

# informasanià

Azienda Ospedaliera di Padova

aprile 2010



I P E R T E N S I O N E

NEUROCHIRURGIA  
LIVE  
SURGERY

ALIMENTAZIONE  
CORRETTA

ALLERGIE

NUOVA  
RIANIMAZIONE  
CENTRALE

**NOTIZIARIO D'INFORMAZIONE  
DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI PADOVA**

rivista trimestrale  
aprile 2010

DIRETTORE RESPONSABILE  
Luisella Pierobon

VICEDIRETTORE  
Valentina Galan

REDAZIONE  
Silvia Baggio, Monica Briani, Eliana Camporese,  
Francesco Francini Pesenti, Luisa Longhini,  
Cinzia Montagna, Antonella Muraro,  
Elisabetta Panazzolo, Elisa Salata.

HANNO COLLABORATO  
Giuseppe Basso, Lorenzo Calò,  
Alessia Comacchio, Carlo Giaquinto,  
Roberto Marenzi, Caterina Mian,  
Giovanni Pittoni, Paolo Rigotti,  
Natasha Roveran, Renato Scienza,  
Paolo Simioni, Cecilia Tumiatti.

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE  
Via Giustiniani 1— Padova  
tel. redazione 049.8213923  
fax redazione 049.8218283  
uff.stampa@sanita.padova.it

Registrazione del Tribunale di Padova  
n. 1553 del 4.2.97 Registro Stampa

**SOMMARIO**

<b>i nuovi orizzonti nella cura per l'ipertensione</b>	pag. 3
<b>100 trapianti di rene e pancreas</b>	pag. 5
<b>le malattie infiammatorie croniche intestinali</b>	pag. 7
<b>neurochirurgia in diretta</b>	pag. 10
<b>a Conselve il centro di riabilitazione</b>	pag. 12
<b>un adulto su due affetto da allergia cronica?</b>	pag. 13
<b>per una alimentazione corretta</b>	pag. 15
<b>uno spazio futuristico</b>	pag. 18
<b>le eccellenze aziendali</b>	pag. 21
<b>vivere alla normale</b>	pag. 24
<b>alla scoperta della trombofilia ereditaria</b>	pag.28
<b>cure mirate contro la leucemia linfoblastica acuta</b>	pag. 30
<b>il voip</b>	pag.32





**Journal of Hypertension:**

January 2010 - Volume 28 -

Issue 1 - p 111-118

doi: 10.1097/

HJH.0b013e328332b738

Original papers:

Pathophysiological aspects

Angiotensin II signaling via

type 2 receptors in a human

model of vascular hyporeac-

tivity: implications for hyper-

tension

cardiovascolare e renale, grave complicanza dell'ipertensione arteriosa". "L'importanza dei risultati di questo studio", conclude il dr. Calò, "consiste nell'aver fornito la prova scientifica per la ricerca farmacologica volta alla identificazione di nuove molecole e quindi di nuovi farmaci in grado di attivare direttamente il recettore AT2 dell'Angiotensina II, la cui efficacia antiipertensiva e protettiva nei confronti del danno cardiovascolare e renale appare ora certamente più chiara".

I risultati della sperimentazione, condotta con il proprio gruppo di ricerca, sono pubblicati sul primo numero del 2010 dell'importante rivista scientifica internazionale Journal of Hypertension.

L'ipertensione arteriosa ha un co-

sto umano ed economico enorme e costituisce un problema di salute pubblica da affrontare precocemente e con efficacia. È, infatti, il più frequente disordine cardiovascolare e un potentissimo fattore di rischio per malattie cerebrovascolari, cardiopatia ischemica – infarto del miocardio, scompenso cardiaco, insufficienza renale e vasculopatie periferiche.

I dati relativi all'Italia indicano che oltre 20 milioni di persone soffrono di ipertensione arteriosa, che causa ogni anno circa 200.000 casi di ictus, 100.000 casi di infarto miocardico, 200.000 casi di scompenso cardiaco, 2000 casi di insufficienza renale terminale che richiede la dialisi.

Lorenzo Calò, nefrologo e internista presso la Clinica Medica 4

dell'Università di Padova-Azienda Ospedaliera di Padova è il referente del Centro di Alta Specializzazione per l'ipertensione arteriosa, il secondo in Italia e il terzo in Europa per attività clinico-assistenziale e produttività scientifica. Il Centro di Alta Specializzazione per l'ipertensione arteriosa di Padova svolge la sua attività da oltre 35 anni. Tutti gli specialisti che operano presso il Centro dell'ipertensione di Padova hanno ricevuto il riconoscimento europeo della loro competenza con il titolo di European Hypertension Specialist.

Nel 2009 si sono rivolti al Centro dell'ipertensione arteriosa di Padova circa 1500 pazienti di cui circa 400 sono costituiti da casi di ipertensione di nuova insorgenza.

## 100 TRAPIANTI

### al Centro Trapianti di Rene e Pancreas

#### *i 100 trapianti*

Diretto dal dr. Paolo Rigotti, dal 1988 ha eseguito 1195 trapianti nell'adulto e raggiunto nel 2009 il traguardo dei 100 trapianti di rene in un anno, primo centro del Nord Italia Transplant ad aver raggiunto questo obiettivo.

#### *...così suddivisi*

50 sono stati trapianti di rene sin-

golo da donatore deceduto, 19 trapianti di rene da donatore vivente, 15 trapianti di doppio rene - tecnica utilizzata quando il donatore è anziano, 15 trapianti simultanei di rene e pancreas in pazienti con insufficienza renale e diabete, 1 trapianto combinato di rene e fegato.

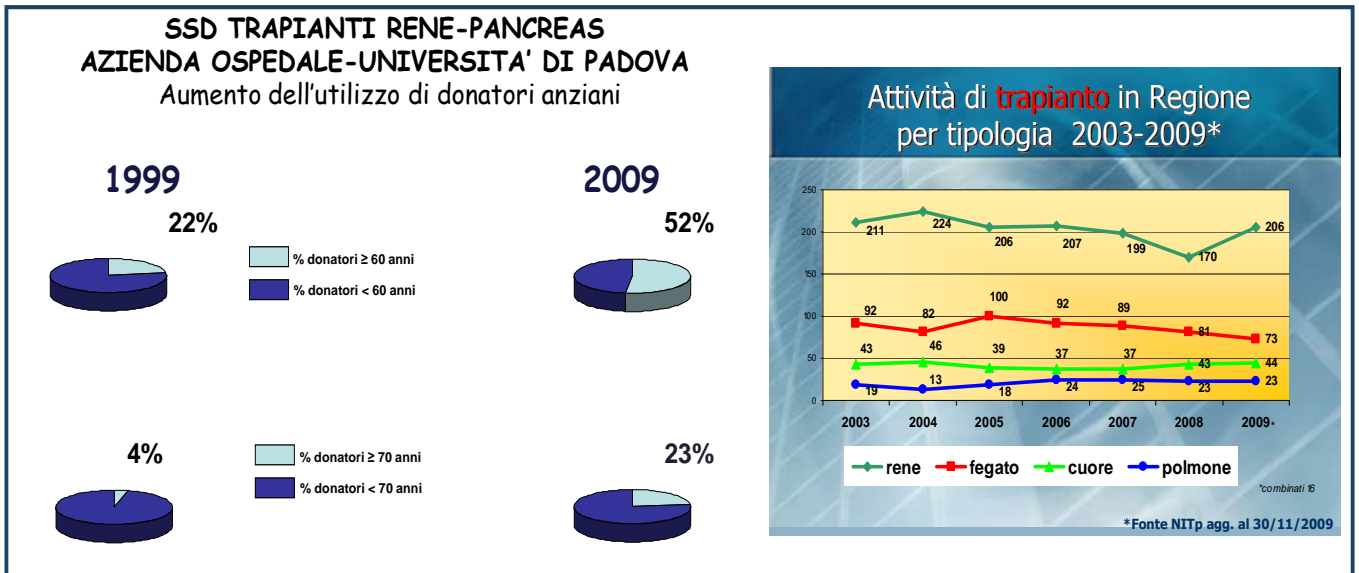
#### *i donatori*

Nel 2009 i donatori deceduti sono

stati 81, di cui 42 di sesso maschile e 39 di femminile, con un'età media di 52 anni (range: 17 – 81). La causa del decesso è stata in 50 casi di natura cerebro-vascolare e in 31 traumatica. 44 donatori provenivano dal Veneto, di cui 17 dalla provincia di Padova e 37 da fuori regione. I donatori viventi sono stati 19: 10 di sesso femminile e 9 maschile, con un'età media di 52 anni

Paolo Rigotti e il suo staff medico con il donatore del 100°trapianto





(range: 33-73). Questo il grado di parentela: 8 coniugi (5 mariti, 3 mogli), 7 genitori, 4 fratelli.

#### *riceventi*

Sono stati 57 maschi e 43 femmine con un'età media di 50 anni (range: 15-73). 62 i pazienti dal Veneto e 38 da fuori regione.

#### *l'attesa*

La durata in lista è stata di oltre 2 anni per il trapianto da donatore deceduto, mentre di circa 4 mesi per il trapianto da vivente.

#### *perché in aumento*

Tre fattori hanno permesso l'incremento dell'attività di trapianto renale, nonostante il lieve calo di donazioni:

l'aumento delle donazioni da vivente, il maggior utilizzo di donatori anziani, anche grazie alla tecnica del doppio trapianto di rene nello stesso ricevente (la percentuale di donatori sopra i 70 anni è passata dal 4% del 1999 al 23% di quest'anno). Lo sviluppo del programma di trapianto di rene e pancreas nei pazienti diabetici. È un tipo di trapianto molto complesso, eseguito in pochissimi centri in Italia, che permette risultati ottimi, liberando contemporaneamente i pazienti da dialisi e da terapia insulinica.

#### *impegno e risultati*

Tutti i pazienti trapiantati quest'anno sono vivi con rene funzionante. Purtroppo rimangono

ancora tanti i pazienti che attendono un trapianto, più di 250 solo nel nostro centro, con un tempo medio di attesa di circa 2 anni e mezzo. Tutti coloro che sono coinvolti nell'attività di donazione e trapianto devono mantenere un forte impegno in questo settore.

#### *il personale del centro trapianti*

L'attività coinvolge numerose professionalità.

Un grazie ai chirurghi: L. Furian, N. Baldan, B. Ekser, A. Broggiato, C. Silvestre, C. Longo, ES. Pierobon; ai nefrologi: F. Marchini, B. Rossi, L. Bonfante; agli anestesisti: P. Feltracco; agli infermieri della sala operatoria: S. Bocella e del reparto: N. Bettiol, V. Fiorin.

## LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

**Giacomo Carlo Sturniolo,**  
direttore della Gastroenterologia  
all'Azienda Ospedaliera-Università di Padova,  
risponde a Informasanità

*di Eliana Camporese*

***Professore, che cosa si intende per malattie infiammatorie croniche intestinali?***

Le malattie infiammatorie croniche intestinali (in inglese "IBD", inflammatory bowel disease), comprendono il morbo di Crohn e la rettocolite ulcerosa. Sia il morbo di

Crohn che la rettocolite ulcerosa sono malattie croniche che si presentano con periodi di remissione alternati a fasi di riacutizzazione. La causa di queste malattie rimane sconosciuta, ma si ritiene che diversi fattori genetici, ambientali e immunologici concorrano alla sua

insorgenza; pur essendoci una certa "familiarità", la tendenza cioè a un maggior rischio nei parenti delle persone affette, le IBD non possono essere considerate malattie ereditarie.

Nell'ultimo decennio si è assistito a un aumento significativo dei casi (quasi 20 volte di più) e si calcola che in Italia circa 200.000 persone siano oggi affette da queste patologie.

Le IBD colpiscono con la stessa frequenza i due sessi, con un esordio clinico che in genere si colloca fra i 15 e i 45 anni, con un secondo picco d'incidenza tra i 60 e i 65 anni.

***Come vengono diagnosticate?***

Il sospetto clinico va confermato con l'endoscopia del tratto gastrointestinale. In particolare la colonoscopia rappresenta uno strumento fondamentale per la diagnosi: attraverso questo esame è possibile infatti ottenere campioni di mucosa intestinale su cui lo specialista anatomico patologo può definire e caratterizzare il tipo di patologia. Va sottolineato come una corretta

*umanizzare  
l'assistenza è  
un aspetto sul  
quale il nostro  
centro è da  
sempre  
impegnato*



diagnosi di IBD può avvalersi oggi anche di metodiche non invasive o poco invasive come l'ecografia delle anse intestinali, la videocapsula endoscopica e alcuni esami specifici di laboratorio (lattoferrina e calprotectina fecale, test di permeabilità intestinale).

Proprio al corretto utilizzo e all'interpretazione clinica degli esami non invasivi hanno contribuito i dati provenienti da studi condotti presso il nostro centro. Vanno ricordate inoltre le tecniche radiologiche di ultima generazione come l'entero-TAC e l'enterorisonanza magnetica, disponibili presso la nostra Azienda.

### **Quali sono le terapie oggi a disposizione?**

Le IBD sono malattie che necessitano di una terapia di tipo medico/chirurgico, di stretta sorveglianza clinica e di un appropriato regime terapeutico. La terapia medica ha lo scopo di indurre la remissione della malattia e di mantenere i pazienti liberi da riacutizzazioni della stessa. Si basa sull'utilizzo di farmaci come la mesalazina, il cortisone, gli immunosoppressori e gli antibiotici.

L'introduzione alla fine degli anni novanta dei farmaci biologici (gli anticorpi bloccanti il tumor necrosis factor- $\alpha$ ) ha contribuito a migliorare in maniera significativa il controllo della malattia e la qualità

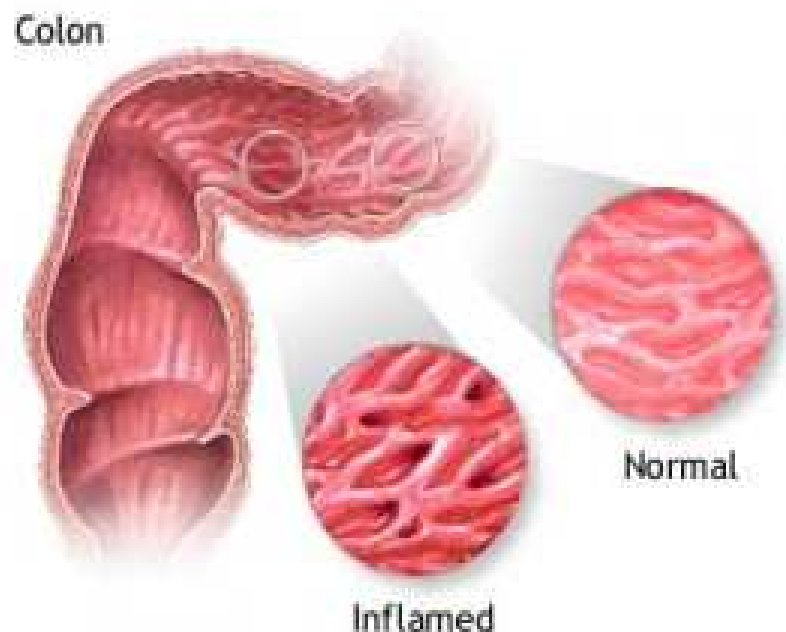
di vita delle persone affette. Qualora la terapia medica non sia sufficiente a controllare la malattia o insorgano complicanze vi è indicazione alla terapia chirurgica. La gestione del paziente severo o complicato va sempre concordata insieme con il chirurgo, per poter individuare il momento migliore per la chirurgia. La mortalità per colite severa e megacolon tossico si è ridotta dal 20% allo 0.2% proprio grazie alla collaborazione gastroenterologo-chirurgo oltre che all'uso appropriato di farmaci immunosoppressori e steroidi.

### **Lei sottolinea dunque l'importanza dell'approccio multidisciplinare...**

Assolutamente. Oltre all'aspetto chirurgico è importante sottolineare come nelle IBD alcuni aspetti possano coinvolgere organi "al di fuori" dell'intestino, come la cute, le articolazioni, gli occhi.

L'interessamento a questi organi può essere particolarmente invalidante. È necessario pertanto che nel percorso diagnostico-terapeutico vi sia continua collaborazione tra figure professionali di discipline diverse (reumatologo, infettivologo, radiologo, anatomopatologo, chirurgo).

Nel corso degli anni l'approccio multidisciplinare si è particolarmente consolidato presso il nostro centro grazie alla preziosa collaborazione dei colleghi delle altre Uni-



tà Operative.

***E' vero che le persone affette da IBD hanno un maggior rischio di sviluppare un tumore intestinale? Come si può prevenire?***

Le IBD sono associate a un aumentato rischio di sviluppare tumore del colon (neoplasia), rischio correlato al grado dell'infiammazione, estensione e alla durata della malattia. Per tale motivo è necessaria un'attenta e costante sorveglianza endoscopica dei soggetti affetti da IBD del colon. Negli ultimi anni i progressi della tecnologia hanno consentito l'introduzione di una tecnica che permette una valutazione immediata delle cellule della mucosa intestinale durante la colonscopia, chiamata *endomicroscopia confocale*.

Recentemente il nostro centro, tra i primi in Italia e grazie a fondi provenienti dall'Università di Padova, ha acquisito questa attrezzatura con la quale si stanno conducendo degli studi clinici sperimentali.

***Tecniche di ultima generazione, farmaci sperimentali: non c'è il rischio di mettere in secondo piano il paziente?***

L'offerta continua di terapie sperimentali e di metodiche innovative per la cura e diagnosi di queste patologie non ci fa dimenticare l'importanza del rispetto della di-

gnità umana e la necessità di costruire un rapporto solidale tra medico e paziente.

L'umanizzazione dell'assistenza è un aspetto sul quale il nostro centro è da sempre impegnato: sono frequenti gli incontri con le associazioni dei pazienti e le giornate aperte alla popolazione. Una peculiarità del nostro centro è rappresentata dalla presenza di una figura infermieristica dedicata ai pazienti affetti da IBD, coinvolta anche nella gestione delle sperimentazioni cliniche.

***Dove ci si può rivolgere nel sospetto o con una diagnosi già nota di***

***malattia infiammatoria cronica intestinale?***

Presso l'Unità Operativa di Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera è attivo un ambulatorio convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale dedicato alle IBD (di cui è responsabile la dr. ssa Renata D'Incà); è possibile accedere all'ambulatorio prenotando una visita specialistica attraverso il numero verde del call center. Per le persone afferenti all'ambulatorio è inoltre a disposizione un numero telefonico per problemi clinici urgenti.



***Numeri utili***

Call center  
per prenotare le visite ambulatoriali: 840000664  
Unità Operativa  
di Gastroenterologia  
6° piano Monoblocco  
tel. 049.8212885/2888  
Ambulatorio  
di Gastroenterologia  
1° piano  
Ospedale Giustiniano-  
tel.049.8215610/5611

## NEUROCHIRURGIA IN DIRETTA

### la specialità sotto la lente della live surgery

La Neurochirurgia (Neurologia Chirurgica) è una specialità della Chirurgia dedicata al trattamento di malattie e condizioni morbose del sistema nervoso centrale e periferico, nonché della colonna vertebrale e del suo contenuto. Pertan-

to ogni procedura chirurgica che interessi il sistema nervoso e i suoi "involucri" (cranio, colonna vertebrale, meningi) è praticata dal Neurochirurgo.

La Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, diretta dal

prof. Renato Scienza, è Centro di eccellenza per la patologia vascolare, tumorale e spinale ed esegue circa 1300 interventi chirurgici all'anno.

Le patologie neurochirurgiche sono inquadrate in *patologie cerebro*

Due momenti della conferenza stampa.  
I giornalisti seguono con il prof. Scienza il collegamento in diretta con la sala operatoria



In diretta  
dalla sala  
operatoria



Dirige l'Unità Operativa Complessa di Neurochirurgia, dal gennaio 1999, il prof. Renato Scienza, che si avvale della collaborazione del seguente *staff medico*:

dr. Luigi Alessio, dr. Claudio Battaglia, dr. ssa Silvia Berlucchi, dr. Giovanbattista Costella, dr. Alessandro Della Puppa, dr. Maurizio Mattana, dr. Gioacchino Mattisi, dr. Ruggero Mottaran, dr. Giacomo Pavesi, dr. Riccardo Perini, dr. Antonino Rotilio, dr. Massimo Scanarini  
dr. Luigino Tosatto.

*Personale tecnico*

TSRM, Antonio Gerunda

Il reparto conta 40 posti letto di degenza e due sale operatorie. 8 posti di Terapia Intensiva Post-Operatoria coordinati dalla dr.ssa Marina Munari

*-vascolari*: aneurismi o malformazioni artero-venose intracraniche ; *tumori cerebrali e del midollo spinale*: tumori del cranio (della volta e della base) e cranio-facciali; tumori vertebrali; tumori delle meningi craniche e spinali (meningiomi); tumori delle guaine dei nervi cranici e dei nervi spinali (neurinomi); tumori ipotalamo-ipofisari (adenomi, craniofaringiomi); tumori primitivi (astrocitomi, gliomi) del sistema nervoso centrale; tumori metastatici provenienti da altri organi; *traumi cranici e vertebrali*; patologia degenerativa della colonna vertebrale; ernie discali (cervicali, toraciche e lombari); mielopatia spondiloartrosica; stenosi del canale vertebrale (cervicale e lombare); spondilolistesi (degenerativa e malformativa-displastica); *patologia del sistema nervoso periferico*: intrappolamento di nervi (tunnel carpale, ulnare

al gomito), neoplasie (neuromi), traumatica; *neurochirurgia funzionale e stereotassica* (m. di Parkinson, distonie, biopsie); *terapia chirurgica del dolore* (nevralgia del trigemino, altre algie facciali).

Lo spunto per parlare di questa complessa branca della medicina proviene dal **IV Workshop di neurochirurgia in diretta**, recentemente svoltosi a Padova

La Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera ha ospitato oltre 60 partecipanti, direttori di Unità Operative di Neurochirurgia nazionali e internazionali.

Nonostante qui a Padova l'evento sia ben collaudato dalle precedenti edizioni, le tre giornate di lavoro sono sempre vissute sul filo del "brivido della diretta" e dalla continua condivisione del gesto con il chirurgo. Durante le sessioni di live surgery quest'anno sono stati ope-

rati casi di *aneurismi multipli intatti e sanguinanti, aneurisma dell'arteria basilare, malformazione artero-venosa in area cerebrale eloquente, angioma cavernoso in sede uncus-ippocampale* e patologia tumorale, *meningioma intraventricolare, meningioma gigante della piccola ala sfenoidale, neoplasia dell'angolo ponto-cerebellare, meningioma sottotentoriale*. Tutti casi di notevole complessità chirurgica, eseguiti solo in centri nazionali e internazionali di eccellenza nel trattamento di tali patologie. Qui, infatti, ci si può avvalere delle tecniche strumentali intraoperatorie più moderne, tra cui neuronavigazione, angiografia intraoperatoria, flurangiografia intraoperatoria, flussimetria vasale, video-endoscopia, che permettono approcci chirurgici sicuri e microinvasivi, in grado di ridurre rischi e complicanze legati alla malattia.

## A CONSELVE IL CENTRO DI RIABILITAZIONE

Riabilitare significa riportare al massimo d'autonomia possibile chi ha subito un evento patologico. La forbice d'età dei pazienti va dai sedici ai novant'anni e in essa cresce la fascia dei più giovani per conseguenze da ictus cerebrale. Una delle cause dell'incremento è stata individuata nello stress quotidiano.

Il Centro di Conselve è nato nel 1998 proprio per prendersi cura, oltre che delle patologie neurologi-

tava una totale paralisi della parte sinistra del corpo e una sostanziale apatia verso l'ambiente e i familiari. Alla fine del percorso riabilitativo, ha ripreso a muoversi con facilità con l'aiuto del tripode. E che dire di Moustafa, 60 anni, operato di laminectomia decompressiva per esiti di lesione traumatica midollare? Impossibile una guarigione totale, ma dopo qualche mese di trattamento, pur senza aver potuto recuperare la deambulazione,

Nel trattamento l'apporto della famiglia costituisce un fattore decisivo per la riuscita del percorso terapeutico; proprio per questo essa è riconosciuta come parte integrante della squadra riabilitativa e viene coinvolta nella organizzazione dei servizi e nella progettazione degli interventi.

Il Centro di Riabilitazione di Conselve è stato riorganizzato nel 2001, con l'arrivo alla direzione del dr. Roberto Marenzi. Fa parte del cosiddetto *Codice 28*, è un centro, cioè, di alta specialità e proprio per questo è un punto di riferimento riconosciuto dalla Regione Veneto. La sede può contare su 3900 metri quadrati di spazio, suddiviso in 5 piani e con la possibilità di accogliere pazienti in 30 posti letto. La degenza dura dai 15 giorni ai 2-3 mesi. In seguito le terapie proseguono in strutture esterne. Gli interventi annuali sono 560, quelli ambulatoriali 40.000 e interessano principalmente colonna vertebrale e arti.

Il Centro è dotato di tutte le apparecchiature strumentali necessarie e tecnologicamente all'avanguardia. Un dato importante, visto che l'uso della tecnologia influisce al 30% sulla guarigione dei soggetti. Ma ancor più importante è la preparazione del personale specializzato e su quella i pazienti del Centro possono tranquillamente fare affidamento.

**rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels**

che, come esiti di ictus, traumi cranici, lesioni midollari e malattie demielinizzanti, anche di patologie ortopediche, tra cui gli esiti di interventi chirurgici di protesizzazione articolare, di patologie oncologiche con interessamento del sistema nervoso o locomotore, di malattie reumatiche e muscoloscheletriche, disturbi del linguaggio, delle funzioni cognitive e del tono muscolare. L'efficacia delle terapie è naturalmente legata alla gravità dei casi, ma enorme influenza hanno volontà, impegno e costanza del paziente. La sig.ra Ada, per esempio: 78 anni: presen-

era in grado di muoversi con la carrozzina. È stato fondamentale far ritrovare al paziente l'autonomia di tutte le funzioni personali.

La riabilitazione deve però occuparsi anche di prevenzione: curando un evento morboso è importante dare consigli su come evitare ricadute o riacutizzazioni.

Le terapie, a Conselve, sono svolte da un team specializzato composto da 62 persone tra medici, fisioterapisti, terapisti occupazionali che aiutano al recupero della funzione motoria specifica, logopedista, infermieri e OSS.

## NEL 2015 UN ADULTO SU DUE AFFETTO DA ALLERGIA CRONICA

Le allergie colpiscono i bambini e gli adolescenti nei paesi occidentali a ritmo sempre più incalzante e gli esperti stimano che nel 2015 un adulto su due sarà affetto da disturbo allergico cronico.

Secondo l'EU Global Health Status Report, un bambino su 4 sotto l'età di 10 anni è affetto da malattie allergiche nei paesi dell'Unione Europea. In particolare, l'allergia alimentare, che più spesso causa gravi reazioni avverse come lo shock anafilattico, sembra raddoppiata negli ultimi 5 anni. La rinite allergica a sua volta appare aumentata di circa 3 volte.

Le stime attuali suggeriscono che nel 2015 un adulto su due sarà affetto da manifestazioni allergiche croniche quali asma ed eczema atopico. Esistono differenze significative nella prevalenza delle malattie allergiche negli adolescenti tra i vari paesi dell'Unione Europea che oscillano dal 3.7% di incidenza in Grecia, al 16% della Finlandia fino a raggiungere il 32% nel Regno Unito.

Un dato così preoccupante si traduce in un pesante impatto sulla qualità della vita del paziente allergico, in un aumento dei costi per i sistemi sanitari e in una perdita di produttività. "Ciononostante, le

malattie allergiche appaiono sottovalutate, spesso non correttamente diagnosticate e di conseguenza non ricevono un appropriato trattamento", spiega il Prof. Ian Lovtall, Direttore del Dipartimento delle Malattie Respiratorie dell'Università di Goteborg e Presidente di EAACI, l'European Academy for Allergy and Clinical Immunology

Diagnosi precoci, terapie tempestive e quanto più possibile personalizzate rappresentano gli elementi chiave per fronteggiare questa "epidemia", prevenendo l'insorgenza di complicanze nonché la cronicizzazione dell'allergia. Proprio su questi aspetti -ultime frontiere della ricerca per una diagnosi precoce e azione comune tra i diversi specialisti coinvolti nel trattamento delle malattie allergiche- è stato incentrato l'ultimo Convegno dell'EAACI "Pediatric Allergy and Asthma", che per la prima volta si è tenuto in Italia, a Venezia a con la partecipazione di più di 900 pediatri e ricercatori da tutto il mondo.

"Vi sono nuove tecnologie per l'identificazione e il trattamento precoce della malattia, approcci innovativi per ridurre o eliminare la reazione degli allergeni e per la

cura definitiva della malattia allergica", spiega Antonella Muraro, allergologa pediatra, membro del Consiglio Direttivo EAACI e responsabile del Centro di Specializzazione per lo Studio e la Cura delle Allergie e delle Intolleranze Alimentari presso l'Azienda Ospedaliera di Padova.

I fattori scatenanti della reazione allergica possono essere molteplici: dal fumo di sigaretta ai pollini, passando per alimenti, cosmetici, punture d'insetto e medicinali. "Preoccupante - spiega la dottoressa Muraro - appare infatti l'incremento fino a 7 volte negli ultimi dieci anni dei ricoveri per reazioni allergiche gravi ad alimenti nei bambini da 0 a 14 anni negli Stati Uniti e in Inghilterra".

In Italia non esistono ancora dati rispetto alle reazioni allergiche gravi e per questo motivo il Centro di Specializzazione sulle Allergie Alimentari ha in corso un progetto di sorveglianza epidemiologica delle reazioni anafilattiche, che comprende tutti i pronto soccorso e le divisioni di pediatria della Regione Veneto.

La lotta contro le allergie si muove, dunque, lungo tre grandi direttrici: promuovere un'efficace comunicazione tra i ricercatori di base e i

diversi specialisti che ruotano intorno al bambino allergico, continuare le sperimentazioni cliniche in corso, e mettere a punto un linguaggio comune che favorisca la presa in carico ottimale e globale del piccolo paziente allergico e della sua famiglia.

### **EAACI** – European Academy

for Allergy and Clinical Immunology è la più grande società scientifica medica in Europa nel campo delle allergie e dell'immunologia clinica, con 5500 membri provenienti da 107 paesi e 40 Società Nazionali per le Allergie.

Un'organizzazione no-profit, EAACI si occupa di asma, rinite, eczema, allergie professionali, a prodotti alimentari, a medicinali e anafilassi.

## **FLASH NEWS**

### **Cellule staminali. Il Veneto e Padova in prima linea**

Per la ricerca sulle cellule staminali il Veneto ha lanciato per il triennio 2009-2011 un piano di investimenti di 12 milioni di euro. Saranno i centri di eccellenza a effettuare la ricerca, raggruppati nel Corit (Consorzio per la ricerca sul trapianto di organi, tessuti, cellule e medicina rigenerativa) presieduto da Pilade Riello.

I centri, evitando sovrapposizioni e operando in sinergia negli stretti ambiti specialistici, si occuperanno di malattie dell'occhio, leucemie e tumori pediatrici, danni al tessuto cardiaco, lesioni dei tessuti ossei in ambito maxillo-facciale, lesioni alle cartilagini, patologie legate al rigetto cronico nei trapianti e malattie degenerative come Parkinson, Alzheimer e diabete.

Tra i centri d'eccellenza chiamati in prima linea quattro cell factory (Padova, Venezia, Verona, e Vicenza), il laboratorio Traslazionale di Rovigo e la biobanca di Treviso.

“Il Veneto con questo programma -dice l'assessore Sandro Sandri- entra a pieno titolo nei vertici internazionali nella ricerca in sanità”.

Pilade Riello ha invece ricordato come la leadership del Corit sia sancita anche dal fatto d'essere capocommessa europea sulla ricerca immunologica nei trapianti. (S.B.)

## PER UNA ALIMENTAZIONE CORRETTA

### Servizio di Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedaliera

di Francesco Francini

Quello della “corretta” alimentazione è un argomento che fa sempre presa sul pubblico. Sul tema, ormai diventato una sorta di tormentone, assistiamo cimentarsi nelle più svariate sedi folle di esperti, veri o presunti. Anche noi, all’esordio di questa rinnovata rivista, non abbiamo resistito alla tentazione di dire la nostra. Il compito è all’apparenza facile ma cela un’insidia, che il sottoscritto reputa tra le peggiori, quella di risultare scontati e stucchevoli agli occhi del lettore, che potrebbe desistere sin dalle prime righe. Allora, diciamo subito che il nostro approccio vuole essere un po’ diverso da quello che accomuna certi *slogan* salutistici del tipo “bisogna mangiare molta frutta e verdura”, “limitare i grassi animali”, “mangiare poco ma di tutto”, eccetera. Vorrei invece suscitare alcuni interrogativi e tentare qualche risposta. Per iniziare, chiediamoci quale obiettivo si propone un’alimentazione “corretta” o “ideale”. I più risponderanno il mantenimento del miglior stato di salute possibile, ma si tratta di una

risposta superficiale che non troverà un’unanime condivisione. Uno sportivo, per esempio, cercherà di alimentarsi con l’intento di ottimizzare le proprie prestazioni fisiche. Per ottenere ciò si sottoporrà a regimi ipercalorici e iperproteici, che non gioveranno al suo stato di salute complessivo ma semplicemente miglioreranno temporaneamente il rendimento muscolare. Ancora, molte persone in svariate parti del mondo, animate da profonda fede, si alimentano secondo i dettami della propria religione, bizzarri allo sguardo del laico e del tutto indifferenti ai risultati della scienza. Mangeranno pesce il venerdì o si asterranno dalla carne di maiale, ma senza alcun riferimento alle calorie né al colesterolo. In antitesi ai casi precedenti, il *gourmet* ricerca cibi e piatti raffinati, senza badare alle calorie, al burro, allo zucchero; il suo fine è la ricerca di accordi di sapori che esaltino il gusto per mezzo dell’arte della cucina. Questi semplici esempi ci dimostrano la necessità di chiarire rispetto a cosa è corretto uno stile

alimentare. In questa sede intenderemo alimentazione “corretta” come un insieme di comportamenti relativi al cibo in grado di ridurre il rischio di malattia e quindi di consentire una vita più lunga e sana. Pertanto, un’alimentazione ideale sotto il profilo sanitario, non certamente sotto quelli sportivo, religioso o gastronomico. La maggior parte degli studi condotti sull’argomento ha rilevato che il principale fattore di natura alimentare in grado di influenzare la nostra salute sono le calorie, indipendentemente dalla forma attraverso cui vengono introdotte. Una moderata riduzione dell’apporto calorico rispetto all’alimentazione spontanea riduce alcuni processi patologici che negli anni portano all’invecchiamento e a malattie quali il cancro e l’infarto. In pratica, mangiare all’incirca il 30% in meno delle calorie che siamo soliti assumere (1800 calorie al giorno invece di 2400) comporta una minor produzione di radicali liberi, attenua i processi infiammatori, riduce l’introito di contaminanti alimenta-

ri tossici. Di recente si è scoperto che i benefici indotti da una moderata restrizione calorica dipendono dall'attivazione di alcuni geni, considerati quindi i geni della longevità, che possono essere attivati anche da alcune sostanze di origine vegetale, indipendentemente dall'apporto calorico. Tra queste sostanze vi sono il *resveratrolo*, la *quercetina* e altre molecole presenti nella verdura e nella frutta, che perciò vedono confermate una volta di più le già note potenzialità a favore del nostro benessere.

Nell'ottica del contenimento dell'energia introdotta con il cibo, è interessante considerare il concetto di "concentrazione calorica", cioè la quantità di calorie contenuta in rapporto al volume dell'alimento. Gli alimenti caloricamente poco concentrati, come gli ortaggi e la frutta, hanno poche calorie in grandi volumi e quindi saziano senza far ingrassare. Al contrario, con i cibi a elevata concentrazione calorica, come quelli ricchi di grassi, la sazietà insorge solo dopo aver ingerito molte calorie.

Per prevenire soprappeso e obesità sarebbe opportuno ridurre la concentrazione calorica della nostra alimentazione, non solo aumentando la quota di vegetali, ma anche ricorrendo con parsimonia ai grassi di condimento. Due piatti con la stessa quantità di pasta pos-

sono differire anche di alcune centinaia di calorie a seconda di come sono conditi. Un etto di spaghetti con un po' di pomodoro e basilico apportano circa 350 calorie, ma gli stessi ben conditi con olio o burro e parmigiano possono averne oltre 600!

Elevata densità calorica hanno anche molte bevande. Fino a qualche tempo fa per dissetarsi si ricorreva all'acqua, prezioso elemento che non ha calorie, nonostante certa pubblicità tenti di indurci a credere il contrario. Il sodio contenuto nell'acqua potabile non costituisce un problema, anzi. Si tratta di carbonato di sodio (non di cloruro di sodio, come invece nell'acqua marina!), che non esercita alcun effetto dannoso sulla salute. Al contrario, molti suoi sostituti, quali le bibite gassate e non (succhi di frutta, tè in bottiglia o in brick) apportano calorie sotto forma di zucchero. Un litro di aranciata o di Coca Cola contiene circa 400 calorie, per i succhi di frutta si arriva a 600.

Bere nel corso di una giornata un litro di bevande di questo tipo equivale ad aggiungere alla consueta alimentazione le calorie che potremmo trovare in un piatto di pasta ben condita. L'abuso di bevande zuccherate è considerato uno dei principali comportamenti a rischio di obesità nei giovanissimi. Altri abusi alimentari caratterizza-

famiglie. Tra questi, l'ossessivo ricorso alla carne è certamente uno dei comportamenti alimentari che più insidiano la nostra salute. Salumi e carni di vario genere sono presenti in 2, 3 e, talora, in 4 pasti al giorno, tra spuntini, pranzo e cena. Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che l'elevato consumo di carni, soprattutto rosse e conservate (salumi) è correlato a un maggior rischio di malattie cardiovascolari e neoplasie. La carne non è indispensabile nella nostra alimentazione perché può essere efficacemente sostituita da uova, formaggi, legumi, pesce. La sua presenza sulla tavola andrebbe quindi limitata a un paio di volte la settimana o meno, senza compromettere l'apporto di nutrienti essenziali.

Un'altra classe di alimenti di cui si fa largo uso sono i prodotti da forno confezionati, cioè cracker, grissini, fette biscottate, biscotti e affini. Tra i loro ingredienti vi sono particolari tipologie di grassi, come l'olio di cocco e i grassi idrogenati (margarine), guardati con sospetto perché capaci di aumentare il colesterolo plasmatico. I prodotti da forno confezionati sostituiscono in molte occasioni il pane, usati nella convinzione che abbiano meno calorie. In realtà questi alimenti contengono circa un terzo di calorie in più rispetto al pane e, inoltre, i grassi utilizzati nell'impasto

non giovano alla salute delle nostre arterie.

In conclusione, se è vero che la quotidiana assunzione di frutta e verdura è importante, essa va tuttavia accompagnata dal ridimensionamento del consumo di carni, a vantaggio soprattutto dei legumi, e al recupero di antichi alimenti, quali il pane e l'acqua, oggi ingiustamente soppiantati da crackers, fette biscottate e bevande zuccherate. Questi semplici consigli, oltre che rendere più economica la nostra spesa, ci aiuteranno ad allontanare nel tempo eventi sgradevoli quali le malattie metaboliche, le patologie cardiovascolari, le neoplasie e l'invecchiamento.

## FLASH NEWS

### **Con i gemelli, alla ricerca del rischio arteriosclerosi**

Il Dipartimento di Neuroscienze di Padova, in sinergia con il "gemello" Dipartimento di Roma, ha selezionato 200 coppie di gemelli di età differenti per stimare la componente ereditaria dell'arteriosclerosi.

Questa patologia degenerativa rappresenta la più frequente causa di mortalità nella popolazione occidentale, ecco perché la sua prevenzione assume importanza strategica sia dal punto di vista individuale sia della collettività.

Le coppie che hanno accettato di partecipare al progetto di studio sono in prima battuta sottoposte a esami clinici. Dovranno poi compilare alcuni questionari, formulati per valutare il benessere psicologico, lo stato generale di salute, le abitudini al fumo e gli stili di vita.

Gli esami previsti si basano su una valutazione, eseguita mediante ecografia-doppler, dello spessore della parete delle arterie carotidi e del circolo intracranico. (S.B.)

## UNO SPAZIO FUTURISTICO

### i lavori di ristrutturazione, ampliamento e modernizzazione trasformano la Rianimazione Centrale

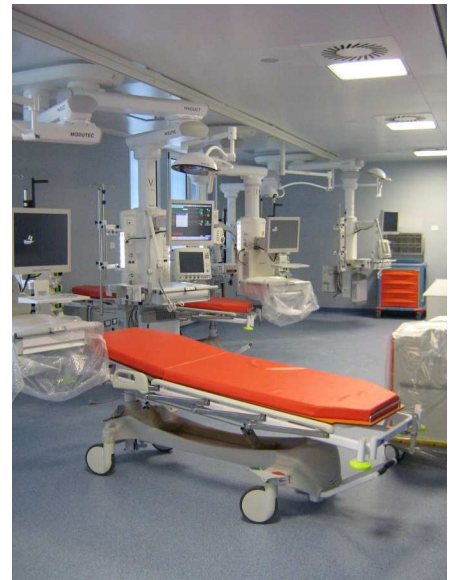
L'Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera di Padova è stata di recente completamente rinnovata secondo i più moderni canoni e con le più avanzate strumentazioni tecnologiche. Dopo 40 anni di attività e con quasi 40.000 pazienti trattati, il reparto ha raddoppiato la superficie, ora raggiunge i 1000 metri quadrati, e aumentato i posti letto: sono 18, cui si aggiunge un letto per i trattamenti di emergenza e un'area servizi dedicata.

Diretta dal dr. Giovanni Pittoni fin dal 2003, la nuova "Rianimazione Centrale" è una struttura con un'area centrale da cinque posti letto, tre stanze da due posti letto e sette stanze singole con possibilità di garantire un isolamento di grado elevato, sia per proteggere un paziente da infezioni esterne, come potrebbero richiedere pazienti immunodepressi, sia per isolare casi di malattia altamente contagiosa, di tipo batterico o virale. Ogni anno vengono accolti in Rianimazione Centrale circa 900 ricoverati. Si tratta di pazienti in emergenza, traumatizzati della strada o

del lavoro, grandi ustionati, ammalati con patologie molto gravi e complesse o comunque persone per le quali è necessario ricorrere alla respirazione artificiale. Per buona parte di loro il ricovero avviene per garantire un recupero post-operatorio con assistenza intensiva medica e infermieristica dopo un intervento chirurgico di particolare complessità.

La durata della degenza è in media inferiore ai 7 giorni e la percentuale di dimissione - e di sopravvivenza, quindi - è del 90% circa.

Il sistema di monitoraggio previsto è quanto di più moderno e aggiornato oggi disponibile. La cartella clinica può essere gestita in modo informatizzato con l'acquisizione automatica dei dati provenienti dal malato, delle azioni intraprese e di quanto gli viene somministrato. Tale monitoraggio consente inoltre la visualizzazione delle immagini TAC, risonanza magnetica, lastre rx tradizionali e dei dati di laboratorio disponibili nel sistema informatico centralizzato dell'ospedale. Ciò consente al medico di disporre in tempo reale e simultaneo di tutte



le informazioni cliniche, vedendo così ridursi la possibilità di errore e aumentare il pronto riconoscimen-

to di qualsiasi complicazione, specie in pazienti a elevata criticità. La moderna struttura è disposta in

modo da consentire facilità di pulizia e sterilizzazione per tutto il reparto: le attrezzature sono infatti sospese da terra o spostabili su ruote. Per l'assistenza infermieristica, la presenza di sistemi motorizzati per il sollevamento dei pazienti, connessi a binari per la mobilizzazione permette anche a un operatore, da solo, il cambio letto. Due stanze sono attrezzate per la gestione dei pazienti "grandi obesi", idonee a mobilizzare fino a 400 kg di peso.

Ogni posto letto è provvisto di un ventilatore meccanico con la possibilità di utilizzare i più sofisticati metodi di respirazione artificiale. La dotazione tecnologica all'avanguardia consente di attuare metodiche mini-invasive per la gestione delle vie aeree con video-endoscopia, per la diagnostica nonché per il trattamento emodinamico con l'ecografo a immagini tridimensionali.

L'assistenza è garantita 24 ore su 24, dalla turnazione di diciotto medici, di infermieri e operatori sanitari.

Lo staff della nuova Rianimazione Centrale conta su *40 medici specialisti*, tra cui, oltre alla dr.ssa Giuseppina Bonaccorso responsabile di Struttura Semplice di T.I.P.O., operano la dr.ssa Annibale, la

Giovanni Pittoni nella nuova Rianimazione Centrale



dr.ssa Celsan, la dr.ssa Dalla Zuana, la dr.ssa Ferrana, il dr. Gargano, la dr.ssa Lanzillotta, il dr. Meggiolaro, il dr. Meneghetti, il dr. Montagna, la dr.ssa Negri, il dr. Paganini, il dr. Passerella, la dr.ssa Pavarin, il dr. Scatto, la dr.ssa Vecchiato e la dr.ssa Zoppellaro; e su *quasi 50 tra infermieri e operatori sanitari*, coordinati dalla Caposala Roberta Rampazzo.

La Nuova Rianimazione Centrale garantisce assistenza rianimatoria e cure intensive prevalentemente per i pazienti ricoverati nel complesso del "Monoblocco" ospedaliero e per le Chirurgie che fanno riferimento all'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione ospedaliera diretta dallo stesso Giovanni Pittoni: la Chirurgia Generale, diretta dal prof. Romeo Bardini, la Chirurgia Vascolare diretta dal prof. Giovanni Deriu, la Chirurgia Plastica e il Centro Grandi Ustioni diretti dal dr. Bruno Azzena, la Chirurgia Plastica Pediatrica del dr. Angelo Chiarelli, l'Urologia del prof. Filiberto Zattoni, l'Otorinolaringoiatria a indirizzo Otochirurgico del prof. Alessandro Martini, la Clinica Otorinolaringoiatrica del prof. Alberto Staffieri, la clinica Oculistica diretta dal prof. Midena, la Chirurgia Maxillo-Facciale del prof. Giuseppe Ferronato, la Chirurgia delle Vie Aeree

per anni diretta dal dr. Narne Surendra e ora diretta dal prof. Martini.

Con la Nuova Rianimazione Centrale continuerà a essere collegata l'Unità di Riabilitazione Sub-Intensiva di Conselve, con i suoi 4 letti ad alta assistenza, integrati nei programmi riabilitativi coordinati dal dr. Roberto Marenzi, direttore della Riabilitazione di Conselve.

In questi 40 anni di attività molti medici hanno contribuito con il loro lavoro all'eccellenza di questo reparto ospedaliero, a partire dal prof. Alessandro Gasparetto che, dopo aver creato le basi della allora nuova specialità di Anestesia e Rianimazione, divenne cattedratico a Roma, restando per anni il riferimento della moderna terapia intensiva in Italia. Altri illustri specialisti si sono succeduti, tra cui il prof. Marco Simone, poi primario a Mestre, il prof. Remigio Verlatto per anni primario a Vicenza e poi pioniere delle attività connesse ai trapianti, il prof. Gaspare Sammartano poi primario a Venezia, il prof. Lorenzo Torelli poi primario a Vicenza, il prof. Vinicio Testa poi primario a Pordenone, il dr. Pasquale Piccinni anestesista per il primo trapianto di fegato a Padova e ora primario a Vicenza, il dr. Gianfranco De Zen ora primario a Bassano del Grappa, il prof. Gior-

gio Barusco rientrato a Padova come primario dopo anni di primariato a Rovigo, il prof. Alberto Pietra per anni primario a Este, il dr. GianLuca Alati per anni primario a Camposanpiero, la dr.ssa Mariangela Palù fino a poco tempo fa primario a Rovigo, il dr. Giorgio Davià ora primario ad Abano Terme. Ma anche altri illustri cattedratici come il prof. Gaetano Gritti che ha concluso la sua carriera a Firenze o il prof. Paolo Pinto ora cattedratico a Roma. Tra tutti, una particolare menzione va al prof. Ennio Manzin che per molto tempo è stato il riferimento della Rianimazione Centrale.

Le attrezzature sostituite verranno rese disponibili per iniziative di cooperazione allo sviluppo, come quelle sostenute dall'Associazione Bethania Hospital Service O.N.L.U.S., attiva dal 1994 con iniziative di cooperazione allo sviluppo in numerosi paesi dell'Est Europa e dell'Africa. Attualmente sono in corso progetti di cooperazione in Bulgaria, Romania, Repubblica Democratica del Congo, Tanzania e in Senegal. Alcuni di questi progetti sono stati sostenuti anche dalla Regione del Veneto e sviluppati con altre ONG italiane come il CUAMM, l'AES o con l'organizzazione belga Medicine Sans Vacances.

## LE ECCELLENZE AZIENDALI

### Waifro Rigamonti, direttore dell'Unità Operativa Semplice di Urologia Pediatrica, racconta la sua specialità.

di Cinzia Montagna

*La sua Unità ha una lunga tradizione di eccellenza ed è stato forse il primo reparto di Urologia a occuparsi di Urologia Pediatrica in Italia. E' vero dr. Rigamonti?*

Sì, credo di sì. La prima sezione pediatrica venne realizzata nella Clinica Urologica di Padova dal

*Mi può dire in poche parole che cos'è l'Urologia Pediatrica?*

È la branca della medicina che si interessa di tutte le patologie malformative, infiammatorie, tumorali delle vie urinarie e dell'apparato genitale del bambino, dalla nascita all'adolescenza.

*Si tratta quindi delle stesse patologie di cui si interessa l'urologo ma che si presentano nel bambino?*

In verità non è proprio così. Nella maggior parte dei casi sono malattie tipiche del bambino che poco hanno a che fare con le malattie della prostata e dei tumori della vescica. Comunque, alcune patologie come la calcolosi urinaria sono presenti sia nell'adulto che nel bambino e noi utilizziamo le apparecchiature e l'esperienza degli urologi per risolverle insieme.

*Dottore, quali sono le patologie più frequentemente curate nell'Unità da lei diretta?*

La patologia più frequentemente trattata è probabilmente l'ipospadia. Si tratta di una malformazione congenita dei genitali maschili dove l'uretra non si forma perfettamente e il bimbo fa pipì da un buchino che non è situato alla punta del pene ma in una posizio-

ne più in basso. Il pene è spesso anche ricurvo verso il basso e il bimbo deve sedersi per urinare con gravi problemi funzionali e psicologici. È una malformazione purtroppo in grande crescita e sembra incrementata dall'inquinamento ambientale.

A seguire, per frequenza, le patologie legate alla mancata discesa dei testicoli e poi le patologie ostruttive dell'alto apparato urinario; sostanzialmente casi in cui una parte della via urinaria non si sviluppa bene e non consente la normale discesa dell'urina dal rene alla vescica. Il più delle volte queste forme vengono oggi diagnosticate già nella pancia della mamma e quindi prese in carico immediatamente.

*Se queste sono le patologie più frequenti quali sono le più gravi?*

Chiaramente le forme tumorali sono tra le più gravi in quanto comportano un rischio per la sopravvivenza del piccolo paziente. Da un punto di vista tecnico e organizzativo, però, alcune malformazioni quali l'ambiguità dei genitali, con tutte le problematiche dell'attribuzione e la ricostruzione nel sesso prescelto o la ricostruzione di tutto il basso apparato genito-urinario, come nei casi di estrofia



Waifro Rigamonti

prof. Pagano negli anni Sessanta e fu poi sviluppata e portata a fama internazionale dal prof. Passerini Glazel: un grande passato che speriamo di saper proiettare nel futuro.

vescicale, pongono grandi difficoltà di scelta ed esecuzione nonché di prosecuzione di cura fino all'età adulta.

Vi sono poi forme, quali le valvole uretrali congenite, che non pongono nell'immediato grandi difficoltà tecniche, ma le cui conseguenze sui reni e sulla vescica si ripercuotono per tutta la vita, con continui problemi di svuotamento vescicale e insufficienza renale. Queste forme richiedono una collaudata cooperazione tra urologo e nefrologo pediatrico.

*Una volta eseguito l'intervento e trascorso il follow-up, qual è la percentuale di casi risolti?*

Ovviamente il risultato dipende dalla patologia di base. Per alcune condizioni, come l'idronefrosi da

malattia del giunto pieloureterale, disponiamo di modalità di trattamento estremamente efficaci; se il paziente non sviluppa problematiche a un anno dall'intervento difficilmente potranno comparire in seguito.

Per altre condizioni il follow-up non termina mai e questi pazienti vengono controllati praticamente per tutta la vita.

Ci sono, infine, condizioni in cui le complicanze non si manifestano per molti anni per poi comparire nelle fasi di più rapido sviluppo come la pubertà. Questo, per esempio, è abbastanza tipico, ma per fortuna non comunissimo, nei soggetti operati per ipospadia.

*Quali sono le maggiori conseguenze delle patologie da voi seguite?*

Le patologie urologiche, se non trattate in tempo, possono portare a una progressiva perdita della funzione renale e conseguentemente alla dialisi e al trapianto. I pazienti che invece sviluppano incontinenza urinaria difficilmente andranno incontro a tali conseguenze, mentre possono avere ripercussioni sulla vita di relazione e sulla propria maturazione psicologica. Infine, i pazienti affetti da alcune malformazioni particolari, come l'estrofia vescicale e le ambiguità dei genitali, possono avere importanti ripercussioni psicologiche legate alla loro sessualità.

*Quanti interventi esegue in un anno?*

Nella nostra Unità Operativa si eseguono circa 450 interventi

Figura A:  
valvola dell'uretra posteriore

Figura B:  
reflusso vescico ureterale  
di alto grado



l'anno di chirurgia a cielo aperto e circa 100 procedure endoscopiche.

*Ci sono così tanti bambini padovani con questi problemi?*

Assolutamente no, la maggior parte dei bimbi proviene da altre regioni. Circa il 40% degli interventi sono su bambini provenienti da fuori Regione, un altro 45% proviene da altre città del Veneto e solo un 15 % dalla provincia di Padova.

*Perché arrivano a Padova?*

Per vari motivi. Per prima cosa la nostra Unità Operativa è una delle poche in Italia interamente dedicata alla cura delle malformazioni urinarie nel bambino con una lunga tradizione nel trattamento di quadri malformativi urogenitali complessi.

Altra peculiarità è la presenza in azienda di ulteriori specialità pediatriche di altissimo livello, come la Nefrologia Pediatrica diretta dalla dr.ssa Murer, la Terapia Intensiva Pediatrica, l'Oncoematologia, l'Endocrinologia, la Chirurgia Pediatrica diretta dal prof. Zanon, con grande competenza nel trapianto renale e nel trattamento dei tumori. Questo ci consente la presa in carico di pazienti con nefro-uropatie complesse che richiedono un approccio multidisciplinare. Inoltre, l'Urologia Pediatrica è collocata all'interno di un'Unità Operativa di Urologia Generale, che consente la presa in carico di pazienti adulti con esiti di patologie congenite e rappresenta praticamente un *unicum* nel panorama

nazionale.

Infine, ogni martedì vi è un incontro tra nefrologi, urologi e medico nucleare, aperto ai pediatri del Veneto e delle Regioni vicine che possono portare in discussione i loro casi per un parere dell'équipe di Padova. Questo non solo arricchisce noi e i colleghi, ma ha permesso anche di creare nel corso degli anni una rete di collaborazione che fa riferimento al nostro ospedale per i casi più complessi e che richiedono un approccio multidisciplinare.

*E quando siete voi ad aver bisogno di un aiuto per casi particolarmente complessi, a chi vi rivolgete?*

È abbastanza eccezionale trovare casi per cui occorra ricorrere all'aiuto esterno al nostro ospedale. Capita però con una certa regolarità di organizzare delle *joint ventures*, invitando a operare presso la nostra Unità chirurgici italiani o stranieri che si siano altamente specializzati in alcuni tipi di trattamento, così come noi siamo invitati in altri ospedali a mostrare le nostre tecniche.

*In un ambito così delicato e di fronte a pazienti così piccoli qual è la difficoltà maggiore che un medico incontra?*

Molto spesso la cosa più complessa da gestire è il carico di ansia da parte dei genitori dei piccoli pazienti. Nascono dinamiche complesse, legate all'ansia per il bambino malato, l'incertezza del futuro, a volte il senso di colpa per a-

ver dato alla luce un figlio con malformazione.

I bambini, invece, spesso vivono quest'esperienza come un momento d'incontro con altri bambini e i più piccoli fino all'anno e mezzo di vita non percepiscono l'ospedalizzazione.

Per rendere l'esperienza dell'intervento chirurgico meno traumatizzante, è prevista una serie di incontri, prima in ambulatorio e poi in reparto. In reparto si spiegano le modalità dell'intervento e del decorso post operatorio e ci si accerta che i genitori abbiano compreso completamente tutte le tappe del ricovero e dell'intervento, in modo da ottenere un reale consenso informato. Si cerca di stabilire un rapporto diretto e personale tra il chirurgo e i genitori, così da instaurare la fiducia che è il cardine di un buon rapporto tra medico e paziente.

Inoltre, in reparto vi è un ambiente sviluppato negli anni per essere il più congeniale possibile ai bambini. Le pareti sono interamente ricoperte di disegni, sono disponibili giochi, video-giochi, televisori e DVD.

Nel pomeriggio, vi sono spesso volontari che intrattengono i bambini ricoverati. Nei casi di ricoveri lunghi è disponibile un servizio scolastico. E, cosa fondamentale, il genitore può sempre restare al fianco del figlio e ha a disposizione un letto per la notte.

*Grazie dottore e Buon Lavoro.*

## VIVERE ALLA NORMALE

### un approccio diverso per affrontare l'infezione da HIV e i problemi della sieropositività.

Carlo Giaquinto, è il *deus ex machina* del Centro per l'AIDS pediatrico. È da un'idea sua, di Serebella Oletto, Chiara Novello, Barbara Ghiringhelli, Osvalda Rampon e realizzato nella grafica da Paola Gamba, che nasce *Vivere alla normale*. Il primo progetto in Italia che affronta in modo originale i problemi della sieropositività e aiuta ad affrontare l'infezione da HIV è frutto dell'esperienza quotidiana a fianco dei genitori immigrati e della condivisione con loro e con gli

operatori sanitari della difficoltà di essere genitori quando si vive la sieropositività.

Il nostro paese si è trasformato, in brevissimo tempo, da luogo di emigrazione a spazio di immigrazione. Attualmente in Italia c'è uno straniero ogni 16 italiani. Questa situazione ha portato a cambiamenti importanti nell'epidemiologia dell'infezione da HIV, particolarmente evidente nel settore pediatrico dove, tra i fattori di rischio materni, la prove-

nienza della madre da un'area endemica è cresciuta dallo 0% del 1985 al 40% del 2005.

Dal 1985 il Centro si occupa di seguire i bambini nati da madri sieropositive. Fornire al paziente elementi scientificamente corretti ed esempi concreti di conoscenza sul virus e sullo stato di malattia è importante per abbattere i pregiudizi e gli stereotipi che il malato può avere sul virus. Preconcetti che si basano per lo più su conoscenze dettate da informazioni scarse o



La copertina del cd rom

I protagonisti della guida



sbagliate, ma anche da un'esperienza di testimonianze sull'infezione da HIV che sono quelle di Paesi dove ancora oggi si muore sempre e rapidamente di HIV.

E' importante allora insegnare a sostituire rappresentazioni come "HIV è stare molto male" o "HIV è morte" con altre più positive, legate alla realtà italiana, come "puoi avere l'infezione e vivere a lungo", introducendo così i concetti di "malattia cronica", "cure preventive", "importanza dei controlli sanitari".

"La nostra proposta è quella di aiutare il paziente e l'operatore che ne tutela la salute a "parlare" dell'infezione da HIV, delle funzio-

ni genitoriali in presenza di malattia, delle conseguenze della scelta migratoria, in ciò supportati da strumenti operativi che facilitino la comunicazione" dice il dr. Giaquinto.

Spesso nella comunicazione si incontrano difficoltà per la differenza di codice linguistico del paziente, per i diversi riferimenti culturali e ontologici al quale egli fa riferimento, per le pre-esistenti informazioni ed esperienze che ha del virus e che incidono sul senso della malattia, sulla percezione della sua gravità e sulle necessità – soggettive e oggettive - di cura. E' tuttavia importante soffermarsi sulla spiegazione di come "funziona" l'infezione rispetto allo stare bene

e allo stare male, al vivere e al morire.

Questo passaggio è fondamentale per riuscire a stabilire un rapporto di cura e per fare sì che vengano assunti i corretti comportamenti di prevenzione.

Da più parti sta assumendo importanza la convinzione che sperimentare nuovi modelli di assistenza sia importante tanto quanto sperimentare nuovi farmaci. Il primo passo corretto in questa direzione è riconoscere e valutare i possibili diversi bisogni delle persone con infezione da HIV alla luce del mutamento delle caratteristiche sociali dei soggetti colpiti, della loro nazionalità, della loro cultura, della loro religione e ovviamente della

loro storia di vita, per poi mettere in atto le specifiche risposte ai nuovi bisogni.

La scarsa conoscenza dell'infezione da HIV, le molte credenze e convinzioni sbagliate, sono comuni a molti pazienti, italiani e stranieri. Sono soprattutto coloro che provengono da Paesi ad alta prevalenza dell'infezione da HIV che mostrano minore o addirittura nessuna conoscenza dell'infezione da HIV nelle sue diverse sfaccettature; in particolare chi viene dall'Africa subsahariana dove quotidianamente misurarsi con la non prevenzione, con il ridotto accesso alla terapia antiretrovirale (ART), con il lutto e lo stigma quotidiano attribuibile a questa malattia.



Carlo Giaquinto

## IL PROGETTO

Affronta:

- *aspetti generali* di conoscenza dell'infezione da HIV, epidemiologia, informazioni mediche relative alla caratteristica del virus, alle modalità di trasmissione e di prevenzione, azione dei farmaci, aspetti emotivi dell'essere sieropositivo.
- *aspetti relazionali* che caratterizzano l'accoglienza e l'incontro con il paziente sieropositivo straniero, principali difficoltà e ostacoli nella comunicazione.
- *aspetti culturali* volti ad approfondire alcuni concetti fondamentali della cultura dell'altro (salute/ malattia, importanza della maternità), coordinate indispensabili all'operatore per capire meglio scelte e comportamenti di chi si ha di fronte e proporre percorsi di salute e integrazione sociale. E' una "**valigetta pedagogica**" multimediale, che ha lo scopo di trat-

tare i diversi aspetti della condizione di un genitore migrante, in particolare delle madri che si trovano ad affrontare l'infezione da HIV. Contiene non solo informazioni mediche, ma anche e soprattutto consigli "positivi" portati dai protagonisti. La forma colloquiale stimola la consapevolezza che è possibile continuare a vivere con l'infezione.

Attraverso poche frasi e poche immagini si invita l'utente a riflettere, coinvolgendolo nell'approfondimento del tema.

Uno strumento creato per le famiglie ma anche per gli operatori dell'area sanitaria, sociale ed educativa che seguono le persone immigrate e sieropositive.

La proposta è quella di *aiutare l'operatore che utilizza la valigetta a "parlare" con il paziente dell'infezione da HIV*, delle funzioni genitoriali in presenza di malattia, delle conseguenze della scelta migratoria. Il percorso educativo si propone di stimolare gli utenti a diventare consapevoli della possibilità di continuare a vivere malgrado l'infezione, senza cedere da un lato all'apatia e alla depressione, dall'altro alla negazione e all'indifferenza, al "non pensiero".

Per superare i problemi di comunicazione il materiale è stato realizzato in più lingue: italiano, inglese e francese.

Il progetto prevede la diffusione in Italia a circa 10.000 persone.

La valigetta pedagogica è composta da un cd rom (in lingua italiana, inglese, francese) e da 21 tavole cartacee in lingua italiana, 21 in lingua inglese, 21 in lingua francese. Rappresenta uno strumento per discutere con i genitori immigrati sieropositivi, africani in particolare, l'intreccio tra genitorialità, immigrazione, sieropositività. Nella valigetta sono disponibili un opuscolo da consegnare al genitore al termine dell'incontro e un manuale per l'operatore con gli approfondimenti necessari per presentare i contenuti delle sessioni, specificare le difficoltà che vi si possono incontrare, suggerire argomenti da affrontare con l'utente.

#### **Obiettivi della "valigetta pedagogica":**

- promuovere nei genitori sieropositivi africani la conoscenza della patologia da HIV e dei servizi socio sanitari a disposizione nel nostro Paese;
- aiutare i genitori sieropositivi

africani ad affrontare con maggiore consapevolezza e serenità l'infezione da HIV;

- ostacolare l'abbandono delle cure mediche migliorando l'aderenza terapeutica;
- favorire negli operatori un approccio di lavoro che si basi sulla partecipazione attiva dei pazienti in un'ottica di promozione sociale e di possibilità di "prendersi cura di sé";
- favorire l'*empowerment (la presa di coscienza)* delle donne sieropositive africane rinforzando la loro possibilità di intervenire sulla malattia propria e dei figli rendendole protagoniste attive della loro vita e delle loro scelte al di là del ruolo marginale che generalmente ricoprono nella loro cultura.

Al progetto ha collaborato la Fondazione Penta ONLUS ed è stato realizzato con il contributo della Cassa di Risparmio del Veneto e grazie al sostegno dell'Istituto Superiore di Sanità – 6° Programma di Ricerca sull'AIDS – Accordo di collaborazione scientifica nr. 60G.9.

## Alla scoperta della trombofilia ereditaria

### un nuovo fattore di rischio della trombofilia (la predisposizione alla trombosi) apre la strada a possibili cura future per l'emofilia

Una rarissima alterazione nel DNA di pazienti affetti da trombosi (la formazione di un coagulo all'interno dei vasi sanguigni) è stata identificata dall'equipe di ricercatori dell'Azienda Ospedaliera di Padova e della Facoltà di Medicina e Chirurgia, coordinata dal prof. Paolo Simioni della Clinica Medica II. La scoperta non solo rappresenta un importante avanzamento scientifico nella conoscenza delle malattie emorragiche, ma potrebbe anche risultare decisiva nello studio di nuove terapie. La particolare alterazione genetica individuata produce una variante del Fattore IX della coagulazione, ed è stata chiamata *Fattore IX Padova*. Il Fattore IX, presente nel plasma della popolazione generale, è uno dei fattori della cascata della coagulazione. La sua carenza è responsabile della emofilia B, malattia emorragica su base genetica trasmessa da madre a figlio. Il *Fattore IX Padova* risulterebbe essere una variante iperfunzionante, capace di aumentarne di circa 8 volte l'attività e di incrementare di conseguenza la velocità della coa-

gulazione del sangue. La mutazione espone quindi i soggetti che ne sono portatori a un maggiore rischio di sviluppare trombosi all'interno del sistema circolatorio. Ma la sua scoperta costituisce allo stesso tempo una speranza estremamente promettente nel campo della cura delle malattie emorragiche, soprattutto per l'emofilia B. Per questa malattia che colpisce a livello mondiale una persona su 50.000, e solo in Italia circa 1.000 i pazienti (di cui il 60% con effetti invalidanti) si aprono sorprendenti prospettive di cura, con possibilità nel futuro di un netto miglioramento della qualità di vita, in termini di riduzione di complicanze emorragiche, di necessità di utilizzo di concentrati di fattore per la prevenzione e cura delle emorragie e di ospedalizzazione. L'autore dello studio, il prof. Paolo Simioni, è un noto esperto internazionale di patologie della coagulazione. Ha coordinato il team di ricercatori padovani della Clinica Medica II e dell'Università di Padova: Daniela Tormene, Giulio Tognin, Sabrina Gavasso, Cristiana

Bulato, Luca Spiezia, Claudia Radu. La potenzialità della scoperta consiste soprattutto nella possibilità di rendere finalmente realizzabile la *terapia genica* dell'emofilia B (cioè l'introduzione di un gene modificato nelle persone affette da tale patologia). In tal senso, grazie alla collaborazione con i colleghi statunitensi (Nicholas P. Iacobelli, Jonathan D. Finn, Valder R. Arruda) il *Fattore IX Padova* è in fase avanzata di sperimentazione presso l'Università della Pennsylvania e si è dimostrato sino a ora in grado di curare efficacemente la malattia nel modello canino con emofilia B. Questo prezioso risultato è, come molti altri, frutto della collaborazione di molteplici competenze (medici, biologi, tecnici di laboratorio) e pone l'Azienda Ospedaliera e l'Università di Padova ai più elevati livelli della ricerca scientifica mondiale. I risultati dello studio, condotto presso il Laboratorio Coagulazione della Clinica Medica II (Direttore: prof. Antonio Pagnan) di Padova in collaborazione con l'Università della Pennsylvania (USA), sono

stati recentemente pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica a livello mondiale "New England Journal of Medicine".

## FLASH NEWS

**Paolo Simioni** è nato nel 1959 a Padova, dove risiede. Sposato e padre di due figli, Matteo di 17 e Clarissa di 13 anni. Si è laureato a Padova con una tesi sulla "Predisposizione ereditaria alla trombosi" nel 1984 con il massimo dei voti e la Lode. Ha conseguito la specialità in Cardiologia nel 1990 e in Medicina Interna nel 1995 sempre a Padova. Ha conseguito il PhD in Medicina Interna presso l'Università di Amsterdam nel 1997. Dal 1992 al 1998 è stato Aiuto Ospedaliero presso la Patologia Medica 2 dell'Università di Padova e dal 1998 al 2004 Ricercatore Universitario della Clinica Medica 2. Dal 2005 è Professore Associato di Medicina Interna presso la Clinica Medica 2 del Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari dell'Università di Padova (Direttore: Prof. Antonio Pagnan). È responsabile dell'attività assistenziale per pazienti con predisposizione trombotica su base ereditaria (trombofilie). Coordina un gruppo di ricerca nell'ambito delle malattie trombotiche ed emorragiche affette alla Clinica Medica II. È autore di oltre 500 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali nel campo della trombosi e dell'emostasi. Ha preso parte come invited speaker a numerosissimi convegni scientifici nazionali e internazionali riguardanti le patologie trombotiche ed emorragiche. È membro di varie Società Scientifiche del Settore dell'Emostasi e Trombosi e della Medicina Interna. Ha collaborazioni in atto con i principali Centri di Ricerca nel settore dell'emostasi appartenenti a Università Nazionali e Internazionali.

### Smart Inclusion: in ospedale come a scuola

Si chiama "Smart Inclusion" il progetto coordinato dal Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione che entro la fine dell'anno coinvolgerà le sei maggiori Pediatrie italiane; oltre all'Azienda Ospedaliera di Padova sono coinvolti l'Ospedale Bambin Gesù di Roma, il Meyer di Firenze, il Regina Margherita di Torino, il S. Orsola di Bologna, il Gaslini di Genova e il San Matteo di Pavia.

Il progetto permette al bambino ricoverato in ospedale di seguire le lezioni della propria scuola in diretta, vedere dal monitor installato sul proprio letto i compagni e l'insegnante, fare i compiti partecipare alle lezioni e ai compiti in classe, assistere alle verifiche sull'apprendimento delle lezioni. Con la possibilità di accedere anche all'archivio delle lezioni registrate e di seguire corsi individuali di autoapprendimento.

"Smart Inclusion" è reso possibile dalla più avanzata tecnologia in fatto di fruibilità ed ergonomia. Gli alunni utilizzano terminali touch screen dotati di telecamera con impatto elettromagnetico zero e senza necessità particolari di cablaggi, nel rispetto delle normative europee sulle interferenze di onde radio con gli apparati elettromedicali. Innovazione e internet garantiscono il diritto allo studio dei bambini ricoverati per lunghi periodi. (S.B.)

## CURE MIRATE CONTRO LA LEUCEMIA LINFOBLASTICA ACUTA

### **L'equipe del prof. Basso scopre il metodo per valutare precocemente la sensibilità ai farmaci della leucemia**

Il gruppo di ricerca coordinato dal prof. Giuseppe Basso, direttore del Dipartimento di Pediatria padovano Salus Pueri e responsabile del laboratorio di Oncoematologia Pediatrica, ha messo a punto una metodologia d'analisi rivoluzionaria nel campo delle leucemie.



Giuseppe Basso

foto tratta dal sito [www.cittadellasperanza.org](http://www.cittadellasperanza.org)

Il nuovo metodo attraverso cui analizzare le cellule dei pazienti in trattamento terapeutico permette d'identificare se la terapia sta funzionando a soli 15 giorni dal suo inizio. L'analisi potrà essere utilizzata in quasi tutti i laboratori del mondo. Una modalità più veloce e più economica e che offre informazioni in più rispetto al passato.

Il lavoro, frutto di oltre otto anni di ricerche e studio, è stato giudicato così innovativo da guadagnarsi - oltre alla pubblicazione - un editoriale di commento da parte uno dei massimi esperti mondiali di Leucemia Linfoblastica, Ching-Hon Pui, di Memphis. Il tutto è apparso sulla prestigiosa rivista *Journal of Clinical Oncology*, l'organo di informazione ufficiale e più autorevole della società americana di oncologia clinica (ASCO). Una scelta che avviene solo in casi di particolare rilevanza scientifica.

In sintesi, la novità identificata sta nella sopravvivenza "libera da eventi a 5 anni" per i bambini e gli adolescenti affetti da Leucemia Linfoblastica Acuta (LLA) e ha raggiunto, con i più recenti trial clinici, l'86% dei pazienti. Un traguardo importante rispetto alla mortalità di 10 anni fa.

La precoce valutazione della sensibilità della leucemia ai farmaci, identificata dai ricercatori padovani - che hanno esaminato tutti i pazienti Italiani curati secondo i protocolli dell'Associazione Italiana Ematologia e Oncologia Pediatrica - diventa il nuovo standard prognostico per le leucemia linfoblastiche acute pediatriche, da utilizzare in diversi centri di tutto il mondo. Rivolgendosi all'utilizzo di metodiche sensibili e specifiche per lo studio della Malattia Residua Minima (MRM), come per esempio la citofluorimetria a flusso e la PCR, per il monitoraggio dei pazienti nel corso della terapia si è raggiunto l'obiettivo di definire, per ogni singolo piccolo paziente, una terapia mirata. Questo significa terapie a minor intensità per i pazienti a basso rischio o intensificazione terapeutica con eventuale infusione di cellule staminali emopoietiche per i pazienti ad alto rischio. In pratica, attraverso il metodo padovano, è possibile identificare in pochissimi giorni quale sarà la prognosi del paziente e definire cura e assistenza in base alla previsione.

#### **La ricerca.**

Nello studio pubblicato su *Journal Clinical Oncology* "Risk of Relapse

of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia Is predicted by Flow Cytometric Measurement of Residual Disease on day 15 Bone Marrow”, l'équipe coordinata dal prof. Basso in collaborazione con i centri di Monza e Firenze e la partecipazione di centri oncoematologici pediatrici Italiani, ha evidenziato il significato prognostico della Malattia Residua Minima in 815 pazienti pediatrici affetti da leucemia linfoblastica.

Nei primi 15 giorni della terapia di induzione si è rilevato un forte fattore prognostico indipendente rispetto a quelli precedentemente utilizzati e riconosciuti, come l'età del bambino alla diagnosi e il numero di globuli bianchi. Nuovi indicatori, quindi, capaci di indirizzare gli specialisti all'approccio terapeutico della leucemia.

#### **La novità.**

I dati del gruppo che ha condotto questa ricerca sono innovativi in due aspetti. Per prima cosa confermano che lo studio della MRM fatto come standard al termine del primo mese di terapia può essere eseguito più precocemente, con evidente vantaggio nella possibilità di personalizzare ulteriormente la terapia già nelle prime settimane. In pratica il trattamento può essere adattato sempre più alle esigenze dei piccoli pazienti, riducendo l'intensità per coloro che hanno un'eccellente risposta iniziale o, al contrario, utilizzando una terapia a intensità completa per coloro che lo richiedono.

In seconda battuta, l'analisi della MRM, solitamente eseguita mediante metodiche molecolari definite "PCR", si può condurre anche in citofluorimetria. Questa metodica è assai più rapida nonché più economica della PCR e può essere fatta nella pressoché totalità dei pazienti. Da questo discende anche la sua applicazione possibile in situazioni logistiche meno avanzate di quella italiana, per esempio in Paesi con risorse limitate, dove vive il maggior numero dei bambini che nel mondo si ammalano di leucemia. Questo nuovo approccio verrà utilizzato dal prossimo anno in tutti gli Stati in cui si useranno i protocolli terapeutici ispirati dal gruppo cooperativo IBFM, cioè nei paesi dell'America Latina, dell'Europa dell'est oltre a quelli europei (Germania, Svizzera, Austria ecc). Va sottolineato che i dati citome-

trici possono essere facilmente sottoposti al controllo di qualità, perché trasferibili via internet per una revisione centralizzata. Questa modalità, tra l'altro, verrà già attivata entro l'anno prossimo tra il laboratorio di riferimento Argentino e quello di Padova.

La ricerca dimostra inoltre che attraverso la nuova modalità le analisi non solo sono più sensibili, ma anche più specifiche della tradizionale valutazione morfologica. Una storia tutta Italiana che permetterà di curare i piccoli affetti da leucemia in tutto il mondo. Fondazione Città della Speranza, Fondazione Cariparo, Associazione Italiana per la Ricerca sul cancro, Comitato Maria Letizia Verga, Associazione Noi per Voi e Ministero dell'Università e delle Ricerca Scientifica hanno sostenuto il lavoro di questi otto anni.



Journal of Clinical Oncology  
L'organo ufficiale della società  
americana di oncologia clinica

## IL VOIP

### in Azienda Ospedaliera si telefonerà via internet

di Elisabetta Panazzolo

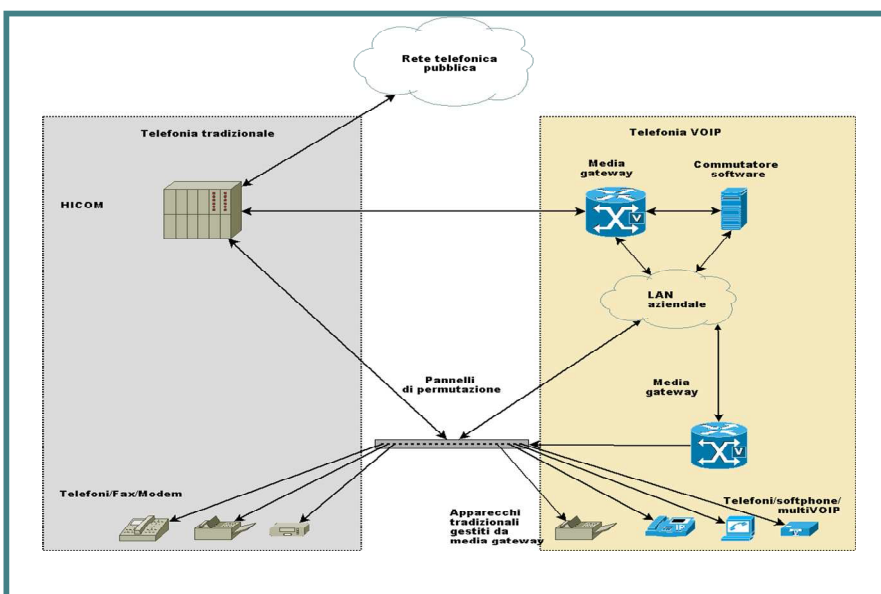
La telefonia VoIP, Voice over Internet Protocol, è il termine comunemente usato per definire la trasmissione di chiamate telefoniche attraverso la rete internet. Ciò che diciamo al telefono viene digitalizzato, tradotto nel linguaggio del computer e indirizzato su internet insieme all'indirizzo del destinatario e all'indicazione di dove quei dati debbano essere collocati, per ricostruire, per esempio, una frase che diciamo al telefono.

La telefonia IP è uno degli sviluppi

tecnologici oggi in corso di rapida adozione da parte delle imprese. Uno dei motivi principali di questa rapida migrazione alla telefonia internet è la sua capacità di rendere molto più facile l'integrazione di tutti i mezzi di comunicazione, dei dispositivi e dei media. Nell'ambito delle attività di competenza del Dipartimento Interaziendale Information Technology è compreso lo sviluppo del "Progetto IP", che prevede la migrazione dell'intero sistema telefonico attualmente in uso, sfruttando la tecnologia IP e

l'infrastruttura di rete dati aziendale.

Le motivazioni che portano ad approvare progetti di telefonia IP sono spesso riconducibili a benefici economici e tecnici. Anche la sostituzione di centralini ormai obsoleti, la sistemazione in un nuovo edificio o la fine di un rapporto contrattuale di servizio di manutenzione di un sistema telefonico sono elementi motivanti al cambiamento di tecnologia. Nella definizione di un progetto di telefonia IP, perché risulti efficace, entrano in gio-



L'attuale stato di integrazione della fonia con il mondo dati aziendale

co elementi come il dimensionamento, la gestione del sistema da rinnovare, l'impatto organizzativo. Alla luce di queste valutazioni, il progetto IP Azienda Ospedaliera di Padova prevede l'installazione graduale della infrastruttura IP e la contestuale cessazione dei centralini e collegamenti telefonici tradizionali e dei relativi canoni di abbonamento e manutenzione. L'acquisto di dispositivi integrati al sistema IP dà servizi aggiuntivi all'utenza interna ed esterna, con l'obiettivo finale della completa integrazione tra mondo dati e fonia, garantita da un assetto di rete dati ottimale e altamente affidabile. Il valore del progetto è misurabile pure dai vantaggi derivanti dalla "convergenza" tra voce e dati, che permette di integrare sistemi di comunicazione con processi di business (CONTACT CENTER), con processi interni (e-learning, telelavoro) e con applicazioni aziendali. Si otterrà un forte risparmio con lo sviluppo della fase 2 del progetto IP, considerando la dismissione dei singoli centralini, del collegamento

di questi con la centrale principale e la diminuzione dell'importo contrattuale per la loro manutenzione. L'attività di integrazione della telefonia su IP in Azienda Ospedaliera di Padova ha conseguito finora risultati soddisfacenti sul piano della funzionalità di base e nuove

applicazioni. A oggi risultano collegati circa 1.800 utenti, distribuiti anche in sedi dell'Azienda ULSS 16. E soddisfacente è pure il grado di interazione con il sistema telefonico in uso, elemento che ha garantito il processo graduale di passaggio della voce su Internet.

