Anno 1, numero 3
Settembre 2008

NES

Nord Est Sanità

TRIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

Primo piano
Lavoro, diminuiscono gli incidenti ma non le morti bianche

Intervista
Il viaggio nelle Asl venete: a Mirano con Arturo Orsini

Focus
Quando ad ammalarsi è la spalla

Sport
La canoa abbatte le barriere dell'handicap

Arte
I parchi veneti

È un'iniziativa di Nordestnet

Con il patrocinio Provincia di Padova

www.lavoro.gov.it

Campagna pubblicità progresso

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione S.r.l. nasce dalla fusione tra il Centro Medico Fisioguizza di Padova e la Fisiovicentina con le proprie unità di Cadoneghe e Barbarano. Il Centro Medico Fisioguizza S.a.s. nasce nel 1987 con sede in Padova, Via M. Valgimigli, 6 (interni 3, 4) e 15 quale struttura autorizzata all'erogazione di prestazioni di terapie fisiche e riabilitazione; dal 1988 lavora quale struttura convenzionata.
Nel 1999 il Centro Medico Fisioguizza ottiene la certificazione del Sistema Qualità secondo le norme UNI EN ISO 9002, successivamente 9001:2000 applicata ai processi di erogazione di servizi sanitari di terapie fisiche e riabilitazione, riabilitazione domiciliare, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale.
La Fisiovicentina nasce nel giugno 1992, con unità operativa a Noventa Vicentina, struttura privata che eroga prestazioni di fisiochinesiterapia e poliambulatorio, oggi trasferita a Barbarano Vicentino (VI).
Nel 1993 la Fisiovicentina S.r.l. acquista il Centro Fisioterapico Padovano e, successivamente, trasferisce la propria Sede a Cadoneghe. Nel 1999 acquista la Radiologia Scrovegni ed inizia ad erogare prestazioni di diagnostica per immagini presso l'Unità di Cadoneghe.
Nel 2000 Fisiovicentina S.r.l. ha ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9002, successivamente 9001:2000 del sistema qualità applicato ai processi di erogazione di servizi sanitari di terapie fisiche di riabilitazione, riabilitazione domiciliare, diagnostica per immagini, medicina dello sport, specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale. Da oltre 15 anni la Fisiovicentina (ora G.V.D.R.) svolge la propria attività di fisioterapia e riabilitazione presso due Case di Riposo nel Vicentino.

Attualmente il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione S.r.l. è proprietario di più strutture sanitarie, come di seguito illustrato:

COMUNE	DENOMINAZIONE STRUTTURA	ATTIVITA'	INDIRIZZO
Barbarano Vicentino (VI)	FISIOVICENTINA	FISIOKINESITERAPIA POLIAMBULATORIO	Via A. Carampin,10 tel. 0444 776074 fisiovicentina@gvdr.it
Cadoneghe (PD)	CENTRO FISIOTERAPICO PADOVANO RADIOLOGIA SCROVEGNI	FISIOKINESITERAPIA* POLIAMBULATORIO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI*	P.zza Insurrezione, 8/B-C-D-E tel. 049 8874111/049 - 8872581 amministrazione@gvdr.it
Padova (PD)	CENTRO MEDICO FISIOGUIZZA	FISIOKINESITERAPIA* POLIAMBULATORIO	Via M. Valgimigli, 6 tel. 049 8803767 - 8801558 fisioguizza@gvdr.it

** prestazioni erogate in regime di convenzione.*

GVDR
Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Strutture Certificate UNI EN ISO 9001:2000

di **Giuseppe Caraccio***

IL LAVORO *e il diritto alla vita*

Cari lettori, rieccoci con un nuovo numero di Nes. L'inchiesta con cui apriamo questa volta è dedicata agli infortuni sul lavoro. I dati parlano chiaro: gli incidenti diminuiscono, ma non le morti bianche che, in Veneto, solo nel 2007, hanno superato i cento casi. Uomini e donne, italiani e stranieri, morti mentre lavoravano. Ognuna di queste persone è protagonista di una storia drammatica che presenta risvolti a dir poco kafkiani. Tragedie assurde e incomprensibili che fanno scuotere la testa, che lasciano impotenti e nello sgomento. Come si può accettare che il lavoro oggi sia diventato un fattore di rischio? Quando la mattina ci si alza per andare sul posto di lavoro bisogna incrociare le dita perché quello che è sempre stato un diritto costituzionale, un segno di democrazia e civiltà, troppo spesso ora diventa lo scenario di fatti tragici. Si torna così alle "storie di ordinaria follia" che rimangono inspiegabili e sospese perché prive di un finale. E allora ci si affida, quasi aggrappandosi, alla speranza flebile che ci offrono i numeri, dall'anno scorso più confortanti. Dal 2005 al 2007, nella nostra regione, si è vista una diminuzione degli incidenti pari al 3,5%: da 114 mila infortuni sul lavoro, siamo passati a 110 mila. Perché? C'è chi parla di una maggiore attenzione al problema che ormai è nazionale. Succede perché sta crescendo una cultura della sicurezza sia nei lavoratori che nei datori di lavoro. Accade perché si continua a scommettere sulla prevenzione e quindi sulla formazione. Ed è quello che vogliamo fare anche noi, mantenendo l'attenzione su un argomento tanto delicato.

In questo numero, inoltre, il focus è dedicato alle patologie della spalla, con gli interventi di esperti che ci sveleranno tutti gli aspetti di disturbi spesso sottovalutati e ci forniranno i giusti consigli per trattarli.

Vi auguriamo una buona lettura

**Direttore Editoriale*

Sommario

Primo piano

Lavoro

Infortuni sul lavoro, una strage quotidiana
Giuliano Gargano 2

Intervista al ministro del Welfare Sacconi
Antonella Prigioni 3

I lavori a rischio e le statistiche 4

Intervista al direttore regionale Inail Paone
Antonella Prigioni 5

Il testo unico
Paolo Pozzobon 6

I costi sociali 7

La sicurezza nelle aziende: siamo sulla buona strada
Franco Sarto 8

La sanità pubblica può permettersi di garantire chi ha comportamenti volutamente a rischio?
Leonardo Padrin 11

Viaggio nelle ASL venete

Tappa a Mirano con Arturo Orsini
Ines Brentan 12

Focus

Spalla dolorosa

Male alla spalla? Soprattutto per problemi alla cuffia o l'artrosi
Giuseppe Porcellini e Francesco Pegreffi 14

La diagnostica per immagini aiuta a scegliere il trattamento più opportuno
Alberto Salmaso 16

La riabilitazione è utile dopo un intervento chirurgico 17

Lettere a NES 20

Non solo sport

Quando lo sport unisce. Intervista a Daniele Scarpa
Alberto Salmaso 22

AIP: Associazione Italiana Parkinsoniani
Giuseppe Caraccio 23

L'arte raccontata

A piedi nudi nel parco con l'assessore regionale Silvestrin
Antonella Prigioni 24

di **Giuliano Gargano**

INFORTUNI SUL LAVORO, *una strage quotidiana*

Calano gli incidenti, ma aumentano le morti bianche

Alessandro, Marcello, Denis, Sara, ma anche Liviu, Marijan e Lenis. Sono solo alcuni dei nomi dei 116 morti sul lavoro nel 2007 in Veneto. Italiani, stranieri, giovani, anziani, uomini e donne: una piaga trasversale, quella delle morti bianche, una tragedia che secondo il presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, non è degna di un Paese civile. Eppure sul lavoro si continua a morire. I dati indicano una tendenza discendente: in Italia, gli infortuni totali sono passati dai 940.000 del 2005 ai 912.000 dell'anno scorso, mentre quelli mortali sono scesi da 1.280 del 2005 ai 1.170 del 2007. Nella nostra regione, gli infortuni sul lavoro sono scesi dai quasi 114 mila del 2005 a poco meno di 110 mila del 2007 (-3,5%), ma sono quelli mortali a restare drammaticamente costanti: da 102 nel 2005, a 117 nel 2006, a 116 nel 2007 (+13,7% in due anni). E il 2008 non sta andando meglio: basti ricordare che l'anno si è aperto con la tragedia del Porto di Venezia, in gennaio (due operai, Paolo Ferrara e Denis Zanon, morti per asfissia nella stiva di una nave), ed è stato uno stillicidio, fino ad un mese fa. Ai primi di agosto, a Trebaseleghe, un uomo è precipitato nel vuoto mentre era impiegato in alcuni interventi di manutenzione sul tetto di un capannone. Sono le province più industrializzate a pagare il prezzo più alto in termini di morti bianche: Treviso e Venezia (22 decessi ciascuna), seguite da Padova (21) e Verona (20). Ed in effetti, è proprio il settore dell'industria e dei servizi quello in cui si verificano la stragrande maggioranza degli infortuni mortali: 89 su 102 nel 2005, 108 su 117 nel 2006, 108 su 116 nel 2007. Ma come mai si muore così tanto? Tragiche fatalità o colpevoli responsabilità? Sicuramente i rischi maggiori sono legati ad una cattiva (o inesistente) formazione, ad una non corretta applicazione della normativa sulla sicurezza e soprattutto alla fretta: la gara a produrre di più e a competere porta a ritmi sempre più frenetici e conseguentemente a minor tempo per riflettere e per svolgere in tutta sicurezza le mansioni. Secondo la casistica elaborata dall'Ulss 12 riguardo gli incidenti mortali accaduti tra il 2003 e il 2007 nel territorio veneziano, il più alto numero di vittime è causato da cadute dall'alto, da infortuni connessi con il passaggio di carrelli, autogrù, camion, e alla movimentazione di materiali. E il risultato delle indagini effettuate dallo Spisal nei luoghi degli incidenti indica inosservanze della normativa di prevenzione nell'80% dei casi. Ed infine, la presenza di manodopera straniera sembra costituire un fattore di rischio.

A dispetto delle norme e della segnaletica, che sono presenti nei cantieri e nelle aziende, c'è spesso da superare un problema linguistico. Non tutti gli operai stranieri capiscono bene la nostra lingua, molti non comprendono cosa c'è scritto sui segnali di pericolo. Sembra che manchi, in diversi casi, una formazione adeguata che permetta di muoversi all'interno di un posto di lavoro senza rischiare la vita. ■

L'allarme del Censis

Si muore di più sul lavoro o sulle strade che non a causa della criminalità o di episodi violenti. I morti sul lavoro, infatti, sono quasi il doppio degli assassinati e i decessi sulle strade otto volte più degli omicidi. A lanciare l'allarme è il Censis (Centro studi investimenti sociali), secondo il quale "gran parte dell'attenzione pubblica si concentra sulla dimensione della sicurezza rispetto ai fenomeni di criminalità". Nel 2007, sono stati 1.170 i decessi per motivi di lavoro in Italia, di cui 609 per infortuni stradali, ovvero lungo il tragitto casa-lavoro ('in itinere') o in strada durante l'esercizio dell'attività lavorativa. L'Italia, avverte il Censis, è di gran lunga il Paese europeo dove si muore di più sul lavoro. Se si escludono gli infortuni in itinere, o comunque avvenuti in strada, non rilevati in modo omogeneo da tutti i Paesi europei, si contano 918 casi in Italia, 678 in Germania, 662 in Spagna, 593 in Francia (in questo caso il confronto è riferito al 2005). I numeri crescono ancora se si considerano le vittime degli incidenti stradali. Nel 2006, in Italia, i decessi sulle strade sono stati 5.669, più che in Paesi anche più popolosi del nostro: Regno Unito (3.297), Francia (4.709) e Germania (5.091).

Gli altri paesi hanno fatto meglio di noi negli interventi tesi a ridurre i decessi sulle strade. Nel 1995 la maglia nera in Europa era toccata alla Germania con 9.454 morti in incidenti stradali, ridotti a 7.503 già nel 2000. In Francia, si è passati dagli 8.892 morti sulle strade nel 1995 agli 8.079 nel 2000, per poi registrare un ulteriore calo. La riduzione in Italia c'è stata (i morti erano 7.020 nel 1995, 6.649 nel 2000, fino agli attuali 5.669), ma non in maniera così rapida, sottolinea il Censis, tanto da diventare il Paese europeo in cui è più rischioso spostarsi sulle strade.

Campagna Pubblicità Progresso

Un casco giallo con una cicatrice suturata, guanti forati e scarponi bruciacchiati, con l'headline "Un vero amico le prende al posto tuo". Sono gli strumenti di protezione i protagonisti dello spot della seconda parte della Campagna di Comunicazione Pubblicità Progresso sulla sicurezza sul lavoro con il patrocinio del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Il casco giallo, nell'incidente si ferisce al posto del lavoratore, proteggendolo da un urto potenzialmente fatale. Tra le iniziative della Campagna anche un sito internet dedicato www.iolavorosicuro.it e la diffusione di un opuscolo con le principali norme di sicurezza.

165 milioni di euro per formazione ed informazione
1.200 vittime all'anno, 52% in incidenti stradali
20 milioni di euro per progetti Inail 2008
50 milioni al Fondo per l'Integrazione degli immigrati
Testo Unico: accordo tra le parti sociali

di **Antonella Prigioni**

LOTTA INTEGRATA *e consapevole*

165 i milioni, che saranno stanziati a settembre per la sicurezza sul lavoro. Lo assicura il Ministro al Welfare, Maurizio Sacconi

Alzarsi una mattina, andare al lavoro e non fare più rientro a casa. È il destino beffardo di 1.200 persone all'anno. Quelle che in Italia perdono la vita mentre stanno lavorando, stanno guadagnandosi da vivere ed invece vanno incontro alla morte. Il numero delle vittime, secondo il Rapporto dell'Inail 2007, è in flessione, ma non basta. Non può bastare ad un paese civile e moderno. A lanciare la sfida alle morti bianche è lo stesso Ministro al Welfare Maurizio Sacconi, che ha annunciato uno stanziamento di 165 milioni di euro per progetti di formazione ed informazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. La manovra è stata illustrata nel corso dell'incontro con le parti sociali sul piano straordinario della sicurezza sul lavoro, in vista dell'applicazione del Testo Unico.

Ministro, cosa cambierà in autunno?

Abbiamo avviato un impegno straordinario sul tema della salute e sicurezza sul lavoro. Vogliamo realizzare obiettivi concreti per scalfire lo zoccolo duro delle 1.200 morti l'anno sul lavoro, che seppur in diminuzione, resta un numero intollerabile. Per contrastare gli incidenti sarà quindi sviluppata ulteriormente la collaborazione con le Regioni e le aziende sanitarie locali. Questo significa andare oltre gli adempimenti formali per rendere le persone più consapevoli dei propri diritti e dei propri comportamenti nei luoghi di lavoro, chiedendo anche maggiori risorse dai fondi bilaterali. E dopo le risorse pubbliche, arriveranno anche quelle private.

www.lavoro.gov.it

Quali strumenti metterete in campo?

Puntiamo molto sul nuovo sistema informativo in costruzione, la cui gestione è affidata all'Inail, che permetterà l'analisi e il monitoraggio costante dell'andamento degli infortuni con dati riferiti ai territori e ai settori di lavoro. Guai infatti, a considerare il mercato del lavoro italiano indifferentemente esposto al rischio. I dati Inail segnalano la presenza di un numero di imprese relativamente basso e costantemente segnato da incidenti.

Come si possono ridurre gli infortuni?

Con la formazione e l'informazione. Sono strumenti necessari per rendere i lavoratori più consapevoli dei loro diritti. La gran parte degli infortuni, infatti, ha carattere comportamentale. Grazie al monitoraggio dell'Inail, ripeto, potremmo offrire una continua informazione sugli eventi, in modo da sensibilizzare.

E i controlli, le ispezioni nelle aziende?

L'opera di vigilanza è ancora insoddisfacente e, in generale, auspico un approccio meno formale e burocratico e più di sostanza per fare sistema con le parti sociali.

La funzione del Testo Unico…

Il governo si impegnerà a recepire un eventuale avviso comune dalle parti sociali per correggere in particolare la parte relativa al sistema delle sanzioni. Ho ribadito alle parti l'intenzione di riconvocarle affinché si esercitino a trovare un avviso comune per correggere il Testo Unico. Non saremo noi a prendere l'iniziativa, cosa che ci sarebbe consentita dalla delega aperta, ma saranno le parti, che ora sono divise tra rappresentanti dei lavoratori e delle imprese, a cercare una convergenza che poi il governo farà propria automaticamente. Noi vogliamo andare oltre le lacerazioni e vogliamo anche obbedire ai messaggi e alle sollecitazioni del presidente della Repubblica. Proprio per questa ragione teniamo alta l'attenzione su questi temi. ■

I LAVORI *a rischio*

Leggendo i numeri e le statistiche si capisce il fenomeno. Comparti pericolosi e tipologia di infortuni

Quanti infortuni, con che tipo di conseguenze, in quali settori produttivi, quali le parti del corpo più colpite, quali i lavori più pericolosi, quali i lavoratori più negligenti e distratti, quali i datori di lavoro meno sensibili, quali quelli attenti alle norme. Sono solo alcune delle domande che, chi indaga il fenomeno degli infortuni sul lavoro per stilare linee guida per la prevenzione, si pone e per le quali può trovare una risposta nel sito dell'Inail.

IL SITO www.inail.it, la sezione area statistiche: si hanno tutti i dati scorporati per categoria. Numeri e tabelle che fotografano la portata degli episodi e permettono di studiare interventi adeguati. Al primo posto della classifica della pericolosità c'è il settore manifatturiero con l'edilizia, quindi il commercio e i trasporti. Nel 2007 nel settore dell'industria e dei servizi sono stati denunciati 62.239 infortuni, 2.861 hanno riportato esiti permanenti con un'invalidità oscillante dal 6 al 15 %. 2.316 sono stati risarciti con una somma di indennizzo, mentre a 545 è stata assegnata una rendita da infortunio. Una rendita che varia dal grado di invalidità, dal reddito del soggetto percepente e dalla sua età.

PARTI DEL CORPO. La mano è la sede più colpita da infortuni. Poi ci sono la colonna vertebrale, il ginocchio, la caviglia, il piede. Il maggior numero di persone che si fa male ha un'età compresa tra i 35 e i 55 anni. Tradisce l'inesperienza, ma pure l'eccessiva confidenza con apparecchiature e lavoro. Aiutano i cartelli che segnalano i pericoli in un'azienda. A uccidere anche, questo vale per gli stranieri, la mancanza di un'adeguata formazione e l'incomprensione della lingua utilizzata per l'evidenziazione delle norme di sicurezza.

INFORTUNI NELLA SANITÀ. Un settore che registra un andamento oscillante è quello dei lavoratori della sanità. Stando ad un'indagine dell'Inail, che analizza il periodo 2002–2006, gli infortuni in questo comparto in Italia hanno subito un netto incremento da 32.648 a 35.302. In Veneto, i dati passano da 2.474 episodi nel 2002 a 2.686 nel 2006. In Italia nel 2002 sono morte 15 persone per infortunio nella sanità, 20 nel 2003, 17 nel 2004, 13 nel 2005 e ben 27 nel 2006. In Veneto un solo decesso nel 2006 e una netta riduzione degli eventi infortunistici, dal 2006 al 2007, ben –6,3%. Un dato che si è ancora più contratto tra il marzo 2007 e lo stesso mese del 2008: –12,4%. Nel 2006 il 48% degli infortuni indennizzati in Veneto riguardano lussazioni, il 28% contusioni, l'8% ferite e fratture, il 3% da sforzo, il 2% da altri agenti, solo l'1% da agenti infettivi. Le parti del corpo colpite più frequentemente da infortunio, sempre secondo le tabelle degli indennizzi, sono nel 34% torace, schiena e organi interni. Il 25,74% riguarda braccia e mano, il 24,4% gambe e piedi, il 13,77% testa e collo, il 2,08% altre parti. Tra le strutture sanitarie in cui avvengono meno infortuni il primo posto in classifica è occupato da ospedali e case di cura per lungodegenza. Poi ci sono gli istituti e policlinici universitari, quindi gli ospedali psichiatrici, gli ospedali generali e maglia nera dell'infortunistica va, come è comprensibile, agli ospedali specializzati. ■

Edilizia, maglia nera per le morti bianche

Sessantamila addetti in Veneto, metà dei quali stranieri, lavoro sommerso e condizioni al limite della legalità: la fotografia del settore edile è a tinte fosche. Ed è nei cantieri edili che si registra il tasso più alto di infortuni e morti bianche. Il conto degli incidenti è un vero e proprio bollettino di guerra: i morti in Veneto sono stati 9 nel 2005, 18 nel 2006, 22 nel 2007 e già 8 nei primi quattro mesi di quest'anno. Secondo i dati degli Spisal nei primi due mesi del 2008 si sono già verificati 1800 infortuni, e nell'ultimo triennio gli invalidi permanenti sono arrivati a 1700. Una situazione che ha portato i sindacati ad organizzare uno sciopero, qualche mese fa, per chiedere un aumento medio di 105 euro (la metà degli addetti è inquadrata come apprendista o manovale, al livello salariale più basso) e il rilancio della formazione (sia all'inizio che nel corso dell'attività, da svolgersi durante le ore di lavoro).

Inail, in autunno i corsi per la sicurezza

Aggiornamento, formazione ed informazione: sono i contenuti dei corsi sulla sicurezza dell'Inail. In autunno riprende il nuovo ciclo, dedicato ai responsabili e agli addetti al servizio di prevenzione e protezione delle aziende.

Tre i moduli di ogni corso: formazione generale di base (dal 23 al 26 settembre), formazione specialistica sulla natura dei rischi correlati alle specifiche attività lavorative (dall'11 al 14 novembre) e formazione specialistica gestionale-relazionale (dal 2 al 5 dicembre). Per informazioni e per le iscrizioni (i corsi si tengono presso la sede Inail di Marghera, in via della Pila 51), ci si può collegare al sito www.inail.it (sezione sicurezza sul lavoro dedicata ai corsi di formazione) o telefonare al contact center INAIL al numero 803.164.

La quota di iscrizione è di euro 500.

INTERVISTA A PIETRO PAONE
DIRETTORE REGIONALE INAIL

di **Antonella Prigioni**

MENO INFORTUNI, *più consapevolezza*

Emerge dal rapporto Inail 2007. L'allarme sociale resta elevato

"I dati parlano chiaro. Gli infortuni sul lavoro, in Italia e nel Veneto, sono in diminuzione. Sembra impossibile. Quello che è aumentato è l'allarme sociale, è aumentata la sensibilità verso le cosiddette morti bianche. Non si può accettare che in un Paese moderno e avanzato si muoia o ci si faccia male, spesso con invalidità permanenti, così di frequente". Non ha dubbi il direttore regionale dell'Inail del Veneto, Pietro Paone, che commenta la situazione degli incidenti nei luoghi di lavoro nelle sette province, sulla base di tabelle e statistiche elaborate con calcolo e scientificità. "Nel 2007 in Veneto gli infortuni sono diminuiti del 3,1%, registrando una flessione rispetto al trend nazionale, anch'esso in calo, di un ulteriore 1,7%. Le morti sono diminuite del 3,4%, in linea con un calo progressivo e costante che si evidenzia dal dopoguerra. Nei primi mesi del 2008, da gennaio ad aprile c'è stata una riduzione degli infortuni, rispetto al 2007, del 4%".

Eppure la percezione è che le morti sul lavoro, siano una strage continua?
Le percentuali esposte sono oggettive, sono frutto di un'analisi corretta di dati assoluti. Numeri elaborati sulla base degli eventi denunciati. Diminuiscono gli episodi, in proporzione però c'è un aumento degli occupati.

Dipende dal lavoro sommerso?
Il sommerso rappresenta un 20%. Ma l'Inail prevede a tutelare anche i lavoratori in nero, c'è un'automaticità delle prestazioni. Poi ci rifacciamo sui datori di lavoro. L'Inail è un ente assicurativo che ha il compito di garantire l'indennizzo. I compiti ispettivi e di emersione del lavoro sommerso dipendono dalle forze dell'ordine. Lavoriamo in sinergia con guardia di finanza, carabinieri e Inps. I lavoratori in nero, sono una questione di ordine pubblico.

Il Veneto come si colloca in ambito nazionale?
È tra le regioni più colpite, come il resto del Nord, la Lombardia, l'Emilia Romagna. I settori con il più alto tasso di infortuni sono in progressione: l'industria manifatturiera, l'edilizia, il commercio, i trasporti. Ma in Veneto, come nel resto del Paese, il maggior numero di infortuni sul lavoro avviene sulle strade. Si muore guidando il proprio mezzo, per trasportare merci o durante le missioni o nel tragitto da casa all'ufficio. Su 47 morti sul lavoro, 26 perdono la vita in strada, ben il 40% degli infortuni avviene "in itinere", è un ambito in cui è difficile incidere.

Cosa cambierà con il passaggio dalla 626 al Testo Unico sulla sicurezza?
Si è acuita la sensibilità alla sicurezza. Si è creata una cultura della sicurezza da parte delle imprese. C'è più attività di formazione e prevenzione, ma dobbiamo recuperare un gap di 40 anni rispetto al mondo anglosassone. La virata c'è stata imposta dalla Comunità Europea. Con la 626 ogni comparto aveva il suo Testo Unico, ora c'è un unico testo per tutti. Disposizioni globalizzate che radunano datori di lavoro, lavoratori, sindacati, medici, enti locali, forze sociali, tutti gli attori della sicurezza. Le norme con il Testo Unico sono estese a tutti i lavoratori pubblici e privati. C'è più consapevolezza. La 626 era una sorta di disposizione burocratica, si compilavano delle carte, ora si punta alla fattiva prevenzione e consulenza.

Sanzioni più salate, aiutano?
Aiutano a stimolare i soggetti a comportamenti più virtuosi, a impegnarsi nella prevenzione. Ci vuole bastone e carota, multe ma pure progetti di sviluppo della cultura della sicurezza. Gli imprenditori veneti sono virtuosi, partecipano ed apprezzano i piani da noi finanziati per l'introduzione dei sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro, gli SGSL. Bisogna incidere anche sui processi produttivi, sull'organizzazione del lavoro, oltre che sulle strumentazioni antinfortunistiche e l'aggiornamento dei macchinari. Grazie ai sistemi cofinanziati dall'Inail, le imprese che vi hanno aderito hanno ridotto del 35% gli episodi ed hanno conseguito anche parallelamente la riduzione del premio Inail. Abbiamo attuato una sorta di "bonus malus" con le aziende, che prevede un'oscillazione del premio in aumento ed in riduzione del 35%. Si riduce così il costo del lavoro.

Gli infortuni sul lavoro hanno un costo sociale enorme…
Indubbiamente. Nel 2005, secondo parametri Eurostat, per i quali ci vuole del tempo per elaborarli, il costo sociale, comprensivo di assicurazione, prevenzione e costi non assicurativi, in Italia è stato di 46 miliardi di euro. Pari al 3,21% del Pil, più di una manovra finanziaria. Ridurre gli infortuni è un impegno economico per tutti. I dati regionali sono un 10% di quelli nazionali.

Credete più, nella diffusione della buona prassi e del benessere organizzativo, che nelle sanzioni?
L'inasprimento delle multe, un benessere organizzativo, un coinvolgimento consapevole delle parti attrici e un'accresciuta partecipazione e condivisione del problema, favoriscono il raggiungimento di una sempre maggiore sicurezza. Cognizione, prevenzione, educazione al lavoro e alla sicurezza creano futuri cittadini e lavoratori consapevoli. La sicurezza sul lavoro dovrebbe essere insegnata sin dalle scuole elementari. A ottobre, a Ca' Foscari, Università di Venezia, parte il primo master di primo livello sulla sicurezza, rivolto a laureati. E non si esclude in futuro, la creazione di un vero e proprio corso di laurea per la formazione di consulenti per la sicurezza. Una nuova professione. ■

LUCI E OMBRE DEL NUOVO TESTO UNICO SULLA SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

Trecentosei articoli, tredici titoli, cinquantuno allegati. Sono i numeri del Testo Unico per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, il cosiddetto decreto 81. Era dal 1978 che in Italia nessuna proposta di Testo Unico sulla salute e sicurezza nel lavoro riusciva a superare i numerosi banchi di prova in cui le diverse forze governative e parlamentari hanno finito per incappare sempre negativamente.
Le novità dell'imponente decreto sono tante e di tanti tipi: l'impianto è proteso a intercettare e governare maggiormente la realtà produttiva odierna con tutti i suoi rischi, e soprattutto le realtà frammentate che, rispetto all'epoca in cui è stata varata la 626, sono andate estendendosi a macchia d'olio.
La quasi totalità dei provvedimenti, relative sanzioni comprese, è scattata il 15 maggio scorso. L'eccezione più rilevante riguarda gli adempimenti di valutazione dei rischi, che sono entrati in vigore - con le sanzioni conseguenti - trascorsi 90 giorni dalla pubblicazione, quindi il 29 luglio 2008.
Considerando le urgenze, lo sforzo notevole che è stato profuso sotto più profili, compreso quello della partecipazione sociale le organizzazioni sindacali e l'intero mondo del lavoro si dichiarano complessivamente soddisfatti. Ciò non toglie che il provvedimento, pur avendo acceso molte luci, contenga anche delle ombre, che ci sembra altrettanto opportuno evidenziare.
Il provvedimento, in particolare il suo Titolo I, si pone anche molteplici, e ulteriori, obiettivi:

- *contenere la frammentazione esistente anche nei poteri pubblici, nonché rafforzare le funzioni e i compiti degli organismi soprattutto centrali.*
- *potenziare, attraverso conoscenze (formazione, di tipo continuo) riqualificazioni e ridefinizioni di figure e ruoli (di tutto il sistema), capacità e responsabilità dei soggetti operanti nell'impresa e infra-imprese, nonché delle imprese nel loro insieme;*
- *riqualificare l'oggetto della prevenzione, cioè la valutazione dei rischi e i suoi scopi (tutti i rischi, tutti i soggetti esposti, misure e ruoli effettivi e adeguati), e la prevenzione più in generale;*
- *ampliare il concetto di lavoratore e la rappresentanza dei lavoratori, rafforzandola specificamente dove più forte è la frammentazione produttiva e dove inesistente è la rappresentanza aziendale.*
- *riaprire spazi e sedi per condivisioni-partecipazione (riunione periodica, organismi paritetici, trilateralità)*
- *adeguare le sanzioni secondo un modello teso a punire per educare, soprattutto nei settori a più alto rischio e verso le imprese che adottano i comportamenti peggiori, ma anche a indurre l'impresa ad educarsi e l'educare tutto il sistema aziendale per non essere punita.*

Paolo Pozzobon
Segreteria Ust Cisl Venezia

PROVINCE	TOTALE INFORTUNI			MORTALI		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
BELLUNO	4.529	4.663	4.577	1	4	4
PADOVA	19.841	19.711	18.799	18	17	21
ROVIGO	4.365	4.215	4.293	4	9	8
TREVISO	21.398	21.585	20.990	23	24	22
VENEZIA	18.640	18.912	17.862	14	22	22
VERONA	23.824	22.853	22.056	18	26	20
VICENZA	21.312	21.499	21.338	24	15	19
VENETO	**113.909**	**113.438**	**109.915**	**102**	**117**	**116**

INFORTUNI MORTALI SUL LAVORO AVVENUTI NEL PERIODO 2005-2007 E DENUNCIATI ALL'INAIL PER PROVINCIA, REGIONE, GESTIONE E ANNO

PROVINCE	AGRICOLTURA			INDUSTRIA E SERVIZI			DIPENDENTI CONTO STATO		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007	2005	2006	2007
BELLUNO	-	-	-	1	3	4	-	1	-
PADOVA	1	2	1	17	15	20	-	-	-
ROVIGO	-	-	-	4	7	8	-	2	-
TREVISO	4	-	2	19	23	20	-	1	-
VENEZIA	-	-	-	13	22	22	1	-	-
VERONA	4	3	2	14	23	17	-	-	1
VICENZA	3	-	2	21	15	17	-	-	-
VENETO	**12**	**5**	**7**	**89**	**108**	**108**	**1**	**4**	**1**

Fonte: Annuario Statistico Inail 2007

QUANTO *ci costano?*

Costi sociali enormi, pari al 3,21% del Pil. A tanto ammontano all'anno i danni da lavoro

Sono cifre che impressionano. Sia sotto il profilo sociale che puramente economico. Gli infortuni sul lavoro, oltre a causare invalidità e morte, sono un onere che pesa sul bilancio del sistema Italia e non poco. Stando ai calcoli dell'Inail, elaborati nel 2007 in riferimento al 2005, i costi per gli infortuni sono stati pari a 46 miliardi di euro, ossia al 3,21% del Pil. C'è da sottolineare che di 11.760 milioni di euro sono andati all'assicurazione. Cifre che vanno esaminate comparandole con quelle sostenute dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione per gli interventi e i dispositivi di prevenzione che ammontano a 14.377 milioni di euro. 19.308 sono i milioni di euro per tutte le altre spese legate ai danni da lavoro: dal tempo perduto dai colleghi delle vittime per il soccorso, all'addestramento dei sostituti, dai guasti alle strumentazioni sino al danno di immagine per l'azienda. Anche questi sono costi. Costi che sono ben chiari agli economisti sin dall'inizio del XX secolo. Un imprenditore americano di origini tedesche, tra i due conflitti mondiali, aveva già delineato con un calcolo probabilistico l'incidenza del costo sociale di un danno da lavoro. Aveva appurato che per ogni dollaro speso dall'impresa nell'assicurazione specifica, altri quattro si dileguavano nelle spese del bilancio complessivo. Un rapporto che in Europa, per il diverso sistema assicurativo, può essere parametrato a 2 dollari e mezzo e il riferimento non è l'azienda ma l'intera collettività. Su questa base di

calcolo, nel 1991, è stato stimato che i soli infortuni abbiano causato un danno di circa 43 miliardi di lire. Con l'introduzione della 626, che prevedeva anche il costo delle malattie professionali, si è arrivati a quota 55 miliardi di lire. Nel 2003 fu effettuata un'altra stima comprensiva del costo degli infortuni in itinere e di quello espresso dal lavoro illegale. La cifra finale nel 2003 era di 44 miliardi di euro, pari al 3,29% del Pil. Nel 2007 il calcolo, che ora è diventato biennale, è stato reiterato e il risultato è stato: 46 miliardi di euro, pari al 3,21% del Pil. ■

QUANDO LA REALTÀ SUPERA LA FINZIONE
Alla 65esima Mostra del Cinema di Venezia, due "docufictions" sulla tragedia della ThyssenKrupp

Rompere il senso di solitudine dei familiari delle vittime. È una delle molle che ha spinto Mimmo Calopresti a girare un film sul dramma di Torino. Sette operai che perdono la vita uno dopo l'altro, divorati dalle ustioni riportate nell'incendio dell'impianto di raffreddamento dell'acciaieria, di quella "fabbrica dei tedeschi" che stava avviandosi alla chiusura. Quella notte del 6 dicembre, nonostante il loro destino di licenziati fosse già segnato, sette operai non esitarono a cercare di spegnere con estintori scarichi ed un impianto antincendio inesistente, il terribile rogo che li ha trasformati prima in torce umane e poi in corpi senza vita, dopo giorni di agonia. Dal dramma in ospedale, al dramma di chi resta, mogli, figli, madri, padri, fratelli e sorelle: parenti ai quali, per Calopresti bisognava dare un conforto. Facendolo raccontando ciò che è successo alla Thyssen. Un documentario, una testimonianza per non dimenticare le morti sul lavoro, le morti bianche, le vittime della negligenza e sottolineare da una platea internazionale la necessità di diffondere una cultura della sicurezza. Il film di Calopresti è una pellicola di denuncia. Racconta di orari massacranti, di salari inadeguati, di un'azienda che nonostante il fatturato spremeva fino all'osso i propri operai. Gente coraggiosa, gente abituata a non lamentarsi, abituata a lavorare. Le morti sul lavoro è stato un tema molto presente al festival di Venezia: c'è stato anche un altro film dedicato alla tragedia di Torino, il "Thyssen Blues". Il protagonista è Carlo, un giovane operaio di 30 anni dell'acciaieria. Vive e lavora a Torino, dove si è trasferito dal Sud Italia. A giugno 2007 Carlo riceve la lettera di licenziamento dall'azienda, causa smantellamento: è la motivazione riportata sul pezzo di carta. Per Carlo è la fine del lavoro, dell'amore con una ragazza del Nord, della sua vita a Torino. Inaspettatamente, però, la Thyssen rimanda la chiusura , lo richiama a lavorare in linea. Per non perdere il diritto alla liquidazione, gli operai fanno turni massacranti e in condizioni di sicurezza precarie. La notte tra il 5 e il 6 dicembre 2007, scoppia l'inferno. Carlo quel giorno aveva fatto il turno pomeridiano. Una telefonata all'alba lo avverte del disastro. Carlo ritorna in Calabria, lontano da un mondo senza cuore.

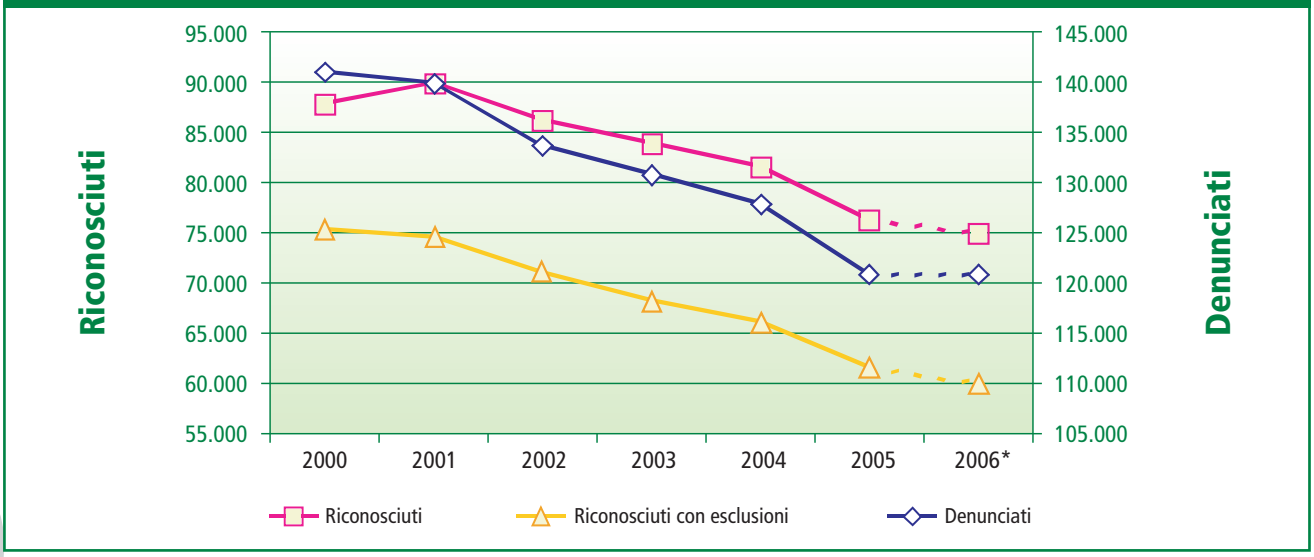
a cura di **Franco Sarto**
Direttore Spisal Ulss 16 di Padova e del Coreo

LA SICUREZZA NELLE AZIENDE: *siamo sulla buona strada*

Il Centro Operativo Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (COREO) raccoglie, elabora e fornisce alla Regione e alla rete dei Servizi Spisal (Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro) i dati sullo stato di salute della popolazione lavorativa veneta per impostare le politiche di prevenzione e valutare i risultati conseguiti. I flussi di dati riguardano principalmente gli infortuni (compresi quelli stradali), le malattie professionali o correlate al lavoro, i tumori professionali o correlati al lavoro. Gli Atlanti sugli infortuni sul lavoro pubblicati dal COREO discutono solamente di infortuni che rientrano nella definizione data dal TU (DPR 1124/65) dopo che è trascorso un congruo periodo di tempo di maturazione in modo che il dato sia diventato definitivo. I due Atlanti più recenti "Monografia degli infortuni sul lavoro nelle Costruzioni" (maggio 2008) e "Atlante degli infortuni sul lavoro accaduti nella Regione Veneto" (settembre 2008) arrivano ad analizzare i dati degli infortuni accaduti fino al 2006 in quanto questo è l'ultimo anno di cui si può disporre di dati consolidati.

In Veneto il fenomeno degli infortuni registra un costante calo negli ultimi anni: infatti sia gli eventi denunciati che degli eventi riconosciuti si riducono rispettivamente del 14% e del 13% tra il 2000 e il 2005 (Figura 1).
Gli infortuni denunciati pervenuti all'Inail passano da 141.066 nel 2000 a 120.996 nel 2005; nel 2006 il dato provvisorio è pari a 120.894 denunce, perciò sembra che la diminuzione si sia arrestata.
Gli infortuni riconosciuti rappresentano il 63% del totale delle denunce e passano da 87.778 nel 2000 a 76.397 nel 2005. Il dato provvisorio relativo al 2006 è di 75.085 infortuni riconosciuti, per cui sembra che anche i riconosciuti abbiano un arresto del repentino calo registrato fino al 2005.
Gli infortuni riconosciuti esclusi infortuni in itinere e di studenti, colf, sportivi professionisti (considerati di minore interesse per i Servizi di

Figura 1: Infortuni Denunciati, Riconosciuti e Riconosciuti esclusi itinere, studenti, colf, sportivi, avvenuti in Veneto dal 2000 al 2006 (* il dato 2006 è provvisorio)

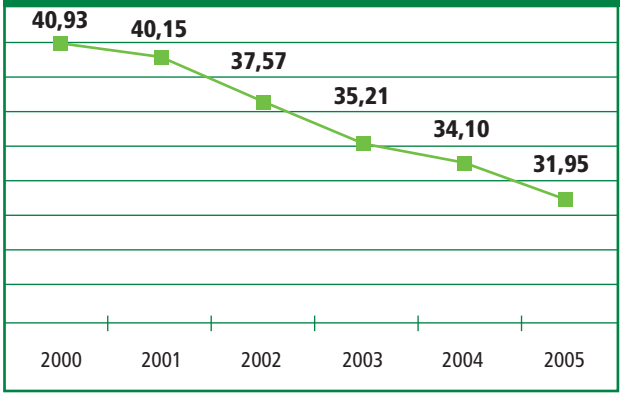


LA SICUREZZA NELLE AZIENDE: *siamo sulla buona strada*

Prevenzione) sono in netta diminuzione, passando da 75.468 casi del 2000 a 61.604 del 2005 (-18%).
Abbiamo visto in precedenza che nel periodo esaminato gli addetti non sono diminuiti, ma piuttosto aumentati (+10%): quindi il decremento degli infortuni non è imputabile a una riduzione della forza lavoro e già intuitivamente si prospetta una diminuzione dell'indice di incidenza.

L'Indice di Incidenza (Figura 2) si ottiene rapportando il numero di infortuni avvenuti nel territorio (compresi gli infortuni a lavoratori di ditte che hanno sede fuori territorio che sono definiti *infortuni importati*) al numero di addetti che operano in quel territorio. Dal confronto temporale si osserva un calo dell'indicatore di 9 punti (9 infortuni su 1000 addetti) tra gli anni 2000 e 2005.

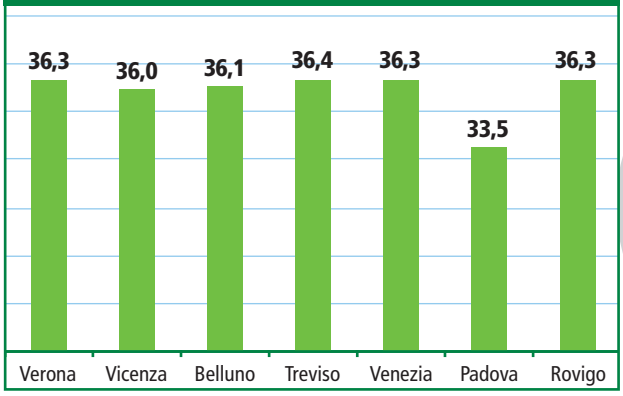
Figura 2: Indice di Incidenza per anno, Regione Veneto



I comparti produttivi più a rischio in ordine decrescente (cioè con indice di incidenza più elevato come media degli anni 2000 – 2005) sono risultati i seguenti: industria dei Metalli seguita da Agrindustria, Trasformazioni non metalliferi, Estrazione minerali, industria della Gomma e i comparti del Legno, Metalmeccanica e Costruzioni con incidenze molto simili.

Le province di Verona e Vicenza sono quelle con il maggior numero assoluto di infortuni: in queste province avviene rispettivamente il 20% e il 19% degli infortuni avvenuti in Veneto, coerentemente con il numero di addetti di queste province. Le province di Belluno e Rovigo sono quelle con il numero di infortuni minore (4%), dato che sono anche molto più esigue quanto a numero di occupati. In tutte le province si osserva una riduzione degli infortuni dal 2000 al 2005; la riduzione è più marcata nelle province di Treviso (-22%) e Padova (-21%) mentre nelle province di Belluno e Verona è meno forte (rispettivamente -10% e -14%). Si ricorda che contemporaneamente gli addetti aumentano ovunque.
Analizzando l'indice di incidenza medio negli anni 2001 – 2005 per Provincia di evento (Figura 3), si osserva che la provincia di Padova ha un indicatore di circa 3 punti inferiore alle altre province (33,5 infortuni su 1000 addetti a Padova, contro un indice pari a 36 in tutte le altre province).
Si ricorda che l'indice di incidenza comprende gli infortuni *importati* dalle diverse province.
La provincia di Rovigo è la provincia che importa il maggior numero di infortuni, circa 9 ogni 1000 addetti, seguita dalla provincia di Venezia (7,7 infortuni per 1000 addetti). Le province di Vicenza e di Treviso invece importano meno, circa 4 infortuni ogni 1000 addetti.
Analizzando invece il numero di infortuni che avvengono fuori dalla provincia stessa a dipendenti di ditte che hanno la sede nel territorio in analisi (definiti infortuni *esportati*) osserviamo che Venezia e Padova sono le province che esportano più infortuni fuori provincia (6,7 infortuni ogni 1000 addetti). Le province di Belluno e Vicenza invece esportano poco, solo 2,4-2,7 infortuni ogni 1000 addetti.
Nel complesso, si nota che soprattutto le province di Rovigo e Venezia sono province ad alta mobilità, facilitate dal fatto di essere province di confine. ■

Figura 3: Indice di incidenza per provincia; media anni 2001-2005



Arcella Analisi Mediche Biolab

QUANDO LA TRADIZIONE DIVENTA INNOVAZIONE

Arcella Analisi Mediche Biolab è il nuovo polo multifunzionale medico che è nato ufficialmente nel gennaio 2007 a seguito della fusione di due storiche entità: Arcella Analisi Mediche e Arcella Analisi Mediche 2 Biolab. Entrambe fondate dalla famiglia Rubaltelli, che ha alle spalle anni di esperienza nel settore medico, Arcella Analisi Mediche prima e Arcella Analisi Mediche 2 Biolab poi, sono diventate nel corso del tempo un vero e proprio punto di riferimento per la tutela della salute dei cittadini del territorio padovano.
La creazione di **Arcella Analisi Mediche Biolab** nasce dal desiderio di dar vita a una nuova entità, più grande, più efficiente e moderna che continua e implementa la sua storica attività nel campo medico specialistico. Una fusione dunque che arricchisce l'originaria struttura attraverso la creazione di nuove sinergie, che si concretizzano nell'ampliamento della gamma delle prestazioni offerte, nel raggiungimento di una migliore efficienza nell'erogazione dei servizi e di una loro maggiore capillari-tà di distribuzione sul territorio:
- **per il settore medico** significa avere a disposizione una struttura solida, ancor più funzionale, più organizzata, dotata di tecnologie all'avanguardia a cui appoggiarsi;
- **per l'utente** significa avere a disposizione un centro qualificato, con una storia consolidata nel tempo, che sarà ancora più vicino alla salute del cittadino con prestazioni di altissimo livello.

Arcella Analisi Mediche Biolab opera su due settori sanitari: Laboratorio di Analisi Cliniche con Punti Prelievi e Attività Specialistica Ambulatoriale (Poliambulatorio Casalserugo e Poliambulatorio Arcella Analisi Mediche Biolab) e serve un bacino di utenza stimato in circa 200 mila Utenti che fa riferimento agli abitanti di Padova città e comuni limitrofi.
I clienti di **Arcella Analisi Mediche Biolab** sono costituiti da:
- Aziende U.L.S.S. e Ospedaliere
- Laboratori di Analisi Mediche, Poliambulatori, Case di Cura Private
- Liberi professionisti
- Pazienti
- Consorzio Veneto di Genetica Medica e di Diagnosi Prenatale (GENiMED).

Il **Laboratorio convenzionato** è una struttura integrata che svolge l'attività in due sedi operative, ognuna con competenze specifiche in determinati settori:
Via T. Aspetti, 106 - Padova:
settori di Genetica Medica e Citoistopatologia;
Via Firenze, 2 - Tencarola di Selvazzano:
settori di Chimica Clinica e Tossicologia, Ematologia e Coagulazione, Microbiologia e Sieroimmunologia.

I prelievi e la raccolta dei campioni biologici sono effettuati oltre che presso le due sedi operative anche presso i punti prelievo seguenti:
Legnaro - Piazza del Donatore, 3
Montemerlo di Cervarese S. Croce - Via Repoise, 9
Padova - Via Facciolati, 148
Casalserugo - Via Cavour, 58

L'organizzazione delle attività è integrata da un **sistema informatico di Intranet aziendale** che, facendo riferimento a server centralizzati per la allocazione dei programmi gestionali e per i Data base degli archivi, consente il collegamento in tempo reale, tramite linee dedicate (VPN) fra tutte le sedi operative della struttura. Ciò garantisce l'erogazione dei servizi e funzionalità equivalenti in tutte le unità operative di interfaccia con il pubblico.

Il Laboratorio è dotato di moderne apparecchiature in grado di assicurare l'esecuzione degli esami in tempi rapidi, con precisione ed accuratezza grazie all'applicazione di metodologie e tecnologie strumentali e informatiche di ultima generazione. Esegue, in modo sistematico, i controlli interni e i controlli esterni regionali per una garanzia di qualità delle prestazioni di diagnostica di laboratorio erogate.
L'organico di **Arcella Analisi Mediche Biolab** è costituito da 18 medici chirurghi con diverse specializzazioni, 16 biologi, 1 chimico, 5 tecnici di laboratorio, 5 infermieri professionali e 25 collaboratori suddivisi tra personale di segreteria ed amministrativo.
Al fine di perseguire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, Arcella Analisi Mediche Biolab ha implementato un **Sistema di Assicurazione Qualità** secondo le Norme UNI EN ISO 9001:2000 che è stato Certificato dalla Società SGS Italia S.p.a., Società di Servizi di Certificazione Internazionale, accreditata dal SINCERT.
Arcella Analisi Mediche Biolab si occupa anche della gestione di servizi di **Medicina del Lavoro** per la sorveglianza sanitaria nelle Aziende e fornisce le seguenti prestazioni:
1) Identificazione dei fattori di rischio aziendali.
2) Visite Medico Specialistiche e prove strumentali per la sorveglianza sanitaria.
3) Diagnostica di laboratorio e di radiologia e analisi ambientale.
4) Gestione delle scadenze periodiche degli accertamenti sanitari, delle visite di sorveglianza agli ambienti di lavoro e degli adempimenti normativi e amministrativi.

Il **servizio di Medicina del Lavoro** di Arcella Analisi Mediche Biolab attualmente effettua la sorveglianza sanitaria in circa **3000 aziende** visitando annualmente **32.000 dipendenti**.
Nel suo organico annovera:
8 medici chirurghi, specialisti in medicina del lavoro
7 prelevatori
6 amministrativi
3 consulenti esterni.

arcella analisi mediche biolab

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente dallo STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA

di **Leonardo Padrin***

LA SANITÀ PUBBLICA PUÒ PERMETTERSI *di garantire chi ha comportamenti volutamente a rischio?*

Qualche giorno fa nelle Alpi Apuane una speleologa è stata fortunatamente salvata dopo essere rimasta bloccata per oltre dieci ore a diverse centinaia di metri di profondità con una gamba spezzata. Intervistata in barella prima di salire nell'ambulanza ha dichiarato che dopo questa brutta avventura riprenderà a praticare il suo sport preferito (la speleologia appunto) e che non si era spaventata.

I servizi televisivi spiegavano che per allargare gli spazi necessari per recuperare la speleologa e riportarla in superficie i soccorritori hanno usato delle microcariche esplosive.

Nessun dubbio sul fatto che giustamente si sia fatto tutto ciò che si poteva fare per salvare una vita, ma il quesito è un altro: perché la comunità si deve far carico delle cure di chi ha comportamenti a rischio?

Forse sarebbe più serio e più etico che venisse applicato il "principio della responsabilità" cioè che chi ha comportamenti a rischio deve anche preoccuparsi delle eventuali conseguenze e non scaricarle sulla comunità. La pratica di sport estremi comporta spesso una onerosità che presuppone una disponibilità in grado sicuramente di comprendere il costo di una assicurazione privata per eventuali incidenti e le conseguenti cure sanitarie.

Paradossalmente oggi chi fa sci d'alta quota si permette l'elicottero per farsi portare in vetta ma se si sloga una caviglia paga il servizio sanitario nazionale usando soldi che potrebbero servire invece per migliorare i servizi per gli anziani.

Così si rischia di togliere a chi si trova nel bisogno per dare a chi dispone del superfluo! ■

**Consigliere Regionale del Veneto*
info@leonardopadrin.com
http://www.leonardopadrin.com

NES
NORD EST SANITÀ

Anno 1, numero 3

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio

Direttore responsabile
Ines Brentan
E-mail: ines.brentan@gmail.com

Editore
Nordestnet S.r.l.,
Via Valgimigli, 6/3 – Padova (Italy)
Partita I.V.A. n. 03538580287
Telefono: +39 049.8872581
Fax: +39 049.8870010
E-mail: aggiornamento@gvdr.it

Progetto grafico e cura dell'impaginazione
La Squadra di Rufini Giorgio
Lungotevere Testaccio, 9
00153 – Roma (Italy)
Telefono: +39 06.575113
Fax: +39 05.57137647
E-mail: info@la-squadra.it

Comitato editoriale
Area politica, Socio-sanitaria:
Maria Stella Zaia,
Alberto Salmaso,
Giampaolo Fagan,
Walter Rufini,
Luciano Babetto
Area Medico-scientifica:
Cosimo Di Maggio,
Antonio Di Maggio,
Stefano Masiero, Giuseppe Caraccio, Raffaele Scapinelli,
Giorgio Galli, Francesco Peruzzi
Area della Cultura e dell'associazionismo:
Elio Armano, Raffaella Zanovello,
Maria Stella Zaia,
Area delle Rubriche:
Michele Varotto,
Susanna Bottaro,
Ambra Masiero

Hanno collaborato in questo numero
Giuliano Gargano, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Grazie alla Fondazione Pubblicità Progresso di Milano e a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione della rivista

Fotografie
Archivio La Squadra,
CD Immagini Free ICP - Milano,
materiale proveniente direttamente dagli intervistati o in allegato ai contributi

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.,
La Squadra di Rufini Giorgio

Fotolito e stampa
Officine Grafiche Calderini
Via Tolara di Sotto, 121/A
44064 – Ozzano dell'Emilia
Bologna (Italy)

Periodicità
Trimestrale

Registrazione
presso il Tribunale di Padova,
n. 2121 del Registro di Stampa

Tiratura
15.000 copie

Chiuso in redazione
il 23 settembre 2008

Finito di stampare
nel mese di settembre 2008

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'Editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista esclusivamente degli Autori; l'Editore pertanto non risponde dell'opinione espressa dagli autori degli articoli pubblicati.
La presente rivista è un free-magazine distribuito gratuitamente presso le Strutture Sanitarie aderenti all'iniziativa e inviato per posta ad indirizzi istituzionali pubblici reperiti all'interno delle Pagine Gialle®, i nominativi dell'indirizzario in nostro possesso potranno essere utilizzati, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di altre comunicazioni inerenti la stessa pubblicazione. Ai sensi della legge 675/96 (e successive modifiche e/o integrazioni) è nel vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione. Gli eventuali prodotti o le Aziende segnalate sono da ritenersi una libera iniziativa della Redazione. Gli eventuali prezzi o nomi di prodotti segnalati sono riportati senza responsabilità a puro titolo informativo come servizio per i lettori.

di **Ines Brentan**

VIAGGIO *nelle Asl venete, tappa a Mirano*

In questo nuovo viaggio per conoscere le aziende sanitarie del Veneto, questa volta ci spostiamo sulla terraferma veneziana per incontrare Arturo Orsini, direttore generale dell'Ulss 13 di Mirano. L'azienda che andiamo a conoscere vanta di quattro eccellenze: Cardiologia, Ortopedia, Oncologia e Urologia. Un poker vincente che trova adeguatamente spazio all'interno di un palinsesto complessivo di qualità ed efficienza. Col manager dell'Ulss miranese parliamo di ospedale e di deospedalizzazione e del ruolo che oggi ha il territorio nello scenario socio-sanitario.

Il governatore del Veneto, Giancarlo Galan, lo ha scelto una seconda volta perché guidi un'altra azienda sanitaria. Dopo l'Ulss 14 di Chioggia e Piove di Sacco è passato, a gennaio di quest'anno, alla direzione dell'Ulss 13 di Mirano. Due aziende profondamente diverse sia per il territorio che per il tipo di organizzazione. Ma Arturo Orsini, classe 51', siciliano di nascita e veneto di adozione, non mostra preoccupazione per la nuova sfida. "Sono giovane – dice – e di energie ne ho da vendere". Del resto, l'esperienza precedente, come ci confessa lui stesso, proprio per la sua complessità, si sta rivelando come la manna dal cielo. E gli obiettivi, anche a breve termine, non mancano. Al primo posto, la messa in rete delle Unità territoriali di assistenza primaria (Utap) con gli ospedali.

Per la seconda volta è direttore generale. Quali sono, secondo lei, le tre caratteristiche che si devono avere per aspirare a diventare un manager della sanità?
Prima di tutto si deve sapere di cosa si sta parlando, cioè si devono conoscere i meccanismi e tutte le dinamiche che caratterizza un'azienda che fornisce servizi sanitari e sociali. Poi, bisogna avere una progettualità di gestione che tenga conto degli obiettivi di assistenza e delle risorse disponibili per la loro realizzazione. Infine, è necessario possedere una predisposizione alla comunicazione che non è rivolta solo a coloro che operano all'interno dell'azienda sanitaria, ma anche all'esterno, alle istituzioni e soprattutto ai destinatari ultimi che sono gli utenti.

Per cinque anni alla guida dell'Ulss 14 di Chioggia. Può dirci quanto è stata importante questa esperienza e come può esserle utile ora all'Ulss 13?
È stata un'esperienza fondamentale per la mia maturazione professionale in quanto è stata condotta in un contesto di oggettiva difficoltà sia strutturale che economica. Una condizione che non mi ha impedito comunque di raggiungere gli obiettivi programmatori assegnati dalla Regione. Oggi, se guardo all'Ulss 13, mi accorgo che questa azienda parte un po' più avvantaggiata rispetto a quella clodiense, sia per le condizioni strutturali che organizzative pur disponendo come era accaduto con l'Ulss 14 di finanziamenti contingentati. Pertanto, l'esperienza del quinquennio precedente non può che risultare utile nelle valutazioni che sono tutt'oggi oggetto del programma di gestione dell'Ulss 13.

Sempre di più oggi la sanità pubblica punta alla deospedalizzazione: secondo lei si potenzia il territorio a scapito degli ospedali?
Sì, in termini quantitativi. Il piano sanitario nazionale e quello regionale in-

ARTURO ORSINI

Direttore generale dell'Ulss 13 Mirano

Nato a: Palermo

Età: 57 anni

Titolo di studio: laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova con specializzazione in Igiene e Medicina preventiva.

Impiego attuale: direttore generale dell'Ulss 13 Mirano. Prima della nuova nomina del 1° gennaio 2008, era direttore generale all'Ulss 14 di Chioggia. Nel 2002 è stato direttore sanitario all'Azienda ospedaliera universitaria di Trieste.

VIAGGIO *nelle Asl venete, tappa a Mirano*

dicano lo sviluppo delle attività territoriali per promuovere la prevenzione e la presa in carico dei casi cronici, in passato assistiti nell'ambiente ospedaliero. Oggi, all'ospedale compete la sola gestione delle fasi di acuzie. Questo nuovo orientamento, però, non può e non deve in alcun modo tradursi nella riduzione della qualità delle cure ospedaliere.

In un'ottica di "Area Vasta", quale potrebbe essere il ruolo che si ritaglia l'Ulss 13?
Trovo improprio parlare di "ritagliarsi un ruolo" perché l'Area Vasta, almeno quella veneziana, nasce come convinta collaborazione di diversi partner, tra cui quello miranese dell'Ulss 13, sulla base di progettualità discusse e condivise. In sostanza, ciascuna azienda è una risorsa ed è utile all'altra.

Tornando al territorio, l'Ulss 13 è una delle poche aziende del Veneto che ha attivato l'Unità territoriale di assistenza primaria (Utap). Ci spiega in cosa consiste e quali sono gli obiettivi che si prefigge?
Ne abbiamo attivate due, una a Mira e l'altra a Noale. Si tratta di un'associazione composta da un gruppo di medici di famiglia (non meno di sette) che operano in un'unica sede garantendo così all'utenza un'assistenza protratta per le dodici ore diurne che trova la sua continuità nelle ore notturne e nei giorni festivi con la guardia medica. Il vantaggio di questa iniziativa è quindi la maggior accessibilità al servizio. In altre parole, questa associazione garantisce agli utenti una risposta sanitaria tempestiva, sollevandoli dalla necessità di rivolgersi al pronto soccorso ospedaliero.

Oggi va molto di moda la parola sicurezza che va a braccetto con un'altra parola, quella della prevenzione. Cosa pensa del Testo Unico sulla sicurezza nel lavoro? Dà qualcosa in più della vecchia 626?
Il Testo Unico è un'evoluzione normativa che arriva a quattordici anni di distanza dalla promulgazione della 626, recependone le esperienze e le sensibilità e dandovi definizione di legge. Come tale, pertanto, costituisce un progresso sociale. Ma da tecnico mi preoccupano le complessità e la macchinosità degli interventi di prevenzione, oltre che la mole di lavoro amplificata che toccherà agli Spisal a fronte dei limiti che vengono imposti alla spesa pubblica.

In tema di sicurezza i due settori maggiormente a rischio sono quello edilizio e quello dei trasporti: dove si colloca secondo lei quello sanitario?
È difficile stilare una classifica. La sanità intesa come "officina di produzione di servizi" presenta dei rischi e di conseguenza delle esigenze di protezione per gli addetti assolutamente peculiari e non trascurabili. Basti pensare alla complessità delle tecnologie continuamente utilizzate in ambito ospedaliero, all'uso di radiazioni ionizzanti, di sostanze chimiche tossiche e alle esigenze di movimentazione di pazienti ed operatori. Anche in questo caso, la normativa propone e impone tutta una serie di obblighi stringenti di prevenzione, protezione e controllo, la cui corretta realizzazione richiede l'impiego di personale qualificato e adeguatamente formato. La soddisfazione di questa esigenza trova ancora banali ostacoli nel contingentamento della spesa del personale i cui limiti acritici vengono imposti per legge senza tener conto degli obblighi parimenti imposti da altre normative.

Tornando all'azienda Ulss 13: quali sono i tre interventi che si prefigge di realizzare entro il 2008?
Prima di tutto voglio perfezionare una rete estesa di Unità territoriali di assistenza primaria (Utap) e altre associazioni professionali, connesse informaticamente tra loro e con gli ospedali. Ciascuna dotata di procedure di intervento e di tecnologie tali da rappresentare lo strumento di effettiva presa in carico dei pazienti cronici a livello territoriale. In secondo luogo, punto ad aumentare la disponibilità delle strutture residenziali assistite per anziani e disabili, visto che oggi l'Ulss 13 rimane al di sotto dei parametri regionali. Infine, cercherò di avviare un programma edilizio mirato alla messa in sicurezza delle strutture ospedaliere e al loro completamento.

Altri cinque anni da direttore generale e poi? Le rimane un sogno nel cassetto?
L'incarico attuale si concluderà in un'età ancora troppo giovanile per dare spazio a soli programmi di riposo e ricreazione. Dovrò quindi cercare un'altra occupazione. A tal riguardo penso che non difetteranno né le pregresse esperienze né tantomeno la mia voglia di fare. ■

I numeri dell'ulss 13 di mirano

- **17 comuni, 260 mila residenti assistiti**
- **3 ospedali, a Dolo, Mirano e Noale**
- **2 distretti socio sanitari**
- **23 strutture convenzionate**
- **700 posti letto ospedalieri**
- **790 posti letto convenzionati**
- **4.822.206 prestazioni ambulatoriali annue**
- **Bilancio consuntivo 2007: - 29.169.519,91 milioni di euro**
- **Bilancio preventivo 2008: - 47.848.689,75 milioni di euro**

a cura dei dottori **Giuseppe Porcellini** e **Francesco Pegreffi**

MALE ALLA SPALLA?
soprattutto per problemi alla cuffia o per l'artrosi

La spalla dolorosa è il terzo sintomo maggiormente rappresentato tra le patologie che affliggono la popolazione italiana e quella mondiale. Le cause di dolore più frequentemente sono da imputare rispettivamente alla patologia della cuffia dei rotatori e a quella degenerativa articolare.

Il Centro di chirurgia della spalla dell'ospedale di Cattolica dell'Ulss di Rimini, creato nel marzo 2005 per studiare e trattare tali patologie, si avvale delle più moderne tecniche operatorie ed informatiche per meglio soddisfare le esigenze chirurgiche e di ricerca. Le lesioni che interessano la cuffia dei rotatori, sono lesioni su base traumatica, degenerativa o combinata dei tendini che costituiscono la cuffia dei rotatori e cioè del sovraspinato, sottospinato, sottoscapolare e del piccolo rotondo. La fascia d'età più colpita dalle patologie degenerative-traumatiche è quella che va dalla quinta decade in su. Al di sotto della quinta decade le lesioni sono prevalentemente su base traumatica. La lesione può interessare un singolo tendine (il sovraspinato più frequentemente) oppure più tendini, in questo caso chiameremo le lesioni di cuffia, "massive". Anche il capo lungo del bicipite può essere interessato e può apparire leso per 1/3 o per 2/3 oppure, come spesso si riscontra nelle lesioni massive ad interessamento del sottoscapolare, può apparire lussato in articolazione. La tecnica mininvasiva artroscopica di riparazione della cuffia dei rotatori è attualmente il gold standard. Con l'introduzione di cannule è possibile effettuare un accurato esame diagnostico dell'articolazione gleno-omerale e dello spazio sub-acromiale, l'eventuale trattamento artroscopico delle lesioni associate, l'identificazione della geometria della lesione e la determinazione della riparabilità della cuffia, posizionamento della o delle ancore, passaggio dei fili di sutura attraverso la cuffia, esecuzione dei nodi e la valutazione finale della tenuta della riparazione. A fine intervento viene posizionato un tutore per il bloccaggio della spalla e del gomito che verrà tenuto per quindici giorni circa. Da non dimenticare che la biologia della guarigione tendinea prevede circa 3-4 mesi prima di poter utilizzare normalmente l'arto operato e che questi tempi non vengono influenzati dal tipo di tecnica adottata dal chirurgo. Un'altra patologia molto frequente è l'artrosi, una patologia degenerativa che interessa le articolazioni, ed è considerata, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, tra le dieci patologie maggiormente invalidanti che affliggono la popolazione anziana. Una volta iniziato questo processo degenerativo, l'articolazione interessata comincia gradualmente e irreversibilmente a consumarsi. In relazione al grado di usura, compare gradualmente la

tipica sintomatologia: dolore dell'articolazione interessata e/o della muscolatura regionale. Il dolore è caratteristicamente più intenso al mattino, si attenua con il movimento, riacutizzandosi dopo uno sforzo fisico e generalmente si attenua durante il riposo notturno. Successivamente la funzionalità articolare limitata prima dal dolore, risulta ridotta dagli ostacoli di natura meccanica. Un quadro clinico che generalmente impedisce significativamente lo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana rendendo difficili anche le abituali funzioni della vita di relazione, riducendo si-

Chi sono

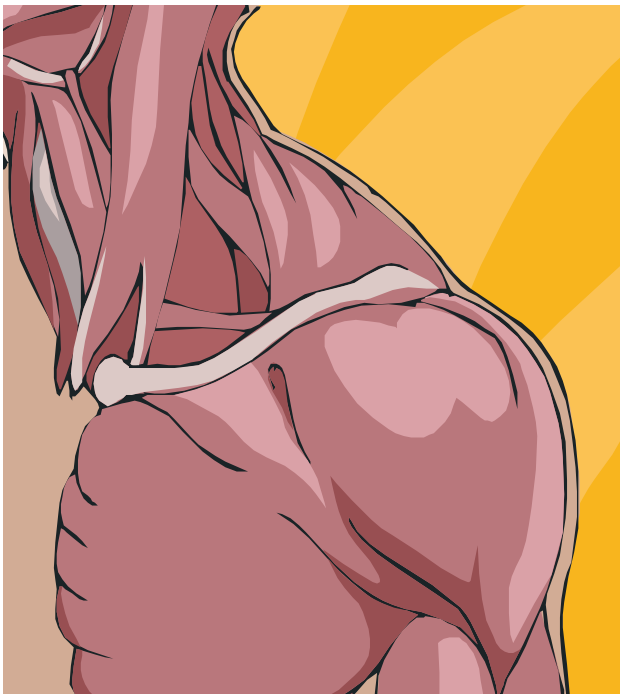
GIUSEPPE PORCELLINI, specializzato in Ortopedia e Traumatologia agli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, dal 1990 si occupa dello studio e del trattamento delle patologie della spalla e del gomito. Attualmente dirige il Dipartimento di chirurgia della spalla e del gomito dell'ospedale di Cattolica dell'Ulss di Rimini. È membro della Società Italiana della spalla e del gomito e della Società europea della chirurgia della spalla e del gomito. Istruttore di fama mondiale per le tecniche chirurgiche artroscopiche della spalla, ha insegnato in corsi nazionali e all'estero.

FRANCESCO PEGREFFI, specializzato presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, fa parte del gruppo operativo del Dipartimento di chirurgia della spalla e del gomito dell'ospedale di Cattolica diretto dal professor Giuseppe Porcellini. Autore di numerosi lavori scientifici pubblicati su riviste internazionali.

MALE ALLA SPALLA?
soprattutto per problemi alla cuffia o per l'artrosi

gnificativamente la qualità della vita. Risulta difficile definire precisamente il processo artrosico e la sua evoluzione, si ritiene infatti che per svilupparsi e manifestarsi con i segni ed i sintomi tipici della patologia siano necessari diversi anni. Di facile comprensione è invece capire come fenomeni artrosici possano svilupparsi in soggetti giovani che hanno subito traumi a carico dell'articolazione e nei quali l'usura è determinata dall'incongruenza dei capi articolari. Anche nei giovani, l'impiego dell'articolazione per svolgere le semplici attività di tutti i giorni determina la progressione del danno ed il deterioramento progressivo del distretto articolare. Nella suo lento percorso evolutivo, su base degenerativa o post-traumatica, l'articolazione può essere però protetta ed il processo degenerativo, sebbene irreversibile, può essere rallentato in modo significativo ritardando la progressione verso gli stadi avanzati. Di importanza fondamentale il controllo periodico dell'evoluzione radiografica che permette di stabilire lo stadio della malattia che, se avanzato, rende imperativo il trattamento chirurgico mediante moderni impianti protesici che permettono la parziale o totale sostituzione dell'articolazione.

Negli stadi iniziali la medicina si sta impegnando a ricercare e perfezionare farmaci che migliorino il processo di rigenerazione cartilaginea e/o che limitino la sua disgregazione. Lo scopo del trattamento conservativo, attraverso una serie di percorsi preventivi e riabilitativi, è quello di rallentare al massimo la progressione dell'artrosi procrastinando la chirurgia e nel contempo migliorando la qualità di vita del paziente in termini di dolore e di attività funzionale articolare. Il trattamento fisioterapico si prefigge di ridurre il dolore e l'infiammazione articolare, migliorare la qualità muscolare, l'escursione del movimento articolare, mantenere o ripristinare l'attività funzionale prevedendo la rigidità. Numerosi approcci vengono eseguiti per ottenere tali risultati: terapia manuale (mobilizzazione articolare, massaggio terapeutico), rieducazione posturale (stretching, controllo della postura), esercizi terapeutici (rinforzo muscolare, controllo motorio, rieducazione del cammino), terapia occupazionale (gestione della postazione di lavoro, educazione alla movimentazione dei carichi), idrokinesi-terapia (esercizi in acqua), terapie fisiche, le quali velocizzano i processi riparatori e riducono l'infiammazione (laser-terapia, magneto-terapia, ultrasuono-terapia, elettro-terapia). Di recente studio è la viscosupplementazione biologica effettuata iniettando acido ialuronico, un lubrificante naturale normalmente presente in situazioni fisiologiche che si riduce in situazioni patologiche. La viscosupplementazione ristabilisce temporaneamente la buona viscoelasticità della cartilagine e contribuisce attivamente a modulare le attività antinfiammatorie cellulari. In conclusione, la prognosi per una persona malata di artrosi è molto variabile e difficile da definire. La medicina cerca tuttavia di avvalersi di strumenti sempre più sensibili grazie ai quali ottenere diagnosi più specifiche al fine di ottenere un quadro completo della situazione. Con una prognosi ben definita l'équipe medica può meglio approcciarsi alla persona così da discutere con l'interessato sul percorso da svolgere, sia esso conservativo o chirurgico. Data la complessità delle cause e dei fattori di rischio dell'artrosi possiamo infine dire che c'è quasi sempre bisogno di un interessamento multi-professionale, dove le varie figure mediche e professionali collaborano per mantenere o riportare la qualità della vita di un individuo a livelli accettabili. Occorre ragionare in termini di team multidisciplinare, che lavori nella prospettiva di elaborare un percorso riabilitativo individuale in cui siano specificati gli steps del trattamento ortopedico, riabilitativo (a secco e in acqua) nonchè le modalità e i tempi di intervento necessari per raggiungere gli obiettivi funzionali preposti.



a cura di **Alberto Salmaso**

LA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI *aiuta a scegliere il trattamento più opportuno*

Quando si soffre di spalla dolorosa, l'utilizzo della diagnostica per immagini è di estrema importanza per la diagnosi e il trattamento e di questo ne parliamo con il dottor Francesco Peruzzi, medico radiologo, membro della ESSR (Società Europea di Radiologia Scheletrica), che da anni segue con particolare interesse i pazienti sofferenti di spalla dolorosa.

Molto tempo è passato da quando la radiografia era l'unica metodica di "imaging" e la spalla dolorosa si identificava con la "periartrite scapolo-omerale". Oggi la diagnostica per immagini offre metodiche in grado di valutare non solo le ossa ma quasi tutte le strutture della spalla in maniera non invasiva o, quando necessario, minimamente invasiva e permette di fare diagnosi precise e di impostare trattamenti adeguati. Nella maggior parte dei pazienti che soffrono di spalla dolorosa il problema è nella cuffia dei rotatori, un complesso di tendini che gioca un ruolo fondamentale nei movimenti di elevazione, abduzione e rotazione della spalla, che nel corso del tempo possono andare incontro a degenerazione, infiammazione o rottura. Fra i fattori che concorrono a determinare le lesioni tendinee ci sono l'invecchiamento e i microtraumi ripetuti da attività lavorative o da sport. Il primo approccio diagnostico alla spalla dolorosa è rappresentato tuttora dall'esame radiografico che dà una visione generale delle ossa della spalla e mostra le calcificazioni perischeletriche, tendinee e non, che possono essere molto dolorose e per le quali è possibile un efficace trattamento con i lavaggi o con le onde d'urto. La radiografia mostra anche la forma "dell'acromion", un osso che in alcuni pazienti con spalla dolorosa assume aspetto a uncino e necessita di fresatura, e permette di rilevare la presenza di artropatia da esiti di rottura della cuffia dei rotatori, di alterazioni artrosiche primarie o di lesioni focali ossee che spiegano i sintomi del paziente. Per la valutazione delle lesioni dei tendini della cuffia dei rotatori della spalla l'ecografia è spesso il primo esame praticato. Con l'ecografia è possibile rilevare la rottura e la degenerazione dei tendini della cuffia dei rotatori e l'eventuale presenza di calcificazioni tendinee e di borsite subacromion-deltoidea. È importante eseguire un'ecografia dinamica, variando la posizione del braccio a seconda del tendine da esaminare.

Un radiologo che abbia buona conoscenza della clinica della spalla e sappia ascoltare il paziente, interpretandone i sintomi e, orientandosi così sulle alterazioni da ricercare, può con l'ecografia arrivare agevolmente alla diagnosi, rilevando alterazioni talvolta non riconoscibili con altre metodiche di indagine. Sempre maggiore importanza nella diagnosi e nella pianificazione del trattamento della spalla dolorosa ha la risonanza magnetica (RM) della spalla. La risonanza magnetica è una metodica "panoramica" che permette di valutare tutte le strutture della spalla, tendini, muscoli, ossa, cercine glenoideo, cioè la cartilagine che può subire una lesione a seguito di lussazione o di microtraumi ripetuti, come avviene per esempio in coloro che praticano sport che comportano elevazione del braccio sopra la testa. L'esame dura circa 25 minuti. È necessario che il paziente rimanga immobile per tutta la durata dell'esame ed è per questo che talvolta è opportuno somministrare un antidolorifico prima della sua esecuzione.

Dr. Francesco Peruzzi

L'utilizzo di macchine RM "aperte" permette di esaminare anche pazienti che soffrono di claustrofobia. La risonanza permette tra l'altro, nei pazienti con rottura tendinee, di valutare il grado di retrazione tendinea e lo stato dalla muscolatura, che sono di grande importanza ai fini del trattamento. La TAC (TC) diretta della spalla è oggi impiegata soprattutto per valutare lo stato delle ossa, quindi nei pazienti che hanno subito fratture complesse e in alcuni pazienti con spalla instabile. La artro-RM e la artro-TC sono metodiche minimamente investite che prevedono l'introduzione di mezzo di contrasto nella cavità articolare della spalla e permettono una migliore visualizzazione del cercine glenoideo e di qualche lesione tendinea non inequivocabilmente definibile all'esame di base; esse sono indicate nei pazienti sofferenti di instabilità di spalla e candidati al trattamento chirurgico, nei pazienti con spalla "congelata", ovvero pressoché immobile, nei quali si può anche ottenere un effetto terapeutico, ovvero lo sblocco articolare in alcuni pazienti con spalla dolorosa già trattata chirurgicamente.

Come si è visto, la spalla è una struttura complessa in cui lesioni di componenti diverse possono dare sintomi simili, ma richiedono invece trattamenti diversi per guarire. Il medico radiologo che si occupa di spalla e mantiene uno stretto contatto con l'ortopedico e il fisiatra è in grado ottenere dalle varie metodiche di diagnostica per immagini le informazioni più utili alla diagnosi e al trattamento della spalla dolorosa. ■

LA RIABILITAZIONE È UTILE *dopo un intervento chirurgico*

Può succedere a tutti un'infiammazione alla spalla, giovani e anziani, pigri o sportivi. Un giorno ci si sveglia e, nel fare uno dei soliti e banali movimenti quotidiani, facciamo una smorfia di dolore. Si comincia così con qualche antinfiammatorio, ma quando ci accorgiamo che il dolore persiste allora si decide di andare dal proprio medico per indagini più approfondite. A meno che non si tratti di una situazione grave, come la scoperta di una rottura tendinea che comporta nella maggior parte dei casi un intervento chirurgico, solitamente si approda dal fisiatra per cominciare un percorso riabilitativo. "Il dolore alla spalla – dice Stefano Masiero, medico fisiatra ricercatore dell'Azienda Ospedaliera di Padova - può essere procurato da un'infiammazione dei tendini o da un versamento articolare della spalla causata da un trauma o da un movimento sbagliato oppure da forme reumatologiche, come l'artrosi o l'artrite. Situazione, quest'ultima, in cui il chirurgo difficilmente interviene, lo fa invece il fisiatra". "La nostra spalla – continua il medico - è costituita da numerose strutture nervose che fungono da allarme, dando il via alla sensazione del dolore, nel momento in cui qualcosa non funziona più bene". Il chirurgo limita gli interventi, per quanto gli è possibile a situazioni dolorose che non migliorano con la fisioterapia. "Negli anziani – spiega il dottor Masiero – i tessuti non sono più giovani ed è più difficile la ricostruzione tanto che in pochissimi casi si raggiunge il 100% del successo". Si approda alla riabilitazione dopo un intervento, ma in qualche caso la si fa proprio per scongiurare l'operazione chirurgica, di solito per quei pazienti che sono un po' avanti con l'età. La riabilitazione consiste nella mobilizzazione assistita dal fisioterapista effettuata con piccoli e cauti movimenti. È sempre compito del medico poi dispensare consigli di economia articolare, cioè consigliare al paziente alcuni movimenti da fare e altri da evitare. Nel caso, ad esempio, che si tratti di una tendinite del muscolo sopraspinato, il fisioterapista sconsiglierà caldamente di praticare alcuni stili di nuoto che provocherebbero, soprattutto nel caso in cui si effettua il dorso, dei movimenti pericolosi. Infine, la riabilitazione consiste anche nel fare delle terapie fisiche a scopo antalgico per ridurre il dolore e l'infiammazione e facilitare il recupero del movimento muscolare. "Nel caso di tendiniti – dice il dottor Masiero – la riabilitazione prevede terapie con laserterapia o ultrasuonoterapia o elettroterapia antalgica che vanno associate a specifici esercizi riabilitativi". "Invece, se siamo di fronte a piccole lesioni della cuffia dei rotatori – continua il medico - la riabilitazione consiste prima di tutto nella mobilizzazione passiva e assistita dal fisioterapista che garantisce nel tempo anche il recupero del tono muscolare. Quindi, nell'insegnare al paziente quali esercizi effettuare autonomamente per raggiungere la piena coordinazione del movimento della spalla ed evitare un peggioramento della lesione". Naturalmente, ad ogni paziente viene garantito un percorso riabilitativo personalizzato in base alle sue esigenze e aspettative, che prevede tempi di guarigione diversi. ■

Dr. Stefano Masiero

STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA

L'ACQUA È TERAPEUTICA PER LA SPALLA DOLOROSA

È una patologia che spesso vede una certa perplessità da parte del paziente. "Ma dottore, io non ho avuto alcun trauma, . . . non ho avuto alcuna contusione!". Ed effettivamente nella maggior parte dei casi la causa non è nota e l'esordio è subdolo.
Vi sono anche forme secondarie che possono conseguire a tendinosi della cuffia dei rotatori, immobilizzazione seguente a frattura del polso o del gomito, radicolopatie cervicali, malattie metaboliche come il diabete o l'ipotiroidismo.
Caratteristica istopatologica della spalla congelata primaria è costituita, nella fase acuta, da un panno sinoviale iperemico con quadro di flogosi acuta, seguito da fibrosi, ialinosi e degenerazione fibrinoide con retrazione del tessuto sinoviale.
Clinicamente la malattia è caratterizzata da un dolore costante (con esacerbazione soprattutto notturna) con notevole limitazione funzionale soprattutto ai movimenti di abduzione e di extrarotazione.
Infatti si parla anche di spalla congelata, capsulite adesiva, spalla rigida dolorosa.
Nelle fasi precoci il dolore alla spalla è presente sia alla mobilizzazione attiva che passiva; nella fase successiva è facile rilevare rigidità alla fine dell'escursione articolare soprattutto nell'abduzione, e nell'extrarotazione. In questo si differenzia dalla lesione della cuffia dei rotatori, in cui l'escursione articolare attiva è limitata, mentre quella passiva è nella norma (o quasi).
Quali sono gli esami strumentali di maggiore utilità diagnostica? Inizialmente sarebbe doverosa una radiografia per escludere eventuale presenza di artrosi, di deformità ossee, di forme neoplastiche. È utile quindi far eseguire un'ecografia per escludere eventuali lesioni della cuffia dei rotatori (in particolare del tendine sovra spinato) o presenza

di borsiti reattive.
Quindi, dopo un periodo di fisioterapia senza esiti positivi si fa eseguire una risonanza magnetica (RM) per stabilire esattamente la situazione tendinea della cuffia dei rotatori e di altre componenti dell'articolazione scapolo-omerale od acromion-claveare.
Sono anche di una certa utilità gli esami ematochimici per escludere eventuali forme reumatiche o metaboliche.
Quali rimedi? Inizialmente possono bastare, nelle forme più semplici, farmaci antinfiammatori (a dosi modeste, ma prolungate per almeno dieci giorni) e ghiaccio (10-15 minuti per almeno due-tre volte al giorno).
Approccio conservativo (fisioterapia) è il trattamento di scelta nelle fasi iniziali, quando ancora non si sono instaurate lesioni a carico dei tendini e comunque non ci sono indicazioni chirurgiche.
La finalità del progetto riabilitativo riguarda la riduzione del dolore mediante l'ausilio di terapie fisiche (laserterapia, ultrasuonoterapia, elettroterapia, ipertermia, terapia ad onde d'urto) associate ad un opportuna fisioterapia passiva ed attiva che, nel nostro centro, può essere eseguita anche in acqua (idrochinesiterapia).
Caratteristiche fondamentali della idrochinesiterapia effettuata nella nostra struttura sono l'acqua calda (34° - 35°) e la presenza del fisioterapista in acqua (come già ricordato nel precedente articolo).
L'acqua calda (nel nostro centro sanificata anche con ozono – O3) contribuisce alla scorrevolezza dei tessuti e ne riduce la rigidità. I fisioterapisti che operano in piscina sono esclusivamente TDR (terapisti della riabilitazione) che hanno eseguito specializzazione in indrochinesiterapia.
Non è consigliabile far eseguire gli esercizi fuori dall'acqua e ripeterli dentro, perché le condizioni del movimento sono ovviamente diverse.
L'esercizio chiesto in acqua è da fare in acqua , mentre "a secco" il paziente ha percezioni diverse (diversità dei compensi visto che l'arto superiore ha tutt'altro pese e dinamica).
Nel nostro centro la scelta di far restare il fisioterapista in acqua col paziente è stata vincente soprattutto per quanto riguarda l'accorciamento dei tempi di recupero.
Posso affermare con sicurezza che il paziente dopo il primo ciclo (cioè dopo le prime 10 sedute) ha un notevole miglioramento nell'articolazione sia in abduzione che in extrarotazione.
Per quanto riguarda il dolore vi è una notevole diminuzione (con un abbattimento almeno del 50%).
Concludendo quindi vorrei lanciare un messaggio di incoraggiamento a tutti colo che, improvvisamente, si trovano ad avere una spalla dolorosa: un pò di pazienza…! I rimedi ci sono.

Dott. ALESSANDRO FRANCHIN
Medico Chirurgo, Medicina Fisica e Riabilitazione
Direttore Sanitario: STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA SRL

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente dallo STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA

CEMI piscine

La salute e il benessere arrivano dall'acqua

La lunga esperienza maturata e una grande attenzione alla settorialità hanno fatto di **CEMI** un'azienda punto di riferimento per la realizzazione di impianti destinati a centri riabilitativi.
Si sa che in ambito medicale il movimento guidato in piscina e, in generale, l'Idrochinesiterapia consentono di sviluppare ottime sinergie nei percorsi di recupero e riabilitazione.
Naturalmente gli impianti devono essere studiati, progettati e realizzati a regola d'arte (e di legge), devono essere innovativi ed affidabili, offrire soluzioni ideate ad hoc per soddisfare al massimo un'utenza particolarmente esigente
Proprio per questo **CEMI** fornisce al cliente un servizio a 360 gradi, assistendolo in ogni fase del processo realizzativo. Dalla semplice consulenza preliminare alla progettazione. Dalla costruzione fino agli interventi di manutenzione.
Ovviamente l'aspetto tecnologico riveste un ruolo di primaria importanza. Anche in ambito terapeutico **CEMI** utilizza **Steela**, procedimento assolutamente rivoluzionario. Questa è una tecnologia all'avanguardia che permette di realizzare piscine auto-portanti che possono essere interrate, semi-interrate o fuori terra, a seconda delle esigenze del cliente. Una sezione di carpenteria di 30 cm consente di realizzare piscine anche in spazi angusti e disagevoli. **Steela** inoltre prevede l'inserimento di accessori quali:"Easy Walk", foam, mancorrenti per scale interne ed esterne, mancorrenti perimetrali progettati su misura, sollevatori idraulici, postazioni idromassaggio, geyser, sistemi di nuoto controcorrente, telecamere subacquee e oblò lungo le pareti, getti cervicali e varie tipologie di filtrazione. L'impianto di filtrazione è progettato tenendo conto delle diverse tipologie di utenza. Attraverso il rivestimento del bordo in ceramica o mosaico, Steela non manca poi di esaltare l'aspetto estetico delle piscine terapeutiche, rendendole qualcosa di più di un semplice strumento di lavoro.

Per ulteriori informazioni
vistare il sito **http://www.cemi.it**
oppure chiamare il **+39 0421.232844**

CEMI®

water pleasures on you

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente da CEMI piscine

Scrivi al direttore: ines.brentan@gmail.com

Con la lettera di Davide Meneghini diamo il via ad una nuova pagina di NES, dove il lettore diventa protagonista vero del giornale con interventi, opinioni e racconti di proprie esperienze.
Vi attendiamo quindi puntuali con le vostre e-mail.

Saranno pubblicate solo le lettere firmate, che non offendono l'altrui pensiero, scelta religiosa o di vita personale. Ogni scritto non deve superare le duemila battute (spazi inclusi).

UNA NUOVA VITA

Sono un ragazzo di vent'anni nato con l'acondroplasia, una forma di nanismo che colpisce soprattutto gli arti. Negli ultimi sei anni mi sono sottoposto a tutta una serie di interventi chirurgici complessi e delicati utili per riconquistare qualche centimetro in più di altezza, quanto basta ad esempio per guidare da solo la macchina e per condurre una vita normale. Cose pratiche della routine quotidiana in cui però venticinque centimetri fanno la differenza, quella cioè di una vita più indipendente possibile che si avvicina alle misure standard delle persone cosiddette "normali". Oggi sono alto poco meno di un metro e sessanta, vale a dire che ho guadagnato ben trenta centimetri in più. Nonostante che molte persone mi avessero detto di lasciar perdere e rinunciare al mio sogno di una vita diversa, dopo numerose visite preliminari a cui mi sono sottoposto dal dottor Maurizio Angelo Catagni, primario dell'Ortopedia dell'ospedale di Lecco, ho deciso alla fine di farmi operare ad entrambe le tibie nel settembre del 2002. Dopo due anni, è stata la volta degli omeri e poi, nel 2007, dei femori. Dopo l'intervento è stata la volta delle terapie e delle medicazioni quotidiane. All'epoca, ero ancora costretto a muovermi soprattutto con la sedia a rotelle. Quattro volte al giorno dovevo stringere con una chiave i tutori che mi allungavano le gambe. Di notte faticavo a dormire, mi svegliavo di continuo, ma non mi sono mai pentito della mia scelta. Intanto, osso e muscolo crescevano di un millimetro al giorno. Sono servite tantissime sedute di fisioterapia durante e dopo gli interventi. La maggior parte basate sull'allungamento dei muscoli, attraverso esercizi attivi e passivi. Un'intensa fisioterapia serve a contrastare alcune conseguenze che si possono incontrare durante il percorso di allungamento come rigidità e contratture. Anche se ho incontrato molte persone che hanno criticato la mia scelta, giudicando il mio intervento di natura prettamente estetica, dandomi anche dell'incosciente, so che ho fatto la cosa giusta. È vero che il recupero è molto lungo e doloroso, ma adesso sono una persona alta e sicura, ed è questo ciò che conta. Tuttora sto effettuando esercizi di riabilitazione e dovrò continuare ancora per un po', ma non ho rimpianti e, se potessi tornare indietro, ripercorrerei la stessa strada che ho fatto fino ad ora. Devo ringraziare molto il dottor Giuseppe Caraccio e la sua equipe per avermi seguito durante questo percorso.

Davide Meneghini
Padova

vantaggi
per tutta la famiglia

Tre prodotti per dare alla tua famiglia soluzioni complete, efficaci, vantaggiose, in linea con le esigenze del presente

LIBERO: conto corrente gratuito da vivere in piena libertà che, oltre una certa giacenza, offre dei tassi di interesse agevolati sulle eccedenze.

FACILE: prestito con piccole rate mensili che esaudisce i tuoi desideri aiutandoti a pagare le spese di tutti i giorni.

COMODO: mutuo flessibile con possibilità di arrivare fino ad una durata di 30 anni che ti permette di acquistare la prima casa in tutta tranquillità.

Per maggiori informazioni rivolgersi al personale di sportello o consultare i fogli informativi a disposizione del pubblico presso i locali della Banca.

ALTA PADOVANA
BANCA DI CREDITO COOPERATIVO

www.altapd.it

di **Alberto Salmaso**

QUANDO LO SPORT *unisce*

Scarpa racconta la sua passione per la canoa diventata ancora più forte con l'incontro di Sandra Truccolo

È difficile parlare di Daniele Scarpa senza parlare di Sandra Truccolo, sua moglie da un anno. Ci racconta come vi siete incontrati e cosa vi ha unito così tanto da creare quella squadra che siete oggi insieme?

Atlanta 1996. L'Olimpiade che mi ha visto protagonista con un Oro e un Argento. In quella stessa data, Sandra partecipò alle sue prime Paraolimpiadi e anche lei vinse un Oro e un Argento. Al ritorno celebrammo insieme questi successi. Galeotto fu questo incontro. Da quella che era una amicizia e stima reciproca, nacque quello che poi diventò il nostro amore e condivisione per quello che volevamo fare. Il 7 luglio 2007 ci siamo sposati. In seguito abbiamo fondato l'associazione "CanoaRepublic" (www.canoarepublic.org).

Oggi più che mai le diverse discipline sportive vengono provate e poi amate dai portatori di handicap. È lo stesso anche per la canoa?

Con quanto fatto in questi anni (dalla fondazione di CanoaRepublic e della FICPO Va'a) possiamo ben dire che la canoa ed il kayak permettono una integrazione completa di chi vuole vivere e praticare le discipline della pagaia. Con i mondiali OutriggerVa'a di Bora Bora Thaiti 2002, Hilo Hawaii USA 2004, Lake Karapiro NZ 2006 e questi ultimi di LakeNatoma Sacramento USA 2008, il nostro team, composto anche da atleti diversamente abili, è tornato con tre Ori, un argento ed un bronzo. Questa è la vera quintessenza dello sport a 360°.

Si legge che sua moglie Sandra si sia innamorata della canoa "outrigger" definendola "uno sport davvero per tutti"…

L'amore per la canoa "polinesiana" outrigger Va'a (Va'a è il termine Tahitiano/Hawaiano) ed il desiderio di scoprire e praticare questa antichissima disciplina ci ha coinvolto come mai avremmo immaginato. Viaggiare in posti paradisiaci (vedi Bora Bora, Hawaii) e confrontarsi con popolazioni di culture diverse, scoprire cosa accade agli antipodi ed apprezzare un mezzo che ha permesso al mondo di comunicare e veicolare le nostre culture e arti e scambiarle con chi ancora oggi usa il mezzo canoa come essenza di vita, sia pratica che filosofica. Ecco, tutta questa miscellanea di emozioni ed iniziative ha permesso che i nostri sogni non si arenassero nella gloria post olimpica ma sviluppassero nuove iniziative e nuove prospettive culturali e sportive. Ci sono portatori di handicap che riescono ad esprimere tutto il loro potenziale con questa disciplina, a volte anche meglio dei normodotati. Questa è la formula del successo della canoa outrigger Va' a rispetto al monoscafo del kayak di derivazione e concetto eschimese.

Ci sono delle caratteristiche che uno deve avere per praticare questo sport?

La voglia ed il desiderio di sognare. Ma anche se dovessero mancare queste, ne verrebbe contagiato dagli amici che incontrerà nel suo pagaiare tra le onde.

Come le sono sembrate le Olimpiadi di Pechino?

Nel primo periodo ho potuto vedere e seguire ben poco, trovandomi a Sacramento con il team per i mondiali (www.ivf2008usa.info). Tramite internet seguivo commenti e nelle ore possibili ho visto qualche gara. Siamo rientrati il 21 agosto, giusto in tempo per le finali di canoa sprint. Ora Londra 2012 è dietro l'angolo e non bisogna adagiarsi, questo è quello che consiglio a tutti. ■

*In basso a sinistra **Daniele Scarpa** e **Sandra Truccolo***

Chi è

Daniele Scarpa è nato a Venezia il 3 gennaio 1964. Ha gareggiato nel K2, 500 e 1000 metri, partecipando a quattro Olimpiadi e ottenendo l'oro nel K2 1000 metri, in coppia con Antonio Rossi, ad Atlanta '96. Il 7 luglio sposerà la sua compagna Sandra Truccolo: un incontro che ha cambiato la sua vita (tutta la biografia su www.missionnaked.com).

Per informazioni, visitare i siti internet www.canoarepublic.it e www.canoarepublic.org oppure scrivere a: info@canoarepublic.it o telefonare allo 041.5370348

a cura di **Giuseppe Caraccio**

AIP: *Associazione Italiana Parkinsoniani*

La malattia colpisce 220.000 italiani ogni anno

La malattia di Parkinson è poco conosciuta dal grande pubblico. Eppure colpisce più di 220 mila persone in Italia, costringendo pazienti e familiari a convivere con gli effetti invalidanti di una malattia cronica che toglie progressivamente autonomia a chi ne è colpito e che finisce per coinvolgere dolorosamente anche parenti e amici.

Movimenti involontari eccessivi, blocchi motori improvvisi, tremore e rigidità, difficoltà di parola, depressione e allucinazioni sono solo alcuni dei problemi che il malato si trova ad affrontare e con i quali deve imparare a convivere.

Erroneamente si crede che la malattia accompagni i disturbi della vecchiaia; in realtà, 10 mila pazienti in Italia sono al di sotto dei 45 anni e nella maggior parte dei casi la patologia insorge prima dei 60.

Per offrire assistenza ai malati e garantire loro conforto psicologico e aggiornamento terapeutico costante, nel 1990 si è costituita l'AIP, Associazione Italiana Parkinsoniani, (**http://www.parkinson.it**) con lo scopo di migliorare le condizioni di vita del malato, raccogliere fondi per sostenere la ricerca, pervenire a nuove conoscenze scientifiche sulla malattia.

Per raggiungere tali obiettivi, AIP si adopera per informare i pazienti e le famiglie sulle terapie farmacologiche, chirurgiche e fisioterapiche più avanzate e sui centri specializzati in Italia e all'estero. Per la molteplicità dei servizi che offre, AIP è un sicuro riferimento per i pazienti e le loro famiglie anche relativamente a problematiche non strettamente di carattere clinico quali la dieta, la fisioterapia, la logopedia e il sostegno psicologico.

Ora l'associazione conta 25 mila famiglie di pazienti iscritte e copre il territorio nazionale con 26 sezioni locali. (Bergamo, Campobasso, Catania, Cesena, Como, Firenze, Grosseto, Latina, Lovere, Mantova, Messina, Milano Nord, Monza, Napoli, Palermo, Perugia, Piacenza, Rimini, Roma, Sondrio, Torino, Trieste, Udine, Varese, Venezia/Mestre, Vigevano). Tra le iniziative più recenti, è doveroso ricordare che AIP è stata promotrice della costituzione della WPDA (World Parkinson Disease Association), l'Associazione Mondiale per il Parkinson che convoglia in Internet le conoscenze medico-scientifiche dei singoli Paesi in materia di Parkinson.

Scopo dell'Associazione mondiale, cui hanno aderito le più importanti e grandi associazioni parkinsoniane del mondo, è la diffusione in tempo reale delle informazioni in merito alla malattia di Parkinson, ovvero la "globalizzazione dell'informazione" relativamente a terapie farmacologiche e chirurgiche, fisioterapia, sintomatologia, decorso, grazie alla creazione di un sito internet (**http://www.wpda.org**) che, costantemente aggiornato, raccoglie le novità medico scientifiche rilanciandole da uno stato all'altro e coprendo in tempo reale tutto il mondo. ■

di **Antonella Prigioni**

A PIEDI NUDI *nel parco*

Sei parchi e una decina di aree protette. C'una distesa verde nello scrigno del Veneto

Si avverte spesso. E non si può fare a meno di soddisfarlo. È quel bisogno primario, irrefrenabile, di "natura", alberi, piante, prati, ruscelli, animali selvatici e silenzio. L'uomo cerca la dimensione "verde" nella sua vita, per la sua vita, sempre di più. È una caccia all'ossigeno, alla purezza dell'aria che luoghi, dove la natura è ancora sovrana, hanno mantenuto. Per respirare a pieni polmoni, balsamo per il corpo ma anche per la mente, ci sono i parchi naturalistici, oasi dove la natura incontaminata dimostra che la pacifica convivenza con l'uomo è possibile. E il Veneto è un territorio ricco, sono ben sei i parchi disseminati dal Delta del Po alle Dolomiti. In riva al mare, lungo i fiumi, ai piedi di dolci declivi e delle vette dolomitiche. Cinque sono regionali: il Parco del Delta del Po, il Parco dei Colli Euganei, il Parco del Sile, il Parco della Lessinia, il Parco Dolomiti d'Ampezzo. E poi c'è quello delle Dolomiti Bellunesi. È un parco nazionale, è stato istituito per tutelare una zona, situata sul margine delle Alpi sudorientali, unica per valenza paesaggistica e naturalistica. 10 mila anni fa, quest'area era ricoperta dal ghiaccio. È uno dei lembi di terra abbandonati per ultimi dalle glaciazioni. Il terreno è impervio, è un arcobaleno di ambienti ed è popolato da specie rare. Una ricchezza immensa e poco conosciuta dagli stessi veneti. Un patrimonio ambientale da rispettare, salvaguardare e valorizzare attraverso la formazione di turisti eco consapevoli e rispettosi della natura. "Il parco non è un'area sottoposta a vincolo assoluto. La difesa della natura - sottolinea l'assessore ai parchi del Veneto, Flavio Silvestrin - non significa che l'uomo non possa disporne. Uomo e natura possono andare d'accordo. Il lavoro dell'uomo all'interno del parco, diventa un modo per valorizzare, rispettare e conservare queste aree. Stiamo puntando allo sviluppo di una soft-economy, che coinvolga i nostri parchi. Ogni singolo parco può essere autosufficiente, attraverso la promozione e diffusione del prodotti (vini, formaggi, miele etc), ma pure attraverso l'organizzazione di momenti culturali e conviviali. Vogliamo inserire i parchi in un percorso turistico regionale. Dal Parco del Sile, si snoda un itinerario di 90 km lungo la vecchia Ostiglia, chilometri che si possono percorrere a piedi, in bicicletta, a cavallo. E lungo la strada ci si può imbattere in musei delle tradizioni, in monumenti della cultura locale oltre che ambientale. Stiamo pensando ad un marchio dei prodotti dei parchi o ad un marchio per ogni singolo parco". I parchi non sono aree da recintare e vietare, tutt'altro sono spazi da godere, scoprire e conoscere, per impararne i segreti e i tesori nascosti. "La guida ambientale – continua Silvestrin - potrebbe essere una sorta di Virgilio che accompagna i visitatori tra natura e insediamenti urbani storici. Il Parco abbraccia e risucchia anche le case, le chiese, le abitudini, i riti. Il nostro compito è quello di comunicare al Veneto, all'Italia, al mondo che questi parchi esistono e sono belli. Abbiamo ottenuto cinque milioni di euro dalla "manovrina" regionale, li utilizzeremo per portare più gente nei parchi." E se il buongiorno si vede dal mattino, è senz'altro utile il "manuale dei parchi" che gli allievi di tutte le scuole della regione si ritroveranno tra i libri di studio. Un volume con tutte le informazioni su tutti i parchi, uno stimolo alla conoscenza diretta, un incentivo all'affluenza di pubblico. "È un manuale realizzato in collaborazione con il Cisna (Consorzio interuniversitario nazionale per le scienze ambientali), si basa su precise cognizioni scientifiche - evidenzia l'assessore - un altro supporto è il nostro portale www.parchiveneto.it. Riuscire a creare un'efficace rete di comunicazione, sarebbe già un importante obiettivo raggiunto." ■

L'assessore regionale ***Flavio Silvestrin***

In tutta Italia, Centri Specializzati **Hilterapia®** risposte concrete per i dolori a muscoli, tendini e articolazioni.

Ecco i principali **Centri Specializzati Hilterapia®** sul territorio nazionale:

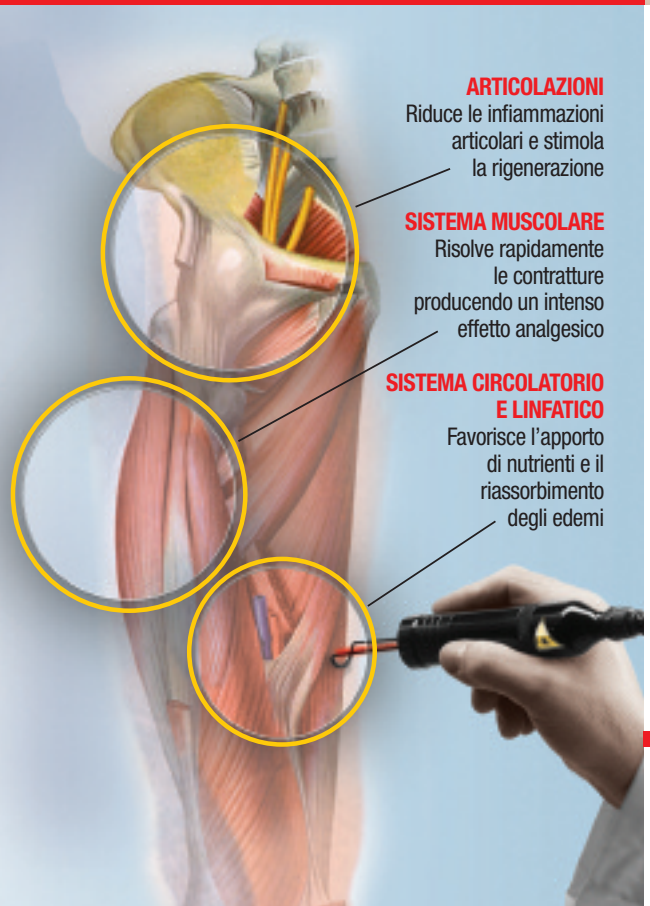
AGRIGENTO
MARRETTA DR. ANTONINO
ALESSANDRIA
KINESIS SNC
PUGNO MAURO
ANCONA
FISIOMEDICA SRL
FOND. DON C. GNOCCHI CENTRO BIGNAMINI
PALESTRA ZENITH SRL
STUDIO FISIOTERAPICO DI BRUSCHI ROBERTO
AOSTA
L'EQUIPE snc di Di Martino Donatella & C.
U.S.L. VALLE D'AOSTA - OSPEDALE REGIONALE
AREZZO
FISIOTERAPIA ETRURIA SRL
ASCOLI PICENO
FICIARA' ELISABETTA
LEO PARIDE
PALESTINI GIUSEPPE
BARI
A.S.L. BA - P.O. RUTIGLIANO
BIOS & BIOS SRL
CARONE DR. MICHELE
CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA
CENTRO FISIOT. E RIAB. DE FEO LUIGI
FISICAL COMFORT SAS
PROVINCIA NATIVITA' IST. QUARTO DI PALO
BIELLA
AZIMUT SRL
BOLOGNA
AMB. DI FISIOT. VALLE DELL'IDICE SNC
CENTRO FISIOLASERTERAPICO EMILIANO SRL
CENTRO SALUS SRL POLIAMB. S. CASSIANO
BOLZANO
EUROPA CENTER SRL
BRESCIA
CASA DI CURA S. CAMILLO - U.O. Rec. e Ried. Funzionale
RUGGERI NICOLA
CAGLIARI
CENTRO C.R.O.S. SAS DI LUCA MELONI
STUDIO FKT SULCITANO SNC
STUDIO MEDICO FISIOT. DOTT. CAPPELLU MAURIZIO
CATANIA
DI STEFANO DR. GAETANO
MARCOCCIO SRL
MILICI DR. RICCARDO
PALEXTRA STUDIO ASS.TO DOTT.RI LA SPINA
PULVIRENTI GIUSEPPE
CHIETI
CASA DI CURA SPATOCCO
FISIOKIN DI CARLO D'AMICO
FRANCANI MARCO
CREMONA
ISTITUTO FIGLIE S. CAMILLO
CUNEO
FOND. BANCA D'ALBA ONLUS
FERRARA
POLIAMBULATORIO ORTOPEDICO OSTI
FIRENZE
C.O.R.P.O. 53 SRL
CENTRO DI RIABILITAZIONE SESTESE
STUDIO FISIOTERAPICO BARBINI
FOGGIA
EVANGELISTA DR. FERDINANDO
FISIOKINETIC SAS
GENOVA
CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO
CENTRO MEDICO CASTAGNA SRL
RIABILITA SRL
GROSSETO
CIPRIANI MICHELE
LA SPEZIA
FERRANTE DOTT. AUGUSTO
L'AQUILA
DONATI FEDERICO FABIO
LECCE
ENERGY CLUB SAS
ORLANDO LUIGI
MACERATA
FISIOEDEN DI BORSELLA S. E GRUFI S.
VAGNOLI LUIGI
MANTOVA
BRINDANI BRUNO
ISTITUTO ORTHOVIS
MATERA
CASALNUOVO TOMMASO
MESSINA
CENTRO FKT QUATTROCCHI A.
CENTRO MED. RIAB. E FIS. CILIA SAS
CENTRO MEDICO DR.SSA MARCHESE
CENTRO RIAB. CRISAFULLI DR. ANTONIO
FKT DI BUEMI GIUSEPPA & C. SAS
KINECENTER
POLIAMB. LA MADONNINA SRL
MILANO
AZIMUT SRL
CAMEDI SRL
PHYSIOCLINIC SRL
MODENA
RIACEF Fisiochinesiterapia
STUDIO FISIO-K SAS
NAPOLI
CENTRO FKT SRL
CENTRO LOURDES SRL
ISTITUTO FISIOTERAPICO ORTOPEDICO (IFO)
OLBIA
STUDIO FISIOTERAPICO C.T.M. DI DONGU E SABA
ORISTANO
ZONCU DR. DANIELE
PADOVA
AMBULATORIO DUE CARRARE DI BELLUCO E.
AZ. ULSS 15 ALTA PADOVANA
CEMES SRL
CENTRO FISIOTERAPICO PADOVANO SRL
CENTRO MEDICO DI FISIOTERAPIA SRL
CENTRO MEDICO FISIO GUIZZA SAS
EMOLAB DUE
MANIERO DR. CORRADO C/O STUDIO RAIMONDI
POLIAMBULATORIO ARCELLA SAS
PALERMO
CENTRO LING SRL
CENTRO MEDICO MANTIA
CENTRO ORT. FISIOT. DI AGNELLO I.R. & C.
LA FISIOTERAPY - DOTT. G. PINTO D'AMICO
ORTOKINESIS SAS
PEGASO sas di Raimondi Anna
STUDIO FKT BOBATH SAS
STUDIO MEDICO NIGITO SRL
PERUGIA
ROSETTI DOTT.ANDREA
STUDIO DI FISIOTERAPIA MARCO TARINI
PESCARA
COLAROSSI DR. ROBERTO
PIANETA TERRA di F. Raspa & C. sas
PISTOIA
POLIAMBULATORIO DELLA MISERICORDIA
SANAVIR SRL
POTENZA
GASSEDO DOTT. ANTONIO
RAGUSA
STUDIO SALUS R.O.D.
RAVENNA
ANECO FISIOTERAPISTI SNC
CONTARINI DR. FRANCESCO
FISIOMEDICA SRL
LACCHINI DR. VITTORIA
SIRACUSA
GI.BI. SRL
TARANTO
A.S.L. TA/1 - OSPEDALE SS. ANNUNZIATA
OSMAIRM NOVA RYABILIA
PHYSIO MEDICAL CENTER SRL
TERAMO
SBEI GABRIELE
TERNI
BIOSANA DI BERNARDINI M. & C. SNC
FISIOKINETIC TRIOLA PROF. ROBERTO

PURA VITA CLINIQUE
REGGIO CALABRIA
CASA DI CURA VILLA SALUS SPA
MUSARELLA DR. GIUSEPPE
RIMINI
CENTRO ATTIVITÀ FISICA SAULLE
VASI DR. MAURIZIO
ROMA
A.I.R.R.I.
ASKLEPION SRL
CASA DI CURA VILLA STUART
FISIO 3 STUDIO ASS.TO PIEROBON -
SIMONELLI - PROCARIO
FISIO POINT
FISIOARTE DI CARDONI MONICA
FISIOMED SRL
FISIOPAVONE
FISIOTRUST SRL
FKT CIRCOLO DUE PONTI SRL
FOOD FOR BODY
ISTITUTO FISIOTERAPICO SRL
POLISPECIALISTICA GARDA SRL
SAMMARCO BENITO GAETANO
c/o VILLA EUROPA ALL'EUR
SPORTKINETIC CENTER
STUDIO MEDICO SPECIALISTICO COLOMBO SRL
SALERNO
CE.FI.SA. CENTRO FKT SALERNITANO SRL
CENTRO MEDICO DI FISIOKINESITERAPIA SRL
SAN MARINO
MIOSANA SRL
POLIAMBULATORIO LIFE SRL
SIENA
CE.FI.M. SNC
NEWPHYSIO SRL
PIETRINI ADRIANO
TORINO
CENTRO SALUTE
GE.SA. srl - Casa di Cura Madonna dei Boschi
TREVISO
CASTELSALUS SRL
CENTRO DI FISIOKINESITERAPIA SRL
FABRIS MARCO
MEDICAL LINE SRL
SOFT SRL
UDINE
PELLEGRINI DR. NEDDA
VENEZIA
AVICENNA SAS
CLODIA MEDICA SRL
MONACO DR. GUIDO
PALESTRA CLUB DELFINO
STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA SRL
VERBANIA
FISIODELTA SNC
VERONA
B.S.3 BERSTEIN DIVISIONE BENESSERE SRL
CENTRO DIAGNOSTICO DE IORIO E VOLINO
CENTRO SPORTIVO - C. POLIF. DON CALABRIA
FISIOLAB SRL
FISIOWIN SRL
POLIAMB. SPEC. ANGELO CUSTODE
VICENZA
C.M.P. DI OSELLADORE SAS
CEMES SRL
CENTRO MEDICO SAN MARCO
FISIOMEDIKAL SAS DI FILIPPIN LUCA & C.
FISIOPOINT ITALIA SRL
FISIOVICENTINA SRL
SALUS SRL

Indirizzo e recapito dei Centri sul sito **www.hilterapia.it**

Hilterapia®

Il trattamento **più evoluto** per le patologie dolorose alle **articolazioni**, ai **muscoli**, ai **tendini** e alle **ossa**.



Hilterapia®, chiedila nei centri specializzati

1. Benefici immediati e prolungati
2. Trattamento rapido, sicuro e indolore
3. Ricerca italiana, certificata FDA (Food and Drug Administration - USA)
4. Risultati validati da documentazioni scientifiche
5. Tecnica terapeutica utilizzata in Italia e all'estero

www.hilterapia.it

ASA Energy for health

ASA srl - via A. Volta, 9 - 36057 Arcugnano (Vi) Italy
tel. +39 0444 289200 - fax +39 0444 289080
asalaser@asalaser.com - www.asalaser.com