PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **7**, numero **1**
Gennaio - Febbraio 2014
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE TECNICO,
SCIENTIFICO, SOCIALE

www.nordestsanita.it

cannabis sì o no?

FOCUS Montagna che passione, ma attenti ai traumi

MINIFOCUS La mastectomia preventiva: effetto Jolie?

L'INTERVISTA Giuseppe Dal Ben, tra Mestre, Venezia e Chioggia

artundwork designbüro

Open your mind.

APERTO Lucent

Prime open MRI

Gestirete un sistema di Risonanza Magnetica con caratteristiche d'eccellenza. I pazienti sperimenteranno l'esperienza di un sistema RM ad architettura Aperta, nella quale potranno godere di un esame senza crisi ansiogene.

Avrete la possibilità di effettuare esami RM privi di artefatti da movimento paziente grazie ad un High-Speed Imaging, un posizionamento paziente semplice, rapido e confortevole.

Benvenuti nel mondo della Prime Open MRI Hitachi.

Hitachi Medical Systems S.p.A. · Via Edison 6 · I-20090 Assago Milano · Phone +39 02 97166
www.hitachi-medical-systems.com

HITACHI
Inspire the Next

NES - Nord Est Sanità - Anno 7 - numero 1 - **gennaio - febbraio 2014**

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

La vignetta
Dottor Nessi 5

Editoriali
Il feudalelismo delle Ulss 7
Ci vuole un atto di coraggio per cambiare la sanità

Primo piano: Cannabis sì o no?
Cannabis, si riapre il dibattito sulla legalizzazione 8
Allarme cannabis, il primo spinello a 12 anni 10
Cannabis e internet 14
La terapia cannabinoide resta un tabù in Italia 16
Genitori informatevi! 17
A Rovigo si studia la cannabis per uso farmacologico 20
Bocciata la Fini-Giovanardi 21
Adozione kit antidroga 22

Focus: Montagna, che passione
Bella ma pericolosa: il fascino irresistibile della neve 24
I consigli dell'esperto 25
Sicuri in Montagna e Sicuri con la Neve 26
Il Soccorso Alpino e Speleologico del Veneto 27
Gli sport alpini e i traumi scheletrici 28
Ricominciare dopo un grave infortunio 30
Tutti i numeri delle Olimpiadi Invernali di Sochi 31

Minifocus: i tumori al seno
Tumore al seno: pro o contro la mastectomia preventiva? 33
Cosa si prova dopo un intervento di mastectomia? 36

L'intervista
L'accoglienza: il primo passo verso la cura 38

Approfondimenti
Ai Colli, patrimonio dei padovani 41

Rubriche
L'ospitalità deve essere di casa in un ospedale 48
Dolore all'anca nel giovane 50
Medicina difensiva ed appropriata 51
Attenti al nichel 52
La chirurgia dello strabismo: non solo a scopo estetico 53
Gestione della faringotonsillite in età pediatrica 54

Attualità
Esiste la vita dopo la morte? 56
Medici, scrivete semplice e chiaro 58
Premio Giorgia Iazzetta, vince Valentina Calzavara 60
Tornano a Padova «I colori del sacro» 62
Sposarsi prima dei 30 anni 64
Krapfen o bombolini all'albicocca 65
Alla pericolosa ricerca dell'altrove 66

Gerenza

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

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

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via Santa Maria Assunta n. 3I - 35125 Padova
Partita IVA 03538580287
Telefono: 0498874111 int. 2
Sito internet: www.nordestsanita.it
Facebook: www.facebook.com/nordestsanita
Email: redazione@nordestsanita.it

Progetto grafico e impaginazione
Giuliano Gargano

Comitato Scientifico
Giuseppe Caraccio, Lorenzo Bidoli, Antonio Di Maggio, Cosimo Di Maggio, Massimo Dal Bianco, Giorgio Galli, Stefano Masiero, Francesco Peruzzi, Mario Plebani, Massimo Pulin

Comitato Socio-culturale
Maria Stella Zaia, Giampaolo Fagan, Renzo Salmaso, Elio Armano, Umberto Iazzetta, Giampietro Vecchiato

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

L'immagine di copertina è © Can Stock Photo Inc. / svetap

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

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

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 16.000 copie

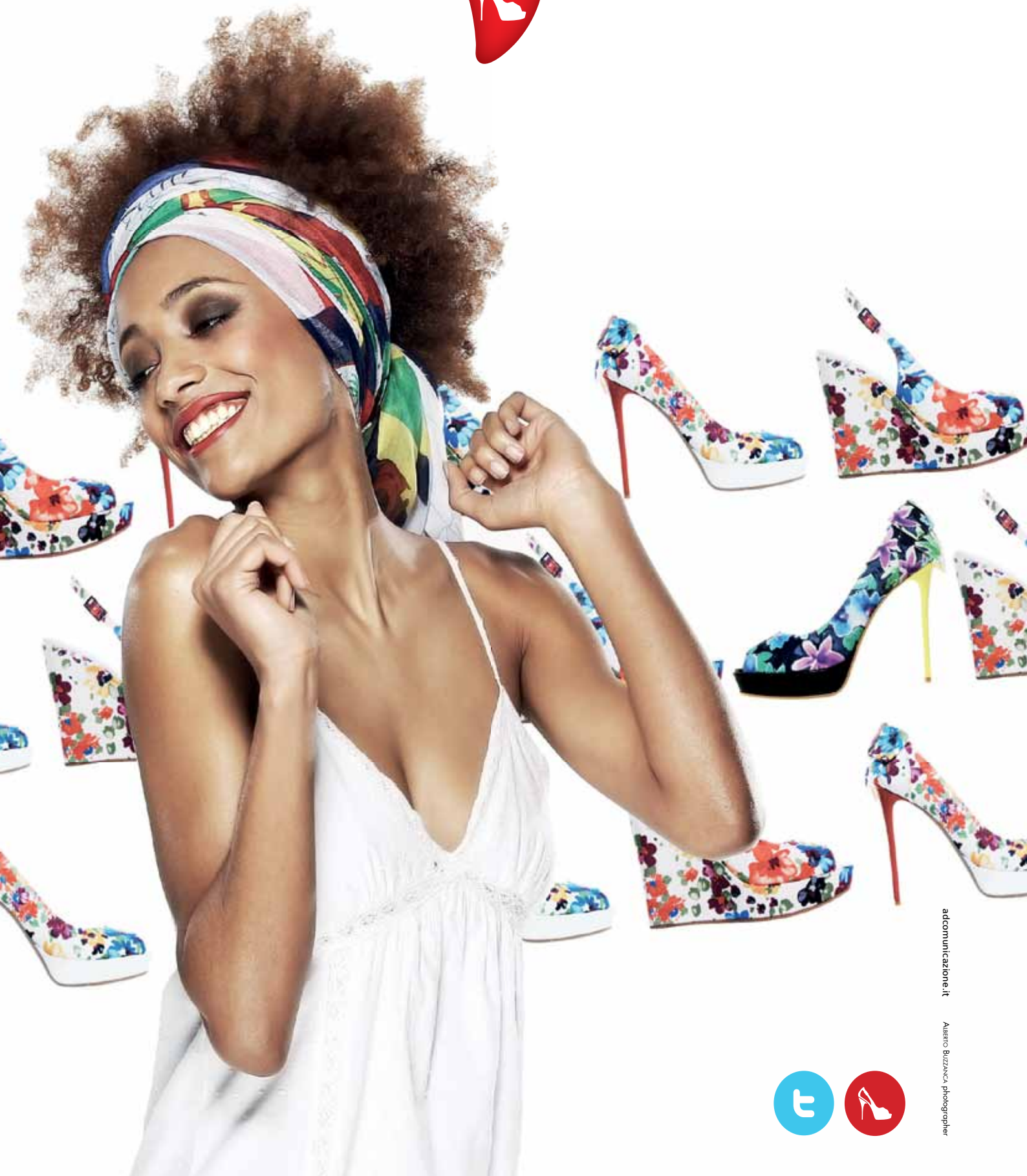
Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 14 febbraio 2014

La riproduzione e la ristampa, anche parziale, di articoli e immagini sono vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. La presente rivista è distribuita gratuitamente presso le Strutture Sanitarie che hanno fornito il proprio assenso. I nominativi dell'indirizzario in nostro possesso potranno essere utilizzati, oltre che per l'invio della rivista, anche per altre comunicazioni inerenti la stessa pubblicazione. Ai sensi della legge 196/2003 è nel vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento o la cancellazione dei dati in nostro possesso.
Gli eventuali nomi di prodotti e prezzi segnalati sono riportati a puro titolo informativo e non commerciale.

pittarello.com

PITTARELLO

Questione di cuore.



adcomunicazione.it

Alberto Buzzanca photographer

di **Davide Zanella**

L'EDILIZIA DI QUALITA' NON CONOSCE CRISI

A Padova nasce Casa Zero

Le nuove abitazioni a zero costi di riscaldamento

50 anni
furlancostruzioni
1962-2012

Continua il successo delle abitazioni ideate da Furlan Costruzioni, nota impresa edile di Padova che oramai da ben 4 anni realizza esclusivamente abitazioni in Classe A. Si tratta di abitazioni ai massimi livelli dal punto di vista tecnologico e qualitativo, dotate di impianti di ultima generazione e di finiture di grande pregio. Una delle maggiori peculiarità di queste abitazioni consiste in un innovativo sistema a pompa di calore ideato da Samsung per il riscaldamento, il raffrescamento e la produzione di acqua calda sanitaria. Questo sistema permette di avere sempre il massimo comfort all'interno dell'abitazione che viene riscaldata d'inverno e rinfrescata d'estate con costi di esercizio ridottissimi. Un impianto fotovoltaico dedicato permette poi di abbattere completamente i costi di riscaldamento. Inoltre su queste abitazioni non vi sono immissioni di CO2 nell'atmosfera ed è completamente assente il gas.
Le grandi aperture che dalle zone giorno permettono l'accesso ad ampi terrazzi abitabili sono protette da eleganti serramenti a doppia camera con triplo vetro, dalle elevatissime prestazioni in termini di isolamento termico ed acustico.

Padova zona Nazareth, 11 appartamenti Casa Zero in costruzione

Cadoneghe quartiere Bragni, 39 appartamenti Casa Zero in costruzione

In queste abitazioni vi è sempre il clima ideale, con aria costantemente rinnovata grazie ad un sistema di ventilazione controllata con recupero di calore che permette di avere in casa aria sempre fresca e pulita senza mai aprire le finestre e con la minima dispersione energetica.
A giugno 2013 Furlan Costruzioni ha consegnato 36 abitazioni Casa Zero a Padova in zona Torre con risultati sorprendenti, sia in termini di comfort, sia in termini di costi di esercizio.
A breve consegnerà altre 28 abitazioni a Padova in zona Sacra Famiglia. Sono appena iniziati anche i lavori per la realizzazione di 11 abitazioni Casa Zero a Padova in zona Nazareth e 39 abitazioni a Cadoneghe nel prestigioso quartiere Bragni.

Furlan Costruzioni ha sede a Cadoneghe in Piazza Insurrezione 8/B. Per informazioni sugli interventi Casa Zero in costruzione è possibile contattare direttamente l'impresa di costruzioni.

Tel. 049 887.244.6 - 348 144.144.1
www.furlancostruzioni.it

Torre, 36 appartamenti Casa Zero ultimanti nel 2013

A Giugno 2013 sono state consegnate le prime abitazioni Casa Zero in Italia

Il feudalesimo delle Ulss

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

Ormai, da quello che leggiamo e vediamo tutti i giorni sui media relativamente alla Sanità nel Veneto, mi viene in mente un periodo storico, quello dei secoli bui, che corrisponde al Primo Medioevo, quando, per sopravvivere, gli individui si erano organizzati in feudi, e cioè piccole comunità dove il vassallo prometteva fedeltà cieca ed assoluta al Signore in cambio di una sopravvivenza sia economica che fisica, ed i valori più importanti per l'essere umano come la libertà, la sopravvivenza e il libero arbitrio erano sacrificati al volere del Signore. Tutte le ultime normative regionali in materia di Sanità tendono a dare un potere assolutistico alla direzione generale delle Ulss, i cui direttori generali, diventano di fatto come i Signori del feudo medievale, e i confini delle Ulss difatti vengono "presidiati e cintati da alte mura" per impedire la libera circolazione e la libera scelta. Gli individui-utenti (i cittadini veneti), ormai in un tempo dove le frontiere sono cadute e un cittadino europeo può decidere di farsi curare in un qualsiasi paese della comunità europea, sono costretti a farsi curare non in base all'eccellenza o alla capacità medica, ma in base a quello che il loro Signore (il direttore generale) decide. La scelta è determinata solo da dettami economici con totale disconoscimento del diritto di libera scelta. La Sanità mi sembra sia diventata solo un pretesto per discutere di tagli alla spesa e di ripartizione delle risorse. Il cittadino sembra non essere più considerato nella sua interezza psicofisica e nei suoi bisogni primari ma sembra essersi trasformato in un portatore di risorse che devono assolutamente essere spese - consumate nella propria Ulss. Altro punto da sottolineare è la fuga dei cittadini-utenti verso le regioni confinanti. Il continuo taglio delle risorse e dei budget alle strutture private-convenzionate, anche ospedaliere, ha portato all'allungarsi generalizzato delle liste d'attesa anche nelle strutture pubbliche e ha fatto si che i cittadini-utenti si rivolgano a strutture convenzionate private delle regioni vicine, dove molto spesso i professionisti che vi operano, sono gli stessi che avrebbero trovato nelle strutture venete. Voglio ricordare che queste prestazioni vengono pagate a prezzo pieno per la legge di compensazione dalla nostra amministrazione alla regione presso cui i nostri cittadini-utenti si sono rivolti. Per assurdo il proprio territorio viene pesantemente punito, mettendo in mobilità i cittadini che si vedono costretti, per soddisfare il loro bisogno di salute, a rivolgersi a strutture fuori regione; infatti nel loro territorio non possono più esercitare il diritto di libera scelta (per altro costituzionalmente sancito) ma devono sottostare alla soddisfazione di soli valori economici. Mi sembra chiaro che questa politica sanitaria, non più regionale ma "Ulss-feudalistica", sia incomprensibile, impopolare, ingiusta ed anche anti-economica per i nostri cittadini.

Ci vuole un atto di coraggio per cambiare la sanità

di **Leonardo Padrin**, presidente V Commissione Sanità Regione Veneto

Sono state presentate diverse proposte di legge che hanno come oggetto la modifica dei confini delle Ullss venete, perlopiù con delle motivazioni locali, che stanno ad indicare però che le attuali delimitazioni territoriali sono ormai superate. Sono anacronistiche perché i parametri epidemiologici indicano dimensioni ottimali per la maggior parte dei reparti ospedalieri almeno 200/300.000 abitanti mentre oggi mediamente non raggiungono questo numero. Le vie di comunicazione ed i trasporti pubblici creano dei flussi che spesso contraddicono i confini attuali creando disagi specialmente a coloro che, per disabilità o età, hanno maggiori difficoltà alla mobilità. Sono un impedimento alla libera circolazione in sanità che sta per diventare un elemento condiviso a livello europeo. Ma la politica dei mediocri frena il cambiamento.

© Can Stock Photo Inc. / zatletic

Cannabis, si riapre il dibattito sulla legalizzazione

Si allarga il fronte degli antiproibizionisti. La mappa dei Paesi in cui la "canna" non è illegale

di **Giuliano Gargano**

Agli inizi di dicembre 2013, l'Uruguay nazionalizza produzione, distribuzione e vendita della marijuana. La legge approvata dal Paese sudamericano prevede la creazione di un Istituto di regolamentazione della cannabis che concederà licenze ai privati per la coltivazione delle piante da parte di singoli (massimo sei piante a testa), associazioni di consumatori (massimo 45 soci e 99 piante) e produttori più importanti, che venderanno la marijuana attraverso una rete di farmacie autorizzate, per un massimo di 40 grammi mensili a persona. Per rendere possibile il controllo del mercato della marijuana sarà creato anche un registro di consumatori, la cui privacy sarà garantita dalle norme già esistenti in materia di protezione dei dati. Il presidente José Mujica non vuole che passi l'idea dell'Uruguay come "Paese del fumo libero", ma piuttosto che questa legge servirà a "strappare un mercato importante ai trafficanti di droga".

ESTERI
06/01/2014

Marijuana, il Colorado innesca la valanga anti-proibizionista

Ecco come cambierà il mercato: fuori i narcos, arriva la produzione legale su larga scala

LA VALANGA

A cascata, nel mondo si riaccende il dibattito sulla cannabis. Il giorno dell'epifania, la Stampa di Torino pubblica un reportage su quello che accade negli Stati Uniti d'America. Il titolo riassume bene quello che sta accadendo: «Marijuana, il Colorado innesca la valanga anti-proibizionista». E i dati non lasciano dubbi: «L'uso della canapa indiana per ragioni mediche è già legale in una dozzina di stati Usa, come la California, dove vi sono migliaia di produttori. Dopo il Colorado e Washington, gli osservatori prevedono che l'Oregon sarà il prossimo stato a legalizzare il consumo, seguito da Arizona e Michigan».

Ed è proprio commentando questo articolo, che l'assessore regionale all'agricoltura della Lombardia, Gianni Fava, mette in moto la valanga italiana. Il suo tweet viene subito rilanciato dal presidente della stessa Regione (ed ex ministro dell'Interno) Roberto Maroni. Fava si affanna a spiegare che si tratta di una posizione personale, ma il dado è tratto. Il senatore del PD Luigi Manconi, il giorno dopo (siamo al 7 gennaio, quando riprende l'attività del Parlamento italiano) deposita un disegno di legge dal titolo eloquente: "Modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipen-

© Can Stock Photo Inc. / roxanabalint

denza, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, in materia di coltivazione e cessione della cannabis indica e dei suoi derivati". In sintesi, una legge sulla legalizzazione della marijuana. L'otto gennaio a schierarsi (stavolta contro) è il presidente emerito della Pontificia Accademia per la Vita, il card. Elio Sgreccia, secondo il quale va superata la distinzione «tra le droghe leggere e quelle pesanti: perché dal leggero si passa facilmente al pesante» e la cannabis è «la porta d'introduzione». Il 9 gennaio è il ministro della Salute Beatrice Lorenzin: «Questi sono messaggi negativi anche sul piano culturale, destabilizzanti. Rischiamo di far passare, riprodotta come un mantra, un' idea di sottovalutazione del problema, come accaduto negli ultimi 30 anni».

LA MAPPA

È difficile riassumere in poche righe qual è la situazione nel resto del mondo. Sono tante le variabili che accompagnano forme di liberalizzazione della cannabis, legate alla quantità, all'uso e ad altri fattori. Proviamo a sintetizzare.

Nella maggior parte del mondo la marjiuana è illegale. In Europa è assolutamente vietata in Italia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Svezia, Finlandia, Irlanda. L'Olanda è l'unico Paese dell'Ue che ha depenalizzato il possesso, la vendita, il trasporto e la coltivazione della cannabis. Il che, però, non equivale giuridicamente all'aver legalizzato la marijuana, che è considerata comunque illegale. In Spagna è illegale trasportare droghe leggere o fumarle in luoghi pubblici. Ma è legale coltivare o fumare cannabis all'interno delle mura domestiche. la Russia ha depenalizzato il possesso, il trasporto e la coltivazione della cannabis, ma è un crimine venderla. Droghe leggere completamente illegali in Cina, dove non esiste alcuna depenalizzazione, né per l'uso privato né per la coltivazione. In America Latina solo l'Uruguay ha legalizzato completamente la cannabis, ed esiste una legislazione più flessibile in Colombia e Messico, dove le droghe leggere sono illegali, ma il loro consumo è stato depenalizzato.

Il primo paese al mondo ad aver legalizzato pienamente la cannabis è stato l'Uruguay. Negli Usa le droghe leggere sono state depenalizzate in 14 Stati.

© Can Stock Photo Inc. / gromaler

Allarme cannabis: il primo spinello a 12 anni

Serpelloni: «Si comincia con la cannabis per poi passare alla cocaina e all'eroina»

di **Ines Brentan**

Come si fa a combattere una droga "leggera"? La cannabis è classificata così da esperti e non da semplici cittadini. Come si fa a contrastarne l'uso e poi l'abuso tra i bambini (il primo spinello si fuma a 12 anni), se la legalizziamo? La liberalizzazione e quindi la legalizzazione parte da un'idea sbagliata e cioè che se si è "liberi", se ne farà un uso inferiore. E' la costrizione, il proibizionismo, a invogliarci a fumarla. Parrebbe così. Il ragionamento fila. Ma la realtà è ben diversa e a insegnarcelo sono i Paesi in cui c'è la tolleranza "al fumo" come in Olanda, che però è il Paese più violento d'Europa. A farci una fotografia della situazione, darci un'opinione autorevole sulla legalizzazione o meno della cannabis, spiegandoci i danni alla salute che provoca soprattutto nei giovani, è uno dei massimi esperti a livello nazionale: Giovanni Serpelloni (*foto*), Capo del Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Professore, cosa pensa della liberalizzazione della cannabis?
L'utopica e semplicistica proposta della legalizzazione o liberalizzazione per risolvere, come soluzione radicale e immediata, il problema soprattutto legato ai grandi guadagni delle organizzazioni, ha illuso e ammaliato da sempre molte persone, ma la realtà complessa e articolata di questo fenomeno, merita una articolata riflessione. Da anni gli studi più accreditati hanno dimostrato che la cannabis è una sostanza psicoattiva neurotossica e pericolosa per la salute mentale e fisica propria e altrui. I danni maggiori sono quelli derivanti dall'uso adolescenziale di questa sostanza nel momento in cui il cervello si trova nella delicata fase di sviluppo celebrale che termina dopo i 21 anni. Le ricerche hanno dimostrato e mostrato che più precoce è l'inizio dell'uso, più gravi sono le conseguenze legate al consumo, soprattutto sulle capacità cognitive come: attenzione, memorizzazione e apprendimento, quoziente intellettivo, gratificazione, capacità decisionale e stima del pericolo. In particolare chi fa uso di cannabis prima dei 18 anni può avere una perdita di quoziente intellettivo con un declino neuropsicologico anche di 8 punti dopo 20 anni. Da qualche anno poi viene proposta un tipo di cannabis sempre più potente e con effetto fortemente alteran-

« Le ricerche hanno dimostrato e mostrato che più precoce è l'inizio dell'uso, più gravi sono le conseguenze legate al consumo, soprattutto sulle capacità cognitive.

te con un principio attivo che dal 5 – 7% (Thc) può arrivare fino al 55%. Questo comporta una conseguente gravità dei danni non solo per chi consuma cannabis, ma anche per chi usa contemporaneamente altre droghe e alcol. Possiamo ancora davvero considerare la cannabis un droga "leggera" quando si continua a registrare un aumento delle patologie psichiatriche droga correlata (quali la schizofrenia), dei ricoveri in condizioni di emergenza presso i pronto soccorsi, quando proprio il 16 % dei ricoveri per intossicazioni acute da droghe nella popolazione generale è dovuto alla cannabis? Proviamo a dimenticare che si sta parlando di cannabis: accetteremmo la circolazione e magari l'aggiunta agli alimenti di un prodotto che genera questi effetti? Non credo proprio. Inoltre, legalizzando la cannabis in Italia non si mettono in crisi le mafie, perché al massimo si inciderebbe sul 10-15% dei profitti che la criminalità organizzata ottiene dalla vendita di sostanze stupefacenti, senza contare che altri introiti, molto più cospicui derivano soprattutto da estorsioni, gioco d'azzardo illegale, traffico di armi, prostituzione etc.

© Can Stock Photo Inc. / JANIFEST

Come ripeteva spesso il giudice Borsellino "è da dilettanti di criminologia pensare che liberalizzando il traffico di droga sparirebbe del tutto il traffico clandestino e si leverebbero queste unghia all'artiglio della mafia".

Come vanno le cose nei Paesi dove l'uso della cannabis è tollerato, tipo in Olanda?

Già da qualche anno l'Olanda sta dimostrando una chiara volontà di porre fine a una insostenibile politica di tolleranza attuata da anni in tema di liberalizzazione; lo stesso governo olandese ha deciso di equiparare la marijuana alle droghe pesanti come la cocaina e l'eroina. Si tratta di un notevole e lodevole passo avanti che però necessita ancora di una normativa più chiara ed efficace soprattutto per la salvaguardia della salute dei giovani. Amsterdam, considerata da chi crede nei benefici della legalizzazione un esempio di struttura riuscita in materia di legalizzazione, è una delle città più violente su scala europea.

Lei ha definito la cannabis come "droga ponte". In che senso?

Quando definiamo la cannabis come "droga gateway", o "dro-

Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010-2012. Fonte: DAP - Relazione al Parlamento 2013

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Cannabis	5,33	4,01	-1,32
Cocaina	0,89	0,60	-0,29
Eroina	0,24	0,12	-0,12
Stimolanti	0,29	0,13	-0,16
Allucinogeni	0,21	0,19	-0,02

ga ponte", significa che l'uso della cannabis può portare in alcune persone vulnerabili all'uso di droghe come eroina e cocaina nonché a comportamenti criminali.
E' noto però che non tutti quelli che usano cannabis andranno verso un'escalation del consumo e quindi verso la sperimentazione di altre sostanze fino a sviluppare dipendenza, ma è altrettanto noto che la quasi totalità delle persone dipendenti da eroina ha iniziato la propria storia tossicomanica con l'uso di cannabis. E' bene però che i ragazzi lo sappiano che la cannabis è il primo approccio con il mondo della droga.

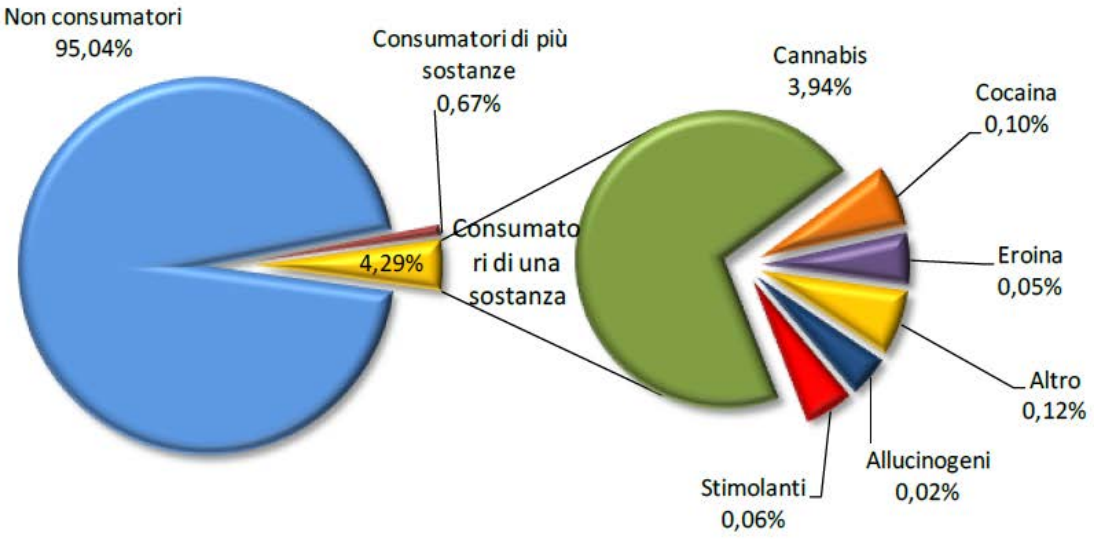
L'assunzione di cannabis può procurare anche benefici di tipo terapeutico?
Sull'uso medico dei principi attivi della cannabis va premesso che non vi devono essere pregiudizi ideologici nell'utilizzare farmaci a base di THC per tali scopi in determinate patologie per le quali ne sono state provate l'efficacia e la sicurezza. Va tuttavia chiaramente detto che non è condivisibile il processo in atto da parte di organizzazioni non scientifiche né mediche, di "beatificazione della cannabis" per finalità ricreative/voluttuarie sulla base dei possibili usi medici, per accreditarne e legittimare indirettamente anche altri usi, deve essere molto chiaro che anche per queste persone la cannabis è e resterà una sostanza neuro-tossica. E' chiaro che questa è un'operazione scorretta ed inaccettabile ma che non deve farci desistere dal creare condizioni di più facile accesso a questi farmaci da parte di chi ne ha veramente bisogno per la presenza di importanti sintomi disagianti in alcune note patologie. Vanno quindi ben distinti due piani: quello dell'uso medico e quello dell'uso voluttuario/ricreazionale. Attenzione anche al linguaggio: quando si parla di "uso terapeutico" si incappa in un difetto di comunicazione, perché è giusto parlare solo di "uso medico" e non significa permettere ai malati di coltivarsi le sostanze. Così come purtroppo va riconosciuto che è in grado di ridurre i sintomi di spasticità della sclerosi multipla, ma non di curare la malattia di base come dimostrato da autorevoli studi scientifici in merito. Non bisogna creare false illusioni.

Come contrastarne l'uso. Si può parlare di prevenzione e in che termini?
Il primo contatto con la droga può avvenire già all'età di 12 anni. Questo significa che faci-

La cannabis

La cannabis o canapa è una pianta erbacea appartenente alla famiglia delle cannabinacee. Esistono diverse varietà di canapa, alcune destinate ad usi agroindustriali con contenuto trascurabile di THC, e altre varietà destinate a produrre droga. I preparati psicoattivi, cioè in grado di interferire con le funzioni neuro-psichiche, contengono delta-9 tetraidrocannabinolo (THC) uno dei maggiori principi attivi della cannabis. Hashish, marijuana e olio sono le principali droghe ricavate dalle foglie, dalle infiorescenze femminili e dalla resina della pianta. La potenza della cannabis disponibile sul mercato è decisamente aumentata rispetto a quella degli anni '70. Nel commercio al dettaglio si può trovare hashish con un contenuto medio di THC pari al 10%, marijuana con THC medio del 5%, e la sansimiglia (tipo di marijuana fatta con le sole infiorescenze femminili) con THC medio del 12%. Insieme al tabacco, all'alcol e alla caffeina, la cannabis è la droga più utilizzata e diffusa a livello mondiale. I prodotti della cannabis e il THC sono sostanze illegali sottoposte a controllo internazionale (Dipartimento Politiche Antidroga – Consiglio dei Ministri (www.dronet.org)

Distribuzione della popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2012. Fonte: DAP - Relazione al Parlamento 2013



litare l'accesso alle sostanze fa aumentare l'uso, contribuisce ad abbattere la variabile psicologica della "percezione del rischio", insieme al venir meno del fattore di "disapprovazione sociale". Più precoce è l'assunzione e più gli effetti sono presenti su medio e lungo termine con effetti deleteri, così per la cannabis come per l'alcol.

Per prevenire l'uso della droga e individuare precocemente le condizioni comportamentali, le situazioni familiari a rischio e i soggetti particolarmente vulnerabili in età prepuberale. Per questo abbiamo realizzato in collaborazione con l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma un progetto dal titolo "Early Detection and Intervention".

L'obiettivo del progetto è infatti quello di formare gli operatori sanitari affinché si possa prevenire il fenomeno e limitare i danni individuando le condizioni psicopatologiche a rischio e intervenendo tempestivamente sui bambini e le famiglie già prima della pubertà.

Cannabis in gravidanza? Rischio danno cerebrale per il feto

Un numero crescente di bambini soffrono per le conseguenze del consumo di droga da parte della madre durante la gravidanza, e la cannabis risulta essere una delle sostanze più frequentemente usate. Nello studio recentemente pubblicato su EMBO Journal da Tortoriello e colleghi, si è cercato di comprendere le basi molecolari dell'influenza del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), il principale componente psicoattivo della cannabis, sullo sviluppo cerebrale del feto.

Lo studio, condotto su topi e tessuto cerebrale umano, ha evidenziato come il consumo di cannabis durante la gravidanza, porti ad uno sviluppo difettoso delle cellule nervose della corteccia cerebrale, la parte del cervello che orchestra le funzioni cognitive superiori e guida la formazione dei ricordi. In particolare, il THC è risultato influire negativamente sul se e su come si svilupperanno e funzioneranno la piattaforma strutturale e la conduzione della comunicazione tra le cellule nervose. I ricercatori hanno anche identificato una proteina chiave target per l'azione del THC, la Stathmin-2, e osservato che la sua diminuzione rappresenta motivo di alterato sviluppo del sistema nervoso.

I ricercatori avevano esposto alla cannabis i modelli sperimentali esattamente nel periodo fetale in cui le cellule nervose formano le connessioni tra loro. Secondo gli autori, questi deficit dello sviluppo possono evocare durante la vita, modificazioni al funzionamento del cervello delle persone esposte prenatalmente alla cannabis. Inoltre, anche se non tutti i bambini che sono stati esposti alla cannabis presentano deficit immediati ed evidenti, il danno relativamente sottile può aumentare significativamente il rischio di sviluppare più tardi, malattie neuropsichiatriche ((Dipartimento Politiche Antidroga – Consiglio dei Ministri (www.dronet.org)

Cannabis e Internet

Un marcato in continua crescita

Il sondaggio di Nes on-line non lascia spazio a dubbi: 2 su 3 sono favorevoli alla liberalizzazione ma solo per scopi medici.

La cannabis viaggia online. Secondo lo studio "Cannabis e danni alla salute" realizzato nel 2011 dal Dipartimento delle Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri , sono più di un milione i siti dove è possibile acquistare cannabis e altre sostanze stupefacenti. L'offerta di semi e piante è caratterizzata da un'ampia varietà di prodotti dettagliatamente visualizzata attraverso fotografie e corredata da informazioni precise relativamente alla tipologia di foglie e di effetti procurati sull'organismo. Inoltre, questi siti forniscono un vademecum "fai da te" su come "crescere la marijuana, come coltivarne i semi, sia in ambienti chiusi che in luoghi aperti, come irrigare la pianta, le condizioni ambientali idonee alla sua crescita e il miglior metodo per la raccolta dei semi e delle foglie". E' un canale che viene sempre più utilizzato perché poco controllato e facile e veloce da accedervi. L'indagine condotta dal Dipartimento delle Politiche Antidroga evidenzia sostanzialmente tre aree della rete che sono utilizzate per l'acquisizione della cannabis: le farmacie online, gli online drugstores (negozi online) e l'ambiente dei social network. "Il numero di farmacie online che vendono medicinali senza alcuna prescrizione medica – si legge nella ricerca - rappresenta oltre l'80% delle farmacie presenti nella rete. Di queste, circa l'84% mette a disposizione benzodiazepine e quasi il 70% vende oppiacei. Inoltre, la somministrazione di farmaci viene spesso accompagnata da consulenze online di "cyber doctors" che consigliano gli acquirenti sulla tipologia di terapia più adatta ai loro disturbi". Accanto alla farmaceutica online, come ha evidenziato anche il rapporto dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT, 2008), "è crescente anche il numero di negozi online che vende sia sostanze psicoattive sia sostanze controllate (LSD, ecstasy, cannabis, ecc). Infine forum, blog, chatroom, social network rappresentano spazi di espressione individuale frequentati da utenti, tra cui spesso si contano anche consumatori di droghe. In questi ambienti virtuali vengono scambiate numerose informazioni circa il modo migliore per consumare i prodotti, dove è possibile acquistare "merce di qualità", consultare i prezzi praticati nella rete, segnalare i nuovi prodotti disponibili su web, ecc". E se ciò non bastasse a convincere un potenziale compratore a scegliere il mercato online per trovare la cannabis migliore, ci pensa anche la strategia di pubblicizzazione del prodotto messa in atto da qualche tempo a questa parte. La cannabis, infatti, "viene spesso associata ad immagini di ambienti naturali, innocui, rilassanti e dove chiunque può trovare un angolo di pace e benessere". Un esempio è il sito internet www.legalbuds.com, dove non manca neppure il riferimento a sfondo sessuale al consumo della sostanza: a promuovere prodotti a base di cannabis c'è infatti una giovane e attraente ragazza, coperta solo da poche foglie di marijuana.

C & D
ASSICURAZIONI s.r.l.

QUANTO COSTA LA TRANQUILLITA'?

- vostro figlio che spacca il televisore in casa di amici;
- in bicicletta voi o vostri figli graffiate un'auto o peggio gli tagliate la strada;
- la lavatrice di casa si rompe e inonda il piano di sotto;
- il vostro cane morde il vicino;
- cade un ramo di un albero del vostro giardino sulla macchina di un terzo;
- facendo jogging urtate accidentalmente un passante.

Tutte queste circostanze e molte altre **(danni provocati da collaboratori o collaboratrici familiari)**, attività del tempo libero, pratica di sport, pratica della caccia, campeggio…….) sono coperte dalla polizza del "Capofamiglia" chiedici quanto poco costa la tranquillità, **sarai piacevolmente sorpreso**

C & D Assicurazioni Srl – Agenzia Plurimandataria

PADOVA – Via Marco Polo, 3 – tel. 0498804492
Albignasego – Largo degli Obizzi, 19 – tel. 049711986
Monselice – Via Fratelli Cervi, 20 – tel. 042972702
Torreglia - Via Mirabello, 7 - – tel.0495211632

Mail: info@cdassicurazioni.it

La terapia cannabinoide resta un tabù in Italia

Un solo farmaco autorizzato, per una sola patologia, da meno di un anno

di **Antonella Prigioni**

I farmaci a base di cannabinoidi sono legali in Italia solo dal luglio 2013. O meglio solo di uno di questi farmaci, il sativex, l'Aifa, l'Agenzia nazionale per il farmaco ha dato l'autorizzazione alla distribuzione. Solo il sativex può essere prescritto dal medico ed acquistato in farmacia, ma solo per i malati di sclerosi multipla. E' un passo in una strada tutta da percorrere.

L'Italia è arretrata nell'impiego della cannabis ad uso terapeutico. Un atteggiamento preventivo e scrupoloso? A sentire i clinici, tra cui il neurologo Vidmer Scaioli degli Istituti di Ricerca della Fondazione Besta di Milano, l'efficacia dei cannabinoidi è notevole, lo attesta un'ampia documentazione scientifica risalente addirittura al 1600. «A livello mondiale - ha spiegato Scaioli presente alla conferenza stampa con il senatore del Partito democratico Luigi Manconi (*foto*)per l'illustrazione del disegno di legge sulla liberalizzazione della cannabis ad uso terapeutico- esistono osservazioni scientifiche e sperimentali e pratiche cliniche che dimostrano la valenza dei farmaci a base di cannabinoidi per combattere nausea e vomito nei pazienti affetti da neoplasia, riducono il dolore neuropatico conseguente a chemioterapia, hanno una buona risultanza anche nell'artrite reumatoide e nelle mielolesioni, favoriscono l'appetito nei malati di Aids, sono utili nei disordini dei movimenti del sistema nervoso centrale e quindi nella cura della sclerosi multipla». La ricerca in Italia non annovera contributi scientifici ed esperienze cliniche. Si studia qualcosa nei laboratori a Milano, Fermo, Roma, Messina, ma non si fa ricerca clinica. Del resto in tutto il mondo c'è stata una battuta d'arresto della ricerca agli inizi del 900 che è durata per 60 anni. Le politiche proibizioniste hanno ritardato ogni studio. La linea adottata ora a livello internazionale è quella di sviluppare la ricerca sperimentale farmacologica sugli animali, avviare delle politiche sanitarie che portino alla legalizzazione della coltivazione della cannabis da parte dei pazienti che ne hanno bisogno per curarsi ed eseguire trail clinici su spasticità e mielolesioni. In Spagna, Inghilterra e Norvegia questo è già possibile. L'Aifa, l'Agenzia nazionale per il farmaco ha autorizzato la distribuzione del sativex solo da qualche mese e solo per una tipologia di malati. «Troppo poco», evidenzia Scaioli che ha ricordato il dramma di molti pazienti costretti a importare il farmaco dall'estero con costi enormi o a rivolgersi al mercato clandestino. «E' auspicabile che si ampli la rosa di farmaci autorizzati, che si finanzino ricerche cliniche sperimentali e che si legalizzi, sotto controllo di autorità locali e sanitarie, la coltivazione di piante a fine terapeutici». Il disegno di legge di Manconi, sono parole del senatore, «va a colpire un potentissimo e solidissimo tabù culturale. La legalizzazione della cannabis per cura vuole proprio opporsi alla farmacopea fai da te, se i pazienti potessero avere questi farmaci, non si preparebbero in casa gli infusi con le foglie essiccate. Tra l'altro la metà delle regioni italiane ha legiferato norme in materia, ma pochissime hanno redatto un regolamento applicativo. Provvedimenti che sono rimasti lettera morta, se non in Toscana, Sardegna, Veneto e Puglia. Autorizzare i cannabinoidi a fini terapeutici corrisponde ad un'istanza morale del legislatore nel lenire il dolore altrui, la sofferenza superflua».

Genitori informatevi!

La valenza terapeutica può mascherare la tossicità della cannabis

© Can Stock Photo Inc. / Massonforstock

Sostanza medicinale o ricreazionale?
E' questa la pericolosa ambiguità ravvisata dagli psichiatri, che curano ogni tipo di dipendenza in età giovanile, quando si tratta di cannabis. Le proprietà farmacologiche di questa pianta, spesso ingenera, negli adolescenti e nei loro genitori, la convinzione che non sia una sostanza che può far male. E invece se assunta all'età compresa tra i 14 e i 25 anni, può avere conseguenze pesanti sul sistema neurologico. L'eventuale liberalizzazione di questa droga potrebbe vanificare il lavoro degli specialisti che assistono ragazzi affetti da dipendenze e allontanare dalla cura moltissimi altri che, con l'alibi della legalizzazione, potrebbero non concepire più la cannabis come sostanza dannosa. Dannosi sono anche gioco d'azzardo ed alcol, legalizzati ma vietati ai minori di 18 anni. Ma il divieto non è un deterrente sufficiente, come per l'alcol gli adolescenti possono sempre acquistare "fumo" da ragazzi più grandi o da adulti. La liberalizzazione delle sostanze cannabinoidi ad uso terapeutico, nelle intenzioni antiproibizioniste che hanno rilanciato la discussione, c'è l'illusione di poter gestire meglio l'assunzione consapevole se legalizzata e quella di utilizzare i proventi della tassazione per curare le dipendenze. «Di fatto – evidenzia Luigi Gallimberti (*foto*), psichiatra e presidente dell'associazione padovana Genitori Attenti – aumenterebbe il numero degli adolescenti che spinellano e diminuirebbe quello di quelli che si rivolgono ai centri di disintossicazione. Gli adolescenti non devono né bere, né fumare: sono due comportamenti che creano moltissimi danni al cervello. Per cui la liberalizzazione della cannabis è per noi un falso problema. Legale o meno questa pianta, produce in giovane età effetti terribili. La tossicità di uno spinello o di un bicchiere di vino è la stessa e per un adolescente è doppia rispetto a quella sviluppata in un adulto. Il vero problema è che mancano la conoscenza e la consapevolezza della gravità dei danni prodotti, in termini neurologici e cerebrali, dalle sostanze che creano dipendenza. Renderle legali significa diffondere l'uso e destinare molti ragazzi a bruciarsi il cervello». La cannabis non è altro che la fibra vegetale utilizzata per gli indumenti. Negli anni 60-70 a Gerusalemme si scoprì che i ricettori di questa sostanza, il cb1 e il cb2, sono euforizzanti e che potevano avere un'applicazione efficace nella cura dei malati

terminali, nei malati di Aids, di sclerosi multipla, si prepararono dei farmaci con un principio attivo cannabinoide e già nel 1980 venivano utilizzati negli Stati Uniti.
«Abbiamo già ora grandi difficoltà nell'aiutare i genitori di ragazzini e ragazzine che alla sigaretta aggiungono progressivamente, il bicchiere d'alcol e poi la canna. Abbiamo pazienti di 16 anni che potrebbero disertare definitivamente i nostri ambulatori. Il Thc, ricettore della cannabis, induce il 30 per cento di psicosi più dell'alcol - spiega Gallimberti - compromette più dell'alcol la capacità di prendere una decisione. Lo spinello è più nocivo del vino, produce 48 ore di compromissione cognitiva, diventa per un ragazzo difficile e rischioso anche andare in bicicletta, perché riduce il senso della profondità e della distanza spazio temporale. Cannabis più accessibile per me si traduce in più dipendenze e più pazienti da curare».
I primi ad essere disorientati e a sottovalutare in buona fede il pericolo, sono però gli stessi genitori che non sono informati adeguatamente degli effetti di una canna. Sono lontani dalla consapevolezza che la dipendenza da Thc potrebbe coinvolgere i propri figli, perché sanno vagamente che può far male, ma ignorano le compromissioni cliniche correlate all'assunzione della sostanza cannabinoide. E' necessario rilanciare il dibattito facendo chiarezza sull'ambiguità che produce l'uso terapeutico della cannabis e la sua insita pericolosità. Se è efficace per la cura di alcune malattie molto serie non esclude che possa fare molto male alla popolazione sana, specie se in giovane età.
«Noi non abbiamo modo - evidenzia Sonia Chindamo, psicologa dell'Associazione Genitori Attenti - di impedire l'accesso a queste sostanze in età precoce. Gli italiani e gli spagnoli sono i maggiori consumatori di cannabinoidi in età adulta, un trend che si sta estendendo anche alla fascia 14-25 anni. I coffee shops dei Paesi Bassi sono un'altra cosa rispetto all'uso liberalizzato di Uruguay, California e Colorado. Ci sono già molte sostanze pericolose a disposizione dei giovani che creano tossicodipendenze, le bevande energetiche, oltre al tabacco e l'alcol. L'informazione sin dalle scuole medie è il percorso da seguire per sensibilizzare alla consapevolezza della pericolosità. I ragazzi sanno cos'è la cannabis ma lo sanno da coetanei assuntori, quindi in termini mistificati ed erronei. Il progetto cultura del piacere, che come associazione abbiamo avviato, punta proprio a dare tutte le informazioni sulle dipendenze e sui falsi piaceri. In primavera tutti gli autobus di Padova saranno tappezzati di cartelloni esplicativi. L'ambiguità tra sostanza buona e cattiva, perché usata in medicina è il primo nemico da combattere».

La scheda

Genitori Attenti! è un'associazione di promozione sociale rivolta ai genitori per aiutarli a crescere i propri figli, riducendo al minimo il rischio che essi sviluppino diverse condizioni di abuso o dipendenza.
L'aiuto che possono offrire consiste nel fornire ai genitori e agli educatori i consigli basati sulle informazioni più recenti, l'applicazione della teoria scientifica alla pratica quotidiana che ogni genitore, per essere Attento, deve seguire nell'educazione dei propri figli.
Da maggio del 2013 l'associazione Genitori Attenti! ha istituito una sezione locale in ogni regione italiana per cercare di raggiungere il maggior numero di persone in grado di fare tesoro degli strumenti di prevenzione che promuovono. Dal 2012 l'associazione si avvale del contributo prezioso della Fondazione Novella Fronda Onlus il cui obiettivo è studiare la natura del piacere e le sue possibili deviazioni patologiche.
Il lavoro dell'associazione si fonda dunque da un lato sulla ricerca scientifica, in collaborazione con le Università e gli istituti di ricerca, dall'altro sulla lunga esperienza pratica maturata dal nostro staff nel campo della prevenzione e della cura delle dipendenze.

http://www.genitoriattenti.com

EURO PRITTI
COSMETICS

Linee cosmetiche professionali e ricette innovative per unire la bellezza il benessere e gli stili di vita di ciascuna di voi.

Scopri come curare la tua bellezza con prodotti naturali specifici adatti a tutte le tue esigenze.

Guarda tutte le offerte e i progetti bellezza & benessere su **www.europritti.it**

Europritti s.r.l. via Terminon 39/1 Castegnero (VI) tel. 0444795612 info@europritti.it

A Rovigo si studia la cannabis per uso farmacologico

E' l'unico laboratorio autorizzato in Italia dal Ministero della Salute

di **Antonella Prigioni**

C'è un laboratorio, in Italia, che fa ricerca sulle possibili applicazioni della canapa, la cannabis sativa, in ambito terapeutico farmacologico. E' l'unico autorizzato dal Ministero della Salute. E' Il Cra-Cin di Rovigo, il Consiglio per la sperimentazione e la ricerca in agricoltura, il corrispettivo del Cnr in campo primario. E' qui che dei ricercatori coltivano legalmente alcune piante, varietà diverse della sostanza. In questi laboratori si fa sperimentazione da vent'anni ed ora la spinta antiproibizionista partita da Uruguay, Colorado, Arizona e California, sembra coinvolgere l'attività del centro. Alcune varietà selezionate a Rovigo sarebbero già state richieste dagli Stati che hanno adottato la svolta liberalizzante. Il Cra-Cin svolge ricerche nel settore della genetica della biosintesi dei cannabinoidi in canapa, determinando le sequenze genetiche responsabili delle diverse varianti chemotipiche esistenti. Paroloni difficili che stanno a significare che gli esperti del Cra, stanno lavorando ad una sostanza complessa che è destinata ad avere un'esplosione di utilizzo sul mercato internazionale. Da dati elaborati al Cra, si stima che in cinque anni l'impiego della canapa sativa, applicata alla medicina, supererà il valore di 9 miliardi di dollari. Quasi la metà, del giro d'affari illecito collegato allo spaccio e al traffico di droga che è stimato in 18 miliardi di dollari. Il Cnr ha avanzato anche una proposta di legge per avviare coltivazioni protette di cannabis in Italia, allo scopo di rifornire le Asl che ora per procurarsi i farmaci a base di cannabinoidi sostengono costi enormi. Le piante coltivate per la ricerca vengono bruciate, in Italia è vietato l'uso per qualsiasi scopo. Le prime ricerche sono state finanziate nel 1995 dal Ministero delle politiche agricole ed erano orientate all'uso industriale per il settore tessile. Per ottenere i finanziamenti ministeriali, le varietà venivano selezionate in modo che non producessero un livello di sostanza psicotropa, ossia di Thc il tetraidrocannabinolo, superiore allo 0.3%. Un limite poi ridotto allo 0,2%. Ogni tre mesi nascono nella struttura polesana 150 piante, che producono circa quattro chili di foglie e fiori. Le piante vanno coltivate in ambienti sorvegliati e in condizioni controllate, gli esperti lavorano in serre o spazi adeguatamente attrezzati. Canapa, cannabis, marjuana: tre nomi per definire una sostanza che ha diverse concentrazioni di thc. E' marjiuana, termine messicano, quando il livello di Thc è elevato, è cannabis quando si tratta dei tipi destinati alla medicina ed è canapa industriale quella impiegata in agricoltura.

© Can Stock Photo Inc. / alexhg1

Bocciata la Fini-Giovanardi

Torna la distinzione tra droghe leggere e pesanti

La Fini – Giovanardi, la legge del 2006 che equipara droghe leggere e pesanti ai fini sanzionatori, è incostituzionale. A dichiararlo la Consulta, che reintegra con la propria sentenza la precedente norma Iervolino - Vassalli in cui esisteva il distinguo. Un pronunciamento non da poco se si considera solo la revisione dei procedimenti in corso per i reati di detenzione e spaccio di droga, che fino ad ora erano equivalenti per ogni tipo di sostanza. E la reintroduzione della differenza tra stupefacenti leggeri e pesanti, è un punto a favore della virata antiproibizionista auspicata dal disegno di legge del senatore del Pd Manconi. Una sentenza, quella della Corte Costituzionale, destinata ad infiammare il dibattito sulla liberalizzazione della cannabis. Il Veneto è tra le regioni che hanno varato una legge regionale che autorizza l'impiego terapeutico dei cannabinoidi. Per Bruno Pigozzo, consigliere regionale del Pd e membro della V Commissione Sanità, la norma varata a Palazzo Ferro Fini riconosce l'efficacia della sostanza nella cura di alcune patologie. Un impiego che andrebbe incentivato ed ampliato alla luce dei benefici riscontrati su alcune malattie molto complesse.

«Liberalizzare la cannabis ad uso personale e creativo è invece un aspetto molto diverso. Da un punto di vista personale e del mio partito la liberalizzazione presenta molti aspetti di rischio, legati agli effetti dannosi assodati con la fruizione quotidiana della sostanza, soprattutto nei giovanissimi. Legalizzare la cannabis significa azzerare l'attenzione per la prevenzione nelle fasce giovanili che rischiano di essere abbandonate. E la prevenzione attuata attraverso progetti educativi di strada o nei poli di aggregazione giovanile ha funzionato. Un ragionamento che vale anche in termini di gestione delle risorse, quel che si investe in azioni preventive oggi, fa risparmiare domani nella cura».

Nessuna apertura alla legalizzazione della cannabis per l'assessore alla sanità Luca Coletto. «La liberalizzazione non incide minimamente sull'ampliamento dell'impiego terapeutico. La cannabis come altri farmaci deve essere prescritta ed acquistata con ricetta medica. Deve essere trattata come la morfina somministrata ai malati terminali, su esclusiva prescrizione medica. Escluso l'uso terapeutico, sono totalmente contrario. La droga non ha mai aiutato nessuno, se non a stordirsi ed estraniarsi dalla realtà. E dissociarsi non risolve. Quanto all'ipotesi di una riduzione dei traffici criminali legati alla distribuzione della cannabis non serve legalizzarla, bastano le forze dell'ordine. Depenalizzarla potrebbe voler dire allungare la lista di tormentati e poco lucidi che affollano pronto soccorso e reparti di psichiatria".

«Condivido - commenta invece Leonardo Padrin, presidente della V Commissione Sanità - l'uso terapeutico della cannabis, avviene già in tanti paesi europei senza che questo abbia segnalato delle controindicazioni. Ci sono psicofarmaci ben più pericolosi che vengono prescritti spesso senza che gli assuntori abbiano chiare le possibili dipendenze. Non ho una valutazione compiuta per quanto riguarda la possibile liberalizzazione delle droghe leggere, certamente il costo per la Regione Veneto è di oltre 100 milioni di euro per la gestione dei Sert e di 25 milioni di euro la gestione delle comunità. A fronte di una situazione economica difficile, con una disoccupazione in aumento, non so fino a quando saremo ancora nelle condizioni di affrontare una spesa di questo genere senza una compartecipazione dei beneficiari di queste attività e servizi socio-sanitari».

Adozione Kit antidroga

Campagna preventiva contro l'utilizzo di sostanze stupefacenti, "No alla droga"

di **Alberto Salmaso**

Il problema dell'utilizzo delle sostanze stupefacenti è un argomento scottante e molto dibattuto ancor più dopo la recente sentenza della Consulta che ha dichiarato illegittime le norme introdotte – con emendamenti in fase di conversione – dalla legge "Fini-Giovanardi" per quando concerne la parificazione "ai fini sanzionatori" tra le droghe pesanti e leggere. Un qualsiasi piano antidroga deve necessariamente avere come obiettivo principale quello di affrontare e proporre soluzioni concrete al problema delle dipendenze: proprio in questa ottica era stato proposto al Consiglio Comunale di Padova, nell'ottobre 2009, l'Ordine del Giorno Campagna preventiva contro l'utilizzo di sostanze stupefacenti, "No alla droga": Adozione Kit antidroga, discusso solamente a luglio 2011. L'impegno del Comune di Padova, in base a questa proposta, sarebbe dovuto essere quello di sostenere quelle agenzie educative ed organizzazioni sociali (famiglia, scuola, volontariato, altri soggetti di formazione e di promozione umana, comunità di recupero), che assumono un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'uso e l'abuso di droghe. Cos'è un kit antidroga? In Internet se ne possono trovare tipi diversi dai costi variabili: in pratica, attraverso urina o saliva, vengono rilevate marijuana, cocaina, anfetamine, ecstasi, benzodiazepine e oppiacei: si tratta ovviamente di esami preliminari, che attestano la presenza o meno di sostanze stupefacenti, anche a distanza di alcuni giorni. Personalmente ritengo potesse essere un valido strumento per il dialogo in famiglia e soprattutto per conoscere e possibilmente provare a risolvere eventuali problematiche: la proposta oltre la distribuzione gratuita dei kit prevedeva anche programmi di informazione e di prevenzione all'interno delle scuole, nei centri di aggregazione giovanile, nelle realtà associative che coinvolgono i giovani, vademecum ai genitori e ai figli sugli effetti delle differenti sostanze, comunicazione a tutti i livelli, attraverso anche un numero verde per fornire informazioni e sostegno, dagli opuscoli al cinema. Tutto ciò per contrastare tra i più giovani il fenomeno delle dipendenze.

E' necessario infatti far comprendere ai giovani il pericolo di danni fisici e sociali derivanti dal consumo di droga e la famiglia, a mio avviso, è il primo e forse il più importante, contatto. Accanto a queste azioni è essenziale investire nella sensibilizzazione all'interno degli istituti scolastici, coinvolgendo gli operatori delle Ulss in corsi di formazione per gli insegnanti e di educazione per le famiglie sui temi delle dipendenze. L'approccio di questa ipotesi di piano "globale" contro la droga è quello della prevenzione, del sostegno alle famiglie e del recupero integrale della persona, non quello della convivenza con la droga. Purtroppo però, il Consiglio Comunale di Padova ha respinto la proposta con soli 22 consiglieri votanti (su 40) di cui 11 contrari, 6 favorevoli, 5 astenuti: credo sia stata un'occasione persa per poter contribuire, in modo fattivo, a prevenire o eventualmente affrontare, la piaga dell'uso di sostanze stupefacenti specie in una città come Padova, riconosciuta come tra i più importanti crocevia di traffico internazionale di droga. Sicuramente però non si abbasserà mai l'attenzione in tale materia...

STNZ0313

CON AUDIUM SENTIRE BENE...

è facile come bere
un bicchiere d'acqua.

è irrinunciabile come
il pane in tavola.

costa solo come
un caffè al giorno.

IRRIPETIBILE OFFERTA DEL MESE

GRATIS
3 MESI
DI BENESSERE UDITIVO PER TE!

Padova
- Via T. Aspetti, 163
- Via Roma, 121

Camposampiero
- Via Tiso, 13

Albignasego
- Largo Obizzi, 5 (Piano terra)

Conselve
- Via Verdi,10

Este
- c/o Poliambulatorio
  San Fermo
  Via San Fermo, 17/19

Torreglia
- Via S. Pertini, 8/B

Cittadella
Via Borgo Vicenza, 27

Numero Verde Gratuito
800 985 094
www.audium.it

AUDIUM
IL BENESSERE DELL'UDITO

Bella ma pericolosa: il fascino irresistibile della neve

Sempre più casi gli appassionati degli sport invernali ma attenzione l'infortunio è dietro l'angolo

Neve, neve, neve. Un richiamo cui è difficile resistere per migliaia di persone che, al cadere dei primi fiocchi, inforcano gli sci e salgono in quota per praticare il loro sport preferito. La montagna d'inverno ha un fascino particolare che attira anche molti giovani, usualmente restii a recarsi sui monti nel periodo estivo. Il boom della montagna d'inverno in Italia si può ricondurre a due eventi scatenanti: le Olimpiadi sulla neve di Cortina d'Ampezzo del 1956 e le epiche imprese della "Valanga Azzurra" negli anni '70. Il termine "Valanga Azzurra" fu usato per la prima volta nel 1974 da "La Gazzetta dello Sport" per commentare lo strabiliante risultato ottenuto il 7 gennaio dello stesso anno nella slalom gigante di Berchtesgaden nell'allora Germania Ovest. Durante la gara, la nazionale azzurra ottenne i primi cinque posti in ordine con Piero Gros, Gustav Thoni, Erwin Stricker, Helmuth Schmalzl e Tino Pietrogiovanna. Dal 1970 al 1979 gli azzurri, diretti dal grande Mario Cotelli e allenati da Oreste Peccedi, riuscirono a conquistare 6 medaglie olimpiche (due ori, due argenti e due bronzi), 6 medaglie ai campionati mondiali (4 ori, 1 argento e 1 bronzo), 5 coppe del mondo generale (4 con Thoni e 1 con Gross), 4 coppe nello slalom gigante e 2 coppe nello slalom. Grazie all'entusiasmo generato da queste memorabili imprese sportive, la voglia di sci e di montagna dilagò tra gli italiani, dando vita alla cosiddetta "settimana bianca": sette giorni intensivi di sport sulla neve. Oggi, gli sport più praticati sono lo sci da discesa e lo snowboard, ma in netta ascesa sono lo sci alpinismo, lo sci di fondo e le camminate con le ciaspole, che permettono di immergersi nella natura e ammirare splendidi paesaggi. Purtroppo però sempre più frequenti sono gli infortuni sulla neve, che possono comportare semplici contusioni, fratture o distorsioni, traumi cranici o addirittura esiti più tragici. Un altro grande rischio è quello delle valanghe: "L'argomento riferito al pericolo valanghe coinvolge da sempre un gran numero di appassionati – scrive il Cnsas, Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico del Veneto nella sua guida – anche se va ricordato che, proprio nell'ultimo decennio, è aumentato in modo assai marcato il numero di frequentatori della montagna in veste invernale per le sue diverse forme di attrazione. Contrariamente, poi, a ciò che più comunemente si pensa, a questo scenario non sono legati solo gli sci alpinisti (storicamente i frequentatori più assidui della montagna innevata), ma anche i normali escursionisti, gli alpinisti, gli amanti delle discese fuori pista con tavole da surf (snowboarder) ed ancora gli escursionisti con le racchette da neve (ciaspe), quest'ultima categoria in aumento davvero esponenziale negli ultimi anni". Questi sono i motivi per i quali in questo numero di Nes abbiamo deciso di approfondire una tematica molto in auge in questo periodo: la passione per la neve e i rischi in cui si può incorrere. Molta la carne al fuoco in questo approfondimento: apriamo con i consigli di un medico su come prepararsi alla stagione "montana", un vademecum sui comportamenti da tenere in montagna e un report sull'attività del Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico del Veneto, passando poi ad una panoramica dei principali infortuni "da neve", con l'aiuto di uno specialista ortopedico e traumatologo, ed al racconto di un atleta tornato a gareggiare dopo un infortunio, chiudendo infine con una presentazione delle Olimpiadi invernali di Sochi.

© Can Stock Photo Inc. / rozum

I consigli dell'esperto

Come "avvicinarsi" e "prepararsi" alla stagione sciistica

di **Marianna Pagliarin**

Nel mondo dello sport invernale sicuramente la parte del leone appartiene allo ski, comprendendo le specialità alpine, fondo e snowboard.
Ormai si ritiene che siano circa 200 milioni gli appassionati di questi sport, e anche il mondo medico scientifisi è interessato dapprima alla cura degli infortuni, poi alla prevenzione e da qualche anno si sono sviluppate nuove tecniche molto specialistiche nella disciplina della posturologia che viene ora applicata a tutti gli sport. La sensibilità propriocettiva parte dall'occhio per arrivare ai piedi, passando attraverso l'apparato stomatognatico a tutti i muscoli del corpo; deve permettere e regolare la rappresentazione cosciente della verticalità. L'integrazione di tutte queste informazioni con la parte cognitiva é una funzione del sistema tonico posturale che è parte del Sistema Nervoso Centrale e Periferico per gestire tutti gli equilibri stabili ed instabili. L'occhio è il principale recettore: ci consente la visione, che conta il maggior numero di neuroni connessi al cervello e che investe il 30 % delle fibre nelle connessioni fra i muscoli oculomotori, che muovono i globi oculari ed il controllo della postura.
Da cui la pubblicazione del professor A. Bertoz fatta propria dal professor Massimo Rossato (medico padovano Presidente della International Federation on Stabilometry and Posturology Society, *nella foto*) che ha portato alla formulazione di esercizi di ortottica, per ottenere una supervisione, una superconvergenza e fusione da vicino e da lontano, per disegnare traiettorie perfette, evitare l'impatto con i pali in gara, ma anche consentire a tutti gli sciatori di ottenere un'immagine di se stessi, che anticipa l'azione di 300 millisecondi (che sono molti) per poter correggere strategia ed errori.
Rossato evidenzia che "i piedi sono altrettanto fondamentali, da cui l'importanza, ancor prima di indossare i più evoluti scarponi, di esercitare la propriocezione podale mediante la ginnastica pre-sciistica, le andature a piedi scalzi e nudi, che aumentino la risposta dei riflessi miotattici e ne riducano i tempi. Si passa poi al potenziamento con esercizi più specifici, con elastici e pesi, per l'indipendenza delle gambe anche in condizioni di instabilità sotto i piedi, sia in appoggio che in salto, con il controllo del tono muscolare. La postura sugli sci o sulla tavola, cambia molto a seconda del tipo di neve, della pendenza, della velocità, ma la centralità e l'equilibrio restano obiettivi primari per risparmiare un'attività muscolare di contrazioni inutili e di regolazione dei muscoli antagonisti altrettanto inutile, per mettere invece a disposizione di allenatori ed atleti tutti i muscoli".
L'esperto coglie anche l'occasione "per sottolineare l'importanza di effettuare sempre una preparazione prima della stagione ed un riscaldamento prima di affrontare la neve. È molto importante avere controllato il buon funzionamento dei mezzi (attacchi, lamine, solette) ed avere indossato le protezioni: una prima semplice indicazione è una tuta che consenta un riscaldamento adeguato dei muscoli, poi il casco si è dimostrato statisticamente utile ed efficace a diminuire il numero delle ferite e la loro gravità a tutte le età; così pure la protezione paraschiena della colonna vertebrale". Infine Rossato dice "che non dobbiamo dimenticarci mai, che ci si trova spesso in condizioni straordinarie, e pertanto è necessario proteggere gli occhi con mascherine adatte, le labbra e la pelle con adeguate creme protettive".

Sicuri in Montagna e Sicuri con la Neve

Progetti a cura del C.N.S.A.S: Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico del Veneto

Il Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico (C.N.S.A.S.) del Veneto continua il programma rivolto alla prevenzione degli incidenti in montagna e all'informazione degli utenti, cercando di creare nello specifico settore una cultura della sicurezza sempre maggiore e un obiettivo permanente per qualificare ulteriormente la propria attività istituzionale.

Il progetto generale di prevenzione degli incidenti in montagna proposto dal Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico è denominato "Sicuri in Montagna" e da esso si articolano diversi e specifici moduli, tra cui quello realizzato in questa pubblicazione e chiamato "Sicuri con la Neve".
L'argomento riferito al pericolo valanghe coinvolge da sempre un gran numero di appassionati, anche se va ricordato che, proprio nell'ultimo decennio, è aumentato in modo assai marcato il numero di frequentatori della montagna in veste invernale per le sue diverse forme di attrazione. Contrariamente, poi, a ciò che più comunemente si pensa, a questo scenario non sono legati solo gli sci alpinisti, ma anche i normali escursionisti, gli alpinisti, gli amanti delle discese fuori pista con tavole da surf (snowboarder) e ancora gli escursionisti con le racchette da neve (ciaspe), quest'ultima categoria in aumento davvero esponenziale negli ultimi anni. Anche queste attività, soprattutto queste ultime ricordate, sono fortemente interessate al pericolo valanghe, basti considerare che tra gli sci alpinisti il 40% afferma di non pianificare la gita (percorso e bollettini), oltre il 50% afferma di non portare a seguito pala e sonda ed il 25% di non utilizzare l'Artva (Apparecchio di Ricerca dei Travolti in VAlanga) . Queste percentuali aumentano paurosamente tra gli amanti delle racchette da neve.
L'autosoccorso, allora, cioè il compagno che soccorre immediatamente il proprio compagno travolto e sepolto, risulta l'azione in assoluto e da sempre più efficace. Per effettuare un idoneo autosoccorso sono sempre indispensabili alcuni strumenti:
- l'Artva;
- la Pala da Valanga;
- la Sonda.
Sono dispositivi che ogni partecipante alla gita/escursione deve avere sempre con sé e senza i quali non può esistere il concetto stesso di autosoccorso.
La valanga deve essere evitata ad ogni costo e per fare ciò è necessario conoscere profondamente la montagna: conoscerla prima della partenza in tutte le sue componenti. La gita deve essere, infatti, preparata in ogni minimo particolare prima di partire e non durante.
Poi, nel corso della gita, ogni singola dinamica va costantemente monitorata. Dobbiamo essere costantemente consapevoli della forza e della superiorità della montagna. Solo così riusciremo a goderne le meraviglie: vivere per la montagna è meglio che morire per essa.
Per questo è stato preparato un vademecum dove sono presenti numerosi consigli e indicazioni su cosa fare:
- A casa;
- In montagna prima per la gita raccomandazioni;
- Durante la gita;
- In caso di travolgimento;
- Dopo la caduta della valanga;
- Cosa dire al Suem 118 e al Soccorso Alpino;
- Per chi è presente ma non è coinvolto dalla valanga;
- In caso di presenza dell'elicottero.

Il Soccorso Alpino e Speleologico del Veneto

Volontari attivi 365 giorni l'anno per la sicurezza sulle montagne

Il Soccorso alpino e speleologico del Veneto, servizio regionale del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico, è un'associazione di volontari, che interviene 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, su allertamento del Suem 118, con cui è convenzionato.
Per legge, ad esso compete la risoluzione delle emergenze in montagna e in ambiente ostile, con il recupero di persone in difficoltà o infortunate, nonché il coordinamento in questi luoghi delle proprie squadre e degli altri enti quando si tratti di ritrovare persone scomparse e attività di protezione civile.
Attualmente conta 705 soccorritori suddivisi nelle tre Delegazioni: la II Delegazione Dolomiti Bellunesi (472 soccorritori + 18 aspiranti) che conta 20 Stazioni (18 bellunesi e 2 trevigiane), la VI Delegazione speleologica (71 soccorritori e 1 aspirante) e l'XI Delegazione Prealpi Venete (162 soccorritori + 18 aspiranti), con le 6 Stazioni che coprono le zone montane di Vicenza, Verona e Padova.
Le basi di elisoccorso in cui turna quotidianamente personale del Soccorso alpino sono tre: Belluno, Treviso e Verona. Nel 2013 (dati ancora non definitivi) si sono registrati circa 900 interventi, la maggior parte sulle montagne bellunesi e concentrati soprattutto nei mesi estivi centrali. L'escursionismo, con il 31,5 per cento circa di incidenza, rappresenta l'attività maggiormente coinvolta, contro, ad esempio, il 5,2 per cento circa dato dall'alpinismo.
Riguardo agli incidenti nel periodo invernale, gli interventi in aiuto a sciatori in pista, solo per il Soccorso Alpino, sono circa 320. Le emergenza che hanno riguardato scialpinisti, sciatori in fuori pista e snowboarder superano di poco il 3 per cento, mentre gli incidenti su cascate di ghiaccio sono lo 0,3 per cento circa.
Tra le cause, il 37 per cento circa è dovuto a cadute e in questo contesto rientrano gli infortuni per essere scivolati su sentieri o pendii innevati e ghiacciati. Le squadre del Soccorso alpino sono intervenute anche su 7 valanghe e per lo sgombero di impianti a fune rimasti bloccati, nonché in aiuto di un cane, scappato al controllo dei propri padroni e finito in una scarpata in mezzo alla neve. Le ore/uomo di intervento dello scorso anno sono state circa 13.300, per un impegno globale di 4000 soccorritori circa. Le attività di soccorso, sorveglianze e intervento sulle piste da sci e in montagna sono realizzate anche da personale degli impianti di risalita, dalle forze dell'ordine (Carabinieri, Guardia di Finanza, Corpo Forestale dello Stato, degli Alpini), della Croce Rossa Italia, da numerose associazioni di volontari e soggetti istituzionali.

© Foto di archivio del soccorso alpino e speleologico veneto

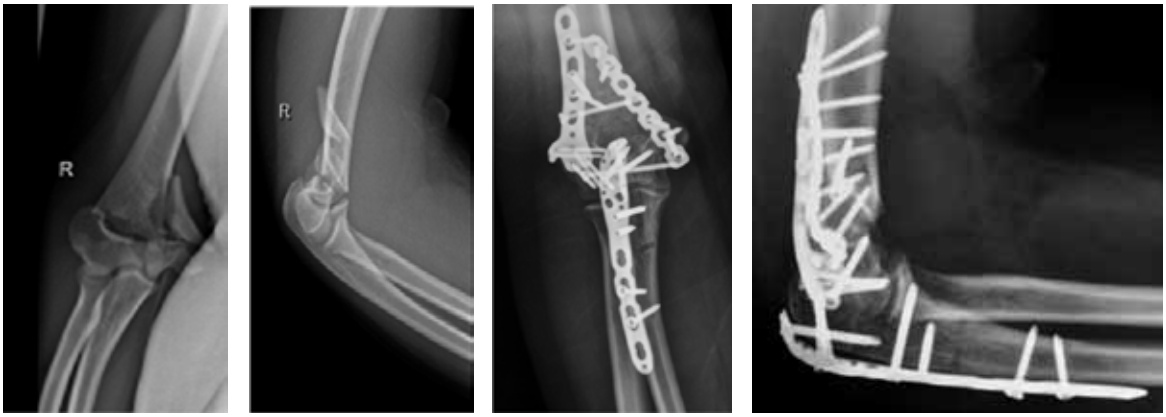
Gli sport alpini e i traumi scheletrici

E' aumentata la traumatologia "da neve", con un maggiore coinvolgimento degli arti superiori

a cura del dott. **Sergio Candiotto**, direttore dell'Unità Operativa dell'ospedale Sant'Antonio di Padova

Nel mondo si stimano in oltre 250 milioni le persone che si dedicano a vario titolo (professionistico, dilettantistico, amatoriale, occasionale) agli sport alpini. La **grande diffusione** delle attività sciistiche, per i noti cambiamenti socio-culturali e per i progressi economici, ha comportato l'aumento dei traumi scheletrici e l'incremento considerevole dei costi assistenziali (diagnostica, cure mediche, chirurgiche, riabilitative, assenze dal lavoro). I cambiamenti e l'intensificazione del "**gesto sportivo**", talvolta addirittura fino alla sua consapevole estremizzazione (il cosiddetto "sci estremo" o i "fuori-pista") rappresentano un'altra importante causa dell'aumento di frequenza dei traumi sciistici e della loro complessità. Vanno ricordate lesioni scheletriche, talvolta di rilievo clinico, per meccanismi traumatici semplici o addirittura banali, come la caduta da fermo in torsione dell'arto inferiore, con possibile frattura dei condili tibiali o dei polsi. Bisogna sottolineare il grande ruolo rivestito dall'**evoluzione tecnologica** dei materiali utilizzati, con uso di attrezzature sempre più sofisticate che hanno trasformato il modo di sciare, rendendolo più interessante, facile e attraente, ma che hanno creato le premesse per il verificarsi di più frequenti e gravi eventi traumatici. Basta ricordare l'introduzione degli **sci con un'accentuata sciancratura** o gli **skiboots rigidi** e **con presa tibiale alta** che consentono maggiore velocità, controllo e manovre più rapide. Queste variazioni "tecnologiche" hanno avuto una grande diffusione e una forte influenza sul modo di sciare, rendendolo più veloce e rapido, ma hanno comportato un considerevole incremento della frequenza e della gravità degli eventi traumatici, soprattutto del ginocchio.

Il forte aumento dello snowboard, **associato talvolta ad una certa dose di indisciplina individuale, ha contribuito ad aumentare sensibilmente la traumatologia da "neve" ma ha pure modificato in parte la tipologia dei traumi, coinvolgendo gli arti superiori**. La maggiore **velocità nelle piste**, favorita proprio dalle nuove attrezzature e ricercata dagli stessi appassionati, a volte con eccessiva disinvoltura e con scarsa cultura degli sport d'insieme, porta ad aumentare i rischi di traumi scheletrici. Sono in particolare esposti i bambini o i soggetti di minor peso, come nei casi di scontro in pista con soggetti più voluminosi o pesanti, che hanno una maggior massa d'urto. Va ricordato il ruolo dell'**emulazione**, con i tentativi di ripetere da parte di sciatori normali o impreparati, gli slalom spericolati e le di-



Esempio di frattura scomposta sovra-intercondiloidea di omero. Trattamento con placche e viti

scese a tutta velocità così ben mostrate dai mass media. La stessa **progettualità degli impianti sciistici**, indirizzata a soddisfare la crescente voglia di sciare in modo spinto, con piste più veloci e tecnicamente difficili, può essere infine considerata come corresponsabile all'aumento dei traumi sportivi. **Numerose risultano le lesioni scheletriche** riconducibili alla traumatologia da sci e nessun distretto scheletrico può considerarsi escluso dal rischio di fratture ossee o di traumi distorsivi in grado di produrre rotture legamentose e instabilità articolari.

Esempio di frattura del condilo tibiale laterale, trattata con placca e viti.

Oltre ché i danni scheletrici vanno contemplate le lesioni vascolari e quelle nervose (nervi periferici, cerebrali e midollo spinale).

Fratture: Ci sono a carico del ginocchio, con più frequente interessamento dei condili tibiali o femorali. Le gravi lesioni articolari del ginocchio rivestono un ruolo di grande importanza, soprattutto per la necessità di un rapido ed efficace trattamento chirurgico, onde evitare cattivi risultati radiologici e insufficienti risultati clinico-funzionali e per ridurre il rischio di una precoce artrosi post-traumatica. A queste fratture fanno seguito, per frequenza e rilievo clinico, le fratture del gomito (sovra-condiloidee di omero), della spalla (estremità prossimale dell'omero o della scapola), del polso e della mano. Meno frequenti risultano invece le fratture del femore (collo e diafisi), dell'avambraccio e della mano. Di sicuro rilievo clinico risultano le lesioni vertebrali (fratture e fratture-lussazioni), con possibile danno midollare e rischio di paralisi degli arti. Questo può essere ridotto però con l'uso delle apposite protezioni, più indicate nei bambini e nei giovani sciatori.

Lesioni extraossee: distorsioni del ginocchio (con lesioni dei legamenti collaterali o crociati), le lesioni capsulo-legamentose della spalla, del gomito e della mano. La possibile instabilità articolare acuta dopo un trauma distorsivo può diventare cronica nei casi non adeguatamente trattati. Le rotture dei legamenti del ginocchio costruiscono un danno grave, soprattutto per le possibili conseguenze nei casi di inadeguato trattamento ortopedico, come l'instabilità cronica e l'artrosi secondaria. La lussazione recidivante della spalla può rappresentare la conseguenza di precedenti fatti di distorsione o lussazione traumatica acuta, non adeguatamente trattati dal punto di vista ortopedico e riabilitativo.

Ricordiamo le distorsioni del gomito con interessamento dei legamenti collaterale, che possono giungere a quadri di instabilità dell'articolazione e di rilevante disabilità per il fondamentale ruolo del gomito della gestualità individuale.

I grandi progressi della diagnostica strumentale (rx, ecografia,Tac e Rmn) hanno reso più rapido e sicuro il raggiungimento della corretta diagnosi e il ricorso alla tempestiva e giusta cura ortopedica.

Il miglioramento delle tecniche chirurgiche infine consentono di curare tutte le lesioni traumatiche dello scheletrico. La precocità attuale del raggiungimento della diagnosi corretta non può essere però vanificata da un ritardo o da una inadeguatezza delle cure chirurgiche ortopediche, per la mancanza di cultura chirurgica o per l'inadeguatezza dei centri ospedalieri deputati ad assistere questo tipo di traumi scheletrici.

E' molto importante infatti contare su centri ortopedici qualificati, attrezzati con i più moderni dispositivi e facilmente raggiungibili. I moderni mezzi di osteosintesi (chiodi endomidollari, fissatori esterni, placche e vite) rappresentano le misure terapeutiche più utili per il trattamento delle fratture. La rapida e corretta gestione chirurgica permette la più rapida ripresa funzionale, in assenza di complicanze o esiti invalidanti. Grande impulso al trattamento dei traumi legamentosi articolari è stata fatta dalla chirurgica artroscopia, che ha raggiunto ottimi livelli di efficienza e capacità terapeutica in vari reparti di chirurgia ortopedica..

Molto si deve fare per ridurre il rischio di lesioni scheletriche in questa affascinante disciplina sportiva, che coinvolge ormai milioni di persone, che richiama il grande turismo e che ha anche un riflesso economico importante. La preparazione atletica va affrontata anche da parte degli sciatori occasionali. Le attrezzature devono essere di qualità e sicure. Resta sempre comunque l'aspetto "individuale", con comportamenti responsabili e prudenti degli sciatori, che devono evitare tutti gli "eccessi" che sono alla base degli eventi traumatici.

Il reparto ortopedico dell'ospedale S. Antonio cura numerosi pazienti traumatizzati scheletrici che arrivano dalle varie località sciistiche. In questi anni abbiamo lavorato con intensità per adeguare i nostri standard professionali alle necessità dei pazienti traumatizzati e per essere in grado di gestire adeguatamente questo complesso e vasto settore della traumatologia sportiva, in linea con le migliori esperienze.

Ricominciare dopo una grave infortunio

Silvano Varettoni: un invito alla prudenza per non fare male a se stessi, ma anche agli altri

di **Marianna Pagliarin**

L'incidente del fuoriclasse tedesco di Formula Uno Michael Schumacher ha acceso i riflettori sulle piste da sci e sui pericoli della neve. Sono infatti davvero numerosi gli infortuni in montagna, dovuti a scarsa attenzione, fuori pista e mancato uso delle protezioni.
Non solo i vacanzieri, ma anche gli atleti spesso sono vittime di cadute sulla neve. Ne sa qualcosa il campione di sci di Borca di Cadore Silvano Varettoni (specialista di discesa libera e supergigante), che nel 2008, a 25 anni, durante una prova di discesa a Kvitfjell, in Norvegia, si è infortunato gravemente. Gli esami medici hanno riscontrato un trauma distorsivo al ginocchio destro con lesioni del legamento crociato anteriore, del compartimento mediale e del tendine rotuleo.
«È stata dura - racconta Varettoni, atleta del Gruppo Sportivo Forestale - ho affrontato prima un'operazione al tendine rotuleo e, tre mesi dopo, una al crociato. Avrei potuto fare un intervento unico che avrebbe avuto un recupero più rapido, ma me l'hanno sconsigliato perché ci sarebbe stato il rischio di aderenze e mal cicatrizzazione. Alla fine sono stato fermo per un anno e mezzo, e l'anno successivo continuavo a sentire dolori. Dal 2011 finalmente sto bene. Proprio sulla Olimpiabakken, la pista dove mi sono infortunato, nel marzo scorso ho ottenuto il 5° posto a una gara di Coppa del Mondo. È stato il mio miglior risultato in carriera. Quando si dice il destino…».

© Pentaphoto

Un infortunio così serio può compromettere la carriera di un atleta. Cosa serve per tornare a gareggiare?
Prima di tutto una grandissima forza di volontà per reagire allo smacco, e la caparbietà nel lottare per tornare in pista. Poi ovviamente serve armarsi di pazienza perché il recupero prevede tempi lunghi, e forzarli significa compromettere la completa guarigione. Meglio stare fermi un mese o due in più, piuttosto che accelerare per poi fermarsi di nuovo poco dopo. Innegabile poi che sia fondamentale l'aiuto e il supporto di medici e fisioterapisti competenti e preparati. Il recupero di un atleta è diverso da quello di una persona qualsiasi. Non devi solo tornare a camminare bene, ma a gareggiare ad alti livelli."
La tenacia è sicuramente la chiave di lettura della carriera di "Varetta", che nel 2004 conquistò l'argento ai Mondiali Juniores in discesa e che, proprio quando stava per ambientarsi anche tra i "grandi", rischiò appunto di smettere di sciare.

Al di là dei fortuiti incidenti in gara per cui nulla si può fare, da atleta, cosa consiglia Silvano Varettoni allo sciatore occasionale per evitare incidenti?
La prima cosa è la prudenza. Quando vado a sciare con amici per divertimento sono sempre terrorizzato dagli altri. Purtroppo molti sciano a velocità folli creando pericolo per sé e per gli altri. O percorrono piste eccessivamente difficili per le loro abilità, rischiando così di farsi male seriamente. Sembrano banalità, ma prestare attenzione a queste cose, evitare i fuori pista e moderare la velocità soprattutto nei punti più critici può diminuire di molto il rischio di disgrazie.

Spesso capita di incorrere in cunette e rocce coperte dalla neve, che possono ingannare…
Infatti per questo è consigliabile non uscire mai dalla pista battuta ed evitare di fare i "fenomeni" su questi dossi perché non sai mai cosa può nascondere la neve. È soffice e può coprire qualsiasi cosa, sia esso terreno o roccia o legno. Meglio non deviare dalla pista per non incappare in pericoli evitabili.

Tutti i numeri delle Olimpiadi Invernali di Sochi

La ventiduesima edizione dei Giochi nel sud della Russia

Oltre 2.600 atleti, 1.600 uomini e 1.000 donne, in rappresentazione di oltre 80 paesi dagli Stati Uniti, a Timor Est, dal team giamaicano di bob fino alla squadra di casa della Russia. Questo è l'imponente numero di atleti che hanno partecipato ai 22' Giochi Olimpici Invernali che si sono svolti dal 7 al 23 febbraio a Sochi, una città della Russia meridionale, situata nel territorio di Krasnodar sulle rive del Mar Nero. La kermesse olimpica, fortemente voluta dal presidente Vladimir Putin, ha visto lo svolgimento di 98 competizione in 15 discipline. Queste sono: Biathlon (5 gare maschili e 5 femminili sprint, individuale, inseguimento, partenza in linea e staffetta; oltre ad una staffetta mista), Bob (due gare maschili bob 2 e 4, e una femminile a 2), Combinata Nordica (3 gare trampolino normale, lungo e gara a squadre), Curling (gara a squadre maschile e femminile), Freestyle (5 gare maschili e femminili gobbe, slopestyle, salti, halfpipe, ski cross), Hockey Ghiaccio (gara a squadre maschile e femminile), Pattinaggio di figura (gara singola maschile e femminile, gara a squadre, pattinaggio di figura coppie, danza su ghiaccio), Pattinaggio velocità (sei gare maschili e femminili: 5000 metri, 500 metri, 1000 metri, 1500 metri, 10000 metri, gara a squadre), Salto con gli Sci (trampolino normale maschile e femminile, trampolino lungo maschile, gara a squadra maschile), Sci Alpino (cinque gare maschili e femminili: discesa libera, super combinata, super G, slalom gigante, slalom speciale), Sci di Fondo (sei gare maschili e femminili: inseguimento, sprint tecnica libera, 15 km tecnica classica, staffetta 4x10 km, team sprint tecnica classica, 50 km tecnica libera partenza di massa maschili, 30 km tecnica libera partenza di massa femminile), Short Track (4 gare maschili: 1000 metri, 1500 metri, 500 metri e 5000 metri staffetta. 4 gare femminili: 500, 1000 e 1500 metri e 3000 metri staffetta), Skeleton (2 gare: discesa maschile e femminile), Slittino (3 gare: discesa maschile, discesa femminile, discesa mista e gara a squadre), Snowboard (5 gare maschili e femminili: slopestyle, halfpipe, snowboard cross, slalom gigante parallelo, slalom parallelo). Le gare della 22' edizione dei Giochi Olimpici della Neve si sono svolte in due sedi: Sochi e Krasnaja Poljana.

A Sochi è presente il Parco Olimpico dove sono stati realizzati lo Stadio Olimpico Fišt con una capienza di 40 mila posti, il Villaggio Olimpico, il Palazzetto del ghiaccio Bol'šoj (hockey su ghiaccio, *nella foto*) con una capienza di 12 mila, Palazzetto del ghiaccio Šajba (hockey su ghiaccio) 7 mila posti, Centro di pattinaggio Adler Arena (pattinaggio di velocità) 8 mila posti, Palazzetto dello sport di Sochi (pattinaggio di figura, short track) 12 mila posti, Centro olimpico di curling di Sochi (curling) 3 mila posti.

A Krasnaja Poljana si sono concentrate le gare sciistiche e di bob, slittino e skeleton: Stadio di sci di fondo e biathlon, combinata nordica e sci di fondo; Pista sciistica Roza Chutor (sci alpino e snowboard), Pista di bob, slittino e skeleton Sanki (bob, slittino e skeleton), Centro snowboard e freestyle X-treme (snowboard, freestyle), trampolini Rus-Ski Gorki (combinata nordica, salto con gli sci) e villaggio olimpico montano.

La nazionale italiana, che ha avuto come portabandiera il grande slittinista Armin Zoeggeler, ha partecipato alle Olimpiadi con 126 atleti.

IO SONO

...perchè io Amo, io Penso, io Lavoro, io Sogno!

EOS
TITANIO

www. OFF CARR® .com

Azione con Emozione

FORMA3ROAD

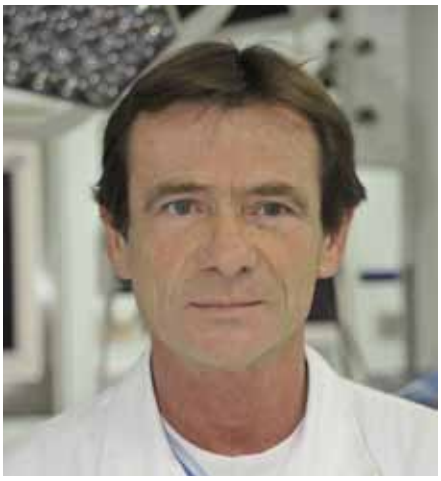
Tumore al seno: pro o contro la mastectomia preventiva?

Il senologo Bozza: «Via tutto se il rischio della malattia è alto, altrimenti puntiamo sugli screening»

a cura di **Cristina Chinello**

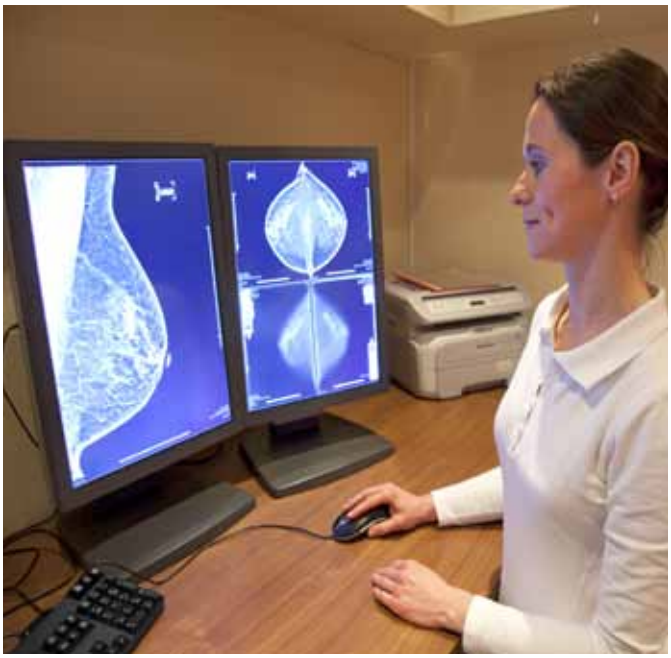
© Pattaro/Vision

«Mia madre ha combattuto il cancro per un decennio, ed è morta a 56 anni. Io ho un gene difettoso, il Brca1, che aumenta in maniera consistente il rischio di sviluppare il cancro al seno e alle ovaie. Una volta che ho saputo quale fosse la mia situazione ho deciso di attivarmi e minimizzare il rischio. Ho fatto prima la mastectomia perché il rischio del cancro al seno era più alto di quello alle ovaie, e l'intervento più complesso. Ma sto scrivendo perché spero che altre donne possano avere un beneficio dalla mia esperienza. Cancro è ancora una parola che spaventa i cuori delle persone, producendo un senso di impotenza. Ma oggi è possibile scoprire attraverso un test del sangue se si è a rischio, e fare qualcosa». Le parole dell'attrice statunitense Angelina Jolie sono state consegnate al New York Times e riprese dai giornali di tutto il mondo. Rimbalzate, commentate, a volte criticate. Voleva fare luce sulla salute delle donne? Ci è riuscita. Il suo è il caso più eclatante della storia recente, di doppia mastectomia preventiva, l'asportazione di entrambi i seni - da quel che si sa - sani al momento dell'intervento. Una mutilazione volontaria e preventiva, scelta per proteggere in modo drastico la sua salute. Lei aveva una forte familiarità con il tumore al seno (qualche



giorno dopo l'annuncio-choc, di quella malattia è morta anche la zia) e ora, secondo le stime dei medici, il suo rischio di svilupparlo è crollato dall'87 per cento al cinque per cento. Il suo annuncio risale al mese di maggio dell'anno scorso. Cos'è accaduto nel frattempo? Si può parlare di un effetto-Jolie o è stato solo chiacchiericcio? «Nel periodo immediatamente successivo, si è notata la differenza. Molte donne hanno chiesto la doppia mastectomia, alcune a ragione, spinte da motivi reali; altre condizionate dall'eco mediatica e senza motivi di salute. In alcuni casi comunque, il messaggio della Jolie è stato estremamente utile. Ora siamo tornati a una situazione pre-Jolie». Lo rivela Fernando Bozza, responsabile dell'Unità di Senologia Chirurgica all'Istituto Oncologico Veneto (Iov). Parlando con l'esperto, si scopre che in materia di seno, il confine tra l'attenzione, la sua esasperazione e la distorsione dell'approccio terapeutico è molto labile: «C'è una percentuale di donne, per nulla irrisoria (siamo intorno al 20-30 per cento) che confonde il lato estetico con quello curativo e si rivolge a noi per chiedere la doppia mastectomia, avendo invece l'obiettivo di rifarsi il seno. Ma non è una cosa da nulla. Mentre oggigiorno la mastoplastica additiva è un intervento relativamente semplice, la doppia mastectomia preventiva toglie completamente le mammelle e le sostituisce con un corpo estraneo. Questo apre a numerose problematiche, tra cui una delle principali è relativa alla sensibilità». Ma non sono tutte così, le donne. La maggior parte ha una consapevolezza, e un approccio, diversi. «Ci sono coloro che hanno una minima familiarità con il tumore al seno (la zia, la nonna), sufficiente a creare apprensione. Altre hanno una familiarità marcata (la mamma, la sorella). Altre ancora evidenziano una mutazione genetica. Ecco, tutte queste hanno ragioni di salute, e la questione è molto diversa rispetto al desiderio di rifarsi il seno». In un'epoca precedente all'introduzione dei test di mutazione genetica erano gli stessi oncologi che potevano consigliare alle pazienti di valutare una mastectomia preventiva. Capitava in presenza di familiarità spiccata, di seni particolarmente difficili da controllare, che implicavano dubbi diagnostici e comportavano controlli molto ravvicinati (ogni due-tre mesi) e che per tutti questi fattori portavano a esiti poco chiari. Ma anche davanti a situazioni precancerose particolari, situazioni borderline, magari non localizzate. «Non si può vivere così, con una spada di Damocle del genere», taglia corto Bozza. E come dargli torto. Poi per forza si arriva a valutare l'asportazione totale. In proposito, il chirurgo racconta di un dibattito emerso di recente ad un congresso medico: «Si diceva: si può controllare una persona ad alto rischio con la prevenzione secondaria (fatta di controlli ed esami diagnostici). Se poi questa persona svilupperà il cancro, sarà immediatamente individuato e pertanto perfettamente curabile. Sì, dico io, ma mi chiedo anche: la donna come vive questa situazione, sapendo che la sua probabilità di ammalarsi è altissima? Se si chiede a loro, il 95-98 per cento è favorevole all'asportazione preventiva: abbatte notevolmente il rischio e ne ha un enorme beneficio psicologico». Come la Jolie. Il medico si dichiara nettamente favorevole, pertanto, ad estirpare il potenziale pro-

© Can Stock Photo Inc. / picturepartners



blema, «Con le dovute distinzioni e cautele, però – sottolinea Bozza -: trovare e valutare come trattare una mutazione genetica in una donna di 70 anni è un caso molto diverso dall'affrontare la stessa situazione in una donna di 40 anni». Anche perché cancro al seno e all'ovaio sono strettamente correlati, quando si tratta di mutazione genetica: «Negli ultimi sei mesi abbiamo operato cinque persone alle quali nella stessa seduta abbiamo asportato seni e ovaio. E stiamo seguendo attentamente quattro uomini con mutazione genetica mammella-prostata». "Via tutto" sì, ma in presenza di seri, e reali, motivi, e con criterio. Anche per questo di recente si è affermata la mastectomia conservativa, che è una definizione apparentemente contraddittoria, ma serve a spiegare il modus operandi: si cerca di conservare il più possibile dell'involucro esterno, con risultati estetici post-operatori migliori. E una sorpresa: a volte, togliere tutto è esteticamente meno problematico che togliere solo una parte, perché le fattezze dell'organo sono più facilmente ricostruibili. Per questi motivi si sta facendo largo l'oncoplastica, una disciplina che coniuga il trattamento curativo dell'oncologia e quello estetico della plastica, con casi anche di ricostruzione totale con grasso proprio, senza protesi. Si fa in più sedute, se c'è grasso sufficiente che si possa asportare e spostare. Poi però è "vietato" dimagrire. Armi per difendersi dal cancro al seno? Per chi può, un test genetico (se non è prescritto dal genetista, costa intorno ai duemila euro): lo staff di Bozza collabora a stretto contatto con il Centro malattie ereditarie, dottori Marco Montagna e Stefania Zavato. In alternativa, è fondamentale l'attenzione e la cura che ognuno ha per sé: osservarsi, non sottovalutare nulla (nel senso di: non fare lo struzzo), non saltare gli appuntamenti con lo screening, anzi, potendo, iniziarlo prima (dai 35 anni, senza attendere i 50), e renderlo annuale, perché «Si va verso un abbassamento dell'età in cui scopriamo il cancro. I motivi sono molteplici, non ultimo proprio la cultura del controllo e gli strumenti diagnostici a disposizione». I dubbi e le paure che poi portano a comportarsi "da struzzo" sono spesso l'ostacolo più grande da superare. «Il cancro fa paura, e il cancro al seno ne fa ancora di più. Anzi, direi che il tumore alla mammella terrorizza – conferma Bozza – La mammella è l'organo che genera più apprensione di qualsiasi altro, sia per il suo valore simbolico (il seno è il simbolo per eccellenza della femminilità), sia perché è esterno, e per questo visibile». Ragioni in più per agire, subito.

La scheda

I numeri dell'Unità di Senologia chirurgica all'Istituto Oncologico Veneto (Iov) diretta da Fernando Bozza sono in aumento. Nel 2010 sono stati effettuati circa 800 interventi, di cui 450 primi casi di tumore maligno (gli altri sono interventi definiti benigni, come lo potrebbero essere calcificazioni o zone dubbie). Nel 2013 gli interventi chirurgici sono diventati 1.100, di cui 750 primi casi di tumore maligno; circa 7.200 le visite senologiche. Tutto ciò è avvenuto con un reparto composto da tre medici strutturati, due dottoresse con contratto a termine, uno specializzando, tre infermiere dedicate per l'attività ambulatoriale. Sempre nello scorso anno, sono state eseguite una trentina di mastectomie preventive complessive (singole e bilaterali, con e senza mutazioni genetiche). Solo nel mese di gennaio di quest'anno sono già state operate cinque donne.

Numeri che potrebbero suscitare preoccupazione, ma che possono anche essere visti in un'ottica positiva, e cioè la percentuale di guarigione, che è inversamente proporzionale alla grandezza del tumore: più il tumore è piccolo, più aumenta la possibilità di guarigione, che attualmente si attesta intorno al 70-80 per cento di casi liberi dalla malattia a dieci anni. Guarire completamente dal cancro al seno si può, ma è fondamentale toglierlo prima possibile: per questo è assolutamente necessario iniziare volontariamente lo screening, con controlli annuali a partire dai 35 anni d'età in assenza di familiarità, o anche prima, nel caso in cui in famiglia si siano verificati dei casi.

Cosa si prova dopo un intervento di mastectomia?

Una giovane donna ripercorre tutte le tappe: la diagnosi di tumore, l'intervento, l'impatto psicologico

© Can Stock Photo Inc. / bds

«La mia storia inizia due anni fa. Mi sottopongo a una visita di routine dalla ginecologa. Lei conosce bene la storia della mia famiglia: mia mamma e mia nonna materna sono state colpite dal tumore al seno. Per questo fa molta attenzione e si annota tutto. Durante questa visita si sofferma su un punto. Me ne accorgo, ma mi preoccupo relativamente, perché ho un seno fibrocistico. Lei però nota una pallina che la volta precedente non c'era, neppure fra i suoi appunti. Mi dà da fare degli approfondimenti. L'ago aspirato non è indicativo, segnala solo atipia cellulare. Dall'ecografia mammaria si vede qualcosa, ma non si capisce bene. La risonanza magnetica dà l'ennesima risposta poco chiara. Insomma, si vedeva qualcosa, ma non si sapeva cosa fosse. La stessa ginecologa mi indirizza dal dottor Bozza. Due giorni dopo la mia telefonata sono da lui. Sente anche lui questa pallina, mi fa subito l'agobiopsia. È iniziato tutto a settembre del 2012, due mesi più tardi, a novembre, mi sottopongo al primo intervento».
Chiara (nome di fantasia) oggi ha 38 anni ed è mamma di un bambino di sette. Racconta la sua esperienza con il cancro al seno.

Cosa succede al primo intervento chirurgico?
È una quadrantectomia al seno destro, là dov'era stata individuata questa pallina. Dall'esito dell'intervento, il dottor Bozza si accorge che il tumore ha già invaso i tessuti limitrofi. A quel punto potevo percorrere due strade: sottopormi a un altro intervento parziale, oppure eradicare il problema. Sono stata io a chiedere la mastectomia totale ad entrambi i seni. Quando fai la quadrantectomia, vedi già che non hai più un seno intero. Da lì mi ero accorta che non sarebbe comunque stata la stessa cosa, nemmeno con la ricostruzione. A questo punto mi sono detta: «Via il dente, via il dolore». Era febbraio dell'anno scorso, quando mi sono stati asportati entrambi i seni. Dopo l'intervento mi sono state inserite subito le protesi. Successivamente ho avuto due interventi di lipofilling per ammorbidire questi nuovi seni e farli sembrare più naturali anche al tatto: per farlo, mi è stato asportato due volte del grasso dalle gambe, a maggio del 2013 e lo scorso gennaio.

Torniamo all'inizio: quali sono state le sue emozioni?
Quando sono uscita dalla visita ginecologica, con l'indicazione di fare accertamenti, avevo paura che potesse esserci qualcosa di grave. Ho ricevuto il sostegno della mia famiglia durante l'attesa degli esiti dei vari esami, anche se mia mamma ha vissuto molto male l'intera situazione. Oltre ad aver rivissuto quello che era successo a lei, credo che abbia anche dovuto affrontare un enorme senso di colpa, perché si sapeva che ero particolarmente esposta, per via dell'ereditarietà. Io vivevo con l'angoscia, ma sono andata avanti meccanicamente. Ho preso la questione di petto, è proprio il caso di dirlo. Il mio primo, vero pianto, è stato dopo la seconda operazione, quando mi sono stati tolti i seni. Mi sono resa conto di avere agito da incosciente: non ero spaventata dall'intervento, ma non mi ero posta il problema del "dopo", a partire dai dolori post-operatori. Tanto forte ero prima, tanto fragile mi sono sentita quando mi è stato tolto il corpetto. Mi sembra-

va di essere passata sotto a un tir. Avevo male ovunque. Schiena, braccia, torace. Ero a pezzi.

Sta dicendo che si è pentita della sua scelta?
No, assolutamente no. Rifarei tutto. Il dolore passa, anche se ci vuole un po' di tempo, un mese circa. È stato difficile anche cambiare abitudini con il mio bambino. Lui aveva cinque anni, voleva essere preso in braccio, ma io non potevo. Avevo delle limitazioni, e anche adesso dovrei stare attenta e non sollevare pesi.

Com'è stato il suo approccio con il nuovo seno?
All'inizio non lo guardavo né lo toccavo, neppure quando facevo la doccia. Sapevo di sbagliare, perché è importante massaggiarlo fin dall'inizio. L'oncologa me lo ripeteva sempre, di massaggiarmi, per aiutare le protesi a modellarsi, ma non ce la facevo: non era "mio", era una parte di me non mia. Era rigido, lì. Addirittura, ho fatto dei linfodrenaggi appositamente perché dovevo massaggiarlo, ma non volevo essere io a farlo. Solo dopo il primo lipofilling ha riacquistato un po' di morbidezza. Per fortuna ho un compagno comprensivo, che non mi ha fatto pesare nulla.

Com'è oggi il suo seno?
Avevo una terza scarsa, che si era sgonfiata in seguito all'allattamento, ma non avevo mai pensato di ritoccarmi. Ora è un po' più grande, è un seno sodo, non più cadente da post-allattamento. Si vede che è artificiale solo se si fa caso alle cicatrici. Scherzarci mi ha aiutato ad accettarlo. "Vai a rifarti le tette", mi dicevano gli amici, per tenermi su di morale e non farmi pensare che in realtà stavo portando via una parte di me colpita dal tumore. La decisione di togliere entrambe le ghiandole, oltre che per un fatto estetico, è scaturita proprio dalla paura che il cancro potesse intaccare anche l'altro organo.

Ha mai avuto paura?
Dopo la diagnosi, avevo paura della sala operatoria, paura di non risvegliarmi. Quanto al resto, sono andata allo sbaraglio, non ci ho pensato troppo. Ora è una cosa che appartiene al passato: quando sento parlare del fatto che il tumore al seno è una malattia mortale, allontano subito ogni pensiero. Io ne sono guarita, non voglio pensare di non esserlo.

L'operazione ha cambiato la percezione della sua femminilità?
Mi sento diversa. Mi sento comunque menomata. Ora non potrò più avere altri figli. Non erano in programma, ma anche volendo, non potrei. La cura ormonale, inoltre, dà alterazioni anche a livello sessuale, come ad esempio secchezza vaginale. Non è più la vita di prima, anche se il disagio è più mio che del mio compagno. Il seno è diverso, io sono diversa, ma la situazione non è drammatica.

Quale consiglio darebbe a una donna che si trovasse davanti al bivio?
Consiglierei di seguire la stessa strada che ho scelto io. Rifarei tutto. Ho forse sbagliato a informarmi poco sui problemi post-operatori, ma ero così concentrata sull'intervento, che il "dopo" sembrava che non fosse un problema mio. Lo è diventato, a sorpresa. Il primo intervento, infatti, ha portato un dolore molto diverso e molto minore come intensità. Del resto, dopo la quadrantectomia, vai a casa la sera stessa dell'operazione. Qualche dolore, un cerotto, e via. L'altro, la mastectomia, è tutt'altra cosa. Ma forse è anche una difesa, non voler pensare a tutte queste cose.

Il suo modo di concepire la vita è cambiato?
Un tumore ti segna. A 36 anni non te l'aspetti proprio. Mai. Sapevo che poteva esserci, nella mia vita, per via dell'ereditarietà, e per questo già da una decina d'anni mi controllavo regolarmente. Eppure mi dicevo: "Mia mamma e mia nonna l'hanno avuto intorno ai 50 anni", non mi sarei aspettata di incontrarlo a 36. Oggi la chirurgia ha fatto grandi passi avanti, e io non ho avuto conseguenze che invece mia mamma ha dovuto affrontare. Il mio terrore più grande era la chemioterapia, di perdere i capelli. Tutte queste paure, compresa quella di non voler far mancare la mamma a mio figlio, hanno sicuramente influito sulla mia scelta di togliere tutto. Così non ci avrei più pensato. Era l'unico modo per esserne certa.

C'è stato qualcosa che l'ha colpita?
All'inizio, le prime visite allo Iov: ero con mia mamma, tutti erano convinti che la paziente fosse lei. Due anni fa non si vedevano molte donne giovani. Ora sì, e spaventa vederle lì e sapere che sono là per un tumore. Ti chiedi perché, e per quale motivo questo male si presenti così presto, sempre prima. Io la risposta a questa domanda non ce l'ho. So solo che dovrei fare un monumento alla mia ginecologa per aver riconosciuto quella pallina fuori posto. Io non mi palpavo mai il seno, ed è stato un grande errore. Oggi non lo rifarei più.

L'accoglienza: il primo passo verso la cura

L'impegno di Giuseppe Dal Ben verso l'umanizzazione della sanità

di **Antonella Prigioni**

Tra le aziende sanitarie territoriali, l'Ulss 12 Veneziana è una di quelle che pesano. E se ci si aggiunge anche l'Ulss14 di Chioggia, il carico non è da ridere. Eppure Giuseppe Dal Ben, direttore generale di entrambe le aziende sanitarie è uno di quei dirigenti pubblici che lavora senza tanti clamori, non ama apparire nelle prime pagine dei giornali, anche se è molto attento a quello che scrive la stampa. Ed in ufficio ci rimane fino a sera tardi: la nostra intervista si è conclusa dopo le 20.00. Uomo disponibile, molto alla mano, sorridente, Dal Ben è schivo ma sapientemente preparato nello smarcarsi dalle domande scomode – e quando si tratta di ospedali veneziani ce ne sono parecchie. La prima sfida in terra veneziana, per questo medico trevigiano, è stata la gestione dell'Ulss 14 di Chioggia. Dal Ben è il dirigente che eredita collocazioni turbolente e a cui affidano il compito di smussare le criticità. E proprio quando le domande scavano per capire se l'humanitas che propone è davvero un obiettivo spontaneo, si ha la sensazione che l'umanizzazione della diagnosi, della terapia e del ricovero, per il direttore generale di Venezia e Chioggia è il punto di partenza per una sanità al servizio effettivo del cittadino.

Una sanità al servizio della persona: è obiettivo lodevole, ma comporta per gli operatori l'impiego di tempo, e quello a disposizione è poco.
Il tempo bisogna trovarlo. Gli operatori, dal personale sanitario a quello amministrativo a quello sociale, devono porsi la domanda: E se fossi io quella persona che ho davanti? Come vorrei essere trattato?

© Francesca Bottazzin

Giuseppe Dal Ben è direttore generale dell'Ulss 12 Veneziana e Commissario dell'Ulss 14 di Chioggia.

I tanti interventi sulle strutture di front-end – penso al restyling dello sportello del Cup e dell'accoglienza del Pronto Soccorso, negli ospedali di Venezia e di Mestre e anche nel rinnovato monoblocco di Chioggia – vanno in questa direzione?
Sono segnali semplici di rispetto della persona, gesti di accoglienza. Aver eliminato il vetro tra l'addetto alle prenotazioni e i pazienti, aver creato dei box riservati dove ci si può sedere ed esporre la richiesta senza che tutti quelli in coda siano informati sulle proprie patologie, è un passo di un percorso di attenzione. Il nostro, a qualsiasi livello del settore sanitario, non è un lavoro comune, richiede una delicatezza particolare. Non siamo in catena di montaggio.

A Chioggia lei ha l'incarico di commissario: un ruolo complesso.
E' stata ed è un'esperienza importante, bella e vivace professionalmente. L'Ulss di Chioggia ha avuto in passato un'esistenza tribolata, tra passaggi da una all'altra realtà direzionale, prima con Adria-Cavarzere, poi da sola, poi con Cavarzere e Cona, quindi nella sfera della Saccisica. Un palleggio che ha impedito per anni lo sviluppo di una progettualità e una conseguente stabilizzazione. Dovevamo intervenire su tre aspetti, quello della struttura, delle professionalità e della gestione economica. In due anni sono stati nominati i primari, abbiamo concluso la sistemazione del monoblocco, appena inaugurato, abbiamo riposizionato risorse umane, professionali e tecnologiche, riportando l'Ulss 14 al livello che compete ad un'azienda che non è piccola. Ho lavorato sottolineando l'importante specificità di Chioggia, che non deve essere una realtà subalterna ad altre realtà della provincia di Venezia. L'ospedale

Il paziente in ospedale deve sentirsi come a casa propria. In questa direzione vanno i lavori di ristrutturazione del monoblocco di Chioggia (*foto*) e la costruzione del nuovo Padiglione Jona all'Ospedale SS. Giovanni e Paolo di Venezia.

di Chioggia, infatti, è un nosocomio di rete autonomo, legato nel giusto modo all'hub di Mestre e che sviluppa collaborazioni con reparti specifici: l'emodinamica di Dolo e Mirano, la chirurgia dell'Angelo, solo per fare qualche esempio.

L'Ospedale all'Angelo, l'hub (l'ospedale d'eccellenza, secondo il piano socio sanitario), ma anche il nosocomio bello, l'ospedale giardino, l'ospedale luminoso dove alle volte ci si dimentica di essere in un luogo di cura. E' diventato un polo attrattore sia di pazienti e medici?
Si sta sviluppando un percorso di lavoro affinché l'Angelo venga riconosciuto come punto di riferimento su base provinciale, non solo per le specialità di base ma anche per le alte specialità. Deve diventare il centro di una rete di assistenza ospedaliera che coinvolge non solo strutture pubbliche provinciali, ma anche il privato accreditato.

Qualche scalino in più da salire, per l'Ospedale di Venezia, l'ospedale di una città unica, sull'acqua con tante difficoltà e sempre nella lente delle menti più critiche...
Venezia è una città particolare, al centro del mondo. L'Ospedale Santi Giovanni e Paolo ha una struttura storica che non si può più di tanto modificare. Eppure procede anche qui la ristrutturazione, anche in questo caso, di spazi, personale e servizi. In estate completiamo il nuovo ospedale di Venezia (Padiglione Jona) con l'elisuperficie che sarà l'unica nella Città storica. E abbiamo dato segni importanti anche sul fronte delle professionalità: il nuovo direttore dell'unità operativa di chirurgia porta esperienza ed eccellenza, e non è il solo.

L'ambulatorio del Punto di primo intervento di Piazzale Roma. Il governatore Luca Zaia, il direttore generale Giuseppe Dal Ben, il vicesindaco di Venezia Sandro Simionato e il direttore della centrale operativa del Suem Paolo Caputo (foto ©Interpress Photo).

Venezia è anche città di grandi folle…
Abbiamo lavorato per rendere la città la più sicura possibile. Abbiamo aperto due Punti di primo intervento, uno in Piazza San Marco e di un altro in Piazzale Roma, e con la collocazione di più di 50 defibrillatori in luogo pubblico – alberghi, musei, punti di grande affollamento – abbiamo reso Venezia la prima vera "città cardioprotetta". Per i residenti, ma anche per i turisti: un sito e un'app in cinque lingue – tra cui il cinese mandarino – accompagnano chi ha bisgono al più vicino punto di emergenza.

E' il primo direttore generale che non si lamenta delle risorse economiche stanziate. Eppure la realtà veneziana è composita e costosa.
Facciamo con quello che abbiamo. La specificità di Venezia, io credo, ci viene comunque riconosciuta. Poi l'attenzione e la consapevolezza dei bisogni aiutano a rendere coerenti le risorse.

La sfida a cui sta lavorando?
Con la costruzione del nuovo Padiglione Jona a Venezia, in dirittura d'arrivo, la sfida degli ospedali può dirsi vinta. Ora ci attende quella dell'assistenza territoriale con la realizzazione in pratica delle strutture intermedie, secondo le linee di programmazione regionale. La sanità veneziana deve essere trainante e d'esempio non solo per la regione. E per fare passi avanti su tutti i fronti, è importante la squadra: i collaboratori sono fondamentali, e alcuni gli ho scelti personalmente. Sono professionisti con cui lavoro bene perché condividono gli obiettivi della direzione.

Con gli esami e le radiografie notturne e nei festivi, in cui Venezia è stata capofila, è risolto il problema delle liste d'attesa?
E' una risposta importante quella data con le aperture notturne, che aiuta a migliorare la problematica dell'assistenza specialistica. Puntiamo a soddisfare la richiesta di visite ed esami in tempi brevi, per tutti, e vicino a casa.

Ai Colli, patrimonio dei padovani

La Casa ai Colli appartiene di diritto alla lungimirante storia dei padovani e, in particolare, alla storia dei suoi complessi ospedalieri. Nata nel 1907 come struttura psichiatrica, nel corso dei decenni ha saputo trasformarsi culturalmente e professionalmente per assicurare anche agli "ultimi" un'assistenza fatta di rispetto e dignità. Si può a ragione affermare che tutto ciò è potuto accadere anche in ragione del contesto, e che chi vi ha operato sia stato aiutato "dal fatto che a Padova c'è sempre stato un clima culturale di libertà e di confronto, di garanzie per una tutela della salute basata sull'integrazione con le risorse del territorio e sulla loro accessibilità". Il progetto di ristrutturazione per stralci della Casa ai Colli va inteso come start up della neo-sanità padovana. Fa riferimento, sotto questo profilo, al testo del nuovo Piano socio-sanitario della Regione Veneto, in particolare dove si evidenzia l'importanza della centralità della persona rispetto ad ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale. Basilare diventa, dunque, il rapporto relazionale del cittadino con il SSSR, per cui il paziente non dovrà essere mai un "caso" ma resta sempre una persona, e la cura sarà l'espressione di un progetto umano-psicologico e non di un approccio teorico-scientifico disgiunto dalla sfera psicoemotiva. Tutto ciò presuppone la progressiva affermazione di innovative modalità di relazione con il cittadino-utente. Con il progetto di ristrutturazione della Casa ai Colli, l'Ulss 16 intende promuovere la partecipazione dei cittadini al miglioramento e allo sviluppo della sanità. Dare avvio alla progettazione partecipata significa garantire ai cittadini nuove possibilità di condivisione per l'ottimizzazione delle scelte organizzative e della qualità dei servizi. Vuol dire, in sostanza, riconfigurare i rapporti fra le richieste dell'utenza e l'offerta di cure delle strutture socio-sanitarie, va- lutandone la congruenza e le possibilità attuative. In questo modo, il cittadino beneficiario diventa un soggetto attivo, collaboratore e portatore di un contributo specifico nella fase di individuazione delle risposte da dare ai bisogni socio-sanitari emergenti. Sanità partecipata è una scelta strategica, significa prefigurare una comunità dove ognuno può avere voce in capitolo e contribuire a decisioni comuni per un comune futuro. L'Ulss 16 ha scelto il metodo "fundraising" come volano della progettazione partecipata. E' la prima volta che nel Veneto viene dato corso a questa metodologia, aggiornata nei suoi più recenti sviluppi. E' da un po' di tempo che a livello mondiale, Stati Uniti in primis, e ora anche a livello italiano, il settore pubblico ha intuito tutte le potenzialità della "raccolta fondi" come strumento di partecipazione dei soggetti privati allo sviluppo dei suoi servizi, a beneficio delle fasce più deboli e, in generale, di tutti i cittadini. L'Ulss 16 intende però andare oltre questa primaria motivazione, e contemporanea- mente evitare di promuovere il fundraising come forma di supplenza alla restrizione delle risorse pubbliche. Vuole invece avvalersi delle forme più evolute del fundraising, promuovendo nuove relazioni tra il pubblico, i cittadini, le imprese, le organizzazioni non profit, e creando percorsi responsabili di sostegno a progetti partecipati.

CASA AI COLLI
la nuova sanità

«Efficienza ed efficacia? E' ora che la Regione ci ascolti prima di scrivere le delibere»

Anisap: «Errori che possono essere facilmente evitati. Alla qualità ci teniamo anche noi»

a cura di **Anisap Veneto**

Radiologia, fisiokinesiterapia e laboratorio analisi: sono questi i tre grandi temi che nelle scorse settimane hanno costituito la base dei lavori dei rappresentanti di Anisap, che in accordo con Federlab, per quanto riguarda la Medicina di Laboratorio hanno prodotto dei documenti in cui hanno presentato le proprie osservazioni alle delibere della Giunta Regionale. Dallo studio dei documenti iniziali sono emersi infatti dei nodi da sciogliere o addirittura degli errori, entrambi ritenuti facilmente risolvibili con semplici consulenze e pareri preventivi, che gli esponenti delle due associazioni hanno più volte manifestato di voler dare gratuitamente alla Regione. Non essendo pervenuta la convocazione preventiva, le due associazioni hanno chiesto di essere sentite in Quinta Commissione Consiliare Regionale. Qui di seguito riportiamo l'esito degli incontri.

Radiologia. . «Quello che è accaduto il 9 Gennaio in Quinta Commissione Sanità, è la conseguenza di un atteggiamento che ci ha ignorati per anni: pur avendo noi manifestato ripetutamente la nostra disponibilità a partecipare agli incontri tecnici, siamo sempre stati esclusi dalle riunioni. Altre persone hanno deciso per noi, e ora i nodi vengono al pettine».

Il commento del dottor Giuseppe Caraccio, del professor Cosimo Di Maggio, del dottor Francesco Peruzzi, del dottor Alberto Bressan che sono intervenuti in rappresentanza dell'Anisap in Regione, davanti alla Quinta Commissione Sanità, si inserisce nella questione politica che per la prima volta ha mandato sotto la maggioranza in tema di sanità. Nuovo Centro Destra e partiti di opposizione (34 voti a 20) hanno bocciato il provvedimento (delibera Dgr 167CR del 16 dicembre 2013) proposto dall'assessore Luca Coletto sui criteri di accesso all'extrabudget 2014-2015 della Radiologia Diagnostica indirizzati alle strutture ambulatoriali private accreditate, di cui Anisap è l'associazione più rappresentativa.

«I criteri di accesso alle quote extrabudget indicati nella delibera 167 – spiegano i referenti Anisap – sono l'indicatore di una evidente superficialità nell'affrontare la questione. Facciamo un esempio: il documento di Coletto riporta che il tavolo per i raggi debba avere una capacità di carico di 225 chilogrammi. Ma la capacità di carico standard calcolata per l'Europa è circa 130 chili: tavoli con maggiore capacità di carico sono dedicati a pazienti grandi obesi, i cui accertamenti diagnostici si svolgono in strutture dedicate. Questo è un errore grossolano, come ce ne sono tanti altri, che denota quantomeno leggerezza, e che sarebbe stato evitato solo con la presenza di un rappresentante Anisap in fase di scrittura della delibera».

Gli esempi potrebbero continuare. «Come Anisap, noi non intendiamo bloccare alcunché vada nella direzione di un miglioramento qualitativo a favore della salute dei cittadini. Anzi, siamo favorevoli e siamo noi i primi sostenitori che più si eleva lo standard qualitativo, migliori saranno i risultati per le persone e minori i costi a carico del Servizio sanitario nazionale e pertanto della collettività. Da mesi continuiamo a ribadire la disponibilità a dare il nostro contributo attivo, condividendo conoscenze ed esperienze. Si eviterebbero dannose lungaggini e figuracce».

Medicina di laboratorio. Comprende tutta la sfera degli esami del sangue e delle urine.

L'obiettivo regionale, peraltro già espresso con la Delibera n. 4052 del 2007, è di superare la frammentazione di tanti laboratori d'analisi, per arrivare alla costituzione, a livello regionale, di una o più reti di laboratorio.

Per raggiungere questi obiettivi, sono stati posti dei termini ben precisi: si parlava di una soglia minima di un milione e ottocento mila esami da fare in tre anni, con un minimo di ottocento mila. Numeri enormi, che forse una sola struttura accreditata in tutto il Veneto sarebbe in grado di raggiungere.
Dopo le osservazioni di Anisap e Federlab, la Quinta commissione Consiliare Regionale ha fortemente ridimensionato questi numeri e portato a ottocento mila, in tre anni, gli esami convenzionati e non, con un minimo di cinquecento mila esami erogati/anno.
Una domanda alla Commissione tecnica viene, a questo punto, spontanea: in base a quali studi e considerazioni scientifiche è stata stabilita la soglia minima degli esami di un milione e ottocento mila, effettuati in regime di convenzione? Anche questa, purtroppo, sarà una delle tante domande che non avrà risposta da parte della Regione.

Fisiokinesiterapia. Sono le terapie della riabilitazione. La Giunta Regionale ha trasmesso alla Quinta Commissione Consiliare la Delibera n. 177/CR del 30 dicembre 2013 per averne il relativo parere. L'Associazione è stata sentita in Commissione il 16 gennaio u.s. Nel corso della riunione, ANISAP ha illustrato ai Componenti della Commissione stessa una serie di osservazioni e suggerimenti ed in particolare ha messo in evidenza che «Il miglioramento generale delle condizioni di vita, ha portato all'incremento di persone con malattie croniche o con disabilità e a un crescente ricorso alla riabilitazione. L'ultima rilevazione Istat (2005) evidenzia che in Italia le persone con disabilità sono 2.609.000 pari al 4,8 per cento della popolazione con oltre sei anni di età.
Valutando che sono oltre 200 mila i pazienti residenti nei presidi socio sanitari si raggiunge un valore complessivo di circa 2,8 milioni di persone con disabilità. L'evoluzione epidemiologica non ha trovato un'adeguata risposta in termini quantitativi e qualitativi, né in strutture ospedaliere, né in quelle preposte extra ospedaliere e ambulatoriali». Non solo: oltre all'importanza di espandere a raggiera l'offerta fisiokinetica, è anche fondamentale guardare "cosa" si offre.
In particolare, su un punto gli esperti Anisap hanno particolarmente insistito, cioè il "pacchetto neurologico", le prestazioni sanitarie riconosciute a chi deve recuperare in seguito a danni di tipo neurologico.
«Il pacchetto neurologico prevede 20 sedute (assolutamente insufficienti, dato che mai è accaduto che, per esempio, un vero emiplegico guarisse in sole 20 sedute), senza dire nulla del dopo. Ma non va dimenticato che questo tipo di problema aumenta grandemente il grave rischio di perdita o peggioramento della autonomia. Se i pazienti non possono ricorrere alla struttura ambulatoriale si dovranno rivolgere all'ospedale e ciò farà lievitare i costi, sia a carico del SSN, sia a carico del cittadino stesso».

Su questa importante e grave problematica relativa alle prestazioni di Medicina fisica e riabilitativa, l'ANISAP si augura che la Commissione proponga alla Giunta Regionale di accogliere quanto proposto.

Ginocchio elettronico, un sistema "pensante"

È molto importante un trattamento riabilitativo mirato ed efficace

A cura del presidente di Orthomedica **Massimo Pulin** e dell'ing. **Chiara Monticone**

La decisione di amputare è un processo emozionale che porta a ripercussioni inevitabili sia sulla persona che la subisce sia su chi le è vicino. Per questo motivo è molto importante un trattamento riabilitativo mirato, efficace, e duraturo nel tempo, in quanto questo percorso, prevede la collaborazione di numerose figure professionali. L'interdisciplinarità nel percorso di riabilitazione è fondamentale affinché il soggetto possa ritornare al più presto alla sua attività quotidiana, utilizzando le proprie capacità residue in modo adeguato, raggiungendo così l'autonomia funzionale e psicologica. Passo fondamentale in questo percorso è la predisposizione di un apparecchio protesico adatto alla persona, attribuendo al tecnico ortopedico un ruolo di primaria importanza. Proprio per questo motivo Orthomedicavariolo, azienda all'avanguardia in questo ambito, mette a disposizione la competenza del suo personale, frutto di una continua ricerca della perfezione e di un assiduo aggiornamento tecnico teorico e pratico, realizzando protesi che soddisfano tutte le esigenze richieste, da quelle di chi ama la tranquillità nella quotidianità, a quelle di chi preferisce allenarsi e svolgere le attività sportive più impegnative.
Per l'azienda è molto importante aiutare il paziente a ripristinare le funzioni perse con l'amputazione e l'equilibrio posturale; la produzione di protesi transfemorali modulari rappresenta il fiore all'occhiello di Orthomedicavariolo, che grazie alla collaborazione con diverse aziende specializzate, ha potuto sfruttare questa modularità mediante l'inserimento di inserti quali il ginocchio elettronico.

Questo tipo di protesi articolare possiede un microprocessore totalmente adattivo e sostituisce le funzioni del ginocchio umano, con tempi di reazione prossimi a quelli spinali; il sistema, grazie a sensori di angolazione e forza (con funzionamento a 1000 Hz), ottimizza le singole impostazioni per adattarsi alla perfezione al ciclo del passo. Il ginocchio elettronico, affidabile e sicuro, sfrutta la Tecnologia Bionica per adattarsi agli schemi dell'andatura individuali e ai cambiamenti dell'ambiente, e incorpora blocchi di sicurezza multipli in modo da prevenire il rilascio involontario dell'appoggio, riducendo notevolmente il rischio di inciampare.
Questo esclusivo sistema riconosce automaticamente ogni interferenza sul cammino e attiva all'istante il supporto all'appoggio per prevenire eventuali cadute. Grazie ad un design collaudato e alla capacità di aggiornamento continuo, la protesi assicura che i movimenti diventino sempre più naturali e più in sintonia con il paziente; inoltre, uno specifico software fornisce un valido strumento di allineamento digitale, oltre ad una nuova opzione che permette la generazione di report di attività.

Orthomedicavariolo, dunque, offre il meglio della tecnologia alla portata di tutti, semplificando la vita sia al tecnico ortopedico sia agli utenti, mediante la fornitura di un dispositivo sottile, leggero e adatto a pazienti fino a 125 kg.

Hanno collaborato: Roberto Postiglione, Direttore Tecnico; Sandro Romanato, Massimo Susat, Mauro Continetto, Protesisti Orthomedicavariolo.

La giusta sella per ogni donna

I benefici della bicicletta sono riconosciuti e direttamente sperimentabili da chiunque pratichi quest'attività: efficienza cardiaca, capacità respiratoria, efficienza muscolare, miglioramento della pressione arteriosa, della glicemia, del colesterolo e del peso corporeo con dimostrati vantaggi in termini di prevenzione e gestione di patologie come ipertensione, malattie ischemiche cardiovascolari, diabete e obesità.
Tuttavia in bici, il peso del corpo grava prevalentemente sulla sella e l'utilizzo di un modello non corretto dal punto di vista ergonomico può determinare gravi conseguenze per la salute ed il benessere. In particolare le donne accusano frequentemente un'ampia gamma di disturbi più o meno intensi e invalidanti: formicolii nella zona genitale e perineale con occasionale interessamento degli arti, cambiamenti nell'equilibrio ormonale, dolore cronico alle diverse parti della vulva, anorgasmia. Le selle SMP nascono per risolvere tutte queste problematiche. Grazie alla collaborazione con una prestigiosa equipe italiana di urologi e andrologi guidata dal Dr. Prof. Breda, SMP ha sviluppato un concetto rivoluzionario di sella che rappresenta la soluzione definitiva: si tratta della filosofia "DESIGNED ON YOUR BODY", oggetto di ben 4 brevetti mondiali, che rende uniche le caratteristiche delle selle SMP. SMP propone due linee di selle con differenti caratteristiche tecniche, in funzione del tipo di utilizzo. La linea PROFESSIONAL, sviluppata in costante collaborazione con race team, atleti professionisti e amatori, è caratterizzata da materiali selezionati senza compromessi in termini di prestazioni, qualità e resistenza. E' la linea Top destinata agli sportivi più esigenti. La linea TOURISM, invece, è concepita per l'utilizzo quotidiano od occasionale su brevi distanze: ideale per bici Trekking/Touring, City ed E-Bike, incontra le esigenze anche dei ciclisti più giovani, senza però tralasciare i praticanti più sportivi. Le selle SMP sono assolutamente unisex. Generalmente la donna, a parità di corporatura, rispetto all'uomo necessita di una sella più larga. Le ricerche svolte hanno dimostrato che, nel 75% dei casi, la larghezza delle tuberosità ischiatiche è correlata alla larghezza delle pelvi. Per tale ragione SMP consiglia, alle donne "normopeso", di considerare la taglia dei pantaloni come fattore introduttivo nella scelta della sella (per qualsiasi informazione visitare http://sellesmp.com/smp4bike/it/supporto/tabella-di-selezione). Ma spesso la questione è resa più complessa dall'unicità delle strutture ossee (spazio e forma delle tuberosità ischiatiche, forma del ramo alto dell'ischio, sinfisi pubica) e delle parti molli (dimensioni e forma delle vene, nervi pudendi, organi genitali interni ed esterni, muscoli) di ciascuna persona. Se poi la donna ha avuto un parto, con le conseguenti modificazioni al bacino, necessiterà sicuramente di un modello di sella più largo rispetto a quella utilizzata prima del lieto evento. Infine è necessario considerare la posizione in sella (legata principalmente alla specialità praticata, ma influenzata anche da fattori personali) e altri aspetti, come il peso e l'altezza. Di conseguenza è importante l'esecuzione di prove finalizzate a trovare il modello che meglio si adatta alle caratteristiche di ciascuna donna. Per rispondere a questa esigenza, SMP ha predisposto un programma test disponibile presso i negozi aderenti. Per ulteriori informazioni è sufficiente scrivere all'indirizzo e-mail info@sellesmp.com.

Artrosi: la malattia senza età

testo a cura di
Raffaella Borea / Ufficio Comunicazione ASAlaser

Dovuta all'usura e all'invecchiamento delle articolazioni, colpisce soprattutto anche, ginocchia e colonna vertebrale causando dolore, rigidità e limitazione nell'utilizzo dell'articolazione. Dai 50 anni il rischio di farci i conti è in crescita esponenziale. Come curarla ?

Cosa hanno in comune il sig. Mauro M., 38enne ingegnere che, per il costante dolore alla caviglia, ha dovuto rinunciare al calcio, la sig.ra Sabrina S., casalinga over 50 che da mesi soffre per una fastidiosa lombalgia e il pensionato Giovanni B. che ha spento 80 candeline con un ginocchio dolorante? Tutti soffrono di artrosi. Patologia degenerativa delle articolazioni tra le più diffuse in Italia - secondo l'Indagine Multiscopo Istat 2010 colpisce il 17,3% della popolazione prevalentemente femminile (22,1%) – l'artrosi non è più solo la "malattia delle teste grigie", ma colpisce anche i giovani. Non stupisce così che la tecnologia si pieghi alla patologia: una App tematica gratuita, contenente informazioni su sintomi, causa, diagnosi e terapie per affrontarla al meglio è stata elaborata dall'Associazione Nazionale Malati Reumatici onlus. Un chiaro segnale di come il fattore "età", da sempre distintivo dell'insorgenza della malattia, si sia negli anni modificato. <<Oggi l'artrosi – ha spiegato Magda Scarpellini, direttore dell'UO di Reumatologia dell'Ospedale di Magenta nel corso di "Magenta Osteoarea", Congresso internazionale dedicato alle malattie reumatiche che ha riunito a Milano oltre 400 specialisti del settore - è suddivisa in tre grosse categorie: quella "post traumatica", conseguente a un trauma acuto o a uno ripetitivo, che può colpire anche i giovani sotto i 45 anni, quella "metabolica" che colpisce in genere dai 45 ai 65 anni e la classica artrosi dell'anziano, oltre i 65 anni. La forma metabolica è particolarmente importante perché colpisce un'età in cui si è in piena attività: potendosi mantenere nel tempo e peggiorare, può dare disabilità da anziani>>. Se i sintomi (dolore, rigidità e limitazione nell'utilizzo dell'articolazione) e le parti del corpo che ne subiscono i contraccolpi - colonna lombare (33%) e cervicale (30%), ginocchio (27%) e anca (25%) – prescindono dall'anagrafica, a stabilire una continuità tra i pazienti che ne soffrono sono altri fattori. Ereditarietà, obesità e squilibri ormonali ne sono un chiaro esempio. Anche l'ambiente gioca però un ruolo non secondario tanto da aver trasformato l'artrosi in malattia professionale: artrosi cervicale e lombare colpisce chi sta molte ore alla guida, quella alle mani, gomiti e spalle quanti utilizzano mezzi che imprimono forti vibrazioni, mentre chi ha a che fare con il computer sempre più spesso viene colpito alle mani o alla cervicale.

COSA FARE PER DIMENTICARE IL DOLORE?

L'applicazione della terapia più efficace deve essere preceduta da una accurata diagnosi, basata su una corretta anamnesi, sull'esame obiettivo e sulla diagnostica strumentale. A seguito della valutazione della postura, dell'allineamento di schiena ed arti inferiori e delle articolazioni dolenti, evidenziandone eventuali tumefazioni, misurandone l'articolarità e verificandone gli eventuali deficit neurologici, il medico deciderà se procedere al secondo step: la valutazione strumentale. La radiografia tradizionale è ancora l'esame di primo livello idoneo per mostrare la presenza di alterazioni, mentre RMN o TAC sono utili in casi dubbi. Se l'artrosi risulta già

istauratasi la cura prevede la terapia farmacologica (anti-infiammatori, decontratturanti, analgesici e condroprotettori) la fisiochinesiterapia e, nei casi più gravi, la chirurgia (artroprotesi). Da non sottovalutare sono anche le terapie strumentali, associate alla rieducazione funzionale e alle terapie manuali.

LASERTERAPIA E MAGNETOTERAPIA PER RECUPERARE

Molte patologie da sovraccarico, traumatiche o degenerative, come l'artrosi, coinvolgono strutture ossee, muscolari, tendinee e articolari collocate in profondità. Per raggiungere queste strutture la laserterapia può dimostrarsi vincente. Nella scelta del trattamento laser a cui sottoporsi occorre però prestare attenzione e scegliere una soluzione terapeutica che sia innanzitutto così sicura da non provocare nel paziente danni termici. **ASAlaser** da oltre 30 anni studia e realizza soluzioni terapeutiche che, validate scientificamente, sono in grado di regalare benessere immediato al paziente e di recuperare efficacemente e in tempi brevi la funzionalità compromessa. Nel caso dell'artrosi efficace si sono dimostrate Hilterapia® e la Magnetoterapia. Hilterapia® combatte infatti contemporaneamente il sintomo – il dolore – e la patologia grazie al trasferimento in profondità, veloce e sempre controllato, dell'energia. L'elevata intensità ottenuta dall'impulso HILT®, non raggiungibile da altre tecnologie laser attualmente disponibili, assicura risultati immediati e percepibili, fin dalla prima applicazione, con effetto analgesico, decontratturante, antinfiammatorio e drenante. Anche la magnetoterapia, nascendo per il trattamento non invasivo delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico, si rivela indicata. Agendo simultaneamente nella triade edema-contrattura-dolore, con azione riparativa e rigenerativa sui tessuti cutanei, muscolari e ossei, ha dunque tutte le carte in regola per essere utilizzata anche nel trattamento dell'artrosi.

Fonte: http://www.asalaser.com/it/note-redazionali

IL CASO: SPONDILO ARTROSI LOMBARE TRATTATA CON HILT®

Una radiografia disposta a seguito di una fastidiosa lombalgia – racconta Salvatore Germano, massofisioterapista, chinesiologo – rivela che la signora S.S., 56 anni, è affetta da spondilo artrosi lombare. L'esame ha dimostrato anche l'inversione della curva lombare, la presenza di becchi osteofitari e la riduzione degli spazi intersomatici. Risultato? Dolore sulla muscolatura paravertebrale e difficoltà nel compiere qualsiasi movimento. Dopo la visita fisiatrica viene sottoposta ad un ciclo con Hilterapia® di 10 sedute suddivise su 2 settimane consecutive. Già dopo i primi 4 trattamenti a fluenze alte la paziente testimonia dei netti miglioramenti: prima tra tutti l'assenza di dolore sui paravertebrali sin dal risveglio. Alla conclusione del ciclo la Signora non solo non provava più sofferenza, ma anche il movimento non le creava dolore. ■

ASAlaser dialoga con te, anche su Facebook.

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

TI ASPETTIAMO QUI:

facebook.com/asalaser

L'ospitalità deve essere di casa in un ospedale

il confine tra la salute e la malattia è sottilissimo e va colmato con atti d'amore e di solidarietà

di **Giuseppe Cicciù**, coordinatore regionale veneto dei Tribunali per i diritti del malato di Cittadinanzattiva

"Quello dell'ospitalità, tra i comportamenti umani, è il più sacro di tutti". Così affermava un buon prete di campagna, con il quale ho trascorso gli anni più fervidi della mia adolescenza. Riproporre il tema della ospitalità all'interno di una organizzazione complessa come la Sanità, seppure può sembrare scontato e paradossale, dice di una attenzione che nel corso degli ultimi anni è divenuta sbiadita e sovrastata dalla sua stessa organizzazione. Il malato e la sua centralità sono stati assorbiti dalla molteplicità degli eventi regressivi del sistema sanitario e dalla arretratezza culturale che si è declinata attraverso la medicina difensivistica, la presenza di stati giuridici obsoleti degli operatori, formazioni inappropriate, vecchi modelli culturali di essere e di agire dei servizi e non ultimo per i conflitti di competenza tra le professioni, le funzioni e i ruoli degli operatori.

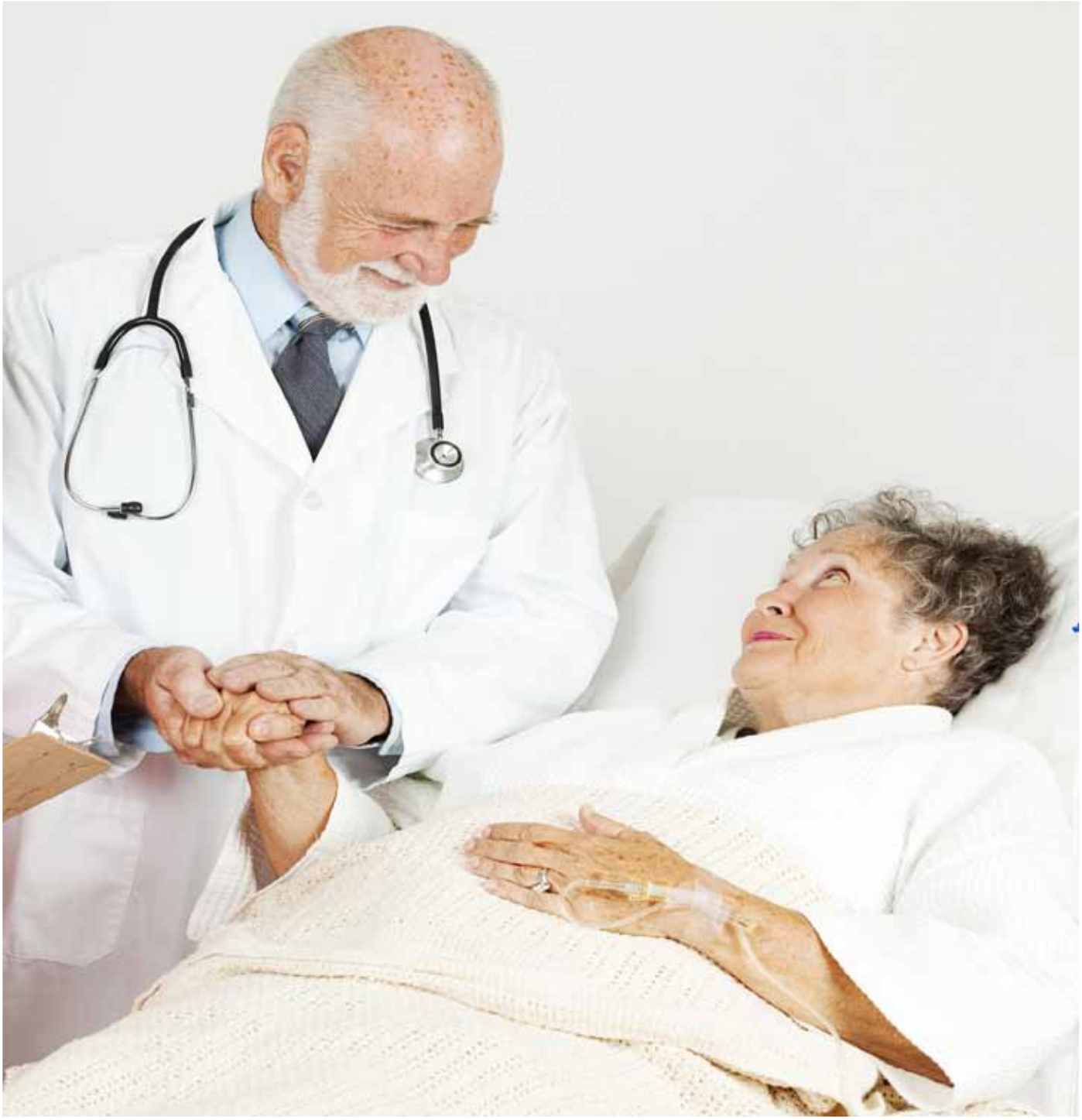
La contraddizione tra spesa pubblica e sanità è stata anche responsabile delle diseconomie legate alla corruzione, agli abusi, ai privilegi, ai favoritismi e al malfunzionamento della organizzazione che è divenuta responsabile dei fenomeni di malasanità.

Per rispondere a questa molteplicità di temi, articolati e intrecciati tra di loro da decisioni lineari, è necessario che venga posta in essere una risposta di sistema che non agisca soltanto sui singoli temi o in risoluzione di specifici conflitti.

Una risposta in grado di cogliere, attraverso un diverso atteggiamento e con la proposta di una diversa attitudine, la circolarità del processo, non attribuendo la responsabilità delle difficoltà operative soltanto al definanziamento della sanità, ma individuando nei livelli organizzativi e nella resistenza al cambiamento degli operatori e dei cittadini la più importante delle sfide. La proposta del "Patto di Ospitalità" da parte del Coordinamento Veneto dei Tdm- Cittadinanzattiva, è una elaborazione che può innescare un processo in grado di fare dell'accoglienza lo strumento fondamentale ed esclusivo per tradurre in atti concreti ciò che fino ad ora è rimasta una enunciazione di principio dei politici e degli amministratori. E' tardata ad arrivare un'azione efficace e produttiva, perché si è creduto di potere realizzare la "ospitalità" attraverso il solo momento formativo disgiunto dalla contestuale necessità di agire sulla organizzazione. Il "codice deontologico di Servizio" che non è in antitesi con quello professionale perché lo integra, è la rappresentazione plastica di una modalità che trasferisce sulla organizzazione i modi e i tempi dentro i quali si configura un rapporto, una relazione significativa tra gli operatori e i cittadini. Del resto quale altro luogo è più privilegiato dell'Ospedale per "fare ospitalità"?

Quale altra funzione è più incline a generare rapporti e narrazioni legate all'intimità di quella che interviene tra chi sta male e chi si prende cura di quel male? Ma chi si prende cura di chi cura?

© Can Stock Photo Inc. / lisafx



Questa è la domanda fondamentale alla quale gli amministratori ancora non hanno dato una risposta.
Si è considerato che, chi cura, deve essere in grado di rispondere a tutte le sollecitazioni di chi sta male solo perché questa è la sua funzione! Il contratto tra cittadini e operatori, che è implicito nel Patto di Ospitalità, realizza la relazione tra le due componenti (operatori e cittadini), che nel momento in cui avviene prende in considerazioni le ragioni legittime del malato e quelle altrettanto legittime dell'operatore. Non trascura i doveri e ricorda ad ognuno di noi che il confine tra la salute e la malattia è sottilissimo e va colmato con atti d'amore e di solidarietà.

L'insegnamento che mi ha permeato nella adolescenza non si è inaridito con il tempo. La vita in ogni situazione mi ha fatto incontrare con me stesso e l'auspicio è che questa opportunità possa accadere ad ogni cittadino che opera nei servizi sanitari, per potere donare all'altro la sua esperienza.

Dolore all'anca nel giovane

L'introduzione dell'artroscopia non solo come misura diagnostica ma anche chirurgica

dott. **Franco Rossi**, Policlinico Abano Terme, Istituto clinico Città di Brescia, Policlinico San Marco (Mestre)
dott. **Fulvio Modonesi**, Istituto clinico Città di Brescia, Case di Cura S. Feliciano - Villa Benedetta (Roma)

Dolore notturno nella regione inguinale o dolore all'anca? Dolore e difficoltà a mettersi le calze, Perdita di libertà di movimento dell'anca? Sono alcuni dei sintomi che possono presentarsi in un paziente affetto da disturbi articolari all'anca e ad oggi con un incidenza sempre maggiore si presentano in pazienti di giovane età. Molte sono le patologie conosciute dell'anca, ma alcune di esse hanno trovato nuovo interesse ed evidenza grazie all'introduzione della tecnica artroscopica dell'anca. L'artroscopia di anca se fino a pochi anni fa era una tecnica con indicazioni molto limitate e con finalità prevalentemente diagnostiche, oggi si è evoluta a tal punto da consentire ampie possibilità operative. Le indicazioni all'artroscopia di anca sono molteplici e si rivolgono all'articolazione nel suo complesso. Consiste nell'introdurre all'interno dell'articolazione una telecamera collegata ad un'ottica con la quale è possibile vedere le strutture anatomiche in essa contenute, e con l'ausilio di strumenti dedicati, è possibile compiere degli atti chirurgici nell'articolazione vera e propria per rimuovere corpi mobili intra articolari come nella condromatosi, per trattare l'impingment femoro acetabolare tipo Pincer da retroversione acetabolare(più frequente nelle donne), o per l'impingement femoro acetabolare tipo CAM (prevalente negli uomini) per trattare le lesioni cartilaginee, la rottura del legamento rotondo, nei quadri di iniziali di artrosi. Ancora si può agire al di fuori della capsula articolare (spazio extra articolare) per fasciti, borsiti trocanteriche, tendiniti, anca a scatto. Le anomalie anatomiche dell'acetabolo (lesioni di tipo PINCER) o anomalie del collo femorale (lesioni di tipo CAM) o entrambe le condizioni associate sono predisponenti all'artrosi dell'anca. La patologia (sindrome da conflitto) può essere trattata con osteoplastiche a cielo aperto (molto raramente) o per via artroscopica. Le lesioni del labbro acetabolare vengono curate con grande efficacia in artroscopia. Occasionalmente il labbro può lesionarsi anche in un'anca perfettamente conformata in seguito ad importanti traumi distorsivi negli sports di contatto. Quindi ne sono più colpiti i giovani adulti praticanti sport come il rugby, football americano, motocross, atletica, ecc. L'elevata sollecitazione funzionale, infatti, sembra accelerare la manifestazione dei danni labrali con comparsa precoce della sintomatologia. Se il labbro è rotto e/o disinserito dal profilo osseo, può dislocarsi bruscamente causando uno scatto o un clic (anca a scatto). L 'artroscopia dell'anca permette di trattare efficacemente la gran parte delle lesioni del labbro; se sono parziali e periferiche possono essere regolarizzate; risuturate al bordo osseo con l'ausilio di ancorette se sono complete o persino resecate, qualora il tessuto residuo non permetta di eseguire una valida riparazione. Trattate le lesioni della cartilagine e del labbro si procede a trattare il conflitto con l'osteocondroplastica acetabolare e/femorale. Il Paziente operato deambula già il giorno seguente con l'ausilio di 2 bastoni canadesi.

© Can Stock Photo Inc. / Eraxion

Medicina difensiva ed appropriata

Il caso degli esami diagnostici

© Francesca Bottazzin

A cura del dott **Mario Plebani**

Il concetto di "medicina difensiva" si è sviluppato storicamente nei Paesi anglosassoni, in particolare negli USA, dove gli operatori sanitari sono da tempo una categoria ad alto rischio di cause legali, ma è approdato, successivamente in altri Paesi ed in particolare in Italia. Fra le pratiche "difensive" è emersa, con sempre maggiore evidenza, l'eccessiva richiesta di esami diagnostici. L'associazione fra medicina difensiva ed inappropriata richiesta di esami non è un fenomeno recente e già nel 1994 lo studio del Dipartimento americano per la valutazione delle tecnologie sanitarie, dimostrava che una percentuale compresa fra il 20% e l'81% dei clinici intervistati ammetteva di richiedere test diagnostici non correlati strettamente al quesito clinico ed ai bisogni del paziente per timore di responsabilità legate a possibili errori e cause legali. I test diagnostici erano utilizzati come "defensive testing", ossia esami richiesti per diminuire il rischio di accuse e cause legali. Dati più recenti dimostrano che, benché la tendenza a richiedere un maggior numero di esami rispetto a quanto clinicamente indicato, sia "ammessa" dal 59% dei medici intervistati, le proporzioni si modificano in rapporto alla specialità praticata. La percentuale di medici che richiedono un eccessivo numero di esami diagnostici è massima nel settore dell'emergenza (70%), e secondariamente nell'ortopedia (62%), chirurgia generale (55%) e ostetricia/ginecologia (54%). L'eccesso di richieste di test diagnostici è stato fondamentalmente criticato e messo in discussione per i costi e gli sprechi che questo comporta. In realtà, oltre ai costi diretti, ossia i costi che derivano dall'esecuzione degli esami in questione, oggi si sottolinea il problema dei costi indiretti e degli effetti negativi in termini di sicurezza per i pazienti, ed in generale per la qualità complessiva del sistema. In effetti, non solo alcuni esami diagnostici, direttamente o indirettamente, determinano un rischio per il paziente in quanto prevedono procedure invasive e quindi "pericolose" (ad esempio, biopsie), ma il problema della richiesta eccessiva e non correlata al reale quesito clinico determina un aumento dei falsi positivi/negativi per effetto della diminuita probabilità a priori e quindi della bassa prevalenza della malattia che incide fortemente con l'accuratezza diagnostica (sensibilità e specificità) del test. Se è ben dimostrata l'esistenza del "defensive testing", gli sprechi associati ed il rischio per i pazienti, non sono invece ben chiare le strategie di cura di questa pratica. Ferma restando l'esigenza di trovare antidoti efficaci al problema della medicina difensiva ed all'esposizione eccessiva degli operatori sanitari a contenziosi e cause legali, sono necessarie altre strategie per migliorare l'appropriatezza nella richiesta di esami. Gli studi effettuati adottando varie strategie, che spaziano da controlli e sanzioni dei medici prescrittori ad informazioni puntuali sul costo dei vari esami, hanno dimostrato reale efficacia solamente per programmi basati sull'educazione e feed back, e sul coinvolgimento attivo dei pazienti, ai quali il medico di fiducia deve spiegare possibili benefici e rischi degli esami che sempre più frequentemente il paziente vorrebbe gli fossero prescritti. Particolarmente in medicina di laboratorio, la razionalizzazione della richiesta di esami, oggi meglio denominata "demand management" assume sempre maggior rilevanza non solo per l'esigenza di ridurre gli sprechi e migliorare l'efficienza, ma anche per l'evidenza di errori e rischi per il paziente legati alla inappropriata richiesta ed interpretazione degli esami di laboratorio.

© Can Stock Photo Inc. / Inzyx

Attenti al nichel

A cura del dott. **Franco Sarto**, specialista in Medicina del Lavoro

Il nichel è un normale componente della crosta terrestre dove si trova in tracce, fa parte degli oligoelementi necessari per il metabolismo umano, ma se assunto in dosi elevate, presenta problemi di tossicità. Il thè, il cioccolato sono ricchi di nichel, ma in genere tutti i vegetali assorbono nichel dal terreno per cui se questo è inquinato dal metallo anche i vegetali lo sono. L'inquinamento ambientale può essere dovuto ai fumi rilasciati da centrali elettriche, da acciaierie, da inceneritori o per inquinamento della falda da fanghi di cromature-nichelature. Gli esseri umani possono essere esposti a nichel respirando aria, bevendo acqua, mangiando certi alimenti o fumando sigarette. Anche il contatto della pelle con polveri di nichel, terreno o acqua contaminati da nichel, può provocare un assorbimento del metallo. La sua produzione avviene da vari minerali (in Italia ci sono piccoli giacimenti solo in Piemonte e Sardegna) e l'intermedio di produzione è il nichel-carbonile che è un liquido che evapora a temperatura ambiente e può essere responsabile di intossicazioni acute (polmonite chimica e granulomatosi epatica) che possono condurre a morte. L'uso principale di nichel è nella preparazione delle leghe con il ferro, il cromo, il rame, il manganese e il silicio. Circa il 65 % del nichel consumato nel mondo occidentale è usato per fare acciaio inossidabile o acciai speciali. Un uso diffuso del nichel è nei processi galvanici per elettrodeposizione di nichel sopra oggetti di ferro per preservarlo dalla ruggine; le così dette cromature galvaniche in realtà sono nichelature con una "spruzzatina" finale di cromo per rendere il prodotto più brillante. Tutte le ditte di minuterie metalliche impiegano nichel, come pure le ditte che producono la bigiotteria. Un uso particolare è quello della sinterizzazione, cioè produzione di pezzi e ingranaggi, riempendo stampi di polveri di ferro e nichel con cottura finale. I fumi del nichel sono irritanti per la respirazione e possono causare la polmonite, asma e bronchite cronica, embolie polmonari. L'esposizione a nichel ed ai suoi composti può provocare lo sviluppo di una dermatite (eczema da contatto). Il primo sintomo e' solitamente il prurito, che si manifesta fino a 7 giorni prima che si verifichino eruzioni cutanee, eritematosi, che può essere seguita dall'ulcerazione della pelle. La sensibilità al nichel, una volta che si manifesta, sembra persistere indefinitamente. L'eczema da nichel si manifesta anche in persone che usano gioielli di bigiotteria ed anni fa era comune nei muratori che erano affetti dal cosi detto eczema da cemento i cui responsabili erano il nichel e/o il cromo presenti in questo materiale.

Nei lavoratori esposti professionalmente l'accertamento di elezione per la sorveglianza sanitaria è il dosaggio del nichel nelle urine con il quale si può fare prevenzione delle patologie non tumorali.

Carcinogenicità: Il nichel e determinati composti del nichel sono stati elencati dal programma nazionale di tossicologia (NTP) per essere composti quasi cancerogeni. L'agenzia internazionale per ricerca sul cancro (IARC) ha collocato i composti del nichel all'interno del gruppo 1 (esiste evidenza sufficiente di carcinogenicità per gli esseri umani) e il nichel all'interno del gruppo 2B (agenti che possono essere cancerogeni per gli esseri umani). Le neoplasie umane più solidamente associate all'esposizione a nichel sono i carcinomi del naso e dei seni paranasali (carcinomi epidermoidi), della laringe e i carcinomi polmonari (senza distinzione di tipo istologico).

La chirurgia dello strabismo: non solo a scopo estetico

A cura della dottoressa **Elisabeth Milan**, responsabile oculistica pediatrica e strabologia, Unità Operativa di Oculistica Ulss 15, Ospedale di Camposampiero.

Sia nel bambino che nell'adulto il riallineamento degli assi visivi comporta non solo dei vantaggi estetici e psico-sociali, ma soprattutto funzionali:
- nel bambino la possibilità di usare meglio gli occhi assieme "visione binoculare",
- nell'adulto la risoluzione della confusione-diplopia "visione doppia",
- in entrambi i casi l'ampliamento del campo visivo binoculare e il miglioramento del torcicollo oculare.

Nei casi dove la terapia ottica (occhiali, prismi) è insufficiente, la chirurgia sulla muscolatura oculare è l'unica terapia possibile per poter rispondere ai genitori e ai pazienti strabici che sempre più spesso e con insistenza ci chiedono una soluzione.

Prima della chirurgia il paziente deve essere valutato adeguatamente:
- corretta prescrizione ottica (occhiali),
- bendaggio oculare (nei bambini in caso di occhio pigro "ambliopia"),
- valutazioni ortottiche ripetute,
- prove diplopia (nell'adulto).

In quest'ultimo caso sottolineo come il sistema sensoriale visivo dell'adulto sia diverso da quello infantile: nel caso di uno strabismo insorto tardivamente viene a mancare la possibilità da parte del nostro "cervello" di eliminare la seconda immagine che si crea quando vi è un disallineamento degli assi visivi. I bambini sono "protetti" dalla visione doppia, al contrario l'adulto strabico. Per questo quando si parla di "strabismo dell'adulto" si pensa alla "diplopia"(visione doppia). Perché la diplopia è un sintomo caratteristico di alcune forme di strabismo dell'adulto e perché la diplopia rappresenta la causa del timore e dell'indecisione alla risoluzione chirurgica. Desidero demolire questa paura sottolineando che sono rarissimi i casi a rischio di diplopia dopo una chirurgia dello strabismo dell'adulto e che comunque con opportune prove ortottiche si riesce con certezza a selezionare i pazienti e a simulare un risultato post-operatorio ancora prima della chirurgia. La chirurgia non è invasiva: i muscoli oculari che regolano la posizione dei nostri occhi sono inseriti sulla parete esterna del bulbo oculare e pertanto l'intervento "non prevede l'accesso all'interno dell'occhio". Questa informazione ritengo sia molto importante e debba sempre essere rilasciata specialmente ai genitori qualora si prospetti una soluzione chirurgica per lo strabismo. E' sempre prevista l'anestesia generale nei bambini, mentre nell'adulto collaborante è possibile effettuare anche una anestesia locale "topica" ossia solo con gocce oculari di anestetico come si fa oggi per gli interventi di cataratta. Da più di 15 anni presso il reparto di Oculistica di Camposampiero con la valida collaborazione delle mie Ortottiste eseguo qualsiasi tipo di intervento di chirurgia dello strabismo e del nistagmo sia nel bambino che nell'adulto realizzando i "goals" che questa chirurgia deve prefiggersi: allineare gli occhi per conseguire la visione binoculare (la visione di precisione, la visione in 3D), eliminare la diplopia e/o la confusione visiva, migliorare la postura viziata del capo, ampliare il campo visivo. E'quindi più corretto affermare che si tratta di una chirurgia che ha implicazioni funzionali con risvolti estetici.

© Can Stock Photo Inc. / kadmy

Gestione della faringotonsillite in età pediatrica

Indicazioni per gli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia

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

La gestione ottimale della faringotonsillite streptococcica rappresenta ancora oggi un argomento controverso.
Visto che negli ultimi anni sono state stilate numerose linee guida in altri Paesi occidentali (Francia, Regno Unito,Finlandia, Olanda, Scozia, Belgio, Stati Uniti, Canada) con importanti differenze sostanziali tra di loro sono state allora stilate delle linee guida italiane. Da queste linee guida si evince che la faringotonsillite acuta in età pediatrica è intesa come una infiammazione dell'orofaringe di origine eziologica virale o batterica.
Il principale agente eziologico è lo Streptococco beta emolitico di gruppo A.
Come si fa a riconoscerlo? Non si riesce a formulare una diagnosi eziologica basata solo su dati clinici poiché i segni e i sintomi di faringotonsillite streptococcica si sovrappongono ad altre cause infettive. Per questo motivo la diagnosi viene effettuata con un test rapido per la ricerca dello Streptococco beta emolitico A. che si esegue prima di iniziare qualsiasi terapia antibiotica ed in pochi minuti abbiamo la risposta. In caso di positività del test si inizia immediatamente una adeguata terapia antibiotica, anche per evitare le complicanze sia a breve che a distanza come la malattia reumatica e/o glomerulonefrite acuta. In alcuni casi selezionati si effettua un tampone faringeo per ricerca colturale che viene inviata in laboratorio con risposta dopo 2-3 giorni ed in caso di positività per germi diversi dallo streptococco beta A non esistono sufficienti prove che giustificano il trattamento antibiotico.

Indicazioni per gli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia.
Le indicazioni all'intervento di adenotonsillectomia sono al giorno d'oggi molto restrittive. L'intervento, dopo attente valutazioni, viene consigliato solo in alcune problematiche che sono:

- **Apnea ostruttiva da sonno da ipertrofia adenotonsillare in età pediatrica**

La sindrome dell'apnea ostruttiva (OSAS) è un disturbo della respirazione che si verifica durante il sonno che altera la ventilazione, gli scambi respiratori gassosi e la struttura del sonno. Le manifestazioni cliniche comprendono: russamento abituale, respirazione prevalentemente orale, sonnolenza diurna,deficit di attenzione e iperattività,enuresi notturna,disturbi neuro cognitivi e comportamentali, problemi di rendimento scolastico, sequele cardiovascolari e ritardo della crescita. Nel sospetto di bambino con disturbi respiratori si raccomanda una valutazione della storia clinica, una valutazione diagnostica con pulsiossimetria notturna che si può eseguire a domicilio. In caso di negatività della pulsiossimetria anche con persistenza dei sintomi viene consigliato un periodo di attesa vigile di 3-6 mesi, poi il bambino viene rivalutato.
L'intervento di adenotonsillectomia è l'intervento di scelta nei bambini con OSAS da ipertrofia adenotonsillare.

- **Tonsillite ricorrente**

I più comuni agenti eziologici della tonsillite ricorrente sono rappresentati dai batteri, tra cui lo Streptococco beta emolitico A, lo stafilococco aureus, la klebsiella pneumoniae e l'Haemophilus influenzae. A fronte delle prove disponibili e considerando la tendenza della tonsillite ricorrente a migliorare nel tempo, si raccomanda di limitare le indicazioni alla tonsillectomia ai soli casi di tonsillite ricorrente di comprovata gravità che soddisfino tutti i seguenti criteri (cinque o più episodi di tonsillite all'anno, episodi invalidanti e tali di impedire le normali attività, sin-

© Can Stock Photo Inc. / ia_64

tomi perduranti per almeno un anno). Nei casi di minore gravità che non soddisfino i criteri suddetti e che rispondono all'antibioticoterapia si raccomanda l'osservazione vigile sconsigliando il ricorso all'intervento.

• Ascesso peritonsillare
L'ascesso peritonsillare è la complicanza più frequente della tonsillite acuta. Viene sempre raccomandato il trattamento dell'ascesso peritonsillare con antibiotici per via sistemica e con incisione e drenaggio dell'ascesso in base alle condizioni cliniche. La decisione di effettuare la tonsillectomia può essere rinviata dopo la risoluzione della fase acuta in presenza di eventuali recidive.

• Sindrome PFAPA
L'acronimo PFAPA si riferisce alla sindrome, diagnosticabile per esclusione nei bambini di età inferiore a 5 anni, caratterizzata da episodi periodici di febbre elevata (> 39°C) perdurante da 3-6 giorni e ricorrente ogni 3-8 settimane, accompagnata da uno dei seguenti sintomi: stomatite aftosa, faringite e adenite cervicale. A fronte delle deboli prove di efficacia della tonsillectomia nei bambini affetti da PFAPA e della tendenza alla risoluzione spontanea, si sconsiglia l'utilizzo di routine della tonsillectomia per il trattamento della sindrome. Nei rari casi di episodi febbrili molto frequenti e ravvicinati dovuti alla sindrome PFAPA a evoluzione non favorevole, l'effettuazione della tonsillectomia è quasi sempre risolutiva. In altre condizioni cliniche come l'otite cronica secretiva e la rinosinusite ricorrente o cronica l'intervento di adenotonsillectomia può essere preso in considerazione sempre dopo attenta valutazione.

Esiste la vita dopo la morte?

Venti testimonianze raccolte nel libro "Esperienze di premorte" di Enrico Facco

di **Cristina Chinello**

Esiste la vita dopo la morte? E' questa, senza tanti giri di parole, la prima domanda che viene da fare al professor Enrico Facco, medico anestesista con cattedra all'Università di Padova, neurologo, agopuntore e ipnologo clinico. Un curriculum molto lungo e ricco di spunti, che descrive non solo l'approccio dell'esperto verso le tematiche della sua professione, ma anche aiuta a capire i motivi di certe scelte, prima fra tutte quella di indagare un argomento molto affascinante e delicato come la morte. Ma come si fa a esplorare la morte, dal momento che, quando una persona muore, cessa di comunicare tangibilmente? Esiste una finestra fra la vita e la morte, ed è la pre-morte, una sorta di limbo in cui sembrano coesistere entrambe le situazioni. Difficile da spiegare e da osservare, ma è lì che Facco ha rivolto le sue ricerche e i suoi studi, con una premessa: «Sono partito da una posizione neutra: a priori non accetto né rifiuto nulla. In ognuno dei venti casi sulle esperienze di premorte che ho raccolto personalmente, ho sempre cercato di mantenere quest'ottica, ricordandomi che il maggiore ostacolo alla mia conoscenza è la mia educazione». Sembra facile parlare di morte, ma accettare che non lo sia implica dover sgomberare il campo da credenze, tradizioni, cultura, sedimentazioni. «Nulla, ormai, mi sorprende", spiega ancora il professore. "I fatti o sono veri, o sono falsi. Accogliere questo punto di vista impone di doversi spogliare dai propri pregiudizi. E' difficilissimo, c'è chi non ci riesce, e richiede apertura mentale e stabilità, insieme». Le esperienze di premorte delle venti persone intervistate da Facco costituiscono gli ingredienti di un libro ("Esperienze di premorte") di oltre quattrocento pagine, al termine del quale – chiediamo – c'è la risposta? Esiste la vita dopo la morte? «Scientificamente, non sono in grado di affermarlo. Per ora non lo posso dire, né con le conoscenze che abbiamo, né per quello che la scienza (fisica) è». Sarebbe una ximportante, dopo aver affrontato un percorso di ricerca così ricco, sarebbe stato magnifico. Ma c'è dell'altro: «Il confine tra fisica e metafisica si sposta, nel tempo – aggiunge Facco – Per esempio: prima dell'invenzione del microscopio, i batteri appartenevano alla metafisica perché, pur essendo un fatto fisico, non avendo gli uomini la possibilità di misurarlo con adeguati strumenti, ne collocavano l'esistenza nella metafisica. Ancora: prima della codifica dell'epilessia, chi ne soffriva era considerato un posseduto. E' così che la scienza ha spostato i suoi confini nei confronti della religione, e quello che non si conosce, non è detto che non esista. E' proprio questa l'unica certezza che abbiamo: la realtà è molto di più e molto diversa da come la codifichiamo». Eccoci arrivati al punto cruciale, che poi è il punto di contatto fra scienza e religione: «E' assurdo pensare di poter dimostrare l'aldilà: se Dio fosse rintracciabile, la vita sarebbe un luogo terribile, mentre il fatto di non avere certezze ci dà la possibilità di viverla a pieno». Il caso più sorprendente fra tutti quelli raccontati? «Sono tutti fatti molto intensi. Alcuni possono sembrare quasi casi da manuale di parapsicologia, ma devono restare così come sono, perché non c'è possibilità di contro prova. Tre pazienti, in particolare, hanno raccontato cose accadute, ma che solo terze persone potevano confermare. Una donna, in sala operatoria, in anestesia generale, nella sua esperienza di premorte, si è vista mentre accidentalmente le veniva tagliata l'aorta. Quando poi si è ripresa, ha chiesto cosa fosse accaduto durante l'opera-

© Can Stock Photo Inc. / rudall30

zione, dato che aveva avuto un'emorragia. Ma nessuno gliel'aveva detto. Un altro uomo, ricoverato incosciente in rianimazione, dopo le dimissioni è tornato a riprendersi la dentiera, indicando all'infermiera che gliel'aveva tolta il luogo esatto in cui l'aveva riposta mentre lui non era cosciente, ma ha assistito alla scena nella sua esperienza di premorte». Spiegazioni, come si diceva, per ora non ce ne sono. «E' possibile – ipotizza Facco – che noi crediamo che la coscienza funzioni in un certo modo, e invece magari funziona in un altro. Per capirne di più, bisognerebbe che scienza, filosofia e religione fossero unite (perché in fondo dicono la loro sulle stesse questioni), e non fossero separate per scopi di potere». Provare a indagare la sfera della morte ha notevoli ripercussioni anche sul modo di concepire la vita: «La distinzione fra scienza, filosofia e religione implica che i problemi esistenziali sono spesso malposti. Io sto vivendo la mia vita, e l'idea di morire non mi turba; può darmi fastidio il modo e quando questo avverrà, ma la vita in realtà è un grande mistero e un grande gioco, in quanto è l'esplorazione di un fenomeno che non sai cosa sia e come andrà a finire. Ed è proprio questo che la rende divertente: il significato stesso della vita è un mistero. A restare sospesa è una domanda: cosa succede dopo che me ne sono andato? La scienza arriva fino alla "porta" di questa risposta, e noi non sappiamo, in realtà, come vada a finire. Secondo la concezione occidentale, infatti, durante la vita siamo coscienti e vivi e ci addormentiamo con la morte, ma la cultura orientale dice l'opposto. Non siamo scientificamente in grado di affermare chi abbia ragione, può essere che la realtà sia il momento più illusorio della nostra vita». Il discorso prende una piega quasi esoterica. Ma ha senso mettere i due fenomeni – scientifico e parapsicologico – in relazione? «In un certo senso, sì», afferma Facco, che argomenta: «Il primo motivo risiede nel fatto che la scienza non evolve in modo lineare, e le nuove teorie demoliscono ciò che affermano i "guardiani del tempio". In altre parole, tutto quello che afferma la nuova teoria, non è buono per il passato. Per me la parapsicologia non ha motivo di esistere perché i fatti o sono veri, o sono falsi, e spesso la parapsicologia si è rivelata una sorta di "quarantena" delle nuove teorie, poi dimostrate. Attenzione, però, ai fattori inquinanti, cioè le teorie condite dalle proiezioni della mente: la nostra coscienza ci fa pensare di aver capito e conosciuto tutto, mentre in realtà prendiamo solo una piccola parte della realtà, credendo che sia il tutto». Si torna, a questo punto, alla relazione fra medicina, mente elastica, ipnosi: «La meditazione è composta di esercizi che servono ad ampliare il campo visivo e mantenere una mente non giudicante: silenziando i pensieri e i pre-giudizi, ci si può approcciare ad osservare. L'ipnosi, all'opposto, è una tecnica che restringe l'attenzione». Per cambiare è necessario uno sforzo enorme, che parte anzitutto da un grande lavoro su di sé e dalla capacità di mettere in discussione tutto quello che si dava per buono, senza tuttavia sentirsi persi. «Quand'ero studente mi sarebbe piaciuto studiare filosofia, all'università – racconta il professore – ma poi ho scelto medicina: mi interessavano gli aspetti della psiche, ma volevo avere una base biologica su cui collocare la filosofia, che resta la madre delle scienze. Quando ho scoperto l'agopuntura, dopo essermi occupato di terapia del dolore e anestesia, ho capito che era la summa di tutto ed è estremamente affascinante perché dà effetti inspiegabili». Oppure, semplicemente, non ancora dimostrati scientificamente con gli strumenti che abbiamo.

Medici, scrivete semplice e chiaro

Soprattutto in modo leggibile

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

«Scrivete chiaramente ed evitate di far camminare i lettori su una distesa di vetri rotti a piedi nudi». Così il biologo inglese Peter Brian Medawar consigliava ai suoi studenti di scrivere sempre chiaramente. Molti testi importanti – afferma Silvia Bernardi, Sole 24 Ore – sono infatti cosparsi di tecnicismi, di frasi criptiche e utilizzano un linguaggio specialistico per addetti ai lavori che tagliano fuori tutti gli altri. Ma, se da un lato è corretto che gli esperti parlino e scrivano in modo specialistico; dall'altro, l'essere esclusi da certe conoscenze da chi volutamente usa un linguaggio inaccessibile, priva la maggioranza delle persone di quelle informazioni.

Un bravo comunicatore deve infatti sapere quando è il momento di risolvere l'inevitabile "asimmetria informativa" che si viene a creare quando, ad esempio, uno degli attori dispone di più informazioni rispetto agli altri (pensate ad un venditore di auto usate!), a vantaggio di chi deve leggere o ascoltare. Anche nel rapporto medico-paziente difficilmente il paziente riesce a valutare la qualità della prestazione sanitaria non avendone le necessarie competenze medico-scientifiche. Il risultato è che spesso le ricette, bianche o rosse che siano, sono quasi sempre illeggibili o incomprensibili dal malato, aumentandone così l'ansia e la paura.

© Can Stock Photo Inc. / gajdamak

Come scrivere chiaro, semplice e comprensibile? A parte la calligrafia (fortunatamente molti medici oggi utilizzano il computer e le stampanti elettroniche) sono oggi necessarie, da una parte, nuove competenze tecniche e, dall'altra, è importante cambiare paradigma e passare da una visione centrata sul "paziente" ad una centrata sul "cliente". Per quanto riguarda il primo aspetto, lo "scrivere chiaro", la Commissione Europea fornisce alcuni suggerimenti per scrivere documenti chiari e quindi più efficaci in quanto di facile e rapida comprensione (avete mai provato a leggere tutte le clausole del "consenso informato"?). Premesso che ci sono tre buoni motivi per scrivere chiaro (si facilita la relazione medico-paziente, si costruisce la fiducia reciproca e si riducono le ambiguità ed i rischi di incomprensioni) l'UE consiglia di: 1) chiaritevi le idee prima di cominciare a scrivere; 2) pensate a chi legge; siate diretti e interessati; 3) curate la struttura del vostro documento; 4) semplicità e brevità uguale "chiarezza"; 5) siate coerenti (curate la logica delle frasi); 6) eliminate i sostantivi superflui (i verbi rendono il discorso più scorrevole); 7) siate concreti; 8) preferite la forma attiva dei verbi ed accertatevi che sia chiaro il soggetto; 9) fate attenzione alle espressioni gergali e alle abbreviazioni; 10) rivedete e controllate.

Per quanto riguarda il cambio di paradigma, esso prevede di ridare dignità a chi "subisce" il sistema sanitario a partire dal modo in cui lo si chiama: da "paziente" a "cliente". Infatti, "paziente", dal latino patiens, significa "sofferente" o "colui che sopporta" mentre "cliente" si definisce una persona che ha un rapporto continuativo e di fiducia con un professionista. La definizione di cliente non ha un'accezione negativa, ma vuole mettere il paziente veramente al centro del sistema sanitario e non il medico, i servizi, la struttura, l'organizzazione. Il cliente non deve più "sopportare" il sistema ma deve sentirsi accettato, accolto e al centro del processo di erogazione del servizio di cura. Credo che tra il medico (il professionista) ed il cliente (il paziente) si debba costruire quella fiducia "non scritta" che consente di prendere decisioni condivise, responsabili, giorno per giorno.

Premio Giorgia Iazzetta, vince Valentina Calzavara

La seconda edizione del premio giornalistico ad un articolo sugli effetti dell'Alzheimer

Con una toccante raccolta di testimonianze, intitolata "Il buio sui ricordi Quando l'Alzheimer ti cancella la vita" (pubblicato sulla Tribuna di Treviso di domenica 22 settembre 2013), Valentina Calzavara si è aggiudicata la seconda edizione del Premio Giornalistico Giorgia Iazzetta, bandito da Nordestnet con il patrocinio dell'Ordine dei Giornalisti del Veneto.
Il premio è intitolato a Giorgia Iazzetta, giornalista di Chioggia scomparsa il 30 novembre 2011 per un tumore al seno. Per ricordare il suo lavoro e per perpetuare la sua memoria, è nato il premio giornalistico riservato agli under 35, ispirato ai valori che hanno contraddistinto il suo lavoro: la curiosità, la serietà e soprattutto la cura per l'umanità. Nei suoi scritti, infatti, non è mai mancato il rispetto per il prossimo e l'attenzione per le ricadute morali delle parole affidate alla stampa.

Le stesse caratteristiche ritrovate nell'articolo di Valentina Calzavara. La giovane giornalista - 26 anni, di San Martino di Lupari - collabora con la Tribuna di Treviso dal 2011. L'articolo è stato redatto in occasione della 20esima edizione della Giornata Mondiale dell'Alzheimer ed è stato premiato – con un assegno da 2000 euro – "per la dignità e l'umanità con cui descrivono gli effetti della malattia". La giuria (composta da Martina Zambon, Antonella Agnello, Giampietro Vecchiato, Umberto Iazzetta, Marco Almagisti, Giuseppe Caraccio, Maria Stella Zaia, Ines Brentan, Gianfranco Natoli, Elisabetta Boscolo Anzoletti, Alessandra Lionello e Giacomo Piran) ha anche segnalato ex aequo gli articoli "Un dizionario tra le mani" di Chiara Spadaro (pubblicato su Altreconomia) e "Giovani medici: precariato e lavoro gratuito anche in corsia" di Anna Guida, pubblicato sulla rivista on-line Articolo36. La cerimonia di premiazione si è tenuta venerdì 20 dicembre, alle 19, presso la sede di Nordestnet.

Nella foto in alto a sinistra: Giorgia Iazzetta. Nella foto a destra: il direttore di Nes Ines Brentan; il papà di Giorgia, Umberto Iazzetta; la vincitrice del premio, Valentina Calzavara; l'editore di Nes, Giuseppe Caraccio.

Il buio che cancella i ricordi Storie di Alzheimer e di vita

Ecco il testo dell'articolo di Valentina Calzavara, uscito sulla Tribuna di Treviso il 22 settembre 2013.

Treviso 19

LE STORIE » AFFRONTARE LA MALATTIA

Il buio sui ricordi Quando l'Alzheimer ti cancella la vita

Quattromila persone colpite, ottomila con le demenze Il percorso di famiglie alle prese con un nemico senza cure

Una bombola per ossigeno il decreso Vivendi ai sanitari alla Tomka

Manca il piano per le demenze Ma i numeri si impennano

Da Unicredit trentacinquemila euro al volontariato

Quattromila trevigiani non ricordano più il loro nome, non riconoscono i loro cari o la strada di casa. Tutta colpa dell'Alzheimer. Si arriva a ottomila casi contando anche le demenze. Numeri dietro i quali si nascondono storie umane di dolore, di solitudine, ma anche di speranza e dignità profonde. Occasione per ricordarle è stata la ventesima Giornata mondiale dell'Alzheimer, celebrata ieri. Capire dall'esterno è difficile, per questo alcuni famigliari hanno deciso di raccontare la loro esperienza, spinti dalla voglia di rompere pregiudizi e luoghi comuni che ancora accompagnano la malattia. Non esiste al momento una cura. Giorno dopo giorno, minuto dopo minuto, l'Alzheimer si prende qualcosa, senza restituirlo più.

L'abito da sposa. Come è accaduto ad Angela, 72 anni, sarta di Villorba. Una vita tra stoffe, scampoli, due figli e tanto lavoro. Intere nottate trascorse china sulla sua "Singer" per terminare le commesse: capi sartoriali per le "signore finette della città", come amava definirle lei. Da dieci anni a questa parte Angela convive con la malattia. Tutto è cominciato dimenticandosi l'appuntamento domenicale con le amiche della briscola, qualche volta anche i fornelli accesi. Le è anche capitato di sbagliarsi sul giorno di mercato. A bordo della sua bicicletta è arrivata fino in piazza con l'intenzione di acquistare alla bancarella del pescivendolo e invece non ha trovato nessuno: era sabato anziché giovedì. Sarà un po' di stanchezza, lo stress per i problemi di salute del marito, si ripetevano i figli. Ma dopo due anni di visite è arrivata la diagnosi: Alzheimer. «Una parola che ti fa sprofondare, non sapevo cosa fare per aiutarla. Ho avuto paura di non farcela. Poi, piano piano, quelle parole non dette, quei gesti d'affetto mancati, sono diventati, a modo loro, la nostra comunicazione», racconta la figlia Paola. Un'intesa che si rinsalda sempre più, ora che Angela scambia il giorno per la notte e non si dà pace, convinta di doversi mettere a cucire il suo abito da sposa, proprio come aveva fatto nel 1961. L'idea di doversi sposare non l'abbandona mai, ma il nome di Pietro, il suo amato marito, quello, nella mente non c'è più. Di una vita trascorsa insieme resta la gelosia per la borsa usata in viaggio di nozze, se la porta con sé dovunque. Dentro, tanti ricordi che non trovano più il loro posto: un fazzoletto ricamato con le iniziali degli sposi, il rosario e anche l'anello di fidanzamento.

Il labirinto. È un nemico silenzioso, l'Alzheimer. S'insinua quando meno te l'aspetti, è successo anche ad Antonio, commerciante di Treviso. Conosceva la città come le sue tasche, a pochi passi da piazza Dei Signori ci è nato e cresciuto. Eppure, all'età di 65 anni, ha cominciato a non ritrovare più la strada di casa. Quella Treviso di cui sapeva angoli e segreti, che amava fotografare e dipingere, si stava trasformando in un labirinto. Niente più punti di riferimento, solo l'aiuto dei passanti, il rientro a casa col buio dopo aver girovagato per ore, poi più nulla. Tutta colpa della pressione alta e della vista che stava venendo meno, si dicevano i famigliari, ma le cose sono peggiorate. Non riusciva più ad allacciarsi le scarpe da solo. Giocava a carte, la sua passione, senza riconoscere i punti. Dopo qualche anno di assistenza in casa, giorno e notte senza mai perderlo di vista, ascoltandolo ripetere per ore le stesse parole, si è reso necessario il ricovero in una struttura. «È stato doloroso accettarlo, è contro natura che un figlio cerchi la parola del più saggio e che il più saggio no ci sia più», spiega Ivano, «ma questa malattia mi ha lasciato anche qualcosa di buono dentro. Con mio padre sono scomparse le incomprensioni del passato e ora riesco a dare un peso diverso alle cose».

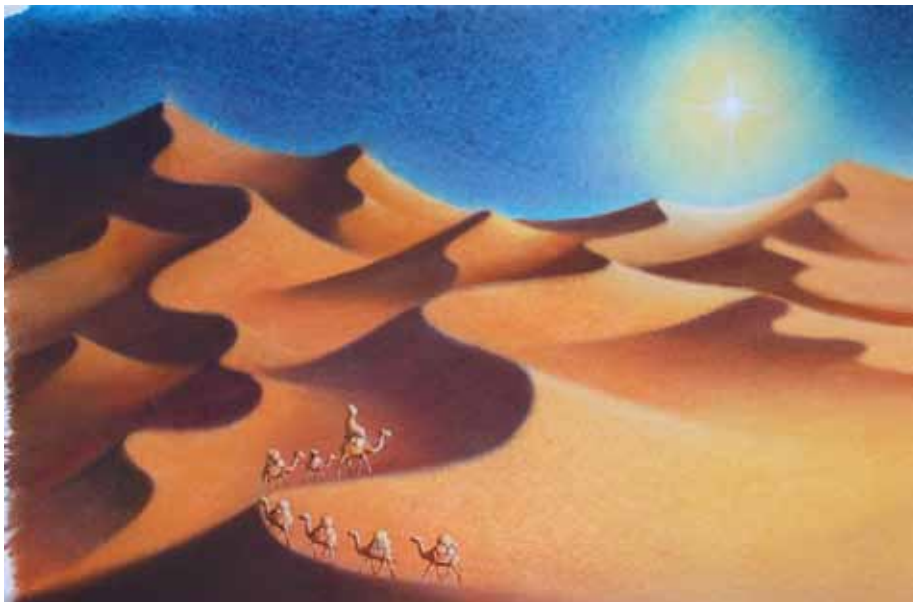
Pezzi di giornale. Difficile e straordinaria è anche la storia di Paolo, imprenditore. La malattia gli si è presentata nel 2008, era appena andato in pensione. Un'esistenza passata tra campionari, tomaie e cuoio, un creativo sempre in mezzo alla gente. Aveva lasciato da qualche tempo il suo calzaturificio quando sono cominciati i primi stati confusionali. Dimenticanze, difficoltà ad articolare un discorso, seguite da momenti di rabbia e di incapacità di accettarsi. Basta con i viaggi, gli amici, le serate in compagnia, racconta la figlia Isabella che per assisterlo ha rinunciato al proprio lavoro: «La cosa più brutta è che gli amici di sempre non ci siano più. C'è ancora tanta incapacità ad affrontare questa malattia». Una malattia che, però, sa anche regalare dei sorrisi, come quella volta in un bar di Padova. Era appena finita la messa dei malati alla Basilica del Santo, quando Paolo, per offrire un caffè alla figlia, ha pagato con dei pezzi di giornale. Li ha presi dal taschino, dove ogni giorno li riponeva ben piegati, e il barista li ha accettati. Semplicemente, con un sorriso e un grazie. «Se fosse ancora possibile un momento di lucidità, vorrei dirgli: mi manchi tanto, papà».

Tornano a Padova «I colori del sacro»

Il tema del "viaggio" sarà al centro della settima Rassegna Internazionale di Illustrazione

di **Margherita De Nadai**

Al Museo Diocesano di Padova torna per la settima edizione la Rassegna Internazionale di Illustrazione "I colori del sacro". E il tema di quest'anno è tra i più affascinanti: il viaggio. Viaggio inteso come attesa e speranza, desiderio ed irrequietezza, ricerca e scoperta del nuovo e del diverso, coraggio e sfida, mistero, fantasia, avventura e adattamento, conquista e cambiamento. Viaggio come superamento di confini, fuga, percorso interiore, crescita personale e divertimento.
La rassegna, che sarà ospitata fino al 2 giugno, nasce dall'idea del Museo Diocesano e de Il Messaggero Sant'Antonio, con la collaborazione della Fondazione Mostra Internazionale di illustrazione per l'infanzia "Stepan Zavrel" di Sàrmede, di realizzare una mostra di illustrazione per l'infanzia, con l'ambizioso obiettivo di stimolare alla lettura i bambini e i ragazzi, e far loro conoscere culture e tradizioni diverse per educarli al confronto e alla convivenza. Un obiettivo, quest'ultimo, ormai imprescindibile di fronte alla realtà delle scuole di oggi, frequentate sempre di più da studenti di differenti provenienze, culture e religioni. L'immagine, dopotutto, nell'infanzia svolge un ruolo fondamentale nella trasmissione di messaggi e di concetti.
Le opere sono realizzate da artisti e illustratori provenienti da tutto il mondo e illustrano come, fin dall'inizio della storia, l'uomo si sia spostato, cercando terre fertili, nuovi orizzonti; di come abbia vagato, viaggiato, scoperto. L'edizione 2014 della rassegna vuole quindi raccontare il viaggio come esperienza di vita tout court, ripercorrendo la storia, i testi sacri, i racconti pagani e mitologici, i riti e le tradizioni, nel tentativo di rivelare la dimensione emotiva e spirituale di ogni partenza e di ogni ritorno.
Si parte dal presupposto che siamo tutti in viaggio, in cammino, verso orizzonti lontani o mete vicine… l'uomo sin dall'inizio dei tempi nasconde nel cuore un profondo desiderio di uscire da sé, per raggiungere una meta, inseguire un sogno, per viaggiare verso il "diverso". Per millenni l'uomo ha solo camminato: per migrare, per cercare pascoli, per fuggire, per commerciare, per andare in pellegrinaggio. Pellegrini antichi e nuovi, conquistatori d'imperi, ricercatori di fortuna, fino ai marciatori delle metropoli e ai viaggiatori dello spazio, ansiosi di imprimere un'orma sul suolo di qualche deserto planetario. C'è qualcosa che accomuna tutti coloro che scelgono di viaggiare? Cosa accade quando si lasciano le proprie sicurezze per partire alla ricerca del nuovo? Quali sono le emozioni che accompagnano il viaggio? E soprattutto: che senso ha viaggiare? Per giungere ad una risposta, è consigliata la visita alla mostra…



Nella foto Giuliano Ferri: Viaggio di Baldassarre

VIBRAZIONI
MECCANO-SONORE SELETTIVE

Vibra
A DIFFERENT VIBE

Neuro riabilitazione

Terapia del dolore

Sport

Post operatorio

Terza età

Medicina estetica

TERAPIA VIBRA

...RIDUCE I TEMPI
...MIGLIORA LA QUALITA'

europe service

www.terapia-vibra.it

a circle

wwww.europeservice.info

www.a-circle.it

Sposarsi prima dei 30 anni

Roba d'altri tempi o trasgressione?

di **Margherita De Nadai**

Il primo a lanciare il sasso è stato il mio parrucchiere. Mentre mi accordo con lui sul taglio da riprodurre, mi scappa la raccomandazione tipica di ogni futura sposina: "Mi raccomando, non tagli troppo perché tra pochi mesi mi sposo e vorrei avere i capelli sufficientemente lunghi per farmi l'acconciatura". Lui, con piglio sicuro e apparente nonchalance, comincia a sforbiciare in silenzio. Dopo qualche minuto, ecco che sgancia la bomba: "Ma perché ti sposi?!", seguito da un sussurrato "Ormai non si sposa più nessuno". Qualche giorno dopo, un amico: "Ma perché ti sposi? Al lavoro mica hai un contratto a tempo indeterminato…". A rincarare la dose, ci pensa poco tempo dopo un'amica: "Beh, sei coraggiosa a sposarti così presto, a 25 anni penso che sia tempo di godersi ancora la vita, non ci si può rinchiudere tra quattro mura…". Rinchiudere? Quattro mura? Oh no, ancora il vecchio cliché del matrimonio come prigione?! Ma l'apice lo raggiunge una conoscente che, dinanzi al mio lieto annuncio, con somma faccia tosta mi chiede: "Ma sei incinta? Per questo ti sposi?", seguito dalla puntualizzazione, probabilmente dettata dalla mia espressione allibita: "Scusa se te lo chiedo, fa così strano sentire che qualcuno di così giovane si sposa…!". Già, la vecchia storia del "matrimonio riparatore", come si usava una volta.

© Can Stock Photo Inc. / prikhnenko

Di fronte a queste reazioni, la domanda provocatoria sorge facilmente: esiste, per caso, un'età giusta per sposarsi? Le nostre nonne o le nostre mamme, avrebbero risposto "Certo, il prima possibile!", oppure "io alla tua età ero già sposata e avevo un figlio". Ma soprattutto, sposarsi prima dei 30 anni è vista come roba d'altri tempi o come un atto trasgressivo per la società di oggi?

Perché – se ci sono le condizioni e i presupposti, quali l'amore, la conoscenza reciproca, il guardare verso la stessa direzione, la maturità, la consapevolezza e una base economica – non sposarsi? E perché non farlo "da giovani"? Dopotutto, ognuno non ha i suoi tempi. Sento molti miei coetanei che - fidanzati da tempo - non hanno ancora il coraggio di compiere il "Grande Passo". Le motivazioni sono le più svariate: la paura, il lavoro che non è stabile, lo scarso ottimismo nei confronti del futuro. Lo ammetto: la società, i ritmi e le condizioni socio-economiche di oggi certo non spingono a fare una scelta di questo genere, ma se la nostra generazione aspettasse che la crisi svanisca, di trovare un lavoro a tempo indeterminato e di avere una stabilità economica... Beh, non ci si sposerebbe più.

E allora è questo il messaggio che vorrei lanciare. Abbiate coraggio. E fiducia. Si può fare, basta crederci, e perché no, affidarsi un po' alla provvidenza... che spesso aiuta!

Krapfen o bomboloni all'albicocca

Dolci di carnevale nel simbolo delle radici mitteleuropee del Veneto

A cura di **Maria Stella Zaia**

In questo numero vi voglio dare la ricetta di una mia nonna acquisita e cioè nonna Elena che proveniva dalla Slovenia diciamo tedesca, dove cioè le tradizioni e la lingua erano di ceppo germanico. Lei più volte durante l'anno faceva i krapfen, molto spesso al forno ma durante il periodo di carnevale fritti, e in sua memoria, cercando di ricostruire il procedimento un po' a memoria un po' a fortuna sono arrivata a questa ricetta che vi passo volentieri.

Ingredienti
25 gr di lievito di birra,
1 uovo +4 tuorli,
350 di farina Manitoba,
150gr di farina 00,
120 gr di burro, ammorbidito a piccoli pezzi,
50 gr di zucchero,
250 ml di latte,
malto 1 cucchiaino,
la scorza grattugiata di un limone,
sale 5 gr,
1 bustina di vanillina.

Procedimento
Sciogliere il cucchiaino di malto (se non lo trovate va bene anche del semplice zucchero) in mezzo bicchiere di latte tiepido (e tenere da parte il resto) aggiungendo anche il lievito. In una ampia terrina setacciare le farine, sbattere molto bene lo zucchero semolato con il latte rimanente ed aggiungerlo alle farine aggiungere anche le uova preventivamente sbattute, la buccia grattugiata del limone, la vanillina, il latte con il lievito e via via tutti gli ingredienti, se a mano, lavorare benissimo l'impasto facendogli incorporare la massima quantità di aria, oppure con un'impastatrice lavorare perfettamente il composto, sino a quando sarà liscio ed omogeneo ed elastico, lasciar lievitare almeno 2 ore. (in ambiente al riparo dalle correnti d'aria, e al caldo).

Trascorso questo tempo stendere una sfoglia alta circa 3 centimetri e con un coppa-pasta di circa 6 centimetri di diametro ricavare tanti dischetti, e sempre con un coppa-pasta leggermente più piccolo di diametro ricavare altrettanti dischetti che serviranno da coperchi. Al centro del dischetto più grande mettere un cucchiaino di marmellata di albicocca (almeno secondo la tradizione mitteleuropea) oppure un cucchiaio di crema pasticcera o perché no di nutella o altra crema ben soda al cioccolato.
Spennellare i bordi con dell'albume d'uovo e mettere il coperchio ricavato in precedenza e premere con il coppa-pasta più piccolo sigillando questo piccolo scrigno di pasta, oppure premere per bene tutto intorno, (come preferite,io personalmente preferisco il metodo di sigillare con il coppa-pasta) rimettere a lievitare per almeno altri 60 minuti passato il tempo prescritto cominciare a friggere(in una pentola dai bordi alti con almeno 2 litri di olio) a 170 gradi (non di più altrimenti dentro resta crudo) pochi krapfen alla volta, farli scolare possibilmente su una gratella o su della carta assorbente,spolverizzare con zucchero a velo o con zucchero semolato volendo misto ad un pizzico di cannella, sono ottimi , ed hanno la capacità di ricordare atmosfere che pur appartenendoci hanno assunto il sapore di una favola.
Buon appetito!

Alla pericolosa ricerca dell'altrove

La droga è una fabbrica di illusioni

di **Antonella Prigioni**

Appartengo a quella generazione che ha visto morire per overdose di eroina, più di qualche amico. Il corpo a terra con l'ago ancora nel braccio, tappa finale di un viaggio all'inferno senza ritorno, fatto di angosce, sofferenza e dolore. La droga , il pericolo più temuto dai nostri genitori, quei giovani che il sessantotto in un modo o in un altro lo hanno vissuto in prima linea e che quindi erano ben consapevoli delle derive di alcune libertà conquistate, che tali non erano. La droga è una fabbrica di illusioni,è un lucifero che ti ruba l'anima e non te la restituisce più. Scendi a patti con lui una volta e sprofondi. Gli amici che ho perso per un buco di troppo, ma già il primo è di condanna, erano anime sensibili, disorientate e forse il loro appuntamento con la morte l'hanno fissato passando dalla sigaretta alla canna. Lo spinello: un rito di iniziazione alla maggiore età, un simbolo di appartenenza ideologica ad un gruppo, certamente non letale come l'eroina, ma sempre un primo passo verso l'ignoto, quella dimensione di perdita di controllo che a me personalmente spaventa. Ai viaggi della mente indotti da sostanze che alterano la capacità di sentire, di provare emozioni se non artificiali , preferisco le insidie di un percorso durante il quale si possono ricevere dei pugni allo stomaco ma veri. La sofferenza, anche quella più profonda, dilania ma fortifica, cercare di scappare da essa intontendosi indebolisce le forze, annienta la voglia di vivere, ingabbia in meccanismi in cui si perde la libertà.Non credo che liberalizzare il fumo favorisca la lotta alla dipendenza e il contenimento dei danni che produce nel cervello di adolescenti e giovani. Ognuno faccia quello che vuole, da adulto, quando è totalmente conscio degli effetti collaterali di un trip. L'utilizzo terapeutico della cannabis, invece credo sia una conquista di grande civiltà, tardiva e ancora troppo limitata.

DYN'ART.it

Hilterapia® e dopo ...

Ritrova la tua qualità di vita al lavoro, in famiglia, con gli amici, nello sport e nel tempo libero. Finalmente il tuo corpo LIBERO DI MUOVERSI senza i vincoli del dolore.

ASA LASER
Research and Therapeutic Solutions

Per il trattamento delle patologie dolorose oggi puoi contare sull'innovativo e unico IMPULSO LASER per Hilterapia® indicato per ARTROSI, DISTORSIONI, GOMITO DEL TENNISTA, GONALGIE, MAL DI SCHIENA, SCIATICA, SINDROME DEL TUNNEL CARPALE, TENDINITI, …

1. Benefici immediati e prolungati
2. Trattamento rapido, sicuro e indolore
3. Ricerca scientifica internazionale, risultati documentati
4. Brevettata negli Stati Uniti
5. Certificata dalla FDA (Food and Drug Administration - USA)
6. Praticata in centinaia di Centri Specializzati in tutta Italia

CHIEDI AL TUO SPECIALISTA O RIVOLGITI A UN CENTRO SPECIALIZZATO HILTERAPIA®

Seguici su:

www.hilterapia.it

un click per la tua salute

prenota on-line
la tua prestazione
sanitaria privata