PATROCINIO
REGIONE DEL VENETO

NES - Nord Est Sanità
Anno **5**, numero **5**
Settembre - Ottobre 2012
I.P.

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

NES
Nord Est Sanità

BIMESTRALE DI ATTUALITÀ A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

www.nordestsanita.it

PRIMO PIANO

INTERVISTA AL MINISTRO DELL'AMBIENTE CORRADO CLINI

LE GUIDE DI NES

LA RIABILITAZIONE NEUROLOGICA

MINIFOCUS

L'IPERTENSIONE ARTERIOSA

il rischio industriale dietro casa

www.pittarello.com

PITTARELLO

Questione di cuore.

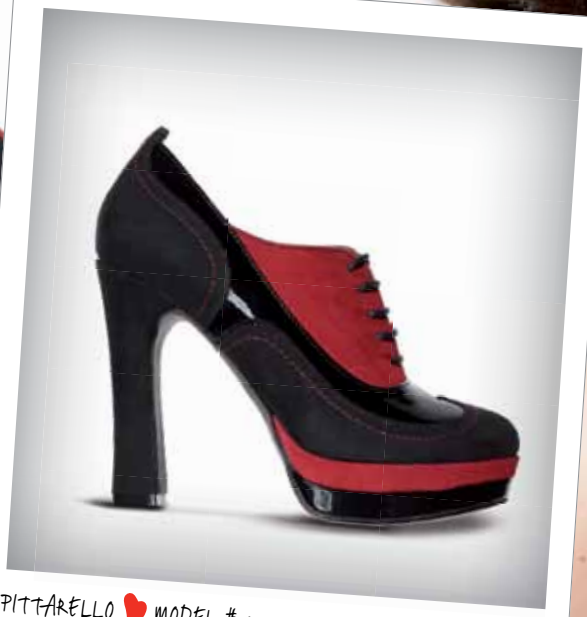
PITTARELLO ♥ MODEL #1

collezione autunno/inverno 2012

EVA

PITTARELLO ♥ MODEL #4

collezione autunno/inverno 2012



PITTARELLO ♥ MODEL #12

collezione autunno/inverno 2012

BETTI

adcomunicazione ALBERTO BUZZANCA photographer

NES - Nord Est Sanità - Anno 5 - numero 5 - **settembre - ottobre 2012**

Questa rivista non gode di nessun finanziamento pubblico

Sommario

La vignetta: dottor Nessi 5

Editoriale
Ciao Chicco, continua a saltare e giocare 7

Primo piano: l'inquinamento industriale dietro casa
Il rischio dietro casa 8
Il ministro Clini punta il dito contro la legge 152 12
Bonifica dei siti inquinati Conte: «E' il nostro imperativo» 15
Gli angeli custodi dell'Arpav 19
Da Porto Marghera a Taranto
Casson: «40 anni passati per niente» 22
Informatica a medicina generale 24
L'indagine di Legambiente sugli illeciti ambientali 25

Focus: gli aspetti sanitari dell'inquinamento
Ammalare l'ambiente e ammalarsi 26
I tumori in Veneto 30
Inquinanti della salute 32
Respirare inquinato 33

Le guide di Nes: la riabilitazione neurologica
Introduzione 37
La riabilitazione nell'Ulss 16 di Padova,
un modello da diffondere 38
Il ruolo della riabilitazione nelle patologie neurologiche 40
Ictus, 196mila casi all'anno in Italia 42
Stroke Unit, come funziona quella di Padova 43
Sclerosi Multipla: malattia ancora senza cause e senza cura 44
Paralisi cerebrale infantile, diagnosi e terapie di riabilitazione 45
L'importanza della riabilitazione nella malattia di Parkinson 46
Riabilitazione neurologica ambulatoriale
all'Ospedale Sant'Antonio di Padova 48
Riabilitazione ortopedica 49
Riabilitazione neurologica tra investimenti e professionalità 50
Riabilitazione neurologica tra investimenti e professionalità 51
L'elenco delle strutture nel Padovano 52

Minifocus: l'ipertensione arteriosa
L'ipertensione arteriosa 54
Il ruolo della diagnostica strumentale nelle malattie cardiache 56
Le patologie dei tronchi sovra aortici 57
Retinopatia ipertensiva 58

Attualità e Rubriche
Progetto Laguna 59
Nuovo Piano Sociosanitario, il parere di Cittadinanzattiva 60
La più amata dai pazienti 61
Il Governo impugna il nuovo Piano Sociosanitario 62
La rete dei Centri per il decadimento cognitivo 65
Laparoscopia in tre dimensioni 66
Nuove «esigenze» diagnostiche nel colpo di frusta 70
Le malattie ereditarie si possono identificare 71
I diritti sociali nell'attuale sistema di welfare veneto 79

Attualità
Quando guarendo l'altro si guarisce se stessi 80
La vera dieta salutare per dimagrire e stare bene 81
Il primo errore è l'incomunicabilità 83
AAA Cercasi.... 84
Torta di castagne 85
La riscossa del colore 86

Gerenza

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

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

Redazione
Giacomo Piran, Antonella Prigioni, Alberto Salmaso

Editore
Nordestnet S.r.l. - Via Santa Maria Assunta n. 31 - 35125 Padova
Partita IVA 03538580287
Telefono: 0498874111 int. 2
Sito internet: www.nordestsanita.it
Facebook: www.facebook.com/nordestsanita
Email: redazione@nordestsanita.it

Progetto grafico e impaginazione
Giuliano Gargano

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

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

Hanno collaborato a questo numero
Margherita De Nadai, Davide Zanella

Fotografie
Francesca Bottazzin
L'immagine di copertina è di Francesca Bottazzin

Marketing e Pubblicità
Nordestnet S.r.l.

Fotolito e stampa
Tipolito Moderna S.r.l. - Via A. De Curtis 12/A -
Terradura - 35020 Due Carrare (PD)

Periodicità e tiratura
Bimestrale, 25.000 copie

Registrazione Tribunale di Padova n. 2121
Chiuso in redazione il 9 ottobre 2012

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

RONCATO

Viaggiare Leggeri

TRAVEL SENTRY APPROVED | 100% Made in Italy | 10 Anni di Garanzia

Uno Sl Collection

www.roncato.com

Il Dott. NESSI
E QUESTA? COME LA VEDE?
BENE, DOTTORE!!
NON SO CHE DIRLE...QUESTA MATTINA MI SONO ALZATO, HO APERTO LA FINESTRA E... GRIGIO! TUTTO GRIGIO!!
MMH.. CAPISCO...
POSSO CHIEDERLE DOVE ABITA, SIG. CECCON?
IN CENTRO CITTA', DOTTOR NESSI.
MA ALLORA E' TUTTO CHIARO! ANZI, GRIGIO, OSEREI DIRE!! LA SUA VISTA NON E' PEGGIORATA, MIO CARO... IL SUO PROBLEMA E' LO SMOG!! VADA A VIVERE IN CAMPAGNA E AVRA' RISOLTO.
COM'E' OTTIMISTA LEI. A ME VIENE AFFANNO SE PENSO A COME STIAMO ROVINANDO QUESTO POVERO PIANETA!
BISOGNA SEMPRE CERCARE IL LATO POSITIVO DELLE COSE... NON VORRA' MICA LASCIARSI CADERE NEL BUCO NERO DELLA TRISTEZZA?
...
DAI SONIA, SPEGNI TUTTO E ANDIAMO CHE FUORI C'E' UN TRAFFICO MALEDETTO! ... MA LA GENTE, LE BICI NON LE USA PIU'?
E' GENTILE A VOLERMI ACCOMPAGNARE DOTTORE. GRAZIE MILLE!
USCITA
DI NULLA SONIA. ORA PERO' DEVO TROVARE L'AUTO CON 'STO SMOG NON SI VEDE NULLAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA
ODDIOMIO DOTTORE!! E' CADUTO NEL TOMBINO... ...SI E' FATTO MALE? E ADESSO? CHI MI RIPORTA A CASA?

ALIMENTAZIONE E STILE DI VITA

[illegible]

Le ricette

Trofie agli asparagi

[illegible]

Ingredienti per 4 persone

[illegible]

Preparazione

[illegible]

Ciao **Chicco,** continua a saltare e giocare

di Giuseppe **Caraccio**
Direttore Editoriale di NES

Il mio branco è composto, oltre che da due bipedi di genere umano, anche da quattro cani che il destino mi ha regalato in questi anni e che mi hanno portato felicità, comprensione ed amore.
Il primo ad arrivare è stato Chicco, un meraviglioso esemplare di maltese, allegro, affettuoso, intelligente.
Insieme abbiamo trascorso sedici anni pieni di intensa relazione, dove entrambi ci siamo sforzati di rispettare le reciproche differenze, che sono servite per creare un rapporto pieno e completo.
Purtroppo il tempo che pure scorre su ogni cosa, lascia sui cani segni molto più profondi di quelli che lascia su di un essere umano, io da giovane uomo sono diventato un uomo maturo,

Chicco è pian piano invecchiato, scivolando in una tranquilla vecchiaia, rallegrata peraltro dell'entrata in famiglia di altri cani di razze diverse, con storie diverse, spesso di abbandono.
Già da tempo avevo notato che i giorni di Chicco stavano volgendo al termine, ma non mi sarei aspettato che un venerdì, come tutte le mattine, uscisse e non rientrasse più. Probabilmente l'istinto l'ha spinto a trovare qualche luogo nascosto dove esalare l'ultimo respiro, per darmi l'illusione - non trovandone le spoglie mortali - di essere per sempre il meraviglioso cucciolo che con gioia giocava e saltava.
E allora carissimo Chicco continua a saltare e giocare nel mondo ideale del pensiero, dove non dovrai temere, né il tempo che trascorre, né alcun dolore e dove chiunque ti ha amato può raggiungerti in qualsiasi momento.

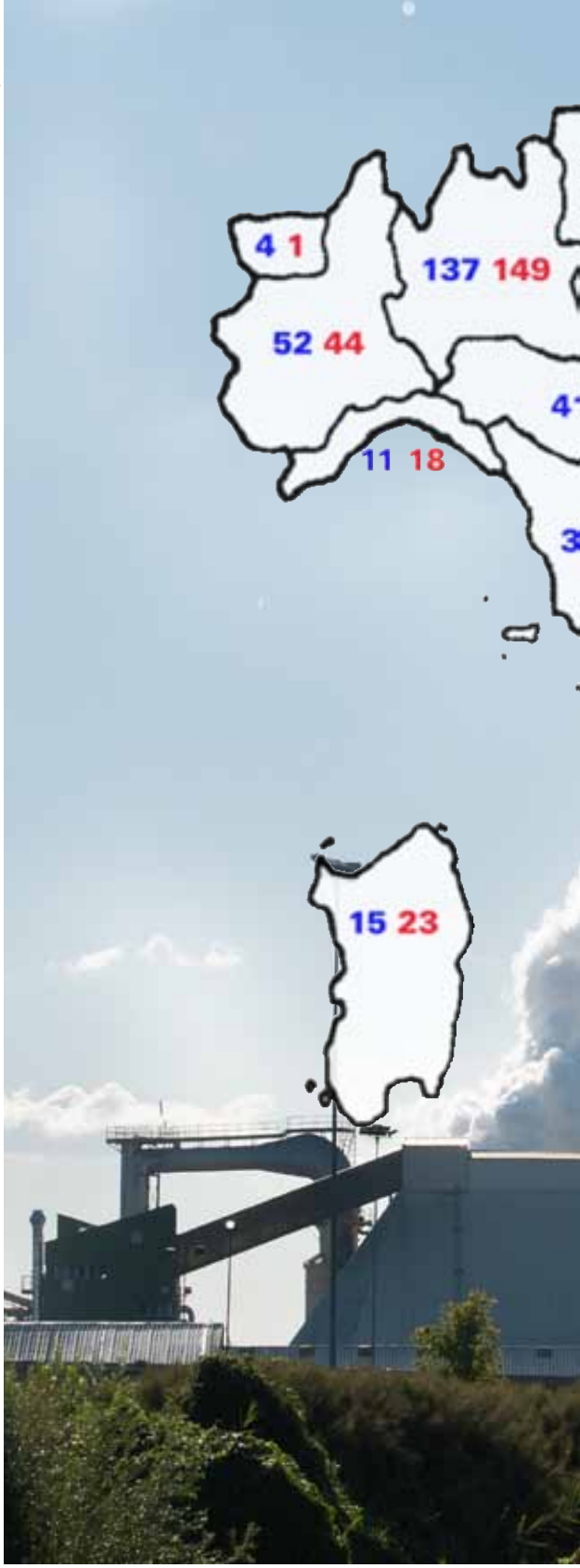
Giuseppe Caraccio

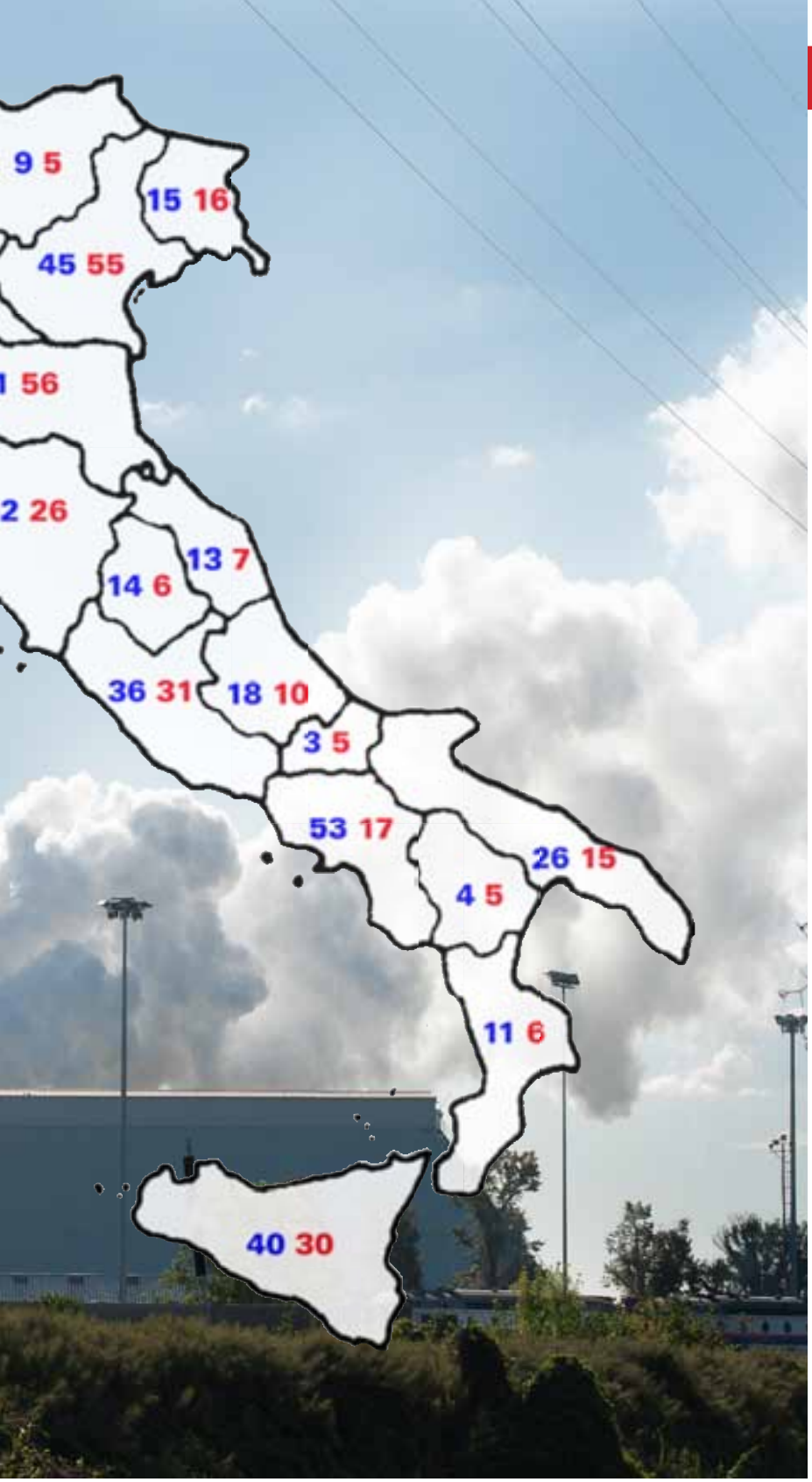
Il rischio **dietro casa**

Dopo l'Ilva di Taranto, si torna a parlare di rischio industriale. Oltre mille fabbriche potenzialmente pericolose in Italia. La situazione in Veneto e il caso di Porto Marghera

di Giuliano **Gargano**

L'ultima ad essere assurta agli onori delle cronache è l'Ilva di Taranto. A fine luglio il giudice per le indagini preliminari della città pugliese, Patrizia Todisco, ha firmato due ordinanze a seguito dell'inchiesta sull'inquinamento causato dallo stabilimento siderurgico Ilva, stabilendo il sequestro di sei impianti e la custodia cautelare agli arresti domiciliari di otto indagati.
Perché, ha scritto il gip, l'impianto è stato causa e continua ad esserlo di «malattia e morte» e perché «chi gestiva e gestisce l'Ilva ha continuato in tale attività inquinante con coscienza e volontà per la logica del profitto, calpestando le più elementari regole di sicurezza».
Il caso Ilva ha riportato sotto i riflettori i rischi da danno industriale nel nostro Paese. Negli annali restano il disastro di Seveso (vedi box nella pagina accanto) e, più vicino anche geograficamente, il lungo processo al Petrolchimico di Marghera (ce ne parla il magistrato che se ne occupò, Felice Casson). Ma di incidenti, grandi e piccoli, se ne registrano in continuazione.
Spesso i rischi per la salute sono limitati o assenti, altre volte gli effetti sono maggiori e più pericolosi.
Qui fotografiamo, attraverso i dati del Ministero dell'Ambiente, la presenza di fabbriche e aziende potenzialmente nocive per la salute. In Italia sono oltre 1000 gli stabilimenti censiti, secondo quanto stabilisce il D. Lgs 334/99 c.m. 238/05 (vedi tabella a pag. 11).
A seconda dei prodotti utilizzati negli stabilimenti, le fabbriche sono inserite in due fasce di pericolosità, alta e bassa. In Veneto si trovano 100 industrie di questo genere. La provincia con la più alta concentrazione è quella di Venezia (dove la parte del leone la fanno Porto Marghera e Fusina), seguita da Vicenza. Ma come si evince dalla tabella, il potenziale rischio è dietro casa di tutti. Nelle prossime pagine tecnici ed esperti ci spiegano qual è il reale stato della nostra sicurezza, quali sono le attività di monitoraggio e prevenzione messe in campo e quali i comportamenti, nel malaugurato caso di un incidente industriale, adottare.





Stabilimenti industriali a rischio di incidente rilevante per fascia di pericolosità al 1° aprile 2010

579

Bassa fascia di pericolosità

525

Alta fascia di pericolosità

Fonte: Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio - Direzione Generale per le Valutazioni Ambientali

L'incidente di Seveso

Si tratta dell'incidente avvenuto il 10 luglio 1976 nell'azienda ICMESA di Meda, che provocò la fuoriuscita di una nube di diossina del tipo TCDD, una tra le sostanze tossiche più pericolose. La nube tossica investì una vasta area di terreni nei comuni limitrofi della bassa Brianza, in particolare Seveso. Non vi furono morti, ma circa 240 persone vennero colpite da cloracne, una dermatosi provocata dall'esposizione al cloro e ai suoi derivati, che crea lesioni e cisti sebacee. Per quanto riguarda gli effetti sulla salute generale, essi sono ancora oggi oggetto di studi. Ricerche effettuate verso la fine degli anni Novanta sulla popolazione femminile hanno mostrato, a venti anni di distanza, una relazione tra esposizione alla TCDD in periodo prepuberale e alcuni disturbi. Uno studio pubblicato nel 2008 ha evidenziato come ancora a 33 anni di distanza dal disastro gli effetti, misurati su un campione statisticamente ampio di popolazione, siano elevati.

Manda un sms al 393 800 3000
e scopri quanto puoi risparmiare con Allianz.

Invia un sms con targa e data di nascita dell'intestatario dell'auto (es: AB123CD gg.mm.aaaa) e scopri quanto puoi risparmiare. Ti basteranno pochi secondi per ricevere una quotazione a un prezzo tra i più competitivi sul mercato*, con tutta la qualità di Allianz. Vieni in agenzia per partecipare al concorso, puoi vincere un iPad 2 a settimana.

Puoi chiedere la tua quotazione anche su www.allianz.it

Il numero di cellulare sarà utilizzato da Allianz per un solo invio di sms relativo alla quotazione. Costo sms in base al proprio piano tariffario, senza spese aggiuntive. Il servizio è disponibile per autovetture ad uso privato. La quotazione comprende: RC Auto + Incendio, Furto e Assistenza.

*Fonte: Quattroruote – Libretto Rosso ed. novembre 2011

Powered by Fastquote

Allianz

Ti aspettiamo:

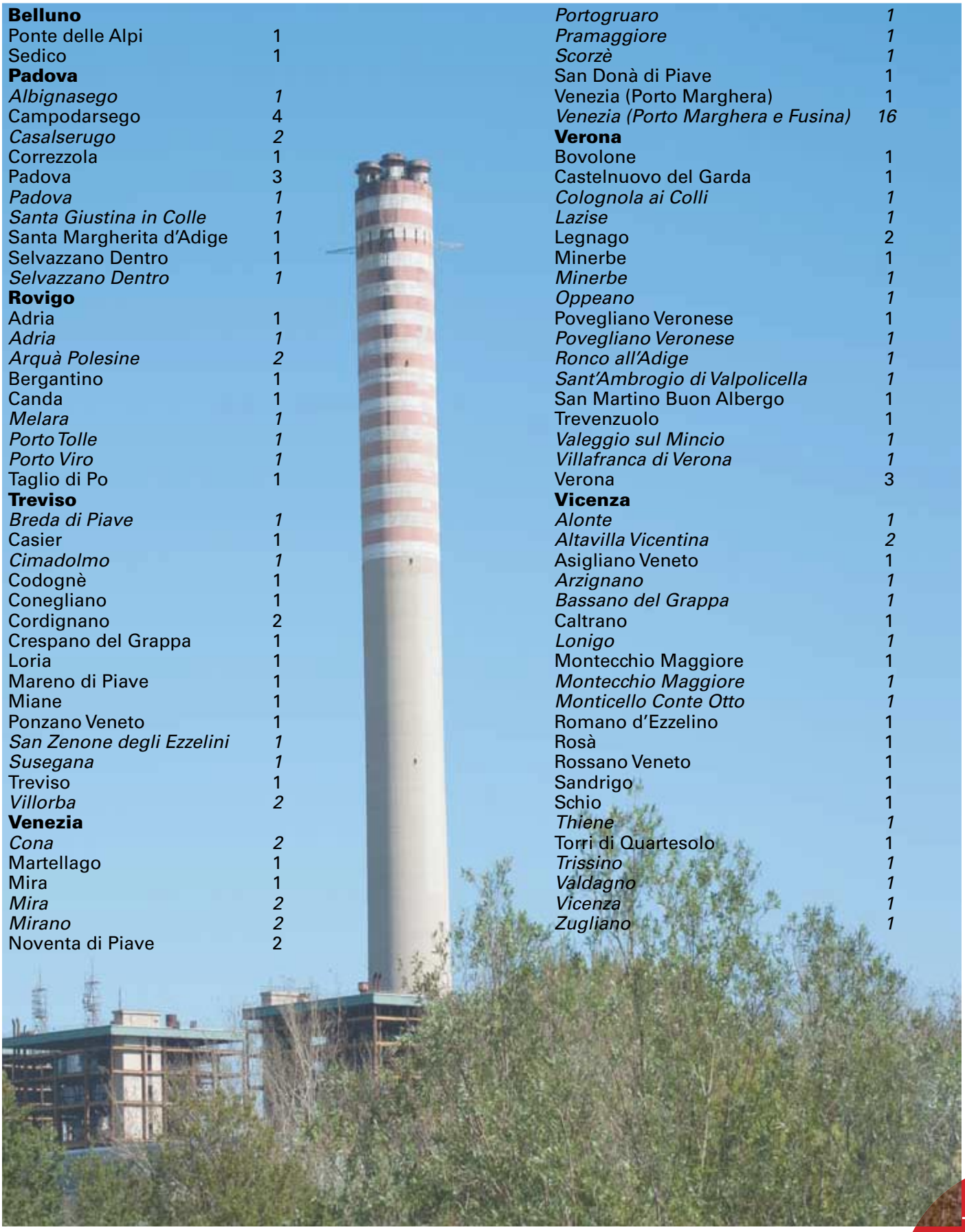
C&D Assicurazioni Srl, Via Polo Marco 3 - Padova (PD)
Tel 049 8804492 - Fax 049 8804714 - E-mail info@cdassicurazioni.it
Orario; Lun - Ven, 8.30 -17.30

Inventario degli stabilimenti suscettibili di causare incidenti rilevanti in Veneto

(Art. 6/7 e *Art. 6/7/8* del D. Lgs 334/99 c.m. 238/05) - Fonte: Ministero dell'Ambiente - Aggiornato ad Aprile 2012

Nell'elenco sottostante, i comuni in cui si trovano gli stabilimenti censiti dal Ministero dell'Ambiente. In corsivo, quelli che ospitano stabilimenti secondo la classificazione prevista dagli articoli 6-7-8 della normativa vigente.

Belluno	
Ponte delle Alpi	1
Sedico	1
Padova	
Albignasego	*1*
Campodarsego	4
Casalserugo	*2*
Correzzola	1
Padova	3
Padova	*1*
Santa Giustina in Colle	*1*
Santa Margherita d'Adige	1
Selvazzano Dentro	1
Selvazzano Dentro	*1*
Rovigo	
Adria	1
Adria	*1*
Arquà Polesine	*2*
Bergantino	1
Canda	1
Melara	*1*
Porto Tolle	*1*
Porto Viro	*1*
Taglio di Po	1
Treviso	
Breda di Piave	*1*
Casier	1
Cimadolmo	*1*
Codognè	1
Conegliano	1
Cordignano	2
Crespano del Grappa	1
Loria	1
Mareno di Piave	1
Miane	1
Ponzano Veneto	1
San Zenone degli Ezzelini	*1*
Susegana	*1*
Treviso	1
Villorba	*2*
Venezia	
Cona	*2*
Martellago	1
Mira	1
Mira	*2*
Mirano	*2*
Noventa di Piave	2
Portogruaro	*1*
Pramaggiore	*1*
Scorzè	*1*
San Donà di Piave	1
Venezia (Porto Marghera)	1
Venezia (Porto Marghera e Fusina)	*16*
Verona	
Bovolone	1
Castelnuovo del Garda	1
Colognola ai Colli	*1*
Lazise	*1*
Legnago	2
Minerbe	1
Minerbe	*1*
Oppeano	*1*
Povegliano Veronese	1
Povegliano Veronese	*1*
Ronco all'Adige	*1*
Sant'Ambrogio di Valpolicella	*1*
San Martino Buon Albergo	1
Trevenzuolo	1
Valeggio sul Mincio	*1*
Villafranca di Verona	*1*
Verona	3
Vicenza	
Alonte	*1*
Altavilla Vicentina	*2*
Asigliano Veneto	1
Arzignano	*1*
Bassano del Grappa	*1*
Caltrano	1
Lonigo	*1*
Montecchio Maggiore	1
Montecchio Maggiore	*1*
Monticello Conte Otto	*1*
Romano d'Ezzelino	1
Rosà	1
Rossano Veneto	1
Sandrigo	1
Schio	1
Thiene	*1*
Torri di Quartesolo	1
Trissino	*1*
Valdagno	*1*
Vicenza	*1*
Zugliano	*1*



Il **ministro Clini** punta il dito contro la **legge 152**

Ferme le bonifiche in Italia: 57 i siti che necessitano di essere risanati

di Ines **Brentan**

L'inquinamento industriale tocca tutta l'Italia, dal Nord al Sud. Sono 57 i siti che necessitano di una bonifica, per cui il Ministero dell'Ambiente ha stanziato, dal 2001 ad oggi ben 2,2 miliardi di euro. Peccato, sottolinea il ministro Corrado Clini, che l'opera di disinquinamento si è arenata per colpa della legge 152 che avrebbe spostato le competenze di bonifica dalle amministrazioni locali alle Province e alle Arpa. Per cui tutto è fermo o quasi. Intanto Clini assicura di fare il possibile perché queste competenze tornino in mano al Ministero.

Ad aprile lei ha firmato un accordo di programma per il risanamento di Porto Marghera, che dovrebbe semplificare le procedure per le bonifiche. Quali sono le caratteristiche di questo accordo?
L'accordo di programma per la bonifica di Porto Marghera rappresenta una pietra miliare nelle politiche di riqualificazione dei Sin. Si tratta, infatti, della prima reindustrializzazione ambientalmente sostenibile. Una riconversione che vuole tutelare l'occupazione attraverso attività compatibili con un territorio delicato come quello della laguna. In particolare l'intesa permette di semplificare le procedure autorizzative, accelerando di fatto, il risanamento dell'area e attirando così nuovi investimenti pubblici e privati. Il Ministero dell'Ambiente ha già fatto la sua

parte stanziando 9 milioni di euro. Il progetto complessivo prevede la riqualificazione ambientale dell'Isola della Certosa e della zona portuale, creando rispettivamente un parco urbano e un eco distretto e trasformando completamente l'ex polo industriale di Marghera in un centro dedicato alle fonti rinnovabili e all'efficienza energetica. Grazie al parco urbano e all'eco distretto, si potranno ridurre di circa 4.200 tonnellate le emissioni annuali di CO_2, mentre la produzione di elettricità verde, si stima che arriverebbe a toccare i 7.300 MWh ogni dodici mesi.

Il fatto che questo accordo sia stato siglato proprio a Porto Marghera, rappresenta secondo lei una particolare attenzione del Governo per quest'area? Può diventare modello per altre situazioni in Italia?
Marghera è diventato un modello per tutti gli altri siti d'interesse nazionale che attendono urgenti misure di ripristino ecologico. Lo abbiamo visto con l'Ilva, dove il precedente di Porto Marghera ha agevolato il proces-

so di accordo tra istituzioni, azienda e parti sociali a Taranto. Non solo. Il modello Marghera permetterà di aprire nuove prospettive per lo sviluppo di aziende verdi e rinnovabili in tutto il Paese.

Secondo i dati del Ministero dell'Ambiente, in Italia ci sono, tra alta e bassa fascia di pericolosità, più di 1000 stabilimenti potenzialmente a rischio. Cosa fa il Ministero per monitorare e controllare?

Sono 57 i siti di interesse nazionale da disinquinare in Italia e corrispondono al 2% circa del territorio nazionale: 500mila ettari a terra e 90mila a mare. Si va da Porto Marghera al Sulcis, da Taranto a Cengio. Il Ministero dell'Ambiente ha stanziato per i Sin 2,2 miliardi di Euro, dal 2001 ad oggi. La somma è destinata solo agli interventi pubblici o di interesse pubblico. I privati invece, intervengono con propri investimenti, così come avvenuto laddove l'attività di bonifica è già cominciata. Su circa 20 Sin, infatti, il Ministero ha concluso la sua parte di attività, ma, da quando è intervenuta la legge 152 che ha spostato le competenze alle Province e alle Arpa, c'è stato un rallentamento delle attività, anzi in molti casi un blocco vero e proprio. Oggi tutto il sistema di bonifiche si svolge, nella stragrande maggioranza dei casi, in regime di emergenza. Opere di risanamento mai compiute come ad esempio la laguna di Grado e Marano: dopo lo stanziamento di soldi in regime di emergenza le bonifiche non sono mai partite e ci si ritrova oggi con un passivo di 100milioni di euro e un'indagine della magistratura. Ma la situazione non è diversa a Bagnoli o a Porto Marghera. Un sistema marcio, una palestra per mungere soldi allo Stato anziché bonificare. In assenza delle amministrazioni locali, deresponsabilizzate perché sostituite da commissari e strutture di missione. Noi stiamo intervenendo per fermare questa deriva e riprendere in mano l'intera situazione. Prima di tutto riconducendo in capo al ministero le competenze che gli erano state tolte, e poi, tornando ad una gestione ordinaria. Certo siamo ancora pieni di problemi perché il sistema che abbiamo interrotto produce strascichi ma, alcune situazioni positive come Porto Marghera ci fanno ben sperare.

Qualità di Immagine
Straordinaria

GINOCCHIO FSE T2 Sagittale

POLSO XBONE Coronale

- Semplice da installare (in soli 9 mq e senza gabbia)
- Ottimizza il flusso di lavoro quotidiano
- Riduce le liste d'attesa
- Combina efficienza e wproduttività, abbattendo tempi e costi

O·scan
Dedicated MRI

Il complemento perfetto dei sistemi Whole-Body in RM articolare

esaote
Creativity in Healthcare

"Impresa Campione dell'Innovazione" 2010

Esaote s.p.a. 16153 Genova - Via Siffredi 58 - Tel. 010/6547.1 - Fax 010/6547.275
50127 Firenze - Via di Caciolle 15 - www.esaote.com

Bonifica dei siti inquinati

Conte: «È il nostro imperativo»

L'assessore regionale all'Ambiente: «Già erogati più di 100 milioni di euro per il disinquinamento»

di Ines **Brentan**

Se il braccio che agisce sul territorio è l'Arpav, la mente degli interventi di monitoraggio e prevenzione è la Regione. Ne parliamo con l'assessore all'Ambiente Maurizio Conte.

In Veneto ci sono cento stabilimenti potenzialmente pericolosi, quali sono le competenze della Regione?
La Regione svolge un lavoro di prevenzione e monitoraggio tramite la collaborazione con Arpav.

Cosa è stato fatto finora?
In generale noi garantiamo una supervisione a monte mediante l'istruttoria preventiva in caso di nuovo impianto o di modifica dello stesso, il controllo successivo nelle normali condizioni di funzionamento dell'impianto e quello che si verifica durante l'emergenza. Nel primo caso tramite l'affidamento ad Arpav di controlli a camino delle emissioni secondo un programma ben definito e concordato con le Province per la verifica delle condizioni e delle prescrizioni previste nell'autorizzazione. Nel secondo caso, invece, interveniamo, sempre tramite l'Agenzia di Prevenzione Ambientale, su segnalazioni od esposti o dopo che si è verificato un incidente industriale proprio per fare i rilievi e valutare il rischio per l'ambiente e per la salute dei cittadini. Quando c'è l'emergenza, ad esempio è capitato per alcuni incendi a stabilimenti che trattavano rifiuti o comunque materiali altamente inquinanti, siamo in grado di garantire l'allarme in tempi rapidi e gestire l'evento in modo da evitare il peggio.

Quali sono ai suoi occhi le situazioni più pericolose?
E' difficile fare una lista, perché in realtà qualsiasi impianto chimico e industriale può rivelarsi potenzialmente pericoloso. Dobbiamo, secondo me, puntare su un obiettivo fondamentale che è quello di prevenire grazie al monitoraggio continuo. D'altra parte c'è anche da dire

che il mondo dell'impresa sta facendo la sua parte: lo provano le autorizzazioni e le prescrizioni specifiche di alcuni impianti. Le imprese sono sempre più sensibili al mantenimento e alla valorizzazione dell'ambiente. Per questo si preoccupano dell'adeguamento degli impianti, guardano ai nuovi sistemi di abbattimento degli inquinanti, scommettono sulle nuove tecnologie e sulle giuste professionalità.

Sui giornali si parla spesso di Porto Marghera e di Porto Tolle, sono effettivamente secondo lei le situazioni più pericolose o ce ne sono alcune oscure e sottovalutate?
Sono considerate le più pericolose perché sono quelle con maggiore concentrazione di aziende. Ma nel territorio veneto ci sono parecchie attività produttive a rischio inquinamento che, pur avendo una dimensione piccola, presentano gli stessi rischi di un'altra azienda che ad esempio è collocata all'interno di Porto Marghera.

Spendiamo qualche parola in più per la centrale Enel di Porto Tolle dove sembra che la riconversione a carbone non sia più un miraggio…
Infatti, dopo l'ultima sentenza del Consiglio di Stato, si è ripreso l'iter autorizzativo per la riconversione. La nuova centrale produrrà un impatto ridottissimo nell'atmosfera in quanto le riemissioni di CO2 andranno nel sottosuolo e si potrà disporre di una potenza installata di circa 1900 MW. Il Veneto con quest'opera potrebbe così diventare autonomo dal punto di vista del rapporto tra produzione e consumo di energia elettrica. Sarà però la Commissione tecnica VIA a dare il giudizio sulla compatibilità ambientale dell'impianto, non la politica, ed Enel dovrà mantenere gli impegni assunti. Anche se ridotti, gli impatti sull'ambiente ci sono ma bilanciati da vantaggi assolutamente indiscutibili.

Oltre al carbone, secondo lei assessore, si potrebbe puntare su qualche altra fonte energetica "pulita"?
Per far realmente fronte al fabbisogno energetico, l'offerta si deve differenziare, dall'idroelettrico all'utilizzo del fotovoltaico, si può parlare anche del metano ma escludendo l'utilizzo del sottosuolo per i problemi connessi al bradisismo che caratterizza una parte della pianura padana. Un supporto potrebbe venire invece dal metano liquido, veicolato e trasformato da navi rigassificatrici, ma ripeto, credo fermamente che la soluzione sia nell'integrazione di più fonti di energia.

Tornando alla questione degli stabilimenti e dei siti inquinati, a che punto sono le bonifiche?
Per quanto riguarda Porto Marghera siamo già partiti da tempo con le bonifiche dei canali e dell'area dei depositi. Ora l'obiettivo con il privato, e in particolare con Eni, sarà quello di bonificare i terreni e metterli in sicurezza per dare la possibilità alle nuove aziende di sostituire gli impianti per la cosiddetta riconversione produttiva. Ribadisco che la questione delle bonifiche non riguarda solo Porto Marghera, il territorio del Veneto, fortemente industriale, ha numerose aree inquinate in seguito a dismissioni di impianti produttivi, si va dalle galvaniche alle pompe di benzina con un'articolazione di problemi differenti ma tutti di grande importanza sul piano ambientale. Nella nostra regione, come in altri Paesi industrializzati ove il territorio rappresenta una risorsa limitata, la presenza di aree industriali dismesse e degradate e di siti contaminati da discariche abusive, oltre a rappresentare un pericolo per l'ambiente, costituisce un danno economico, per questo stiamo investendo molto. In Veneto di siti contaminati in cui si prospetta la possibilità di un interveneto con fondi pubblici, in mancanza di soggetti privati, ne sono stai censiti oltre 160. Dal 2009 ad oggi abbiamo assegnato per la bonifica di tali aree inquinate, a sessanta comuni del Veneto, 90 milioni di euro come fondo di rotazione e altri 5 milioni e mezzo come contributo a fondo perduto. A questi finanziamenti, erogati sempre ai Comuni, si aggiungono oltre 12 milioni derivanti da fondi europei. Inoltre proprio a fine luglio abbiamo pubblicato un altro bando destinato agli enti locali del Veneto, per l'assegnazione di 300 mila euro per la redazione di studi, progetti ed indagini ambientali sempre connessi con la bonifica di siti inquinati. E' un impegno continuo in cui crediamo molto.

FINANZIATI STUDI E PROGRAMMI PER BONIFICA SITI INQUINATI

All'inizio dell'anno è stato effettuato dalla giunta regionale, su relazione dell'assessore all'ambiente Maurizio Conte, il riparto sul bilancio 2011 dei fondi destinati a studi e programmi per le fasi preliminari alle operazioni di bonifica di siti inquinati. Gli interventi finanziati sono in tutto 24 e riguardano le province di Padova, Rovigo, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza. Nel dettaglio:

In provincia di Padova:

- Comune di San Giorgio delle Pertiche - Redazione di studi, progetti e indagini per la bonifica dell'area di pertinenza della ex Cromatura Sarti Snc sita in via del Santo 95 (contributo 12.500 euro)
- Comune di Granze - Nuovo PDC a fronte di rilevamento di nuovi rifiuti pericolosi interrati illecitamente lotto di proprietà dell'Agenzia per la Trasformazione del Territorio (36 mila euro)

In provincia di Rovigo:

- Comune di Lendinara - Esecuzione in via sostitutiva PDC su area contaminata in via Santa Maria Nuove della ditta Lendinarese Petroli (32 mila euro);
- Comune di Badia Polesine - Indagine e messa in sicurezza già avviate e programmate in un tratto di scolo consorziale Villafora (1.200 euro);
- Comune di Porto Viro - Redazione PDC ex discarica RSU e Speciali in loc. Contarina (85.000 euro);
- Comune di Adria - Redazione studio PDC del sito ex area Caffaro loc. Bottrighe (24.000 euro):
- Comune di Adria - Studio PDC area ex Polichimica loc. Bottrighe (27.000 euro);
- Comune di Adria - Studio PDC area ex distributore via Dante loc. Bottrighe (4.500 euro);

In provincia di Treviso:

- Comune di Treviso - Indagini ambientali e progetto idraulico ex discarica di via Orsenigo (100.000 euro);
- Comune di Sernaglia della Battaglia - PDC analisi ex discarica loc. Masarole (55.500 euro);
- Comune di Codognè - Area caserma Maset studio e realizzazione Piano di Indagine Ambientale (55.500 euro);

In provincia di Venezia:

- Comune di Venezia - Intervento PDC Sito Vaschette 2 perimetro esterno SIN (50.000 euro);
- Comune di Venezia - Progetto Operativo di bonifica ex cave Casarin Parco Don Sturzo Carpenedo (42.000 euro);

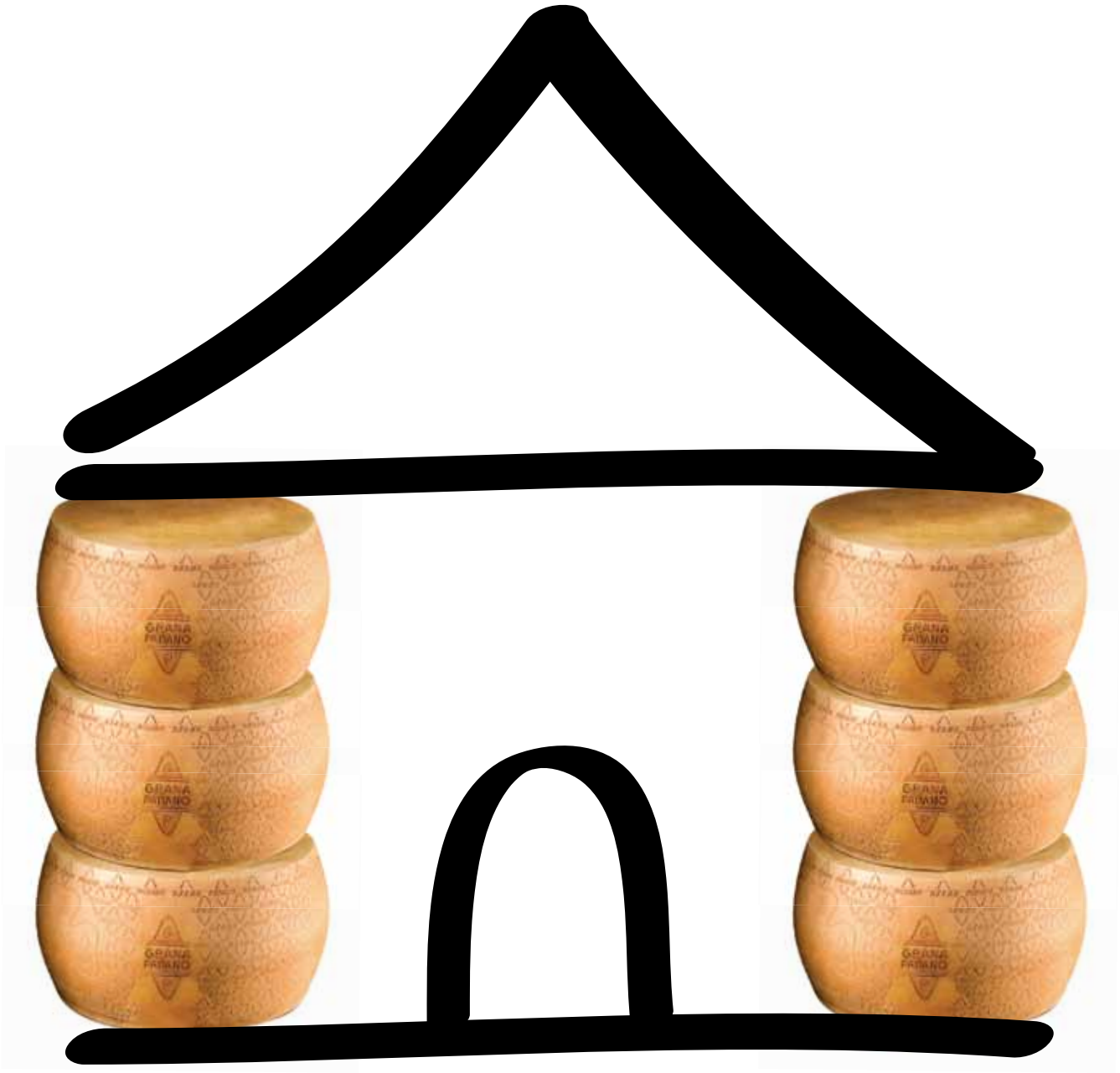
In provincia di Verona:

- Comune di Brentino Belluno - Spese sostenute in area demaniale per rimozione e bonifica di un deposito abusivo di amianto (1.000 euro);
- Comune di Tregnago - Spese di rimozione materiali inquinanti individuati nel terreno sottostante l'edificio pubblico denominato Polo Scolastico (20.000 euro);
- Comune di San Bonifacio - Esecuzione indagini ambientali in loc. Lioncello (50.000 euro);
- Comune di Valeggio sul Mincio - Esecuzione di studi, progetti e indagini ex discarica Cà Baldassarre (119.000 euro);
- Comune di Illasi - Ripristino Ambientale del sito SIR denominato Bocca Scalucce (38.000 euro);
- Comune di Colognola ai Colli - Ripristino ambientale del SIR denominato Bocca Scalucce (38.000 euro);
- Comune di Verona - Piano della Caratterizzazione e relative analisi di un area industriale dismessa denominata Tiberghien (42.500 euro);
- Comune di Isola della Scala - Indagini ambientali e Piani della Caratterizzazione per deposito di limi contaminati derivanti da escavazioni eseguite da ENEL in loc. Cercomano; interramento rifiuti costituiti da animali avicoli in via Valtonda; interramento rifiuti costituiti da animali avicoli in via Tondello; escavazione e interramento rifiuti in loc. Cà Magre; depositi abusivi di rifiuti in aree private con procedura penale in corso (60 mila euro);
- Comune di Bovolone - Approfondimento di indagini ambientali presso sito in via Valle Menago (22.000 euro);
- Comune di Cerea - Redazione progetto definitivo su un sito potenzialmente inquinato causa interramento abusivo di rifiuti urbani e speciali in loc. Santa Teresa in Valle (18.000 euro);

In provincia di Vicenza:

- Comune di Vicenza - Indagini ambientali e PDC analisi di rischio progetto MISO area comunale sede AIM (66.300 euro).

Ricominciare insieme è possibile



www.mistralpubblicita.it

Per tutelare la qualità e la sicurezza dei nostri consumatori abbiamo ritirato dal mercato tutte le forme danneggiate e non più utilizzabili.
Sostienici anche tu acquistando il **Grana Padano DOP solidale.**
Il Consorzio di Tutela devolverà parte del ricavato di azioni specifiche ed opportunamente segnalate dalle catene di distribuzione alla ricostruzione dei comuni colpiti dal terremoto.

www.granapadano.it

Gli angeli custodi dell'**Arpav**

108 le aziende "Seveso" in Veneto sotto la lente di ingrandimento di Arpav

di Ines **Brentan**

L'acronimo Arpav nasconde due aspetti fondamentali dell'Agenzia regionale ambientale del Veneto, ossia quello della prevenzione e quello della protezione. Non solo Arpav tende a prevenire gli incidenti (in questo caso parliamo di quelli industriali) monitorando e controllando in maniera costante le aziende classificate come pericolose, ma interviene tempestivamente con tecnici e apparecchiature sofisticate quando l'incidente è avvenuto, quando cioè la domanda diventa se c'è pericolo o no per i cittadini. Con il direttore generale di Arpav Carlo Emanuele Pepe (in alto, nella foto) abbiamo fotografato la situazione in Veneto e abbiamo scoperto che nel veneziano, a Porto Marghera, c'è la maggior concentrazione di aziende potenzialmente pericolose, per cui viene impiegata una strumentazione all'avanguardia che i cinesi cercano di copiare, la Simage.

In Veneto si contano 108 aziende "Seveso" (quelle classificate potenzialmente più pericolose), di cui la maggior parte si trova nella provincia di Venezia, c'è da preoccuparsi?

Grazie all'evoluzione della normativa, che punta sempre di più sulla prevenzione e la sicurezza, direi che i cittadini possono dormire sonni tranquilli. Abbiamo avuto un incremento nelle attività di controllo e, in particolare, per quanto riguarda le cosiddette aziende "Seveso" (classificate in base al decreto legislativo 334 del 1999, la cosiddetta legge "Seveso"), c'è maggiore attenzione: sono obbligate ad attuare tutta una serie di azioni di auto-controllo, su cui Arpav insieme a Regione e Provincia vigilano.

In pratica mi spiega come operate?
La nostra attività sul territorio è soprattutto programmata, ma interveniamo anche nei casi di emergenza quando si verificano degli incidenti come incendi, versamenti, morie di pesci. I nostri controlli vengono effettuati a sorpresa, una o due volte all'anno. Ma in alcuni casi si arriva anche a dieci verifiche. Dipende dall'azienda in questione, dai materiali che tratta, dalla nostra esperienza e, naturalmente, dal fatto che una fabbrica sia stata trovata in regola oppure no. Quando entriamo in un'azienda gli facciamo i raggi X: le verifiche sono a 360 gradi e riguardano l'ambito amministrativo e gestionale. Si controllano gli impianti, il loro stato di salute tanto per intenderci, e si verifica se c'è la giusta manutenzione degli stessi. Non solo: verifichiamo a campione il materiale che entra in fabbrica e quello che esce.

Ci sono situazioni monitorate in modo specifico?
Attualmente impieghiamo il sistema "Simage" per Porto Marghera. Si tratta di una sala operativa all'avanguardia nella gestione delle emergenze. I cinesi vengono di continuo a vedere come funziona, incuriositi dall'efficacia e dalla novità della strumentazione. In pratica il territorio è monitorato da sensori molto sensibili in grado di captare nell'aria qualsiasi variazione che possa comportare un ri-

Gli stabilimenti pericolosi

Si possono distinguere tre tipi di stabilimenti pericolosi sia per l'uomo che per l'ambiente. Arpav li elenca per grado decrescente di pericolosità:
1) Le aziende "Seveso" o a rischio di incidente rilevante. Cioè quelle aziende che producono, trasformano o trattano sostanze pericolose, del tipo infiammabili, tossiche, esplodenti e pericolose per l´ambiente. In quanto tali sono soggette a diversi obblighi, previsti dal decreto legislativo 334 del 1999 e s.m.i. (la cosiddetta legge "Seveso").
2) Le aziende IPPC (Integrated Pollution Prevention and Control), che per la tipologia e quantità di materiali usati sono assoggettati all'autorizzazione integrata ambientale (ad esempio acciaierie, termovalorizzatori, aziende zootecniche, discariche, macelli).
3) Altre aziende che possono avere degli effetti sull'ambiente e per le quali necessitano di specifiche autorizzazioni (per lo scarico, le emissioni, il trattamento di rifiuti).

ATTIVITA' DI PREVENZIONE
controlli sulle fonti di pressione

Attività	Realizzato 2011	Pianificato 2011	Realizzato 2010
CONTROLLI SU AZIENDE PER RISCHI DI INCIDENTI RILEVANTI			
impianti totali	41	34	57
controlli totali	343	144	537
CONTROLLI SU IMPIANTI AD IMPATTO AMBIENTALE RILEVANTE (IPPC – AIA)			
impianti totali	249	116	230
controlli totali	1.920	667	2.483
CONTROLLI SU ALTRI IMPIANTI O FONTI DI PRESSIONE			
impianti totali	1.288	1.025	1.373
controlli totali	5.325	3.532	6.337
CONTROLLI SULLE STAZIONI RADIOBASE E IMPIANTI RADIOTELEVISIVI			
impianti/siti totali	267	282	299
controlli totali	626	539	611
CONTROLLI SU OGGETTI DI CONTROLLO GENERICO (OCG)			
impianti/siti totali	2.863	2.209	3.229
controlli totali	5.475	3.369	6.985

schio per la salute dei cittadini. Il sistema lo rileva in tempo reale e lo comunica tramite sms, i display che ci sono lungo le strade e anche con l'ausilio delle sirene.

Quali comportamenti si devono adottare in caso di incidente industriale?
Dipende dal tipo di incidente. In generale è bene evitare di andare in strada. Si consiglia di rimanere a casa e di tenere chiuse le finestre. Se è necessaria un'evacuazione, sarà il sindaco a comunicarlo grazie alla nostra segnalazione.

Nella sua esperienza, qual è la situazione più difficile che ha dovuto affrontare?Proprio di recente. Questa estate un incendio ha colpito una grande azienda di stoccaggio e trattamento di rifiuti pericolosi a Marcon, nel veneziano. Questa azienda non esiste più, è fallita da un po'. Per cui non c'è più nessuno in quell'area, tranne i residenti preoccupati, a ragione, dei capannoni farciti di rifiuti tossici ancora in attesa di essere smaltiti. Quando sono stato informato che uno di questi contenitori aveva preso fuoco, ho agito all'istante con il massimo delle forze di cui potevo disporre per evitare il peggio. Tutto si è risolto al meglio.

L'Arpav a Porto Marghera

Per effettuare i controlli sulle aziende a rischio di incidente rilevante, all'interno del Petrolchimico di Porto Marghera, Arpav si serve di quattro ingegneri, oltre ad un dirigente dell'unità organizzativa. Spesso, in caso di ispezioni ambientali presso le aziende Seveso, viene utilizzato anche personale tecnico del Servizio Controllo Fonti di Pressione del DAP di Venezia, soprattutto quando l'attività ispettiva comporta il campionamento ed analisi delle emissioni in atmosfera e agli scarichi idrici. Spesso nell'ambito dell'attività di controllo, vengono effettuati anche dei controlli sulle emissioni in atmosfera e agli scarichi, al fine di verificare il rispetto dei limiti stabiliti dall'autorizzazione. Secondo il censimento del Ministero dell'Ambiente, in Veneto si contano 108 aziende potenzialmente pericolose (rientranti nel campo di applicazione degli art. 6- 7 e 8 del D.Lgs. 334/99).

A pag. 19, tecnici Arpav impegnati nella verifica impianti. A pag. 20, durante un incendio, la verifica dell'inquinamento in un canale e il controllo di impianti in una fabbrica.

Da Porto Marghera a Taranto Casson: «40 anni passati **per niente**»

L'ex magistrato del processo al Petrolchimico: «Quando un operaio è costretto a scegliere tra la propria salute e il lavoro, significa che la politica ha fallito»

Alla luce di quello che è successo a Taranto, per l'Ilva, abbiamo chiesto all'ex magistrato Felice Casson di ripercorrere gli anni in cui si è occupato del processo per le morti causate dalle lavorazioni di Cvm e Pvc e dell'amianto a Porto Marghera, nel veneziano.

Quello che è successo a Taranto, per l'Ilva, mi ha fatto subito pensare che quarant'anni sono trascorsi per niente. Un film già visto con il Petrolchimico di Marghera. L'esperienza, a quanto pare, non sempre insegna. Subito la mente è andata indietro nel tempo, mi sono ricordato delle dichiarazioni di Eugenio Cefis, ex presidente dell'Eni e della Montedison che sosteneva, con arroganza, che avrebbe chiuso la fabbrica e sarebbe andato altrove. Stesso copione, stesse parole per Emilio Riva, uno dei proprietari dell'Ilva di Taranto. Tutto questo è sconcertante. E' sconcertante leggere le loro dichiarazioni, guardarli mentre le rilasciano. Non importa che muoiano gli operai, non importa che si ammalino i cittadini. La magistratura li ostacola? Non è un problema perché possono andare altrove. Ma quello che è successo, prima nel veneziano e oggi nel sud della penisola, a Taranto, dimostra come ci sia una

grossa responsabilità della politica. Quando un operaio, che è l'anello più debole della catena produttiva, è costretto a scegliere tra la propria salute e il lavoro, significa che la politica ha fallito. Ricordo un giovane operaio di trent'anni che mi aveva avvicinato quando mi occupavo del processo di Porto Marghera e mi disse che, pur di lavorare, pur di garantire il pane a sua moglie e ai figli avrebbe rischiato di ammalarsi di cancro. Non lo spaventava il fatto che molti suoi colleghi erano già scomparsi, 152, per tumore, lo spaventava di più perdere il posto di lavoro. E anche a Taranto si ammalano, lì a cadere sono anche i bambini, i neonati. Eppure i proprietari sapevano che le polveri dell'acciaio erano nocive e tossiche per la salute degli operai e delle famiglie che abitavano in quella zona. Come lo sapevano i dirigenti di Porto Marghera, addirittura avevano occultato i documenti che attestavano la pericolosità delle sostanze che venivano impiegate in fabbrica. Addirittura gli operai venivano visitati solo un paio di volte all'anno dai sanitari che dovevano svolgere l'attività di controllo e monitoraggio. E anche se avremmo avuto la possibilità di evitare queste stragi (prima in Veneto e oggi in Puglia) - basta pensare che il primo studio che attesta la pericolosità del Cvm risale al 1949 e che si sa che l'amianto è cancerogeno dagli anni Sessanta - non lo abbiamo fatto: tutti siamo stati fermi e quando ci siamo mossi, lo abbiamo fatto troppo lentamente. La politica in primis, che oggi ha un grande debito etico e sociale, gli enti sanitari e anche la magistratura. Intanto, proprio in queste ultime ore, qualcosa si sta muovendo, in particolare per l'amianto, dove il Governo darà in tempi brevi risposta su tre punti: far partire il fondo per le vittime di amianto; intervenire per censire e bonificare i siti contaminati da amianto; puntare ad una maggiore sorveglianza sanitaria e ad una diagnosi precoce.

La scheda

Felice Casson è nato a Chioggia nel 1953. È magistrato di Cassazione, docente universitario, consigliere comunale a Venezia e autore di vari libri. Entrato nel 1980 in magistratura come pubblico ministero, protagonista di inchieste scottanti. È balzato alla ribalta con lo smascheramento dell'operazione Gladio, ma è stato protagonista di molte inchieste dalla strage di Peteano alle deviazioni dei servizi segreti, dalla tangentopoli veneta all'amianto a Marghera, fino all'incendio al teatro La Fenice di Venezia. Ha insegnato Diritto dell'ambiente all'Istituto universitario di architettura di Venezia e all'università telematica internazionale Uninettuno. Ha lasciato la magistratura nel 2005 per candidarsi sindaco di Venezia, perdendo poi al ballottaggio per pochi voti contro il vecchio sindaco Massimo Cacciari. Alle elezioni politiche del 2006 è stato eletto senatore, come indipendente nelle file dei Democratici di sinistra. Poi nelle elezioni del 2008 è stato rieletto senatore per il Partito democratico e nominato vicepresidente dei senatori del Pd. È componente della Giunta delle elezioni e delle immunità parlamentari, della commissione Giustizia e del Comitato permanente per i procedimenti di accusa. Componente della direzione politica del Partito Democratico.

Informatica e medicina generale

Gli strumenti di una prevenzione e diagnosi precoce, per combattere i tumori

© Can Stock Photo Inc. / picturepartners

di Antonella **Prigioni**

Il tumore ha cause multifattoriali. L'inquinamento è una di queste, ma non l'unica e tanto meno quella determinante. Perché l'inquinamento stesso ha molte origini, anche organiche. Un esempio per tutti i gas prodotti dagli allevamenti zootecnici. I nitrati che diventano in atmosfera, particelle di Pm10. L'approccio alla cura della malattie neoplastiche, da parte del sistema sanitario deve essere quindi sistemico e di prevenzione.

"Ogni tipo di politica sanitaria regionale scaturisce dai dati epidemiologici che sono il risultato degli screening, lo strumento fondamentale per fare prevenzione, l'unica efficace arma contro il tumore, oltre all'impegno di rendere meno sporco questo pianeta.

L'inquinamento esiste - sottolinea Luca Coletto assessore alla sanità del Veneto - è il rovescio della medaglia del benessere e dell'evoluzione, il conto da pagare anche per avere un'aspettativa di vita che è di 79 anni per gli uomini e 84 per le donne. In Congo Belga, non c'è inquinamento, ma l'aspettativa di vita è di 40 anni. Ci sarà pure un motivo. Attenzione quindi a non confondere il sacro con il profano".

Intervenire per la salute pubblica in modo onesto ed efficace, vuol dire investire in forza lavoro, sviluppo e ricerca. Elementi chiave per abbattere le fonti di inquinamento, sostituendole con sistemi eco-compatibili.

"All'ospedale di Este abbiamo installato pannelli solari geotermici - evidenzia Coletto - il calore lo attingiamo dal sottosuolo, senza inquinare l'atmosfera con combustioni e adottando nuove tecnologie, abbiamo anche creato un nuovo indotto produttivo.

L'aver poi introdotto i costi standard per le prestazioni sanitarie in tutto il territorio regionale, garantisce a tutti un accesso agli screening di prevenzione e sui quali non cala la scure dei tagli. L'informatizzazione e l'operatività dei medici di base diffusa e in rete, come prevede il nuovo Piano socio sanitario, sono gli altri due fattori fondamentali per monitorare la salute dei cittadini, garantendone una migliore qualità. Inviare un elettrocardiogramma via mail in tempo reale al medico di base, allo specialista, vuol dire assistenza continua, diagnosi precoce, quindi prevenzione e cura più veloce e spesso salvavita".

L'indagine di Legambiente sugli **illeciti ambientali**

33.817 i reati in Italia nel 2011 e il Veneto non ne è esente

di Margherita **De Nadai**

Immagine tratta dal sito di Legambiente.

Ecomafia 2012, l'indagine annuale di Legambiente sull'illegalità ambientale, anche quest'anno testimonia una situazione italiana grave, con stime e cifre impressionanti: 33.817 i reati ambientali scoperti nel 2011, quasi 93 al giorno, nonché il 9,7 per cento in più rispetto all'anno precedente; 18 le amministrazioni comunali sciolte per infiltrazioni mafiose solo nei primi mesi del 2012, per reati spesso legati al ciclo illegale del cemento; 16,6 i miliardi di euro accumulati l'anno scorso da ecomafiosi ed ecocriminali in traffici illeciti; 27.969 le persone denunciate (7,8 per cento in più rispetto al 2010); triplicati gli illeciti nel settore agroalimentare e aumentati i reati contro il patrimonio faunistico, gli incendi boschivi, i furti delle opere d'arte e dei beni archeologici. Un business contrastato con impegno e perizia dalle forze dell'ordine che, solo nel 2011, hanno effettuato 8.765 sequestri e 305 arresti (100 in più rispetto all'anno precedente, con un incremento del 48,8 per cento). E in Veneto, com'è la situazione? La criminalità ambientale è un fenomeno di cui nessuna regione è esente, nemmeno la nostra. Ce lo conferma l'Osservatorio "Ambiente e legalità", una struttura di servizio e di raccordo tra diversi soggetti che si occupano di difesa dell'ambiente e dei beni comuni, fondamentale per comprendere la natura e le dimensioni delle minacce e degli attacchi che minano la qualità degli ecosistemi. Nell'ultimo rapporto (2012) vengono segnalate illegalità riguardo la gestione dei rifiuti: in tempi recenti sono stati diffusi i casi di imprenditori locali scoperti a stipulare alleanze con organizzazioni criminali. Un fenomeno sommerso e poco rumoroso, che si traduce in un accorto reinvestimento del denaro sporco attraverso l'acquisizione di ditte impegnate nella gestione legale dei rifiuti, con il rischio che i capitali mafiosi possano mimetizzarsi nel tessuto economico e imprenditoriale, facendo perdere le loro tracce. Occhi bene aperti anche sui traffici internazionali: il Veneto - Venezia in particolare - gioca un ruolo di snodo nella tratta verso l'Oriente, e il polo geografico di destinazione di maggiore importanza per le spedizioni irregolari risulta essere la Cina. Anche il ciclo del cemento rappresenta una fetta consistente della criminalità ambientale: per quanto riguarda gli illeciti si constata un incremento in valori assoluti del Veneto (164 illeciti contro i 130 del 2010), che scala di quattro posizioni, passando dal sedicesimo al dodicesimo posto. Questo accade nella regione in cui l'11 per cento del suolo risulta urbanizzato (rispetto alla media nazionale del 7,6 per cento), dove a muovere betoniere ci sono anche interessi e capitali sospetti come documentano gli ormai numerosi casi di imprese edili legate alle organizzazioni criminali. Le zone più colpite sono il veronese e il litorale del Veneto orientale. In tale ambito, vera emergenza nazionale rimane comunque la corruzione e il Veneto, anche stavolta, non fa eccezione: dalle indagini, infatti, risulta aumentata in maniera notevolissima pure nella nostra regione.

Ammalare l'ambiente e **ammalarsi**

Minor inquinamento, maggior salute

a cura di
Antonella **Prigioni**

Non è un semplice rapporto di causa-effetto. Le sostanze cancerogene che ci sono nell'aria e che assorbiamo ogni giorno, sono certamente qualcosa di nocivo per il nostro organismo, ma la loro presenza non è direttamente ed esclusivamente correlata all'insorgenza di malattie oncologiche. Il tumore, si sa, ha un'origine multifattoriale. Il rapporto tra il cancro e l'ambiente di vita è stato analizzato dai più eminenti oncologi del mondo. Un dato è comunque certo, i fattori ambientali, quelli a cui ognuno è involontariamente esposto, rappresentano un rischio oncogeno non trascurabile, e lo testimonia l'incidenza di tumori anche in giovani e giovanissimi. "Vi è infatti una crescente evidenza che l'esposizione anche a dosi bassissime di agenti esogeni, specie in fasi cruciali dello sviluppo, è in grado di modificare l'assetto genetico intervenendo nel processo di cancerogenesi", si legge in una pubblicazione a cura di Patrizia Gentilini, dell'Associazione Italiana Medici per l'Ambiente.
Fatta salva questa premes-

	Maschi		
	0-44	45-64	65+
1	**Testicolo** 15.0% 51 casi/anno	**Prostata** 20.8% 407 casi/anno	**Prostata** 24.0% 1061 casi/anno
2	**LNH** 11.7% 40 casi/anno	**Colon retto** 13.6% 267 casi/anno	**Polmone** 17.1% 758 casi/anno
3	**Melanoma** 10.5% 35 casi/anno	**Polmone** 12.1% 237 casi/anno	**Colon retto** 13.1% 577 casi/anno
4	**Encefalo e altro SNC** 6.3% 21 casi/anno	**Vescica** 7.6% 149 casi/anno	**Vescica** 9.1% 403 casi/anno
5	**Linfoma di Hodgkin** 6.3% 21 casi/anno	**VADS** 7.6% 149 casi/anno	**Testicolo** 15.0% 213 casi/anno

	Femmine		
	0-44	45-64	65+
1	**Mammella** 37.6% 201 casi/anno	**Mammella** 41.3% 733 casi/anno	**Mammella** 23.7% 755 casi/anno
2	**Melanoma** 10.9% 58 casi/anno	**Colon retto** 11.1% 196 casi/anno	**Colon retto** 15.1% 481 casi/anno
3	**Tiroide** 10.9% 58 casi/anno	**Utero** 8.7% 154 casi/anno	**Polmone** 7.6% 243 casi/anno
4	**Utero** 7.3% 39 casi/anno	**Polmone** 4.4% 79 casi/anno	**Pancreas** 5.0% 160 casi/anno
5	**Colon retto** 4.5% 24 casi/anno	**Tiroide** 4.0% 70 casi/anno	**Utero** 5.0% 159 casi/anno

sa, risulta evidente che bisogna adottare misure primarie di prevenzione capaci di ridurre il carico globale nell'ambiente degli agenti cancerogeni per contrastare la malattia. La malattia oncologica, è un mondo complesso e variegato, sotto una sola definizione si racchiudono patologie diverse, che mutano per aree geografiche, per sesso, per organi interessati. I tumori possono essere analizzati per incidenza, sopravvivenza e prevalenza. Dati che sono scientificamente raccolti e catalogati dai Registri per i Tumori.
Incidenza, sopravvivenza e prevalenza si chiamano indicatori epidemiologici della malattia neoplastica. L'incidenza è il numero dei nuovi casi di tumore che si verificano ogni anno, la sopravvivenza indica l'andamento temporale della malattia, la prevalenza invece indica il numero dei soggetti che hanno avuto in un qualsiasi momento della vita una diagnosi di tumore e sono vivi ad una certa data.
Conoscere con precisione scientifica questi dati a livello territoriale, significa offrire alle aziende sanitarie gli strumenti per programmare e pianificare gli interventi di politica sanitaria. Dimensionando spese ed attrezzature alle esigenze dei malati, al fine di garantire un'adeguata assistenza ed aumentare le possibilità di sopravvivenza. Ma non solo, il registro conduce studi di epidemiologia analitica, coordina a livello regionale gli aspetti epidemiologici dell'implementazione, del monitoraggio e della valutazione degli screening oncologici. "In Italia - spiega Paola Zambon, epidemiologa e responsabile del Registro Turmori del Veneto - ci sono 37 registri dei tumori, sono stati istituti per legge regionale, una legge nazionale che obblighi in ogni regione questo strumento è ancora in discussione in Parlamento. Una presenza a macchia di leopardo. Quello veneto è nato nel 1989 e

Registri dei tumori

La registrazione sistematica dei casi incidenti di neoplasia inizia in Italia nel 1976 col Registro Tumori della Lombardia, riguardante la Provincia di Varese. Secondo la più recente pubblicazione dell'Associazione Italiana dei Registri Tumori (http://www.registri-tumori.it/) sono oggi operanti 30 Registri Tumori generali e 5 Registri Tumori specializzati (per fasce di età o specifico tumore). Pur essendo circa il 33% della popolazione coperta da un sistema di registrazione dei tumori, tale percentuale è maggiore al Nord del Paese (49%) rispetto al Centro (26%) e al Sud (25%).

Come funziona in Veneto

Nel dicembre 1989 la Regione Veneto ha affidato ad un gruppo di lavoro, costituito da epidemiologi, il progetto di fattibilità di un Registro Tumori di Popolazione. Il Registro Tumori del Veneto ha costituito un sistema di registrazione dell'incidenza che utilizza i dati codificati e informatizzati relativi alle dimissioni ospedaliere, ai certificati di morte e ai referti di anatomia patologica. La metodologia del RTV si basa sul record linkage dei referti relativi alle tre fonti indicate con l'anagrafe sanitaria regionale.
www.registrotumoriveneto.it

L'Airtum

L'Associazione italiana registri tumori (AIRT) è nata a Firenze nel 1996 con l'intento di coordinare le attività dei Registri tumori già presenti in Italia. L'associazione svolge un'attività di raccordo metodologico tra i vari registri, sostiene direttamente la ricerca e la produzione editoriale. E' collegata alle corrispondenti associazioni in altri Paesi a livello europeo e mondiale. Nel 2006, in occasione del X Convegno annuale, l'associazione ha cambiato nome, assumendo l'attuale denominazione AIRTUM.
www.registri-tumori.it

Nelle tabelle in alto: I primi 5 tumori per fasce di età: percentuale sul totale dei tumori della stessa classe di età e numero di casi/anno. *Registro Tumori del Veneto, periodo 2003-2005.*

2.500.000

Il Registro Tumori del Veneto è nato nel 1989 e attualmente ha una copertura del 49 per cento del territorio regionale, che significa un monitoraggio di circa 2 milioni e mezzo di cittadini.

attualmente ha una copertura del 49 per cento del territorio regionale, che significa un monitoraggio di circa 2 milioni e mezzo di cittadini del Veneto".

Leggendo questo articolo, chiunque vorrebbe trovare dei dati sintetici che a chiari numeri, evidenzino che un certo tipo di tumore è causato da un certo tipo di sostanza cancerogena. In realtà non è così semplice. Intervistando la dottoressa Paola Zambon e il dottor Manuel Zorzi, ho capito, che per avere un quadro d'insieme preciso, vanno analizzate le tabelle pubblicate nel sito, nelle varie classificazioni. "E' un lavoraccio accorpare i dati che andiamo a raccogliere direttamente noi nei vari ospedali e nei settori Responsabili delle Unità Locali dei Servizi Socio Sanitari (ULSS). Si tratta di diagnosi per malattia neoplastica e certificati di morte riportanti causa per tumore. E molti dati sono tuttora su carta. La certificazione di un Registro è data dalla qualità e dalla scientificità con cui opera, rispettando parametri molto severi".

Consultando le innumerevoli e precise tabelle pubblicate nel sito, salta all'occhio che l'aggiornamento si riferisce al 2006. "In sei anni gli indicatori epidemiologici dei tumori variano in modo impercettibile. Sulla base dei dati certi riusciamo – prosegue la Zambon - a fare stime reali per il 2011". La relazione tra ambiente e cancro è dunque assodata, anche se la frazione attribuibile ai singoli agenti inquinanti è difficile da quantificare. Ridurre gli inquinanti, significa ridurre comunque i tumori.

Tutti i tumori
(esclusi i tumori non melanomatosi della cute)
Registro dei Tumori del Veneto

Prevalenza per sesso, età e anni dalla diagnosi
RT del Veneto. 01.01.2006 (proporzione per 100 000)

Anni dalla diagnosi	Classe di età				
	0-44	45-59	60-74	75+	Totale
Maschi					
≤ 2 anni	96	755	3209	4188	966
≤ 5 anni	200	1394	6085	8869	1896
≤ 10 anni	329	1974	8417	14460	2803
≤ 15 anni*	401	2308	9492	17284	3259
≤ 20 anni	446	2463	10109	18919	3516
completa	**514**	**2674**	**10687**	**20422**	**3783**
Femmine					
≤ 2 anni	172	1041	1736	1864	800
≤ 5 anni	349	2231	3776	3978	1710
≤ 10 anni	500	3480	6169	6899	2773
≤ 15 anni*	582	4100	7628	8950	3420
≤ 20 anni	627	4489	8705	10357	3863
completa	**695**	**4920**	**10220**	**13207**	**4569**
Totale					
≤ 2 anni	133	897	2423	2660	881
≤ 5 anni	272	1811	4853	5651	1800
≤ 10 anni	412	2724	7218	9485	2787
≤ 15 anni*	489	3201	8498	11800	3340
≤ 20 anni	534	3472	9361	13285	3693
completa	**602**	**3793**	**10438**	**15673**	**4185**

© Can Stock Photo Inc. / picturepartners

SUROS® Sapphire

HOLOGIC™
The Women's Health Company.

Il dispositivo Suros Sapphire® è la console innovativa per effettuare biopsie VABB. Si tratta di un sistema versatile all-in-one, utilizzabile sotto stereotassica, ecografica, imaging molecolare (PEM) e RM in cui è leader mondiale.

Veloce

Riduce al minimo il tempo totale della procedura, permettendo di focalizzarsi al massimo sulla paziente.

Sicuro

Sistema completamente "chiuso": non si ha esposizione ai fluidi biologici ed i frustoli vengono raccolti automaticamente senza dover essere maneggiati durante la procedura.

Semplice

Il sistema viene preparato in meno di un minuto, e gli aghi sono già completamente assemblati.

Manipoli

Il dispositivo Suros Sapphire® viene utilizzato in combinazione con due tipologie di manipoli: Eviva® e ATEC® .

Manipolo Eviva®

Questo manipolo è stato progettato da Hologic per lavorare sotto guida stereotassica, migliorandone la prestazione. Lo sparo è pneumatico. Il suo design permette di recuperare spazio in direzione della parete toracica. La guaina trasparente montata sull'ago facilita il perfetto posizionamento della clip.

Manipolo ATEC®

Questo manipolo lavora con tutte le tipologie di imaging. Si tratta di un dispositivo molto leggero e maneggevole, il più leggero nella sua categoria.

TECHNO LOGIC

Lungo Dora Voghera 34, 36/A - 10153 Torino - Tel: 011 6601159; Fax: 011 6600146
email: technologic@hologicitalia.com

I tumori in **Veneto**

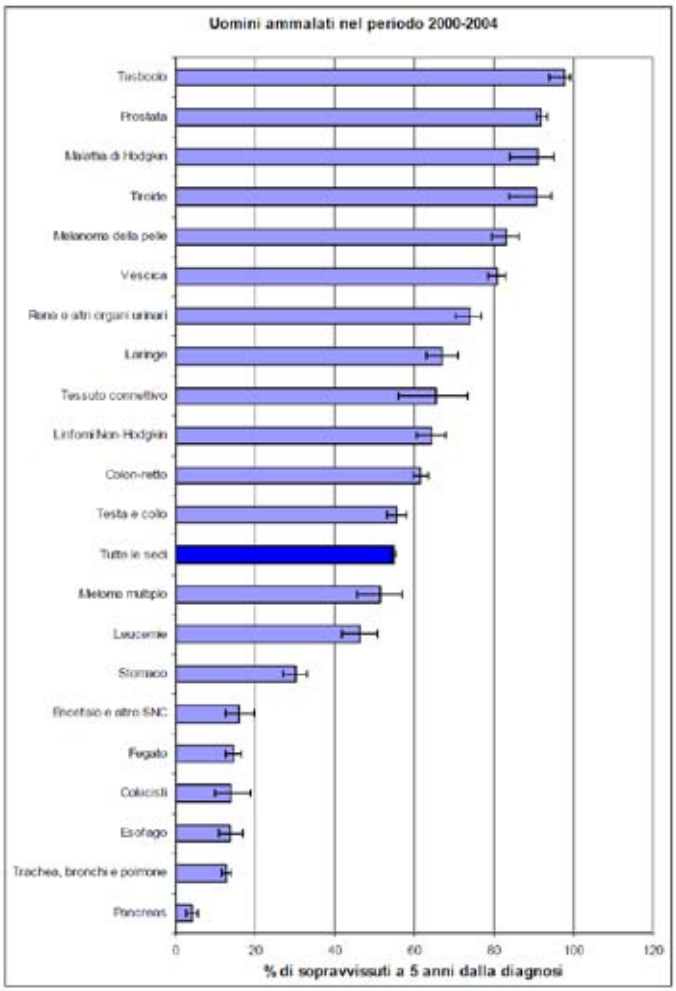
Non sono in aumento. Alla prostata per gli uomini, alla mammella per le donne: i tumori più diffusi

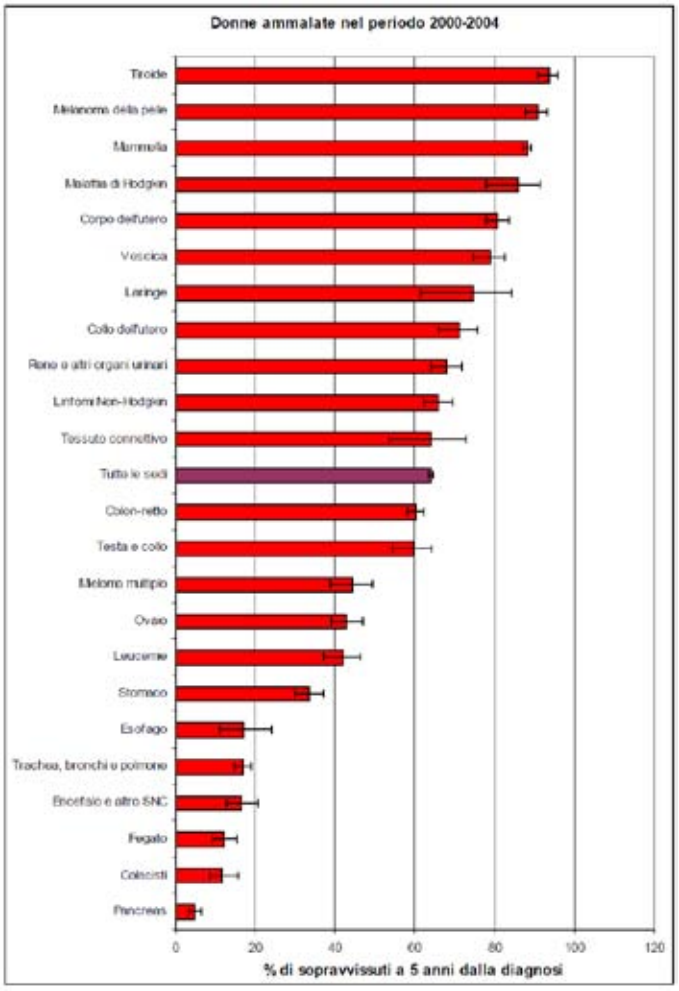
La foto di gruppo dell'equipe Registro Tumori. In seconda fila, con il maglione arancione e gli occhiali, si riconosce il dott. Manuel Zorzi. Al centro, con il maglioncino bianco, la dottoressa Paola Zambon.

Il Nordest, come tutte le aree industrializzate, presenta un'incidenza delle malattie neoplastiche superiore ad altre parti d'Italia. Ha un trend perfettamente in linea con le aree alpine europee.
"I tumori non sono in aumento - dichiara Paola Zambon – responsabile del Registro Tumori del Veneto. È in aumento la popolazione anziana, quella che più si ammala di tumore. Metà dei pazienti oncologici veneti, che sono 740mila, ha più di 70 anni. Il tumore più diffuso tra i maschi è quello alla prostata, che ha surclassato quello ai polmoni, in netto calo perché gli uomini fumano di meno. Nelle donne il tumore alla mammella è quello con la maggiore incidenza, al secondo posto quello del colon retto, che è per i maschi al terzo posto. In flessione netta il tumore allo stomaco, perché si mangia meglio, mentre quello al colon si è diffuso perché si mangia troppo.
La sopravvivenza oltre i cinque anni, in tutti i tumori, è aumentata del 60 per cento, grazie alla prevenzione, alla diagnosi precoce e agli interventi chirurgici.
Il tumore al pancreas resta quello più letale. Il fumo e l'alcol sono due fattori ad alto rischio tumorale, oltre alle esposizioni ambientali. Nei bambini il tumore più diffuso sono le leucemie, che si guariscono nell'85 per cento dei casi. Gli uomini più giovani sono colpiti maggiormente dal cancro al testicolo e dal melanoma, mentre per le donne il tumore più frequente, in tutte le fasce d'età, è quello alla mammella, nelle under 45 invece anche per le donne, c'è il melanoma.
"I dati che noi raccogliamo - precisa Manuel Zorzi, epidemiologo del Registro Tumori – servono ad organizzare gli screening e di conseguenza stabilire quali interventi inserire nei Lea, i livelli di assistenza obbligatoria, per ridurre la mortalità di alcune patologie. Gli screening che si effettuano attualmente, sono quello citologico, mammografico e colon rettale". Gli screening oncologici costituiscono interventi di sanità pubblica complessi ed impegnativi, basati su prove di evidenza e offerti a grandi numeri di persone. Coinvolgono unità operative diverse e operatori con qualifiche professionali molto specifiche. Buoni livelli di qualità possono essere raggiunti e mantenuti solo tramite la valutazione continua di tutte le fasi della procedura di screening.
Poiché gli screening vengono proposti attivamente ad una popolazione sana o presunta tale, deve essere posta un'attenzione, ancora maggiore che per altri interventi sanitari, alla loro qualità.

60 per cento

La sopravvivenza oltre i cinque anni, in tutti i tumori, è aumentata del 60 per cento, grazie alla prevenzione, alla diagnosi precoce e agli interventi chirurgici.





Nelle tabelle in alto, sopravvivenza relativa % a 5 anni dalla diagnosi. Soggetti incidenti nel periodo 2000-2004.
A sinistra, maschi, a destra, femmine. Fonte: Registro Tumori del Veneto

tipolito MODERNA
industria grafica

STAMPATI COMMERCIALI E PUBBLICITARI
CATALOGHI
DEPLIANTS
GIORNALI
RIVISTE
LIBRI

IL CENTRO DEI TUOI SERVIZI
STAMPA OFFSET E ROTOOFFSET - PROGETTAZIONE GRAFICA
CONFEZIONAMENTO - POSTALIZZAZIONE
LAVORAZIONE CONTO TERZI

Via Antonio De Curtis 12/A - 35020 Due Carrare (PD) (dietro Cineplex)
Tel. 049.9125947 - 9125959 - Fax 049.9126108
info@tipolitomoderna.com - www.tipolitomoderna.com

NES
Nord Est Sanità

Inquinanti della **salute**

Sono tanti, sono vari e sono tutti pericolosi

© Can Stock Photo Inc. / paulfleet

Benzene

È un liquido incolore , molto volatile, derivato dalla distillazione del petrolio, utilizzato come solvente. È presente nelle benzine in concentrazioni variabili. E' stato dimostrato che un'esposizione protratta può determinare da 4 a 10 casi aggiuntivi di leucemia per milione di persone, quando esse siano esposte alla concentrazione di 1 mcg/m3 per tutta la vita.

Biossido e ossidi di azoto

La pericolosità degli ossidi di azoto è legata prevalentemente al loro contributo nello smog fotochimico, in condizioni meteorologiche di stabilità e forte insolazione (periodo primaverile/estivo) in cui le radiazioni ultraviolette possono intervenire nella dissociazione dell'azoto e nella formazione di ozono. Il biossido di azoto partecipa, per circa un terzo, alla formazione delle piogge acide. Gli ossidi di azoto hanno origine naturale (eruzioni vulcaniche, incendi, processi biologici), ma prevalentemente antropica derivando da combustioni ad alte temperature (es. camere di combustione dei motori degli autoveicoli

Biossido di zolfo

Il biossido di zolfo, gas incolore e irritante, dall'odore pungente, rappresenta uno degli inquinanti più aggressivi e pericolosi. Deriva principalmente dall'ossidazione dello zolfo nei processi di combustione di carbone, petrolio e gasolio. Per l'elevata solubilità in acqua il biossido di zolfo viene agevolmente assorbito dalle mucose del naso e del tratto superiore dell'apparato respiratorio. Si determina, incremento delle secrezioni mucose, riduzione della variabilità del calibro delle vie aeree con episodi di spasmo, incremento dell'incidenza di tracheiti, bronchiti e polmoniti.

© Can Stock Photo Inc. / Scrofula

Idrocarburi policiclici aromatici

La loro presenza in atmosfera deriva dalla combustione incompleta di materiale organico e dall'utilizzo di olio combustibile, gas, carbone e legno nella produzione di energia. Fonti di produzione antropica sono gli impianti termici, le centrali termoelettriche e gli inceneritori, come anche gli impianti di lavorazione di metalli, le raffinerie, le cartiere, le industrie chimiche e plastiche. La fonte principale tuttavia sono i gas di scarico delle autovetture .Questi composti esercitano effetto irritante e pro infiammatorio a livello di naso, occhi e gola e sono stati inseriti dallo IARC (International Agency for Research on Cancer) nella classe di agenti possibili o probabili cancerogeni per l'uomo.

Monossido di carbonio

È un gas incolore, inodore, che origina dalla combustione incompleta degli idrocarburi presenti in carburanti e combustibili. Gli effetti tossici sono dovuti alla sua capacità di interferire con il trasposto di ossigeno ematico , con danni ai vari tessuti ed in particolar modo al sistema nervoso centrale.

Piombo

I metalli pesanti (piombo in maggior misura) sono presenti in atmosfera come particolato aerotrasportato. Con la benzina verde senza piombo l'emissione atmosferica si è drasticamente ridotta. Il suo effetto tossico si esplica legandosi a particelle di materiale particolato con penetrazione profonda a livello alveolare, assorbimento ematico e diffusione ai tessuti con importante effetto cancerogeno.

Ozono

È un gas bluastro di colore leggermente acre di origine mai antropica, è presente soprattutto nelle aree rurali , dove non si hanno grosse concentrazioni di ossidi di azoto con cui reagiscono con inattivazione dell'ozono come elemento inquinante. Effetti a lungo termine sono fibrosi, processi teratogeni, danni a livello paratiroideo e riproduttivo.

Respirare **inquinato**

Le conseguenze per la nostra salute di quello che assorbiamo dall'aria

di Andrea **Vianello**
responsabile di Fisiopatologia Respiratoria Azienda Ospedaliera di Padova
e Alessandra **Concas**
specialista pneumologa presso Fisiopatologia Respiratoria Azienda Ospedaliera di Padova

"Voglio andare a vivere in campagna", recitava una famosa canzone di qualche anno fa. Ancora oggi spesso vorremmo lasciare le nostre città per ritirarci in campagna, dove poter trovare rifugio dal caos quotidiano e dall'inquinamento. In campagna si respira aria più pura. Almeno questo nell'immaginario collettivo, ma le insidie dell'inquinamento si nascondono ovunque, anche fuori dalle città e lontani dalle aree industriali e gli effetti sulla salute e sulla salute respiratoria in particolare sono molteplici ed eterogenei.

In realtà, parlare di inquinamento ambientale è complesso, in quanto implica una valutazione multidimensionale che consideri: l'eterogeneità spazio-temporale dell'inquinamento (che varia a seconda delle aree e a seconda dei momenti della giornata/stagioni dell'anno); la variabilità tra ambienti interni ed esterni; la molteplicità delle sorgenti inquinanti; la mobilità della popolazione (spostandosi si è soggetti a differenti tipi di inquinamento ambientale); la variabilità delle condizioni meteorologiche; la presenza di fattori di rischio comportamentali ed individuali (l'esposizione o meno a determinanti inquinanti, la presenza di eventuali copatologie aggravanti, la suscettibilità individuale); infine l'interazione degli inquinanti con elementi naturali, come i pollini. Alcuni gruppi di individui risultano particolarmente sensibili agli effetti dell'inquinamento atmosferico, quali i bambini, gli anziani, i malati affetti da patologie respiratorie e/o cardiovascolari, le donne in gravidanza e chi svolge intensa attività all'aperto in luoghi particolarmente inquinati. Differenti e di varia gravità sono le patologie respiratorie ove possono intervenire gli inquinanti urbani e non: asma allergico e non allergico; broncopneumopatia cronica ostruttiva; neoplasie delle vie respiratorie; riniti, laringiti, faringiti e tonsilliti, tracheiti e bronchiti, polmoniti ed alveoliti. Gli effetti degli inquinanti sull'apparato respiratorio possono essere distinti in effetti a breve e a lungo termine. Alla prima categoria appartengono le riacutizzazioni di malattie respiratorie croniche già presenti, un incremento dell'incidenza di malattie respiratorie acute e un peggioramento del decorso di malattie respiratorie acute da altre cause. Effetti a lungo termine sono invece l'aumentata suscettibilità alle patologie respiratorie, un incremento di incidenza e un peggioramento della prognosi di patologie respiratorie croniche, un aumento dell'incidenza di neoplasie del tratto respiratorio e, nell'età evolutiva, un ridotto sviluppo dell'apparato respiratorio. Gli effetti del danno respiratorio nella popolazione sono valutati mediante indicatori, quali la mortalità per cause respiratorie, i ricoveri ospedalieri per cause respiratorie, le prestazioni ambulatoriali pneumologiche, il consumo di farmaci respiratori, le assenze dal lavoro e da scuola per problematiche respiratorie, l'alterazione di parametri della funzionalità respiratoria ed infine i costi diretti ed indiretti delle patologie respiratorie. Gli effetti a loro volta variano a seconda della concentrazione cui il soggetto è esposto. In particolare è stata documentata la linearità causa/effetto sulla mortalità giornaliera da parte delle concentrazioni di Materiale Particolato PM10 e PM2.5 e di biossido di zolfo, come pure sul numero di ricoveri ospedalieri, nonché l'effetto di un altro inquinante, l'ozono, sull'infiammazione delle vie aeree, mediante la misurazione dei neutrofili polmonari Anche l'incidenza del cancro polmonare è influenzata dall'esposizione ad inqui-

© Can Stock Photo Inc. / Arsgera

nanti, in particolare al materiale particolato PM 2.5. Dati della letteratura hanno rilevato che ogni aumento del PM 2.5. di 10 mcg/m3 nella media a lungo termine sono associate ad un aumento della mortalità pari al 4% per tutte le cause, al 6% per le malattie cardiopolmonari e all'8% per il solo cancro polmonare. Per inquinamento atmosferico si intende quel fenomeno di alterazione della normale composizione chimica dell'aria, determinato dalla presenza di sostanze in quantità e con caratteristiche tali da compromettere le normali condizioni di salubrità dell'aria.

Tali alterazioni possono rappresentare un pericolo per la salute dell'uomo e arrecare danno alle attività ricreative e agli altri usi dell'ambiente e compromettere le risorse biologiche e gli ecosistemi.

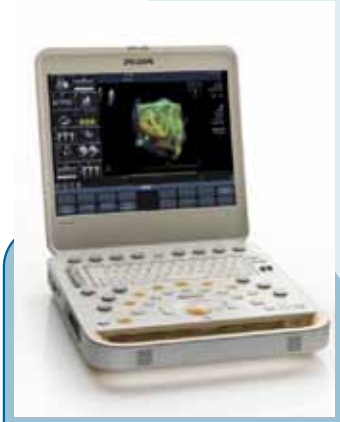
Le maggiori fonti di inquinamento atmosferico sono rappresentate dalle attività umane ed in particolar modo dagli insediamenti industriali, dalle centrali termoelettriche, dal traffico veicolare, dagli impianti di riscaldamento, dall'incenerimento dei rifiuti e da alcuni prodotti usati in agricoltura come diserbanti e pesticidi. Inoltre, a causa dei costanti movimenti dell'aria atmosferica, l'inquinamento può manifestarsi anche a distanza di centinaia di chilometri dai luoghi in cui ha avuto origine l'emissione delle sostanze inquinanti.

Gli inquinanti possono essere di natura particellare, come il materiale particolato (PM10 e PM 2.5), o di natura gassosa, come il biossido di zolfo, il monossido di carbonio, gli ossidi di azoto e i composti organici volatili.

Le attività dell'uomo (antropiche) che rilasciano significative quantità di inquinanti sono le combustioni in genere (motori a scoppio degli autoveicoli, ma anche centrali termoelettriche), le lavorazioni meccaniche, i processi di evaporazione e taluni processi chimici [http://www.arpa.veneto.it/prevenzione-e-salute/ambiente-e-salute/fattori-ambientali-e-salute/aria].

Concludendo, il progresso industriale, la produzione e lavorazione di nuovi materiali, l'incremento massiccio del traffico veicolare hanno determinato lo sviluppo e la diffusione di inquinanti atmosferici che possono esercitare, in determinate condizioni e caratteristiche, danni a livello ambientale ed individuale. Essendo l'apparato respiratorio la principale interfaccia dell'organismo umano con l'ambiente circostante, esso conseguentemente risulta la sede maggiormente bersagliata e più suscettibile di danni da parte dell'inquinamento atmosferico. L'attuazione di politiche locali ed internazionali, unite all'adozione di misure individuali e la diffusione di comportamenti "ecologici" rappresenta il principale strumento per la limitazione degli effetti legati all'inquinamento ambientale.

Sidem S.p.A.
www.sidemspa.com
commerciale@sidemspa.it
Sede di Padova
Via San Crispino,32
tel.049-775789



Distributore Autorizzato sistemi di Monitoraggio ed Ultrasuoni Philips

Servizi Professionali di assistenza tecnica
Materiale di consumo

Prodotti e Sistemi Philips per la mamma e il bambino

Linea Philips-Avent

Distribuzione dei sistemi di ventilazione non invasiva di

Philips Respironics _

SIDEM e' produttore del sistema di disinfezione delle sonde TEE

(brevetto Europeo SIDEM) mod.BM33T

Vendita e installazione Sistemi per Intrattenimento televisivo e **televisori professionali**

S.I.D.EM. S.p.A. – Prodotti Elettromedicali
www.sidemspa.com
consumabili@sidemspa.it

Importazione esclusiva
EDAN Instruments Inc.

Prodotti di elettrocardiografia e monitoraggio base per il mercato pubblico e privato

Sei tu il responsabile a livello legale della sicurezza del tuo ambulatorio!

Il proprietario o il direttore sanitario, è considerato a livello penale il responsabile della sicurezza sulle apparecchiature elettromedicali all'interno della sua struttura.

In tutta Europa è in vigore la Direttiva CEI EN 60601-1 con classificazione 62-5 terza edizione relativa alla sicurezza degli apparecchi elettromedicali posti all'interno di una struttura sanitaria.
Dal primo di ottobre 2010 è entrata in vigore la nuova norma CEI EN 62353 che va a sostituire la Guida tecnica CEI 62-122:2002-07 (Guida alle prove di accettazione ed alle verifiche periodiche di sicurezza e/o di protezione dei dispositivi medici alimentati da una particolare sorgente di alimentazione).
Così come la Guida tecnica CEI 62-122:2002-07 prevedeva l'esecuzione delle misure delle correnti di dispersione con riferimento alla Norma CEI EN 60601-1, anche la presente norma prevede l'esecuzione delle misure delle correnti di dispersione con riferimento alla Norma CEI EN 60601-1.

Per gli apparecchi elettromedicali sono di primaria importanza, sia la sicurezza fondamentale, sia la precisione dei dati di ingresso e di uscita verso il paziente, poiché da questi dati dipendono decisioni legate alla salvaguardia della sua salute.

Europe Service sas., con sede a Padova, affiancata da Aziende affermate nel settore, ha sempre effettuato le certificazioni di sicurezza elettrica facendo in prima istanza un'analisi visiva del rischio dell'apparecchiatura elettromedicale (obbligatoria per la IEC 62353) e solo dopo avere consultato le istruzioni annesse all'apparecchiatura stessa (obbligatorie).
I valori di riferimento per le varie misure effettuate sull'elettromedicale sono stati da noi scelti in base alla CEI EN 62353.
Da un'attenta lettura dei nostri certificati, il cliente può constatare lo stato dell'apparecchiatura analizzata sia per quanto riguarda l'integrità dell'involucro, delle etichette, dei cavi di alimentazione e cavi paziente, nonchè la sicurezza elettrica dei dispositivi di protezione (fusibili, interruttori, ecc).

Europe Service sas si avvale di personale tecnico altamente specializzato e costantemente aggiornato a mezzo di appositi corsi professionali, oltre alle conoscenze acquisite sul campo da anni di esperienza.
I tecnici sono quindi in grado di intervenire con successo su varie tipologie di apparecchiature quali:
> ECG, spirometri, apparecchi per elettroterapie, laser, magneto terapia, onde corte, ipertermia, radar terapia, tecar terapia, ultrasuono terapia, misuratori automatici non invasivi della pressione, defibrillatori, ecc.

Europe Service sas perseguì i seguenti obbiettivi:
> Ottimizzare la produttività, l'efficienza e i costi relativi alle tecnologie mediali del cliente pubblico e privato.
> Erogare i servizi ad un livello qualitativo tale da far crescere il livello di soddisfazione del cliente.
> Accesso semplificato e personalizzato ai servizi da parte di tutti i clienti piccoli e grandi.
> Affidabilità e puntualità nei lavori.
> Riduzione dei tempi dei disservizi dovuti al "fermo macchina" per rottura o malfunzionamento degli apparecchi elettromedicali.

La nostra Società svolge i seguenti servizi:
> Manutenzione ordinaria di apparecchiature elettromedicali con contratti secondo normativa CEI EN 62353 e straordinaria per la semplice riparazione e certificazione anche di poche unità.
> Verifiche di Sicurezza elettrica (Norma CEI EN 62353).
> Gestione informatizzata delle apparecchiature tramite software, siamo in grado di storicizzare tutti gli interventi sulle apparecchiature e scadenzare le verifiche di sicurezza elettriche, avvertendo il Cliente su quali apparecchiature siano bisognose della Certificazione secondo la normativa in vigore.
> Consulenza tecnica su acquisizione di nuove apparecchiature elettromedicali. Gestione globale del parco apparecchiature, revisioni e collaudi, trasferimento di apparecchiature, riconditionamento di apparecchiature usate.
> Attività di vendita nel sanitario in genere: materiale monouso da fisioterapia. Arredo di ambulatori in genere, elettromedicali (fisioterapia, cardiologia, medicina del lavoro e dello sport).
> Certificazioni scaricabili on-line dal nostro sito.

europe service

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

la riabilitazione neurologica

Da questo numero la nostra rivista si amplia introducendo una nuova sezione. Si tratta de "Le Guide di Nes" un pratico opuscolo staccabile dove vengono analizzate e presentate i servizi sanitari del territorio oltre che fornire informazioni utili per i cittadini che potranno così sapere dove e come operano le strutture sanitarie Pubbliche e Private Accreditate della loro zona. Uno strumento semplice e immediato che vuole essere un agile prontuario per la cittadinanza nello spirito che da cinque anni contraddistingue il lavoro di Nes – Nordest Sanità.

In questa prima Guida abbiamo deciso di affrontare il tema della Riabilitazione Neurologica nei territori afferenti all'Ulss 16 di Padova. Per questo primo numero de "Le Guide di Nes" ci siamo fatti supportare da specialisti nella spiegazione delle varie patologie Neurologhe, per la divulgazione delle terapie riabilitative e per presentare i centri che svolgono questa attività.

La Riabilitazione nell'Ulss 16 di Padova, un modello da diffondere

Nelle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è più volte affermato che per una società più sana ed attiva (che vuol dire meno spedalità, meno assenze dai luoghi di lavoro e quindi maggiore produttività, migliore qualità della vita) è importantissimo che la popolazione sia messa in grado di avere comportamenti virtuosi. Non solo dal punto di vista alimentare, ma anche dal punto di vista della cultura motoria che ha il suo apice nella riabilitazione in grado non solo di rimediare ad insulti all'individuo arrecati da incidenti di vario tipo (sul lavoro, sportivi, stradali) riportando l'individuo alla situazione precedente l'evento negativo, ma anche nei casi più gravi di consentire il maggior recupero funzionale possibile per rendere l'utente in grado di avere una buona qualità di vita, riducendo in modo significativo i costi sociali e familiari. Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, soprattutto per la terza età è di fondamentale importanza un adeguato programma di riabilitazione che coinvolga completamente il paziente e prenda in considerazione non solo il quadro motorio ma anche quello psicologico e sociale. Se fosse possibile fare un'indagine fra i quasi cinque milioni di abitanti del Veneto e si potesse far descrivere loro i servizi sanitari a cui rivolgersi, si avrebbero delle sorprese, molti utenti non saprebbero neanche cosa dire, infatti servizi come quelli di fisiochinesiterapia risultano del tutto assenti in molte zone della nostra Regione.

Anche nel civilissimo Veneto, molti cittadini e utenti a parità di imposizione fiscale, non sono stati messi in condizione di poter usufruire di servizi come quello della riabilitazione, perché nessuna struttura né pubblica né privata eroga questo servizio.

La Sanità anche in Veneto ha sempre mostrato un andamento a macchia di leopardo con zone che espri-

IL RIPARTO 2012 DELLA SANITÀ VENETA (IN EURO)

AZIENDA SANITARIA	SPECIFICITÀ	RIPARTO 2012 DEFINITIVO	POPOLAZIONE 2012	INCREMENTO 2012 RISPETTO 2011	PROCAPITE 2011	PROCAPITE 2012 CON SPECIFICITÀ
Belluno	15.533.038	240.063.352	128.208	5.298.352	1.825	7.872
Feltre	2.372.170	148.618.670	84.782	3.451.670	1.708	1.753
Bassano		285.435.420	181.069	5.388.420	1.551	1.576
Alto Vicentino		292.417.680	189.088	5.733.680	1.523	1.546
Ovest Vicentino		276.032.400	182.102	5.412.400	1.491	1.516
Vicenza		508.558.230	321.559	5.035.230	1.571	1.582
Pieve di Soligo		345.791.680	219.416	3.423.680	1.561	1.576
Asolo		388.971.200	253.095	3.851.200	1.527	1.537
Treviso		650.510.700	419.246	6.440.700	1.545	1.552
Veneto Orientale		335.365.800	217.919	6.575.800	1.516	1.539
Veneziana	22.134.124	559.332.774	308.883	12.312.774	1.773	1.811
Mirano		406.116.000	270.744	10.488.000	1.471	1.500
Chioggia	3.712.475	116.033.691	68.682	3.896.691	1.628	1.689
Alta Padovana		385.045.500	256.697	13.822.500	1.457	1.500
Padova		793.335.600	494.034	15.555.600	1.583	1.606
Este		292.871.580	185.765	5.742.580	1.546	1.577
Rovigo		304.687.710	176.233	3.016.710	1.716	1.729
Adria	5.666.583	136.096.040	74.412	6.892.040	1.730	1.753
Verona		748.168.980	475.635	14.6693980	1.547	1.573
Legnago		244.314.480	156.040	4.790.480	1.539	1.566
Bussolengo		442.335.240	292.840	8.673.240	1.493	1.511
A.O. Padova		65.000.000		-10.000.000	-	-
A.O.U.I. Verona		63.000.000		-20.000.000	-	-
IOV IRCCS		6.000.000		0	-	-
Totale	**49.418.389**	**8.034.102.727**	**4.956.449**	**120.471.727**	**-**	**-**

mono qualità eccellente e altre dove semplicemente non è possibile misurare alcunché perché il servizio è inesistente o le liste di attesa sono così lunghe che molte persone preferiscono risolvere in altro modo,ad esempio usando farmaci, rivolgendosi a fisioterapisti privati e o "tira-ossi" o pranoterapeuti. A maggior ragione la riabilitazione risulta essere fondamentale per poter fermare, o rendere meno impattante sulla qualità della vita, importanti patologie neurologiche che si manifestano più frequentemente nella terza età come ictus, la malattia di Parkinson, l'Alzheimer e tante altre. Avere una buona mobilità è importante come la capacità di autodeterminazione è una espressione fondamentale dell'essere umano, come vedere, udire, respirare.

L'offerta riabilitativa sia pubblica che privata accreditata offre nell'Ussl 16 e nella provincia di Padova un esempio di efficienza ed efficacia, con un'ampia gamma di prestazioni che danno la possibilità a quegli utenti che hanno perso momentaneamente la propria abilità motoria di recuperarla il più velocemente possibile, o quantomeno di recuperare il massimo grado possibile delle capacità residue dell'individuo che svariate patologie possono ridurre. Padova la sua riabilitazione e la sua rete di servizi ambulatoriali pubblici e privati accreditati sul territorio sono messi ultimamente sotto la lente di ingrandimento della programmazione sanitaria regionale, poiché si afferma vengono prodotte e consumate troppe prestazioni sanitarie, il rapporto è di 3.7 prestazioni ad utente nell'area padovana e 0.6 prestazioni di media nel resto della Regione. Quindi "bisogna tagliare prestazioni" a Padova per rendere omogenee le statistiche e per far sì che i contribuenti abbiano gli stessi servizi.

Come al solito si livella verso il basso, si continua a togliere e tagliare, senza che per questo l'imposizione fiscale diminuisca. Ancora una volta nessun politico ha il coraggio di dire, non è troppo quello che offre l'area padovana è nel resto della Regione che i servizi sono insufficienti, eppure il modello vincente sarebbe esattamente l'opposto, cioè tutti gli utenti del Veneto dovrebbero essere messi in condizioni di poter usufruire delle prestazioni sanitarie come Padova.

I numeri spesso vengono manipolati e usati per sostenere una tesi piuttosto che un'altra Bisognerebbe ripensare alle tabelle ufficiali della Regione del Veneto riguardo le quote di riparto che vengono assegnate alle varie aree, Padova è appena 13', quindi non solo virtuosa nei suoi consumi, ma anche con prestazioni in cui il rapporto qualità prezzo è non solo vantaggioso ma a bassissimo costo; poiché è importante che ognuno si faccia un'idea di quanto affermato vi preghiamo di confrontare la tabella sottostante. (Riparto 2012).

Da cui potete constatare come, nonostante la grande quantità di prestazioni erogate, la provincia padovana non risulta con maggiori oneri a carico del S.S.R., rispetto ad altre aree dove le prestazioni erogate sono di gran lunga inferiori.

La buona riabilitazione offre molte opportunità ai cittadini, e cioè, recuperare ogni e qualsiasi abilità psicomotoria residua in pazienti che si trovano momentaneamente e o persistentemente disabili, non ultimo vorremmo evidenziare quanti operatori sanitari operano in questo comparto con la loro storia professionale, il loro reddito, le loro famiglie.

Chiediamo a tutti, politici ed amministratori della nostra Regione, di riflettere su cosa comporterebbe, sul piano occupazionale, un drastico taglio delle prestazioni di Fisiochinesiterapia nell'Ulss 16 ricordando che le 3.7 prestazioni erogate hanno un costo di 2 caffè al mese per anno per abitante.

Il ruolo della Riabilitazione *nelle patologie Neurologiche*

La riabilitazione è un processo di soluzione dei problemi e di educazione nel corso dei quali si porta una persona a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative della vita quotidiana.

Il processo riabilitativo coinvolge anche la famiglia del soggetto e quanti sono a lui vicini, di conseguenza, riguarda, oltre che aspetti strettamente clinici, anche aspetti psicologici e sociali.

La riabilitazione ha mostrato di doversi integrare con le altre due componenti per la valorizzazione dell'attività fisica e motoria, cognitiva e motivazionale, nella tempestività della presa in cura fin dalla fase acuta, nell'integrazione tra le cure finalizzate al recupero dell'autonomia.

Alla Persona con disabilità neurologica (dopo ICTUS, trauma cranio-encefalico, ecc.), ricoverata in acuzie, deve poter essere offerto un percorso riabilitativo unico integrato con i diversi setting terapeutici della rete riabilitativa (Degenza in Unità Operative di tipo intensivo o in struttura di alta specialità, Lungodegenza riabilitativa, day service ambulatoriale, ambulatoriale, ecc.).

Questo principio si realizza con la "presa in carico dell'utente" e l'erogazione degli interventi sulla base di programmi riabilitativi definiti all'interno di uno specifico strumento sintetico e organico specifico per ciascuna persona, il Progetto Riabilitativo Individuale.

La complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi è assicurata da un'organizzazione dipartimentale di riabilitazione che fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le Persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance.

Le attività riabilitative in strutture di ricovero e cura, ospedaliere o extraospedaliere accreditate, sono caratterizzate da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile a un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore: gli interventi hanno come obiettivo l'ulteriore stabilizzazione clinica con il ripristino di condizioni di autonomia e/o di gestibilità in ambito extraospedaliero.

I pazienti che vi accedono richiedono interventi di elevata competenza specialistica riabilitativa e consulenze medico-specialistiche multidisciplinari e l'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno 3 ore giornaliere: Al raggiungimento di una condizione di stabilità clinica è opportuno ricorrere alla riabilitazione intensiva extraospedaliera dispo-

Prof. Stefano Masiero
Prof. Straordinario in Medicina Fisica e Riabilitativa
Direttore U.O.C. di Riabilitazione Ortopedica Azienda Ospedaliera – Università degli Studi di Padova

nibile sul territorio.
In linea generale, il percorso assistenziale è caratterizzato da obiettivi diversi a seconda della fase di evoluzione della malattia e può essere distinto come segue:
1) fase di acuzie: nella quale l'assistenza è caratterizzata da interventi finalizzati alla prevenzione dei danni secondari ed al tempestivo raggiungimento della stabilizzazione clinica.
2) fase post-acuta: nella quale il quadro clinico è stabilizzato e l'intervento riabilitativo può influenzare positivamente e massimamente i processi biologici che sottendono il recupero. Tale condizione, può prevedere una presa in carico in modalità intensiva od estensiva, a seconda del fabbisogno riabilitativo ed assistenziale;
3) fase di completamento del processo di recupero: previsto dal progetto riabilitativo che in genere è caratterizzata da interventi riabilitativi di tipo estensivo;
4) fase del mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità: che si protrae per tutta la sopravvivenza residua, ed è finalizzata al mantenimento delle prestazioni acquisite, al controllo periodico dei fattori di rischio di ulteriori eventi disabilitanti.

Ictus
196mila casi all'anno in Italia
Le nuove possibilità terapeutiche

© Can Stock Photo Inc. / focalpoint

L'ictus rappresenta in Italia la prima causa di invalidità, la seconda causa di demenza e la terza causa di morte. Nel mondo, l'ictus colpisce ogni 2 secondi ed uccide ogni 6 secondi.
In Italia, si verificano circa 196.000 ictus all'anno, con notevoli ripercussioni sul piano personale, lavorativo e sociale in termini di spesa pubblica.
Nell'85% circa dei casi, l'ictus è ischemico cioè causato da una occlusione di un vaso cerebrale; nel 15% dei casi, l'ictus è invece emorragico essendo determinato dalla rottura di una arteria intracranica come conseguenza di ipertensione arteriosa o malformazioni vascolari congenite.

Da pochi anni abbiamo diverse armi efficaci per combattere questa malattia; in particolare nel paziente con ictus ischemico al fine di disostruire il vaso occluso, ci sono due tipologie di trattamento:
1. la trombolisi, cioè un farmaco che può essere somministrato sia per via endovenosa che intra-arteriosa nella sede dell'occlusione vasale.
2. il trattamento endovascolare, che include la trombectomia meccanica, l'angioplastica ed il posizionamento di uno stent.
Queste terapie incidono positivamente sulla prognosi del paziente colpito da ictus, soprattutto nelle primissime ore dall'esordio dei sintomi, per cui è stato coniato il termine finestra terapeutica per sottolineare l'importanza del fattore tempo: risparmiare tempo significa risparmiare cervello.
Oltre alle nuove possibilità terapeutiche, l'istituzione delle Stroke Unit, unità operative semintensive specializzate nella cura dell'ictus, si è rivelata un valore aggiunto nella gestione del paziente neuro-vascolare acuto; infatti, a tutt'oggi il ricovero in Stroke Unit rimane il miglior "trattamento" per questi pazienti, poiché in tali strutture vengono assicurati il monitoraggio continuo delle funzioni vitali e del quadro neurologico, la prevenzione e la terapia delle complicanze e un precoce inizio del percorso riabilitativo.
Sia il ricovero in unità dedicate che i trattamenti specifici richiedono uno stretto coordinamento fra 118, Pronto Soccorso e Stroke Unit, dato che i pazienti che vanno meglio sono quelli che arrivano prima in P.S. e in particolare quelli che chiamano il 118.
Nonostante le diverse possibilità terapeutiche (trombolisi sistemica, trombolisi locoregionale, trattamenti endovascolari) e l'istituzione di aree dedicate o Stroke Unit, in Italia meno del 5% dei pazienti colpiti da ictus ischemico riceve trattamenti specifici per diversi motivi sia culturali che organizzativi.

Stroke Unit
Come funziona quella di Padova

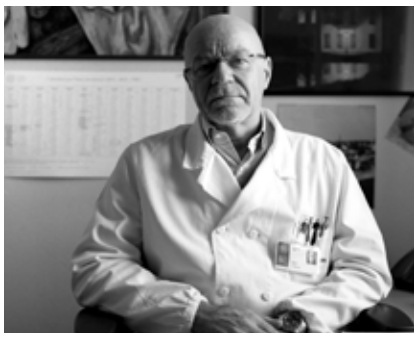
La Struttura Semplice di Stroke Unit (o Centro Ictus) afferente alla Clinica Neurologica I dell'Azienda Ospedaliera-Università di Padova è attiva dal 31 gennaio 2011. E' una Unità Ictus di 2° livello, di tipo semintensivo, composta da 4 letti monitorati (in previsione 8 letti) e dedicata alla gestione e al trattamento della fase acuta dello stroke ischemico ed emorragico.
Secondo il modello Hub-Spoke, questa struttura è di riferimento a Unità Ictus di 1° livello e Aree Dedicate all'ictus distribuite nel territorio provinciale (Area Vasta). Il personale della Stroke Unit è costituito da un Neurologo strutturato esperto in neurologia vascolare e neurosonologia, due Specializzandi in Neurologia del IV-V anno, una Caposala e sei infermieri.
In particolare, per quanto riguarda lo stroke ischemico, vengono garantite le seguenti attività:
1. monitoraggio clinico-strumentale continuo ed intensivo del paziente con ictus;
2. pronta disponibilità diurna (ore 8-20) per eventuale terapia fibrinolitica. Il trattamento fibrinolitico è attualmente l'unica terapia riconosciuta efficace nell'ictus ischemico acuto e può essere somministrata solo in centri ad alta specialità autorizzati dal Ministero della Salute e che vantano un curriculum formativo in tale settore. Questo perché è necessaria una stretta selezione dei pazienti, al fine di minimizzare il rischio di complicanze;
3. selezione e attività di coordinamento per pazienti da sottoporre a trattamento endovascolare urgente;
4. monitoraggio clinico e strumentale post-trattamento endovascolare;
5. selezione e attività di coordinamento per pazienti da sottoporre a trattamento chirurgico vascolare urgente;
6. pronta disponibilità diurna (ore 8-20) per consulenza telefonica o assistenza a pazienti provenienti da Stroke Unit di 1° livello e da Aree Dedicate dell'Area Vasta;
7. reperibilità notturna (ore 20-8) per consulenza al Neurologo di Guardia.

Presso questo centro la selezione dei pazienti si avvale di metodiche neuroradiologiche e neurosonologiche avanzate. In particolare, vengono effettuati al letto del paziente i seguenti esami ultrasonografici:
• **Eco Color Doppler TSA**
Valuta lo stato dei vasi cerebroafferenti, sia sul versante carotideo che vertebrale, costituendo da un lato uno strumento non invasivo di definizione del rischio cardio- e cerebrovascolare in un'ottica preventiva e dall'altro un importante complemento alla clinica neurovascolare del paziente acuto.
• **Eco Color Doppler Transcranico (TCCD)**
Permette di valutare la condizione della circolazione intracranica a livello dei grossi vasi del poligono del Willis, sia in acuto per definire la sede di occlusione vascolare, sia in un setting non urgente per identificare i compensi e/o la presenza di stenosi intracraniche.
• **Eco Color Doppler Transcranico (TCCD) per shunt cardiopolmonare dx/sx**
Permette la diagnostica non invasiva della presenza di shunt cardiopolmonare destro/sinistro, sia a localizzazione cardiaca che polmonare, cui segue un completo work-up del paziente al fine di vagliare le differenti opzioni terapeutiche.
• **Eco Color Doppler Transcranico (TCCD) per il monitoraggio dei segnali microembolici.**
Esame utile per una più corretta definizione dell'eziopatogenesi dello stroke ischemico e del potenziale rischio embolico correlato alla presenza di patologia cardiaca e carotidea. Utile inoltre per il monitoraggio dell'efficacia della terapia antitrombotica.
• **Eco Color Doppler Transcranico (TCCD) con eco-contrasto**
Esame utile per la migliore definizione e dettaglio anatomico, ma soprattutto per la selezione di pazienti con finestra acustica temporale insufficiente da sottoporre a trattamento trombolitico e/o endovascolare.
Nonostante carenze strutturali e di personale, abbiamo la più alta percentuale di pazienti che completano l'intero iter diagnostico e la più alta percentuale (pari merito con Verona) di trattamenti specifici eseguiti in Stroke Unit (dati del Registro Ictus del Veneto – SER: 27.07.2012).

Prof. Claudio Baracchini
Direttore U.O. di Stroke Unit, Azienda Ospedaliera - Università di Padova

Sclerosi multipla: malattia ancora senza cause e senza cura

La Sclerosi Multipla è una malattia infiammatoria e degenerativa del sistema nervoso centrale che colpisce soprattutto persone comprese nella fascia d'età dai 20 ai 40 anni (circa 75% dei casi) ed è la causa più frequente di disabilità neurologica del giovane/adulto.
Non si tratta di una malattia cosiddetta "rara" in quanto colpisce 1,4 persone ogni 1000: nella Regione Veneto sono malate di Sclerosi Multipla oltre 6.500 persone, con un'incidenza annuale di 6 nuovi casi ed un rapporto statistico donne/uomini in cui la componente femminile è la più colpita (2,3 donne ogni uomo).
I sintomi della malattia possono essere molteplici, tuttavia, nella prima fase della patologia, sono spesso presenti disturbi di movimento, infiammazione del nervo ottico o disturbi sensitivi. Per diagnosticare la Sclerosi Multipla al giorno d'oggi si seguono linee guida molto accurate con l'indispensabile supporto di indagini strumentali come la risonanza magnetica del sistema nervoso centrale, encefalo e midollo spinale e l'analisi del liquido cerebro-spinale che permettono di ravvisare le lesioni infiammatorie oltre ad altre tecniche neuro-fisiologiche.
La disabilità che i pazienti affetti da questa malattia accumulano, negli anni dopo la diagnosi, può essere espressione sia dei deficit prodotti a seguito di ricadute cliniche (diretta conseguenza del danno tessutale infiammatorio acuto), sia espressione del progressivo processo neurodegenerativo che sembra evolvere indipendentemente da nuovi eventi infiammatori. Nel primo caso la disabilità fisica e/o cognitiva prodotta dalla ricaduta potrà essere parzialmente o completamente recuperata e rimarrà stabilizzata fino al successivo evento infiammatorio, mentre nel secondo caso, la disabilità assumerà un andamento progressivo e irreversibile.
La Sclerosi Multipla è una malattia di cui non si conoscono ancora le cause e non esiste una cura: si interviene con farmaci per rallentarne il decorso: infatti prima si interviene per ridurre - ed in alcuni casi sopprimere - l'infiammazione e meno gravi saranno i futuri processi degenerativi.



Prof. Paolo Gallo
Professore Associato
di Neurologia presso il
Dipartimento di Neuroscienze
dell'Università di Padova,
Responsabile del Centro di
Riferimento Regionale per la
Sclerosi Multipla della Regione
Veneto e Direttore della
Scuola di Specializzazione in
Neurologia.

Questo tipo di malattia ha delle forti implicazioni sulla persona a cui è stata diagnosticata sia a livello psicologico, che sulle interazioni familiari, sociali e lavorative.
Si tratta, ricordiamolo, di una malattia invalidante e progressiva che colpisce per la maggior parte giovani e che, secondo l'analisi dei dati epidemiologici, raddoppierà i casi nei prossimi 10 anni.
Presso la Clinica di Neurologia dell'Azienda Ospedaliera - Università di Padova ha la sede il Centro di Riferimento Regionale per la Sclerosi Multipla della Regione Veneto, Centro ad alta specializzazione clinica che attualmente segue oltre 2.500 persone affette da tale malattia ma che affronta esclusivamente gli aspetti clinici (attività diagnostica, terapeutica, di sperimentazione, ricerca e sviluppo, etc.) e neuropsicologici.
Per quel che attiene la riabilitazione, alcune attività ed iniziative, è presente nel territorio l'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) (non sufficiente dato l'elevato numero di pazienti che comunque saranno destinati ad aumentare), mentre per la parte di recupero di deficit, medi e lievi, sono presenti diverse strutture fisiatriche.

Paralisi cerebrale infantile
Diagnosi e terapie di riabilitazione

Viene definito paralisi cerebrale infantile (PCI) un gruppo di disordini dello sviluppo del movimento e della postura, che causano limitazioni nelle attività e che dipendono da un danno neurologico non progressivo occorso nel cervello immaturo. La PCI rappresenta l'esito di una lesione del sistema nervoso centrale che abbia comportato una perdita (più o meno estesa) di tessuto cerebrale le cui manifestazioni sono caratterizzate prevalentemente (ma non esclusivamente) da un'alterazione delle funzioni motorie, spesso accompagnata da disturbi sensitivi, cognitivi, di comunicazione, percettivi, del comportamento e /o da convulsioni.
L'evento lesivo può aver avuto origine in epoca prenatale, perinatale o postnatale, ma in ogni caso entro i primi tre anni di vita del bambino, periodo di tempo in cui vengono completate le principali fasi di crescita e sviluppo della funzione cerebrale nell'essere umano.
Esistono diversi fattori precedenti alla nascita che sono stati associati alla PCI sia nei neonati nati pretermine che in quelli nati a termine, tra cui: il parto pretermine, il basso peso alla nascita, la presenza di infezioni/infiammazione, la gravidanza gemellare e altre complicanze legate alla gravidanza, nonché l'asfissia alla nascita.
L'incidenza delle paralisi cerebrali infantili nei paesi occidentali è di 2-3 casi ogni 1.000 nati vivi. La prevalenza è complessivamente stimata intorno a 1:500 bambini in età scolare.
Il neurologo pediatra è la figura professionale principale che individua precocemente i segni clinici di sospetto (distinguendoli dalle varianti o ritardi dello sviluppo psicomotorio), identifica la causa del quadro clinico e ha inoltre un ruolo fondamentale nel percorso che avvia il bambino alla rete territoriale preposta alla presa in carico riabilitativa.
Negli ultimi anni la ricerca ha consentito di individuare marker di rischio neuroevolutivo nei piccoli pazienti ricoverati nelle terapie intensive neonatali. L'identificazione di tali fattori è molto importante in un'ottica di prevenzione sia primaria che secondaria: diventa strategico identificare precocemente i piccoli a rischio per fornire un adeguato counseling alle famiglie già al momento della dimissione e per avviarli d un follow up dedicato che consenta l'identificazione dei primi segni di PCI e l'avvio tempestivo al percorso riabilitativo.
La presa in carico del piccolo paziente affetto da PCI deve essere multidisciplinare: particolarmente rilevante è la figura del pediatra e la gestione post-diagnostica del paziente deve prevedere una rete che comprenda l'ospedale, di primo e secondo livello ed il territorio.
L'ospedale è il riferimento per la gestione delle complicanze in acuto: dall'inquadramento e gestione delle crisi epilettiche o respiratorie etc, inoltre è in ospedale che viene avviata la prima fase della riabilitazione che comprende: valutazione fisiatrica, fisioterapia, passaggio dalla nutrizione parenterale o con sondino nasogastrico a quella orale, fisioterapia respiratoria; viene inoltre iniziato un sostegno psicologico alla famiglia.
Il pediatra di base è il riferimento e coordinatore delle diverse figure professionali che ruotano intorno al bambino. Esiste inoltre sul territorio una rete di centri per la riabilitazione sia pubblici che privati: è importante che il bambino sia seguito il più possibile vicino alla sede di residenza ed i centri forniscono diversi servizi/attività dalla fisioterapia alla logopedia, psicomotricità assistenza sociale per ausili e contatti con la scuola, etc. .
Presso il Dipartimento di Pediatria dell'AOP è attivo dal 2000 un ambulatorio per il Follow Up dei neonati a rischio dimessi dalla Terapia Intensiva Neonatale.

Prof.ssa Agnese Suppiej
Responsabile U.S. di Neurologia Pediatrica
Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino
Azienda Ospedaliera di Padova

L'importanza della riabilitazione nella malattia di Parkinson e nei parkinsonismi atipici

Gli approcci terapeutici più recenti hanno evidenziato l'importanza della prospettiva multidisciplinare e l'utilità della riabilitazione nella malattia di Parkinson e nei parkinsonismi atipici. Questi ultimi comprendono principalmente l'atrofia multisistemica e la paralisi sopranucleare progressiva entrambe malattie rare per le quali non ci sono trattamenti farmacologici efficaci. In questo contesto si inserisce anche l'implementazione di terapie complementari, generalmente di gruppo, mirate espressamente ad enfatizzare i bisogni dei parkinsoniani ed a favorirne la socializzazione. Tale elemento è utile anche dal punto di vista del supporto psicologico considerato che le persone con Parkinson e parkinsonismi tendono ad isolarsi mentre incontrarsi con chi condivide la stessa condizione aiuta ad affrontarla meglio. Recenti studi hanno poi mostrato che le terapie non farmacologiche possono ridurre i disturbi comportamentali e migliorare le performance cognitive. Inoltre l'attività motoria più in generale associata a tecniche riabilitative specifiche possono ritardare l'insorgenza di malattie neurodegenerative e consentire un mantenimento funzionale che è complementare al trattamento farmacologico. Il trattamento riabilitativo del soggetto con Parkinson si propone innanzitutto il mantenimento dello stato psicofisico del paziente e la prevenzione di possibili alterazioni del sistema muscolo-scheletrico causate essenzialmente dalla riduzione del movimento e dell'attività fisica più in generale.

La riabilitazione del soggetto con Parkinson si basa sul lavoro in team multiprofessionale (neurologo, fisiatra, psicologo, fisioterapista, logopedista, tecnico ortopedico, infermiere, assistente sociale, operatore socio-sanitario, e medici sportivi con particolare interesse per il recupero motorio) per promuovere lo sviluppo del potenziale di salute dell'individuo, il mantenimento delle autonomie di base e il recupero di strategie motorie e cognitive. Presso il reparto per la malattia di Parkinson dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) San Camillo di Venezia, unico istituto interamente dedicato alla riabilitazione neurologica dell'adulto dalla regione Veneto, sono attualmente in atto protocolli riabilitativi mirati proprio alla correzione dei deficit posturali e della deambulazione. Gli studi condotti presso la nostra struttura hanno dimostrato che tali deficit sono associati a specifiche alterazioni nei circuiti cerebrali e che attraverso un intervento mirato è possibile ottenere risultati clinici in soggetti con malattia avanzata che sono complementari a quelli raggiunti attraverso le terapie chirurgiche e farmacologiche infusionali.

Il piano di trattamento riabilitativo prevede l'utilizzo di stimoli o cues visivi o uditivi che vanno poi applicati nella vita quotidiana quando il paziente ha difficoltà a superare ostacoli o a muoversi in spazi ristretti. Tale apprendimento viene svolto generalmente attraverso l'utilizzo del tapis roulant aumentando progressivamente l'ampiezza del passo e cercando i spostare il carico sui talloni invece che sulla parte anteriore del piede. Particolare attenzione viene rivolta alla valutazione neuropsicologica mirata a stabilire in che entità i pazienti sono in grado di svolgere un compito doppio o multiplo (dual task o multitask). Questo aspetto è molto importante in quanto i pazienti parkinsoniani in presenza di deficit delle funzioni attentive ed esecutive devono prestare molta attenzione in modo da evitare compiti multipli mentre camminano. Evitare un compito doppio, durante il trattamento così come nella vita quotidiana, aumenta la sicurezza del paziente e può ridurre le cadute.

In conclusione è importante che la gestione del soggetto con Parkinson o con una forma di parkinsonismo atipico sia accompagnata da un approccio olistico mirato a modificare il trattamento farmacologico ma anche ad inserirlo in un percorso riabilitativo ambulatoriale e in regime di ricovero per compensare tutti gli aspetti della malattia. E' essenziale coinvolgere in questo percorso anche il familiare o la persona che segue da vicino il paziente allo scopo di garantire una continuità di cura anche a livello domiciliare.

Prof. Angelo Antonini
Neurologo, Responsabile UO Malattia di Parkinson e disturbi del movimento, IRCCS San Camillo, Venezia

Ausili e ortesi
per i malati di Parkinson

del dottor Massimo **Pulin**,
presidente di Orthomedica,
e dell'ingegner Chiara **Monticone**

La malattia di Parkinson è una malattia neurodegenerativa che si evolve molto lentamente ma progressivamente e coinvolge principalmente funzioni quali l'equilibrio e il controllo del movimento.
I tre sintomi che caratterizzano la malattia sono: riduzione della mobilità autonoma e volontaria, rigidità, a volte asimmetrica, e tremore a riposo; a questi si possono associare la difficoltà nella fonazione e nell'articolazione delle parole, l'atteggiamento curvo, la deambulazione impacciata e numerosi altri sintomi.

Per il malato è di fondamentale importanza avere un buon fisioterapista e/o un buon fisiatra in grado di guidarlo nella scelta accurata degli ausili ortopedici e delle ortesi specifiche, atte a migliorarne la qualità della vita. Anche il ruolo del tecnico ortopedico è rilevante in quanto ha il compito di indirizzare il paziente nella scelta dei prodotti esistenti sul mercato, fornendo un supporto tecnico immediato.
Generalmente la persona affetta dal Parkinson non si sente sicura nel deambulare, perciò, per sopperire allo scarso equilibrio e alla lentezza dei movimenti, può utilizzare deambulatori specifici per evitare cadute, oppure i tripodi e i tetrapodi, che sono altrettanto efficaci.
Esiste anche una vasta gamma di oggetti di uso quotidiano, come:
- posate ad impugnatura facilitata
- ausili per il bagno come il sollevatore per vasca elettrico, che facilita l'entrata e l'uscita dalla vasca da bagno, e la seggiola da vasca con appoggio
- letto elevabile con alzamalati
- poltrona elevabile elettricamente e molti altri ancora.

Abitualmente il malato ha la tendenza a mantenere il capo in flessione, con la conseguente limitazione del campo visivo per ciò che lo circonda; per questo motivo sarebbe per lui utile indossare un collare ortopedico, per periodi brevi durante la giornata, che gli permetta di elevare il capo in modo non invasivo e poco ingombrante. Per aumentare il comfort nella deambulazione esistono anche diversi tipi di calzature ortopediche, che possono dare sicurezza e stabilità grazie alle caratteristiche biomeccaniche della suola. Chi soffre di Parkinson ha inoltre diritto alla fornitura gratuita di ausili e ortesi, in quanto invalido civile e può ottenerla portando la prescrizione specialistica del fisiatra, dipendente ASL o convenzionato con il SSN, presso un'officina ortopedica che, redigerà un preventivo che sarà poi inoltrato all'ufficio protesi e ausili dell'ASL di appartenenza per l'autorizzazione, come prevede il DM 332.

Riabilitazione Neurologica Ambulatoriale
U.O.C. di Medicina Fisica e Riabilitativa - Ospedale S. Antonio – Ulss n. 16 – Padova

Il nostro centro si configura come un Servizio Ambulatoriale di Medicina Riabilitativa ed è situato al piano rialzato dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova, inserito quindi in una struttura complessa con reparti di degenza per acuzie neurologiche e post-acuzie riabilitative e lungodegenziali.
La superficie è ampia, di circa 1500 metri quadri, comprendente spazi ambulatoriali per visite fisiatriche, quattro palestre per i trattamenti, box per cure fisioterapiche e una grande piscina riabilitativa con temperatura dell'acqua costante e monitorata nei principali parametri chimico-fisici.
L'equipe riabilitativa è composta da medici fisiatri (5), fisioterapisti (19), una logopedista e vari operatori tecnici.
La riabilitazione "neurologica" costituisce anche presso il nostro centro una delle attività terapeutiche principali e più specializzate, in grado di aiutare le persone con malattie disabilitanti dell'età adulta e anziana a raggiungere il miglior livello possibile di autonomia, di attività, di qualità di vita e partecipazione. Nel settore ambulatoriale, non disponendo di Day Hospital, gli interventi riabilitativi sono attuati in alcune fasce orarie, dopo valutazione specialistica fisiatrica, soprattutto nell'immediata fase post-dimissione dalle varie Unità Operative Ospedaliere per garantire una adeguata continuità terapeutica, mentre per le persone inviate dai MMG ci si basa sui criteri di priorità clinica. I trattamenti rieducativi, basati su predisposizione di progetti riabilitativi individualizzati e sulla presa in carico globale della persona disabile e della sua famiglia, consentono un approccio multidimensionale, completato spesso dal coinvolgimento dell'assistente sociale (trasporti, documenti di invalidità, assistenza sanitaria) e dei vari specialisti ospedalieri (oculisti, neurologi, neuropsicologici) e delle altre figure territoriali, riabilitative e non, distrettuali.
Le patologie più frequentemente trattate con approccio bobathiano e neuro-cognitivo, con utilizzo di specifici sussidi e attrezzature quali la pedana stabilometrica, con prescrizione e addestramento all'uso di ausili e se necessario con rieducazione logopedica, sono l'ictus cerebrale nelle sue varie forme cliniche, gli esiti di trauma cranico, i diversi quadri di mielopatia, di paraparesi periferiche o di lesioni del plesso brachiale.
Per alcuni casi selezionati, stabilizzati e in assenza di controindicazioni importanti, vengono attuati trattamenti di rieducazione motoria in piscina individuali con fisioterapista in acqua; per i pazienti non deambulanti viene utilizzato dagli assistenti bagnanti un apposito sollevatore elettrico.
Si ricorda infine che anche presso la struttura ospedaliera Immacolata Concezione di Piove di Sacco è attivo da anni il locale Servizio di Medicina Riabilitativa che attua la presa in carico dei pazienti post-degenti e ambulatoriali e gestisce i medesimi aspetti terapeutici nelle palestre dedicate.
Ai due servizi è funzionalmente correlato il Centro Riabilitativo del C.S.S. dei Colli per la presa in carico ambulatoriale dei pazienti dei quartieri circostanti e per i collegamenti con il Servizio Riabilitativo Territoriale operante presso i 6 Distretti Sanitari di Padova.

Prof. Alessandro Giovannini
direttore dell'U.O.C. Di Medicina Fisica e Riabilitativa, Ospedale S. Antonio Padova e Ospedale Piove di Sacco

Riabilitazione ortopedica
Le attività cliniche, di ricerca e didattiche

L'Unità Operativa Complessa di Riabilitazione Ortopedica che è anche sede della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa e svolge le seguenti attività cliniche, di ricerca e didattiche:

1) Attività cliniche
Attività di degenza riabilitativa (riabilitazione intensiva: codice 56) e follow up dei pazienti dimessi dal reparto
- Attività di consulenza fisiatrica (con eventuale definizione del progetto e del programma riabilitativo ove necessario) presso tutto il complesso dell'Azienda Ospedaliera di Padova: le attività di consulenza fisiatrica oltre a predisporre il progetto / programma riabilitativo sono fondamentali per definire adeguati percorsi riabilitativi ospedalieri ed extra-ospedalieri.
Riabilitazioni speciali ambulatoriali:
• Riabilitazione delle patologie vertebrali
• Riabilitazione della disfagia orofaringea
• Riabilitazione dei disturbi sfinterici e uro-ginecologici
• Riabilitazione oncologica e del linfedema
• Riabilitazione reumatologica
• Attività ambulatoriale specialistica (Diagnostica, valutazione e trattamento delle patologie del rachide in età evolutiva e dell'adulto di interesse riabilitativo)
• Infiltrazioni intra-articolare
• Terapia con onde d'urto
• Valutazione dei disturbi posturali in statica e dinamica (è predisposto un laboratorio di gait analysis)
• Ecografia muscolo-scheletrica di interesse riabilitativo (l'attività inizierà a gennaio 2013)
• Supporto Riabilitativo con dispositivi tecnologici (ad esempio, con dispositivi robotici) (l'attività inizierà a gennaio 2013)
• Manipolazioni vertebrali e mesoterapia (l'attività inizierà a gennaio 2013)

2) Attività di ricerca
L'attività di ricerca (insieme all'attività didattica) rappresenta la priorità di ogni Ricercatore Universitario che specie in discipline recenti come la Medicina Fisica e Riabilitazione può fornire innovazione e tecnologie utile a migliorare significativamente l'attività diagnostica e terapeutica. L'attività di ricerca investe molti settori della riabilitazione tra cui ricordiamo l'inserimento delle nuove tecnologie nella riabilitazione neurologica, lo studio della cinematica e della dinamica deambulatoria in pazienti con patologia neurologica e malattie ortopediche-reumatiche, studio di nuove terapie riabilitative nel trattamento della disfagia orofaringea, studio degli effetti dell'esercizio sul muscolo e tendini, ecc.

3) Attività didattica
L'UOC di Riabilitazione Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera di Padova con annessa la Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa rappresenta oggi la sede ideale per sviluppare percorsi didattico/formativi di eccellenza (anche a carattere internazionale) per addetti al settore della Riabilitazione grazie alla possibilità di integrazione tra attività cliniche di alto livello e le attività di ricerca in riabilitazione oggi in grande fermento, offrendo elevate competenze teorico-pratiche a coloro che s'inseriranno nel mondo del lavoro. I docenti della Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitava svolgono attività di docenza in numerosi Corsi di Laurea (Specialistica in Medicina e Chirurgia; Fisioterapia e Neurofisiopatologia) e Scuole di Specializzazione (Medicina Fisica e Riabilitativa, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia, Neurologia ecc.) dell'Università di Padova.

Prof. Stefano Masiero
Prof. Straordinario in Medicina Fisica e Riabilitativa
Direttore U.O.C. di Riabilitazione Ortopedica Azienda Ospedaliera – Università degli Studi di Padova

La Riabilitazione Neurologica tra investimenti e professionalità

A cura del dottor
Sebastiano Schiavon,
direttore sanitario
del Centro Medico
di Fisioterapia di Padova

La Neuroriabilitazione, oltre all'intervento specifico mirato al recupero del danno funzionale, si occupa, ove il recupero stesso non sia completo, di individuare le strategie più adatte per permettere al paziente di utilizzare al meglio il patrimonio motorio residuo e di ridurre quanto più possibile le conseguenze sociali e ambientali della disabilità.
E' stato di conseguenza allestito all'interno della palestra di riabilitazione neuromotoria uno specifico settore di terapia occupazionale con la precisa funzione di rieducare il disabile all'espletamento delle attività usuali della sua vita quotidiana nel suo ambiente di vita nell'ottica di fargli riacquisire il massimo grado di autonomia compatibile con l'entità della menomazione, nella gestione della propria persona e nella vita di relazione.
Si è in sostanza creato un "appartamento intelligente" dotato di cucina, angolo camera e di bagno attrezzato a misura di disabile.
Tutto ciò che è contenuto nell'appartamento è stato progettato per poter essere usato da pazienti con gradi diversi di disabilità: infatti ogni componente, oltre a poter essere usato "normalmente" è dotato di servomeccanismi elettrici comandabili anche con un semplice pulsante.
Non è infrequente che queste patologie si accompagnino a deficit, a volte solo sfumati a volte invece così marcati da ostacolare gravemente il processo riabilitativo, a carico della sfera del linguaggio verbale e scritto, con difficoltà più o meno marcate della comprensione e/o espressione del messaggio verbale o scritto e, con maggior frequenza, della sfera cognitiva con disorientamenti spazio-temporali, turbe mnesiche, scarsa concentrazione e partecipazione alle tecniche applicate.
In tali casi gli specialisti della Team Riabilitativo della Struttura, Neuropsicologo e Logopedista sulla scorta dei dati emersi dalle loro valutazioni, proporranno specifici percorsi di Rieducazione cognitiva e logopedica.

La Riabilitazione Neurologica tra investimenti e professionalità

A cura del dottor
Giuseppe Caraccio,
direttore sanitario
Gruppo Veneto Diagnostica
e Riabilitazione di Cadoneghe

Le strutture del Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione (Centro Fisioterapico Padovano di Cadoneghe, Centro Medico Fisioguizza di Padova e Fisiovicentina di Barbarano Vicentino) hanno in tutti questi anni di attività sviluppato un'attenzione particolare per la Riabilitazione Neurologica individuando e formando adeguate professionalità. Le nostre strutture si sono dotate di un fascicolo elettronico specifico e di un sistema informatico di valutazione di tutti i nostri pazienti. Nelle strutture di Padova e Cadoneghe nel 2011 sono stati presi in carico circa 350 pazienti Neurologici. L'approccio riabilitativo di elezione è quello di equipe multidisciplinare dove vengono utilizzate adeguate figure professionali (Fisiatra, Neurologo, Neuropsicologo, Psicologo, Logopedista e Fisioterapista) che possono attingere e confrontarsi anche con il "know how" di consulenti esterni, per definire i nostri progetti riabilitativi in adesione alle linee guida nazionali e internazionali. Abbiamo elaborato progetti e protocolli riabilitavi stendendo un piano terapeutico riabilitativo mirato alla presa in carico globale del paziente neurologico per ognuno dei quali è stato individuato un percorso riabilitativo differenziato in virtù dell'evento patologico e della sua condizione. L'attenzione nei confronti dei malati di Parkinson ha visto l'introduzione di metodiche all'avanguardia con l'utilizzo di apparecchiature e programmi che rendono più efficace il trattamento riabilitativo. L'esperienza maturata dalle nostre strutture, da quasi 25 anni di trattamento di Malati di Parkinson, ha permesso di sviluppare percorsi riabilitativi innovativi applicandone integralmente le linee guide internazionali. Infatti le nostre strutture sono dotate sia di Tapis Roulant con la possibilità di Gait Analysis (analisi del cammino in cui viene analizzata la velocità, il carico e l'ampiezza del passo associato ad un feedback sonoro e luminoso). Le nostre strutture hanno aderito assieme all'Università di Padova, all'istituto Ircss San Camillo del Lido di Venezia ad un progetto di monitoraggio di Malati di Parkinson attraverso l'utilizzo di un Accelerometro (My Wellness Key) dove, dopo un'appropriata valutazione del paziente, viene rilevata l'attività motoria stimolando un maggior impegno motorio.

Nella struttura di Cadoneghe viene eseguita Riabilitazione Neurologica in Acqua in pazienti paraplegici, esiti di ictus e soprattutto in pazienti con la malattia di Parkinson.

Nei Malati di Parkinson abbiamo sviluppato un progetto riabilitativo con due fisioterapisti (uno in acqua e l'altro a bordo piscina) nel quale avviene un approccio globale sia sull'aspetto motorio, sull'equilibro e sul rilassamento.

Il Gvdr è sempre alla ricerca di implementare le sue conoscenze non legate a tecniche riabilitative ormai desuete ma sviluppando metodiche più efficaci e che più rispondono alle esigenze dei nostri utenti.

L'elenco delle strutture nel Padovano

• **Asl 16 Ospedale dei Colli**, via dei Colli 4, Reparto di Recupero e Riabilitazione, Padova. Tel. 0498216031, Fax: 0498216045, e-mail: fkt.csscolli@sanita.padova.it

• **Asl 16 Ospedale Padova Sant'Antonio**, Reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa, via Facciolati 71, Padova. Tel. 0498216582, Fax: 0498216528, e-mail: riabilitazione.osa@sanita.padova.it

• **Asl 16 Ospedale Piove di Sacco**, Reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa, via San Rocco 8, Piove di Sacco (Padova). Tel. 0499718268, fax: 0499718515, e-mail: rrf@sanita.padova.it

• **Azienda Ospedaliera di Padova**, Reparto di Riabilitazione Ortopedica, via Giustiniani 1, Padova. Tel. 0498211270, 0498213329, Fax: 0498211271, e-mail: riabilitazione.ortopedica@sanita.padova.it

• **Cemes**, Via G. Boccaccio, 106 (località S. Gregorio Magno), Padova. Tel. 0497910700, Fax: 0497910799, e-mail: info@cemes.it

• **Centro di Foniatria**, via Leonardo Da Vinci 4, Noventa Padovana (Pd). Tel. 0498930726, e-mail: info@centrofoniatria.it

• **Centro Fisioterapico Padovano - Gvdr**, via Gramsci 9, Cadoneghe. Tel. 0498874111 int.1, Fax: 0498870010, e-mail: centrofisioterapico@gvdr.it

• **Centro Medico di Fisioterapia di Padova**, via Enrico Degli Scrovegni 10, Padova. Tel. 0498760833, Fax: 0498753457, e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it

Centro Medico di Fisioterapia di Tencarola, via Dei Colli 202, Tencarola (Padova). Tel.0498685170, Fax: 0498685597, e-mail: info@centromedicodifisioterapia.it

• **Centro Medico FisioGuizza - Gvdr**, via Santa Maria Assunta 31 e via Valgimigli 15, Padova. Tel. 0498803767, fax: 0498801558, e-mail: fisioguizza@gvdr.it

• **Centro Medico Serena**, via F.G. D'Acquapendente 4/A-B, Padova. Tel. 049687899, 049685209. Fax: 049687631, 0498824264, e-mail: info@studiomedicoserena.it

• **Fisioterapia Medica Studi e Ricerche**, viale F. Cavallotti 15, Padova. Tel e Fax: 0498804460 , e-mail: info@fisioterapia.it

• **Istituto Soncin**, via dei Soncin 34, Padova. Tel. e Fax: 049666229, e-mail: info@istitutosoncin.it

Policlinico Abano Terme, Piazza Colombo 1, Abano Terme. Tel. 0498221211, Fax: 0498601651, e-mail: info@policlinicoabano.it

© Foto: BUR Veneto

Ha collaborato alla raccolta dei testi **Alberto Salmaso**

un click per la tua salute

www.saluteperilveneto.it

prenota on-line
la tua prestazione sanitaria

L'ipertensione **arteriosa**

Alcune modifiche dello stile di vita possono essere efficaci nel ridurre la pressione

© Can Stock Photo Inc. / Kurhan

di Luciano **Arrighi**
medico chirurgo, specialista in Cardiologia, Riabilitazione Cardiologica e Medicina dello Sport

Si parla di Ipertensione quando la pressione arteriosa raggiunge o supera i valori di 140/90 mmHg, al di sopra di questo limite vi è una crescente e proporzionale incidenza di complicanze cerebrovascolari (ischemia cerebrale, ictus) e cardiovascolari (infarto miocardico), patologie che rappresentano, insieme ai tumori, le principali cause di morte nel nostro paese.
La pressione arteriosa varia spesso, secondo il momento della giornata, lo stato emotivo, l'ambiente circostante, l'attività fisica, la stagione calda o fredda, l'altitudine. I valori normali sono riferiti a una misurazione in ambiente tranquillo e in condizioni di riposo, e a una media di diverse misurazioni ripetute nel tempo. La pressione è di solito più alta al mattino, con un picco subito dopo il risveglio. E' inoltre normale che salga (con gradualità, fino a un picco che può essere anche intorno ai 220-230 mmHg) durante gli sforzi fisici, l'attività sportiva, le intense emozioni, l'attività sessuale. In queste situazioni invece nel paziente iperteso la pressione sale bruscamente, i valori si impennano al minimo stimolo fisico o emotivo, e la sistolica può raggiungere picchi potenzialmente pericolosi di 250-300 mmHg.
La pressione arteriosa è spesso più alta quando misurata negli ambulatori medici (cosiddetta "reazione da camice bianco") e perciò non sempre attendibile. Il controllo in farmacia può essere più significativo, ma la strategia migliore è misurarsela a domicilio da soli (o farsela misurare, magari da un familiare), in situazioni di tranquillità, in momenti diversi, tenendo un diario scritto delle misurazioni effettuate, dal quale poi il medico può facilmente dedurre l'andamento medio reale dei valori pressori. I moderni apparecchi elettronici sono in genere affidabili, purché siano del tipo che rileva la pressione al gomito e non al polso. Nei casi dubbi può essere indicato il monitoraggio pressorio delle 24 ore con apposito apparecchio (cosiddetto "Holter pressorio"), utile anche per la verifica dell'efficacia della terapia.
L'ipertensione arteriosa, che colpisce in Italia oltre 10 milioni

© Can Stock Photo Inc. / Leaf

di persone, molte delle quali ignare di essere ipertese, nella maggior parte dei casi non ha una causa specifica, o quantomeno non ha una causa conosciuta: si tratta infatti di una perdita dell'equilibrio pressorio su base costituzionale-familiare, un errore di "taratura" dei vari meccanismi che concorrono al mantenimento di valori pressori normali.
A volte il fattore scatenante è un aumento di peso, sovrappeso e ipertensione vanno infatti spesso di pari passo. In una minoranza di casi l'ipertensione arteriosa è invece secondaria a una malattia (renale, endocrina, vascolare) o all'uso di certi farmaci (cortisonici, antiinfiammatori, epo, farmaci anti-rigetto) o ad abuso di droghe (cocaina, anfetamine) o di certi alimenti (sale, liquirizia).
La visita medica di un paziente iperteso, così come gli esami strumentali e di laboratorio, devono ricercare i sintomi e i segni di un'eventuale causa di ipertensione secondaria, di eventuali danni provocati dall'ipertensione stessa (al cuore, alle arterie, ai reni, alla retina), e rilevare la presenza o meno di altri fattori di rischio cardiovascolari (fumo, diabete, ipercolesterolemia, obesità, sedentarietà, stress). Alcune modifiche dello stile di vita possono essere efficaci nel ridurre la pressione e diminuire la necessità di utilizzare farmaci antipertensivi: praticare attività fisica regolare, calare di peso, smettere di fumare, ridurre il consumo di sale. L'attività fisica deve essere praticata almeno 2-3 volte la settimana per circa un'ora, deve essere di tipo aerobico (corsa, ciclismo, nuoto, sci da fondo) o di tipo misto, integrando cioè qualche esercizio di potenziamento. Sono tuttavia controindicati gli esercizi isometrici intensivi (pesi, macchine, body building, body sculpture) che possono essere essi stessi causa di ipertensione, con aumenti pressori anche pericolosi.
I farmaci antipertensivi attualmente più usati (ace-inibitori, sartani, calcio-antagonisti) sono efficaci e piuttosto ben tollerati, così che di solito non è necessario ricorrere ad altri farmaci (diuretici, beta-bloccanti) che più facilmente possono provocare fastidiosi effetti collaterali.
I migliori risultati si ottengono con terapie di associazione (2 o 3 farmaci di classi diverse, che intervengano in punti diversi del meccanismo di regolazione pressoria).
Il momento di inizio di un trattamento ipertensivo è spesso oggetto di discussione tra medico e paziente. In presenza di valori border-line (intorno a 140/90) e in assenza di segni di danno d'organo e di altri fattori di rischio cardiovascolare, è possibile temporeggiare e testare l'efficacia di alcune modifiche dello stile di vita (ad esempio un ritorno al peso-forma). La presenza di significativi fattori di rischio cardiovascolare e/o di segni di danno cardiaco o renale, impongono invece di non perdere troppo tempo e di iniziare ad assumere regolarmente un farmaco per ridurre i valori di pressione arteriosa.

Il ruolo della diagnostica strumentale nelle **malattie cardiache**

di Filippo **Cademartiri**
MD, PhD, FESC, FSCCT
Professore Associato di Radiologia - Erasmus Medical Center University - Rotterdam. Responsabile Area Cardiovascolare Radiologica – Casa di Cura Giovanni XXIII – Monastier (TV)

Si potrebbe dire che la diagnostica strumentale ha rivoluzionato l'approccio alle malattie cardiache e che tutt'ora continua a farlo sia dal punto di vista dell'inquadramento delle patologie, sia dal punto di vista delle scelte terapeutiche successive. Di fatto la Cardiologia nasce e si sviluppa nel momento in cui diventa possibile studiare e "vedere" il cuore e le coronarie. All'inizio del percorso è sempre essenziale una attenta valutazione clinica da parte del Cardiologo completata dagli esami di base (ossia: esami del sangue, pressione arteriosa ed elettrocardiogramma). Con queste informazioni a disposizione un buon Cardiologo ha una elevata sensibilità nel riconoscere il paziente con maggiore probabilità di soffrire di un problema coronarico o cardiaco. Tuttavia, spesso servono informazioni aggiuntive per raffinare meglio la diagnosi ed indirizzare le scelte successive.

Ecocardiografia

L'ecocardiografia permette di vedere il cuore e di rilevare in modo semplice e non invasivo le principali alterazioni delle dimensioni e della contrazione del cuore. In pratica ci fa vedere da subito come funziona il cuore. Si può fare in ambulatorio e non richiede particolari precauzioni. Mettendo il cuore sotto stress e aumentando la frequenza cardiaca si può inoltre controllare se esiste una probabile ischemia dovuta a un problema delle coronarie.

TAC delle Coronarie

E' la tecnica diagnostica più recente ed anche l'unica che permette la valutazione diretta e non invasiva delle arterie coronarie. Il metodo convenzionale è infatti la coronarografia che richiede l'inserimento di un catetere nell'arteria femorale. Una TAC delle Coronarie normale è in grado di escludere il problema al 100%, soprattutto se fatta da personale esperto e con buone tecnologie. Le macchine più recenti inoltre consentono di ottenere questa grande precisione con dosi di radiazioni bassissime. La TAC del Cuore e delle Coronarie si può utilizzare per escludere la presenza di malattia coronarica (sia quando vi sia un sospetto clinico, sia quando altri test siano dubbi), per controllare stent e bypass coronarici, per evitare coronarografie inutili quando la probabilità di malattia è bassa. E' dimostrato infatti che lo strumento più accurato ed efficace per la diagnosi e per l'esclusione della malattia coronarica è la TAC del Cuore. A maggior ragione se consideriamo che la dose di radiazioni è molto bassa. Il potenziale della TAC del Cuore è anche quello di contenere le spese sanitarie legate all'ancora elevato numero di coronarografie invasive e che non sono seguite da rivascolarizzazione (ossia da stent e bypass). Dal 30% al 50% delle coronarografie invasive rivelano coronarie non ostruite e potrebbero essere evitate. Da non dimenticare che la TAC del Cuore permette anche di stratificare il rischio cardiovascolare negli individui asintomatici mediante la misurazione del calcio coronarico e che questo parametro ha un valore indipendente rispetto alle valutazioni convenzionali.

Risonanza Magnetica del Cuore

E' uno strumento fondamentale in alcune diagnosi ed è assolutamente complementare alla TAC del Cuore. E' la tecnica elettiva per valutare il funzionamento del cuore, delle valvole cardiache, il danno determinato da un infarto, la presenza di una miocardite, le malattie cardiovascolari congenite del bambino e dell'adulto. Se eseguita durante stress è lo standard per determinare la presenza e l'estensione dell'ischemia miocardica. Negli sportivi giovani e molto giovani con alterazioni del ritmo è in sostanza l'unico strumento in grado di dare informazioni affidabili sul ventricolo destro.

Scintigrafia Miocardica Perfusionale

La Scintigrafia è una tecnica di valutazione dell'ischemia consolidata. Anche se è eseguita di routine in monti centri, l'ecocardiografia da stress e la Risonanza Magnetica da stress possono fornire informazioni analoghe senza utilizzare radiazioni. In conclusione, la diagnostica strumentale riveste un ruolo essenziale nelle malattie cardiache. L'utilizzo appropriato di queste tecniche semplifica ed accelera il percorso diagnostico del paziente con minore incertezza diagnostica ed una riduzione del rischio globale. L'implementazione della TAC del Cuore in particolare porta a una maggiore precisione diagnostica e ad una accurata stratificazione del rischio cardiovascolare.

Le patologie dei **tronchi sovra aortici**

Sono quell'insieme di vasi sanguigni adibiti a fare arrivare il sangue al cervello dal cuore

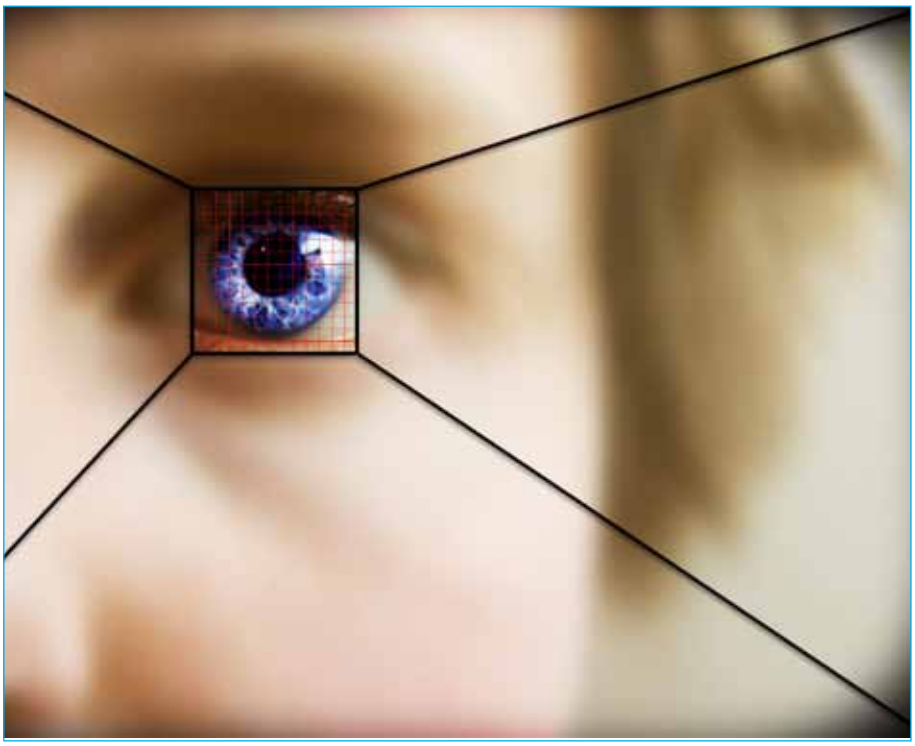
di Davide **Sortini**
chirurgo generale, esperto di chirurgia vascolare e angiologia

I tronchi sovra aortici, di seguito TSA, sono quell'insieme di vasi sanguigni adibiti a far arrivare il sangue al cervello dal cuore. Anatomicamente le arterie sono suddivisibili in intracraniche ed extracraniche. Le patologie del versante arterioso, come tutte le arteriopatie si dividono in acute e "croniche". La sintomatologia di una arteriopatia dei TSA, sia coinvolgente le carotidi che le vertebrali, è sempre identificabile con una sindrome di lato, sia essa una occlusione acuta, come nel caso della dissezione della carotide, o di embolizzazione, sia nel caso di una arteriopatia che comporta un restringimento cronico da placca. Come sindrome di lato bisogna intendere una serie di sintomi, che o regrediscono spontaneamente nel giro di qualche ora ed allora si parla di ischemie transitorie o TIA, o che comportano la perdita definitiva di una funzione ed allora si parla di ictus cerebri. Sia i TIA che l'ictus cerebri riguardano un lato solo del corpo, per esempio ipostenia di un arto, perdita della vista da un occhio, o afasia (in quanto i centri cerebrali adibiti al linguaggio sono nell'emisfero cerebrale di sinistra). Mai le patologie dei TSA comportano una manifestazione clinica che coinvolge entrambi gli emisomi. I fattori predisponenti per la formazione delle placche carotidee sono il diabete mellito, l'ipercolesterolemia, l'ipertensione arteriosa, il fumo di sigaretta, il fisiologico avanzamento dell'età e lo stress. La stenosi carotidea non comporta mai l'insorgenza di sintomi diversi dai TIA e dagli ictus, gli acufeni, le cefalee, i dolori latero-cervicali e le vertigini, sono considerati sintomi aspecifici che non sono correlabili con una patologia dei TSA. Anche le vertigini, una fra le cause più frequenti che portano il paziente ad eseguire l'ecocolordoppler non sono inquadrabili fra i sintomi correlati ad una occlusione carotidea o vertebrale, poiché l'occlusione di un tronco vertebrale o dell'arteria basilare, porta a all'infarto del cervelletto con conseguente instabilità posturale, cioè incapacità del paziente a mantenere la stazione eretta. Un breve cenno per ricordare che, rarissimamente, l'occlusione di una carotide può essere del tutto asintomatica, in quanto a livello intracranico sono presenti e completi i circoli collaterali come il poligono di Willis, che vicariano alla mancanza di flusso ematico. Una volta eseguito l'ecolocolordoppler dei TSA, il paziente a seconda della gravità della stenosi può essere indirizzato a ripetere lo stesso esame dopo un intervallo variabile di tempo, questo se il restringimento non è superiore al 70-80% o il paziente non è sintomatico, cioè non ha già avuto un TIA, o al proseguimento dell'iter diagnostico terapeutico, nel caso la stenosi sia significativa. Bisogna ricordare come la ecostruttura delle placche carotidee, che può essere colesterinica o soft, con un rischio maggiore di rottura ed embolizzazione cerebrale o calcifica o hard con ovviamente un rischio di rottura ed embolizzazione minore, ha importanza nel processo decisionale che porta il medico ad inviare il paziente verso un follow-up ecografico o verso il completamento con altri esami come una angio TC o angio RMN ed il successivo intervento. Una volta confermata la stenosi critica dei TSA si invia il paziente alla visita con il chirurgo vascolare che stabilisce il trattamento migliore, scegliendo fra quello mini-invasivo con il posizionamento di uno stent endocarotideo o chirurgico tramite tromboendoarteriectomia.

Retinopatia **ipertensiva**

Le alterazioni vascolari tipicamente correlate all'ipertensione arteriosa sono ben evidenziabili a livello retinico

di Elisa **Ferrara**
specialista in Oculistica



© Can Stock Photo Inc. / Leaf

Le alterazioni vascolari tipicamente correlate all'ipertensione arteriosa sono ben evidenziabili a livello retinico durante una semplice visita oculistica tramite l'esame del fondo oculare. L'ipertensione arteriosa nelle sue fasi iniziali causa infatti un'alterazione del calibro e un'accentuazione della tortuosità vascolare retinica associate a sclerosi della parete arteriosa.
Segni di condizioni di ipertensione cronica sono inoltre gli incroci artero-venosi dove la vena, passando al di sotto dell'arteria retinica, presenta segni di restringimento e variazione del suo decorso per lo schiacciamento esercitato sulla stessa dalla parete indurita dell'arteria.
Queste alterazioni sono asintomatiche per il paziente (e spesso vengono riscontrate occasionalmente durante visite oculistiche effettuate per altre motivazioni) ma possono predisporre a complicanze vascolari retiniche più gravi come le occlusioni venose e arteriose, i macroaneurismi e la neurite ottica anteriore ischemica cause di bruschi e importanti cali dell'acuità visiva.
L'esame del "*fundus*" è importante inoltre per osservare le modificazioni vascolari legate a condizioni conosciute di ipertensione cronica e monitorare in tal modo l'efficacia della terapia antipertensiva. In casi più rari di ipertensione arteriosa acuta legata a quadri clinici particolari quali tumori del surrene (feocromocitoma), preeclampsia ed eclampsia gravidica o insufficienza renale acuta l'esame del fundus rivela oltre ai segni sopradescritti anche segni di alterazione della barriera ematoretinica e di resistenza al flusso sanguigno retinico con emorragie, microaneurismi, essudati e (nei casi più gravi) edema della macula o del disco ottico con importante calo del visus (retinopatia ipertensiva acuta). In questi casi è indispensabile un'immediata diagnosi e messa in atto della terapia antipertensiva per evitare la rapida insorgenza di gravi complicanze sistemiche.

Progetto **Laguna**

Un progetto pilota per l'«Integrazione delle informazioni sanitarie ed ambientali per la gestione del territorio scolante nel bacino della Laguna di Venezia»

A cura di Francesco **Benazzi**
Direttore Generale Ulss 15 – Alta Padovana

Giovedì 27 Settembre 2012 all'Auditorium "A. Ferrari" di Camposampiero si è tenuto il convegno di presentazione della realizzazione del progetto pilota "Integrazione delle informazioni sanitarie ed ambientali per la gestione del territorio scolante nel bacino della Laguna di Venezia attraverso la metodologia G.I.S. (Geographic Information System)" messo in campo dall'Ulss 15 "Alta Padovana". All'evento hanno partecipato oltre 300 professionisti di diversi settori sia dell'ambito sanitario (rappresentanti della Regione, di tutte le Ulss del Veneto e di altre regioni), sia dell'ambito della tutela dell'ambiente (Arpav, Province), sia dei Comuni e delle Federazioni dei Comuni, sia dell'ambio informatico che di quello universitari. Il progetto nasce dalla cooperazione tra l'Ulss 15 "Alta Padovana", i suoi 28 Comuni, l'Arpav ed Etra che sempre più spesso si trovano a dover attuare processi decisionali in un territorio ad alta tutela per il quale vi è la necessità di strumenti di acquisizione e gestione sicura delle informazioni sanitarie - ambientali e di avere una visione d'insieme del territorio imprescindibile per la "Governance del territorio". Con la sua realizzazione si è sviluppato un sistema Innovativo di sorveglianza di sanità pubblica che dispone di dati georeferenziati in formato elettronico su malattie/problemi e su esposizione a fattori di rischio ambientali prioritari. Lo scopo del progetto è di tutelare la salute della popolazione residente, integrando due sistemi di sorveglianza, quello di sanità pubblica e quello ambientale:

- individuare fenomeni che possono costituire una minaccia per la salute della popolazione (focolai epidemici e cluster) e di porvi rimedio risalendo alle cause, tra le quali vanno annoverati i fattori di rischio ambientali, verso i quali la società è particolarmente sensibile;
- stabilire quali sono gli effetti sullo stato di salute della popolazione attribuibili alle presenza di inquinanti nelle matrici ambientali (aria, acqua, suolo) per stabilirne il livello di pericolosità;
- creare modelli di simulazione di emergenze sanitarie/ambientali/terroristiche al fine di una corretta e tempestiva gestione dell'evento nel momento della sua comparsa;
- creare mappe di rischio corredate da tabelle, grafici, rappresentazioni spazio-temporali e multimediali;
- costruire un piano di emergenza ad "evoluzione dinamica" cioè in continuo aggiornamento;
- programmare strategie di mitigazione nelle aree considerate a rischio.

Il progetto pilota è stato in larga parte finanziato dalla Regione Veneto nell'ambito dei progetti di Ricerca e Sperimentazione finalizzati alla tutela del bacino scolante nella laguna di Venezia e in parte dalla stessa Ulss. Alla base del progetto vi è un gruppo di lavoro, costituito dal dott. Gianpietro Bazzo, dott. Anselmo Ferronato, dott. Mauro Busolin, dott. Idelfo Borgo, dott. Gerry Borato, dott. ssa Viviana Vitale, dott. Armando Olivieri, dott.ssa Lucia Barin, tutti professionisti dell'ambito socio-sanitario. Tali professionisti hanno individuato e applicato le tecnologie informatiche più innovative, le banche dati più importanti e pertinenti, i percorsi comunicativi più idonei al fine di poter gestire e implementare al meglio lo strumento progettato.

L'importanza di questo progetto deriva anche dalla sua riproducibilità in ambiti più ampi, adattandolo ad altri contesti in una prospettiva Regionale e Nazionale. Nell'immediato futuro, al fine di garantire un agevole e adeguato utilizzo del G.I.S. da parte di tutti i soggetti istituzionali aventi interesse, del Dipartimento di Prevenzione e di tutta l'Ulss 15, l'Azienda è in procinto di istituire una Unità Operativa in grado di gestire adeguatamente lo strumento G.I.S.

Nuovo Piano Sociosanitario
Il parere di **Cittadinanzattiva**

di Margherita **De Nadai**

Umberto Iazzetta, presidente di Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato, in un'intervista si esprime in merito al nuovo Piano sociosanitario.

Dottor Iazzetta, cosa si aspetta Cittadinanzattiva dal nuovo Piano?
Mi permetto anzitutto di osservare il notevole ritardo (15 anni) con cui la nostra Regione ha messo mano ad uno strumento considerato da tutti - cittadini e forze politiche - indispensabile per l'azione programmatoria ai fini della tutela sanitaria. Comunque, la prima considerazione sulle aspettative, riguarda certamente l'integrazione tra l'ospedale e i servizi erogati sul territorio. Era assurdo pensare di ridurre le percentuali di posti letto ospedalieri per abitanti, senza offrire alternativa seria sanitaria e sociale. Inoltre la centralizzazione delle informazioni, anche riferite allo stato di salute dei pazienti e dell'approvvigionamento, porteranno senz'altro ad una riduzione dei costi e dunque minor sprechi.

Quali sono, secondo lei, i punti più importanti e quelli critici?
Ho difficoltà ad immaginare una Sanità che in futuro dovrà rispondere ai reali bisogni della popolazione senza un continuo adeguamento tecnologico. Da questo punto di vista il Piano prevede, come accennato, che il

medico che ti prende in cura, abbia tutte le informazioni sullo stato di salute e quindi prevarranno maggiore appropriatezza e sicurezza. Le criticità che possiamo ipotizzare sono dovute più al possibile prevalere di personalismi e preferenze di aree geografiche rispetto ad altre. Per essere più chiari, le polemiche di questi ultimi mesi tra alcune forze politiche su chi dovrà decidere e cosa, come se la sanità fosse merce di scambio, creano preoccupazione e non solo tra gli addetti ai lavori.

Questa impugnazione del Governo può creare il rischio che il Piano rimanga un'incompiuta?
In riferimento al potere di nomina del direttore generale della sanità regionale e della sua durata in carica, se questa coincide con la durata del Piano francamente penso che la classe politica regionale debba poterlo decidere in piena autonomia. Siamo invece particolarmente attenti alla nomina e la durata in carica dei direttori generali: chi decide? La Giunta, il Consiglio, la Conferenza dei Sindaci, l'assessore alla sanità o il presidente? E chi valuta? E le associazioni come il Tribunale dei Diritti del Malato saranno chiamate ad esprimere parere? I cittadini con la C maiuscola, quelli per intenderci in corsia, si sentiranno concretamente al centro del sistema? Sono troppi i punti interrogativi che richiederebbero prevalesse l'interesse generale e non l'autoreferenzialità e la ricerca del consenso elettorale.
Noi la nostra parte siamo pronti a farla. Una prima indagine svolta dai nostri volontari, basata essenzialmente sulle segnalazioni che vengono a noi riportate e sui rapporti che le direzioni strategiche hanno con noi (incluso il grado di coinvolgimento sulla programmazione), seppur con tutti i limiti, può, insieme ad ulteriori parametri decisi dagli organi regionali, contribuire alla selezione essenzialmente sulla base dei risultati ottenuti. Mi permetto di aggiungere che 3 anni di mandato sembrano davvero insufficienti per programmare e realizzare. Se poi, anche quando siamo soddisfatti del risultato, riconfermiamo il mandato ai direttori generali e però li spostiamo ad altra sede, allora la cosa lascia davvero molto perplessi.

La più amata dai **pazienti**

Un sondaggio di Cittadinanzattiva premia il direttore generale di Verona

di Antonella **Prigioni**

I malati che danno i voti ai direttori generali delle Ulss del Veneto. Il sondaggio di Cittadinanzattiva e Tribunale del Malato, organismo che si occupa di tutelare i diritti dei cittadini per garantire loro una sanità più umana e meglio organizzata, non considera la produttività dei "general manager" a capo delle aziende sanitarie, ma il livello di "humanitas" nel compiere il loro lavoro. E la dottoressa Maria Giuseppina Bonavina, direttore generale dell'Ulss 20 di Verona, è risultata la più brava della classe. Medico, dirigente, donna schiva della ribalta, ma determinata, consapevole delle proprie capacità e sempre sorridente. Il direttore generale dell'Ulss 20 è indubbiamente soddisfatta del gradimento espresso dalla "gente".
"Un riconoscimento che mi ha meravigliato, non sapevo ci fosse questo sondaggio. Sono felice. Non stimolo le classifiche, ma quando ci sono, meglio arrivare primi".

Prima nella valutazione dei giudici più severi, che sono i pazienti, i malati…
Il mio desiderio, come direttore generale, è sempre stato quello di raggiungere l'utente, le necessità della gente. I pazienti non vedono le valutazioni tecniche, vogliono avere la percezione di essere accolti, che a loro si dia la dovuta attenzione. E' da cinque anni l'impegno di tutta la mia squadra. Da soli non si fa nulla.

L'accoglienza incide sulla terapia?
Un paziente che accede alle strutture ben disposto, recepisce meglio le cure, vive meglio il dolore, anche se in Veneto, molto abbiamo fatto per creare ospedali senza dolore. Se si sente gestito, aiutato con il sorriso, affronta meglio il percorso terapeutico. Poi è così faticoso non sorridere… per un broncio impieghiamo centinaia di muscoli, per un sorriso pochissimi.

Come concilia, accoglienza, cura e attenzione con i tagli?
Il direttore generale è un amministratore. Cinque anni fa ho improntato un percorso basato sulla razionalizzazione delle attività, che non significa "tagliare". Razionalizzare, organizzare sono sinonimi di garanzia all'utente del necessario, in un raggio di distanza decoroso dal suo domicilio.

Padovana, studi a Padova, gran parte della carriera nella città del Santo. E' in scadenza di mandato, ci tornerebbe?
A Padova sono nata, lì il mio percorso professionale, non la rinnegherò mai. A me piace iniziare e concludere i percorsi.
Nel territorio veronese, abbiamo creato un bel gruppo, c'è ancora molto da fare. A Verona sono stata bene, sto bene e non ho aspirazioni né di mare, né di montagna.

Maria Giuseppina Bonavina

Laureata in Medicina e Chirurgia a Padova nel 1982 con specialità in Igiene e Medicina Preventiva con indirizzo in Organizzazione dei Servizi Ospedalieri, ha iniziato la sua carriera ospedaliera come assistente medico in Sovrintendenza Sanitaria presso l'ospedale civile di Padova (1987).
A questo è seguito l'incarico di vicedirettore sanitario nell'Azienda Ospedaliera di Padova (1997). Dal 1 febbraio 1999 ha svolto le funzioni di direttore ospedaliero presso l'Ulss 16 di Padova – ospedale geriatrico fino al 30 settembre 2002. Si è inoltre interessata di prelievi d'organo e di emergenza sanitaria. Direttore del presidio ospedaliero di Abano Terme dal 1 ottobre 2002 al 28 febbraio 2006. Dal 1 marzo 2006 è stata direttore sanitario dell'Istituto Oncologico Veneto. Dal 1 gennaio 2008 è direttore generale dell'Azienda Ulss 20 di Verona. E' sposata ed ha tre figli.

Il Governo impugna il nuovo **Piano Sociosanitario**

Cosa succede ora? C'è il rischio che il nuovo Piano rimanga un'incompiuta?

Recentemente il Governo ha impugnato il nuovo Piano socio-sanitario che la Regione Veneto ha approvato il 20 giugno scorso. Gli articoli bocciati sono quelli che conferiscono più poteri al Consiglio piuttosto che alla Giunta per quanto riguarda la nomina dei direttori generali alla sanità delle Ulss, e il licenziamento delle schede ospedaliere e territoriali (queste ultime sono una novità nazionale). Su questo argomento abbiamo raccolto alcuni commenti in Regione Veneto, in particolare ci siamo rivolti all'assessore alla sanità Luca Coletto, al presidente della Quinta Commissione Leonardo Padrin, ai consiglieri regionali capogruppo Dario Bond (Pdl), Federico Caner (Lega), Claudio Sinigaglia (Pd).

Luca Coletto assessore regionale alla sanità

Il nuovo Piano socio-sanitario non rimarrà un'incompiuta. Il Piano c'è, esiste e noi andiamo avanti. L'impugnazione del Governo è finalizzato solamente a collocare correttamente i poteri nella Giunta. Non avrebbe senso, infatti, operare nel modo che qualcuno ha proposto. Vale a dire: promuovere un sistema macchinoso che delegittima l'esecutivo. Che senso ha che io faccia una proposta in Giunta, che abbia poi necessità della valutazione del Consiglio che, nel caso abbia parere vincolante, dovrà di nuovo tornare in Giunta? Detto ciò, desidero rassicurare i cittadini sul futuro della sanità veneta. I servizi non saranno tagliati, ma migliorati. Il nuovo Piano è pensato, infatti, perché i servizi sanitari siano più vicini alla gente. Questo si traduce in un potenziamento della medicina territoriale e in una maggiore attenzione alla prevenzione. E' vero che verranno ridimensionati i posti letto negli ospedali, ma sarà fatto nel momento in cui sarà pronta l'alternativa che è quella di spostare alcuni posti letto in strutture intermedie. L'ospedale dovrà finalmente essere il luogo delle acuzie. Terminata la fase critica e di urgenza, il paziente tornerà a casa e, nel caso questo non sarà possibile per vari motivi che valuterà lo specialista, allora potrà trascorrere altro tempo di recupero e riabilitazione in altre strutture disseminate nel territorio. Spero in questo modo di aver rassicurato i cittadini: la nostra sanità sarà potenziata grazie alle nuove schede ospedaliere e territoriali che dovrebbero essere operative tra fine anno e l'inizio del 2013.

Leonardo Padrin Presidente V Commissione regionale della sanità

Il Piano socio-sanitario del Veneto 2012-2016, approvato dal Consiglio regionale il 20 giugno 2012 è una legge pienamente operativa in ogni sua parte. Il Governo ha ritenuto di impugnare due punti di questa legge, che mancava in Veneto da 16 anni, che riguardano la nomina del direttore generale della sanità e la stesura delle schede ospedaliere e territoriali. Nel primo caso contesta il fatto che il direttore della sanità sia indicato dal presidente della Regione e votato dal Consiglio regionale (peraltro come già avviene da almeno 20 anni). Il motivo di questa scelta è conseguente alla grande responsabilità di questo alto dirigente che deve essere di fiducia del presidente della Regione ma votato dal Consiglio perché sta in capo a lui la spesa della sanità e 8,5 miliardi di euro. Un equilibrio a garanzia di tutti. L'altro punto contestato riguarda l'approvazione delle schede ospedaliere e territoriali che sono proposte dalla Giunta ma approvate dalla V Commissione che rappresenta tutto il Consiglio, sia maggioranza che opposizione. Si tratta di un atto di programmazione e non di gestione e conseguentemente rispetta la divisione dei poteri: alla Giunta ed al presidente la gestione; al Consiglio (attraverso la V Commissione) la programmazione ed il controllo. La Regione Veneto si costituirà a difesa del Piano socio-sanitario contro il ricorso fatto dal Governo. Deciderà la Corte Costituzionale. Questi sono i fatti, il resto è polemica politica spesso strumentale a logiche interne alle coalizioni o ai singoli partiti. Il Veneto ha fatto una legge che regola il funzionamento della sanità e del sociale, non ha intaccato i poteri che lo Stato si è comunque trattenuto (come i contratti di lavoro), la decisione del Governo di impugnarla in questi due punti è un atto incomprensibile che lede l'autonomia della Regione. Autonomia che difenderemo in tutte le sedi istituzionalmente preposte ricorrendo, se dovesse servi-

re, all'approvazione di altre leggi dall'analogo contenuto.

Claudio Sinigaglia
capogruppo Pd

Il nuovo Piano, così come lo abbiamo pensato, rafforzava il Consiglio regionale in modo tale che la decisione finale su alcune questioni importanti venisse presa più democraticamente. Nel Consiglio, infatti, bisogna anche confrontarsi con l'Opposizione, cosa che non accade qualora la decisione dovesse spettare solo alla Giunta. Il Piano ha come obiettivo quello di ridurre i posti letto ospedalieri, potenziando però il territorio. A tal proposito, noi dell'Opposizione abbiamo votato perché l'approvazione delle schede ospedaliere e territoriali avvenga contestualmente con il parere obbligatorio e vincolante della Commissione della Sanità. Ora, il fatto che il Governo ha bocciato questo punto, chiedendo alla Regione Veneto che corregga il tiro restituendo questi poteri alla Giunta e quindi all'esecutivo, rischia di mettere a soqquadro la sanità veneta. Tanto per capirci, se io tolgo posti letto in ospedale, devo però essere in grado di dare una risposta nel territorio, quindi devo contemporaneamente inserire questi posti letto in altre strutture intermedie. Questo lavoro lo faccio bene solo se l'approvazione delle schede (ospedaliere e territoriali) viene fatta, come ho detto, contestualmente. Ma, ahimé, se a decidere sarà la Giunta, contestualmente non si farà nulla e allora posso affermare con certezza che questo Piano sarà in realtà aria fritta e che a pagare (in termini di cattive prestazioni e servizi) saranno sempre i cittadini.

Dario Bond
capogruppo Pdl

Non rimarremmo fermi a guardare. Questo è certo. Abbiamo lavorato sodo per realizzare un nuovo Piano che rispondesse alle nuove esigenze sia dei tempi di "magra" imposti dalla crisi che dei cittadini, sempre più bisognosi di risposte concrete ed efficaci in sanità. Per questo il Piano che abbiamo votato punta a ridurre drasticamente le liste di attesa, una piaga anche nella sanità veneta, e a diminuire i costi (adottando i cosiddetti costi standard) aumentando però la qualità dei servizi erogati. Un lavoro e un impegno non da poco che vogliamo difendere a tutti i costi. Non vogliamo attendere ancora per l'approvazione del Piano, i nostri cittadini lo attendono ormai da quindici anni. Fermarsi ora significherebbe tornare indietro e questo sarebbe un guaio per i cittadini e una sconfitta per noi amministratori. E' per questo motivo che, qualora i tempi di risoluzione del problema dovessero lievitare, siamo pronti come Consiglio regionale e Quinta Commissione a predisporre un progetto di legge per poter procedere con l'approvazione delle nuove schede sanitarie. Unico strumento che ci consente di ridisegnare gli ospedali e quindi la sanità veneta (numero dei posti letto, le specialità, i primariati, ecc.).

Federico Caner
capogruppo Liga Veneta – Lega Nord

L'impugnazione del Piano socio sanitario da parte del Governo è dovuta a ragioni che io stesso, durante la discussione in Consiglio regionale, non avevo mancato di sottolineare, ma sulle quali la Lega si è trovata in minoranza di fronte al voto congiunto di Pd e Pdl. La presa di posizione dell'assessore Coletto in merito alle prerogative della Giunta, bocciata dalla "maggioranza montiana" in aula, è stata invece riconosciuta legittima dal Governo, per gli stessi motivi che aveva evidenziato l'Ufficio legislativo regionale. Sono certo comunque che la questione si risolverà quanto prima e che presto potremo attuare un Piano che ammoderna la sanità veneta, razionalizza i doppioni, snellisce gli apparati per incrementare i servizi, ottimizza la rete ospedaliera dando maggior rilevanza alle eccellenze che chi vengono riconosciute a livello internazionale. Come ha detto il governatore Zaia, questo è il Piano dell'efficienza perché porterà cure migliori, più modernità, più attenzione alla qualità della spesa; è il piano delle tecnologie sulle quali puntiamo con decisione; è il piano dei lavoratori della sanità, 60.000 persone tra medici, infermieri, amministrativi alle cui professionalità è dedicata una doverosa attenzione. Il Veneto è la Regione più virtuosa della sanità italiana e ciò significa che nei nostri ospedali si cura presto e meglio. Da due anni teniamo i conti in attivo senza avere, unici in Italia, l'addizionale Irpef sulla sanità. Con questo Piano progrediremo ancora, avendo come unico criterio la tutela della salute di ognuno dei cittadini veneti.

ICORA e la formazione del personale nelle aziende **Ortopediche Sanitarie**

di Massimo **Pulin**
Presidente Icora

Avrà inizio un corso per Operatore qualificato in Ausili ed Articoli Sanitari Ortopedici, denominato "Commesse-Front Office". La necessità sempre maggiore di poter realizzare in modo completo la riqualificazione dell'area commerciale e tecnica in ambito della vendita di ausili e tecnologie per la persona diversamente abile, ci obbliga a dover pensare ad una formazione di base per il personale che si interessa della vendita diretta del prodotto all'interno di realtà commerciali. Il nuovo operatore professionale che andremo a formare in collaborazione al tecnico ortopedico e ai referenti per le persone diversamente abili, darà il proprio contributo al momento della scelta, dell'individuazione ed acquisto del Dispositivo Retail o dell'ausilio.

Il percorso Formativo avrà una durata di 120 ore
Il corso in oggetto prevede un'utenza sia privata che di utenti già operanti in strutture di ortopedia e sanitaria, utenti in cerca di occupazione in possesso dei soli requisiti previsti. Il Percorso formativo in base alle adesioni svilupperà una organizzazione didattica ed un percorso formativo integrale di 120 ore articolato secondo un piano di studi teorico e pratico. La didattica risulta articolata per moduli ed aree disciplinari; il corso prevede un modulo didattico di base ed uno professionalizzante.

Profilo professionale
L'operatore qualificato alle vendite di AASO (ausili e articoli sanitario-ortopedici) a seguito dell'attestato di qualifica conseguito al termine della specifica formazione professionale svolge, sulla base di specifiche indicazioni date dal Medico specialista, dal tecnico ortopedico e dal cliente, l'attività diretta di vendita di prodotti sanitari che non necessitano per la loro individuazione della presenza del tecnico ortopedico. All'interno della propria azienda sulla base della formazione specifica e delle indicazioni ricevute dal paziente, effettua la propria valutazione ed individua il prodotto da consigliare al cliente. In presenza di situazioni di particolare impegno e gravità sarà fatto obbligo all'Operatore di segnalare la condizione al tecnico ortopedico responsabile dell'azienda.

Le Competenze professionali conseguite saranno
- programma delle fasi di organizzazione della vendita;
- organizza la disposizione dei prodotti all'interno della struttura;
- gestisce la presa in carico del cliente;
- individua su indicazione clinica il posizionamento di ortesi predisposte;
- conosce le principali tipologie di ortesi e tutori funzionali;
- valuta e propone la vendita di dispositivi a compressione graduale;
- conosce le tipologie di ausili presenti nel mercato.

Contesti operativi
L'operatore qualificato alle vendite di AASO svolge l'attività nel settore delle aziende officine ortopediche qualificate, specificatamente all'interno dell'area della vendita front office a diretto contatto con il cliente.

Modulo didattico	Tipo di formazione	Numero minimo di ore
Modulo di Base	Teorica	48
Modulo Professionalizzante	Teorica – Pratica	72
	Totale	120

La rete dei Centri per il **Decadimento Cognitivo**

Nuove risposte per le persone colpite da demenza e per le loro famiglie

di Daniele **Donato**
direttore sanitario Ulss 16 Padova

La demenza è una condizione altamente invalidante, in continuo aumento in tutto il mondo a causa del progressivo invecchiamento delle popolazioni, e rappresenta dunque una delle più importanti emergenze che i sistemi sanitari si troveranno ad affrontare nei prossimi anni. In Italia la prevalenza di Demenza, nella popolazione anziana risulta essere compresa, a seconda delle casistiche, tra il 6 ed il 10% (5,3% degli uomini ultrasessantacinquenni e il 7,2% delle donne della stessa età). Nel territorio dell'ULSS 16, che conta quasi 500.000 abitanti, si può stimare che tale problema riguardi in maniera più o meno grave circa 7000 persone e le loro famiglie e tali cifre sono destinate ad aumentare nel tempo. L'emergenza "demenza" è pertanto un fenomeno che coinvolge la società su più fronti, e alla quale va data una risposta che integri competenze e risorse di tipo diverso e che coinvolge l'intera area socio-sanitaria. L'Azienda ULSS 16 recependo anche le Direttive Regionali in materia (in particolare DGRV 3542/2007) ha formulato grazie al continuo confronto sia con medici e infermieri, sia con le associazioni dei familiari, un "piano per la riorganizzazione dei servizi per le persone affette da decadimento cognitivo". La novità principale di tale processo di riassetto è rappresentato dalla nascita dei "Centri per il Decadimento Cognitivo" (CDC), nell'ambito dei quali équipes dotate di pluralità di competenze possono garantire continuità della presa in carico della persona e della sua famiglia. I CDC si configurano come strutture funzionali, all'interno delle quali tutti i servizi specialistici (neurologie e geriatrie) che si occupano comunemente di diagnosi e terapia della demenza sono stati messi in rete tra loro. Oltre ad un potenziamento della rete di ambulatori di neurologia e di geriatria dedicati a questa problematica, per ogni CDC è stato individuato anche un punto di riferimento ben definito per i medici di medicina generale e per i contatti con l'utenza, rappresentato dall'infermiere "case manager". Tale figura ha il compito di facilitare la continuità della presa in carico dei pazienti, anche grazie al contatto e alla conoscenza di servizi specialistici e di servizi del territorio. L'infermiere Case-manager del CDC alterna infatti la sua presenza presso gli ambulatori degli specialisti e presso il punto unico dei distretti. Al termine dell'inquadramento diagnostico-terapeutico, fornisce informazioni alla famiglia sulla gestione del paziente e sui servizi territoriali. Su attivazione del medico di medicina generale, può effettuare valutazioni domiciliari del paziente e counseling su interventi non farmacologici o assistenziali. Fornisce informazioni alla famiglia. Supporta il MMG nell'attivazione dei servizi nei casi di perdita della tenuta della famiglia.

Il servizio nel corso della fase di avvio ha già dato risposta ad oltre 200 utenti, con buone risposte in termini di soddisfazione dell'utenza; al momento risulta attivo in tutto il territorio e, in occasione della XIX Giornata mondiale dell'Alzheimer, è stata data informazione alla cittadinanza. Un'altra iniziativa che sta prendendo forma in questi ultimi mesi è il portale SOS Demenza.

Nato da un progetto di collaborazione tra Azienda ULSS 16 – Regione Veneto e Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), SOS Demenza (www.sosdemenza.it) è un sito web dedicato a formare e a fornire informazioni sulla demenza a chi è costretto ad assistere un proprio familiare affetto da questa patologia. Il portale è stato presentato nel corso di un meeting internazionale a Padova, il 5 ottobre scorso.

Laparoscopia in **tre dimensioni**

La Chirurgia di Piove di Sacco uno dei primi centri italiani a testare le ultime novità in questo campo"

A cura di Luigi **De Santis**
Primario Chirurgia
Ospedale di Piove di Sacco

La video laparoscopia ha segnato un cambiamento epocale nel trattamento di molte patologie chirurgiche: si tratta di una metodica altamente tecnologica e sofisticata, in continua evoluzione, che permette di eseguire interventi chirurgici in modo meno traumatico ed invasivo rendendo la degenza postoperatoria ed il ritorno alla vita normale molto più rapida.
Questa tecnica può essere impiegata sia per patologie benigne quali le ernie della parete addominale, le calcolosi della colecisti, la malattia diverticolare, alcune malattie polmonari, sia per patologie tumorali dell'apparato respiratorio, digerente, endocrino e genitale.
I risultati ottenuti con questa strumentazione, introdotta da circa 3 anni presso il Centro di chirurgia di Piove di Sacco, sono stati più che soddisfacenti ed il Sole 24 ore, in una recente classifica pubblicata, ha inserito l'UO di Chirurgia dell'Ospedale di Piove di Sacco ai primi posti tra i centri d'eccellenza in ambito nazionale nel trattamento video laparoscopico delle calcolosi della colecisti.
La chirurgia mini invasiva è resa possibile utilizzando delle microtelecamere che vengono inserite, attraverso dei piccoli fori, all'interno del corpo umano.
Le immagini sono ingrandite di tre volte con un'alta definizione dei particolari consentendo l'esecuzione di manovre più precise ed accurate, con la contestuale possibilità di registrare, rivedere e discutere in un secondo tempo l'operazione eseguita.
La comunità scientifica internazionale è ormai concorde nel riconoscere questa metodica come la tecnica di scelta o meglio, in termini medici, il "gold standard" nel trattamento di alcune patologie delle vie biliari, del surrene, del tratto digerente, delle ernie iatali.
La tecnologia attualmente più diffusa è quella ad alta definizione (simile a quella dei televisori HD delle nostre case) che consente certamente un'ottima percezione visiva ma presenta il limite di fornire un'immagine analoga a quella che si realizza con un occhio solo, manca cioè la profondità di campo indicata come terza dimensione.
L'ultima tappa di questa evoluzione tecnologica è quella 3D: una doppia telecamera inserita nel sistema ottico permette di entrare nel corpo umano con una qualità dell'immagine perfetta usufruendo delle stesse strumentazioni già in uso.
Una delle ditte leader mondiale e storica nelle attrezzature video laparoscopiche ha messo a punto un sistema di visione tridimensionale in laparoscopia e ha voluto, conoscendo la nostra esperienza in tale ambito, che il nostro centro di chirurgia generale sia tra i primi in Italia, primo in ambito regionale, a testare la nuova attrezzatura.
Questa nuova frontiera della chirurgia rappresenta un ulteriore passo avanti del progresso medico senza gravare particolarmente sulla spesa sanitaria visto che viene utilizzata in larga misura la tecnologia e la strumentazione esistente.

Il futuro di questa tecnologia 3D dovrebbe essere opportunamente affidato, almeno inizialmente, a Centri dedicati, specializzati nello sviluppo delle tecniche videolaparoscopiche. Tali realtà garantirebbero l'insegnamento di questa complessa modalità operatoria, consentendo anche ai giovani chirurghi di acquisire quel bagaglio di conoscenze indispensabile per colmare il grave vuoto formativo attualmente esistente.

© Can Stock Photo Inc. / bedo

ANTONVENETA
GRUPPOMONTEPASCHI

Antonveneta, **la banca è mobile**

Internet e mobile banking per gestire conti e depositi titoli dove vuoi, quando vuoi.

Con le nuove applicazioni per i dispositivi mobile, Banca Antonveneta è raggiungibile ovunque e in qualsiasi momento.
Ai più tradizionali servizi di internet banking e phone banking si aggiunge oggi il mondo in continua evoluzione di tablet e smartphone, che rendono ancora più semplice e veloce operare sul proprio conto e sul proprio deposito titoli in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo, senza la necessità di recarsi fisicamente allo sportello.
Le nuove applicazioni Paskey per iPhone, iPad e Smartphone Android sono state progettate per semplificare al massimo anche le operazioni più complesse, grazie all'utilizzo di una grafica intuitiva e a percorsi di navigazione lineari. L'operatività spazia dall'interrogazione dei conti correnti, alla consultazione dell'archivio storico delle operazioni effettuate, disposizioni di bonifici e giroconti possono essere eseguiti direttamente da tablet o telefono, e così l'operatività delle carte prepagate.

Oltre a queste funzionalità di base il servizio internet e mobile di Banca Antonveneta (Gruppo Montepaschi) consente la gestione del portafoglio titoli e il trading per le operazioni di compravendita sul mercato italiano di azioni, fondi chiusi, obbligazioni, warrants e titoli di stato, nonché quotazioni, titoli e indici dei principali mercati finanziari. In aggiunta, è possibile personalizzare menù e navigazione tenendo conto di esigenze specifiche, operazioni frequenti e informazioni principali, e adattare in questo modo il servizio all'utilizzo di ogni singolo utente.
Le attività correlate al mobile banking sono in costante aumento, secondo un rapporto realizzato dall'Area Pianificazione Strategica, Research e Investor Relations di Gruppo Montepaschi diffuso ad inizio 2012, la diffusione degli smartphone è inarrestabile e, nell'ambito dei servizi bancari e finanziari, il 25% dei possessori utilizzano il dispositivo per operare su conti e depositi titoli, curando i propri interessi a distanza.
PasKey Internet e Mobile Banking è l'offerta sviluppata da Gruppo Montepaschi, grazie alla quale è possibile avere il proprio conto corrente sempre a portata di mano personalizzando il menù secondo le proprie esigenze di utilizzo e in caso di necessità effettuare l'accesso e le operazioni anche tramite email o sms. Per accedere in mobilità è sufficiente avere la chiave elettronica rilasciata gratuitamente in filiale e utilizzata anche per entrare nel conto tramite PC o telefono fisso.

we care

WORKSHOPCARE
www.workshopcare.com

Workshop Care risponde alle vostre esigenze selezionando solo prodotti delle migliori marche che rispondono agli standard più elevati.
Ciò garantisce risultati certi per soddisfazione vostra e di chi sceglie di farsi curare da voi.
Le metodiche di cui Workshop Care si occupa sono: laserterapia, magnetoterapia, elettrostimolazione, Tecarterapia®, elettroterapia, onde d'urto.

Formazione
Workshop Care è attenta alle necessità formative del proprio personale, dei propri collaboratori e dei propri clienti. L'approfondita conoscenza e l'utilizzo delle apparecchiature richiedono anche un aggiornamento continuo sulle ultime novità offerte dal mercato.

Servizi e Assistenza
- Verifiche funzionali;
- Verifiche di sicurezza CEI 62-5;
- Contratti di manutenzione personalizzati;
- Assistenza all'acquisto.

800-628-772

Workshop Care distribuisce e vende in Veneto e Friuli Venezia Giulia:

Tecar gain without pain
Chattanooga Group ReAble
Compex
TecnoBody
ASV Energy for health
EMS Electro Medical Systems
hosand Optimize your life

Workshop Care s.r.l.
Via Filanda, 2/b
34071 Cormòns (GO) - I

T +39 0481 60328
F +39 0481 631932
E info@workshopcare.com

SOPRA A TUTTI

PERCHÉ I TUOI PAZIENTI MERITANO IL MASSIMO

Quando si parla di terapia ad onde d'urto si parla di Swiss Dolorclast®, il metodo d'eccellenza per qualità, affidabilità ed efficacia.

La terapia ad onde d'urto è determinante in molte patologie, agisce contro il dolore e dona serenità ai Vostri pazienti.

SWISS DUOCLAST®

EXTRACORPOREAL

SHOCK

WAVE

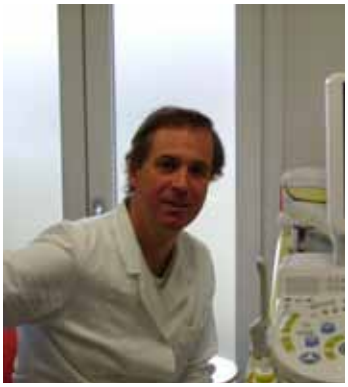
THERAPY

L'ECCELLENZA NELLE ONDE D'URTO

EMS

ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

Nuove "esigenze" diagnostiche nel **colpo di frusta**



di Lorenzo **Bidoli**
Specialista in Radiologia

Nell'ambito dell'infortunistica stradale, il trauma distorsivo cervicale, meglio conosciuto come "colpo di frusta" riveste da tempo un ruolo importante. Questa è una patologia traumatica del rachide cervicale da flesso-estensione, che si manifesta quando il corpo viene spinto in avanti mentre il collo, per l'inerzia del capo, subisce una brusca iperestensione. A questa segue un iperflessione associata talvolta ad un movimento di inclinazione laterale e/o di rotazione. Questo meccanismo determina un quadro clinico polimorfo, per lo più caratterizzato da dolore e rigidità del collo, sindrome vertiginosa, fenomeni neuro-vegetativi (nausea vomito) cefalea, disturbi cervico-brachiali, cioè dolorabilità, ridotta sensibilità e formicolii al braccio ed alla mano, turbe visive in relazione al coinvolgimento del sistema nervoso simpatico cervicale, disturbi dell'udito e così via. La diagnosi sin ora si è basata sulla storia clinica, l'esame obiettivo, cioè visitare il paziente, reperti coadiuvati talvolta da un esame radiologico della colonna cervicale, anche in massima flesso estensione per documentare un eventuale "disallineamento vertebrale". Di rado si ricorreva ad altre indagini quali la TAC, la risonanza magnetica nucleare (RMN) e l'elettromiografia. Ma ecco che da qualche mese, è in atto una rivoluzione. Sin dall'inizio dell'anno in corso infatti la Decima Commissione del Senato nell'ambito delle liberalizzazioni promosse dall'attuale Governo, coinvolgenti anche l'ambito assicurativo, ha proposto degli emendamenti, poi recentemente approvati, relativi alla modifica dell'articolo 32 del D.D.L. 3110, circa la risarcibilità del danno permanente conseguente alle lesioni di lieve entità, tra le quali rientra anche il colpo di frusta: "le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente". Tale impostazione, che fa riferimento al modello inglese, come ha ricordato l'Ania, Associazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici, impone una regolamentazione più restrittiva nell'ambito della certificazione di tale patologia. In questi mesi è in atto un dibattito sul fatto che subordinare il risarcimento alla dimostrazione strumentale dei postumi comporterebbe il ricorso ad accertamenti costosi e per alcuni di non provata utilità, introducendo quindi un elemento economico discriminante, appannaggio solo dei più abbienti. Tra le varie metodiche strumentali fruibili per la determinazione del danno (Radiografia, Tac, RMN, Esame elettromiografico, Elettronistagmografico, Baropodometria, Esame colceo vestibolare, Esame stabilometrico). L'ecografia dei muscoli lunghi del collo, potrebbe assumere un ruolo importante. L'ecografia essendo metodica priva di controindicazioni, a basso costo e largamente diffusa, può fornire utili informazioni riguardo eventuali, alterazioni morfo strutturali di tendini e muscoli danneggiati dal meccanismo flesso estensivo; si possono riconoscere sia lievi alterazioni della struttura muscolare e tendinea, sia gli esiti più inveterati del danno, corrispondenti a quadri ecografici di tipo fibrotico cicatriziale. Più in dettaglio, in riferimento alle linee guida della SUMSI (Società Ultrasonologica Medica Svizzera Italiana) si possono individuare 3 categorie in ordine di gravità, e cioè la contrattura, reperto di facile riscontro clinico ma "muto" all'ecografia, l'elongazione o stiramento dove l'ecografia dimostra la sovradistensione delle fibre muscolari e lo strappo muscolare, corrispondente a rottura di poche o tante fibre. Va ricordato che, come tutte le indagini ecografiche, la capacità dell'operatore e la tipologia delle apparecchiature utilizzate sono ceterminanti per il risultato diagnostico. Nel prossimo futuro, quindi, vedremo quale effettivo contributo diagnostico, l'ecografia potrà offrire, nel fornire un riscontro strumentale delle lesioni di lieve entità nel trauma distorsivo cervicale, in previsione di un risarcimento per danno biologico permanente.

© Can Stock Photo Inc. / hjalmeida

Le malattie ereditarie si possono identificare con uno **screening neonatale**

Peccato che in Veneto si usa solo per tre tipi di patologie

Associazione Italiana Sostegno Malattie Metaboliche Ereditarie Onlus
aismme

a cura dell'Associazione Italiana Sostegno Malattie Metaboliche Ereditarie Onlus

Le chiamano "malattie rare", ma tanto rare non sono: si tratta di circa 600 patologie ereditarie che coinvolgono la biochimica del metabolismo e che si stima colpiscano un bambino ogni 500 nuovi nati. Patologie che hanno una gravità variabile, che possono portare alla morte o irrimediabilmente incidere nella qualità della vita, ma che potrebbero essere contrastate nei sintomi se identificate precocemente.
"Circa il 6% della popolazione ne è affetta. Il 30% di questi pazienti muore prima dei 5 anni di vita.
Il 25% dei pazienti attende da 5 a 30 anni per avere la conferma della diagnosi ed il 40% di loro ha avuto inizialmente una diagnosi sbagliata – spiega Cristina Vallotto, presidente dell'Aismme l'associazione che ha sede a Padova e che raccoglie i genitori di bambini affetti da malattie metaboliche ereditarie - numeri che fanno paura, soprattutto se pensiamo che se la malattia non viene identificata immediatamente degenera in fretta portando a gravi danni per l'organismo se non alla morte. In questo contesto assume un' importanza fondamentale l'unico strumento di identificazione precoce efficace: lo screening neonatale metabolico allargato, un test che consente l'identificazione di oltre 60 malattie metaboliche ereditarie, permettendo sin da subito l'applicazione di diete e cure che possono contrastare o congelarne i sintomi'".
Attualmente in Italia tutti i nuovi nati vengono sottoposti ad uno screening per identificare tre malattie ereditarie: la fibrosi cistica, l'ipotiroidismo congenito e la fenilchetonuria.
Con lo stesso prelievo potrebbe essere possibile identificare fino a oltre 60 malattie metaboliche per la cui terapia esistono evidenze scientifiche efficaci.
In Italia attualmente lo screening allargato viene applicato per legge solamente nella Regione Toscana ed in altre aree a macchia di leopardo, grazie alla buona volontà di singoli amministratori od Istituti.
"I bambini che nascono ogni giorno in Italia non possono aspettare – continua la Vallotto – in questi anni abbiamo lavorato per sensibilizzare il mondo medico e le Istituzioni perché questo test venga applicato per legge in tutto il territorio italiano. Campagne informative, raccolta di firme e di fondi, lettera appello alle Autorità Sanitarie Nazionali e Locali, iniziative che hanno voluto richiamare l'attenzione anche sulle malattie rare e sulla necessità di prestar una maggiore attenzione ai problemi delle famiglie nella gestione quotidiana dei malati".
Per fornire un supporto concreto alla famiglie, Aismme ha attivato un sito Internet (**www.aismme.org**) ed uno sportello telefonico (**800.910206**).
Per chi volesse dare il proprio aiuto attraverso il cinque per mille il codice fiscale di AISMME Onlus è il seguente: **92181040285**.

Spalla dolorosa
quando l'armonia è spezzata dal dolore

testo a cura del
Dottor Alessandro **Valent**
Specialista in Fisiatria

Diverse le patologie che possono colpire questa articolazione "perfetta", tutte contrassegnate dalla presenza di dolore in forma acuta e cronica. Per bypassarlo e recuperare la migliore condizione fisica via libera al trattamento conservativo.

Alzi la mano chi non ha mai fatto i conti con un dolore acuto alla spalla complice uno sforzo, un movimento repentino o una serie di attività logoranti protratte nel tempo.Questa articolazione, complice l'utilizzo continuativo che se ne fa nel corso della giornata, lavorando o facendo attività sportiva, è infatti vittima predestinata di molteplici patologie che hanno in comune un unico tratto: il dolore. A scendere a compromessi con la sofferenza che coinvolge la spalla sono soprattutto gli sportivi agonisti del tennis, della pallavolo, del lancio del peso e anche del nuoto per i quali l'articolazione più mobile di tutto il corpo è uno strumento per vincere ogni partita.Poterla utilizzare al meglio è una necessità, oltre che una sicurezza. Quando il dolore bussa alla porta e la spalla duole correre rapidamente ai ripari diventa dunque una priorità, soprattutto per quegli atleti che, alla sua piena mobilità, affidano il loro successo. La sindrome della spalla dolorosa, che insorge spontaneamente oppure a seguito di un trauma distorsivo, complice il dolore intenso e persistente a cui si accompagna, ha invece il limite di bloccare ogni attività. Sportiva o lavorativa che sia.

La spalla: un'articolazione perfetta

La spalla, costituita da tre articolazioni (scapolo-omerale, sterno-clavicolare e acromion-clavicolare), da due pseudo-articolazioni (sottoacromion-deltoidea e scapolo-toracica) e da una miriade di muscoli e legamenti che assicurano il movimento dell'arto superiore su tutti i piani dello spazio e la centratura della testa dell'omero nella glenoide scapolare, è il complesso articolare più mobile del nostro corpo. Non a caso il suo movimento, risultato dell'armonia di tutto il complesso articolare e muscolare, è una sorta di fenomeno "musicale", ribattezzato ritmo scapolo-omerale. Quando uno qualsiasi degli elementi che compongono il complesso articolare della spalla viene colpito da un processo patologico, a fare i conti con dolore e limitazione funzionali è spesso tutta la struttura. Per questo, per risolvere al meglio la problematica legata all'insorgenza della spalla dolorosa, diventa prioritario individuare esattamente la sede ed il tipo di patologia, così da trattarla correttamente.

Una, dieci, cento patologie

Le patologie che possono coinvolgere la spalla, numerose e di origine sia traumatica che degenerativa, sono spesso invalidanti per il paziente, comportando dolore in forma acuta o cronica prevalentemente notturno, contrattura muscolare e limitazione funzionale nelle attività quotidiane, lavorative e sportive. La qualità della vita diventa dunque un miraggio, così come l'opportunità di poter tornare ad allenarsi in tempi rapidi. Tra le malattie più comuni a fare la parte da leone sono le tendinopatie della cuffia dei rotatori e del capo lungo del bicipite brachiale dietro le quali si possono nascondere sia delle semplici infiammazioni (tendiniti), sia delle degenerazioni (tendinosi) che, nei casi estremi, delle rotture parziali o complete. Altrettanto frequente è la sindrome da conflitto o impingement che coinvolge la cuffia dei rotatori e la borsa sotto-acromiale determinando il restringimento dello spazio sottoacromiale e il conseguente anomalo attrito tra tessuti molli soprastanti l'omero e l'arco coraco-acromiale. Da non sottovalutare è anche l'instabilità di spalla che comprende tutta una serie di patologie di natura traumatica o non traumatica che hanno come caratteristica comune l'alterazione dei rapporti tra la testa omerale e la cavità glenoidea. Sono invece prevalentemente di natura traumatica le patologie che interessano l'articolazione acromion-clavicolare, determinandone lussazioni e sublussazioni degenerative con artrosi.

Diagnosi: esami ad hoc per spiegare la natura del dolore

La diagnosi clinica della spalla dolorosa è il frutto di una corretta valutazione basata sulla raccolta della storia clinica del paziente e sull'esecuzione di test specifici accompagnati da esami strumentali come ecografia o risonanza magnetica, generalmente sufficienti per avere riscontri precisi. L'esame più comune è la radiografia standard che evidenzia la presenza di calcificazioni periarticolari e alterazioni dello spazio subacromiale e sottolinea l'esistenza di un'eventuale artrosi gleno-omerale. L'ecografia, poco invasiva, è invece l'esame più utile perché non solo permette una valutazione dinamica e la comparazione con la spalla contro laterale, ma identifica anche eventuali patologie dei tendini della cuffia dei rotatori e della borsa subacromiale, alterazioni ossee del trachite omerale e versamento articolare. La Risonanza Magnetica, infine, è l'esame spesso più richiesto poiché consente lo studio dettagliato di tutti gli elementi della spalla, inclusi legamenti, cartilagine articolare, cercine glenoideo e muscoli della cuffia dei rotatori. Esiste inoltre la possibilità di eseguire l'esame Artro TC che, iniettando un mezzo di contrasto all'interno dell'articolazione successivamente sottoposta all'esame TC, risulta valido per identificare eventuali piccoli difetti ossei che possono realizzarsi in patologie particolari come l'instabilità della spalla.

Trattamento: anche le terapie strumentali sono preziose

Nella maggior parte delle patologie il trattamento conservativo è spesso risolutivo. Il paziente potrà dunque recuperare la migliore condizione fisica associando la rieducazione funzionale al trattamento manuale e alle terapie strumentali, tra cui, particolarmente efficace, risulta **Hilterapia**®. Grazie ai suoi effetti analgesico, antiinfiammatorio e decontratturante, Hilterapia® è infatti in grado di diminuire sensibilmente la sintomatologia dolorosa ed incrementare la funzionalità, permettendo inoltre un miglior percorso riabilitativo. Anche l'intervento chirurgico per via artroscopia o aperta non va però escluso soprattutto nei casi specifici di lesione completa della cuffia dei rotatori o in quelli di instabilità traumatica.

Human Tecar® alle **Olimpiadi di Londra** 2012

Più di ottanta atleti, delle più diverse discipline, hanno usufruito del servizio fisioterapico di alto livello

Più di ottanta atleti di diverse discipline sportive, molti dei quali saliti sul podio, **circa 130 trattamenti** con una media di un'ora e mezza per singola seduta, sono solo alcune delle cifre più significative che riassumono il **servizio fisioterapico di alto livello che durante l'evento**, come ormai accade da molti anni, **Human Tecar® ha messo a disposizione della Nike** presso l'area Hospitality. Nei giorni di assistenza il personale qualificato Human Tecar® ha potuto mettere a servizio di tutti gli atleti dell'azienda americana, che ha così confermato la propria fiducia ed apprezzamento per il lavoro svolto, tutto il know-how e la pluriennale esperienza acquisita nello sport di alto livello, sviluppando tecniche che permettono di realizzare una fisioterapia rapida ed efficace. Atleti di tutto il mondo impegnati nei diversi sport presenti, sono stati accompagnati dai propri allenatori, tecnici e medici interessati a conoscere le tecniche manuali avanzate, la tecnologia ed i prodotti funzionali Human Tecar® per il riequilibrio fisico. Una nuova fisioterapia moderna basata su protocolli avanzati, funzionali all'allenamento per consentire un rapido recupero muscolare, smaltire i carichi di lavoro nei programmi di training intensivo, migliorare il trofismo e l'elasticità dei muscoli maggiormente sollecitati al fine di evitare problemi di overusing e overtraining. Un supporto che si è esteso anche a tutti gli atleti azzurri in collaborazione con il Prof. Tranquilli, Direttore dell'Istituto di Medicina e Scienze dello sport del CONI, che ha voluto creare, all'interno del villaggio olimpico, la più imponente e organizzata struttura Human Tecar® degli ultimi 15 anni. Un servizio fisioterapico di alto livello che ha riguardato anche tanti atleti delle diverse discipline: dal pugilato, all'atletica, canottaggio, tennis solo per citarne alcune. Attraverso un'analisi delle diverse fasi che si susseguono nella preparazione di un atleta (allenamento, spostamenti, avvicinamento alla gara, gara e post-gara) **gli specialisti Human Tecar® sono stati in grado così di sviluppare i trattamenti più appropriati per favorire una performance massimale o per intervenire tempestivamente in caso di infortuni, anche con tempi ridotti a disposizione tra una competizione e l'altra**. Tutto ciò gli ha consentito di potere dialogare costantemente con tutte le figure chiave che ruotano attorno ad un atleta, dal medico all'allenatore al preparato atletico, e scegliere i protocolli specifici per ogni ruolo e tipologia di sport con l'obiettivo di massimizzare la prestazione agonistica. Questo porta la fisioterapia non ai margini del progetto di sviluppo dell'atleta

in attesa di intervento in caso di patologia, ma come baricentro per il raggiungimento della migliore condizione psico-fisica. L'esperienza Olimpica ha inoltre confermato l'efficacia della tecnologia Physio TT, recentemente introdotta nel sistema di lavoro Human Tecar® sempre di più utilizzata nel recupero muscolare in sport di resistenza quali il triathlon, il ciclismo e l'atletica, ad esempio nelle maratone o in gare quali i 10.000 metri. Physio TT agisce inducendo un aumento di alcuni gradi della temperatura tissutale. Si sviluppa un microclima nella zona trattata dovuto all'incremento del microcircolo superficiale con conseguente miglioramento della circolazione ematica (e conseguente apporto di nutrimento e ossigeno) e linfatica con eliminazione dei liquidi e delle tossine in eccesso.
Da qui l'effetto defaticante muscolare.
Oggi, attraverso una rete di centri specializzati diffusi capillarmente sul territorio, questo know-how e la pluriennale esperienza acquisita sul "campo" da Human Tecar® vengono messi a disposizione di una fisioterapia rivolta ad un pubblico sempre più vasto per la cura e la prevenzione di numerose patologie relative a muscoli, articolazioni e sistema veno-linfatico: cervicalgie, lombalgie, strappi, contratture, sovraffaticamento, stiramenti, tendiniti, tenosinoviti, borsiti, slogature, distorsioni, presenza di aderenze, tendinosi, artrosi, infiammazioni croniche, ritenzione idrica, gambe pesanti, insufficienza venosa, insufficienza arteriosa, linfedemi solo per citarne alcune. Tre sono le logiche di intervento in risposta alle possibili esigenze terapeutiche: un trattamento anti-infiammatorio localizzato, fondamentale per eliminare in maniera rapida l'infiammazione e quindi il dolore; un'azione curativa-intensiva per agire non solo sulla zona direttamente interessata

ma anche sulle aree periferiche coinvolte, recuperando la piena funzionalità e garantendo una soluzione definitiva; un trattamento di prevenzione e mantenimento, ideale per assicurare al corpo uno stato generale di equilibrio e di benessere, recuperando energie e vitalità ed evitando l'insorgenza di problematiche legate ad un lavoro usurante, un gesto ripetuto o una postura scorretta. Dallo sportivo fino al disabile, coinvolgendo le diverse fasce di età, le diverse professioni e i diversi ambiti sportivi, gli Specialisti e i Centri Human Tecar® adattandosi alle specifiche necessità del paziente, consentono a ognuno di vivere, lavorare e praticare sport nelle migliori condizioni possibili. In questo modo tutti possono essere trattati come i grandi campioni dello sport perché quando si mette in moto l'energia, il benessere è sempre a portata di mano.

In alto: La tecnologia Human Tecar® - Physio TT e, accanto, Emulsione Spray Gambe Toniche e Dinamiche. Si tratta dell'ultimo prodotto lanciato durante le Olimpiadi per il recupero muscolare. Le altre immagini sono riferite alla partecipazione alle Olimpiadi di Londra 2012. Nella foto di pagina 70 si riconosce, al centro, il canoista Antonio Rossi.

Allenare **la memoria** aiuta a vivere meglio

Quanto è presente la memoria nella vostra vita? E dove è presente?
La memoria è trasversale ed è parte integrante di noi in ogni momento della giornata
Assieme all'attenzione, costituisce uno dei pilastri cognitivi fondamentali per il nostro funzionamento quotidiano.
Possiamo immaginare la memoria come suddivisa in tre grandi gruppi. La **memoria sensoriale**, cioè legata ai 5 sensi, è immediata e mantiene informazioni per pochi secondi. A seguire si attiva la **memoria a breve termine**, che ci permette di ricordare un definito numero di informazioni per un periodo limitato, e ci consente di "manipolarle", come succede ad esempio mentre si fanno dei calcoli a mente o si scrive la lista della spesa.
Infine si attiva la **memoria a lungo termine**, un magazzino virtualmente infinito che può conservare al suo interno informazioni anche per tutta la vita.
A questi tre gruppi se ne aggiunge idealmente un quarto, quello della **memoria prospettica**, che ci permette di ricordare un appuntamento nel futuro, permettendoci quindi di programmare le nostre giornate.
"Ma questo complesso e delicato meccanismo mentale non si limita ad incamerare informazioni più o meno utili alla nostra vita, piuttosto contribuisce a definirci come individui" – afferma la prof. ssa Anna Cantagallo, Specialista in Neurologia e Medicina Riabilitativa e Direttore Scientifico di BrainCare, centro di stimolazione cognitiva attivo a Padova dal 2010.
Negli ultimi anni la memoria è stata sulla bocca di tutti. Osservando le statistiche possiamo notare come siano aumentate le patologie che intaccano la memoria, principalmente legate all'età: demenza e Alzheimer sono parole che ormai tutti abbiamo imparato a conoscere. Tuttavia, senza arrivare agli estremi delle patologie, anche nel quotidiano riconosciamo come la nostra memoria sia sovracaricata da lavoro frenetico, stress, crisi economica e relative preoccupazioni.
Tutte le dimenticanze sono **segnali** che la nostra mente ci sta inviando, e dobbiamo essere pronti e preparati a coglierli. Il meccanismo della memoria è delicato, ha bisogno di cura ed attenzione per mantenersi attivo e flessibile. Non è un sistema indistruttibile!
La buona notizia è che la memoria non è statica, cristallizzata su se stessa, ma è una funzione dinamica, sensibile al miglioramento tramite l'esercizio mirato.
Si inizia il percorso da semplici indicazioni, legate alle abitudini quotidiane di ognuno, come un decalogo da tenere sempre in tasca. Si può successivamente misurare le nostre capacità di memoria e approfondire osservando in che ambito si avverte maggiori difficoltà.
A questo punto si possono aggiungere esercizi mirati al recupero o al potenziamento della memoria, calibrati su età, necessità e potenzialità presenti.
Migliore memoria significa **evoluzione** del proprio quotidiano, significa **capacità attiva** di gestione dei propri impegni e del proprio lavoro, ma anche **rinforzo** della propria identità e delle proprie radici.
Il primo passo importante ed essenziale è senza dubbio l'**informazione**. Attraverso la conoscenza dei processi, di ciò che succede è possibile prendere in mano le redini della situazione. Capire quello che sta succedendo porta a maggiore serenità, alla consapevolezza che si sta attivamente agendo su di sé, e non per ultima ad un'evidente efficacia.
Esiste un **numero blu 840 320232** al quale ci si può liberamente rivolgere per saperne di più sulla memoria e sul suo funzionamento, sulla gestione delle difficoltà e sul miglioramento della propria capacità personale.

Nelle foto: la prof.ssa Anna Cantagallo, Direttore Scientifico di BrainCare. La sede della Direzione Generale di BrainCare nella storica Fornace Morandi all'Arcella.

Brain Care®
DRIVE YOUR MIND

Brain Food®

con il patrocinio di

Comune di Padova

cittàsane
rete italiana OMS

presentano

Cibo per la Mente

LE SERATE DI BRAINCARE CHE NUTRONO IL TUO DESIDERIO DI CONOSCERE

Anteprima

Psicologia e alimentazione

Giovedì 22 novembre 2012
ore 18.30
sede BrainCare
via Fornace Morandi, 24
Padova

Serata su prenotazione
con memo-aperitivo

Iscriviti entro il 10 novembre per prenotare il tuo posto: chiama lo 049 8176700 o scrivi a info@brancare.it

Scopri le altre date della rassegna "Cibo per la mente" su www.braincare.it o sulla nostra pagina facebook!

3B IMPIANTI srl

I NOSTRI SETTORI

Impianti Idrotermo Sanitari
Antincendio
Condizionamento
Impianti Solari e Geotermico
Manutenzione e Assistenza

DI COSA CI OCCUPIAMO

Progettazione, Installazione, Manutenzione anche programmata, **analisi dello stato di efficenza degli impianti, verifica di rispondenza alle normative vigenti e proposta di soluzioni** per l'adeguamento.

SETTORI ATTIVI

pubblico, civile, industriale, commerciale, terziario in genere

Viale Portogallo 1/F
35020 Ponte San Nicolò (Padova)
Tel: 0498961795, Fax: 0498967844
Sito Internet: www.3bimpianti.it
mail: 3b@3bimpianti.it

ISO 9001

CQOP SOA
Costruttori Qualificati Opere Pubbliche

I diritti sociali nell'attuale sistema di welfare veneto: criticità, punti di forza e prospettive

Venerdì 21 settembre si è tenuto a Padova presso l'auditorium Pontello dell'Opera Immacolata Concezione il convegno dal titolo: "I diritti sociali nell'attuale sistema di Welfare veneto: criticità, punti di forza e prospettive", evento promosso per ricordare Fortunato Rao ad un anno dalla sua scomparsa.
Ad organizzare il convegno ci ha pensato il comitato a lui dedicato costituitosi il 15 ottobre 2011 e presieduto dalla moglie Maria Marta Marangoni. Intensi e apprezzati gli interventi dei cinque relatori: del professor Mario Bertolissi (Ordinario di Diritto Costituzione della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Padova), del dottor Tiziano Vecchiato (Direttore della Fondazione E. Zancan Onlus), del professor Angelo Ferro (Presidente della Fondazione O.I.C.), del dottor Renato Mason (in veste di Vice Presidente FederSanità Anci Veneto), del dottor Leonardo Padrin (Presidente della V^ Commissione Sanità del Consiglio Regionale del Veneto).
A moderare sapientemente il dibattito ci ha pensato poi il dottor Giampiero Avruscio. Molto apprezzate anche le testimonianze in apertura dei lavori del vice sindaco Ivo Rossi, in rappresentanza dell'Amministrazione comunale di Padova, e quella del compagno di viaggio dottor Adriano Cestrone, attuale Direttore Generale dell'Ulss n. 16 e dell'Azienda Ospedaliera di Padova.
All'evento, patrocinato da Regione del Veneto, Comune di Padova, Azienda Ulss n. 16, Lions di Camposampiero, Sezione Veneta di FederSanità Anci, hanno partecipato oltre 200 persone tra amici, colleghi, rappresentanti delle istituzioni e del mondo dell'associazionismo e della cooperazione sociale, medici e dipendenti della realtà sanitaria locale e dei servizi sociali.
Un pomeriggio di sobrio confronto che ha permesso di riprendere tematiche care al dr. Fortunato Rao: il sistema di welfare nazionale e regionale, oggi compresso tra crisi economica ed esigenze di sostenibilità dei livelli di assistenza, tra spending review e modelli innovativi che tuttora possono trovare spazio nella programmazione regionale. Il tutto con uno sguardo attento all'opera e all'insegnamento lasciato da colui che con passione alla guida dell'azienda socio-sanitaria padovana fino al 28 settembre 2011 ha sempre saputo accogliere e difendere le istanze delle categorie più deboli.

Quando guarendo l'altro si guarisce **se stessi**

"Mani calde" di Giovanna Zucca

di Margherita **De Nadai**

Giovanna Zucca l'ha scritto in dieci notti. Ma per leggerlo ci vuole molto meno, perché "Mani calde" è un libro che si divora, capace di tenere il lettore incollato alle sue pagine fino alla fine. E capace di toccare anche il più cinico degli animi, un po' come quello del protagonista di questo libro, il primario Pier Luigi Bozzi, odiato da tutto il suo reparto, anzi, dall'ospedale intero, tanto da essere soprannominato all'unanimità "Il Cafone". Un neurochirurgo tanto sgradevole quanto geniale, capace di "resuscitare" anche i casi più disperati. Come quello del piccolo Davide, l'altro protagonista di questa storia, un bambino di dieci anni che a causa di un incidente stradale entra in coma e viene "riportato in vita" proprio da Bozzi, il dottore dalle mani calde e rassicuranti. E proprio tra i due si instaurerà un rapporto speciale, basato su una comunicazione mentale, per lo più telepatica, che nemmeno il primario riesce a spiegare a se stesso. Davide sarà il primo a percepire le paure e la bontà che il primario nasconde dietro alla sua corazza, perché - come giustamente pensa il bambino - questo dottore"se ha le mani calde non può essere tanto cattivo" come sembra. Tra i due si sviluppa così un dialogo continuo, sincero e reale, attraverso il quale Davide riuscirà a fare emergere il lato umano del suo "dottore-salvatore", il quale si scoprirà per la prima volta padre, oltre che uomo capace di amare, tanto da diventare quasi simpatico e gradito ai suoi colleghi. Il primario, grazie ai consigli del suo piccolo amico, riuscirà infatti ad avvicinarsi alla figlia che non ha mai conosciuto e addirittura troverà finalmente l'amore. Da parte sua, Bozzi condurrà Davide verso il risveglio, la guarigione e il recupero delle sue capacità cognitive. E salvando Davide, salverà anche Giulia, la madre del bambino, che si ritiene responsabile dell'incidente e che inspiegabilmente ripone una fiducia cieca e totale nelle mani di quel dottore. La domanda a questo punto è lecita: chi è che salva chi?
Fa da sfondo a tutto ciò la vita quotidiana all'interno del reparto d'ospedale, descritto attraverso le spassosissime interazioni e le relazioni tra gli infermieri. Del resto chi meglio poteva raccontare la routine di un reparto ospedaliero se non l'autrice, che di professione fa l'infermiera strumentista? Giovanna Zucca, con il suo libro, si rivela una formidabile narratrice, capace di dare voce ai personaggi più disparati, passando con lievità da un registro all'altro e procedendo dalle situazioni più drammatiche a quelle più comiche con acume ed estrema delicatezza. Un libro di concreta e straordinaria umanità, che racconta tre drammi: quello del coma, quello dei genitori impotenti di fronte al dolore del proprio bambino e quello di un uomo incapace di andare oltre alla sua paura di vivere. Ma che racconta soprattutto di amore, speranza e fede. *"Perché li ascoltiamo così poco i bambini? Forse loro hanno un legame diretto con Dio in quanto bambini e forse ci dicono qualcosa, ma noi non vogliamo ascoltarli".*

La vera dieta salutare per **dimagrire e stare bene**

In libreria il nuovo libro di Nicola Sorrentino: "La Dieta Sorrentino"

Un libro che aiuta a dimagrire, ma insegna anche come mangiare per vivere a lungo e bene. Un libro chiaro, comprensibile con molte ricette gustose e facili da eseguire per chiunque voglia cimentarsi in cucina.

L'autore è Nicola Sorrentino, uno dei dietologi e nutrizionisti più famosi e preparati d'Italia. La sua è una dieta che limita i grassi, tiene sotto controllo gli zuccheri, abbonda invece con i prodotti ortofrutticoli ed alimenti ipocalorici, ma nello stesso tempo stuzzicanti e sazianti. Un regime alimentare un po' vegetariano perché prevede come proteine di origine animale solo lo yogurt, il parmigiano sulla pasta e il pesce, settimanalmente le uova. Raramente un panino con prosciutto o bresaola. Molti piatti con legumi: ceci, fagioli, piselli, lenticchie, soia. Come spuntino e merenda, spesso la frutta secca perché permette di arrivare ai pasti principali con meno fame. Molti studi dicono che gli alimenti come la frutta secca, con un buon contenuto di grassi ma con basso indice glicemico, aumentano il senso di sazietà. Un libro che dice che la pasta non fa ingrassare: il segreto è condirla con semplicità e fantasia, preparando sughi leggeri a base di verdure, insaporiti con erbe aromatiche e spezie, e conditi con olio extravergine d'oliva, salse allo yogurt o un cucchiaino di parmigiano. Una dieta che prevede per pranzo o per cena una serie di gustosi piatti unici dove la pasta si accompagna a volte con verdure o legumi e a volte con il pesce. Meglio se la pasta è integrale: con la raffinazione della farina vengono eliminati molti nutrienti importanti per l'organismo. I cereali integrali e la pasta consumati giornalmente e abbinati a uno stile di vita corretto possono ridurre il rischio di numerose patologie. E in più aiutarci a dimagrire. Un libro dov'è scritto che bisogna ridurre drasticamente la carne rossa. In passato portare carne in tavola era un segno di benessere, oggi non è più così. Bisogna fare delle precisazioni: sicuramente le carni bianche sono meno nocive di quelle rosse e si prestano a metodi di cottura differenti e meno insalubri. Contengono minori quantità di grassi e apportano in misura inferiore colesterolo e acido urico, sostanze legate a svariate malattie. Nella dieta Sorrentino non c'è il latte, non sono previsti neanche latticini, fatta eccezione per il parmigiano e lo yogurt, ammettendo che una piccola quantità dei suoi derivati aiuta a coprire i fabbisogni di calcio e vitamina D, ma asserendo anche che se nè può ben fare a meno. La principale qualità dello yogurt risiede nel suo contenuto di fermenti lattici (bifidobatteri e lattobacilli), i quali esercitano un positivo effetto antinfiammatorio sistemico, immuno-stimolante e di regolazione della funzione intestinale. A tale riguardo, non si può fare a meno di osservare che alcune varietà sono persino arricchite di fibre. È un regime alimentare che non crea troppe complicazioni, il pasto di mezzogiorno per esempio consiste spesso in preparazioni semplici da consumare sia al bar sia al ristorante: un'alimentazione di tipo mediterraneo che prende in considerazione il cibo non solo come fabbisogno energetico o di sopravvivenza, ma anche come "convivialità" (intesa come manifestazione d'affetto, di comunicazione, di aggregazione): e allora niente sensi di colpa se saltuariamente mangiamo una bistecca o una salsiccia, un panino con prosciutto o bresaola. Una fetta di torta o un pranzo di nozze non possono fare male o rovinare la dieta. Quindi, è giusto festeggiare i compleanni, il Natale e le feste… Ben diverso festeggiare tutti i giorni! Quello che si deve modificare è lo stile di vita e l'approccio metodologico alla giornata. Da un'alimentazione corretta, varia ed equilibrata dipendono il giusto accrescimento, la capacità di affrontare gli impegni quotidiani con energia ed efficienza, la resistenza alle malattie e la qualità della vita. La Dieta Sorrentino, basata sui principi di una sana alimentazione, consente di ritrovare la forma in 30 giorni mangiando di tutto, senza dover rinunciare nè alla pasta neanche alla pizza, riducendo, senza demonizzarle, le proteine di origine animale.

GAIT TRAINER TREADMILL 3

INDISPENSABILE PER QUALSIASI PROGETTO ORTOPEDICO E NEUROLOGICO

- consente in tempo reale la valutazione dei parametri del passo
- permette il feedback diretto del passo e parametri ideali o reimpostati
- dotato di programma relativo alla prevenzione rischio cadute

www.a-circle.it

Il primo errore è **l'incomunicabilità**

di Giampietro **Vecchiato**
Consigliere Nazionale FERPI - Federazione Relazioni Pubbliche Italiana

© Can Stock Photo Inc. / ikophotos

Il rapporto tra medico e paziente – afferma Federico Unnia su ItaliaOggi – sta diventando di giorno in giorno sempre più costoso per la Sanità, per il personale medico e per il sistema assicurativo. Secondo R. Miliacca le cause di malpractice sono in costante aumento e il tasso di litigiosità cresce del 300% l'anno. Va però precisato – afferma Unnia - che oltre il 90% delle cause intentate contro medici e strutture si dimostra del tutto infondata, con il solo risultato di aumentare i costi legali e, soprattutto, di esacerbare gli animi. Quali le cause di questo fenomeno cresciuto in modo esponenziale con l'affermarsi del diritto alla prestazione medica? Sostanzialmente tre: innanzitutto, una maggiore sensibilità da parte dei pazienti. In secondo luogo l'affermarsi di alcune linee interpretative giurisprudenziali più favorevoli ai diritti delle parti lese. Un terzo elemento va ricercato nella scarsa reputazione della pubblica amministrazione, sempre vista come lontana dai cittadini e poca attenta alle loro esigenze. Che fare? Se appare scontato che alcuni episodi sono sicuramente riconducibili e negligenza o grave imperizia, questo giudizio non è sicuramente generalizzabile, né si può affermare che il sistema sanitario italiano sia tutto da rottamare. Anzi. Sicuramente si può lavorare di più e meglio sull'informatizzazione della cartella clinica e sulle modalità per affrontare correttamente il "consenso informato". Bisognerebbe inoltre pensare ad una ridefinizione ad hoc della responsabilità penale del medico, materia troppo specialistica per ricadere nei classici stilemi del codice civile e penale. Anche l'introduzione della "mediazione" in sanità, peraltro già sperimentata con successo in altri settori del diritto, potrebbe rappresentare la sede adatta per affrontare una possibile lite. Ma nello spirito che ha sempre caratterizzato questa rubrica è importante affermare che le soluzioni preventive sono le migliori e le sole che possano ridurre drasticamente il numero delle cause. Le soluzioni preventive vanno ricercate soprattutto in una migliore capacità di ascolto di tutto il personale; in una comunicazione corretta, tempestiva e trasparente; in altre parole in una relazione medico/paziente più efficace dove il "curare" diventa "prendersi cura". Malcom Gladwell, giornalista scientifico del New Yorker considerato da Time uno dei 100 uomini più influenti nel mondo, afferma: "Il rischio di essere citati in giudizio per negligenza ha ben poco a che vedere con il numero di errori commessi da un medico. Ci sono bravissimi medici che finiscono spesso in tribunale e medici che fanno un sacco di errori che non vi finiscono mai". I pazienti infatti non ricorrono ai giudici perché sono stati danneggiati da una cura sbagliata, ma perché sono stati danneggiati più qualcos'altro. Che cos'è questo qualcos'altro? E' il tipo di trattamento subito dal medico a livello personale. "In questo tipo di cause, afferma Gladwell, ricorre l'accusa, da parte dei pazienti, di essere stati liquidati in fretta e furia, trascurati e trattati bruscamente". Superare l'incomunicabilità è quindi un imperativo. Anche economico.

AAA Cercasi...

Breve ma travagliato viaggio nel girone infernale dei "cercatori di lavoro"

di Margherita **De Nadai**

Quando sei all'università, non vedi l'ora di finire. Esami, registrazioni, lezioni, corse contro il tempo... Sogni il giorno della tua laurea e il momento in cui sarai un uomo o una donna in carriera e porterai a casa il tuo primo stipendio. Poi il momento tanto agognato arriva, e senza rendertene conto, eccoti con un "pezzo di carta" in mano, che magari ti "certifica" a pieni voti. Ma l'euforia non dura che pochi giorni. Subito, quel senso di onnipotenza viene spodestato brutalmente dall'ingresso nel più cupo dei gironi, a cui Dante non aveva mai accennato: quello dei "cercatori di lavoro". Ad esempio, io per cinque anni ho sentito parlare di pubbliche relazioni, di marketing, mass media e pubblicità: se digito una di queste paroline magiche in un "trovalavoro" online, mi aspetto di trovare qualche annuncio che mi proponga effettivamente un mestiere da "comunicatore". Povera piccola ingenua. Ti piacciono le relazioni pubbliche? Vieni a fare l'accompagnatrice per noi, il mestiere più in voga del momento. Oppure ti proponiamo un fruttuoso e onesto lavoro come cartomante, comodamente da casa. Tra gli sbocchi proposti per i comunicatori, inoltre, vi è quello del pappagallo-sitter. E se non lo sapevate ancora, anche il mestiere della badante richiede "una laurea in comunicazione, oppure un titolo di studio equipollente, come medicina e infermieristica" (laureati in materie sanitarie, non date per scontato di essere al sicuro!). E poi guai a chi dice che le "quote rosa" nel mondo del lavoro non esistono. Eccome se esistono! Addirittura ci sono annunci che sono esclusivamente per donne, anche se la posizione proposta potrebbe essere benissimo per ambo i sessi. Però, se sei una ragazza e cerchi lavoro, devi essere "giovane, allegra, di bella presenza e molto curiosa" e al curriculum devi assolutamente allegare una tua foto. Scusi, domanda (il)lecita: ma nella foto devo essere vestita, oppure "scostumata"?! E se io fossi uno "scorfano" ma bravissima ed efficiente? Tanto per stare in ufficio "a supportare il direttore nelle analisi di mercato", non fa differenza se son baffuta o meno, no? Quasi quasi al mio curriculum allego una foto del mio vicino di casa, che è grosso e nerboruto. Finalmente ecco un annuncio che appare serio: parla di una posizione nelle risorse umane, per un addetto alla formazione del personale. Ti presenti così al colloquio all'interno di un tailleur professionale e castigato e vieni accolta con musica da discoteca e luci psichedeliche (ma l'annuncio era per cubiste?!) da un uomo in occhiali da sole e ciuffo ossigenato, che senza nemmeno domandarti come ti chiami, ti invita a salire in macchina con lui per andare a fare una "prova sul campo" (o "su strada"?!). Chiedi delucidazioni (è un tentativo di sequestro?) e scopri così che per "risorse umane" s'intende un lavoro al limite della legalità come piazzista. Tento allora la strada dell'editoria, sperando di avere sorte migliore e di non dover dire stavolta a madre, padre, fratello, fidanzato eccetera, indirizzo e orario del colloquio e di allertare le forze dell'ordine in caso non mi vedessero tornare: mi viene proposto di posare per un catalogo pubblicitario. Beh, in effetti c'azzecca, un catalogo è pur sempre "carta stampata". E' così che, alla fine, ti ritrovi a rimpiangere il rassicurante tran-tran dell'università, fatto di volti conosciuti ma soprattutto di certezze. Benvenuti nella bolgia dei colloqui di lavoro, dalla quale si spera di uscire non dico vincitori, ma quanto meno indenni. Ma non disperiamo: com'è che recita l'ultimo verso de L'Inferno di Dante? "E quindi uscimmo a rivedere le stelle".

© Can Stock Photo Inc. / vignes81

Torta di **castagne**

Un piacevolissimo "attentato" alla linea

© Can Stock Photo Inc. / sabinoparente

di Maria Stella **Zaia**

Visto che siamo nel mese di ottobre e sono facilmente reperibili le castagne, vi voglio dare una ricetta che è un "attentato" alla linea ma che ha un sapore soave e inimitabile. La preparazione di questo stupendo dolce presenta un altro "guaio": preparare la polpa delle castagne è davvero laborioso!
La ricetta è molto semplice, ad ogni 100 grammi di polpa lessata di castagne bisogna aggiungere un uovo,100 grammi di zucchero e 100 grammi di burro.

Ingredienti:
500 o 600 grammi di polpa di castagne fresche preventivamente lessate e sbucciate (compresa la pellicina che le avvolge) e passate al passaverdura.
5 uova, avendo cura di separare i tuorli dagli albumi
5 etti di burro morbido, o fatto fondere in bagnomaria (il burro non deve friggere,altrimenti il dolce tende ad essere indigesto).

Preparazione:
Per prima cosa lessare le castagne (che avrete inciso dalla parte convessa con un taglio a croce) in acqua a cui avrete aggiunto un pizzico di sale. Quando queste saranno cotte, circa quindi dopo trenta o quaranta minuti, scolarle e togliere la buccia esterna, la pellicina e passarle con un passaverdura. In questo modo si ottiene la passata di castagne che va messa da parte.
Separate i tuorli dagli albumi ed aggiungete 100 grammi di zucchero per ogni etto di polpa di castagne. Cominciate a montare le uova e lo zucchero sino a quando il composto non diventerà quasi bianco, per capirci diciamo giallo paglierino. Aggiungere i tuorli montati alla purea di castagne e poi unire anche il burro sciolto.
A questo punto prendete 5 albumi e montateli a neve fermissima ed incorporateli al resto del composto con un movimento dall'alto in basso per non smontare gli albumi.
Versare il composto in una tortiera ben imburrata e infarinata, mettere in forno a 180 gradi per 45 - 50 minuti. Pochi minuti prima di togliere il dolce dal forno controllarne la cottura (fate alcuni forellini con uno stuzzicadenti, se lo ritirate asciutto vuol dire che il dolce è pronto).
Lasciarlo raffreddare e se volete spolverare di zucchero a velo
E' davvero un buon dolce, provate per credere.
Buon appetito!

La riscossa del **colore**

Le mie sfumature di grigio sono quelle provocate dall'uomo e dalla sua evoluzione

di Antonella **Prigioni**

Cinquanta sfumature di grigio, o forse più, quelle che respiriamo ogni minuto con il naso, la bocca, gli occhi, il nostro organismo.

E non c'è nulla di quella stucchevole marmellata, in cui un po' tutti abbiamo messo le dita quest'estate, che è la trilogia di Mrs El James (milioni di lettori alla ricerca di sensazioni trasgressive e forti e che, alla fine, si sono ritrovati a leccarsi 1500 pagine della più trita banalità, scritte nemmeno nel migliore stile letterario).

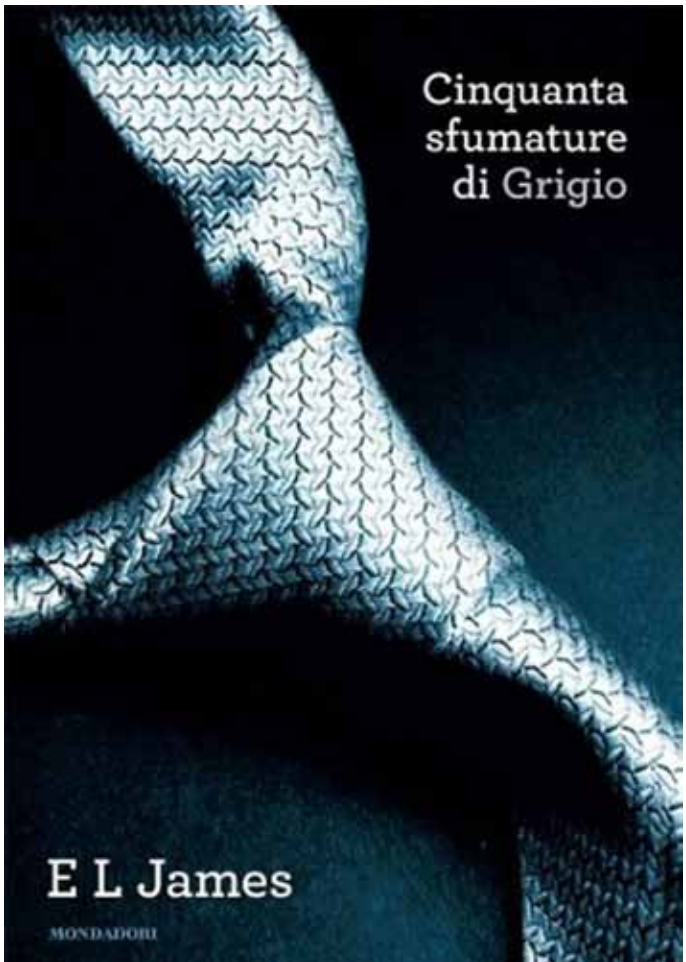
Ma non sono qui per recensire i tre tomi più noiosi letti in vita mia e, sottolineo, letti fino all'ultima pagina.

Le mie sfumature di grigio sono quelle provocate al pianeta terra dall'inquinamento, o meglio dall'uomo, dalla sua evoluzione.

E sarebbe, in perfetto stile Jamesiano, quindi banale, accanirsi contro l'industria, la scarsa coscienza ambientale, il cemento, gli elettrodotti, i telefonini, i gas di scarico, gli impianti di riscaldamento…chi, sano di mente, non sarebbe favorevole all'abolizione di tutto questo, in nome della salute?

I cannoni che sparano panna, non esistono in nessuna battaglia, nemmeno in quelle di civiltà. A Taranto, gli operai dell'Ilva, ripetono: "meglio morire di tumore che di fame"…un'affermazione che fa venire i brividi, soprattutto in un momento in cui siamo in crisi e non siamo capaci di vivere in decrescita.

Quella decrescita, quello sviluppo senza Pil, su cui a Venezia, si è svolta la conferenza mondiale. Serge Latouche non predica il ritorno all'aratro di legno, ma alla creazione di modelli di sviluppo diversi in armonia con le milioni di sfumature di colore, che ci sono in natura. E chiunque è in grado di leggerle…



DYN'ART.it

... dopo la Hilterapia®

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

ASA LASER
Research and Therapeutic Solutions

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

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

CHIEDI AL TUO SPECIALISTA E RIVOLGITI A UN CENTRO SPECIALIZZATO HILTERAPIA® **www.hilterapia.it**

Pubblicità - Aprile 2012

Gruppo Bancario Monte dei Paschi di Siena - Codice Banca 05040.1 - Codice Gruppo 1030.6

La tua vita è una storia meravigliosa.
Proteggila dagli imprevisti.

AXA MPS
ridefiniamo /
la protezione in banca

AXA MPS Valore Autonomia
per proteggere la tua indipendenza e vivere meglio il tuo domani

AXA MPS Valore Autonomia ti aiuta ad affrontare più serenamente i rischi legati all'avanzare dell'età e in particolare l'eventualità di perdere la tua autosufficienza, in qualsiasi momento essa si verifichi. Versando un premio mensile, fiscalmente detraibile, ti assicuri una rendita mensile certa su cui potrai contare per vivere più serenamente il tuo domani.

ANTONVENETA
GRUPPOMONTEPASCHI
www.antonveneta.it

Messaggio promozionale. Prima dell'adesione leggere la nota informativa e le condizioni di polizza (contenute nel fascicolo informativo) e compilare il Questionario sullo stato di salute, disponibili in filiale oppure sul sito www.axa-mps.it. La collocazione del prodotto è sottoposta alla valutazione di appropriatezza o adeguatezza prevista dalla normativa vigente.