and amplify human cognition using computational technologies. Advances in AI have substantially reshaped the landscape of medicine, specifically bestowing unprecedented opportunities for precision and automation within the realm of spinal surgery. In this article we will discuss the merits and drawbacks of ML, DL, and robotics as well as future development trends in the clinical application of AI technology in spinal surgery.

AI technology encompasses machine learning (ML), deep learning (DL), and other techniques, which are extensively employed in spinal surgery. With the rapid development of AI and mechanical control technology, spi-

nal surgery is developing towards data-driven intelligent human-machine collaboration.

MACHINE LEARNING involves the use of diverse algorithms to derive

data features, establish rules, formulate models, and analyse novel data, ultimately improving model performance through knowledge acquisition. ML is classified into supervised, and unsupervised learning. Super-

vised learning relies on labelled training data to map inputs to outputs, where each sample is linked to a specific target output. The model aims to learn this correlation to predict future data. It primarily handles regression for continuous variables using algorithms like linear and logistic regression. Traditional ML methods have found numerous applications in the preoperative planning, diagnosis, postoperative care, and outcome prediction in spinal surgery. Unsupervised learning, on the other hand, uncovers underlying structures and patterns in unlabelled datasets without predefined target outputs. It independently discerns features and relationships in data, aiding subsequent analysis and decision-making.

ML models are increasingly applied to anticipate postoperative complications and oversee patient recovery. For instance, ML techniques have been utilized to create and externally validate predictive models for spinal surgery outcomes, identifying crucial predictors such as age, baseline scores, degenerative pathology type, prior spinal surgeries, smoking status, morbidity, and hospital stay duration.

DEEP LEARNING (DL) is a ML subfield that seeks to emulate the human brain's mechanisms using data, enabling computer systems to automatically obtain multi-layered abstract representations and learn collective behaviours. Owing to its ability to abstract multi-level features through multiple hidden layers in neural networks, DL has become the most widely used model in the medical imaging field. DL algorithms have been employed to diagnose a variety of spinal diseases, such as tumor, infection, osteoporosis, scoliosis, fracture and degenerative disease. However, further research is needed to refine these algorithms and validate their clinical utility.

ROBOTICS – The maturation of surgical robots has been facilitated by advancements in multidisciplinary fields such as electronics, computer science, and AI. Assisted by AI, these robots can integrate preoperative, intraoperative, and operation-related patient data.

Robotic-assisted spinal surgeries predominantly employ a suite of instruments including preoperative CT scanners, C-arm fluoroscopes, physician workstations, and spine-specific surgical robots. The subsequent surgical operations, executed manually or robotically, are guided by real-time navigation and automatic positioning of the robotic arm.

Many initial reports demonstrate that, through multidisciplinary collaboration, robotic assistance greatly enhances the visual and tactile aspects of spinal surgery, leading to safer, more accurate outcomes and facilitating repeatable procedures.

Since their introduction in 2004, an increasing number of surgical robots are being employed, serving as valuable assistants to spinal surgeons. Presently, ro-

botic assistance is mainly used in spinal fusion and instrumentation procedures and are an aid in complex and high-risk operations, including spinal tumour resections and deformity corrections.

Advantages include improved accuracy and decrease intraoperative errors in complex cases, potentially reducing the risk of complications, enhanced visualization and reduced radiation exposure for staff and patients. Furthermore, robots facilitate minimally invasive procedures, which can lead to shorter hospital stays, less postoperative pain, and faster recovery times.

Disadvantages include high costs, steep learning curves for surgeons not expert in navigation and limited applications in certain procedures especially in the cervical area.

IN CONCLUSION, AI technology is increasingly used in spine research, which not only promotes the accuracy and intelligence of disease diagnosis and surgical implementation, but also provides convenience for radiologists, surgeons and patients suffering from spinal diseases.



ORGANIZED BY EANS AND EUROSPINE

CHAIRMEN:

A. Demetriades

FRCS Past President EANS

M. Teli

MD Past President EUROSPINE

GIUSEPPE SCIARRONE SU HEALTH DI SKY TG24



LOMBALGIA, PROBLEMA MONDIALE

di Giuseppe Sciarrone*

Il nostro chirurgo vertebrale Giuseppe Sciarrone è stato intervistato ad Health, l'approfondimento su salute e sanità di Sky. Di seguito un estratto del suo dialogo con la giornalista

La lombalgia è un problema mondiale: alcuni dati, quelli dello studio Global burden of Disease - sono dati del 2021 - dicono che ne soffrono quasi 600 milioni di persone e che è la principale causa di disabilità lavorativa sotto i 45 anni, e di disabilità generale associata al mal di schiena tra i 50 e i 54 anni". **La lombalgia viene percepita oggi come un disturbo molto impattante sulla vita, ma in questo momento storico i disturbi che alterano la qualità di vita vengono percepiti come estremamente limitativi, per cui hanno un impatto sulla vita lavorativa, hanno un impatto sulla vita di relazione, hanno un impatto sulla vita sportiva, per esempio. E quindi questo è molto importante perché oggi grazie alla tecnologia noi siamo riusciti a dare un nome e cognome alle cause che creano la lombalgia e quindi a trattarle in maniera estremamente puntuale. La lombalgia, che ha come fulcro la colonna vertebrale e come sede la colonna vertebrale, è un disturbo che è caratterizzato dalla alterazione della colonna vertebrale nella sua funzione. Fondamentalmente la colonna vertebrale è una struttura molto complessa, costituita da innumerevoli tessuti diversi tra di loro che coesistono e che collaborano per farci stare in piedi, per farci camminare, per farci vivere normalmente. Quando questi tessuti e queste strutture iniziano a degenerarsi, la colonna vertebrale inizia a non funzionare bene e quindi vengono fuori tutta una serie di sintomi: il mal di schiena, l'impossibilità a mantenere la stazione retta, a stare in piedi, a camminare, il dolore alle gambe, i disturbi della sensibilità e così via. Questo, naturalmente, crea**

uno squilibrio e spesso compromette la possibilità di fare attività sportiva, di lavorare, di fare una passeggiata oppure guidare la macchina.

Stiamo vedendo delle bellissime immagini che ci ha portato. Davvero l'innovazione che entra in sala operatoria. Molto spesso per molte patologie la chirurgia è come dire l'ultimo intervento, l'ultima porta che si può aprire per trovare una soluzione. In questo caso non è così. Perché?

Ha detto bene, la chirurgia viene vista come l'ultima spiaggia. In realtà noi dobbiamo considerare la cura della lombalgia come un percorso molto articolato, che può prevedere anche la chirurgia; non come ultimo step, ma anche come step intermedio.

In questo la tecnologia ci aiuta moltissimo perché **grazie alla miniinvasività** che alcune procedure ci hanno dato la possibilità di effettuare, i tessuti e le strutture vengono rispettate, e quindi **si ha una prontissima guarigione.**

Le immagini che stavamo vedendo si riferiscono proprio alle tecniche miniinvasive, quindi alla chirurgia vertebrale e robotica.

Esatto. Abbiamo un alleato in più da qualche tempo. Questo ci consente appunto di rispettare il più possibile la struttura vertebrale. Perché? Perché la colonna vertebrale è una struttura molto preziosa e molto profonda all'interno del nostro corpo, per cui per raggiungerla era necessario un tempo creare degli insulti molto importanti. La robotica ci consente di limitare al massimo questi insulti e questo naturalmente a beneficio della funzione che viene rispettata, no?

Era il motivo per il quale tante persone, piuttosto che entrare in sala operatoria, si tenevano il dolore, il dolore acuto, non per la paura di peggiorare magari ancora di più la situazione, andando a colpire magari la colonna vertebrale.

C'è un forte pregiudizio sulla chirurgia vertebrale che è legata proprio a questo tipo di paura. Oggi posso dirle che la paura deve lasciar spazio alla speranza e sicuramente alla fiducia. Grazie a queste tecnologie, noi riusciamo a essere estremamente accurati, estremamente miniinvasivi, e diamo la possibilità al paziente di avere un recupero molto molto rapido, quasi istantaneo.

I vantaggi per i pazienti più esigenti - gli atleti, gli sportivi - che possono soffrire ma a maggior ragione hanno bisogno di affidarsi ai migliori esperti?

Sono d'accordo ed è proprio, come dicevamo prima, grazie alla miniinvasività e quindi al mantenimento dell'integrità delle strutture funzionali legate proprio all'utilizzo di queste tecnologie, che si riesce ad avere un recupero rapidissimo. Lo sportivo ritorna molto precocemente alla sua attività sportiva, le persone normali ritornano molto precocemente alle loro vite.

Bene. Quindi il concetto è "Non curiamo i sintomi, ma andiamo alla radice del problema".

Certamente. Oggi abbiamo a disposizione tantissime possibilità per fare diagnosi. **È la diagnosi che guida il trattamento.**

* Giuseppe Sciarrone è un chirurgo vertebrale. Riceve ed opera anche alla Casa di Cura Rizzola

SCOLIOSI GRAVE. LA STORIA DI ELENA RACCONTATA DALLA MAMMA

"A 3 settimane dall'intervento al concerto di *Ultimo*"

a cura della Redazione



Valentina Tiraboschi è la madre di Elena Mazzei, 13 anni e una brutta scoliosi. Visite in più centri ma non scatta la fiducia. Poi l'incontro con il Dottor Vesnaver che propone la soluzione chirurgica e decide di operarla alla Rizzola. "Elena è stata operata nel posto migliore in cui potessimo sperare". E sul medico: "Abbiamo capito subito che trattava il caso di Elena come fosse di sua figlia"

Elena con il dott. Alex Vesnaver



NOME E COGNOME

Elena Mazzei

ETÀ

13 anni

PATOLOGIA

Scoliosi idiopatica giovanile

CITTÀ DI PROVENIENZA

Roma

DATA DEL RICOVERO

12/06/2023

DATA DELL'INTERVENTO

13/06/2023

CHIRURGO

Alex Vesnaver

Come stava vostra figlia prima di essere operata e cosa vi ha convinto a farla operare?

Fin da subito ci siamo affidati al Dottor Vesnaver il quale ci ha parlato immediatamente di intervento. Per delle complicazioni del quadro clinico di Elena abbiamo dovuto aspettare e in quei mesi di attesa Elena ha portato un busto 23 ore al giorno e fatto fisioterapia per contenere l'evoluzione velocissima della sua

scoliosi grave. La sera prima dell'intervento era elettrica e non vedeva l'ora di fare l'intervento perché sapeva che poi sarebbe stata libera dal busto. Quella sera ha ricevuto un video dei compagni di classe e di tutti i suoi professori dell'Istituto Corradini Ponte Linari di Roma, montato appositamente per farle sentire l'incoraggiamento delle persone che le vogliono bene. Le è anche arrivato un video di Zalewski, il suo calciatore preferito della Roma.

Avete preso in considerazione altre cliniche prima di arrivare in Rizzola?

Avevamo fatto una visita con un medico del Bambin Gesù di Roma il quale ci aveva prospettato l'idea di un intervento sperimentale. Tuttavia durante la visita non si era sincerato del quadro clinico completo di nostra figlia, cosa che invece ha fatto immediatamente il Dottor Vesnaver, tanto da rilevare che Elena aveva anche una cavità siringomielica nel midollo. La Clinica Rizzola

Il caso clinico spiegato dal dott. Vesnaver

Elena, adolescente di 12 anni, esegue la sua prima valutazione presso il nostro ambulatorio scoliosi nel 2022, per riscontro di deformità toraco-lombare e talora lombalgia. Alla visione della radiografia della colonna vertebrale, si evidenzia scoliosi toracica di 52° con deformità estesa dalla 5^a alla 12^{ma} vertebra toracica, con una curva di compenso lombare ed una deviazione del tronco a sin, ed un indice di maturazione basso (Risser 1). In anamnesi rene pelvico, Tiroidite Hashimoto, Microvaio a sin. Dalla valutazione clinica emerge una significativa asimmetria dei triangoli della taglia, un caduta della linea bisacromiale a sin, uno strapiombo a sinistra. Era evidente la deformità dell'emitorace dx per la presenza di gibbo. Viene prescritta una rx dinamica in bending laterale per la valutazione della flessibilità della colonna e per meglio identificare il segmento vertebrale interessato della deformità tridimensionale scoliotica (curva primaria) e definire, secondariamente, le curve di adattamento (curve di compenso). Alla visione degli esami rx dinamici, si evidenzia una flessibilità della curve di compenso. Si classifica la deformità scoliotica come una scoliosi 3B (Classificazione di Lenke) che corrisponde ad una deformità caratterizzata da 2 curve toraciche principali con una corda di compenso lombare, con strapiombo laterale, il modificatore sagittale - corrisponde ad una riduzione della curvatura della colonna toracica con riduzione della cifosi toracica. In ragione del quadro di deformità, della familiarità per deformità

scoliotica e delle comorbidità, veniva prescritta anche una risonanza magnetica per escludere anomalie malformate midollari e del canale vertebrale e, come talora succede, si evidenziavano 2 porzioni di midollo con un canale midollare dilatato (siringomielia). Data l'età di comparsa della deformità, l'entità della curva >45°, la bassa maturità scheletrica il quadro clinico presentava altissima probabilità di peggioramento. Si optava, pertanto, per artrodesi toracico lombare T4-L1 a bassa densità di viti con un ripristino delle curve pressoché completo, sia sul piano frontale che sul piano sagittale. Oggi l'utilizzo delle viti peduncolari, le bande sub laminari e le moderne tecniche di riduzione, permettono di ottenere un ottimo controllo della correzione della deformità, nei casi non estremi di scoliosi di correggere completamente la deformità.



Sul profilo instagram della mamma

Valentina Tiraboschi ha documentato in un video emozionale il percorso delle cure di Elena Mazzei che dall'incontro con il medico e l'intervento sono culminate nella partecipazione al concerto di Ultimo.

Il concerto di Ultimo era il motivo per cui aveva lottato, la meta finale per Elena. La madre ha diffuso sul proprio profilo instagram un video emozionale del percorso fino a quella sera (QR Code).

Ci ha detto: "Abbiamo conosciuto Jacqueline, la fidanzata di Ultimo e le abbiamo detto che il giorno dopo avremmo pubblicato il video sperando che lui lo vedesse. Abbiamo già i biglietti per il concerto di Napoli dove andrà con il papà e poi la porteremo nel prato Gold all'Olimpico di Roma per fare in modo che lo veda almeno da vicino".



ULTIMO - Foto di Bruno Pek (Flickr)

è stata una scelta del dottor Vesnaver. Elena è stata operata nel posto migliore in cui potessimo sperare. La Casa di cura Rizzola è un posto dove ogni singolo dipendente ha a cuore il paziente e la sua famiglia. Da mamma ho potuto dormire e rimanere tutti i giorni di degenza con Elena, mentre il papà ha potuto entrare e stare con lei anche in orari diversi da quelli prestabiliti per le visite.

Cosa ricordate dei giorni trascorsi in reparto?

Il giorno dell'intervento le ore sono volate. La cosa bella è che non eravamo preoccupati, non sappiamo spiegarlo, ma eravamo certi di ciò che stava avvenendo in sala operatoria e felici di averla affidata al Dottor Vesnaver. Ricorderemo per sempre la bravura del medico e di tutta l'equipe medica di sala operatoria, la premura di tutti gli infermieri, l'affetto degli altri pazienti che venivano a trovare Elena perché era la più piccola.

Il personale della clinica?

Tutti meravigliosi. Hanno concesso al papà di vedere Elena alle 6,30 del mattino prima di entrare in sala operatoria e questo non lo dimenticheremo mai. Quando l'infermiera mi ha portato il necessario per fare una doccia e prendere del tempo per me, sono rimasta colpita dalla dolcezza di quel gesto. Perfino i pasti erano buonissimi.

Come sta adesso vostra figlia?

Benissimo. Non sapevamo cosa aspettarci per il post-operatorio. Nessuna fisioterapia, niente riabilitazione, nessun busto. Tutto finito con un intervento. L'abbiamo riportata a Roma con la macchina e ogni tanto facevamo delle soste per farla camminare un po'. Rientrati, anche grazie all'aiuto della sua migliore amica Angelica, che le è rimasta accanto per una settimana intera, siamo riusciti a farle fare qualche breve passeggiata fuori di casa. Dopo meno di 3 settimane eravamo allo Stadio Olimpico per il concerto al quale non avrebbe mai rinunciato nella vita e che è stato per lei stimolo a rimettersi in piedi nel minor tempo possibile.

Oltre alla preparazione tecnica, cosa ha apprezzato del dottor Vesnaver?



Elena con la mamma, Valentina Tiraboschi, e il resto della famiglia

L'attenzione prima di tutto.

L'umanità e il suo modo di approcciarsi non solo ad Elena ma anche a noi genitori; la capacità di spiegarci le cose senza omettere dettagli importanti. Abbiamo capito subito che stava trattando il caso particolare di Elena come se si trattasse di sua figlia. Questo ci ha fatti sentire al sicuro. Ha cercato fino alla fine la soluzione giusta per lei, a 13 anni bisogna trovare non solo la clinica e il tipo di intervento ma anche l'equipe di anestesisti

adeguata al suo caso.

Vostra figlia ha una passione per il cantante Ultimo. È vero?

Siamo partiti con magliettina di Ultimo da appendere in camera, un suo cappellino, una fascia e un cuscino. Inconsapevolmente è stato un faro per lei: Elena ha affrontato non solo il ricovero, ma anche i mesi precedenti e la convalescenza, ascoltando la sua musica. Il suo sogno è di incontrarlo per ringraziarlo.

RIABILITAZIONE E TECNOLOGIA

di Renato Capurro*

È in atto una rivoluzione digitale che propone ai pazienti setting riabilitativi sempre più validi ed efficaci. Robotica, realtà virtuale, sensori indossabili e intelligenza artificiale sono tutte tecnologie applicabili alla riabilitazione motoria e neurologica

Più di 100 milioni di persone in Europa soffrono di disturbi muscoloscheletrici cronici (MSD) come l'artrite reumatoide, il dolore al collo, alla schiena e alle spalle. Tuttavia, il protocollo standard di riabilitazione è costoso e inefficace. La maggior parte dei programmi di riabilitazione non sono seguiti in modo coerente e ben l'80% dei pazienti abbandona il trattamento prematuramente, aumentando la probabilità di reinfarti. La situazione non migliora con le patologie neurologiche. In Europa, ogni anno, per circa sei milioni di persone sono necessari programmi intensivi e a lungo termine di riabilitazione motoria dopo l'ictus. Una prospettiva sconsolante, specialmente sotto il profilo dei costi. Sono queste le premesse che fanno capire come mai anche in campo riabilitativo sia in atto una rivoluzione tecnologica digitale per proporre ai pazienti setting riabilitativi sempre più validi ed efficaci. Applicazioni e piattaforme disegnate per la teleriabilitazione permettono al paziente di svolgere gli esercizi riabilitativi a casa sotto il monitoraggio del fisiatra e del terapeuta. Si tratta di soluzioni già disponibili alla Casa di Cura Rizzola grazie alla partnership con aziende all'avanguardia nella progettazione e nella realizzazione di dispositivi "Homing". In Italia, in effetti, siamo precursori di macchinari che attualmente sembrano futuristici ma che si stanno avvicinando velocemente alla realtà.

PER RIABILITAZIONE DIGITALE - si intende un ampio terreno che comprende la robotica, la realtà virtuale, la sensoristica indossabile, i big data e l'Intelligenza Artificiale. In altre parole tutte quelle tecnologie applicabili a forme di interazione con finalità terapeutica in presenza o in teleriabilitazione. La riabilitazione digitale permette la selezione di un gran numero di dati che provengono dall'utilizzo di varie tecnologie da parte dei pazienti; informazioni sul movimento, sulla sua qualità o di parametri fisiologici come il battito cardiaco, la sudorazione, l'attività del muscolo e del cervello. La riabilitazione digitale si prefigge di rielaborare questi dati. Tra le finalità quella di portare la riabilitazione sul territorio, all'interno della nicchia ecologica nella quale vive e interagisce il paziente. La riabilitazione digitale può inserirsi nella prevenzione, nel training e nella valutazione del paziente con molteplici soluzioni e finalità. Le informazioni possono esse-

re raccolte in database anonimi che attraverso algoritmi di intelligenza artificiale, come il Deep Learning o il Transfer Learning, permettono di giungere a risultati che supportano il clinico nell'orientare l'approccio al paziente con uno specifico scopo rieducativo e riabilitativo.

LA ROBOTICA RIABILITATIVA comprende una serie di interventi che si potranno automatizzare attraverso delle macchine. Esistono delle apparecchiature che consentono di fare esercizi funzionali in modo automatico. Il vantaggio maggiore sembra rappresentato dalla possibilità di dosare la terapia tramite il robot amplificando sia l'aspetto qualitativo che quello quantitativo della seduta fisioterapica. In tal modo la macchina permette di verificare l'efficacia del trattamento e comprendere nuovi meccanismi di recupero. La speranza è quella di avere in futuro una riabilitazione ripetibile e protocollabile con una automatizzazione su larga scala degli interventi da affiancare alla confezione su misura del percorso terapeutico.

COS'È LA TELERIABILITAZIONE - Per il Ministero della Salute "La teleriabilitazione consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, o comunque migliorare, il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli." La riabilitazione è una delle attività sanitarie che può trarre beneficio dall'applicazione di tecnologie digitali, tanto nella fase di misurazione delle capacità funzionali, quanto nella fase svolgimento degli esercizi. Lo sviluppo di sensori del movimento e delle applicazioni di videogiochi chiamati "serious games" sono tra le principali tecnologie abilitanti della riabilitazione digitale. L'introduzione di prestazioni e servizi di teleriabilitazione digitale può offrire diversi vantaggi: garantire una continuità delle cure fino al domicilio del paziente; migliorare l'intervento riabilitativo, attraverso l'utilizzo appropriato delle prestazioni e dei servizi a distanza, esse consentono infatti di adattare maggiormente la frequenza e l'intensità dei trattamenti alle esigenze e alle preferenze del paziente, dei suoi familiari e degli altri caregiver e di contribuire ad accrescere l'adesione alla cura; aumentare l'efficienza dei servizi riabilitativi domiciliari, consentendo la presa in carico di un maggior numero di assistiti bisognosi di assistenza e la riduzione dei costi per il servizio sanitario; favorire le attività di sorveglianza, l'educazione sanitaria e l'applicazione di corrette pratiche di auto cura. Secondo molti esperti, la riabilitazione digitale, insieme a medicina e terapie digitali, sarà una delle nuove modalità sanitarie protagoniste della prossima normalità. Cessata l'emergenza Covid, infatti, le malattie croniche torneranno ad essere la maggior criticità di salute dei paesi avanzati. Il Covid ha avuto il merito di realizzare un aggiornamento delle tecnologie sanitarie, non solo per rispondere ai problemi legati al distanziamento fisico durante la presenza del virus, ma per consentire l'accesso ad interventi sanitari di provata efficacia, coinvolgere il paziente nel loro utilizzo e, in definitiva, migliorare le prestazioni e gli esiti di salute.

* Renato Capurro è responsabile Riabilitazione Alta Specializzazione Tecnologica della Casa di Cura Rizzola

CHIRURGIA PROTESICA DELL'ANCA

L'APPROCCIO ANTERIORE MININVASIVO

Da diversi anni è ormai noto come la chirurgia protesica dell'anca sia in grado di modificare l'invalidante storia naturale della coxartrosi e di numerose altre patologie coinvolgenti questa articolazione. È tuttavia doveroso non scordare che, pur di migliorare l'intollerabile gravità della sintomatologia dolorosa, fino a poco più di 50 anni fa, in epoca "pre-protesica", venivano proposti gesti chirurgici localmente demolitivi (come l'intervento di Girdlestone), nonostante le gravi sequele funzionali

CHIRURGIA MODERNA DELL'ANCA

L'era moderna della chirurgia protesica dell'anca (attribuita a Sir John Charley) viene collocata nel 1962 e si caratterizza per l'utilizzo di metodiche e di materiali, all'epoca innovativi, in grado non solo di sopprimere il dolore, ma anche di ripristinare la funzione della coxo-femorale. Tale chirurgia venne accolta con grande entusiasmo, nonostante i frequenti fallimenti delle prime esperienze. Con l'intenso diffondersi della metodica e con il crescente coinvolgimento delle varie discipline (non solo mediche) coinvolte – come l'ingegneria, la chimica dispositivi dall'affidabilità sempre maggiore come quelli attuali. Una volta che il riscontro epidemiologico fornito da numerosi "registri nazionali" – obbligatori in molti paesi, non ancora in Italia – ha certificato l'affidabilità a medio- lungo termine degli impianti protesici, l'interesse della comunità ortopedica si è più recentemente rivolto ai miglioramenti ottenibili nel breve termine. La contrazione dei tempi di recupero e la limitazione dell'invalidità temporanea sono stati, in particolare, il nuovo oggetto d'interesse. La focalizzazione pertanto, si è focalizzata su aspetti squisitamente chirurgici e farmacologici, tali da contenere l'invasività dell'atto medico ed i sintomi correlati. È in questo contesto di ricerca che ormai da oltre 15 anni, per la chirurgia protesica dell'anca vengono adottati approcci chirurgici a bassa invasività, al-

cuni dei quali si sono dimostrati riproducibili e apportatori di benefici effetti soggettivi e riabilitativi nel breve termine.

APPROCCIO MININVASIVO ANTERIORE

Tra questi, l'approccio mininvasivo anteriore all'anca è stato senz'altro tra i più affascinanti e discussi fin dalla sua iniziale diffusione, e questo per l'insita possibilità di "divaricare" i fisiologici piani intermuscolari senza incisioni della muscolatura, tipiche ed inevitabili mediante alternativi accessi chirurgici.



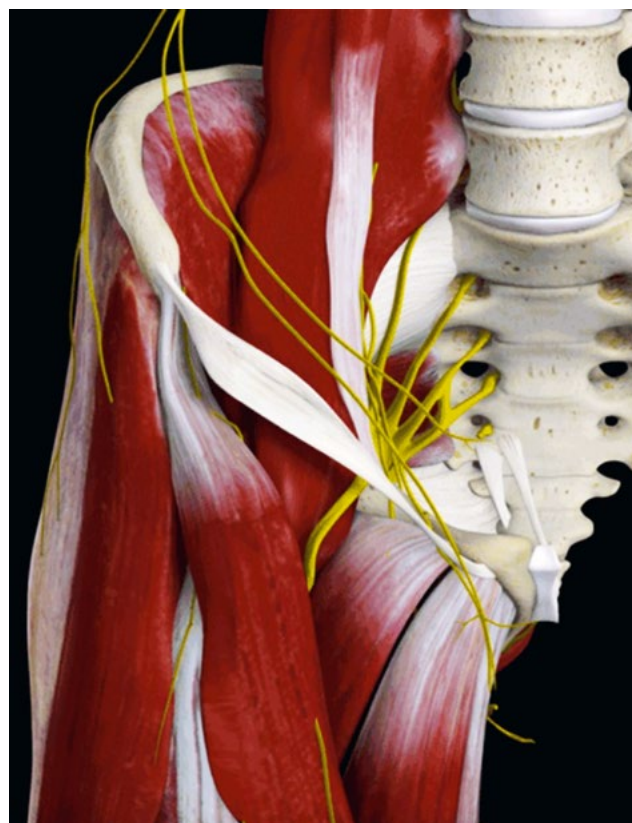
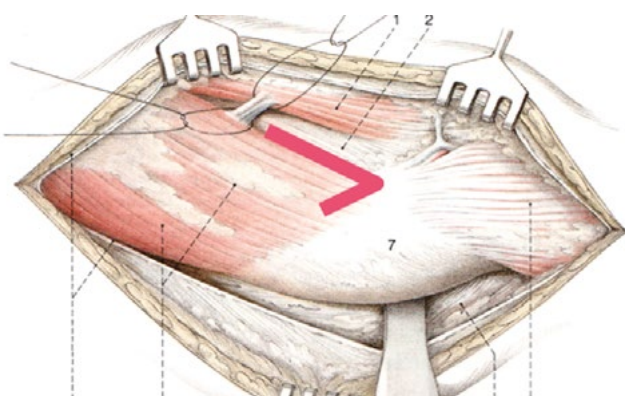
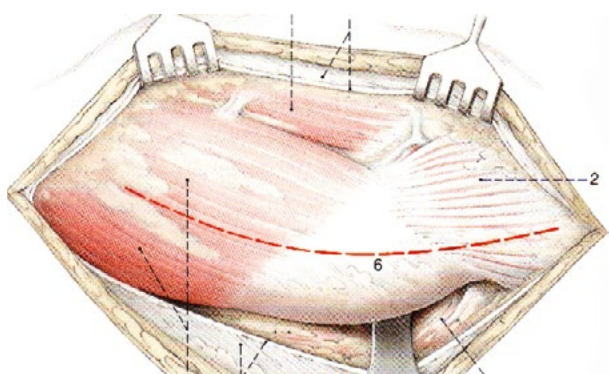
INCISIONI MUSCOLARI nelle diverse vie chirurgiche dell'anca

Via Anteriore: nessuna incisione muscolare

Via Anterolaterale: medio gluteo

Via Laterale: medio gluteo e vasto laterale

Via Posterolaterale: extrarotatori dell'anca



La chirurgia mininvasiva per via anteriore viene eseguita in Casa di Cura Rizzola dal 2017. Avviata dai chirurghi Maurizio Del Ben e Mauro Cardinale, oggi viene praticata anche da altri colleghi e dallo stesso responsabile dell'U.O. di Ortopedia, il dottor Zeno Biber.



Zeno Biber



Maurizio Del Ben



Mauro Cardinale

BENEDETTA, 18 ANNI, VIVE A MONTESILVANO, IN ABRUZZO

"VI RACCONTO IL MIO INTERVENTO DI PROTESI D'ANCA BILATERALE"

a cura della Redazione

Benedetta ha 18 anni e vive a Montesilvano, a pochi chilometri da Pescara. Alla clinica Rizzola ha subito un intervento di protesi bilaterale totale d'anca. L'abbiamo incontrata in Abruzzo, a casa sua, ascoltando le sue parole e quelle di mamma e papà.



Mi chiamo Benedetta e sono al quarto anno del Liceo delle Scienze Umane. Sono solare e positiva, penso di affrontare le cose abbastanza di petto.

Qual era il tuo problema?

Sentivo forte la differenza tra me e le mie coetanee perché loro potevano uscire, fare passeggiate, andare a ballare mentre io non potevo mettermi neanche le scarpe. Poi il dolore è andato crescendo con il tempo ed è diventato sempre più invalidante. Facendo la prima visita alla Rizzola, il dottor Biber ci ha dato tanta sicurezza e abbiamo capito che avevamo trovato il posto giusto. L'operazione è stata meglio di quanto mi aspettassi. Adesso va benissimo, ho ripreso quasi tutte le mie attività sia quotidiane sia sportive. Cammino senza stampelle e mi sento bene.

La mattina dell'intervento?

È venuto il dottor Biber e mi ha detto di non fare la gazzella ma il leone perché la gazzella scappa dalle difficoltà mentre il leone le affronta.

Dimmi di mamma, papà e del dottor Biber.

Mamma e papà mi hanno dato la forza che mi serviva e il supporto giusto nei momenti di cedimento durante tutto il percorso. Il dottor Biber è una persona meravigliosa perché dal punto di vista umano è capace di sostenerti ma allo stesso tempo di darti forza ma non tralasciando l'aspetto emotivo, proprio quello che fa sentire il paziente protetto.

Hai un sogno?

Il mio sogno è di diventare una poliziotta. L'aspirazione che ho è di entrare in polizia.

Signora Ernesta, qual era il problema di sua figlia?

Ci siamo accorti della sua difficoltà a deambulare alla fine del 2022. Abbiamo fatto una risonanza magnetica che ha evidenziato l'osteonecrosi di entrambe le teste dei femori. Il sangue non irrorava le ossa e queste morivano. Era andato male il tentativo di evitare la protesi dato che Benedetta aveva solo 16 anni. L'unica strada, a quel punto, era di fare le protesi delle anche.

Eravamo molto spaventati. Abbiamo cercato, ci siamo documentati. Le nostre richieste, ciò che ci aspettavamo per nostra figlia, hanno trovato risposte alla Rizzola.

Quali sono stati i vari passaggi in clinica?

Abbiamo fatto la prima visita in Rizzola a settembre e Benedetta si è operata il 26 ottobre scorso. È stato un percorso veloce. Il giorno dell'intervento il nostro punto interrogativo era: "Il dottore la opererà a una gamba o ad entrambe?". Il medico era stato estremamente chiaro: se ci fosse stato qualsiasi tipo di intoppo sulla prima gamba, la seconda gamba non l'avrebbe operata". Ad un certo punto, verso metà mattinata, ci hanno fatto sapere di aver finito la prima protesi e che sta-

vano procedendo con la seconda. C'è stato un senso di gioia perché era il desiderio di Benedetta: risalire dalla sala operatoria con tutte e due le gambe a posto. Benedetta ha finalmente il viso disteso di una ragazza di 18 anni.

Di chi, tra i professionisti incontrati, le è rimasto un ricordo speciale?

Oltre al dottore, porto nel cuore Debora, una OSS che è venuta a trovare Benedetta tante volte. È stata particolarmente vicina a nostra figlia.

Papà Natale, ci descriva sua figlia.

Benedetta è una ragazza vivace, spontanea, sportiva, allegra, una ragazza acqua e sapone. Sentir parlare di Benedetta mi tocca nel profondo (si commuove, ndr)



Il caso clinico spiegato dal dott. Biber

La Paziente era affetta da una grave necrosi asettica di entrambe le anche; questo significa che le articolazioni erano completamente rovinate. In un'altra sede hanno tentato un intervento di salvataggio all'anca destra per evitare di impiantare una protesi; l'esito però non è stato favorevole.

La ragazza camminava usando due stampelle e con molto dolore. Queste condizioni di sofferenza duravano da tempo e la qualità della vita era compromessa, non consentendole di praticare attività sportiva o di socializzare con i suoi amici. L'unica soluzione a questo punto era quella chirurgica, di sostituire le anche oramai distrutte con una protesi. La Paziente ha chiesto di fare l'intervento a entrambe le anche nella stessa seduta per evitare di dovere affrontare due ricoveri, due interventi distinti e due percorsi riabilitativi separati, oltre che per recuperare la funzionalità, la capacità di camminare e una vita sociale "normale" al più presto. La criticità del caso è data dal fatto che le protesi d'anca hanno una durata stimata di 20-25 anni. Data la giovane età della Paziente ci aspettiamo di dovere sostituire le protesi per usura almeno una volta. Ho scelto pertanto un modello di protesi che permette, quando la protesi si sarà consumata, di essere sostituita usando un tipo di protesi che si usa nei primi impianti e non uno stelo da revisione. La scelta è fatta per evitare che i successivi interventi siano troppo invasivi e per avere più "margine di scelta" per gli interventi futuri. La scelta dell'impianto, associata a un approccio chirurgico mini invasivo con cicatrice estetica hanno dato il miglior risultato perché la sventura possa diventare quanto più solamente un ricordo.



Prima dell'intervento



Dopo l'intervento



PER VEDERE L'INTERVISTA
A BENEDETTA E AI
GENITORI, INQUADRA
IL QR CODE

L'ANALISI DELLO SPECIALISTA

IL PIEDE: LE PATOLOGIE PIÙ FREQUENTI E I TRATTAMENTI

di Alberto Bragantini*

Il piede, a differenza della mano dove sono prevalenti le problematiche a carico delle cosiddette parti molli - tendini, fasce, nervi - presenta una peculiarità legata alla sua funzione di sostegno e di propulsione di tutto il peso del corpo

Comuni sono le problematiche legate ad alterazione della sua "architettura" ossea: deformità dell'avampiede come l'alluce valgo, l'alluce rigido, sovraccarichi a carico delle teste metatarsali, deformità del corretto allineamento delle dita, deformità del retropiede con cedimenti del profilo mediale



(come si osserva nel piede piatto sia nel bambino che nell'adulto) e, meno frequentemente, irrigidimenti con accentuazione dell'arco plantare come nel piede cavo. Esistono anche problematiche che interessano le parti molli; tra queste vi sono compressioni nervose (SDR di Morton) e sofferenze di tendini, sia a livello dell'inserzione sull'osso (entesi), sia in pieno corpo tendineo. I motivi sono svariati. Ad esempio a causa di "overuse" (uso eccessivo) determinato dall'attività sportiva, di materiali tecnici non adeguati e così via. Anche in questi casi la non corretta "architettura ossea" durante il carico può causare l'insorgere di tali patologie. Ecco quindi la necessità, durante una visita ambulatoriale, di un'attenta valutazione del piede in carico e durante il cammino. L'esame non deve essere frettoloso perché il piede cambia rapidamente la distribuzione del carico nell'ambito della sua superficie di

appoggio. Prima di assumere il suo assetto definitivo, spesso vi sono momenti compensativi che celano la problematica di base.

LE CAUSE PIÙ COMUNI DELLE PATOLOGIE DEL PIEDE

L'architettura del piede è la somma di svariate condizioni. Sicuramente vi è una componente familiare che fa sì che una determinata "forma" - con le relative problematiche di alluce valgo, piedi piatti o, all'opposto, cavi - si presenti più frequentemente nell'asse ereditario. Vi è poi una importante componente "ambientale": le abitudini alimentari, una regolare pratica sportiva, un'attività lavorativa che alla lunga grava sul piede in termini di sovraccarichi sia ponderali che di intense e prolungate sollecitazioni. Il piede è uno strumento perfetto dal punto di vista meccanico, capace di distribuire in continuazione il carico in



Risultato dopo intervento di calcaneo

settori diversi della stessa superficie di appoggio, a seconda delle esigenze del passo. Quando la corretta alternanza di distribuzione del carico viene a mancare, e sollecita solo una parte limitata, abbiamo un'alterazione della corretta "architettura" del piede. Sono due, in sintesi, le condizioni di alterazione biomeccanica del piede: quando il carico cade tutto all'interno del piede (eccesso di pronazione) e quando tende a cadere all'esterno (eccesso di supinazione).

ECESSO DI PRONAZIONE

La prima condizione è più frequente ed è conosciuta con svariati nomi: calcagno valgo, calcagno pronato, piede piatto. In questi casi che non vi è più un corretto allineamento tra l'asse della gamba e quello del retropiede. Il risultato è che il carico grava tutto all'interno del piede con sollecitazioni delle strutture capsulari e tendinee, come il tibiale posteriore che, se non riconosciuto e trattato, tende a scompensarsi nella vita adulta, fino alla rottura del tendine interessato. È veramente importante effettuare una valutazione del piede intorno ai 10 anni di età quando lo sviluppo si sta completando e si delinea l'assetto definitivo da "adulto". Qualora la caviglia "cede" all'interno, è preferibile trattarla chirurgicamente anche in età preadolescenziale. Esistono soluzioni poco traumatizzanti (calcaneo stop) che sventano la possibilità di ritrovarsi con un piede piatto da adulti. A quel punto bisognerebbe ricorrere ad una chirurgia ossea più complessa, con lunghi periodi di ripresa. L'eccesso di pronazione, inoltre, tende a coinvolgere l'avampiede: come

meccanismo compensativo l'alluce tende a deviare in valgo (punta del dito che guarda verso l'esterno), con sovraccarico delle teste metatarsali e intrappolamento dei rami nervosi intermetatarsali (SDR di Morton).

ECESSO DI SUPINAZIONE

La seconda situazione è meno frequente e tende a caricare la struttura laterale del piede, con convergenza del tallone all'interno. Sostanzialmente si tratta di un'architettura irrigidita con problematiche connesse a un'insufficiente ammortizzazione delle forze di carico. Tra le principali ci sono le fasciti plantari con formazione di speroni ossei, sofferenze a livello inserzionale al calcagno del tendine di Achille (entesopatie), vere e proprie sofferenze del tendine di Achille, facilità a traumi distorsivi con lesioni ai legamenti di stabilizzazione della caviglia esterni. Ad un retropiede supinato spesso si accompagna una accentuazione della volta plantare (piede cavo), con sovraccarichi dolorosi sulle più ristrette superfici di appoggio.

MALATTIE REUMATICHE

Inoltre il piede è bersaglio elettivo di importanti malattie reumatiche. Una fra tutte è l'artrite reumatoide. Oltre alle problematiche specifiche della malattia infiammatoria, che tende ad interessare tutti gli elementi dell'articolazione quale cartilagine articolare, capsula e tendini, a controllo prevalentemente medico, per la progressiva distruzione della articolazione si sovrappongono, nel tempo, problematiche di interesse squisitamente ortopedico da alterato carico.

TRAUMI

Per la sua posizione esposta e vulnerabile, infine, il piede è bersaglio di molteplici traumatismi che possono coinvolgere tutte le ossa e le cosiddette parti molli (tendini, capsula, legamenti). Se non correttamente trattato, il trauma può esitare, a distanza di tempo, in artrosi degenerative postraumatiche. In caso di forti traumi che interessano una superficie articolare, come ad esempio le fratture della caviglia o del calcagno, spesso è necessaria la sostituzione protesica della caviglia o la fusione delle superfici articolari (artrodesi) al fine di bloccare l'articolazione. Quando non adeguatamente trattati, anche i frequenti traumi distorsivi della caviglia possono portare ad un'instabilità dell'articolazione, con continui cedimenti al cammino sul terreno irregolare.

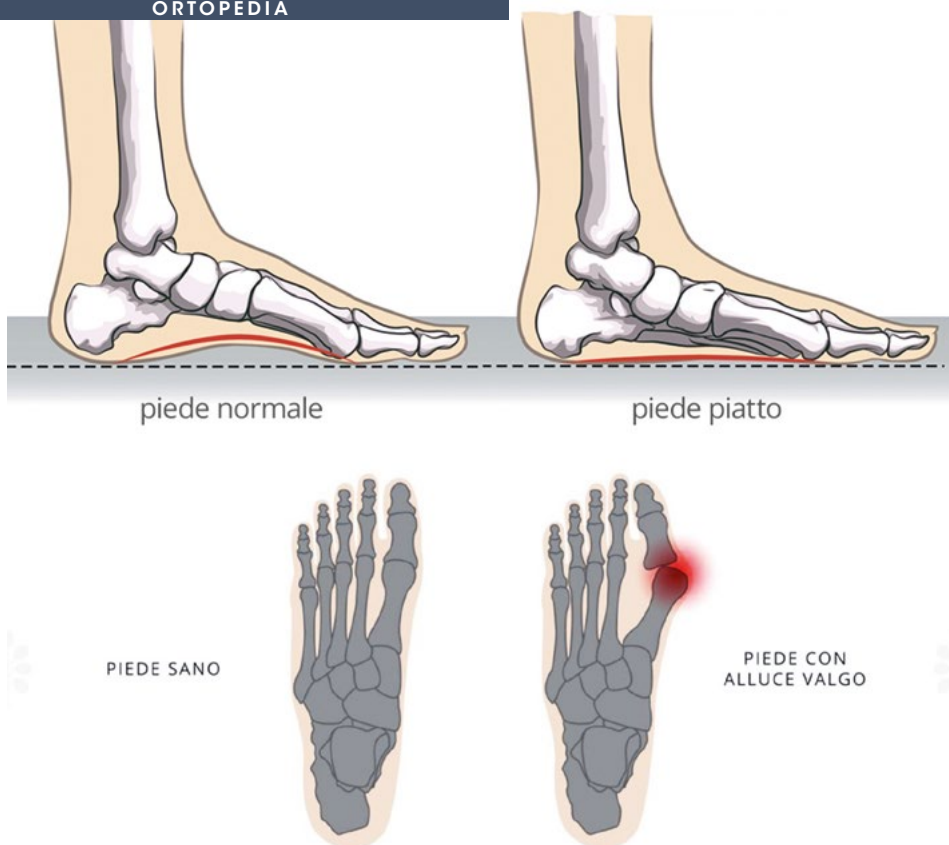
PREVENIRE E TRATTARE LE ALTERAZIONI DI CARICO

Se in sede di visita ambulatoriale (con le eventuali integrazioni strumentali tra le quali rx del piede in carico, risonanza magnetica e TAC) si riscontra una problematica di appoggio del piede, il primo provvedimento è volto, solitamente, a compensare il difetto con l'utilizzo di un plantare. Il plantare viene realizzato da professionisti con esperienza (tecnici ortopedici e podologi) su indicazione dello specialista e con materiali adeguati. Troppo spesso, anche a fronte di una spesa consistente, i plantari non risultano essere di qualità. Il plantare deve essere portato con costanza. A queste condizioni, in genere si apprezza un miglioramento del disturbo. Se invece il plantare viene abbandonato o la deformità si aggrava, la soluzione diventa chirurgica.

LE TECNICHE CHIRURGICHE

Le tecniche per trattare le patologie del piede sono numerose. Qui di seguito farò cenno a quelle disponibili per i problemi più comuni, ossia le patologie dell'avampiede (alluce valgo, metatarsalgie, deformità delle dita) e piattismo. Alluce valgo. Trattandosi di una deformità ossea, il trattamento ottimale deve avere come bersaglio l'osso. Gli obiettivi da raggiungere sono la riduzione della maggiore salienza ossea a carico della testa del primo metatarso (esostosi), l'al-

lineamento dell'apparato flessore estensore della articolazione dell'alluce, la riduzione della divergenza tra i metatarsi, il trattamento delle deformità che si associano al valgismo: metatarsalgie da sovraccarico legate all'insufficienza del primo raggio, deformità in griffe o a martello delle dita laterali. Nella mia esperienza chirurgica, dopo aver testato negli ultimi 25 anni svariate tecniche di chirurgia aperta con mezzi di sintesi, utilizzo adesso solo tecniche mininvasive percutanee, integrando l'esperienza delle osteotomie percutanee distali (PDO). La mia esperienza è nata nella Clinica Ortopedica Università di Verona nel 1996, nell'ambito della scuola spagnola di De Prado. Nei casi lievi di alluce valgo i gesti chirurgici fondamentali, diversamente associati a seconda della gravità della deformità e delle patologie presenti, consistono nell'asportazione della parte esuberante della testa del primo metatarsale (esostosectomia) e nella correzione dell'allineamento della prima falange (osteotomia varizzante). Il tutto viene eseguito con accessi di 2-3 mm e mediante l'utilizzo di strumenti "controllati" da un apparecchio radiografico. In tal modo la localizzazione della zona di lavoro risulta ottimale. Nei casi medio gravi di alluce valgo bisogna aggiungere anche una osteotomia con traslazione della testa del primo metatarsale per ridurre la divergenza. A garanzia del mantenimento in posizione corretta della osteotomia, stabilizzo il primo raggio con un ferretto percutaneo il primo raggio, che dopo soli 20 giorni viene rimosso in occasione della prima



medicazione. Anche questa osteotomia viene eseguita con miniaccesso e con frese a basso numero di rotazioni, che non ledono l'osso per l'eccessivo riscaldamento. Tutta questa chirurgia può essere eseguita in anestesia locale, con blocco alla caviglia, in regime ambulatoriale. Il piede operato viene semplicemente bendato. Il paziente con apposita calzatura postoperatoria può concedere immediatamente il carico e torna dopo 20 giorni a nuova medicazione con rimozione del ferretto, se presente, e successivo impiego di sandali e ampie scarpe da ginnastica. La fisioterapia che con un operatore preparato è importante per il recupero della corretta motilità dell'alluce. A 3 mesi dall'intervento viene

eseguito un controllo radiografico per la verifica della corretta consolidazione delle osteotomie.

PIEDE PIATTO

Il trattamento chirurgico del piede piatto è diverso a seconda dell'età del paziente. Il piede comincia ad avere il suo assetto semi definitivo intorno ai 10 anni in età preadolescenziale. Solo in pochi casi, a quell'età, il piattismo dà dolore. Tuttavia pone problematiche funzionali come maggiore stancabilità o impossibilità a compiere tutti gli sport.

Si tratta di una situazione molto spesso sottostimata che si andrà ad aggravare nel tempo in ragione di nuove condizioni quali il peso e l'attività lavorativa. Tra i 10 e i 15 anni il ruolo della chirurgia, invece, non solo è curativo dei casi sintomatici, ma anche preventivo di maggiori e più gravi deformità successive. La correzione chirurgica è eseguita con vite di calcaneo stop, una metodica poco invasiva che impiega un dispositivo (a volte una vera e propria vite, in altri casi una endortesi che viene inserita come un cuneo nel seno del tarso, uno spazio a forma di imbuto appena al davanti del malleolo esterno). L'intervento può essere eseguito in anestesia locale con regime di ricovero diurno. Il piede viene solo bendato e il carico è concesso immediatamente con l'utilizzo di due bastoni canadesi per i primi 10-15 giorni.



INQUADRA IL QR CODE PER VEDERE UN INTERVENTO DI CHIRURGIA PERCUTANEA MININVASIVA PER TRATTARE L'ALLUCE VALGO ESEGUITO DAL DOTTOR ALBERTO BRAGANTINI.

Il video è stato registrato in diretta in sala operatoria. Nonostante si tratti di chirurgia mininvasiva, la visione non è raccomandata a un pubblico particolarmente sensibile.

* Alberto Bragantini è specialista in Ortopedia e Traumatologia - Medicina dello Sport. Dal 2002 è libero professionista presso le Case di Cura accreditate con il Servizio Sanitario Regionale S. Francesco Verona, Sileno e Anna Rizzola di San Donà di Piave, Giovanni XXIII Monastier, San Giorgio Pordenone, Sanatorio Triestino Trieste, Villa Bianca Trento con il ruolo di responsabile dell'unità di Chirurgia del Piede



Mare Group è un'azienda specializzata in progettazione e implementazione di tecnologie abilitanti per l'Industria, le PMI e la Pubblica Amministrazione.

Nata nel 2001 come società di consulenza ingegneristica alle Grandi Imprese, negli anni Mare Group cresce grazie a nuove assunzioni, all'acquisizione di realtà aziendali innovative e alla realizzazione di numerose partnership.

Diviene così un gruppo, estendendo il proprio supporto a PMI e PA con una strategia integrata di prodotto, servizi e tecnologia declinata attraverso tre brand:

Mare Consulting

Dedicato alla consulenza per l'innovazione delle aziende e alla valorizzazione dei loro asset intangibili.

Mare Digital

Impegnato nella progettazione, nello sviluppo e nella implementazione di prodotti e servizi digitali attraverso l'integrazione di tecnologie come intelligenza artificiale e realtà aumentata e immersiva.

Mare Industrial

Con competenza in ingegneria industriale e focus su ottimizzazione dei processi di produzione e di innovazione tecnologica e organizzativa.



Grazie ad investimenti del 15% del fatturato complessivo in R&S, all'esperienza diversificata di numerosi professionisti e alla collaborazione con Università e Centri di Ricerca nazionali e internazionali, Mare Group oggi supporta la trasformazione tecnologica aziendale in numerosi ambiti: l'Healthcare, la Green Economy, l'Automotive, l'Aerospaziale, il Manifatturiero, la Meccanica di precisione, i Beni Culturali.

Grazie alla collaborazione con Sync lab è nato SynClinic, il gestionale che supporta lo scambio di informazioni in ambiente digitale tra clinica, paziente e ASL.

Le competenze verticali in ambito Healthcare consentono

a Mare Group di ideare e realizzare soluzioni ad alto valore tecnologico per enti sanitari pubblici e privati, con attenzione specifica alle esigenze dei pazienti, dello staff medico e di quello amministrativo.

Il gruppo attualmente conta più di 800 clienti nazionali ed internazionali, più di 300 dipendenti, un fatturato consolidato di 40 milioni di euro e 15 uffici in 4 nazioni.

La presenza internazionale, già stabilita in Brasile, Slovacchia e Repubblica Ceca, sta crescendo grazie a un ambizioso piano di espansione che include l'apertura di altre sedi e l'integrazione di nuove realtà fortemente specializzate.



Nel vasto panorama dell'innovazione digitale, Sync Lab è la Digital Innovation Company che guida i suoi clienti da oltre vent'anni, plasmando il futuro delle imprese attraverso una combinazione di competenze verticalizzate e formazione continua. Con 6 sedi in Italia e un'esperienza strutturata nei suoi 20 anni di attività, Sync Lab opera nei settori chiave di Health, Finance, Telco, Utilities, Industry, Transportation.

Al fianco dei migliori partner e impiegando il pieno potenziale delle suites proprietarie di rinomati player di mercato, l'Unità eHealth Sync Lab opera nell'ambito della sanità con un'offerta modulabile e integrata, per una gestione performante e agile di tutti i processi clinici delle strutture sanitarie.

Clinica Rizzola sceglie SynClinic by Sync Lab: Una storia di successo nella Trasformazione Digitale della Sanità

La partnership tra Sync Lab e la Clinica Rizzola si consolida in seguito a un approccio trasparente e proattivo sulla soluzione SynClinic supportato dalla fiducia di Mare Group. Premura della Clinica era accertarsi della maturità del prodotto e delle capacità aziendali nel settore, entrambi elementi pienamente avvalorati in sede di dialogo aperto e diretto con i clienti Sync Lab già in attivo su SynClinic, che hanno confermato la solidità del prodotto e la dedizione dei professionisti Sync Lab nella fornitura di supporto costante durante e dopo l'implementazione del Software.

Il contesto IT della Clinica Rizzola, dominato da uno sviluppo interno, aveva fatta propria l'abitudine all'estrema personalizzazione, elemento chiave e caratterizzante di SynClinic, intrinsecamente modulabile e scalabile. La flessibilità di SynClinic è emersa con chiarezza nelle fasi di demo presentative, garantendo una minimizzazione del cambiamento e garantendo risorse specializzate durante l'intero processo di implementazione.

Nel periodo di avvio, a Gennaio 2023, la presenza costante della squadra Sync Lab è stata centrale dal lato tecnico, oltre che fondamentale per assistere gli utenti nella fase più delicata, creando un legame di fiducia reciproca, e ottimizzando da subito il Software rispetto alla luce dei feedback registrati in questa fase.

Il periodo di Go-Live ha coinvolto processi critici come CUP, Accettazione, Fatturazione e Refertazione, con particolare attenzione all'esperienza del paziente, facilitando e ottimizzando i processi, fissando l'avvio di SynClinic strategicamente i primi giorni dell'anno, quando il minore flusso di pazienti ha consentito una partenza più graduale e reattiva. Particolare attenzione è stata data inoltre all'ufficio amministrativo e del management aziendale, per strutturare una reportistica di business intelligence per un controllo di gestione su misura.

L'integrazione con il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero del Veneto ha rappresentato un elemento chiave nel processo: la fase di implementazione è stata caratterizzata da una progettazione meticolosa per garantire l'interoperabilità tra SynClinic e i sistemi regionali, passaggio generalmente tra i più cruciali, in uno scenario dove collaborazione tra pubblico e privato si rende sempre più nevralgico.

Nella fase di implementazione hanno giocato un ruolo fondamentale l'estrema flessibilità organizzativa Sync Lab e le consolidate competenze in ambito integrazione e standard HL7, che si sono rivelate differenziali per il successo del progetto e la realizzazione di una piattaforma solida e flessibile, adattabile a ogni esigenza.

Il traguardo finale del progetto ancora in sviluppo è quello di una completa dematerializzazione delle informazioni e dei dati sanitari, superando del tutto le obsolete procedure gestionali dei flussi informativi sanitari e creando un flusso di documenti digitali con pieno valore giuridico.

Il progetto SynClinic nella struttura Rizzola persiste e continua a plasmare giorno dopo giorno un futuro in cui la tecnologia guida l'evoluzione del settore sanitario, migliorando l'efficienza e l'accessibilità di tutti i servizi.

SynClinic: Il nuovo paradigma dell'eHealth di Sync Lab nella Gestione Sanitaria italiana

Perché Sync Lab? La focalizzazione su telemedicina ed eHealth di Sync Lab si basa su un'offerta di soluzioni avanzate, in un'ottica che vede la digitalizzazione come un'opportunità per migliorare non solo l'esperienza dei pazienti, ma lo stesso lavoro dei professionisti.

SynClinic è il software integrato per le strutture sanitarie sviluppato da Sync Lab e frutto dell'expertise strutturata in ambito eHealth e di molteplici collaborazioni con clienti di calibro internazionale. Gestisce in maniera congiunta tutti i processi amministrativi e di supporto. Il gestionale, disponibile sia in cloud che on-premises, organizza e monitora tutte le fasi del percorso di cura del paziente, svolgendo un ruolo cruciale nella gestione del rischio clinico.

Attraverso le sue soluzioni digitali, il sistema di gestione sanitaria SynClinic offre aggiornamenti continui sulle attività della struttura, dando accesso al controllo dei budget e il monitoraggio delle performance aziendali. La visione sempre aggiornata delle disponibilità della struttura, la gestione integrata degli aspetti contabili e la generazione di dati statistici e di performance sono solo alcune delle caratteristiche che il Software mette a disposizione.

SynClinic non solo semplifica i processi e la governance dei dati clinici-amministrativi, ma ridefinisce il concetto di



servizio al paziente. Riduzione degli errori di procedura, controllo totale sulle attività di sportello e fatturazione, e una integrazione sempre aggiornata con i servizi regionali, fanno di SynClinic un alleato fondamentale per una gestione dei flussi operativi più performante e affidabile.

Come Gestionale ERP sanitario, garantisce a medici, infermieri e personale tecnico la possibilità di svolgere le attività accessorie in modo efficiente, consentendo loro di concentrarsi sulla cura del paziente, con il supporto di un Sistema informativo sanitario che semplifica le operazioni cliniche.

Allo stesso modo, il personale amministrativo trae vantaggio dalla Gestione integrata dei processi, per un controllo a 360° che fornisce update continui sulle attività e consente il controllo del budget privato e convenzionato.



L'ITALIA ALL'AVANGUARDIA NELLA TUTELA DEI DIRITTI DEI PAZIENTI

L'oblio oncologico è legge

di Maurizio Campagna*

Tale diritto consentirà alle persone guarite dal cancro di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa patologia nei casi previsti dalla legge

Dal cancro si può guarire. Il 51% delle donne e il 39% degli uomini europei che hanno avuto un tumore, infatti, guariscono e, in meno di 10 anni, la gran parte, a parità di condizioni, torna ad avere un'aspettativa di vita analoga a quella di chi non si è mai ammalato. Dopo 5 anni dalla diagnosi possono ritenersi "guarite", ad esempio, le persone a cui era stato diagnosticato un tumore del testicolo o della tiroide; dopo meno di 10 anni le persone con tumori dello stomaco, del colon retto, dell'endometrio e con un melanoma. Lo studio coordinato dal Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, pubblicato sulla prestigiosa rivista *International Journal of Epidemiology*,

evidenzia che sono molti i tumori dai quali si può guarire. In Italia circa il 27% delle persone colpite da una neoplasia guarisce. Tale percentuale corrisponde a quasi un milione di persone.

Eppure, a fronte di tali evidenze, i guariti dal cancro subiscono discriminazioni sul piano economico-sociale, in particolare modo per ciò che concerne l'accesso ai servizi bancari, quali ad esempio prestiti, finanziamenti e mutui, e assicurativi. L'esperienza della malattia, infatti, seppur clinicamente alle spalle, continua a orientare la valutazione del merito creditizio o del grado di solvibilità degli ex malati da parte degli istituti di credito, o a determinare il premio dei prodotti assicurativi a loro destinati.

Nell'ottica di porre fine a queste forme di odiosa discriminazione, all'inizio dello scorso mese di dicembre è stata,

finalmente e all'unanimità, approvata dal Senato un'articolata proposta di Testo Unificato in materia di diritto all'oblio oncologico, già passata al vaglio della Camera. Un lungo applauso ha seguito l'annuncio dell'approvazione. Al testo, tra gli altri, ha lavorato il gruppo di esperti multidisciplinari costituito dalla Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO). Il riconoscimento di tale diritto consentirà alle persone guarite dal cancro di non fornire informazioni, né subire indagini in merito alla propria pregressa patologia nei casi previsti dalla legge, vale a dire nel caso di trattative per ottenere prodotti bancari o assicurativi; nell'ambito di selezioni per l'accesso al lavoro; ancora, nell'ambito dei procedimenti per l'adozione. Al diritto di tacere un'informazione cor-

* Maurizio Campagna è avvocato, consulente della Casa di Cura Rizzola e membro del Comitato Scientifico della Fondazione Rizzola Academy. Docente di Diritto sanitario nell'Università degli Studi di Milano Statale, fa parte del Gruppo di lavoro FAVO per l'oblio oncologico



Foto di Angiola Harry

risponderà, specularmente, un divieto di richiederla. La persona guarita dal cancro che abbia già fornito le informazioni relative alla sua pregressa condizione di malattia potrà comunicare la sua guarigione, producendo idonea certificazione. Le banche, gli istituti di credito le imprese di assicurazione e analoghi soggetti in possesso di tali informazioni dovranno procedere alla loro immediata cancellazione. La legge valorizza quindi lo scorrere del tempo ritenuto dalla scienza sufficiente perché i guariti tornino ad avere la stessa prospettiva di vita di chi non ha mai ricevuto una diagnosi di cancro. Il tempo trasforma così un'informazione in "un rumore", cioè in un dato del tutto irrilevante ai fini della valutazione del merito creditizio o della solvibilità di potenziali clienti, ma anche ai fini di un'a-

In Italia circa il 27% delle persone colpite da una neoplasia guarisce. Tale percentuale corrisponde a quasi un milione di persone.

dozione o di una selezione lavorativa, in altre parole ai fini di una vita piena, senza limitazioni ingiustificabili. Que-

sta legge promuove un cambiamento culturale in atto da tempo: un filo rosso lega l'evoluzione del concetto di salute, quale stato completo di benessere fisico psichico e sociale, all'evoluzione del concetto di guarigione. Alla guarigione clinica, corrisponde finalmente quella "giuridica". Le rivoluzioni culturali si nutrono però di (nuova) conoscenza. Il successo della legge dipenderà dal grado di informazione (e formazione) del personale di banche, assicurazioni, e istituti finanziari, sulla concreta possibilità di guarire, e far così comprendere che ogni discriminazione non solo è irragionevole, ma è altresì antiscientifica. In questo cruciale passaggio a un nuovo approccio al cancro, il ruolo delle associazioni di pazienti, garanti della buona informazione, sarà ancora una volta fondamentale e insostituibile.

POTENZIALITÀ E LIMITI DELLA TECNOLOGIA CHE STA CAMBIANDO IL MONDO

Intelligenza Artificiale e dati sanitari

*Di Francesco Antonio Stameria

L'AI Act, approvato a giugno in Europa e che dovrebbe entrare in vigore tra il 2024 e il 2025, si pone come baluardo legislativo nella regolamentazione dell'intelligenza artificiale, proponendo l'istituzione di un quadro giuridico uniforme per lo sviluppo, la commercializzazione e l'uso sicuro di una tecnologia in grado di trasformare il mondo

“

Oggi abbiamo fatto la storia”, ha dichiarato Brando Benifei – membro italiano del Parlamento Europeo – a seguito dell'approvazione della “Posizione negoziale sulla legge sull'intelligenza artificiale”. L'Unione Europea – tracciando la strada verso la prima regolamentazione al mondo sull'intelligenza artificiale, il c.d. “AI Act” ha davvero fatto la storia.

L'AI ACT SI PONE come baluardo legislativo nella regolamentazione dell'intelligenza artificiale, proponendo l'istituzione di un quadro giuridico uniforme per lo sviluppo, la commercializzazione e l'uso sicuro di una tecnologia in grado di trasformare il mondo. Al contempo, però, un cambiamento tecnologico così significativo – e realizzato in tempi così brevi – pone delle sfide importanti, perché gli stessi elementi e le stesse tecniche che alimentano i benefici socioeconomici dell'IA possono altresì comportare nuovi rischi, complicazioni giuridiche e ostacoli etici. L'uso dell'intelligenza artificiale, garantendo un miglioramento delle previsioni, l'ottimizzazione delle operazioni e la personalizzazione dell'erogazione di servizi, è particolarmente utile nel settore sanitario, dove ha dimostrato di essere una tecnologia estremamente promettente, permettendo miglioramenti significativi nella diagnosi, nel tratta-

mento e nella gestione delle malattie.

I TECH GIANTS – Le grandi aziende del mondo digitale (su tutte Amazon, Apple, Google e Microsoft) investono ormai da anni nel settore della sanità e sono presenti in un numero sempre maggiore di settori medici, dalla diagnostica alla prevenzione, dalla medicina personalizzata alla digital health. Le previsioni delle più grandi società di consulenza tracciano un quadro preciso: saranno i tech giants i maggiori catalizzatori del cambiamento nella nuova era della sanità, grazie alla combinazione di immensi capitali e alla disponibilità di miniere di dati dei consumatori da cui attingere.

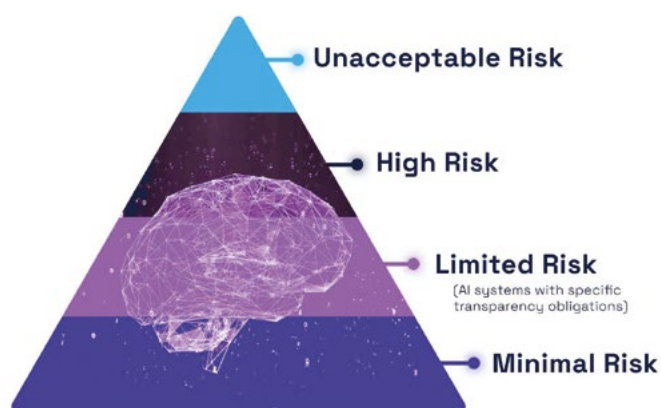
UN GIUDIZIO “UMANO” – Nonostante le promettenti premesse, l'applicazione sempre più frequente di sistemi di IA in questo settore pone degli interrogativi non solo di natura tecnologica, ma anche etica. Difatti, le decisioni sanitarie spesso coinvolgono complesse sfumature che l'IA fatica a comprendere appieno a causa degli intricati elementi sociali e contestuali che sono coinvolti. Sebbene l'IA possa processare grandi quantità di dati e assistere nella presa di decisioni, comprendere il contesto sociale più ampio e esercitare un giudizio basato sui valori umani e sull'esperienza rimane ancora fuori dalla portata di questa tecnologia. In più, affidabilità e trasparenza sono fondamentali per sta-

bilire la fiducia nelle relazioni sanitarie, ma gli utenti spesso trovano difficile comprendere come l'IA giunga a decisioni specifiche, incidendo così sulla fiducia tra pazienti, operatori sanitari e sistemi di IA. Inoltre, gli algoritmi di IA potrebbero manifestare pregiudizi o rendimento inferiore in determinati scenari, come casi che coinvolgono popolazioni sottorappresentate, rivelando un potenziale per discriminazione o imprecisioni ed evidenziando il bisogno di una rappresentazione diversificata dei dati e di un monitoraggio continuo.

DATI PERSONALI – Le tecnologie di IA e i dati personali sono strettamente correlati perché le prime non possono esistere senza i secondi. Per questa ragione, non si può tentare di regolamentare l'IA senza tenere in debita considerazione la normativa in materia di protezione dei dati personali. Sulla scorta di queste proiezioni, l'Unione Europea si è dimostrata consapevole delle sfide poste dall'intelligenza artificiale e le sta affrontando con mezzi giuridici diversi: (i) il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (c.d. “GDPR”) – che, sebbene solo in parte, già regola i sistemi di intelligenza artificiale, ponendo condizioni e limiti specifici sul trattamento dei dati personali per mezzo di processi decisionali automatizzati, e (ii) nuove norme, come quelle che saranno introdotte, per l'appunto, dall'AI Act.

GDPR – Il Considerando 71 dispone che i processi decisionali automatizzati e la profilazione aventi ad oggetto categorie particolari di dati personali (come quelli sanitari) “dovrebbero essere consentiti solo a determinate condizioni”, come, ad esempio, a seguito di espresso consenso dell’interessato o se realizzati nel perseguimento di un interesse pubblico. È un punto di partenza, ma essendo stato concepito ben prima dell’avvento (pubblico) dell’intelligenza artificiale, il solo GDPR non basta a fornire una generale tutela contro i rischi e le minacce posti da questa tecnologia, in particolar modo in ambito sanitario e della ricerca medica.

La Commissione Europea, partendo da un approccio di soft-law (linee guida e raccomandazioni), è arrivata – con l’AI Act, il cui testo non è ancora consolidato – a proporre un nuovo contesto regolatorio per lo sviluppo e l’applicazione dei prodotti “alimentati” dall’intelligenza artificiale allo scopo di delineare una classificazione dei sistemi di IA sulla base dei rischi che questi pongono nei confronti dei diritti e delle libertà degli interessati:



1. “RISCHIO INACCETTABILE”

Sistema vietato (ad es., sistemi di IA che sfruttano gruppi di soggetti particolarmente vulnerabili o sistemi di IA utilizzati da autorità pubbliche per finalità di social-scoring);

2. “RISCHIO ALTO”

Sistema autorizzato, ma soggetto a requisiti e obblighi per accedere al mercato dell’UE (ad es., identificazione biometrica e categorizzazione di persone fisiche; gestione dell’immigrazione, dell’asilo e controllo delle frontiere);

3. “RISCHIO LIMITATO”

Sistema autorizzato e soggetto a obblighi di trasparenza più leggeri (ad es., chatbot e altri sistemi di interazione).

> Norme legislative comuni

Rispetto a questa classificazione, i sistemi di IA che incidono sulla salute, sul diritto alle cure e sulla fruizione di servizi sanitari e di assistenza medica sono classificati come a “rischio alto” e, al fine di garantire un livello costante ed elevato di tutela degli interessi pubblici in materia di salute, sicurezza e diritti fondamentali, il Considerando 13 del proposto AI Act auspica la definizione di norme legislative comuni.

> Innovazione e protezione

Poiché l’implementazione dell’IA nel settore sanitario continua a progredire, affrontare le preoccupazioni etiche e giuridiche richiede la collaborazione tra tutte le parti interessate, inclusi tecnologi, professionisti sanitari e, certamente, i legislatori. Trovare un equilibrio tra innovazione e protezione è cruciale per garantire che l’IA contribuisca positivamente alla sanità senza compromettere la fiducia, la trasparenza e l’equità.

> Il decalogo italiano

Un ulteriore apporto sul tema proviene dal Garante Italiano che nel “Decalogo per la realizzazione di servizi sanitari nazionali attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale”, pubblicato lo scorso settembre, ha fornito delle indicazioni operative per un uso dell’IA responsabile e conforme al GDPR, indicando i tre principi fondamentali che gli operatori dovrebbero rispettare nella realizzazione di servizi sanitari attraverso sistemi di IA: trasparenza dei processi decisionali; decisioni automatizzate supervisionate dall’uomo; non discriminazione algoritmica.

* Francesco Antonio Stamerra è avvocato, Associate di Ferrari Pedeferra Boni & Soci e responsabile degli uffici di Lecce. Esperto di Privacy & Data Protection, è consulente di enti pubblici, privati e in controllo pubblico

Il ruolo dell'efficienza energetica in sanità

di Franco D'Amore*

A parità di superficie, ospedali e case di cura consumano più del doppio di un ufficio o una scuola. Il loro efficientamento è fondamentale per raggiungere gli obiettivi energetico-climatici nazionali ed internazionali



Si è conclusa da poco, a Dubai, la COP28, il meeting internazionale organizzato dalle Nazioni Unite nel quale i leader mondiali sono chiamati a discutere strategie per limitare gli impatti delle attività umane sul clima. Nonostante il timore di molti analisti sul suo insuccesso, la COP28 ha sicuramente fatto importanti passi in avanti nel contrasto alle emissioni climalteranti, da alcuni definiti di portata storica. Ciò detto, le sfide che i cambiamenti climatici pongono al genere umano restano enormi.

L'EUROPA – L'Europa ha intrapreso da tempo politiche energetico-climatiche ambiziose, con gli obiettivi di ridurre del 55% le emissioni di gas serra

al 2030, riportandole ai livelli del 1990, e della neutralità climatica entro il 2050. Coerentemente con questo quadro, l'Italia è chiamata a modificare sostanzialmente il modo in cui produce e utilizza l'energia, essendo il principale settore in termini di emissioni di gas a effetto serra.

EFFICIENZA ENERGETICA – Tra le principali leve su cui è possibile agire per ridurre le emissioni climalteranti, l'efficienza energetica gioca un ruolo primario (il così detto principio dell'"energy efficiency first"). Ridurre gli sprechi di energia vuol dire sfruttare le migliori tecnologie oggi disponibili per gli usi finali dell'energia ed ottimizzare l'integrazione con le fonti rinnovabili per l'autoproduzione del proprio fabbisogno energetico. Investire in effi-

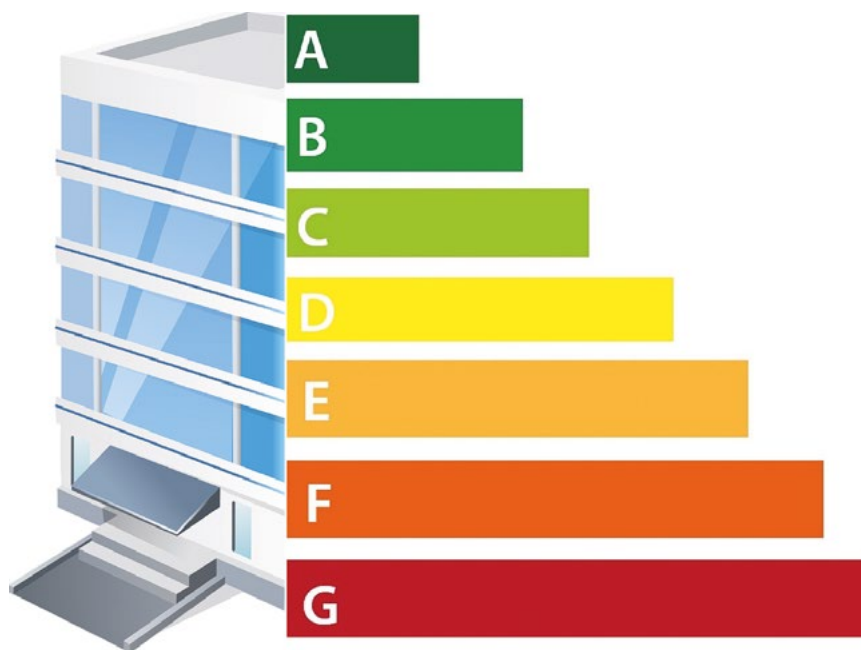
cienza energetica non aiuta solo l'ambiente ma riduce, anche in maniera sostanziale, i costi delle bollette per gli utenti, e stimola la competitività delle imprese che offrono servizi qualificati e soluzioni tecnologiche avanzate in questo campo, promuovendo occupazione di qualità.

STRUTTURE ENERGIVORE – Il tema della gestione ottimale dei consumi energetici deve riguardare tutte le tipologie di consumatori, nessuna esclusa. Tra queste, senza dubbio, si possono annoverare gli ospedali. Gli edifici adibiti a case di cura, infatti, sono tra le strutture più energivore del settore terziario e consumano, a parità di superficie, più del doppio di un ufficio o una scuola. Conseguentemente il loro impatto climatico è tra i più rilevan-

ti. Anche i costi sono molto ingenti: si pensi che, secondo i dati AGENSA, la recente crisi energetica innescata dalla guerra tra Russia e Ucraina ha fatto lievitare la spesa energetica delle strutture sanitarie regionali da 1,8 miliardi del 2021 a 3,2 miliardi del 2022.

BARRIERE – Cosa frena la realizzazione di interventi di efficientamento delle strutture sanitarie, sia pubbliche che private? Un primo scoglio è rappresentato dagli investimenti necessari per realizzare gli interventi di ammodernamento infrastrutturale degli edifici. Secondo uno recente studio realizzato da I-Com Istituto per la Competitività e la società Siram Veolia, la riduzione di circa il 30% della bolletta energetica di un ospedale richiede investimenti che si aggirano intorno ai 50 €/m². Tali investimenti si ripagano nel tempo con i risparmi, ma spesso la dirigenza sanitaria preferisce utilizzare le risorse finanziarie a disposizione nel core business della salute. Una seconda barriera è rappresentata dalla complessità tecnica di progettare e realizzare interventi che vadano ad efficientare in maniera sostanziale, fino al limite dell'azzeramento, i consumi di una struttura ospedaliera. Questo con la complessità di dover comunque garantire una continuità del servizio.

EPC ed ESCo – Il modello del contratto di prestazione energetica (Energy Performance Contract, EPC) consente di affrontare queste due barriere simultaneamente. Secondo questo schema, una società specializzata (Energy Service Company, ESCo) si prenderà in carico di eseguire gli interventi di efficientamento presso l'utente finale, assumendosi il rischio finanziario e tecnico dell'operazione. Il cliente finale riconoscerà alla ESCo un canone per



Cosa frena la realizzazione di interventi di efficientamento delle strutture sanitarie?

Un primo scoglio è rappresentato dagli investimenti necessari.

Una seconda barriera è rappresentata dalla complessità tecnica di progettare e realizzare interventi che vadano ad efficientare in maniera sostanziale, fino al limite dell'azzeramento, i consumi di una struttura ospedaliera garantendo una continuità del servizio.

un periodo necessario a ripagare l'investimento. Tipicamente il canone potrà essere inferiore rispetto alla bolletta energetica pre-intervento. Alla fine del contratto di EPC, il cliente pagherà una bolletta in base ai nuovi consumi, pertanto molto inferiore rispetto a quella precedente. Si tratta di una so-

luzione win-win, cioè conveniente ad entrambi le parti, che rende il modello del contratto di prestazione energetica particolarmente attrattivo per le grandi strutture ospedaliere, sia pubbliche che private, che dovrà vedere una applicazione sempre più capillare nel prossimo futuro.

* Franco D'Amore è Vicepresidente dell'Istituto per la Competitività e membro del comitato scientifico della Fondazione Rizzola

LA NUOVA PUBBLICAZIONE DELL'UNIVERSITÀ MILANO BICOCCA

Focus sulla povertà

di Camilla Buzzacchi*

La povertà e il diritto delle Regioni è il nuovo Rapporto dell'Osservatorio diritto & innovazione nella pubblica amministrazione (DIPAB) dell'Università Milano Bicocca (DIPAB). Sconfiggere la povertà non è evidentemente una meta che mai si potrà dire raggiunta. Ma impegnarsi per la sua riduzione è un dovere per tutte le istituzioni repubblicane e per la società civile



Come ogni anno l'Osservatorio diritto & innovazione nella pubblica amministrazione dell'Università Milano Bicocca (DIPAB) offre un'analisi di ricostruzione dell'intervento normativo delle Regioni su una politica pubblica significativa: si tratta del lavoro denominato Rapporto, che ambisce a mappare la legislazione delle autonomie territoriali rispetto a specifici ambiti materiali. Anche nel 2023 l'intento è stato mantenuto e l'Osservatorio ha appena pubblicato il Rapporto intitolato *La povertà e il diritto delle Regioni*. Esso affronta gli impianti normativi dei territori volti ad affrontare gli effetti nefasti delle condizioni di povertà delle persone.

La povertà assoluta (o estrema) è la mancanza di risorse sufficienti per assicurarsi i fabbisogni di base per vivere: principalmente acqua potabile sicura, cibo e servizi sanitari. Quando il reddito e le risorse sono peggiori di quanto si pensa sia adeguato o socialmente accettabile nella società in cui vivono si ha povertà relativa. In Italia il tema della povertà è

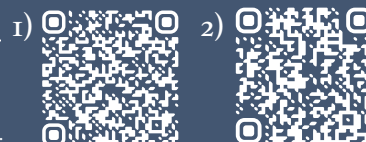
ancora estremamente rilevante, soprattutto con riferimento ad alcune criticità quali il c.d. "lavoro povero" e la povertà educativa. I dati di giugno 2023 confermano che «nel 2022 poco meno di un quarto della popolazione (24,4%) è a rischio di povertà o esclusione sociale, quasi come nel 2021 (25,2%)».

Tuttavia, con la ripresa dell'economia, si riduce significativamente la popolazione in condizione di grave deprivazione materiale e sociale (4,5% rispetto al 5,9% del 2021) e rimane stabile la popolazione a rischio di povertà (20,1%).».

La povertà è uno degli ostacoli di ordine economico e sociale di cui si occupa il comma 2 dell'art. 3 Cost.: essa impedisce il pieno sviluppo della persona e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. Impedisce dunque la effettiva titolarità dei diritti fondamentali ed il loro godimento: tutte le istituzioni della Repubblica devono impegnarsi per contrastare l'aggravamento del fenomeno.

Tra le istituzioni chiamate ad assolvere questo ruolo vi sono senza dubbio le Regioni, l'autonomia politica delle quali è destinata ad esplicarsi anche in azioni (normative, amministrative, finanziarie) dirette a concorrere all'attecchimento e allo sviluppo del principio di eguaglianza sostanziale. Nelle materie di cui all'art. 117 Cost. i legislatori regionali sono stati messi nelle condizioni di contribuire a contrastare il fenomeno della povertà rendendosi interpreti dei bisogni e delle sollecitazioni provenienti dalle rispettive comunità, magari sperimentando soluzioni innovative rispetto a quanto adottato a livello nazionale o nelle altre Regioni.

Si rinvia al Joint Report on Social Inclusion 2004 della Commissione europea di povertà, in https://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/docs/final_joint_inclusion_report_2003_en.pdf (1). Il Report può essere letto in <https://www.istat.it/it/files//2023/06/REPORT-REDDITO-CONDIZIONI-DI-VITA2022.pdf> (2).



L'obiettivo del Rapporto 2023 è la raccolta e la presentazione, Regione per Regione, di taliazioni (normative, amministrative, finanziarie) dirette a concorrere all'attecchimento e allo sviluppo del principio di eguaglianza sostanziale: dunque interventi, in forma di disposizioni, idonei ad alleviare, se non magari proprio contrastare, il fenomeno della povertà. Si tratta pertanto di una ricostruzione dello strumentario normativo che in ciascuna di queste amministrazioni è stato predisposto, e che dà fondamento ad azioni delle quali non è possibile valutare l'efficacia. Il lavoro di ricerca e di analisi dei testi normativi risponde infatti all'interrogativo relativo all'impegno degli enti politici del territorio di collocare, a fondamento delle politiche che affrontano le situazioni di povertà, degli apparati normativi specifici, con l'aspettativa che una buona formulazione di principi e di regole possa accrescere la capacità degli apparati amministrativi di calibrare adeguatamente le decisioni e le prestazioni per contenere le condizioni di bisogno delle persone.

Il presupposto da cui si muove è che l'esistenza di un sistema di norme chiaro, coerente, ordinato e puntuale nelle sue previsioni sia già un buon indicatore dell'intento di una Regione di esercitare le competenze che possono condurre al raggiungimento del risultato del ridimensionamento dello stato di bisogno di numeri importanti di individui nel proprio territorio. Tale indicatore non è di per sé sufficiente a dimostrare la qualità e, soprattutto, l'efficacia delle azioni messe in atto. La misurazione di qualità ed efficacia esula dall'ambito di ricerca del Rapporto: gli esiti sono quelli di offrire una rappresentazione della pluralità di strumenti

giuridici attraverso i quali le Regioni si attrezzano per rimuovere ostacoli di varia natura, che determinano stati di privazione per le persone.

L'obiettivo è quello di evidenziare l'attitudine delle Regioni a fondare le proprie azioni su fonti normative più o meno aggiornate; di rango primario o secondario; di mero recepimento della legislazione di principio dello Stato o di esplorazione di istituti e soluzioni innovativi.

L'osservazione che racchiude l'apporto delle diverse analisi è che sconfiggere la povertà non è evidentemente una meta che mai si potrà dire raggiunta. Ma impegnarsi per la sua riduzione è un dovere per tutte le istituzioni repubblicane e per la società civile: la mappatura che si offre attesta un solido commitment delle amministrazioni del territorio che, con soluzioni diversificate e originali, dimostrano di affrontare con assiduità le realtà più gravi di miseria, di esclusione e, soprattutto, di assenza di opportunità di sviluppo delle persone.

L'AUTORE

* Camilla Buzzacchi è professoressa ordinaria di Istituzioni di diritto pubblico, Università degli Studi di Milano-Bicocca

NUMERI DI POVERTÀ

Opera San Francesco per i Poveri è nata oltre 60 anni fa per iniziativa dei Frati Minori Cappuccini di Milano. Dal 1959 - si legge sul loro sito "chi vive in difficoltà trova gratuitamente un pasto nutriente, equilibrato e completo sia a pranzo che a cena"

Mensa di corso Concordia.

Aperta sia a pranzo che a cena, la Mensa di corso Concordia a Milano rappresenta dal 1959 un punto di riferimento per tutti coloro che non sanno dove mangiare e hanno bisogno di un luogo accogliente dove farlo. Grazie al lavoro dei volontari e a un efficiente sistema self-service, la Mensa ospita 6 giorni su 7 oltre 1600 persone al giorno.

La Mensa di corso Concordia in numeri



527.744

Pasti mensa
Concordia



1.672

Media giornaliera



14.205

ospiti



100

kg di pasta



309

Volontari

Con lo Speciale dedicato ai disturbi del comportamento alimentare, la Fondazione Rizzola Academy pone l'attenzione su anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata - BED, l'obesità, i cosiddetti DCA.

Nelle pagine successive vi sono i colloqui con due esperte e le testimonianze di Marta, Magda e Ludovica, tre ospiti del più grande centro di cura residenziale italiano, il documentario "Il mio canto libero. Voci da Villa Miralago"

I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: DENTRO VILLA MIRALAGO



Villa Miralago è la più grande comunità terapeutica in Italia per la cura dei disturbi del comportamento alimentare. Si trova a Cuasso al Monte, in provincia di Varese, ed accoglie persone che soffrono di anoressia, bulimia, disturbo da alimentazione incontrollata, obesità. Il Centro è costituito da quattro comunità, tre per adulti e una per minori

OLTRE 3 MILIONI DI ITALIANI SOFFRONO DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE. OGNI ANNO, 4 MILA PERSONE, SOPRATTUTTO GIOVANI E GIOVANISSIMI, PERDONO LA VITA A CAUSA DI QUESTE PATOLOGIE

L'ANORESSIA NERVOSA

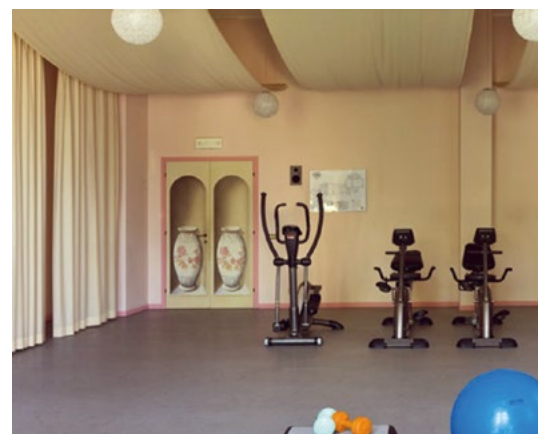
È CARATTERIZZATA DA UNA RESTRIZIONE ALIMENTARE ESTREMA, CON UNA PAURA INTENSA DI GUADAGNARE PESO E UNA PERCEZIONE DISTORTA DELLA PROPRIA FORMA CORPOREA

LA BULIMIA NERVOSA

SI MANIFESTA ATTRAVERSO EPISODI RICORRENTI DI ABBUFFATE, SEGUITI DA COMPORTAMENTI COMPENSATORI COME IL VOMITO AUTOINDOTTO O L'USO DI LASSATIVI O DIURETICI

IL DISTURBO DA ALIMENTAZIONE INCONTROLLATA (BED)

È CARATTERIZZATO DA EPISODI REGOLARI DI ABBUFFATE SENZA COMPORTAMENTI COMPENSATORI, ASSOCIATI ALLA SENSAZIONE DI PERDERE IL CONTROLLO



INTERVISTA CON IL DIRETTORE SANITARIO DI VILLA MIRALAGO

Rina Russo: "La tempestività nella diagnosi fa la differenza"

Tra le opzioni di cura dei disturbi del comportamento alimentare (DCA), quando necessario, anche la comunità. Tra queste vi è Villa Miralago, il più grande centro italiano per la cura dei disturbi del comportamento alimentare. Abbiamo incontrato la psichiatra Rina Russo che lo dirige

Villa Miralago è una comunità terapeutica residenziale che tratta il disturbo alimentare a 360 gradi, da un punto di vista alimentare, psicoterapico, educativo. L'équipe è multidisciplinare: accanto all'aspetto nutrizionale di riequilibrio di un'alimentazione alterata, quindi di ripresa o perdita ponderale, c'è il trattamento psicoterapico. Abbiamo conversato con il direttore sanitario, la psichiatra Rina Russo. Secondo il Direttore "una componente fondamentale è il gruppo stesso degli ospiti perché questo fa parte del percorso. Sono ragazze che spesso si isolano, quindi la ripresa della socializzazione e delle relazioni è parte della cura". A Villa Miralago, i pazienti sono divisi in quattro unità: due per adulti, Camelia e Gardenia; uno per minori, Primavera, 10 posti letto a cui se ne stanno per aggiungere 4. Infine c'è Ginestra, il nucleo che si occupa dei pazienti più gravi, cioè di coloro che hanno bisogno di un'assistenza più intensa e specifica.

LE STORIE – Naturalmente ogni caso è a sé. Per la maggior parte si tratta di giovanissime, con un'età che continua ad abbassarsi. "Oggi l'esordio della malattia può presentarsi attorno ai 10-11 anni" - spiega la dottoressa Russo - Ragazze fragili, spesso con bassa autostima, che in seguito alle prime esperienze di vita personale iniziano a prestare una particolare attenzione all'alimentazione, al proprio corpo. Cominciano pian piano a nutrirsi meno, prima da un punto di vista qualitativo e poi quantitativo, fino a sviluppare un'ossessione. Il cibo diventa l'unico aspetto della loro vita, tutto il resto si blocca. Quasi una sospensione del tempo. Sono delle ragazze timide che fanno fatica a mantenere un controllo nella propria vita - nota la dottoressa Russo - e attraverso il controllo del cibo ricercano il controllo di tutto il resto". Il 5% della popolazione italiana, all'incirca 3 milioni di persone, è affetta da disturbi dell'alimentazione. Nel triennio pandemico, dal 2019 al 2021, i casi sono aumentati del 30%. A causa dell'isolamento, della riduzione delle attività sociali e dell'elevato tempo che i giovani trascorrevano su internet, queste patologie hanno registrato un'impennata. "Il rapporto femmine-maschi è di circa 9 a 1 negli adulti, ma questo divario si contrae fino a 3 a 1 nei giovanissimi. Forse la minore incidenza dei casi maschili dipende dalla maggiore difficoltà, da parte degli uomini, di riconoscere, diagnosticare e trattare il proprio disturbo", ipotizza la dottoressa Russo.

Dottoressa Russo, di quale malattia ci si ammala di più?

Anorexia nervosa; un terzo dei casi è di bulimia nervosa; poi vi sono i disturbi del comportamento alimentare. Con il recente riconoscimento da parte del DSM (Manuale diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali, ndr) del disturbo da

alimentazione incontrollata (BED) come disturbo a parte, ne andiamo rilevando più casi. È poi c'è l'obesità, naturalmente.

Esiste una relazione tra depressione e questi disturbi?

Chi soffre di queste patologie ha spesso associati altri disturbi come l'ansia, il pensiero ossessivo, la depressione. I disturbi si influenzano a vicenda ma non è detto che chi soffre di disturbi dell'umore e depressione si debba per forza ammalare di disturbi dell'alimentazione.

Quali figure professionali operano a Villa Miralago?

Il trattamento dei disturbi dell'alimentazione richiede un trattamento degli aspetti nutrizionali, pertanto abbiamo nutrizionisti, clinici dietisti, il medico internista. In contemporanea si agisce a livello mentale, quindi abbiamo psichiatri e psicoterapeuti. Vi sono anche educatori, infermieri, operatori socio-sanitari.

Qual è la condizione più importante perché le cure funzionino?

Che vi sia una motivazione alla cura. Nelle fasi iniziali, spesso le ragazze non hanno alcuna motivazione ad abbandonare la malattia. Noi aiutiamo i pazienti ma la parte più importante devono farla loro.

Quanto dura mediamente la degenza?

Quello in comunità è un percorso lungo, di solito da sei mesi in su. Le cure non si esauriscono a Villa Miralago ma proseguono a livello ambulatoriale nei territori di provenienza degli ospiti. Non si deve avere fretta, da queste patologie si può guarire ma si deve avere il tempo per elaborare il disturbo, prenderne consapevolezza e capire quali sono le cause alla base, lavorare su queste cause per potersi reinserire nel proprio contesto di vita.

Ha un messaggio per le persone che sospettano di soffrire di queste patologie e per le loro famiglie?

Non affidatevi a internet. Se vi rendete conto di avere un disturbo, chiedete aiuto a chi è competente. Da soli non si riesce a combattere questo tipo di patologie. Parlo soprattutto a chi è vicino a chi è in difficoltà: se notate un'attenzione eccessiva verso l'alimentazione, agite subito e rivolgetevi a un esperto. La tempestività nella diagnosi, e quindi nel trattamento, è fondamentale per una migliore prognosi.

RINA RUSSO, psichiatra, è il Direttore Sanitario di Villa Miralago. In passato è stata responsabile clinico di Primavera, il nucleo della struttura riservato ai minori

IL MIO CANTO LIBERO. VOCI DA VILLA MIRALAGO

UN DOCUMENTARIO DI ANTONIO ALIZZI



SI RINGRAZIANO:

GLI OSPITI E IL PERSONALE
DI VILLA MIRALAGO
E

LE DOTTRESSE:
RINA RUSSO
ELEONORA ALBERICI
EUGENIA DOZIO

SILVIA MARIUZZO
PER IL SUPPORTO

FONDAZIONE RIZZOLA ACADEMY

GENNAIO 2024
ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Girato all'interno del centro di cura, il documentario "Il mio canto libero. Voci da Villa Miralago" include le interviste al Direttore Sanitario, Rina Russo, e alla Coordinatrice Scientifica e Dietistica, Eugenia Dozio. Inoltre offre le testimonianze di Marta, Ludovica e Magda, tre giovani ospiti che hanno deciso di raccontare la loro esperienza della malattia e di cura.

Storie diverse con un unico appello: "Se qualcosa non va, chiedi subito aiuto. Da solo non puoi farcela".

IL DOCUMENTARIO È
LIBERAMENTE UTILIZZABILE
PER CAMPAGNE
DI SENSIBILIZZAZIONE
SUI DISTURBI DEL
COMPORTAMENTO
ALIMENTARE



INQUADRA IL QR
CODE PER VEDERE
IL DOCUMENTARIO

DISTURBI ALIMENTARI, L'ANALISI DELLA PSICHIATRA ELEONORA ALBERICI

"Non si tollera che i figli possano fallire o essere fragili"

a cura della redazione

Eleonora Alberici è psichiatra e psicoterapeuta. A Villa Miralago è la responsabile clinica di "Ginestra", il nucleo ad alta intensità assistenziale, cioè per i pazienti più gravi. Medico, specializzata in psichiatria e psicoterapia, un dottorato di ricerca. Dopo gli anni in accademia, si è avvicinata ai disturbi alimentari maturando esperienza e formazione

Perché una psichiatra in un centro specializzato nella cura dei disturbi dell'alimentazione?

I disturbi dell'alimentazione non sono

più disturbi a sé stanti, ma si presentano nella maggior parte dei casi in comorbidità. Per cui, di fatto, Villa Miralago è una struttura psichiatrica-riabilitativa. La gravità dal punto di vista

fisico-organico assieme alla gravità dal punto di vista psichiatrico compromettono i percorsi riabilitativi ambulatoriali o rendono difficoltose le cure a domicilio. Quando c'è una grave com-

ponente psichiatrica in comorbidità è necessario il ricorso a strutture come la nostra perché il contesto raccolto e rassicurante della comunità facilita gli interventi sul piano nutrizionale.

Nel 2020, a Villa Miralago, le è stato affidato il nucleo Ginestra, quello dei pazienti più gravi.

Abbiamo costituito un'apposita équipe formata nella gestione di situazioni di grave compromissione sia organica che psichiatrica.

Da chi è composta la squadra?

Ginestra può accogliere 11 pazienti. Si tratta quindi di un piccolo gruppo. L'équipe è composta da un medico psichiatra e un consulente internista, infermieri professionali e operatori OSS, una psicologa, due educatori, una nutrizionista, un chinesiologo. Infermieri e operatori socio-sanitari presenti sulle 24 h garantiscono monitoraggio clinico costante e possibilità di affiancamento individuale. Tutti gli operatori di Ginestra sono formati al lavoro in équipe e gli interventi vengono co-condotti e condivisi in una logica di lavoro multidisciplinare ed interdisciplinare. La specificità di Ginestra è che dal punto di vista medico-nutrizionale abbiamo pazienti molto gravi, spesso in rialimentazione tramite nutrizione enterale, che necessitano di supervisione e assistenza durante tutto l'arco della giornata.

I disturbi alimentari sono cambiati nel tempo?

È cambiato il modo in cui questi disturbi si presentano. In questi ultimi anni stiamo assistendo ad un abbassamento dell'età di esordio. Sempre più pazienti sono giovanissimi e manifestano i primi sintomi in età pre-adolescenziale. Condizioni che arrivano a livelli di gravità estrema, di rischio vita, in tempi brevissimi, con segnali di malessere psichico talvolta difficili da cogliere prima che la malattia investa prepotentemente il corpo. I disturbi stanno dilagando anche nella popolazione maschile.

Differenze tra le generazioni?

Rispetto alle generazioni più giovani, c'è una questione sul tempo, sull'aver tutto e subito, sul non saper gestire

l'attesa, la frustrazione, il fallimento, il potersi confrontare anche con una realtà depressiva. Questa grande difficoltà del passaggio depressivo nei piccoli è anche difficoltà, secondo me, nelle nuove generazioni di genitori che non tollerano che i propri figli possano essere in difficoltà, possano essere fragili, possano fallire.

Inoltre oggi è estremamente frequente accogliere delle pazienti, figlie di donne che hanno o hanno avuto un disturbo alimentare.

Sicuramente il rischio di ricaduta nei disturbi alimentari va sempre tenuto in considerazione. Alle dimissioni i quadri sono in remissione parziale, cioè non in guarigione assoluta. C'è ancora un pezzo di lavoro da fare.

Si ha ancora molta paura dei percorsi psichiatrici.

Il mito della psichiatrizzazione dei pazienti nel momento in cui entrano in comunità va sfatato. I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono disturbi di pertinenza psichiatrica ed è quindi normale che sia lo psichiatra lo specialista di riferimento per l'équipe. Le persone hanno spesso il timore che l'ambiente imponga limiti e costrizioni e che vengano somministrati psicofarmaci. È normale che ci siano orari e regole da rispettare, come in tutte le comunità ed è importante che all'inizio del percorso i pazienti accettino

il regolamento del nucleo. Per quanto riguarda l'approccio farmacologico, nella maggior parte dei casi i pazienti arrivano in comunità con prescrizioni già in atto, altre volte è opportuno impostare una terapia psichiatrica mirata, altre ancora non è necessario. Se la cura è fatta nel modo adeguato, da questi disturbi si guarisce.

Come si arriva alle dimissioni?

La dimissione è una valutazione clinica che noi cerchiamo di fare insieme al servizio inviante e ai pazienti, per condividere il percorso che non finisce a Villa Miralago. Dimissione vuol dire uscita da questo tipo di presa in carico per continuare qualcos'altro. La collaborazione con servizi territoriali che dispongono di risorse consente dimissioni più precoci, magari nel giro di qualche mese. Dove invece fuori c'è poco si fatica a costruire una rete. In questi casi il tempo di accoglienza si prolunga così da fare un passo ulteriore nel percorso rispetto all'autonomia. Come dicono i nostri educatori alle pazienti "quando non mi chiedi più delle dimissioni, vuol dire che sei pronta".

Com'è la vita di comunità?

La routine quotidiana è molto strutturata, ci sono orari precisi, operatori sempre presenti, attività individuali e di gruppo pianificate tutti i giorni. La vita è molto tutelata all'interno della comunità e il rientro a casa alla dimissione può essere difficile. È un passaggio che va mediato e costruito, perché la presa in carico ambulatoriale implica una drastica riduzione dell'intensità di cura. Ecco perché servirebbe un passaggio intermedio a strutture semi-residenziali con un servizio di day-hospital, diurno in stile comunitario con delle attività strutturate e pasti protetti senza la permanenza notturna. E intanto, fuori, scuola o lavoro.

È alto il rischio di recidiva nei disturbi alimentari?

Sicuramente il rischio di ricaduta nei disturbi alimentari va sempre tenuto in considerazione. Alle dimissioni i quadri sono in remissione parziale, cioè non in guarigione assoluta. C'è ancora un pezzo di lavoro da fare.

IL SEMINARIO ALL'UNIVERSITÀ DI MILANO BICOCCA

L'alta tecnologia per un SSN sostenibile, accessibile e di qualità



Di.SEA.DE

Dipartimento di
Scienze Economico-Aziendali
e Diritto per l'Economia

L'ALTA TECNOLOGIA COME DRIVER DI SOSTENIBILITÀ, ACCESSIBILITÀ E QUALITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Martedì 14 novembre 2023
Edificio U7 Civitas, secondo piano, Aula De Lillo
h. 9:30

Indirizzi di saluto

GIOVANNA IANNANTUONI – *Magnifica Retttrice dell'Università di Milano-Bicocca*
ANTONIO ALIZZI – *Direttore Scientifico Rizzola Academy*

Si è svolto all'Università Bicocca di Milano, lo scorso 14 novembre, il seminario: "L'alta tecnologia come driver di sostenibilità, accessibilità e qualità del Servizio Sanitario Nazionale".

L'evento è stato organizzato dalla Fondazione Rizzola Academy in collaborazione con l'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca (DIPAB), e supportato da Exactech Italia.

Alla discussione hanno contribuito accademici e professionisti impegnati, a vario titolo, sui temi della salute: attività di ricerca, produzione di dispositivi medici, erogazione di servizi sanitari.

Gli atti del seminario saranno pubblicati nel corso di quest'anno.

Hanno aperto la mattinata la professoressa **Camilla Buzzacchi**, Direttrice del Dipartimento di Scienze Economico-Aziendali e Diritto per l'Economia della Bicocca e a capo di DIPAB, e **Antonio Alizzi**, Direttore Scientifico della Fondazione Rizzola Academy.



DALLA NEWSLETTER DELLA BICOCCA

“Carenze di risorse, non solo economiche, e modelli organizzativi non sempre efficienti hanno eroso la capacità del nostro SSN di rispondere adeguatamente alle esigenze sanitarie dei cittadini, mettendo talvolta a repentaglio l’erogazione degli stessi livelli essenziali. Una delle strade che può contribuire al rilancio del SSN è quella di incentivare il ricorso all’alta tecnologia. La sanità digitale non solo può rendere più agevole ai cittadini l’accesso all’assistenza e alle cure, ma può anche trovare soluzioni alternative e anche più efficaci per i problemi di natura sanitaria dei cittadini”

Relatori e temi:

Salvatore Torrisi, professore di Economia e gestione delle imprese e Pro-Rettore alla Valorizzazione della Ricerca di Bicocca, “Open innovation e collaborazione industria-università”

Carlo Alberto Scirè, professore di reumatologia di Bicocca, “Implementazione della sanità digitale nel sistema sanitario nazionale: priorità e opportunità”

Marco Migliori, Presidente e amministratore delegato di Exactech Italia, “La tecnologia ‘giusta’ per il paziente. L’orizzonte tra presente e futuro”

Mauro Martinelli, professore di Economia aziendale di Bicocca, “L’automazione e la digitalizzazione della logistica nelle aziende ospedaliere: aspetti economici ed organizzativi”;

Franco D’Amore, Vice-Presidente I-Com Istituto per la competitività, “Quale transizione energetica in sanità?”

Maurizio Campagna, dell’Osservatorio DIPAB e componente del Comitato Scientifico di Rizzola Academy, “Nuove tecnologie e consenso informato”.

IL PRESIDENTE E CEO DI EXACTECH ITALIA

“Nell’ortopedia l’alta tecnologia è già **il presente**”

*Le parole, al Seminario in Bicocca, del Presidente e Amministratore delegato di Exactech Italia, **Marco Migliori***

Il mio intervento è focalizzato sul mio settore, che è l'ortopedia. Prescindendo da considerazioni legate alla politica, quello che va evidenziato è l'aspetto della sostenibilità, dell'economicità ed inevitabilmente del costo per la collettività, nell'utilizzo delle soluzioni cosiddette “high-tech”. Parto dalla fine, ovvero la spesa per “Health Care” in Italia ammonta complessivamente a €122 miliardi, mentre l'incidenza del settore che rappresento, con circa €750 milioni, è pari allo 0,58%. Sottolineo questo aspetto perché il rapporto industria-mondo accademico assume qui un'importanza focale. L'azienda, di cui sono Presidente del Board ed Amministratore Delegato, è l'esempio di una sorta di “spin-off” fatto proprio da un'università. Difatti alla fine degli Anni '80- inizio Anni '90, nasce la Exactech inc grazie al direttore della

clinica Ortopedica ed al direttore di Ingegneria Biomedica che hanno deciso di lasciare l'università di Gainesville in Florida. Quindi dalla prima università americana pubblica nasce un'azienda che si quota in borsa, si specializza nella produzione di impianti per ortopedia e decide di farlo in maniera “high-tech”, collaborando inizialmente, e poi nel corso degli anni acquisendola, con un'azienda francese specializzata nella produzione di “navigatori e robot” per la Chirurgia Computer Assistita. Perché questo è importante? Perché tutto ciò che si è detto a proposito della sostenibilità e dei “costi” legati all'alta tecnologia, nell'ambito dell'ortopedia è già il presente.

IL MESSAGGIO - Che si tratti di navigazione o di robotica, il messaggio che deve passare non è che utilizzando l'alta tecnologia, in questo caso in sala operatoria, la resa dell'impianto è migliore

perché si utilizza quello “strumento”, ma la resa dell'impianto è migliore perché, grazie al “device high-tech”, il chirurgo, che resta parte fondamentale e attiva dell'attività della sala operatoria, riesce a meglio eseguire un impianto che, probabilmente, sarebbe stato comunque fatto in modo eccellente. Uno studio fatto all'Università di Siena, dall'equipe del professor Giannotti, è molto interessante. Per impiantare le protesi di spalla in sala operatoria si utilizza un particolare tipo di tecnologia navigata. Sono stati eseguiti casi fatti senza e con l'ausilio della navigazione e si è osservato che per gli interventi del secondo gruppo l'esecuzione è stata più accurata ed i risultati migliori. Questo significa che il continuo confronto con la tecnologia ha portato a un miglioramento, che l'equipe ha avuto il coraggio di mettersi in discussione e, quindi, di rompere deter-



Ph. Simona Panzini

MARCO MIGLIORI è Presidente del board e AD di Exactech Italia.

Si è laureato in Economia e Commercio.

Grazie al padre, un veterano del settore che ha iniziato nel 1972 distribuendo prodotti ortopedici delle principali multinazionali, ha cominciato la sua carriera nell'azienda di famiglia, partecipata anche da una multinazionale svizzera, lavorandovi per 10 anni.

Ha successivamente sviluppato il proprio interesse, via via specializzandosi, verso l'area amministrativa, la logistica, la qualità, la reportistica, il controllo di gestione. Nel 2006 ha lasciato l'azienda di famiglia, divenendo controller sud-europeo (per l'Head Quarter Europeo) dell'azienda americana che aveva appena acquisito l'azienda svizzera sopra richiamata. In qualità di secondo al Direttore Finanziario Sud Europa della prima multinazionale del settore, ha allargato la sua esperienza internazionale. Un passaggio di carriera che Migliori ha definito “la mia palestra” in quanto gli ha permesso di apprendere le gerarchie e i meccanismi interni di una corporation.

minate barriere che impattano inevitabilmente questo tipo di approccio.

I BENEFICI PER IL PAZIENTE - Il beneficio per il paziente è la standardizzazione dell'atto chirurgico e la riproducibilità dei risultati. Il beneficio per la collettività sono minori costi legati alla maggiore durata degli impianti procrastinando, quindi, i costi per eventuali

futuri reimpianti. Ci sono ormai sistemi "predittivi high-tech" che riescono a dare dei pattern di comportamento posturale per cui, quando il paziente si fa visitare, utilizzando un determinato device, l'ortopedico è in grado di dire al paziente, con uno scarto non significativo, il tipo di patologia cui può andare incontro, i tipi di cure, la possibilità di

evitare il ricorso alla protesi, ecc. Tutto questo non è a carico né del paziente, né del Servizio sanitario nazionale. Uno studio fatto proprio dalla mia azienda ha evidenziato che, a prescindere dal decremento dei prezzi medi di vendita worldwide, cioè globale, il costo dell'innovazione tecnologica è sostenuto "integralmente dall'industria".



Exactech è un'azienda globale di dispositivi medici che sviluppa e commercializza dispositivi per impianti ortopedici, relativi strumenti chirurgici e Active Intelligence®, la piattaforma di smart technologies per ospedali e medici. Ha sede a Gainesville, in Florida, USA.

THE PRESIDENT AND CEO OF EXACTECH ITALIA

"IN ORTHOPEDICS, HIGH TECHNOLOGY IS ALREADY THE PRESENT."

The words, at the Seminar in Bicocca, of the president and CEO of Exactech Italia, Marco Migliori

My speech is focused on my sector, which is orthopedics. Leaving aside policy-related considerations, what needs to be highlighted is the aspect of sustainability, affordability and inevitably cost to the community, in the use of so-called "high-tech" solutions.

I start from the end, that is, spending on "Health Care" in Italy totals €122 billion, while the incidence of the sector I represent, at about €750 million, is 0.58 percent.

I emphasize this aspect because the industry-academia relationship takes on a focal importance here. The company, of which I am Chairman of the Board and Chief Executive Officer, is an example of a kind of "spin-off" made its own by a university. In fact in the late 1980s-early 1990s, Exactech inc was born thanks to the director of the Orthopedic Clinic and the director of Biomedical Engineering who decided to leave the University of Gainesville in Florida.

So out of America's first public university comes a company that takes a stock market listing, specializes in manufacturing orthopedic implants, and decides to do it in a "high-tech" way by partnering initially, and then over the years acquiring it, with

a French company that specializes in manufacturing "navigators and robots" for Computer Assisted Surgery. Why is this important? Because everything that has been said about sustainability and "costs" related to high technology, in the field of orthopedics is already the present.

THE MESSAGE - Whether it is navigation or robotics, the message that needs to get through is not that by using high technology, in this case in the operating room, the performance of the implant is better because that "tool" is used, but the performance of the implant is better because, thanks to the "high-tech device," the surgeon, who remains a fundamental and active part of the activity of the operating room, is better able to perform an implant that probably would have been done excellently anyway.

A study done at the University of Siena, by Professor Giannotti's team, is very interesting. A particular type of navigated technology is used to implant shoulder prostheses in the operating room. Cases done without and with the help of navigation were performed, and it was observed that for the surgeries in the second group, the execution

was more accurate and the results better.

This means that the continuous confrontation with technology led to improvement, that the team had the courage to question itself and, therefore, to break certain barriers that inevitably impact this type of approach.

BENEFITS TO THE PATIENT - The benefit to the patient is standardization of the surgical act and reproducibility of results. The benefit to the community is lower costs associated with longer implant life thus procrastinating costs for any future replantations. There are now "high-tech predictive" systems that are able to give patterns of postural behavior so that when the patient is seen, using a given device, the orthopedist is able to tell the patient, with a non-significant deviation, the type of pathology he or she may be facing, the types of treatment, the possibility of avoiding the use of prosthesis, etc. All of this is not at the expense of either the patient or the National Health Service. A study done by my own company showed that regardless of the decrease in average selling prices worldwide, i.e., globally, the cost of technological innovation is borne "entirely by the industry."

IN PARTNERSHIP CON GLOBUS MEDICAL E NUVASIVE

Alta formazione per chirurghi vertebrali



Il Trattamento chirurgico del rachide degenerativo lombare è il titolo dell'evento scientifico, organizzato da Rizzola Academy in partnership con Globus Medical e Nuvasive, che si è svolto il 27 e 28 ottobre 2023 presso la Clinica Rizzola.

Chairmen: Pedro Berjano e Claudio Lamartina

Scientific Committee: Massimo Balsano, Riccardo Cecchinato, Francesco Finocchiaro, Andrea Redaelli.

Le quattro sessioni del programma, rivolte a una selezione

di giovani chirurghi vertebrali provenienti da tutta Italia, sono state le seguenti: *Spondilolistesi degenerativa; Discopatia multilivello; Degenerazione del segmento adiacente (in paziente strumentato nella colonna lombare bassa); Presentazione di casi complessi e stimolante discussione tra i partecipanti e Faculty.*

I lavori del 28 ottobre sono stati aperti dal Presidente della Clinica Rizzola, Francesco Variola e dal Direttore del Comitato Scientifico di Rizzola Academy, Antonio Alizzi. A nome della città di San Donà di Piave è intervenuto per porgere i saluti l'Assessore al Bilancio e Risorse Finanziarie, Personale, Associazionismo, Gianluca Forcolin.

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL RACHIDE DEGENERATIVO LOMBARE

27 - 28 OTTOBRE 2023

CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA
VIA GORIZIA, 1 - SAN DONÀ DI PIAVE (VE)



GLOBUS
MEDICAL



NUVASIVE



Claudio Lamartina (Chairman dell'evento)



Da sinistra: Antonio Alizzi, Francesco Variola, Gianluca Forcolin



Pedro Berjano (Chairman)

INQUADRA I QR CODE PER VEDERE LE INTERVISTE



PEDRO BERJANO
(Chairman)



CLAUDIO LAMARTINA
(Chairman)



MASSIMO BALSANO
(Scientific Committee)



FRANCESCA ORSATTI
(Country Leader NuVasive)



GIANLUCA FORCOLIN
(Assessore San Donà di Piave)

IL PRIMO EVENTO DEL 2024

I vantaggi della chirurgia robotica vertebrale



“I vantaggi della Chirurgia robotica vertebrale. I benefici per i pazienti, le strutture sanitarie, gli operatori”

È il titolo dell'incontro scientifico organizzato dalla **Fondazione Rizzola Academy** e supportato da **Globus Medical** e **Nuvasive**, svoltosi in Casa di Cura Rizzola l'11 e il 12 gennaio 2024. I chairmen **Federico Pecoraro** e **Giuseppe Sciarrone** hanno dialogato tra loro e con **Vainer Griffi** di Globus Medical e Nuvasive, moderati dal **Direttore Scientifico di Rizzola Academy**.



La registrazione integrale dell'evento e le videointerviste realizzate a margine della giornata saranno disponibili sul sito della Fondazione Rizzola Academy www.rizzolaacademy.it

Corpus sanum in mente sana

Il 2024 sarà, per il nostro paese, un anno ricco di mostre.
Ne abbiamo scelte tre per questo primo semestre.



Vincent van Gogh, Ritratto di Joseph-Michel Ginoux, ottobre-dicembre 1888. Olio su tela 65,3x54,4 cm. ©Kröller-Müller Museum, Otterlo, The Netherlands

VAN GOGH

Trieste, Museo Revoltella
22 febbraio / 30 giugno 2024

Vincent van Gogh (Zundert, 30 marzo 1853 - Auvers-sur-Oise, 29 luglio 1890) ebbe una vita difficile, trascorsa sul filo della pazzia, inquieta ed errabonda, fino al tragico finale che lo portò al suicidio ad appena 37 anni. Dopo i 600.000 visitatori di Roma, la mostra dedicata al grande Artista olandese arriva a Trieste, al Museo Revoltella, presentata dal Comune di Trieste e da Arthemisia. L'esposizione è curata da Maria Teresa Benedetti e Francesca Villanti e realizzata con la collaborazione del Museo Kröller-Müller di Otterlo. Oltre 50 capolavori di Van Gogh, arricchiti da apparati didattici e video.

Per informazioni: tel 040 982781
didattica@arthemisia.it



MIRÒ. LA GIOIA DEL COLORE

Catania, 20 gennaio - 7 luglio 2024

Si svolgerà a Catania, dopo Trieste e Torino, la terza tappa di una serie di mostre dedicate al maestro catalano. L'esposizione sarà ospitata nel Palazzo della Cultura, a cura di Achille Bonito Oliva in collaborazione con Maïthé Vallès - Bled e Vincenzo Sanfo. Il progetto espositivo è promosso da Navigare con il patrocinio della Regione Siciliana, dell'assessorato dei Beni culturali e dell'Identità siciliana, del Comune di Catania e dell'Ambasciata di Spagna, in coproduzione con Art Book Web e Diffusione Cultura. Nato a Barcellona nel 1893, Mirò ha studiato economia. Per problemi di salute si trasferisce a Parigi dove incontra Picasso. Qui si dedica alla pittura, alla scultura e alla ceramica. Dopo 12 anni, ritorna in Spagna da cui riparte di nuovo alla volta di Parigi a seguito del secondo conflitto mondiale. Quando però le truppe naziste assediavano la capitale francese, decise di andare a Palma di Maiorca, dove morì nel 1983 all'età di cento anni.

Per informazioni: 333.6095192



Giovanni Fattori, Silvestro Lega che dipinge sugli scogli, 1866 circa. Olio su tavola, 12 x 28 cm. Collezione privata

I MACCHIAIOLI

Brescia, Palazzo Martinengo
20 gennaio / 9 giugno 2024

Brescia ospita la mostra dedicata ai Macchiaioli, curata da Francesca Dini e Davide Dotti, organizzata dall'Associazione Amici di Palazzo Martinengo, col patrocinio della Provincia di Brescia, del Comune di Brescia e della Fondazione Provincia di Brescia Eventi. Oltre 100 capolavori di Fattori, Lega, Signorini, Cabianca, Borrani, Abbati e altri, provenienti in gran parte da collezioni private e da musei come le Gallerie degli Uffizi di Firenze, il Museo della Scienza e Tecnologia "Leonardo da Vinci" di Milano, i Musei Civici di Udine, l'Istituto Matteucci di Viareggio e la Fondazione CR Firenze.

Per info: Tel. 392.7697003
mostre@amicimartinengo.it

INTERVISTA AL NUOVO SINDACO DI SAN DONÀ DI PIAVE

Alberto Teso: "Sviluppo sostenibile, dialogo e giovani"

Avvocato di 55 anni, Teso è stato eletto Primo Cittadino di San Donà di Piave lo scorso mese di maggio. "Vorrei una Città che si muova nel solco dello sviluppo sostenibile", ci ha detto. E ancora: "L'uomo viva in equilibrio con l'ambiente. Siamo fortunati: viviamo in una zona baciata dal destino, da Dio, a due passi dal mare, a poco più di un'ora dalla montagna. Una terra che è stata sottratta all'acqua grazie a un lavoro enorme fatto dai nostri nonni ai tempi della bonifica"



L'inaugurazione della Fiera Campionaria nell'ottobre scorso

Sono passati diversi mesi dalla sua elezione a Sindaco lo scorso mese di maggio.

Un anno fa, prima di Natale, sono stato avvicinato da alcuni esponenti politici che mi hanno chiesto disponibilità ad iniziare questa avventura. Mi sono consultato a casa e con i miei colleghi, e alla fine ho dato il mio benestare. Abbiamo iniziato la campagna elettorale. A maggio ci sono state le elezioni. Sono Sindaco da poco più di 200 giorni. San Donà ha 42 mila abitanti ed è il punto di riferimento di parecchi altri Comuni del circondario. È un'esperienza impegnativa ma entusiasmante. Cerco di restare libero la domenica perché i miei ragazzi sono ormai grandi ma ho una moglie a cui sono molto legato e cerco di mantenere gli equilibri familiari perché credo sia essenziale. C'è un clima di collaborazione con il Consiglio comunale e i miei assessori, e un dialogo aperto con l'opposizione fin dall'inizio. Ognuno ha le proprie posizioni, ma nessuno fa polemiche sterili per principio. Dialoghiamo e accogliamo spesso le loro proposte e vedo che loro votano anche nostre iniziative. Credo che sia un bel modo di fare politica.

La tradizione vuole che il nome della città sia stato preso da **San Donato** Vescovo dell'Epiro. Il corpo del Santo fu portato a Venezia nel 1128, dopo una vittoriosa crociata in Terra Santa, dal Doge Michiel che lo donò al Vescovo di Torcello. La fama del Santo si estese rapidamente, tanto che, dopo il 1186, fu costruita una cappella sulla riva sinistra del Piave intitolata allo stesso e dalla quale prese il nome il centro abitato in via di formazione in quel tempo nelle vicinanze: **San Donà.**

Che idea ha per la Città?

Una città che si muova nel solco dello sviluppo sostenibile, un'espressione comparsa nel 1987, ma della cui importanza ci siamo tutti resi conto. Sviluppo sostenibile significa crescere economicamente e socialmente nel rispetto dell'ambiente, tentando di preservare le materie prime e le risorse per le future generazioni. Non possiamo consumare più di quello che il nostro pianeta riesce a produrre e fornirci.

Lei ha conseguito un master in Diritto dell'ambiente nel 2011.

Sono sempre stato un ambientalista moderato, un uomo di centro-destra che ha a cuore l'ambiente, sono iscritto da vent'anni alla Lipu (Lega Italiana Protezione Uccelli, ndr) e ho seguito parecchi processi come parte civile per loro e qualcuno per Lega Ambiente. Ritengo che l'uomo debba vivere in equilibrio con l'ambiente in cui si trova. Siamo fortunati, viviamo in una zona baciata dal destino, da Dio, a due passi dal mare, a poco più di un'ora dalla montagna. Una terra che è stata sottratta all'acqua grazie a un lavoro enorme fatto dai nostri nonni ai tempi della bonifica. È un territorio molto delicato e se non abbiamo rispetto per il nostro ambiente e per il territorio in cui viviamo, il nostro destino non potrà essere mantenuto come la qualità della vita che abbiamo oggi. Siamo molto fortunati e facciamo di tutto perché anche i nostri figli e i nostri nipoti possano godere di quello che godiamo noi.

Signor Sindaco, cosa pensa dei ragazzi?

Una delle prime cose che ho fatto dopo la nomina è stata la consegna dei diplomi ai bambini delle elementari per le attività di pedibus, cioè che raggiungono la scuola a piedi con i genitori. Il rapporto con i ragazzi è quello che forse ci dà più l'entusiasmo per andare avanti. A differenza dei bambini è più delicato parlare con i più grandi. A loro dico: "non sottovalutatevi mai". I giovani hanno una grande capacità di resilienza, di superare le difficoltà e questo li trasforma in donne e uomini del domani. Agli studenti dobbiamo dare speranza e parlare con loro. Abbiamo un consiglio comunale di ragazzi, sono anche loro ragazzi eccezionali. Ho una Sindaca dei ragazzi che è una ragazzina che ha appena finito la terza media e che adesso è in prima superiore. Viene a tutte le manifestazioni con la fascia tricolore insieme a me. C'è un mondo meraviglioso. Ai giovani dobbiamo chiedere impegno ma dare fiducia, dare responsabilità e vivere dell'entusiasmo che ci danno, e dare a loro l'entusiasmo che dobbiamo avere noi.

La Casa di Cura Rizzola è un'eccellenza del territorio.

Sono molto legato alla Casa di Cura Rizzola. Ricordo mia nonna che soffriva d'asma. Allora era un problema grave per cui veniva periodicamente ricoverata. Lei voleva andare in Casa di Cura. Ero bambino. Mi ricordo questo giardino all'italiana da cui si entrava, un ambiente protetto dove ci si sentiva coccolati. Questo ricordo oggi rivive in una



Il Sindaco Alberto Teso ha 55 anni, sposato, due figli. Oltre a svolgere la professione di avvocato da ormai quasi trent'anni, è impegnato nel mondo imprenditoriale: continua a seguire l'azienda di distribuzione di bevande IBIF S.r.l, fondata cinquant'anni fa dal padre. Teso è stato componente di giunta di Ascom San Donà-Jesolo, di Confcommercio Provincia di Venezia, della Camera di Commercio di Venezia-Rovigo e del Consiglio di Amministrazione di Vegal. Cattolico praticante, cresciuto nel mondo dell'Azione Cattolica ed impegnato nel sociale, donatore AVIS da oltre vent'anni, Teso conosce anche il mondo della scuola, essendo stato per anni componente del Consiglio d'Istituto del Liceo Montale e del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto San Luigi di San Donà. Esperto nella legislazione ambientale, è un ecologista misurato ed obiettivo ed ha messo da molti anni questa sua competenza a servizio delle associazioni ambientaliste del territorio. Grande sportivo, maratoneta, cintura nera di karate terzo Dan, nuotatore da lunghe distanze, Teso è anche Ironman, avendo portato a termine diverse competizioni di questa specialità.

struttura all'avanguardia a cui noi stessi, come famiglia, ci rivolgiamo di continuo per servizi specialistici. Sono un appassionato di sport e ogni anno, ad esempio, faccio la mia visita agonistica in Casa di Cura Rizzola. So la qualità del servizio che viene offerta e anche lo spirito che tutti gli operatori mettono nel mettere a loro agio i pazienti e le persone che arrivano. Mio papà è mancato in Casa di Cura. Sapevamo che si stava spegnendo. È stato accompagnato dai medici fino alla fine. Ho solamente un sentimento di gratitudine verso questa storica istituzione che caratterizza tutto il nostro comprensorio.

INQUADRA
IL QR CODE
PER VEDERE
L'INTERVISTA
INTEGRALE



San Donà di Piave



@rita_berton

Centro Culturale Leonardo da Vinci

DOMENICHE A TEATRO PER FAMIGLIE

3 marzo ore 16

Paccotiglia Deluxe:
Cialtroneria di qualità superiore!
TEATRO METROPOLITANO ASTRA

24 marzo ore 16

Le canzoni di Rodari
TEATRO METROPOLITANO ASTRA

11 febbraio 2024 dalle ore 14

CARNEVALEINSIEME 2024
Piazza Indipendenza e vie del centro

25 aprile 2024

FESTA DI PRIMAVERA 2024
Piazza Indipendenza e vie del centro

Da San Donato la città prese solo il nome, perchè, a causa delle tremende alluvioni del 1550, in seguito alle quali l'alveo del Piave fu modificato, l'antica cappella rimase sulla sponda destra del fiume, in territorio di Musile, allora frazione di San Donà, che lo scelse come patrono della sua chiesa.

La chiesa di San Donà, invece, è intitolata alla **Beata Vergine delle Grazie** e la festa patronale si celebra il **24 settembre**.

La Madonna del Colera è infatti la più sentita delle festività religiose locali. La festa è stata istituita per sciogliere un voto fatto dagli abitanti durante un'epidemia di colera.

Il patrono di San Donà di Piave è LA MADONNA DEL ROSARIO e viene festeggiato sempre il lunedì successivo alla prima domenica di ottobre.

(dal sito del Comune)

MOSTRE FOTOGRAFICHE OFF #6

10 - 18 febbraio

Elio e Stefano Ciol:
generazioni a confronto

24 febbraio - 3 marzo

Valerio Muscella:
incontri straordinari

9 - 17 marzo

Urs Bernard e Giulio Speranza:
lo stupore del paesaggio

4 - 19 maggio

Coetus

SPAZIO MOSTRE "I. BATTISTELLA"

Venerdì 16.30 - 19.30

Sabato e domenica

10.30 - 12.30 / 16.30 - 19.30

Città di San Donà di Piave

CENTRO CULTURALE "L. DA VINCI", AUDITORIUM "L. DAVANZO" - SAN DONÀ DI PIAVE

LA TRONTEATRO

SABATO 24 FEBBRAIO 2024
ore: 21.00
Giuseppe Sorigi
IO VERGINE, TU PESCI?

SABATO 16 MARZO 2024
ore: 21.00
TeatrOltre
SONO LE STORIE CHE FANNO ANCORA PAURA AI MAFIOSI

SABATO 23 MARZO 2024
ore: 21.00
Antonella Questa
VECCHIA SARAI TU!

SABATO 6 APRILE 2024
ore: 21.00
Teatro dei Pazzi
LA BUONA NOVELLA
Racconto per un cristiano comune

Biglietto unico: € 12,00
Abbonamento: € 40,00

direzione artistica
Giovanni Giusto

INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI:
0421 330739 - 320 4695365
info@teatrodepazzi.com - www.teatrodepazzi.com

Teatro Dei Pazzi
@teatrodepazzi

STAGIONE TEATRALE 2023/2024

TEATRO METROPOLITANO ASTRA

20 e 21 febbraio 2024
ore 21.00

**IL GIAGUARO
MI GUARDA STORTO**
con Teresa Mannino

2 marzo 2024
ore 21.00
CAR/MEN
Con Chicos Mambo

Venerdì 22 marzo 2024
ore 21.00
QUASI AMICI
Con Massimo Ghini
e Paolo Ruffini

Sabato 13 aprile 2024
ore 21.00
DELIRIO A DUE
Con Corrado Nuzzo
e Maria Di Biase

teatroastra.sandonadipiave.net

RASSEGNA MUSICALE SandonàClassica 2024

18 febbraio ore 17
Galà Puccini (Direttore Mauro Perissinotto
/ Regia Valerio Lopane)
TEATRO METROPOLITANO ASTRA

25 febbraio ore 17
The Messiah di Händel
Orchestra Classica del Veneto, Coro Accademia
Ars Canendi. Direttore M. Dino Doni
TEATRO METROPOLITANO ASTRA

3 marzo ore 17
Il segreto del bosco vecchio
Opera musicale per soli, coro e orchestra
Ispirato al racconto di Dino Buzzati.
Musica: Francesco Rossi.
Liriche: Massimo Cadamuro
AUDITORIUM "L. DAVANZO"

17 marzo ore 17
Le Favole alla corte di Francia
Ensemble Camerata Accademica
Voce narrante Anna Scomparin
AUDITORIUM "L. DAVANZO"

14 aprile ore 17
Scintille Musicali
Accademia d'Archi Arrigoni
Violino solista Ulisse Mazzon
Direttore Domenico Mason
TEATRO METROPOLITANO ASTRA

5 maggio ore 17
**Il pianoforte tra classicismo
e romanticismo**
Vincitori del 10° Concorso Pianistico
Internazionale Città di San Donà di Piave.
Al pianoforte Sofia Donato e Marko Matajič
AUDITORIUM "L. DAVANZO"

PASTICCERIA • PANIFICIO
CIOCCOLATERIA
CAFFETERIA

Pinel
JESOLO • VENEZIA

LA NATURALE ISPIRAZIONE
DELL'ECCELLENZA

PASTICCERIA
PINEL

Nel centro storico di Jesolo svetta la Pasticceria Pinel, storico panificio e pasticceria, con un punto vendita moderno e accogliente che propone bontà sia dolci che salate e la nuova Caffetteria dove poter fare una gustosa colazione o un pranzo veloce.

Mauro Pinel è alla testa di una produzione dolciaria artigianale, con un laboratorio di pasticceria e uno per il cioccolato.

È il nostro lievitato più richiesto.

Le nostre focacce sono un dolce sano, sofficissimo e facilmente digeribile.

Lievitazione naturale con pasta madre in purezza Mauro Pinel e ingredienti di primissima qualità.



Focaccia di Mauro Pinel

La più classica delle nostre focacce. Sana colazione, merenda nutriente o dolce tradizionale a fine pasto: da portare in tavola tutto l'anno. Il burro di Normandia esalta le note agrumate del miele d'arancio monofloreale e della buccia di arancio grattugiato.

Focaccia ai frutti di bosco

Dal gusto più fresco rispetto alla classica, si sposa bene anche con un gelato. Fragoline di bosco, ribes, more e lamponi lavorati artigianalmente con il sapore e la consistenza della frutta appena raccolta.

Focaccia con perle di cioccolato

Golosa e raffinata al tempo stesso. Il gusto rotondo del cioccolato si coniuga con delicate note agrumate. Il risultato è una focaccia. Piccole sfere di cioccolato fondente che resistono alla cottura e si sciolgono in bocca.



I diverticoli del colon

di Giorgio Battaglia*

I diverticoli del colon rappresentano una patologia frequente nella popolazione in Europa; la sua prevalenza aumenta con l'età, quando cominciano a comparire le alterazioni strutturali e l'indebolimento della parete del colon. Per questo li ritroviamo raramente nei giovani, mentre ne sono colpiti 1 paziente su due oltre i 50 anni e 2 su 3 oltre i 70. Sono delle piccole estroflessioni di mucosa che protrudono attraverso dei punti di debolezza del colon. Localizzati prevalentemente nel sigma, possono però interessare tutto il colon.

Quasi sempre asintomatici, la diagnosi è per lo più un riscontro occasionale, nel corso di un esame radiologico o endoscopico eseguito per altri motivi. La loro presenza non va considerata una malattia (diverticolosi semplice).

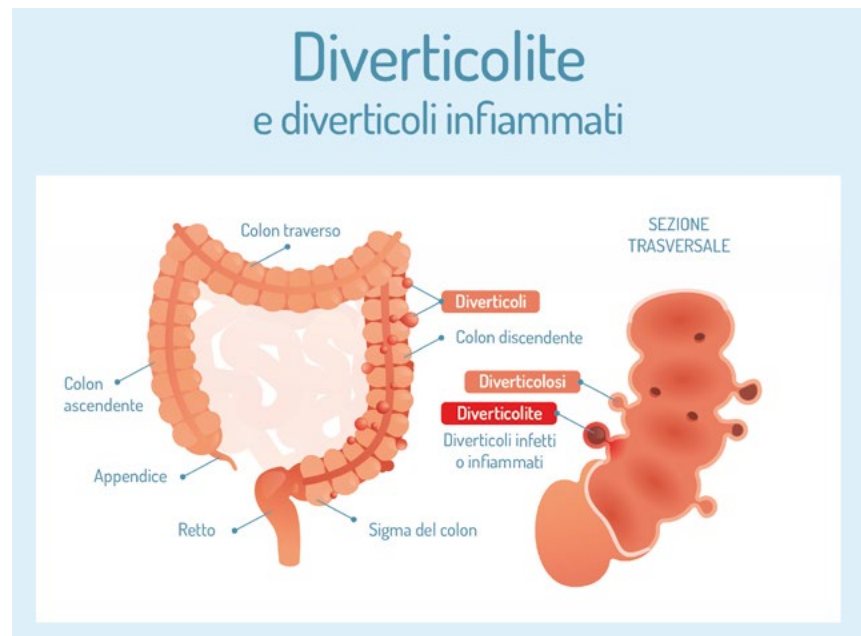
Solo nel 15-20% dei casi provocano sintomi (dolori addominali, stipsi o diarrea, meteorismo) che possono essere confusi con quelli della sindrome dell'intestino irritabile. In questo caso parliamo di malattia diverticolare. La presenza e l'intensità dei sintomi non dipende dal numero o dall'estensione dei diverticoli.

Più raramente uno o più diverticoli possono infiammarsi provocando una peri diverticolite con febbre, forti dolori alla pancia e blocco quasi completo della defecazione (diverticolite non complicata). La diverticolite può però complicarsi (nel 5% delle diverticoliti) con ascessi peri diverticolari, perforazione e peritonite (diverticolite complicata).

Infine il diverticolo può sanguinare (sanguinamento diverticolare) per rottura di una arteriola del colletto; e questo si può osservare nel 50% dei pazienti anziani con diverticolosi, soprattutto se si sta assumendo terapia antiaggregante o anticoagulante.

Perché si formano i diverticoli e perché si infiammano

La causa è sconosciuta: uno stile di vita sedentario, obesità, fumo e uso di farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS),



aspirina, paracetamolo, corticosteroidi sono chiamati in causa ma secondo la maggior parte degli autori, nel caso di una dieta carente di fibre, i muscoli del colon debbono contrarsi con forza per riuscire ad espellere le piccole feci che si formano.

L'aumento di pressione che si registra all'interno dell'intestino con il trascorrere degli anni dà luogo ad un'erniazione della mucosa e sottomucosa nel punto della parete intestinale più vulnerabile, e cioè là dove i vasi sanguigni penetrano nella parete del colon.

I *coproliti* (piccole raccolte di feci solide) che ristagnano all'interno del diverticolo senza poter essere espulsi possono determinare l'infiammazione della parete

con possibile formazione di ascessi peri diverticolari, perforazione o emorragia.

Invece una dieta ricca di fibre ("dieta ad alto residuo"), dando corpo alle feci e favorendone la progressione, potrebbe ridurre il rischio di formazione dei diverticoli.

La stessa dieta viene raccomandata anche quando si sono già formati.

Il ripetersi degli episodi di infiammazione anche se non gravi, può portare ad una stenosi del sigma con occlusione intestinale.

La diverticolite complicata richiede quasi sempre l'intervento chirurgico, con la resezione del tratto dell'intestino colpito.

Fattori di rischio per diverticolite acuta

- > Età, sesso, obesità, fumo
- > Stipsi
- > Dieta povera di fibre, elevato consumo di carni rosse, alcool
- > Assunzione di anti-infiammatori, cortisonici, oppiacei
- > Disturbi del tessuto connettivo
- > Ereditarietà o predisposizione genetica

Come si curano e come si preven- gono le complicanze più gravi?

DIVERTICOLOSI E MALATTIA DIVERTICOLARE IN FASE DI QUIESCENZA

Avere i diverticoli senza sintomi NON vuol dire essere malati! In particolare non è necessaria nessuna attenzione particolare e nessuna terapia preventiva a base di cicli mensili di antibiotici (es. rifaximina) o di antinfiammatori (es. mesalazina) come si prescriveva fino a pochi anni fa. Nelle linee guida della Società Europea di Coloproctologia¹ recentemente pubblicate (luglio 2020) non c'è evidenza che questa profilassi sia utile e non è consigliata.

In assenza di sintomi, unica raccomandazione forte è quella di una *dieta ricca di acqua e di fibre*, (20-30 g di al giorno, secondo l'indicazione OMS), con frutta, verdura e cereali integrali, in grado di favorire un'evacuazione quotidiana con feci morbide. Da sfatare anche la convinzione che cibi ricchi di semini favoriscano gli attacchi acuti. In caso di stitichezza usare lassativi di volume.

Da utilizzare con moderazione anche i fermenti lattici utilizzati per ripristinare la funzionalità intestinale: se assunti in eccesso, potrebbero potenziare ulteriormente la flora batterica del colon favorendo la sua risalita nell'intestino tenue (sindrome da contaminazione batterica) e la comparsa di meteorismo, flatulenza, diarrea e stitichezza.

Consigliata inoltre attività fisica, ridurre fumo, peso, FANS (aspirina paracetamolo) coricosteroidi.

In caso di disturbi funzionali, in particolare il dolore, sono utili i farmaci antispastici o anticolinergici.

La colonscopia per la diagnosi e/o il controllo di diverticoli non complicati NON sono indicati. Più utile eventualmente una colonTAC che ci dà precise informazioni sulla presenza di infiammazione, microascessi, stenosi viscerali.

DIVERTICOLITE

Sapere di avere i diverticoli ci può aiutare però a sospettare subito una diverticolite in presenza di forti dolori addominali, febbre, nausea, vomito, stipsi o diarrea. La diagnosi tempestiva potrà infatti prevenire l'insorgenza di complicanze più gravi come la formazione di ascessi peri diverticolari, la perforazione con peritonite o l'emorragia. (3-5 % delle diverticoliti).

In caso di diverticolite con sintomi lievi, è necessario limitare l'assunzione di fibre, riducendo frutta, verdura e cibi integrali, preferendo tè leggero, acqua e zucchero, centrifugati, brodi, pesce, uova almeno fino a miglioramento della sintomatologia.

Somministrare antispastici (non antidolorifici) e un ciclo di antibioticotераpia specifica per via orale.

La ripresa dell'alimentazione con fibre dovrà essere lenta e graduale. Anche la reintroduzione del lattosio dovrà essere lenta perché nelle prime settimane dopo un attacco acuto si può divenire intolleranti.

In assenza di miglioramento, nei casi a insorgenza grave della malattia o in presenza di fattori di rischio (eventuali patologie associate, immunodepressione, età avanzata), le linee guida consigliano invece l'ospedalizzazione con riposo intestinale,

alimentazione parenterale, terapia antibiotica per via e.v.

In caso di diverticolite o ancora di più di diverticolite complicata la diagnosi si fa solo con esami radiologici (TAC) e non endoscopici (colonscopia) per il rischio di perforazione iatrogena.

Dieta in caso di diverticolosi

- ➔ Preferire alimenti ricchi di fibre, accompagnandoli ad un'abbondante assunzione di liquidi (acqua non gassata).
- ➔ Se necessario, integrare la propria dieta con supplementi dietetici a base di fibre (psillio, crusca...), ma evitare l'uso di lassativi.
- ➔ Consumare un'abbondante colazione.
- ➔ Aumentare il movimento fisico (jogging, camminate a passo veloce, cyclette ecc.).

Dieta in caso di diverticolite

- ➔ Abolire spezie, cibi piccanti (pepe, peperoncino, curry, noce moscata), alcolici, bevande, gassate, tè (ammesso quello decaffeinato), caffè (ammesso quello decaffeinato) e cioccolato.
- ➔ Ridurre o addirittura eliminare il consumo di latte; sono invece tollerate modiche quantità di yogurt e latticini (tranne i formaggi piccanti).
- ➔ Evitare semi oleosi, legumi, cereali integrali e più in generale gli alimenti meteorizzanti (spumante, acqua gassata, panna montata, maionese...).
- ➔ Consumare frutta senza buccia e centrifugata (ma non frullata, per evitare che l'alimento inglobi eccessive quantità di aria).
- ➔ Evitare tutte le verdure

PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI
SULLE INDAGINI DIAGNOSTICHE
ESEGUIBILI PRESSO
LA CASA DI CURA RIZZOLA:

☎ +39 0421 338580

📞 WHATSAPP: 375 5479569

Servizio attivo dalle 9:00 alle 16:00

🌐 info@rizzola.it

* Giorgio Battaglia è Specialista in Chirurgia Generale e Chirurgia Vascolare, Docente Senior all'Università di Padova, già Direttore Endoscopia Digestiva ad Alta Tecnologia all'Istituto Oncologico Veneto. Riceve presso la Casa di Cura Rizzola

¹European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. Colorectal Dis. 2020 Jul 7

EDUCAZIONE TERAPEUTICA DEL PAZIENTE

IL RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE

di Davide Agostini*

*L'infermiere non solo si "prende cura" del paziente, ma lo "educa".
Un profilo che illustra in modo più puntuale la figura infermieristica*



Stefania Privato è stata assunta in Rizzola il 3 febbraio 1986 ed è l'infermiera con più anni di servizio in clinica. Teresa Sabatino, invece, la più giovane. L'8 gennaio 2024 è stato il suo primo giorno di lavoro

salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita." (World Health Organization, 1998). Tale definizione rende chiari alcuni concetti: l'aspetto dell'aiutare, cioè la "relazione d'aiuto"; l'aspetto paziente e famiglia, il concetto di malattia; la centralità del paziente nel percorso di cura laddove si afferma che il paziente è sollecitato "a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute", con l'obiettivo di "conservare e migliorare la propria qualità di vita". In letteratura viene evidenziato come l'educazione terapeutica del paziente sia l'espressione di un cambiamento dei modi di intendere la salute, che sottintendono un paziente capace di essere medico di se stesso per un determinato periodo. Per perseguire queste capacità educative, l'infermiere si avvale di alcune metodologie. L'intervento in sé punta a rendere il paziente competente e capace di adottare i comportamenti utili alla propria salute, offrendogli gli strumenti e le tecniche necessarie per una gestione della malattia. Un ulteriore obiettivo alla base dell'educazione terapeutica è far comprendere all'assistito che lui è realmente il protagonista del proprio processo terapeutico, assieme ai co-protagonisti infermiere, medico, fisioterapista ed il resto dell'equipe di cura. L'infermiere che offre un intervento di educazione terapeu-

“

L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa", come si legge nel DM 739 del 1994. Quando ci si sofferma sulla figura professionale dell'infermiere, sovente ci si focalizza soprattutto su tutto ciò che riguarda l'aspetto più tecnico-clinico ma poco si riflette sull'importanza educativa dell'infermiere. L'aspetto educativo risulta essere, infatti, uno degli elementi

strutturali e particolarmente caratterizzanti del professionista infermiere e si concretizza in quella che viene definita "educazione terapeutica". L'assistenza al paziente, quindi, non può non tener conto di questa grande responsabilità dell'infermiere verso gli assistiti. "L'educazione terapeutica consiste nell'aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di

“L’educazione terapeutica consiste nell’aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento, a collaborare alle cure, a farsi carico del proprio stato di salute ed a conservare e migliorare la propria qualità di vita.”

tica ad un paziente si trova quindi a rivestire un ulteriore ruolo, quello di educatore-curante. Per rendere competente un assistito non è sufficiente informarlo su ciò che deve conoscere o mettere in atto ma, tenendo in considerazione molteplici fattori, si deve costruire un vero e proprio processo di apprendimento, una “formazione” del paziente. Un autore rilevante come

De Bartolomeis classifica i fattori che possono determinare il processo di apprendimento ricomprendendoli in due macroaree: i fattori personali e i fattori riguardanti le condizioni dell’apprendimento.

Quanto ai fattori personali, l’infermiere si deve confrontare con l’età del paziente che, accompagnata dallo sviluppo cognitivo, determina la memorizzazione, l’apprendimento e la capacità di riprodurre le nuove conoscenze. Il bisogno di conoscere è uno degli aspetti predominanti, soprattutto nel paziente adulto, il quale avverte l’esigenza di conoscere perché si rende conto che i contenuti potenzialmente appresi possono essergli utili e possono incrementare la sua indipendenza. La motivazione quindi è il motore essenziale nel processo educativo-terapeutico e questo è un aspetto che l’infermiere deve tenere in considerazione. Lo stesso infermiere si confronta pertanto con la struttura percettivo-cognitiva del suo paziente, valutando l’eventuale presenza di deficit cognitivi o sensoriali che potrebbero inficiare l’esito dell’intervento educativo. Il professionista deve confrontarsi anche con le emozioni della persona che, oltre a condizionare il

sistema corticale influenzando così le capacità cognitive, possono intaccare la disponibilità del paziente ad apprendere. Da qui il concetto di motivazione. Infine vi è la biografia della persona. La persona oggetto dell’intervento educativo ha dei vissuti, come ad esempio l’istruzione scolastica e gli stimoli socioculturali del suo ambiente che possono anch’essi determinare la capacità di fissare nuove conoscenze.

Analizzando i fattori, cioè le condizioni in cui si svolge l’apprendimento, possono essere evidenziati, ad esempio, la disponibilità di materiali e strumenti intesi come elementi utili a trasmettere le conoscenze da trattenere. La modalità, cioè la metodologia utilizzata dall’infermiere per formare il paziente: insegnamenti, lezioni partecipate, analisi dei casi, uso di depliant informativi, opuscoli, mezzi audiovisivi, etc. Infine, la ricompensa ed il rinforzo, due elementi particolarmente significativi nel processo di apprendimento poiché rappresentano i risultati, anche parziali, di un cammino nella conoscenza. “Alla ricompensa dell’apprendimento si lega il rinforzo che consiste nella possibilità di ripetere l’atto ricompensato”, è importante evidenziare come l’intervento di educazione terapeutica non si esaurisce con il raggiungimento degli obiettivi da parte dell’assistito, ma sia un percorso continuo in cui l’infermiere sfrutta ogni possibilità di incontro con il paziente per offrire rinforzi ai contenuti, oltre che verificarne a distanza di tempo il livello di competenza raggiunto. In questo percorso vi sarà sempre un continuo adattamento e una riformulazione dell’intervento educativo.

L’infermiere è, dunque, il professionista che si “prende cura” del paziente, ma il concetto della cura prevede in se stesso anche l’aspetto educativo nei confronti dell’assistito medesimo. Ne deriva, così, un profilo più puntuale della figura infermieristica.

* Davide Agostini è Coordinatore delle Professioni Sanitarie della Casa di Cura Rizzola

DIETRO LE QUINTE DELLE CURE

Rudi Finotto: "Benvenuti al Servizio Accettazione"

Entrando in Casa di Cura, l'Accettazione è il primo servizio in cui si imbattono e di cui si servono i pazienti e i loro familiari. Rudi Finotto è il responsabile del Servizio e lavora in clinica da 20 anni. Gli abbiamo chiesto di portarci dentro al suo ufficio e alle sfide da gestire per soddisfare chi accede ai servizi della Rizzola. Ci ha detto: "Siamo una grande famiglia, qui in Rizzola. Oltre 200 colleghi, tutti consapevoli che se ognuno mette il proprio mattoncino quotidiano, la macchina Casa di Cura Rizzola continuerà a girare bene".

Rudi, raccontaci l'ufficio di cui sei responsabile.

L'Accettazione e Cassa della Casa di Cura Rizzola è il primo servizio che si ritrovano davanti, entrando in clinica, i pazienti e i loro familiari. L'ufficio accettazione gestisce quotidianamente una media di 400 accessi, e circa 350 telefonate per richiesta di informazioni, appuntamenti o altro".



Qual è il segreto della qualità che pazienti e familiari riconoscono alla Casa di Cura?

La passione in quello che facciamo, ognuno nel proprio ruolo. Lavoriamo con passione e la trasmettiamo anche agli altri. E chi entra in contatto con noi, anzitutto i pazienti, si sentono a proprio agio.

Cosa fa la differenza nel tuo lavoro?

Nell'organizzazione del mio lavoro la cosa più importante è che la macchina funzioni bene e questo si traduce nel far sì che le persone che ci chiamano per prendere appuntamento o che ci raggiungono in struttura aspettino il meno possibile. Uno dei servizi più apprezzati, che va in questa direzione, è la prenotazione tramite Whatsapp. Il paziente invia la sua richiesta e un collega gli risponde tramite messaggio. Sempre più pazienti ci contattano in questo modo, confermandoci la loro soddisfazione.

Cosa apprezzi maggiormente nelle persone che lavorano con te?

La disponibilità ad aiutarsi l'un l'altro nelle emergenze sia lavorative che personali. Se una persona ha bisogno di uscire

prima dal lavoro perché ha un'urgenza con il bambino, troverà senz'altro un collega o una collega pronto a coprire la sua assenza.

Sei uno dei veterani della Rizzola.

Sono qui da 20 anni. La Rizzola è il posto dove sono cresciuto sia lavorativamente che umanamente.

Sono cresciuto io e insieme a me ho visto crescere anche la struttura.

Qualche parola su di te?

Compirò 43 anni a febbraio e abito a San Donà di Piave. Qui sono nato e cresciuto. Credo di essere una persona abbastanza calma e tranquilla nella vita. Anche nei momenti in cui calma e tranquillità possono venir meno a causa di un qualche problema, mi concentro sulla soluzione e guardo subito avanti. Lo stato di agitazione rientra presto e si torna alla normalità.

Un tuo pensiero sui proprietari, i Signori Variola?

Sono due persone molto disponibili, con grande umanità, alle quali si può chiedere qualsiasi cosa senza aver paura o timore reverenziale. Non mi sono mai sentito in difficoltà a chiedere nulla a nessuno dei due.

Inquadra il QR code per vedere l'intervista a Rudi Finotto ed entrare, con lui, negli uffici del Servizio Accettazione e Cassa





I colleghi dell'Ufficio Accettazione e Cassa

Il reparto di chirurgia in un video



Irene Filippetto, Benedicla Tabacco, Giulia Cavašin

L'infermiere che entra in Rizzola riceve anche un link-video attraverso il quale i colleghi strutturati dell'unità operativa presentano il reparto, l'organizzazione e i suoi spazi. Qui, la clip dedicata all'U.O. di Chirurgia



IL NUOVO RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA E GERIATRIA

BENVENUTO, DOTTOR SCALDAFERRI

a cura della redazione

Luca Scaldaferri ha cominciato la sua esperienza in Rizzola lo scorso 11 settembre. Di seguito alcuni passaggi della sua prima videointervista pubblicata sui canali social della Clinica

Qualche parola sul suo percorso e sulle sue motivazioni?

“Provengo da un contesto operativo in cui soddisfacevo i bisogni della malattia acuta, e spesso non avevo la possibilità di dare attenzione ad altri risvolti che sono quello che le persone sentono, i loro bisogni più profondi: la storia che sta dietro all'arrivo in un Pronto Soccorso. Queste storie sono la chiave di volta anche per la cura. (...)”

Dopo un certo numero di anni è aumentato il desiderio di poter cambiare, e di potersi dedicare ad aspetti organizzativi ma anche avere più tempo da dedicare alle persone”.

Che impressione ha avuto della Clinica Rizzola?

“Pensavo di arrivare in un piccolo contesto di periferia e in realtà mi si è aperto un mondo. Devo dire sorprendente in termini di professionalità, le prime che ho potuto conoscere. L'ambito chirurgico appare molto importante e molto all'avanguardia”.

Le sue parole programmatiche?

“Attenzione per i bisogni umani del paziente e dei familiari, la sicurezza delle cure, innovazione sul piano dell'approccio clinico e diagnostico. Per esempio integrando nella pratica clinica alcune

strumentazioni come l'ecografia “bedside”, cioè al letto del paziente; da eseguire regolarmente durante il giro medici”.

Un pensiero per i nuovi colleghi del reparto?

“Ai colleghi del reparto di Medicina, e in generale della Clinica, desidero dire che sono qui per imparare. Non per stravolgere ma per garantire e garantirci una crescita che sia comune. Spero che potremo lavorare e crescere insieme nei prossimi anni ed essere a disposizione in maniera adeguata ai pazienti e ai loro parenti”



Luca Scaldaferri in un fermo immagine del suo video di presentazione

Luca Scaldaferri si è laureato in Medicina e Chirurgia nel 2001, specializzandosi in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo nel 2006. Dal 2007 medico d'urgenza presso l'Ospedale Ca' Foncello di Treviso con competenze nella gestione del paziente critico e in arresto cardiocircolatorio, nell'impiego di strumenti e procedure tipiche della specialità, svolgendo attività clinica in Pronto Soccorso e nell'area semintensiva del reparto Medicina d'Urgenza. Dal mese di settembre 2023 è Responsabile dell'Unità Operativa di Medicina e Geriatria della Casa di Cura Rizzola



INQUADRA IL QR
CODE PER VEDERE
L'INTERVISTA

Servizio di prenotazioni online

SUL NOSTRO SITO - ALL'INDIRIZZO

[HTTPS://PORTALEPAZIENTI.RIZZOLA.IT/APPOINTMENT](https://portalepazienti.rizzola.it/appointment) -

È POSSIBILE PRENOTARE DIRETTAMENTE LE PRESTAZIONI DELLA CASA DI CURA RIZZOLA.

1

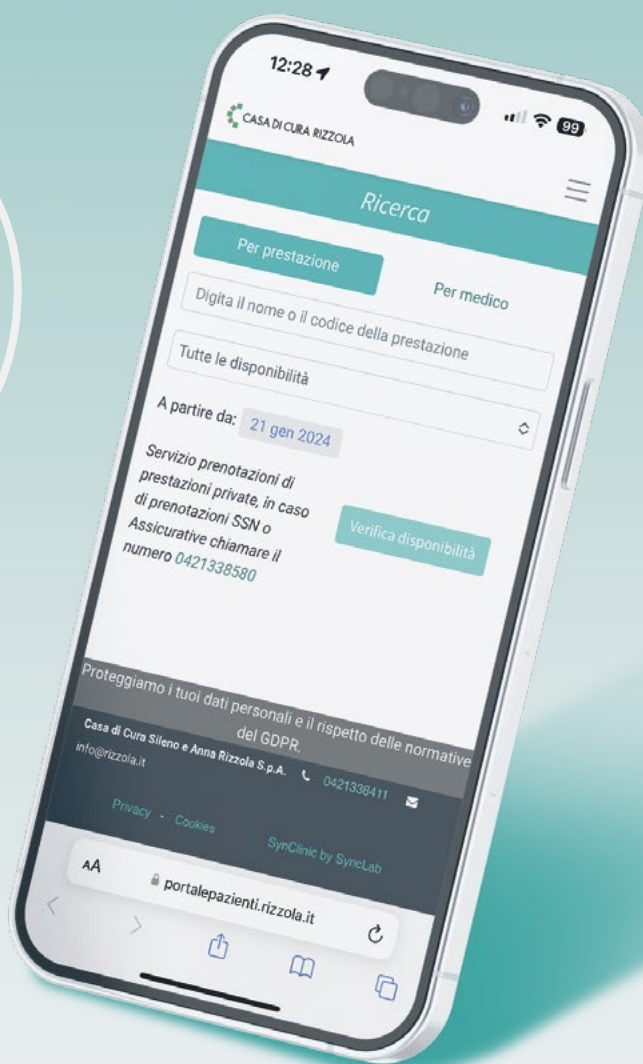
VISITA IL SITO
rizzola.it

2

CLICCA
SUL PULSANTE
prenotazioni

3

SCEGLI
**il tuo medico
o la prestazione**



CON **POCHI CLICK**, E IN PIENA **AUTONOMIA**,
UN SERVIZIO **SEMPRE ATTIVO**.

25 NOVEMBRE 2023

Contro la violenza sulle donne



Attraverso questo scatto del reparto di Medicina e Geriatria, anche la Rizzola ha voluto dire basta alla violenza contro le donne nella giornata internazionale appositamente istituita. Così si legge nel post diffuso sulle pagine social della clinica:

Raccogliamo le parole del papà di Giulia (Cecchettin) per non restare in silenzio, per non volgere gli occhi dall'altra parte, scrutando le nostre incertezze e le nostre paure, per non fermarci oggi con una scrollata di spalle: "vanno bene i messaggi che state dando, vanno bene il silenzio, il rumore, ma quelli poi finiranno, quindi io voglio che tutti i giorni ognuno di noi guardi nella propria vita cosa fare per migliorarla, non nei propri confronti ma nei confronti della persona amata, delle persone vicine, degli amici e soprattutto delle donne".

LA FESTA

Natale 2023

“Per dare un tocco di allegria e un senso di unione e unicità la serata è stata a tema. *Evviva la televisione*, quello di quest’anno. Nelle settimane che precedono la festa, come ogni anno, i vari servizi della clinica decidono cosa fare. È un’ulteriore occasione per fare gruppo e per vivere un momento da protagonisti”, ha dichiarato Elisa Candela dell’ufficio del personale.



Si è svolta lo scorso 15 dicembre la “Festa di Natale 2023” della Casa di Cura Rizzola. In apertura di serata, il Presidente Francesco Variola ha voluto ringraziare tutto il personale della clinica per l’impegno e la passione profusi quotidianamente, e ha dato lettura del caloroso messaggio di auguri inviato per l’occasione dal Direttore Generale della ULSS 4 Veneto Orientale, Mauro Filippi.



CASA DI CURA RIZZOLA

REPARTI DI DEGENZA

AREA AMBULATORIALE

AREA CHIRURGICA

- CHIRURGIA GENERALE
- UROLOGIA
- ORTOPEDIA DELLA MANO
- ORTOPEDIA DEL PIEDE
- ORTOPEDIA DEL GINOCCHIO
- ORTOPEDIA DELL'ANCA
- ORTOPEDIA DELLA SPALLA
- ORTOPEDIA PROTESICA
- CHIRURGIA VERTEBRALE
- OCULISTICA

AREA MEDICA

- MEDICINA
- GERIATRIA

AREA RIABILITATIVA

- RIABILITAZIONE NEUROLOGICA
- RIABILITAZIONE ORTOPEDICA

AREA TERAPIA INTENSIVA

- TERAPIA INTENSIVA
POSTOPERATORIA

BLOCCO OPERATORIO

- SALA OPERATORIE 1, 2, 3, 4, 5

SERVIZI

- RADIOLOGIA
- LABORATORIO
- FISIOTERAPIA

POLIAMBULATORI

- ALLERGOLOGIA
- ECODOPPLER
- CARDIOLOGIA
- CHIRURGIA GENERALE
- CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
- CHIRURGIA PLASTICA
- CHIRURGIA VASCOLARE
- PROCTOLOGIA
- DERMATOLOGIA
- DIABETOLOGIA E MALATTIE
DEL METABOLISMO
- ENDOCRINOLOGIA
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- GASTROENTEROLOGIA
- GINECOLOGIA
- LOGOPEDIA
- MEDICINA ESTETICA
- MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
- CHIRURGIA VERTEBRALE
- NEUROLOGIA
- OCULISTICA
- ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
- OTORINOLARINGOIATRIA
- PNEUMOLOGIA
- PSICOLOGIA
- UROLOGIA
- NUTRIZIONE
- REUMATOLOGIA

CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA

telefono: **0421 338411**

mail: **info@rizzola.it**

indirizzo: Via Gorizia 1,
30027 San Donà di Piave (VE)

SCOPRI I NOSTRI PROFILI SOCIAL



rizzola.it

PRENOTAZIONI



WHATSAPP: 375 5479569

Per visite ed esami, inviare foto
dell'impegnativa/prescrizione medica
(servizio attivo dalle 9:00 alle 16:00)



+39 0421 338580



rizzola.it/prenotazioni

COME RAGGIUNGERCI



Stazione ferroviaria
S. Donà - Jesolo



Aeroporti
Marco Polo (VE)
Antonio Canova (TV)



Autostrade
A4/E70, uscita
S. Donà - Noventa



NAVETTA GRATUITA da stazione, aeroporto, hotel

