

VENEZIA IN SALUTE



ALL'INTERNO



DICEMBRE 2012 / GENNAIO 2013 - NUMERO 5

Movimento Difesa della Sanità Pubblica.
La riorganizzazione dei servizi territoriali

A large, dark, monochromatic background image showing several hands clasped together in a supportive grip, symbolizing solidarity and care.

LA SFIDA DELLA SALUTE OGGI E PER LE FUTURE GENERAZIONI

sommario

PRIMO PIANO

- Registro Regionale Malattie Rare. La sfida della diagnosi e della presa in carico complessiva dei pazienti; a cura di Monica Mazzucato e Paola Facchin, Coordinamento del Registro Regionale Malattie Rare

FOCUS ULSS 12

- Tumore alla vescica, la diagnosi precoce salva la vita. Intervista a Carlo Pianon, primario di Urologia dell'ospedale dell'Angelo
- Distretto Socio sanitario n. 2 dell'azienda Ulss 12. I servizi territoriali nella Venezia insulare. Un intervento di Danilo Corrà, direttore del Distretto 2 dell'Ulss 12

PREVENZIONE E STILI DI VITA

- Diabete, ridurre complicanze e costi sanitari. Intervista a Diego Turchetto, medico di medicina generale
- Una guida per i pazienti cardiopatici. L'assunzione dei farmaci fondamento della prevenzione secondaria; a cura di Franco Del Piccolo, responsabile Unità di Riabilitazione Cardiologica della Casa di Cura Policlinico San Marco

SPECIALE

- L'esposizione al carico complessivo di inquinanti e il rischio per le future generazioni. Un intervento di Ernesto Burgio, presidente del Comitato Scientifico ISDE (International Society of Doctors for Environment)

L'INIZIATIVA

- L'edizione 2012 di Venezia in Salute al parco di san Giuliano; a cura di Angelo Frascati, medico di medicina generale

ATTIVITÀ

- Azienda Ames, farmacie comunali e ristorazione scolastica. Intervista a Giampiero Marchese, amministratore delegato di Ames
- Collegio Infermieri. Il ruolo dell'infermiere per la prevenzione delle cadute in ospedale. L'esperienza della Casa di Cura Policlinico San Marco; a cura di Renata Casarin, Responsabile Ufficio Formazione Casa di Cura Policlinico san Marco

PUNTI DI VISTA

- La riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali. Tutelare e migliorare l'assistenza ai cittadini; a cura di Salvatore Lihard, Movimento per la Difesa della Sanità pubblica
- Telefoni mobili e tumori alla testa. Una sentenza di condanna della Cassazione; a cura di Laura Masiero, presidente associazione A.P.P.L.E.

Malattie rare, la sfida della diagnosi e della presa in carico complessiva dei pazienti

a cura di **Monica Mazzucato** e **Paola Facchin**,
Coordinamento Registro Regionale Malattie Rare

Le malattie rare sono condizioni estremamente eterogenee tra loro, diverse per eziologia, meccanismi patogenetici e manifestazioni cliniche, accomunate dal fatto di avere una bassa prevalenza nella popolazione. Tale minor frequenza si accompagna spesso ad una minor conoscenza.

Il fatto di raggruppare queste patologie, seppur diverse tra loro, all'interno di uno stesso gruppo, con la caratteristica comune di avere una bassa diffusione in popolazione, risiede nel fatto che esse presentano problematiche assistenziali simili.

La specificità

La peculiarità delle malattie rare sta nel fatto che richiedono un'assistenza specialistica e a carattere continuativo di dimensioni tali da non poter essere supportata senza un importante intervento pubblico. Nel tempo, sotto la spinta di tali considerazioni, si è iniziato a destinare risorse, sempre più rilevanti, da una parte alla ricerca su tali patologie e, dall'altra, all'assistenza alle persone colpite da queste malattie.

L'impatto complessivo sulla salute della popolazione

Questo processo si è verificato a partire dagli Stati Uniti negli anni Ottanta, per poi coinvolgere molti Paesi europei, tra i quali l'Italia. Negli ultimi anni si è infatti assistito al progressivo affermarsi della necessità di considerare le malattie rare nel loro complesso, prescindendo dalle singole particolarità, unico approccio utile per stimare il loro impatto complessivo sulla salute della

popolazione. Nel tempo si è osservato un ampliamento degli obiettivi da perseguire, dall'emanazione di leggi specificatamente orientate a sostenere lo sviluppo di farmaci per queste condizioni, alla pianificazione di interventi a carattere assistenziale mirati, fino all'implementazione di vere e proprie politiche sanitarie a favore delle persone con malattie rare.

ENTITÀ DEL PROBLEMA

Una delle questioni fondamentali quando si affronta il tema delle malattie rare è rispondere alla domanda: **quanti e quali sono i malati interessati da queste condizioni?**

La sensazione basata sull'esperienza personale del medico difficilmente coglie l'entità complessiva del fenomeno. Di molte malattie rare un medico può vedere solo un caso o anche nessuno nella sua vita professionale.

Malattie più o meno frequenti, seppur rare

È comunque riconoscibile un gradiente di "rarietà": per esempio, esistono malattie rare "più frequenti" che colpiscono qualche migliaio di pazienti in Italia, tra queste la sclerosi laterale amiotrofica, le distrofie muscolari, l'emofilia, per citare qualche esempio. Per altre si può stimare che i pazienti affetti siano qualche centinaio. Per altre ancora non esistono studi di prevalenza, ma solo descrizioni in letteratura di singoli casi: è il caso di molte sindromi genetiche o sequenze malformative complesse.

In generale si può affermare che queste malattie, pur potendo essere singolarmente poco frequenti, non sono rare, se considerate nel loro complesso. Il numero dei malati, pur non essendo così rilevante rispetto ad altre condizioni con le quali il medico di medicina generale o il pediatra quotidianamente si confronta, è comunque globalmente consistente.

Complessivamente tra 5mila e 7mila tipi diversi di malattie rare e soglia di rarità

Basti pensare che si stima che il numero complessivo delle malattie rare oscilli tra 5.000 e 7.000. A livello europeo una malattia è considerata rara se colpisce meno di 5 persone su 10.000 abitanti.

L'IMPATTO

Oltre al numero non trascurabile di persone malate, bisogna considerare l'impatto di queste patologie, determinato dalla sommatoria di molti elementi diversi. Elemento comune a molte malattie rare è la complessità della gestione assistenziale, fattore che può determinare continui accessi a diversi servizi della rete sanitaria e sociale.

Impatto rilevante per il malato e per il sistema assistenziale

L'impatto, da una parte sulla persona malata, dall'altra sull'intero sistema assistenziale, risulta

in entrambi i casi molto rilevante. Complessità assistenziale, costi sociali ed umani tendono a determinare un danno, che, moltiplicato per il numero dei malati e di famiglie coinvolte, complessivamente elevato, produce un impatto rilevante sulla salute della comunità e giustifica l'attenzione che deve essere riservata alle malattie rare secondo un approccio di sanità pubblica.

LE POLITICHE PER LE MALATTIE RARE IN EUROPA

Laddove la scarsità di conoscenze e il numero limitato di persone affette rappresentano elementi peculiari, il contesto sovra-nazionale appare il più adeguato per intraprendere interventi e stabilire principi di programmazione sanitaria. In questo senso le malattie rare rappresentano un esempio paradigmatico di ambito di salute pubblica in cui le azioni, se supportate a livello di Unione Europea, possono assumere un valore aggiunto considerevole.

Gli interventi dell'Unione Europea

Sulla scia di questo orientamento, sono stati intrapresi ad oggi diversi interventi a livello europeo, ferma restando comunque l'autonomia decisionale in materia sanitaria dei singoli Stati Membri.

Le malattie rare sono state identificate come una priorità nell'ambito dei Programmi d'azione comunitaria di Sanità Pubblica relativi agli anni 1999-2003, 2003-2008 e 2008-2013. Nel novembre 2008 è stata ufficialmente adottata una Comunicazione della Commissione Europea al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni denominata "Le malattie rare: una sfida per l'Europa".

Tale comunicazione ha preceduto l'adozione di una Raccomandazione del Consiglio Europeo su un'azione nel settore delle Malattie Rare. Tutte queste azioni sono testimonianza del rilevante interesse che le malattie rare suscitano a livello europeo, motore di diverse possibili azioni da intraprendere a livello dei singoli Stati Membri.

Le azioni: www.orpha.net e www.eucerd.eu

Il contributo dell'Unione Europea si è tradotto inizialmente nella promozione di azioni che hanno come obiettivi primari l'ampliamento delle conoscenze sulle malattie rare ed il miglioramento dell'accessibilità alle informazioni effettivamente disponibili. In tale ambito è stato creato Orphanet, il più noto portale informativo multilingue sulle malattie rare e i farmaci orfani, sviluppato per rispondere alle esigenze informative di pazienti, medici e ricercatori.

(Per accedere al portale: www.orpha.net).

Per avere una fotografia dello stato dell'arte delle politiche e delle azioni condotte a livello europeo ed internazionale sulle malattie rare è possibile

consultare il sito della Commissione Europea riportante le attività di EUCERD, il Comitato di esperti sulle malattie rare, istituito nel 2011: www.eucerd.eu/.

LE POLITICHE PER LE MALATTIE RARE IN ITALIA

Le politiche a favore delle persone con malattia rara hanno preso avvio in Italia con l'emanazione del Decreto Ministeriale n. 279/2001. La norma è caratterizzata da un approccio innovativo in quanto affronta il problema delle malattie rare in termini di programmazione sanitaria ed affida alle Regioni il compito di programmare e implementare le attività individuate dalla normativa nazionale come prioritarie.

Gli obiettivi del decreto n. 279

I punti strategici contenuti nel decreto sopracitato sono:

- **la stesura di un elenco di malattie rare** e, quindi, di malati portatori di particolari diritti;
- **l'esigibilità di tali benefici solo all'interno di una rete regionale o interregionale di Centri accreditati** per la diagnosi e la cura di queste specifiche forme di malattia;
- **la disciplina dell'attività di tali Centri** all'interno di protocolli esplicitati, basati sulle più aggiornate evidenze scientifiche e monitorate nella loro attuazione ed efficacia;
- **il legame tra attività dei Centri accreditati, erogazione dei benefici ai pazienti e monitoraggio del fenomeno** attraverso la costituzione di registri di malattie rare su base regionale/interregionale;
- **il coinvolgimento formale delle associazioni dei pazienti nei processi decisionali e di monitoraggio** e la necessità di supportare le famiglie dei pazienti e i professionisti del Sistema Sanitario Nazionale con azioni di informazione e formazione mirate.

LA RETE PER LE MALATTIE RARE DELLA REGIONE VENETO

La Regione Veneto ha intrapreso specifiche politiche sanitarie per costituire un sistema regionale dedicato all'assistenza alle persone con malattie rare già a partire dal 1999. Da allora si sono succeduti numerosi provvedimenti che hanno portato all'individuazione della rete regionale dei presidi accreditati per l'assistenza ai malati rari, all'attivazione del sistema informatizzato per la presa in carico assistenziale dei malati, fino a provvedimenti specifici di integrazione ai livelli essenziali di assistenza per i cittadini residenti in Veneto.

I centri regionali di assistenza specializzati nelle varie patologie rare

Fin dall'inizio obiettivo prioritario a livello regionale è stato quello di costituire, come stabilito dalla normativa nazionale, una rete di assistenza per i pazienti affetti da malattie

rare. Tale rete è stata individuata a partire dalle strutture costituenti il sistema regionale di assistenza. I centri sono stati individuati sulla base di criteri trasparenti: casistica seguita, esperienza clinica, elevato potenziale di ricerca e collegamenti con altre strutture di eccellenza. La logica seguita è quella di garantire la possibilità per i pazienti di accedere davvero al meglio delle cure disponibili per la loro condizione. Ciascun Centro individuato è dedicato ad uno specifico sottogruppo di patologie e di fascia di popolazione. In base al numero di malati presenti nel Veneto, per ciascun gruppo di patologia presente nell'elenco del DM 279/2001 (ad esempio malattie infettive rare, tumori rari, malattie metaboliche ereditarie, malformazioni congenite, ecc.) sono stati individuati uno o più Centri, fino a un massimo di 4 Centri per i gruppi di patologie più numerosi, ciascuno costituito da una o più Unità operative.

LO SVILUPPO DELLA RETE INTERREGIONALE

Le intese tra le Regioni e Province Autonome del Nordest che perseguono l'obiettivo di individuare e implementare strategie d'azione per lo sviluppo e l'innovazione comuni trovano nell'area della sanità, e nel campo delle malattie rare in particolare, un ambito paradigmatico di implementazione.

Un accordo tra Regione Veneto, Friuli Venezia Giulia e Province Autonome di Trento e Bolzano

Per raggiungere tali obiettivi strategici, nell'ottobre 2004 è stato siglato un accordo tra Regione Veneto, Regione Friuli-Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Provincia Autonoma di Trento per creare un ambito territoriale omogeneo per l'assistenza alle persone con malattie rare, basato su uno stesso sistema informativo, al fine di omogeneizzare approcci assistenziali, modalità di accesso ai benefici e percorsi dei pazienti, eliminando disparità e disuguaglianze tra i malati presenti nell'area. Una delle aree principali oggetto dell'Accordo riguardava la condivisione di criteri e metodi per la definizione dei Centri di riferimento comuni da accreditare per specifici gruppi di patologie rare all'interno dell'Area Vasta.

Riconosciuti 19 presidi

Sono stati così riconosciuti, con Delibere di Giunta congiuntamente emanate dalle 4 Amministrazioni costituenti l'Area Vasta, i Centri di riferimento comuni per l'assistenza alle persone con malattie rare. **Complessivamente sono stati individuati 19 presidi di riferimento così distribuiti: 12 in Regione Veneto, uno in Provincia Autonoma di Trento, uno in Provincia Autonoma di Bolzano e 5 in Regione Friuli Venezia Giulia.**

In Veneto presidi accreditati a Padova, Verona, Belluno, Vicenza, Conegliano, Castelfranco

Veneto, Treviso, Venezia, Mestre, Camposampiero, Rovigo

Per la Regione Veneto i Centri di riferimento individuati fanno capo ai seguenti presidi ospedalieri/aziende ospedaliere: **Azienda Ospedaliera di Padova, Ospedale S. Antonio di Padova, Azienda Ospedaliera di Verona, Ospedali di Belluno, Vicenza, Conegliano, Castelfranco Veneto, Treviso, Venezia, Mestre, Camposampiero, Rovigo.**

LA PROGRAMMAZIONE E IL MONITORAGGIO DELLA RETE DI ASSISTENZA. OBIETTIVI E FUNZIONAMENTO DEL REGISTRO E DEL COORDINAMENTO MALATTIE RARE

Il Coordinamento e il Registro delle Malattie Rare della Regione Veneto hanno come obiettivo quello di definire e rendere operative delle politiche di programmazione sanitaria utili alla costituzione di un sistema regionale per l'assistenza a favore delle persone con malattie rare.

Individuazione della rete dei Centri di riferimento e sistema informativo basato su una cartella clinica informatizzata

Le attività intraprese sono state l'individuazione della rete dei Centri di riferimento per la diagnosi e la cura dei malati rari e l'attivazione di un sistema informativo centrato su un'unica cartella clinica informatizzata, a cui accedono tutte le strutture e i servizi attivi nel territorio regionale, comprendente i dati anagrafici del paziente, la diagnosi di malattia rara, la prescrizione, distribuzione e somministrazione di farmaci, parafarmaci, galenici, prodotti dietetici, ausili, protesi, etc, cioè quanto necessario per la cura e la presa in carico della persona, i controlli clinici e la definizione delle condizioni di salute, funzioni e autonomia del malato.

I protocolli assistenziali

In conformità a quanto definito nella cartella clinica informatizzata e a quanto predisposto da specifici protocolli diagnostici-terapeutici e percorsi assistenziali, le persone con malattia rara accedono direttamente ai benefici specifici per la loro condizione, senza necessità di ulteriori passaggi amministrativi e aggravati burocratici. Tali protocolli assistenziali sono specifici per gruppo di patologie e nascono dall'integrazione dei contenuti desunti dalle evidenze disponibili in letteratura e dell'esperienza dei Centri di riferimento. L'obiettivo è di favorire un trasferimento rapido nella pratica clinica di quanto disponibile in letteratura e, grazie all'organizzazione che supporta il lavoro in rete dei vari professionisti, la disponibilità dei trattamenti più innovativi, ma essenziali, vicini al luogo di vita della persona.

Il modello veneto adottato anche in altre regioni

Lo stesso sistema è stato progressivamente adottato dalle Province Autonome di Bolzano e di

Trento, nell'ambito dell'Accordo di Area Vasta per le malattie rare e da altre Regioni italiane: Regione Emilia-Romagna, Regione Liguria e più recentemente anche Regione Campania e Regione Puglia. Ad oggi, il sistema governa l'assistenza di 50.000 persone con malattie rare, seguiti dai Centri per le malattie rare delle Regioni sopracitate.

La raccolta dati e l'accesso all'informazione
Gli utenti che complessivamente accedono al sistema informativo sono 3.484 professionisti operanti presso i Centri di riferimento, gli altri ospedali della rete regionale, le farmacie ospedaliere, i distretti socio-sanitari, i servizi farmaceutici territoriali ed i coordinamenti regionali. Nell'architettura del sistema,

l'informazione è il collante che unisce i vari nodi della rete assistenziale, con il fine di promuovere una presa in carico modellata su percorsi definiti e multidisciplinari, vera sfida assistenziale quando si parla di malattie rare.

Contemporaneamente, lo stesso sistema raccoglie dati che permettono, da un lato, di monitorare le attività dei servizi, i costi sostenuti, i percorsi assistenziali seguiti dai pazienti, evidenziando eventuali disfunzioni della rete, dall'altro, di ricostruire le storie naturali delle malattie e un notevole patrimonio di conoscenze utilizzabili anche per la ricerca clinica.

MALATTIE RARE IN CIFRE NELLA REGIONE VENETO

Per stabilire quanti siano realmente i malati bisogna disporre di un monitoraggio esaustivo, attivo per un periodo sufficientemente lungo in un'area territoriale omogenea. I Registri regionali istituiti in attuazione alla norma nazionale costituiscono una preziosa opportunità, offrendo una fotografia del fenomeno malattie rare.

In Veneto oltre 21 mila pazienti

Al 30 giugno 2012 i pazienti iscritti nel Registro sono 21.770. Non si riconosce una differenza significativa per quanto riguarda la distribuzione per sesso dei pazienti certificati.

Il 32 per cento dei pazienti è in età pediatrica

Per quanto riguarda la distribuzione per età, i **pazienti in cui viene posta diagnosi di una malattia rara in età pediatrica rappresentano il 32% del totale dei pazienti registrati.**

Le malattie più frequenti sono le malformazioni congenite

Considerando i pazienti di tutte le classi di età, i **gruppi di patologie a più elevata numerosità sono le malformazioni congenite (18%), seguite da malattie dell'apparato visivo (17%) e da malattie del sangue e degli organi ematopoietici (12.5%).**

Le patologie rare che mostrano maggiore incidenza

Un altro gruppo relativamente numeroso è quello costituito dai pazienti affetti da malattie rare neurologiche, considerando sia le malattie del

sistema nervoso periferico che centrale (12,5%). Tra le malattie più frequentemente diagnosticate vi sono le anomalie cromosomiche, le neurofibromatosi, le distrofie retiniche ereditarie, l'emocromatosi, i difetti ereditari della coagulazione, le anemie ereditarie, i disturbi del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi, la sclerosi laterale amiotrofica, la corea di Huntington e via via altre malattie più rare.

In età pediatrica, al primo posto le malformazioni congenite, poi le malattie del sangue e le patologie metaboliche ereditarie

Se si considera in particolare l'età pediatrica e la distribuzione dei pazienti per gruppi di patologie, le **malformazioni congenite diventano di gran lunga il gruppo più numeroso (43%), seguite dalle malattie ematologiche (15%) e dalle malattie metaboliche ereditarie (8%).**

In aumento la sopravvivenza in età adulta

Da sottolineare è l'aumentata sopravvivenza nell'età adulta di pazienti con malformazioni congenite e malattie metaboliche ereditarie, i quali costituiscono attualmente una parte non trascurabile dei pazienti adulti. Tale dato deve guidare lo sviluppo di percorsi che mirino ad evitare la frattura assistenziale che i pazienti possono sperimentare nel delicato passaggio tra età pediatrica ed adulta.

Il paziente al centro della rete

Questo rappresenta solo un esempio di come i dati raccolti dal Registro non solo permettono di rispondere alla domanda "quanti e quali sono i pazienti con malattia rara", ma consentono di individuare sottogruppi con bisogni specifici, attorno ai quali organizzare le reti di presa in carico. Il Registro così strutturato rappresenta non solo uno strumento di monitoraggio utile per la programmazione sanitaria, ma la base di un sistema in cui il paziente è al centro e l'informazione raccolta va ad alimentare l'offerta di servizi.

Tale sistema è inoltre lo strumento che permette di connettere strettamente sia la rete verticale basata sul meccanismo dell'accreditamento, e quindi sulla selezione di eccellenze clinico-assistenziali, sia la rete orizzontale dei servizi, centrata sul luogo di vita della persona, collegante tutte le professionalità e le istituzioni che concorrono a realizzare un percorso multidimensionale complesso di presa in carico globale del malato e della sua famiglia.

L'INFORMAZIONE

Disporre di informazioni facilmente accessibili sulla malattia e sull'organizzazione delle reti di assistenza rappresenta un prerequisito essenziale per realizzare una presa in carico adeguata delle persone con malattia rara.

Favorire una diagnosi tempestiva

Il nodo dell'informazione è cruciale, soprattutto quando si parla di malattie rare. Molto spesso i pazienti affetti da malattie rare e i loro familiari

incontrano notevoli difficoltà nell'ottenere informazioni su queste condizioni e spesso faticano a trovare i percorsi esistenti loro dedicati all'interno della rete dei servizi sanitari. Ciò comporta un peso ulteriore sui malati e le loro famiglie, spesso già assai gravate, oltre che una maggior probabilità di ritardo nella formulazione di diagnosi corrette e, quindi, nell'accesso ai trattamenti disponibili. Inoltre, tali aspetti contribuiscono spesso ad accentuare nei malati la sensazione di isolamento.

Una linea telefonica per malati e familiari (tel. 049-8215700) e l'indirizzo e-mail malattierare@unipd.it

Per far fronte a tali problemi il Registro Malattie Rare della Regione Veneto ha attivato, a partire dal 2002, un centro di informazione e documentazione per i pazienti e gli operatori dei servizi socio-sanitari (help-line malattie rare). **Il servizio è realizzato attraverso una linea telefonica dedicata attiva tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 con turni di risposta programmati (tel. 049-8215700).** Il servizio ha lo scopo rifornire consulenza in tempo reale, sia a pazienti e loro familiari sia ai professionisti dei Centri di riferimento che della rete territoriale dei servizi. Tale servizio è pensato per rispondere a quesiti riguardanti l'organizzazione della rete di assistenza per i pazienti con malattie rare, i diritti previsti dalla normativa, sia nella fase di accertamento diagnostico sia dopo la diagnosi di malattia. Svolge inoltre, in risposta a richieste pervenute, ricerche specifiche riguardanti particolari aspetti inerenti le malattie rare, ad esempio possibilità terapeutiche innovative, storia naturale della malattia, etc. Gli utenti del servizio sono pazienti o loro familiari, associazioni di utenza, medici dei Centri di riferimento costituenti la rete regionale, professionisti dei Distretti socio-sanitari, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Il servizio dispone inoltre di un indirizzo di posta elettronica dedicato: malattierare@pediatria.unipd.it.

LA COLLABORAZIONE CON LE ASSOCIAZIONI CHE SI OCCUPANO DI MALATTIE RARE

Il ruolo delle associazioni d'utenza acquisisce sempre più visibilità istituzionale ed una progressiva valorizzazione nella programmazione e nella valutazione dei servizi. L'attività delle associazioni di utenza risulta fondamentale per il lavoro di mediazione tra i servizi pubblici ed i cittadini, per l'ampliamento della rete delle risorse del territorio oltreché per la capacità di far emergere una domanda aderente ai bisogni dei cittadini.

Fondamentale il processo di empowerment di pazienti e familiari

In particolare, i pazienti con malattia rara e le associazioni che li rappresentano, possono sicuramente essere definiti pionieri del processo di *empowerment*, dal momento che sono

attivamente coinvolti a livello europeo, nazionale e regionale nell'esprimere il loro punto di vista rispetto alle politiche sanitarie da intraprendere. Il loro ruolo di supporto a pazienti e familiari è fondamentale, soprattutto in questo ambito, dato che il senso di isolamento conseguente al ricevere una diagnosi di patologia rara o all'essere senza una diagnosi è assolutamente amplificato.

Il coordinamento malattie rare: oltre 126 associazioni

Tra i compiti istituzionali del Coordinamento malattie rare vi è quello di raccogliere informazioni sulle associazioni attive nel campo delle malattie rare. **Si sono censite 126 associazioni, aventi sede legale o operativa in Regione Veneto, che si occupano specificamente di malattie rare. Ancor più numerose sono le Associazioni che si occupano di malattie rare** contestualmente ad altre problematiche, ad esempio disabilità, cecità, etc. Per ognuna delle Associazioni sono state raccolte informazioni circa: organizzazione interna, natura dell'Associazione, gli iscritti, attività promosse, riferimenti. I contatti con le Associazioni sono continui, al fine di raccogliere indicazioni e pareri preliminarmente a ogni intervento che si va a realizzare.

UNIAMO comprende oltre 100 associazioni per 600 patologie rappresentate

Da segnalare è il fatto che **UNIAMO, la Federazione Italiana di associazioni che si occupano di malattie rare, ha la sua sede operativa a Venezia. UNIAMO, nata nel 1999, conta ad oggi più di 100 associazioni federate di malati rari e loro familiari, per oltre 600 patologie rare rappresentate.** UNIAMO, promuove e coordina in Italia, in sintonia con EURORDIS, la Federazione europea, le iniziative collegate alla giornata mondiale delle malattie rare, che si celebra ogni anno l'ultimo giorno di febbraio (per maggiori informazioni: www.uniamo.org; www.rarediseaseday.org).

LE PROSPETTIVE: MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA E AUMENTO DELL'INNOVAZIONE

Lo sviluppo futuro della rete di assistenza per le persone con malattia rara in Regione Veneto intende seguire principalmente due obiettivi.

Miglioramento dell'assistenza

Il primo obiettivo è quello del miglioramento delle possibilità di assistenza per questi malati, sia potenziando le attività dei servizi già ora pienamente coinvolti nella rete per le malattie rare, sia allargando la rete stessa a nuovi soggetti e a nuove parti del Sistema Sanitario regionale, venendolo progressivamente a coinvolgere in tutta la sua interezza.

Aumento dell'innovazione

Il secondo obiettivo è quello di aumentare fortemente il tasso di innovazione della rete di

assistenza stessa, caratterizzandola proprio nel costituire un modello di sperimentazione di interventi, organizzazioni, attività e programmazioni estendibili poi ad altri contesti di cura e ad altre organizzazioni di servizi.

Coinvolgimento della società a tanti e diversi livelli

Considerati l'enorme numero e la variabilità delle tipologie di patologie definibili come rare e la estrema diversità di problemi assistenziali, decorsi e prognosi che esse comportano, si può affermare che l'assistenza a questi malati determina il coinvolgimento di pressoché tutti i servizi socio-sanitari, oltre che l'interazione con le altre dimensioni della società come quella della scuola, del lavoro, dell'attività sportiva e del tempo libero, ecc.

È quindi strategico che alla rete per le malattie rare, così come è stata fino ad ora disegnata, siano progressivamente aggiunti altri partner, definiti da servizi e ambiti del sistema sanitario regionale per il momento non facenti parte del sistema malattie rare.

Priorità attuali: la collaborazione con medici di medicina generale e pediatri di libera scelta

Questo progressivo allargamento del sistema deve tener conto di alcune priorità evidenziate dalle stesse Associazioni d'utenza, e quindi dai pazienti che esse rappresentano. Tra queste appare prioritario il miglioramento del sistema di riferimento dei malati e di loro successiva presa in carico, anche attraverso un pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. Infatti, sia i medici di medicina generale che i pediatri di libera scelta hanno un ruolo strategico nel sistema di cure ai malati rari. Da un lato, infatti costituiscono una parte importante del sistema di riferimento, il quale deve essere sufficientemente sensibile nel sospettare la presenza di una malattia rara e saper precocemente inviare il paziente allo specifico Centro di riferimento competente. Dall'altro, sono attivamente coinvolti nel processo di presa in carico, che deve accompagnare la persona in tutte le diverse fasi della malattia. È da sottolineare perciò che lo sviluppo di reti di cure primarie capaci di rispondere ai bisogni complessi di questi malati rappresenterebbe un'opportunità di crescita professionale e di miglioramento dello standard di cure offerte a moltissimi potenziali fruitori, malati rari e non.

Per informazioni

**Coordinamento Malattie Rare Regione del Veneto
Registro Malattie Rare – Regione del Veneto
Responsabile: Prof.ssa Paola Facchin
Tel. +39 049 8215700 / Fax. +39 049 8215701
Sito web: malattierare.regione.veneto.it/
e-mail: malattierare@pediatria.unipd.it**

VADEMECUM DELLE MALATTIE RARE

Cosa sono e quali sono le malattie rare?

Le malattie rare sono condizioni estremamente eterogenee tra loro, accomunate da una bassa diffusione nella popolazione e da aspetti di complessità assistenziale. Una malattia è considerata rara se colpisce meno di 5 persone su 10.000. Alcune sono relativamente "più frequenti", ad esempio la sclerosi laterale amiotrofica, l'emofilia, le distrofie muscolari, altre sono rarissime, come molte sindromi genetiche o malformazioni complesse.

Le politiche a favore delle persone con malattia rara hanno preso avvio in Italia con l'emanazione del Decreto Ministeriale n. 279/2001, il quale ha definito un elenco di malattie rare e quindi di malati portatori di particolari diritti. Per un elenco dettagliato delle malattie incluse nel Decreto è possibile consultare la pagina <http://malattierare.regione.veneto.it/> alla voce "Cerca".

Quanti malati rari mediamente segue un medico di medicina generale nel Veneto?

In Veneto i malati rari sono circa 20.000. Le malattie rare non sono solo pediatriche, per due terzi colpiscono adulti ed anziani. In media un medico di medicina generale ha tra i suoi pazienti almeno 8 persone con una diagnosi di malattia rara.

Quando si deve sospettare una malattia rara?

È sicuramente difficile riconoscere patologie infrequenti. Poche sono le malattie rare che si presentano con segni clinici caratteristici. Più spesso i segni ed i sintomi di presentazione sono relativamente comuni, ma quello che è suggestivo è la loro associazione. In altri casi quello che è peculiare è l'andamento temporale di segni e sintomi o una mancata risposta alla terapia. Nel sito <http://malattierare.regione.veneto.it/cerca> è

presente una funzione di ricerca per segni e sintomi, che può aiutare il medico nella fase di formulazione del sospetto diagnostico di malattia rara.

Nel caso di sospetto di una malattia rara, cosa fare?

Il paziente va indirizzato alla rete dei Centri di riferimento per le malattie rare, ufficialmente identificati a livello regionale/interregionale, ai quali spetta la presa in carico dei malati, la definizione dei protocolli diagnostico-terapeutici e dei percorsi assistenziali. È importante sapere che le prestazioni finalizzate alla diagnosi di malattia rara possono essere eseguite in esenzione nei Centri di riferimento, se prescritte da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale. L'elenco dei Centri di riferimento è consultabile alla pagina http://malattierare.regione.veneto.it/pagine_stati_che/index.htm, dove è anche disponibile una funzione di ricerca per singola patologia.

A quale assistenza hanno diritto i malati rari?

L'esenzione riguarda tutte le prestazioni efficaci ed appropriate per il trattamento ed il monitoraggio della malattia rara accertata e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti, incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e previste dai protocolli, ove esistenti, definiti dai Centri di riferimento.

Cosa bisogna fare per ottenere i benefici?

In caso di diagnosi di malattia rara, il Centro di riferimento competente rilascia una certificazione al paziente attraverso un sistema informatizzato. In tempo reale, il Distretto socio-sanitario di residenza visualizza e consegna al paziente l'attestato di esenzione, base per ottenere i benefici previsti per legge.

TIPOLOGIA MALATTIE

PERCENTUALE INCIDENZA

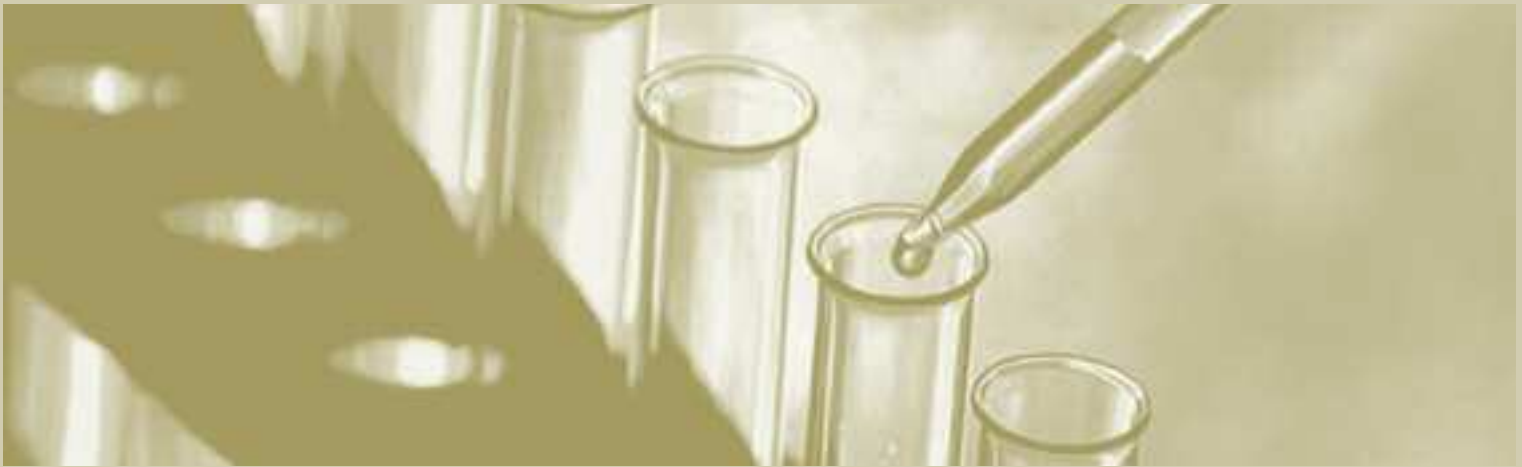
MALFORMAZIONI CONGENITE	18,3	
MALATTIE DELL'APPARATO VISIVO	17,1	
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO	12,5	
MALATTIE EMATOLOGICHE	12,5	
MALATTIE DEL METABOLISMO	9,3	
MALATTIE DELL'APPARATO OSTEOMUSCOLARE	7,0	
MALATTIE DELLE ghiandole ENDOCRINE	5,1	
TUMORI	4,6	
MALATTIE DEL SISTEMA IMMUNITARIO	4,2	
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	3,3	
MALATTIE DERMATOLOGICHE	3,2	
MALATTIE DELL'APPARATO CIRCOLATORIO	3,1	
MALATTIE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	0,5	
MALATTIE INFETTIVE	0,1	
ALTRE	0,1	Distribuzione dei pazienti certificati per gruppo nosologico di malattie rare ex DM 79/2001 (N=21.770)

Tumore alla vescica, la diagnosi precoce salva la vita. Intervista a Carlo Pianon, primario di Urologia all'Ospedale dell'Angelo

a cura di
Nicoletta Benatelli

Nella zona di Porto Marghera si registra un eccesso di mortalità per tumori alla vescica. Lo testimonia lo studio nazionale SENTIERI che ha analizzato i tassi di mortalità nei siti più inquinati d'Italia (una sintesi della ricerca è stata pubblicata nel 2010 sulla rivista "Epidemiologia e prevenzione"; vedi numero 0 del 2012 di VIS). Il tumore alla vescica è correlato a cattivi stili di vita come il fumo e all'esposizione a vari tipi di sostanze tossiche e cancerogene maggiormente presenti nei luoghi in cui sono state e sono ancora attivi importanti siti industriali.

"Il dato che va sottolineato però – spiega Carlo Pianon, primario di Urologia all'ospedale dell'Angelo di Mestre – è che la diagnosi precoce, per questo tipo di patologia, è molto efficace e permette non soltanto che la malattia sia curabile, ma soprattutto guaribile in un numero sempre maggiore di casi".



Dottor Pianon, il tumore della vescica presenta dunque una incidenza maggiore nel veneziano? Quale importanza ha la diagnosi precoce?

Posso confermare che il tumore della vescica è in aumento. I casi che riscontriamo vanno crescendo, ma va detto subito che la possibilità di guarigione è molto alta. L'elemento che fa la differenza è la diagnosi precoce: prima si scopre la malattia, prima si interviene, e più aumentano le possibilità concrete di una guarigione totale. Intervenire al più presto permette comunque che la malattia se non guaribile sia almeno ben curabile.

Quando parlo di patologia guaribile, intendo dire che la malattia è stata eliminata perché le cellule maligne erano circoscritte e sono state completamente asportate. Quando parlo di patologia curabile, intendo dire che comunque la sopravvivenza è lunga e permette una buona qualità di vita.

Quali sono i segnali di allarme che possono far sospettare un tumore alla vescica e che devono portare ad avviare approfondimenti ulteriori?

Il campanello di allarme è sempre la presenza di sangue nelle urine. Attenzione però. Va precisato che spesso questo sintomo non è di fatto correlato alla presenza di un tumore del rene o della vescica. Spesso si tratta di infezioni più o meno banali, ma che vanno sempre curate con attenzione. Soprattutto se il sintomo è ricorrente, cioè si verifica più di una volta, è doveroso escludere che possa essere correlato ad un tumore dell'apparato urinario ed in particolare della vescica.

È importante diffondere l'idea che una visita urologica o qualche esame non invasivo possano permettere di fare una diagnosi precoce e quindi di salvare la vita. Le persone che presentano sintomi come il sangue delle urine, non devono preoccuparsi, ma devono parlarne subito con il proprio medico di medicina generale ed eventualmente anche con l'urologo. I danni maggiori sono l'esito di una sottovalutazione del sintomo che invece è un elemento che deve indurci a fare tutte le verifiche necessarie per escludere la presenza di un tumore e, se nel caso, intervenire nel modo più rapido ed efficace.

Chi colpisce in prevalenza il tumore alla vescica? Ci sono categorie che possiamo considerare a rischio? Quanti casi trattate ogni anno?

Il tumore alla vescica è correlato anche al fumo perciò tutti i fumatori possono essere considerati categoria a rischio anche per questa patologia. Nel veneziano vediamo poi una incidenza maggiore soprattutto tra i lavoratori e gli ex lavoratori dell'area industriale di Porto Marghera esposti per tempo prolungato a vari tipi di sostanze tossiche e cancerogene come le ammine aromatiche, ecc.

Va detto che queste sostanze sono state anche diffuse nell'ambiente e quindi questo tumore non colpisce esclusivamente lavoratori ed ex lavoratori, ma anche sempre più spesso le donne. Il tumore alla vescica colpisce in genere persone ultrasessantenni, ma è presente anche nella popolazione più giovane di età compresa tra i 35 e i 40 anni.

In media trattiamo un centinaio di casi l'anno, con una prevalenza di incidenza tra gli uomini rispetto le donne. Su 100 casi, possiamo dire che 60 sono uomini e 40 donne.

La presenza di sangue nelle urine è un sintomo che non va mai trascurato: perché? Con quali ulteriori accertamenti?

Il tumore alla vescica si manifesta in genere con sangue nelle urine, all'inizio, non persistente, ma a spot, presente cioè in modo saltuario. Questo sintomo potrebbe già far escludere una infezione che in genere si manifesta con febbre, bruciore e pesantezza nella zona pelvica, con un quadro di sintomi coerenti e molteplici.

Gocce di sangue intermittenti nelle urine, o peggio un'ematuria franca, devono insospettire. La persona deve rivolgersi subito al medico di medicina generale o all'urologo. Gli esami da fare nell'immediato sono una ecografia dell'apparato urinario che comprenda anche i reni e l'esame citologico delle urine per verificare se vi sia la presenza di cellule neoplastiche.

Si può poi proseguire con una urotac con contrasto per vedere più dettagliatamente l'apparato urinario nel suo complesso o con una cistoscopia, cioè con l'introduzione di una sonda flessibile dotata di una

piccolissima telecamera, che in pochi minuti permette di fare una valutazione della mucosa interna della vescica e, se necessario, di eseguire un prelievo delle aree sospette. È chiaro che si procede per step successivi tenendo conto dei sintomi presentati dal paziente e dell'esito dei vari esami.

Spesso le persone hanno paura e preferiscono non fare accertamenti oppure sottovalutano i sintomi...

Ripeto: la presenza di sangue nelle urine nella maggioranza dei casi non è associata ad un tumore alla vescica o al rene. Non bisogna spaventarsi. È davvero sbagliato però anche sottovalutare il sintomo che, qualora sia presente un piccolo tumore, ci permette di intervenire portando il paziente a piena guarigione. Vorrei rivolgere un appello soprattutto alle donne. Di recente abbiamo visto più casi in cui donne che lamentavano ematuria sono state curate per banali cistiti. Voglio chiarire che l'urologia non va confusa con l'andrologia e quindi non riguarda solo i pazienti maschi. Il tumore alla vescica può colpire uomini e donne indistintamente. Anche le donne fertili, che hanno ancora le mestruazioni, non possono ritenere normale la presenza di gocce di sangue nelle urine nei giorni in assenza del ciclo. Occorre che le donne acquisiscano una mentalità diversa anche rispetto a questo sintomo e che includano anche il tumore alla vescica negli accertamenti finalizzati alla diagnosi precoce, come del resto già avviene per il tumore del seno e dell'utero. Stiamo già da tempo lavorando anche con la LILT (la Lega italiana per la lotta ai tumori) per sensibilizzare alla diagnosi precoce dei tumori dell'apparato urinario.

Nel caso si arrivi ad una diagnosi di cancro alla vescica, come si interviene?

Dipende dal grado di aggressività cellulare o dall'invasività della neoformazione. Ci sono tumori che sono molto superficiali e non presentano infiltrazioni; altri che meritano una attenzione maggiore. I tumori meno pericolosi e meno invasivi vengono asportati tramite intervento endoscopico. A seguito della valutazione istologica, si procederà poi con altre terapie mirate: trattamenti localizzati come lavaggi con farmaci chemioterapici o iniezione del bacillo di Cuelmet Guerin (BCG) che provoca una risposta immunologica in grado di eliminare le cellule riconosciute come tumorali che possono essere ancora presenti in vescica. Una volta eseguiti intervento endoscopico e terapie, viene fatta anche una biopsia di controllo delle mucose della vescica per accertare che tutte le cellule tumorali siano state eliminate. Qui

all'Angelo utilizziamo anche un colorante selettivo che rende visibili, eseguendo una endoscopia con luce a fluorescenza, le zone con cellule ancora potenzialmente pericolose. Ciò permette di eseguire biopsie di controllo molto mirate.

Quando diventa necessario procedere all'asportazione della vescica?

Nei casi in cui il tumore sia particolarmente aggressivo e o invasivo, è preferibile procedere all'asportazione completa della vescica. L'intervento chirurgico, che dura qualche ora, si chiama cistectomia radicale e prevede l'asportazione, oltre che della vescica, anche di linfonodi limitrofi e prostata nell'uomo e di linfonodi limitrofi ed utero nella donna. È proprio per evitare questo intervento radicale che vogliamo puntare sempre più alla diagnosi precoce che prevede invece interventi e trattamenti mirati e molto meno invasivi.

Ma come si vive senza vescica?

Dobbiamo sottolineare che di solito i pazienti, dopo un breve periodo di adattamento, si adattano alla nuova situazione e possono riprendere la loro vita normale. La vescica viene ricostruita utilizzando un tratto dell'intestino e ricavando da questo l'ampolla necessaria per contenere le urine. Gli ureteri vengono collegati dal rene alla nuova vescica per permettere il fluire del liquido fino all'escrezione che riprende normalmente, dopo una fase di rieducazione. Il paziente infatti non avverte il normale stimolo ad urinare e deve quindi abituarsi ad urinare ad ore fisse per impedire un eccessivo riempimento della nuova vescica. In altri casi si provvede a creare un serbatoio comunicante con un sacchettino esterno che contiene l'urina. I pazienti comunque si adattano abbastanza bene a queste soluzioni. È evidente che è meglio, se possibile, evitare gli interventi più radicali e per questo è di fondamentale importanza la diagnosi precoce. Invitiamo anche i medici di medicina generale a collaborare con noi ed a inviarci i pazienti che presentano sintomi sospetti.

L'UNITÀ OPERATIVA DI UROLOGIA DELL'OSPEDALE DELL'ANGELO

L'Unità Operativa di Urologia dell'ospedale dell'Angelo di Mestre esegue 250 interventi chirurgici all'anno per neoplasie vescicali. Di questi una ventina sono cistectomie radicali (asportazione totale di vescica). L'equipe è composta da sette medici e 14 infermieri.

**Per informazioni
sito internet: www.ulss12.ve.it**

Distretto socio sanitario n. 2

Lido, Cavallino-Treporti, Pellestrina, Murano, Burano. I servizi socio sanitari sul territorio offerti dal Distretto n. 2

Il Distretto socio sanitario n. 2 dell'Azienda Ulss n. 12 comprende il territorio del Lido di Venezia, Cavallino-Treporti (Ca' Savio), Murano, Burano e Pellestrina. Si tratta perlopiù di isole situate nel cuore della laguna di Venezia e per questo bisognose di servizi socio sanitari decentrati in grado di raccogliere le prioritarie richieste di salute degli abitanti.

NEL 2011 IN TOTALE 149 MILA PRESTAZIONI OFFERTE DAL DISTRETTO N. 2

Come è possibile verificare dalla **tabella n. 1 – Prestazioni ambulatoriali del Distretto n. 2**, dal 2007 al 2011 le prestazioni totali svolte su tutto il territorio vanno dalle **126mila** (anno 2007) alle **149mila** (anno 2011).

In testa per numero di prestazioni offerte è l'area della **riabilitazione** che va dalle **35mila** prestazioni (anno 2007) alle **49mila** prestazioni (anno 2011).

Segue l'area **diagnostica** (esami radiologici; prelievi ed esami di laboratorio) che va dalle **41mila** prestazioni (anno 2007) alle **46mila** prestazioni (anno 2011).

Al terzo posto troviamo l'area delle **visite specialistiche** che va dalle **28mila** prestazioni (anno 2007) alle **31mila** prestazioni (anno 2011).

PER LE CURE PRIMARIE, AL PRIMO POSTO LA RIABILITAZIONE ED AL SECONDO LA CARDIOLOGIA

In testa per numero di prestazioni fornite negli anni 2010-2011, come si può evincere dalla **tabella n. 2 – Prestazioni Cure Primarie**, è l'area delle isole di Lido e Pellestrina, che sono anche le più densamente abitate. Per quanto riguarda la tipologia di prestazioni più richieste, troviamo al primo posto la riabilitazione, seguita dalle visite cardiologiche ed al terzo posto dalle visite nefrologiche.

PER I CONSULTORI, AL PRIMO POSTO LE PRESTAZIONI MATERNO INFANTILI

Nell'area dei Consultori Familiari e Pediatrici, dei Servizi per l'età evolutiva e della Salute Mentale, il maggior numero di prestazioni riguarda le

prestazioni materno infantili, come si può evincere dalla **tabella n. 3 – Consulteri, servizi età evolutiva, salute mentale.**

LA PISCINA CON ACQUA DI MARE, 140 UTENTI AL GIORNO

Ricordiamo che al Lido è attiva la piscina con acqua di mare che ospita progetti di riabilitazione e varie attività in acqua anche con donne gravide e bambini.

L'utenza della piscina è ormai di circa 140 presenze giornaliere.

UN RAPPORTO DI DIALOGO TRA SERVIZI DELL'AZIENDA ULSS N. 12 E LA POPOLAZIONE INSULARE

Alla particolare geomorfologia del territorio insulare della laguna di Venezia, si associa la necessità di tenere vivo, per i servizi distrettuali dell'Azienda Ulss n. 12, un rapporto partecipativo con la cittadinanza che miri ad un coinvolgimento diretto della popolazione nelle scelte e nella gestione dell'offerta di prestazioni.

Questo è il tentativo che da qualche anno si sta facendo.

L'impegno è anche quello di cercare di rispondere, per quanto possibile, alle richieste espresse dalla cittadinanza ed ai bisogni emergenti per chi abita in località di fatto disagiate dal punto di vista logistico.

ALCUNE IMPORTANTI ATTIVITÀ

Ecco qui di seguito alcune novità che sono state introdotte per andare maggiormente incontro ai bisogni dei cittadini:

- è stata finalmente aperto il **nuovo accesso al Distretto da piazzale Ravà** (con conseguente chiusura di quello da lungomare D'Annunzio, ormai inadeguato)
- da fine settembre 2012 **ha riaperto l'ambulatorio**

chirurgico al Lido

-a ottobre 2012 **ha aperto al Lido l'ambulatorio di chirurgia plastica** e piccoli interventi ricostruttivi

- a ottobre 2012 **ha aperto al Lido l'ambulatorio di ortodonzia** (dentista per bambini)

-è stato acquisito in giugno 2012 **un nuovo cardiologo che completa così l'organico della Cardiologia al Lido** (e consente di garantire la fondamentale riabilitazione cardiologica, attuata anche con sedute in piscina in accordo con l'associazione Amici del Cuore)

-da aprile 2012 è entrata in servizio **una nuova fisiatra per le visite domiciliari**

-a settembre 2012 è ripartita **l'attività della psicomotricista**

-in programma **alla piscina del Lido il nuovo corso di mamme in acqua ed il nuovo corso in acqua per bambini asmatici**

-in accordo con **l'associazione AVAPO è partito in ottobre 2012 il nuovo corso per volontari anche a Pellestrina**

-è stato attivato a giugno 2012 (e permane a tempo indeterminato) il **nuovo servizio di assistenza telefonica 24 ore su 24 dell'associazione AVAPO per pazienti malati terminali** (rivolto ai medici curanti, alla guardia medica ed al punto di Primo Intervento) del territorio del Distretto n. 2

-a novembre 2012, **in collaborazione con AVAPO Venezia, è stato finalmente introdotto anche per Burano e Pellestrina l'ODO (Ospedale Domiciliare Oncologico)** per malati terminali

-è stato aperto a settembre 2012 **l'ambulatorio dedicato alle visite fisiatriche** (e conseguente tempestiva presa in carico fisiochinesiterapica) **per post operati**

-l'arrivo nel 2012 di **un medico anestesista ha consentito di intensificare la sostituzione a domicilio** (e nelle Case di Riposo) **di PEG e cannule tracheostomiche.**

Tabella n. 1
Prestazioni ambulatoriali del Distretto n. 2,

	2007	2008	2009	2010	2011
Area diagnostica (Radiologia + prelievi ed esami di laboratorio)	41.967	41.342	42.372	44.523	46.081
Area riabilitazione	35.332	39.736	41.720	47.326	49.555
Altra specialistica	28.366	36.106	30.570	32.467	31.205
Consulteri pediatrici*	6.904	11.398	9.631	7.682	7.634
Consulteri familiari*	4.848	2.689	2.467	3.737	2.712
Servizio prevenzione e riabilitazione età evolutiva (ex NPI)*	6.384	9.034	14.127	5.137	4.866
Centro salute mentale*	3.146	3.696	4.525	4.570	7.135
Totale	126.947	144.001	145.412	145.442	149.188

Tabella n. 2
Prestazioni Cure Primarie

CATEGORIA	BURANO		MURANO		LIDO-PELLESTRINA		CA' SAVIO-CAVALLINO	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
CARDIOLOGIA	2	13	44	10	6.054	5.442	769	711
CHIRURGIA GENERALE	-	-	-	-	619	664	51	-
MEDICINA SPORTIVA	-	-	-	-	370	368	-	-
MALATTIE ENDOCRINE / DIABETE	-	-	-	-	783	681	332	342
GERIATRIA	-	-	-	-	163	137	-	-
MEDICINA GENERALE	-	-	-	-	418	546	-	-
NEFROLOGIA	-	-	-	-	4.171	3.726	-	-
NEUROLOGIA	-	-	-	-	185	211	152	159
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	-	-	-	-	128	122	16	36
OCULISTICA	-	-	-	-	2.024	2.080	478	462
ODONTOIATRIA	-	-	-	-	3.823	3.890	-	-
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	208	229	257	244	1.541	1.493	296	411
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	-	-	-	235	198	-	-
OTORINOLARINGOIATRIA	239	239	542	536	1.224	1.027	406	535
UROLOGIA	10	11	9	-	1.020	878	671	514
DERMATOLOGIA	544	482	638	592	1.713	1.773	1.270	1.126
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	1.084	894	-	-	44.690	47.446	1.552	1.215
GASTROENTEROLOGIA	-	-	-	-	217	576	-	-
PNEUMOLOGIA	-	-	-	-	254	219	-	-
RADIOLOGIA	-	-	-	-	1.203	1.346	-	-
REUMATOLOGIA	-	-	-	-	374	347	361	333
TOTALE	2.087	1.868	1.490	1.382	71.209	73.170	6.354	5.844

Tabella n. 3
Consultori, servizi età evolutiva, salute mentale

CONSULTORI PEDIATRICI	Prestazioni		CONSULTORI FAMILIARI	Prestazioni	
	2010	2011		2010	2011
LIDO (prestazione con tariffa)	2.924	3.252	FAMILIARE N. 2 – LIDO	2.677	1.930
PELLESTRINA (prestazione con tariffa)	686	725	(Ostetricia-Ginecologia, Pap test prelievi, Psichiatria, prestazione con tariffa, altre, totale)		
MURANO (prestazione con tariffa)	846	896			
CA' SAVIO (prestazione con tariffa)	2.942	2.416	FAMILIARE N. 3 – CA' SAVIO-BURANO	1.060	782
BURANO (prestazione con tariffa)	284	345	(Ostetricia-Ginecologia, Pap test prelievi, Psichiatria, prestazione con tariffa, altre, totale)		
TOTALE AREA MATERNO INFANTILE	7.682	7.634			
SERV. PREVENZIONE E RIABILITAZIONE ETÀ EVOLUTIVA			TOTALE CONSULTORI FAMILIARI	3.737	2.712
LIDO-CA' SAVIO-CAVALLINO (Prestazione con tariffa, altre, totale)	5.137	4.866	SALUTE MENTALE		
			AMBULATORIO PSICHIATRICO LIDO	4.570	7.135

Il caso dell'ex Ospedale al mare al Lido di Venezia

Etica pubblica e amministrazione, favorire la “partecipazione”

a cura di **Danilo Corrà**,
direttore del Distretto 2



LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE AL SERVIZIO DEL CITTADINO

Si è passati in poco più di un ventennio da un sistema di organizzazione della Pubblica Amministrazione fortemente centralistico ad uno fondato sul decentramento e sulla promozione delle autonomie locali. Alla tradizionale impersonalità (e quindi, fondamentalmente, deresponsabilizzazione) della pubblica amministrazione si è andata progressivamente sostituendo la trasparenza degli atti e la precisa individuazione di responsabilità. Al potere invadente ed invasivo della politica, anche e soprattutto negli atti, si è contrapposta la valorizzazione e responsabilizzazione dell'apparato burocratico e dirigenziale; alla cultura della legittimità si è via via affiancata quella dell'efficacia e dell'efficienza, e così via sino a giungere alle recenti riforme dell'ultimo governo Berlusconi promosse dal ministro Brunetta in materia di informatizzazione della pubblica amministrazione, di misurazione e valutazione della performance dell'apparato pubblico. Con la riforma Monti, infine, il cerchio si chiude con una visione decisamente diversa rispetto al passato della funzione e del ruolo del dipendente pubblico.

I DIRITTI SOGGETTIVI DEI CITTADINI

Tale imponente mole di riforme ha determinato una diversa relazione tra pubblica amministrazione e cittadino: si è infatti progressivamente passati da un rapporto assolutamente squilibrato in favore del pubblico (retaggio di uno stato borbonico) ad una considerazione del cittadino come utente e, in tempi più recenti, al cittadino-cliente, come tale titolare non solo di mere aspettative nei confronti della pubblica amministrazione ma di forme più o meno intense di "quasi diritti" (vedi la teoria dell'interesse legittimo) sino ad arrivare, ai giorni nostri, al riconoscimento in capo al cittadino di veri e propri diritti soggettivi nei confronti della pubblica amministrazione, la quale sempre più opera non solo con la potestà propria dell'ente

pubblico, ma anche con attività non autoritativa.

LA PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO ALLA GESTIONE DELLA COSA PUBBLICA

In tale nuova ottica di rapporto assume importanza cruciale il tema della partecipazione del cittadino alla cosa pubblica, intesa come libertà di accesso agli atti (trasparenza della pubblica amministrazione), ma anche come possibilità di censurare comportamenti scorretti o impropri (vedi istituzione, presso le diverse amministrazioni centrali e locali, del difensore civico, organo imparziale e ad accesso gratuito di sindacato sull'attività della pubblica amministrazione), di chiedere chiarimenti ed informazioni su prassi non sempre di immediata intelligibilità (anche grazie agli URP – Uffici Relazioni con il Pubblico – istituiti pressoché in tutte le pubbliche amministrazioni) e di partecipare al formarsi ed al manifestarsi della volontà della pubblica amministrazione (vedi legge n. 241/1990 sulla partecipazione al procedimento amministrativo).

IL RAPPORTO CON ASSOCIAZIONI E COMITATI

È di tutta evidenza come il tema della partecipazione incida in modo significativo sulla responsabilità sociale della pubblica amministrazione in particolar modo quando questa operi in ambiti di forte impatto sociale (sanità, ambiente): una corretta e preventiva informazione ed un coinvolgimento mirato e responsabile dei cittadini (anche e soprattutto organizzati in gruppi, associazioni, comitati) possono infatti risultare determinanti per il successo di operazioni complesse ad elevato impatto su ampi strati della popolazione.

L'ESEMPIO DELLA TRASFORMAZIONE E RIQUALIFICAZIONE DELL'EX OSPEDALE AL MARE DEL LIDO DI VENEZIA

Vogliamo prendere in esame come esempio paradigmatico la complessa operazione di trasformazione e riqualificazione dell'ex Ospedale al



Mare del Lido di Venezia. L'Ospedale al Mare, gestito dall'allora Ulss n. 16 (poi confluita, unitamente all'Ulss n. 11, nell'attuale unica Azienda Ulss n. 12 Veneziana), ha funzionato come ospedale a vocazione riabilitativa fino ai primi anni '90, vivendo (a metà del secolo scorso) momenti di vera e propria gloria (per quantità e qualità dei servizi, per numero di addetti, per la forte attrazione anche in termini turistici, tanto da far parlare, per il Lido di Venezia, di bella époque anche in termini sanitari). Successivamente diversi fattori, tra i quali, segnatamente, il progresso della scienza medica ed il conseguente abbandono di alcune terapie e nuovi studi epidemiologici che hanno definitivamente indotto a ritenere non congruo un complesso ospedaliero per una popolazione di circa 17.000 residenti in isola, hanno progressivamente determinato la chiusura dell'Ospedale al Mare e la sua trasformazione in presidio sanitario distrettuale.

IL RIDIMENSIONAMENTO DELLA STRUTTURA

Di fatto un estesissimo complesso residenziale sanitario si è trovato solo in minima parte occupato da strutture distrettuali (Poliambulatori, Consultorio Familiare, Piscina riabilitativa, Uffici amministrativi) e da alcune, residuali, strutture extradistrettuali (punto di Primo Intervento, Centro di Salute Mentale, Emodialisi), mentre molti edifici sono rimasti inutilizzati (tra i quali il ben noto ex Teatro Marinoni).

DOPO LA CHIUSURA, L'ATTIVITÀ DI COMITATI E GRUPPI DI CITTADINI

In occasione della chiusura dell'Ospedale al Mare i cittadini lidensi si sono riuniti in diversi comitati a salvaguardia del mantenimento del presidio ospedaliero prima, e poi della concentrazione dei servizi distrettuali nel cosiddetto Monoblocco, edificio a vocazione ospedaliera costruito negli anni '70, sul quale l'Azienda Ulss n. 12 aveva nel frattempo investito ingenti risorse. Altri comitati sono poi sorti per la salvaguardia ed il ripristino del Teatro Marinoni, altri ancora per la tutela dell'ambiente (forte era infatti il sospetto, poi rivelatosi fondato, che l'area sulla quale insisteva l'ex Ospedale al Mare fosse contaminata da residui da amianto e quindi da bonificare).

LA RESPONSABILITÀ SOCIALE DELL'ULSS 12

A ben vedere, quindi, un terreno di prova notevolissimo per testare la reale capacità di declinare correttamente ed efficacemente la responsabilità sociale dell'Azienda Ulss n. 12 (e della pubblica amministrazione in senso più ampio, riguardando la fattispecie anche altri soggetti pubblici, come si vedrà): sanità, ambiente, cultura sono infatti gli ambiti interessati dalla vicenda in esame.

LA QUESTIONE POLITICO-AMMINISTRATIVA

La vicenda politico-amministrativa è nota: con

apposito accordo di programma tra Stato, Regione Veneto, Azienda Ulss n. 12 e Comune di Venezia si è stabilita l'alienazione del complesso immobiliare al Comune di Venezia, il cambio di destinazione d'uso, la vendita a privati e il reimpiego del ricavato in parte per la riqualificazione dei servizi sanitari del Lido di Venezia ed in parte per la costruzione del nuovo palazzo del cinema.

IL TRASFERIMENTO DEI SERVIZI NEL MONOBLOCCO

Nell'ambito di tale complessa (e tutt'altro che conclusa) vicenda interessa evidenziare come l'Azienda Ulss n. 12 abbia gestito la delicata fase del trasferimento e concentrazione dei servizi distrettuali ed extradistrettuali nel cosiddetto Monoblocco. L'iter è stato caratterizzato dalle azioni:

- rappresentazione del **percorso di riordino e razionalizzazione nelle sedi istituzionali** appropriate e più prossime (Municipalità, Comune)
- **adeguato e sistematico rapporto con i media** per una comunicazione veritiera ed efficace
- **rimotivazione del personale** (anche in funzione della comunicazione mediata che questo poteva garantire sul territorio)
- **coinvolgimento delle organizzazioni sindacali** nelle scelte strategiche e funzionale rapporto con i comitati attraverso una costante attività di informazione sugli obiettivi e sugli stati di avanzamento del percorso, traendo dagli stessi spunti e sollecitazioni utili ad orientare le scelte operative per una ricaduta efficace sul territorio.

UNA BUONA COLLABORAZIONE CON I RAPPRESENTANTI DEGLI ABITANTI

Di fatto il trasferimento e la concentrazione dei servizi distrettuali ed extradistrettuali nel cosiddetto Monoblocco si è verificata in modo ordinato, partecipato ed informato, senza alcuna interruzione di servizio. Un indicatore di efficacia è dato dall'istituzione, dopo il trasferimento, di una cassetta per critiche e suggerimenti (anche anonimi) installata nell'ingresso della nuova sede: nell'arco dei sei mesi successivi sono pervenute pochissime segnalazioni, e perlopiù sotto forma di suggerimenti minimali e comunque migliorativi, mentre non è stata formulata alcuna critica di sistema o comunque di particolare rilievo. Il coinvolgimento preventivo e costante dei principali stakeholders (dipendenti, organizzazioni sindacali, istituzioni, comitati) e la loro partecipazione alle diverse fasi del trasferimento ha quindi contribuito a garantire la riuscita dell'operazione.

Per informazioni

**Distretto socio sanitario n. 2 Azienda Ulss n. 12
Padiglione Rossi – Monoblocco
Piazzale Ravà 1, Lido di Venezia
Tel. 041 5295402/401**

ATTIVITÀ PRINCIPALI DISTRETTO N. 2 ULSS 12

CENTRO UNICO PRENOTAZIONI

041 8897908

oppure in sede:

Lido dal lunedì al venerdì 9.15-12 (primo piano)

Murano martedì 9.00-13.00

Burano giovedì 9.30-13.30

Pellestrina martedì e mercoledì 9.00-12.00

Ca' Savio lunedì mercoledì venerdì 14.30-16.45

UNITÀ OPERATIVA FAMIGLIA ED ETÀ EVOLUTIVA

041 5295206

fax 041-5295351

responsabile: Dott. Francesco Perer

Unità operativa Prevenzione e Riabilitazione per l'Età Evolutiva

(Dott.ssa Cristina Bosco)

Unità operativa Consultori e Prima Infanzia

(Dott.ssa Cristina Bosco)

UNITÀ OPERATIVA PREVENZIONE E RIABILITAZIONE PER L'ETÀ EVOLUTIVA

041 5295326

responsabile: Dott.ssa Cristina Bosco

Chi ci lavora

Psicologo psicoterapeuta per l'età evolutiva, Neuropsichiatra infantile, Fisiatra, Foniatra, Psichiatra, Assistente sociale, Logopedista, Fisiocinesiterapista

Servizi offerti

Visite neuropsichiatriche

Visite fisiatriche

Visite foniatriche

Valutazione e riabilitazione

Logopedica

Fisioterapia

Psicomotoria

Consulenze a

- singolo, coppia, famiglia.
- Scuola pubblica e privata di ogni ordine e grado
- Servizi ospedalieri, sociali, sanitari e del privato sociale.
- Colloqui di consulenza psicologica e clinica individuali e famigliari.
- Valutazione psicodiagnostica e neuropsichiatrica.
- Psicoterapia individuale e familiare.
- Consulenze e interventi sociali.
- Collaborazione e/o realizzazione di progetti di prevenzione.
- Valutazione diagnostica e presa in cura di soggetti disabili e sostegno alle loro famiglie.
- Sostegno alla integrazione scolastica di minori disabili.

Collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.

In cooperazione con

- L' U.O. Riabilitazione vengono attivati corsi di Idroterapia per gruppi di bambini asmatici
- Il servizio Tutela Prima Infanzia si effettuano

gruppi con i genitori sullo sviluppo psicomotorio 0-12 mesi e sulla prevenzione posturale

- L'Autorità Giudiziaria si attuano interventi su casi di abuso e maltrattamento

- Le Direzioni Didattiche si organizzano gruppi di consulenza psicodinamica rivolta agli insegnanti

- L'UOFEE di altri distretti si attuano i follow up per le ADHD e i disturbi generalizzati dello sviluppo

Apertura servizio

Il servizio è gratuito e attivo presso le sedi distrettuali di:

Lido 041 5295349/53/50/61/60/62/52

Ca' Savio 041 5300233

Burano 041 735580

L'accesso avviene su prenotazione tramite prescrizione del medico curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale).

Il primo appuntamento può essere fissato tramite il numero telefonico 041 8897908 (CUP) da lunedì a sabato (mattina) o prenotando di persona agli sportelli CUP delle sedi distrettuali.

Il servizio è operativo da lunedì a venerdì dalle 08.30 alle 18.30

CONSULTORI E PRIMA INFANZIA

041 5295326

fax 041 5295318

Responsabile: dott.ssa Cristina Bosco

TUTELA PRIMA INFANZIA

Chi ci lavora

Pediatra, Assistente sanitaria, Infermiere professionale

Servizi offerti

- Prevenzione
- Screening ambliopia nelle scuole
- Supervisione sanitaria asili nido e scuole obbligo: inserimento, diete speciali, farmaci salvavita, prevenzione malattie infettive diffuse
- Collaborazione progetto "Genitori più"
- Educazione sanitaria e promozione della salute
- Sostegno genitorialità e allattamento al seno
- Promozione alimentazione sana e stili di vita sani
- Monitoraggio accrescimento primi mesi di vita
- Counselling di puericultura (visite domiciliari e incontri consultoriali)
- Educazione sanitaria per famiglie e insegnanti
- Collaborazione ai corsi di preparazione al parto
- Sorveglianza epidemiologica
- Sorveglianza della popolazione materno infantile del Distretto
- Partecipazione alle reti epidemiologiche regionali
- Partecipazione stesura piani di zona

Apertura servizi

Su appuntamento telefonico:

Lido, Pellestrina 041 5295137

Ca' Savio 041 5301556

Murano, Burano 041 739853

CONSULTORIO FAMILIARE

Chi ci lavora

Psicologa, Ginecologa, Ostetrica, Assistente sociale, Consulente legale

Servizi offerti

(al singolo, alla coppia ed alla famiglia, gratuiti e senza bisogno di impegnativa)

- Consulenze e visite ostetrico/ginecologiche
- Consulenze e visite ostetrica
- Consulenze e visite prevenzione preconcezionale
- Consulenze e visite per MST
- Consulenze e visite in gravidanza fisiologica, puerperio e allattamento
- Consulenze e prelievo per ricerca HPV
- Consulenze e visite per contraccezione
- Corsi di preparazione alla nascita
- Percorso di rilassamento per gravide organizzato ed effettuato in piscina dalla U.O. Riabilitazione
- Corsi di sostegno alla genitorialità nel 1° anno di vita del bambino
- Consulenza e certificazione per IVG
- Prevenzione dei tumori femminili anche su progetto Regionale
- Consulenze e visite in menopausa
- Consulenze e trattamento Sociale
- Consulenze psicologiche
- Psicoterapia
- Mediazione familiare e sostegno alla genitorialità
- Tribunale Ordinario e Minorenni c/o CF Giustinian
- Adozioni per entrambi i Distretti n. 1 e n. 2
- Consulenze e collaborazioni con Enti e strutture sociali, sanitarie, ospedaliere e del privato sociale

Apertura Servizi

L'accesso è gratuito, non necessita di impegnativa e avviene su appuntamento telefonando o presentandosi di persona negli orari di apertura al pubblico

Lido 041 5295327/5325

Lunedì e il venerdì 9.,30-12.00

Cà Savio 041 5304018,

Giovedì 9.30-12,30 e 14.30 alle 17.30

CURE PRIMARIE

041 5295207 / fax 041 5295160

responsabile Dott.ssa Anna Carnevale Miino

Unità Operativa Specialistica e Infermieristica

Unità Operativa Riabilitazione

Unità Operativa Medicina Penitenziaria

Unità Operativa Cure Primarie eroga

- Prestazioni medico-specialistiche domiciliari e ambulatoriali
- Prestazioni infermieristiche domiciliari e ambulatoriali
- Prestazioni riabilitative e protesiche domiciliari e ambulatoriali

Inoltre

- Gestisce i rapporti e la governance con i Medici di medicina generale (32) e con i Pediatri di libera scelta (5)
- Ha responsabilità tecnico organizzativa dell'

Unità di Valutazione Multiprofessionale Distrettuale (UVMD) (delega al dottor Zulian)

- Gestisce il Coordinamento delle Residenze Protette convenzionate sul territorio distrettuale e gestisce un reparto territoriale per pazienti post-acuti: la Residenza Sanitaria Distrettuale (delega al dottor Perer)

S. Camillo 146 posti (110 primo livello, 36 secondo livello)

Santa Maria del Mare 105 posti

Venezia Sanità (ex Carlo Steeb) 188 posti (141 primo livello, 47 secondo)

- Fornisce numerose prestazioni di tipo autorizzativo e medico-legale

Per accedere a queste autorizzazioni, bisogna rivolgersi alla **segreteria del distretto**

041 5295301

Per malattie rare

referente dottoressa Carnevale Miino Anna

041 5295207

e-mail: Anna.Carnevale@ulss12.ve.it

UNITÀ OPERATIVA RIABILITAZIONE

Chi ci lavora

Dirigente Medico, Fisiatri, Coordinatore fkt, Fisiocinesiterapisti, Infermieri Professionali, OSS, Bagnini

Servizi offerti

Nelle sedi del Lido e di Ca' Savio:

- Visite fisiatriche ambulatoriali e domiciliari
- Riabilitazione funzionale e neuromotoria ambulatoriale e domiciliare
- Ambulatorio di infiltrazioni in capo al Dr Mormile
- Valutazione e collaudo ausili ambulatoriale e domiciliare

Nella sede del Lido:

- Tens, ionoforesi, elettroterapie di stimolazione, ultrasuoni, radar, laser, vasche galvaniche e idrochinesiterapia.

Apertura Servizi

Segreteria: dal lunedì al venerdì 7.30-13.45;

Accettazione per la prenotazione delle terapie dal lunedì al mercoledì 9.30-12.30

Riabilitazione: dal lunedì al sabato 7.00-15.00 sabato fino alle 13

Piscina: 7.30-12.30 / 13.30-18.00 sabato fino alle 12,30 (salvo modifiche per eventuali corsi: es. "gestanti in acqua" o "attività in acqua per bambini e ragazzi asmatici" o "amici del cuore" come da cartellonistica di volta in volta esposta).

Ufficio protesì: il pubblico si rivolge allo sportello unico integrato (vedi orari più avanti)

Modalità di accesso

Visita fisiatrica: impegnativa di "visita fisiatrica" con diagnosi di invio, compilata dal medico di base o da un altro Medico Specialista (ortopedico, neurologo etc.), l'appuntamento viene prenotato tramite CUP.

Visita fisiatrica categorie specifiche: per gli utenti di età pediatrica e per gli utenti post operati è possibile prenotare su ambulatori specifici, in

ufficio accettazione su agenda CUP dedicata.

Visita di controllo: impegnativa di visita fisiatrica di controllo (visite praticate per la stessa patologia per la quale l'utente è già in trattamento; solo dopo che l'utente ha terminato il ciclo di terapie ed entro 1 mese dallo stesso) compilata dal fisiatra che ha in carico il/la paziente, l'appuntamento viene prenotato tramite CUP. Dal mese di novembre 2010 è possibile prenotare anche in accettazione su agenda CUP dedicata

Visita domiciliare: impegnativa di "visita fisiatrica domiciliare" compilata dal medico di base, l'appuntamento viene dato dalla segreteria.

UNITÀ OPERATIVA SPECIALISTICA E INFERMIERISTICA

Chi ci lavora

Dirigente Responsabile, Medici SAI, Coordinatore Infermieristico, Infermieri Professionali, Infermieri Generici, Operatori socio sanitari, Ausiliari

SERVIZIO INFERMIERISTICO AMBULATORIALE

Ambulatorio infermieristico

- Terapie iniettive
- Medicazioni
- Lavaggi CVC
- Gestione cateteri vescicali
- PEG

Si accede senza prenotazione portando impegnativa del MMG

Lido 041 5295201. Aperto tutti i giorni 11.15-12.00

Pellestrina Da lunedì a venerdì 11.00-12.00

Ca' Savio Da lunedì a venerdì 10.00-11.30

Burano Aperto da lunedì a venerdì 10.00-11.00

Murano non attivo

PUNTO PRELIEVI

- Prelievi venosi
- Ricezione campioni biologici

Lido 041 5295161

Aperto dal lunedì al venerdì 7.30-9.00

Si accede senza prenotazione, portando impegnativa del MMG all'accettazione punto prelievi al piano terra

Ca' Savio 041 5300854

lunedì, mercoledì e venerdì 7.00-9.00

solo su prenotazione al CUP di Cà Savio da farsi il lunedì, mercoledì, venerdì 14.30-16.45

Burano 041 735580

martedì e giovedì 7.45-9.30

solo su prenotazione da farsi dalle 11.00-12.00 da lunedì a venerdì

Murano 041 739461

giovedì 7.30-9.15

solo su prenotazione da farsi da lunedì al venerdì 11.00-12.00

Pellestrina 041 5295839

Martedì, mercoledì e venerdì 7.30-8.15

solo su prenotazione da lunedì a venerdì 11.00-12.00

SERVIZIO DI CARDIOLOGIA E RIABILITAZIONE

CARDIOLOGICA

Servizio Ambulatoriale Cardiologico effettua diagnostica cardiologica di primo livello.

Servizio di Riabilitazione Cardiologia effettua la Riabilitazione del paziente Cardiopatico e esegue il follow-up post Riabilitazione Cardiologica

Aree intervento

Territorio: espletamento della diagnostica richiesta dai MMG

Ambulatoriali: ECG, ECG con visita / controllo cardiologico, (ecocardiogramma / ecocardiodoppler momentaneamente sospeso), test da sforzo al cicloergometro / Treadmill, ECG dinamico sec. Holter e controllo, programmazione del Pace-Maker su prenotazione

Ambulatorio Riabilitativo Cardiologico:

riabilitazione Cardiologica del paziente cardiopatico, follow-up periodico programmato del paziente cardiopatico

Modalità di accesso

Ambulatorio: richiesta di esame del MMG prenotata a CUP o Ufficio Prenotazioni, richiesta di Consulenza Cardiologica richiesta da PPI
Ambulatorio Riabilitativo Cardiologico: richiesta di ciclo di Riabilitazione Cardiologica di Cardiologo ULSS

MEDICINA DELLO SPORT

Diagnostica finalizzata all'ottenimento idoneità sportiva agonistica (su prenotazione)

Comprende

- Spirometria
- ECG Basale e sotto sforzo
- Esame urine
- Visita medico sportiva
- Misurazione parametri vitali (peso altezza pressione arteriosa)
- Controllo visus

SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE

Apertura Servizi

Da lunedì a venerdì 7.30-9.00 per i prelievi a domicilio e il resto della mattinata per le altre prestazioni

Modalità accesso

Su prenotazione al servizio infermieristico di persona o delegato con impegnativa del MMG

Lido 041 5295201

da lunedì a venerdì 10.30-11.15

Ca' Savio 041 5300854

da lunedì a venerdì 11.30-12.30

Pellestrina 041 5295840

da lunedì a venerdì 11.00-12.00

Murano 041 739461

da lunedì a venerdì 11.00-12.00

Burano 041 735580

da lunedì a venerdì 11.00-12.00

SERVIZI SPECIALISTICI

Tutte le visite specialistiche vanno prenotate a CUP con l'impegnativa compilata dal MMG e PLS. La

visita del dentista e ginecologo non necessitano di impegnativa ma vanno comunque prenotate a CUP. Per la visita di medicina sportiva non serve impegnativa, ma la richiesta di visita da parte della società sportiva di appartenenza e poi la prenotazione a CUP.

Per informazioni sui giorni delle singole specialità telefonare alla segreteria dei poliambulatori della sede dove si vuole effettuare la visita

Il Poliambulatorio (Lido, 041 5295235)

Sono attive:

Lido: Cardiologia, Chirurgia, Chirurgia Plastica, Dermatologia, Endocrinologia, Geriatria, ginecologia, Medicina interna, Medicina dello sport, medicina Legale, Neurologia, Odontostomatologia, Ortodonzia, Oculistica, Ortopedia, ORL, Pneumologia, Ecodiagnostica, Reumatologia, UBT, Urologia

Pellestrina: Ortopedia

Cà Savio: Cardiologia, Neurologia, Oculistica, Endocrinologia, Ortopedia, Dermatologia, ORL, Reumatologia, Urologia, Chirurgia (in attivazione)

Murano e Burano: Dermatologia, ORL, Ortopedia

L'Assistenza specialistica domiciliare

Le visite specialistiche domiciliari necessitano di impegnativa del MMG con specificato visita a domicilio. Vanno prenotate direttamente alla segreteria dei poliambulatori.

Sono attive a domicilio: Urologia, Cardiologia, Chirurgia, Pneumologia, Neurologia, Ortopedia, Medicina interna, Dermatologia, ORL, Reumatologia.

UNITÀ OPERATIVA AMMINISTRATIVA E TECNICA 041 5295201

fax 041 5295405

Responsabile: Dott. Danilo Corrà

Chi ci lavora

Impiegati amministrativi, Operatori tecnici.

Orari di apertura sportelli di anagrafe sanitaria:

Lido lunedì, giovedì e venerdì 8.30-11.30

mercoledì 14.00-16.00

Murano, martedì 9.00-13.00

Burano, giovedì 9.30-13.30

Pellestrina martedì e mercoledì 9.00-12.00

Ca' Savio lunedì, mercoledì e venerdì 9.00-12.00

CUP

041 8897908

oppure in sede:

Lido dal lunedì al venerdì 9.15-12.00 (primo piano)

Murano martedì 9.00-13.00

Burano giovedì 9.00-13.00

Pellestrina martedì e mercoledì 9.00-12.00

Ca' Savio lunedì, mercoledì e venerdì 14.30-16.45

SPORTELLINO UNICO INTEGRATO

(e-mail: dist2.sportellounico@ulss12.ve.it)

Lido 041 5295183, fax 041 5295184

da lunedì a sabato 9.00-13.00

Pellestrina 0415295924

mercoledì 9.00-13.00, venerdì 15.00-17.00

Murano 041 739461

martedì e venerdì 9.00-13.00

Burano 041 735580

lunedì e giovedì 9.00-13.00

Ca' Savio 041 2909727

lunedì, mercoledì e venerdì 10.00-14.00

(ha sede in Piazza Giovanni Paolo II, 3)

UFFICIO PROTESI

il pubblico si rivolge allo sportello unico integrato

ATTIVITÀ EXTRADISTRETTUALI DEL MONOBLOCCO DEL LIDO

CENTRO SALUTE MENTALE

Il CSM (Centro di Salute Mentale), distaccamento psichiatrico di Palazzo Boldù, è collocato al piano terra del Monoblocco, con ingresso autonomo e spazi specifici dedicati

SERVIZIO SOCIALE COMUNALE

La sede distrettuale del Lido ospita il servizio sociale comunale di Venezia, che attraverso il proprio personale (assistenti sociali) si occupa delle procedure di ingresso e dimissione in strutture protette, e partecipa ordinariamente alle UVMD secondo un'ottica di integrazione di servizi.

UNITÀ OPERATIVA NEFROLOGIA E DIALISI CENTRO ASSISTENZA LIMITATA CAL – LIDO

Mission: portare un servizio dialitico più prossimo alla residenza, di pazienti clinicamente non complicati, in zone territorialmente "difficili".

Il Centro del Lido è collegato per via telematica al Centro di Venezia. In qualsiasi momento, durante il trattamento, il medico può controllare a distanza parametri come: PAO e frequenza cardiaca, peso corporeo, UF totale e oraria, efficienza del trattamento dialitico

chi ci lavora

Medico Nefrologo, Infermieri Professionali, Tecnico di dialisi

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Prestazioni specialistiche ambulatoriali

- Ambulatorio vaccinale:

- Ambulatorio viaggi

- Ambulatorio Gruppo C/Malattie Trasmesse Sessualmente (MTS)

Altre prestazioni igienistiche non ambulatoriali:

Controllo e gestione delle malattie infettive

Gestione dei soggetti inadempienti alle

vaccinazioni obbligatorie o non aderenti alle

vaccinazioni raccomandate

Gestione Numero Verde per informazioni

all'utenza relativamente a: calendario vaccinale,

viaggi internazionali, etc.

Prestazioni rivolte al territorio

- Pareri/Certificazioni igienico-edilizie

- Verifica e ispezione per l'attività autorizzativa di competenza (LR 22/02)
- Promozione della salute ed epidemiologia registro e certificazioni delle cause di morte
- Altre competenze
- Servizio vaccinale per l'infanzia Distretto 2

PUNTO PRIMO INTERVENTO/SUEM

Servizio di pronto intervento al Lido, Pellestrina e Ca' Savio (sede principale al Lido)

Nei prossimi numeri della rivista VIS saranno pubblicati approfondimenti anche sugli altri Distretti Socio Sanitari dell'azienda Ulss 12 veneziana



Diabete, ridurre complicanze e costi sanitari. Intervista a Diego Turchetto, medico di medicina generale nell'Ulss 12

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità il diabete è una emergenza sanitaria mondiale, 19.000 persone ogni 24 ore nel mondo ricevono una diagnosi di Diabete mellito, 194 milioni di persone nel mondo oggi hanno il diabete; nel 2030 si calcola che saranno 366 milioni, la maggior pandemia che il mondo abbia mai conosciuto.

In Italia si stima che il 5-6 per cento della popolazione sia affetta da diabete. Al Sud e nelle isole l'incidenza è più alta rispetto al Nord ed al Centro.

Ogni paziente costa al sistema sanitario nazionale 2.589 euro l'anno; si calcola che circa il 5-10% della spesa sanitaria globale nel mondo sia destinata alla cura del diabete.

Il diabete di tipo 1 insorge più frequentemente durante l'infanzia e l'adolescenza, è originato da un processo autoimmune che distrugge le beta cellule pancreatiche che producono l'insulina e necessita pertanto della somministrazione di insulina. In Italia l'incidenza è di 7 o 8 casi ogni 100mila abitanti, ma in Sardegna si registrano 30 o 40 casi ogni 100mila abitanti.

Il diabete tipo 2 rappresenta il 90-95% di tutti i casi di diabete, si manifesta solitamente in età adulta, spesso è associato a obesità e sedentarietà.

Il 10 per cento di anziani è affetto da diabete non diagnosticato e un ulteriore 10 per cento presenta l'intolleranza al glucosio IGT.

Il diabete, se in cattivo controllo, può arrecare danni a occhi, reni, cuore, cervello, arti inferiori, nervi con gravi quadri di disabilità. Pazienti e medici hanno quattro pilastri su cui basare la cura e la prevenzione delle complicanze: dieta corretta, attività fisica, farmaci ipoglicemizzanti orali, insulina.

In questo numero di VIS ospitiamo l'intervista a Diego Turchetto, medico di medicina generale.

Nei prossimi numeri della rivista coinvolgeremo anche i servizi Diabetologici ospedalieri.

Dottor Turchetto, come si arriva alla diagnosi di diabete? E una volta riscontrata la patologia, come si procede?

La diagnosi di diabete si basa sulla rilevazione consecutiva per due volte di una glicemia pari o superiore a 125mg/dl o di una glicemia maggiore o uguale a 200 mg/dl dopo 2 ore da un carico orale di glucosio oppure una emoglobina glicata maggiore o pari a 6,5 mg/dl. La diagnosi di diabete, in presenza di sintomi tipici, può essere fatta anche in una sola occasione con una glicemia pari o superiore a 200 mg/dl indipendentemente dall'assunzione di cibo, anche dopo un pasto.

Se al momento della diagnosi la glicemia non è eccessivamente elevata, il diabetico viene avviato ad un regime dietetico associato ad attività fisica. La riduzione del peso corporeo e l'attività fisica producono benefici in numerose funzioni di organi ed apparati. Questi benefici vanno ben oltre il miglioramento del controllo glicemico. Inoltre aumentano il senso di benessere ed il grado di autostima.

Il paziente con diabete di tipo 2 dovrebbe attuare un programma di esercizio fisico aerobico della durata di almeno 30 minuti al giorno per 3 volte la settimana: possono essere svolte attività come marcia, nuoto, cyclette, ballo.

E quando la modifica dello stile di vita non basta?

Quando la modifica dello stile di vita non raggiunge gli obiettivi desiderati, si impone l'utilizzo di uno o più farmaci antidiabetici orali. La terapia farmacologica va personalizzata secondo le caratteristiche individuali del paziente: età, peso, iperglicemia persistente o soltanto postprandiale, o la presenza di altre patologie concomitanti.

Di solito si inizia il trattamento con un solo farmaco per passare poi alla eventuale associazione di più farmaci.

L'insulina è necessaria quando la funzione pancreatica è deficitaria; l'obiettivo della terapia insulinica è quello di mimare, quanto più possibile, la fisiologia della secrezione insulinica pancreatica, ripristinando secondo la necessità, i picchi insulinici prandiali e il fabbisogno giornaliero.

Il modello di terapia più seguito è quello che prevede la somministrazione di insulina rapida prima di ogni pasto e di insulina ritardo la sera, prima di andare a letto.

È importante responsabilizzare il paziente?

La cura della malattia diabetica, come per tutte le patologie croniche, deve avvenire con il coinvolgimento diretto ed attivo del paziente. La terapia si basa sulla collaborazione del paziente; se ciò non avviene, qualsiasi farmaco, anche il più efficace, costoso e sofisticato non riuscirà ad ottenere risultati positivi e duraturi nel tempo. Il diabete, sia di tipo 1 sia di tipo 2, ha pesanti

ricadute sulla vita quotidiana: la terapia infatti interferisce con il modo di alimentarsi, l'attività fisica, lo stile di vita, il lavoro, la scuola e più in generale le relazioni sociali.

Quali sono i sintomi del diabete che possono essere interpretati come un campanello d'allarme?

Spesso i sintomi iniziali del diabete sono subdoli, possono essere disturbi modesti e che rimandano a differenti patologie. I sintomi classici astenia, l'urinare spesso e una grande sete si manifestano solo quando i valori della glicemia sono decisamente elevati.

Sarebbe opportuno effettuare screening nella popolazione generale per identificare i pazienti che non sanno di avere il diabete (diabete misconosciuto) tra le persone con fattori di rischio: familiarità per diabete, soggetti obesi o in sovrappeso e/o con scorretti stili di vita, soggetti ipertesi e dislipidemici, donne che hanno avuto un diabete gestazionale o che hanno partorito bambini macrosomici.

Cosa significa per un paziente convivere con una patologia cronica?

I considerevoli progressi di ordine tecnologico e farmacologico nel campo della medicina permettono attualmente di fare una diagnosi ed intervenire rapidamente con successo.

Nella maggior parte dei casi però le patologie sono curabili dal punto di vista medico ma non guaribili. Queste malattie rappresentano per coloro che ne sono affetti l'ingresso in una condizione cronica caratterizzata anche da eventuali aggravamenti. Una malattia acuta, anche se grave, rappresenta solo la rottura temporanea dell'equilibrio del soggetto, mentre la malattia cronica comporta la perdita della condizione di completa salute precedente: dal momento della diagnosi, bisognerà accettare la nuova situazione e curarsi costantemente per evitare o posticipare il più possibile il peggioramento del proprio stato.

Ma quali sono le strategie che il paziente può mettere in atto con l'aiuto dei medici di fiducia?

La conoscenza della malattia e la capacità di gestire la relativa terapia possono rendere più accettabile la nuova condizione in cui la persona, affetta da diabete, viene a trovarsi.

Al contrario, la difficoltà ad accettare la malattia può ostacolare l'acquisizione della corretta gestione della terapia ed indurre negligenze che possono avere effetti anche gravi.

Se si lascia da parte il notevole progresso scientifico e tecnologico di questi ultimi vent'anni, l'innovazione più rilevante nel campo delle cure è stato insegnare ai pazienti come gestire la propria terapia. È impossibile infatti che medici, infermieri, dietisti, ecc. possano assistere quotidianamente i pazienti nella cura ordinaria

della loro malattia. I pazienti quindi devono imparare a curarsi da sé, a monitorare le proprie condizioni e a gestire la terapia.

Possiamo parlare quindi di prevenzione secondaria e terziaria?

A differenza dell'educazione alla salute, che si rivolge al grande pubblico per ridurre il rischio di comparsa di determinate malattie secondo i criteri definiti di "prevenzione primaria", l'educazione dei pazienti diabetici concerne persone nelle quali la patologia è già presente e l'obiettivo è soprattutto evitare o rallentare il manifestarsi di complicanze secondo i criteri di "prevenzione secondaria" o, se queste sono già presenti, permettere al paziente di controllarle per evitare invalidità di vario tipo secondo i criteri di "prevenzione terziaria".

È difficile per i pazienti accettare la malattia?

La motivazione dei pazienti ad apprendere la gestione della cura dipende in gran parte dal grado di accettazione della malattia e dal modo in cui concepiscono la patologia, l'impatto emotivo che essa comporta.

Si tratta di acquisire le competenze necessarie per adattare la terapia alle diverse situazioni della vita quotidiana.

L'annuncio della diagnosi provoca nella persona reazioni emotive e psicologiche dovute al fatto di dover considerare di essere malato in una società che ha il culto della perfezione, e quindi anche della salute, assoluta.

Quali sono gli obiettivi che medici e pazienti devono porsi?

La malattia conosce variazioni e stadi come il passaggio all'insulina o l'insorgenza di diversi tipi di complicanze. Ottenere e mantenere negli anni

valori di glicemia, ma anche di emoglobina glicata, assetto lipidico, pressione arteriosa, normali o comunque vicini alla normalità e la "condicio sine qua non" per evitare complicanze croniche tipiche del diabete che possono essere anche gravi.

Per questo è necessario si instaurare una corretta terapia farmacologica, ma anche sviluppare una gestione integrata della malattia con una organizzazione che abbia come attori i servizi di Diabetologia negli ospedali, i medici di medicina generale sul territorio e i pazienti. L'educazione all'autogestione del diabete è fondamentale, possiamo dire indispensabile. Il paziente infatti deve saper integrare nella vita di tutti i giorni una corretta alimentazione, i farmaci, l'attività fisica e deve saperli modificare per mantenere un buon controllo glicemico, obiettivo che allontana l'eventualità di complicanze.

Se si modifica l'alimentazione e/o l'attività fisica, può essere necessario anche modificare il dosaggio e/o la tipologia dei farmaci.

In questo quadro, quanto conta l'autocontrollo della glicemia?

L'autocontrollo della glicemia è un'arma strategica per valutare il compenso metabolico, impostare e realizzare una terapia personalizzata, migliorare l'autogestione della cura e la quantità di tempo dedicato alla terapia soprattutto nel diabetico insulino-trattato.

La variabilità e l'imprevedibilità della glicemia è ampia nei diabetici e anche nello stesso paziente in momenti e situazioni diverse.

L'alimentazione, l'attività fisica, gli stress emotivi e malattie intercorrenti sono alcune delle principali cause di instabilità della glicemia. Diventa perciò indispensabile monitorare e conoscere il valore della glicemia, magari tenendo un diario, in qualunque momento della giornata, dosandola con un glucometro, interpretarne il valore e comportarsi di conseguenza. In questo modo la malattia viene curata meglio, un buon controllo metabolico migliora la qualità della vita ed allontana le complicanze.

Va sottolineato anche che la riduzione delle complicanze riduce i costi sanitari diretti ed indiretti correlati al diabete. Occorre dunque sapere, saper essere e saper fare.

Per informazioni

Dottor Diego Turchetto

Medico di medicina generale

cell. 328 3822304

email: turchetto.diego@alice.it

siti internet

www.diabetes.it

www.diabetologia.it

www.novonordisk.it

www.dm1.it



Una guida pratica per i pazienti cardiopatici. L'assunzione di farmaci come fondamento alla prevenzione secondaria

a cura di **Franco Del Piccolo**,
responsabile Unità di Riabilitazione Cardiologica
della Casa di Cura Policlinico San Marco

La malattia del cuore necessita spesso di interventi chirurgici o cardiologici salvavita. Nella fase successiva, i farmaci sono indispensabili per evitare o ridurre il rischio di recidive e complicanze. L'utilizzo corretto e costante dei farmaci prescritti permette al cuore di poter riprendere a funzionare nel miglior modo possibile. Per riprendere la forma ed aiutare il cuore a recuperare dopo l'intervento, ci sono i servizi di Riabilitazione Cardiologica che prendono in carico il paziente nel suo complesso, offrendo oltre alla stabilizzazione clinica, anche un percorso di training fisico, ottimizzazione terapeutica, supporto psicologico ed educazione sanitaria ed alimentare per poter ridurre così i fattori di rischio cardio-vascolare modificando gli stili di vita e monitorando la messa in pratica della terapia.

Conoscere e capire i farmaci che servono e serviranno per mantenere il livello di funzionalità del cuore e dell'apparato cardiocircolatorio al miglior livello possibile, risulta importante per continuare ad assumerli. Quali sono i farmaci che servono allora per far tornare il sorriso al nostro cuore?

Qui di seguito una semplice guida pratica rivolta ai pazienti spiega con parole correnti, in stile divulgativo, l'azione di alcuni tra i più importanti farmaci utilizzati dai malati di cuore.

GLI ACE-INIBITORI

Questi farmaci sono usati nella cardiopatia ischemica e nell'ipertensione arteriosa e agiscono inibendo un enzima che si chiama ACE (enzima che converte l'angiotensina). Ma che cos'è e come funziona un enzima? Potremmo considerarlo come una chiave che apre una serratura e normalmente, quando questa serratura è aperta, una sorta di "operaio specializzato" attiva nel nostro organismo un meccanismo di "vasocostrizione" dei nostri vasi dove circola il sangue (il muscolo che li avvolge, si contrae e il diametro del vaso si riduce) e per bloccare questo "operaio" che, se troppo attivato fa male al cuore, gli scienziati hanno trovato il modo di bloccare questa serratura. Con questo farmaco quindi si ha come effetto una vasodilatazione e come conseguenza la pressione arteriosa scende ed il cuore in questo modo fa un lavoro minore ed essendo meno sollecitato, la sua struttura un po' alla volta si modifica verso la normalità.

Gli effetti benefici

Grazie a questi effetti benefici, gli scienziati hanno scoperto che nei pazienti con cardiopatia ischemica (angina pectoris, infarto), chi prende questi farmaci ha una maggiore probabilità di vivere più a lungo e di avere con minor frequenza episodi secondari della malattia (angina, infarto). Per questo motivo gli ACE inibitori rientrano nei cosiddetti farmaci salva-vita.

Possibili effetti collaterali

Tra gli effetti collaterali di questi farmaci il più importante è la tosse (secca, stizzosa, continua): questo perché il farmaco non blocca solo l'enzima dei vasi sanguigni, ma anche un enzima che gli assomiglia e che si trova nell'albero respiratorio e che, se attivato, provoca la tosse. Inoltre può anche provocare edema delle labbra. Un altro effetto possibile è l'accumulo di potassio (da controllare con gli esami del sangue) e in certi casi può peggiorare la funzionalità del rene se questo organo è già malato (da controllare con gli esami del sangue).

Infine avendo come effetto principale l'abbassamento della pressione arteriosa, questo farmaco non può essere utilizzato da chi ha la pressione troppo bassa.

Esempi di molecole: enalapril, ramipril, perindopril, fosinopril, captopril ecc.



I SARTANI

Visto che gli ACE-Inibitori possono dare in alcuni casi effetti collaterali come la tosse, i ricercatori hanno pensato che, se invece di bloccare l'enzima (la chiave), bloccavano il recettore (la serratura), si otteneva lo stesso risultato. E così è stato con il vantaggio che bloccando la "serratura", non si scatenava la tosse (praticamente quasi completamente annullata).

Anche per i sartani valgono i vantaggi: maggiore sopravvivenza e riduzione degli eventi secondari come per gli ACE-Inibitori.

Anche gli effetti collaterali sono simili, tranne per quanto riguarda la tosse.

Esempi di molecole: losartan, irbesartan, telmisartan, olmesartan, valsartan ecc.

I BETABLOCCANTI

Questi farmaci hanno più di 30 anni di vita e a tutt'oggi sono tra i più importanti in ambito cardiovascolare.

Sono indicati nella cura di cardiopatia ischemica, ipertensione arteriosa, in alcune cardiopatie valvolari, nelle aritmie sopraventricolari e ventricolari, nello scompenso cardiaco.

Ma perché si chiamano betabloccanti? Perché bloccano qualcosa che si chiama beta cioè la funzione dei recettori beta. Che cos'è allora un recettore beta? Il recettore beta è una specie di "serratura" posta sulla parete esterna di ciascuna cellula del cuore che, in presenza di determinate sostanze circolanti nel sangue – come l'adrenalina, che viene messa in circolo per esempio quando ci si spaventa, ci si arrabbia o si è sotto stress – attiva la porta della cellula producendo alcuni effetti specifici all'interno della cellula stessa, che consistono in un aumento della frequenza cardiaca, della forza e della velocità di contrazione, e della velocità di conduzione dello stimolo elettrico cardiaco.

Gli effetti benefici

Il farmaco betabloccante occupa e blocca il recettore beta, impedendo le reazioni sopra elencate e così provoca una riduzione della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa; riducendo la richiesta di ossigeno da parte del cuore, proteggendolo così dagli attacchi anginosi con una migliore disponibilità di ossigeno da parte delle cellule cardiache.

Inoltre l'azione antiscompenso è dipendente anche dal blocco dell'iperattivazione simpatica (adrenalina) che si instaura nello scompenso e che lo mantiene.

La famiglia dei betabloccanti è numerosa perché non esiste un solo tipo di recettori beta – beta1 e beta2 sono i principali – e possono essere più o meno selettivi per questi recettori; per le malattie di cuore si preferiscono i cardio-selettivi.

Al cardiologo spetta il compito di scegliere quello più adatto alla specifica malattia e alle caratteristiche del paziente.

Possibili effetti collaterali

Tra gli effetti indesiderati dei betabloccanti troviamo: eccessiva riduzione della frequenza cardiaca, abbassamento della pressione arteriosa, possibile peggioramento della depressione, possibile deficit di erezione e come controindicazione assoluta l'asma bronchiale.

LE STATINE

Anche per le statine come per i precedenti farmaci il principio d'azione di base è il blocco di un enzima l'"HMG-CoA reduttasi" specializzato nella produzione del colesterolo endogeno, ed anche in questo caso bisogna bloccare questo "operaio specializzato" quando c'è troppo colesterolo nel sangue.

Gli effetti positivi

Le statine appaiono molto efficaci nelle malattie cardio-vascolari proprio perché il loro effetto di riduzione della colesterolemia si realizza sia a carico del colesterolo totale sia e soprattutto a carico della frazione del colesterolo LDL, cioè, come si è detto, riducono il "colesterolo cattivo" a vantaggio di quello "buono" (HDL). Inoltre le statine hanno anche un altro effetto chiamato "pleiotropico", cioè una capacità di ridurre l'infiammazione della placca aterosclerotica, stabilizzandola e riducendo così il rischio di rottura con la conseguente fuoriuscita del contenuto che porta ad eventi drammatici come l'infarto o all'ictus cerebrale.

Possibili effetti collaterali

Le statine sono generalmente ben tollerate, tuttavia due sono gli aspetti che meritano una particolare attenzione. In primis le statine possono essere causa di epatotossicità, infatti possono comportare un incremento dei livelli delle transaminasi. Inoltre le statine sono associate a disturbi muscolari, in particolare alle gambe, che vanno dalla debolezza muscolare e crampi fino alla mialgia. Più rare, ma molto più gravi, sono le miositi e la rabdomiolisi (lesione della cellula

muscolare con aumento del CPK nel sangue). Altri effetti possibili sono: dispepsia, nausea, cefalea.

ANTIAGGREGANTI PIASTINICI: LA CARDIOASPIRINA

L'acido acetilsalicilico o ASA, meglio conosciuto con l'italianizzazione in Aspirina del suo primo nome commerciale tedesco di larga diffusione, è un farmaco antinfiammatorio non steroideo (FANS) della famiglia dei salicilati. Inizialmente usato per abbassare la febbre e come analgesico. Gli effetti positivi

È un inibitore dell'aggregazione delle piastrine, la cardioaspirina dunque favorisce la fluidificazione del sangue. Questa proprietà la rende utile per ridurre l'incidenza degli infarti.

Le sostanze chiamate "trombossani" sono responsabili dell'aggregazione delle piastrine, piccole cellule del sangue deputate alla coagulazione, ma che possono formare anche pericolosi coaguli (trombi). Gli attacchi cardiaci sono principalmente dovuti all'ostruzione dei vasi sanguigni da parte di questi grumi di piastrine e l'aspirina, bloccando proprio l'aggregazione piastrinica previene e contrasta questa evenienza.

Possibili effetti collaterali

Gli effetti collaterali più indesiderati - specialmente ad alti dosaggi e per l'assunzione a stomaco vuoto, riguardano il tratto gastrointestinale, dove si possono avere ulcere ed emorragie.

Per tutti i farmaci presi in considerazione vi può essere la possibilità della reazione allergica non sempre ponderabile a priori.

In conclusione, in particolare nella cardiopatia ischemica, tutti questi farmaci (ce ne sono anche altri che non abbiamo trattato) vengono chiamati farmaci salva vita in virtù della loro capacità, se assunti con regolarità, di allungare la vita e di ridurre la probabilità di avere un evento acuto come l'angina pectoris e l'infarto del miocardio (prevenzione secondaria).



LA DIETA CORRETTA, UNA TERAPIA IMPORTANTE

Va sottolineato che la terapia farmacologica si deve accompagnare sempre ad una dietoterapia adeguata.

CIBI SCONSIGLIATI

- Le farine lavorate e i prodotti che le contengono come il pane condito, i cracker, i biscotti, i dolci.
- I prodotti contenenti lo zucchero raffinato come i dolci e le caramelle.
- La carne lavorata degli hamburger o degli insaccati (salsicce, salame, mortadella coppa, pancetta, ecc), carne grassa come anatra, costicine e le frattaglie come fegato, rognone e cuore.
- Le combinazioni zuccheri/proteine come nei gelati, milk shake, ecc.
- Uova fritte, formaggi stagionati come gorgonzola, fontina, sottilette, pecorino, grana.
- Latte intero, yogurt alla frutta, panna, burro, strutto.
- Pesce conservato sott'olio (tonno, sgombro), si consiglia un consumo moderato di molluschi e crostacei.

CIBI CONSIGLIATI

- Tutti i tipi di ortaggi e verdure tra cui asparagi, zucche, cavoli, pomodori, cavolfiori, carote, rape, patate, sedano, broccoli, lattuga, piselli, germogli.
- Tra le carni sono da preferire: vitello, manzo magro, agnello, pollo, tacchino, pesce.
- Tra i cibi fermentati: i formaggi magri freschi tipo ricotta, mozzarella e crescenza.
- Tutti i tipi di frutta, e succhi vegetali, vanno bene.
- Noci e semi oleosi sono preferibili allo stato crudo e non salati; vanno comunque assunti in moderata quantità.
- Le fibre contenute nella crusca, nel riso, nella farina d'avena, nella pectina.
- Olio d'oliva extravergine, di mais, di soia, sempre in moderata quantità
- Pasta, riso, gnocchi, evitando però condimenti elaborati

L'UNITÀ DI RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA DELLA CASA DI CURA POLICLINICO SAN MARCO

Il reparto di Riabilitazione Cardiologica della Casa di Cura Policlinico San Marco, di cui è responsabile il dottor Franco Del Piccolo, medico internista, comprende circa una ventina di posti letto ed anche un Day Hospital-Day Service afferenti anche al dottor M. Beggio. Da agosto 2011, quando il reparto è stato riorganizzato, sono stati ricoverati in un anno 164 pazienti che necessitavano della riabilitazione cardiologica intensiva inviati direttamente dalle Unità Operative di Cardiocirurgia e Cardiologia ospedaliere. La degenza dura in media una ventina di giorni.

La Casa di Cura Policlinico san Marco è convenzionata con la Regione Veneto.

In maggioranza si tratta di pazienti che hanno subito un intervento di cardiocirurgia e in parte minore di pazienti che hanno subito interventi meno invasivi come l'angioplastica e che spesso presentano varie patologie associate – come diabete, insufficienza renale, problemi respiratori

cronici o anche l'età avanzata – che li rendono pazienti fragili.

Il ricovero rientra nel progetto di presa in carico e rieducazione del paziente a seguito di una malattia cardiaca, che, pure se l'intervento ha dato degli ottimi risultati, resta di fatto una patologia cronica.

L'obiettivo è rieducare la funzionalità cardio-respiratoria del paziente, monitorandone l'evoluzione; inoltre vengono fornite informazioni utili per la corretta assunzione dei farmaci, per uno stile di vita e per una dieta più adeguati. La degenza post operatoria permette anche di seguire il paziente in questa delicata fase per evitare o contenere complicanze come aritmie (fibrillazione atriale, ecc.) versamenti pleuro-periardiaci, infezioni, anemia, ecc.

L'équipe riabilitativa è formata anche dallo pneumologo e da infermieri riabilitatori opportunamente formati, psicologo, fisioterapista ed esperto dietista.

Per informazioni

Dottor Franco Del Piccolo, Policlinico San Marco

Tel. 041 5071701 – email: medici.riabilitazionecardiologica@policlinicosanmarco.it

L'incremento dei tumori infantili. L'esposizione al carico complessivo di inquinanti e il rischio per le future generazioni

Nel 2011 è stato pubblicato il volume “Ambiente e Tumori”, edito da AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), coordinato da Ruggero Ridolfi. Il volume raccoglie articoli che trattano il complesso rapporto tra ambiente di vita e sviluppo dei tumori, analizzando in dettaglio quali possano essere le implicazioni dell'inquinamento ambientale sulla salute umana.

In questo numero di VIS, uno degli autori, Ernesto Burgio ha rielaborato per noi i concetti espressi nel suo capitolo: “ Cancerogenesi transplacentare e trans-generazionale”, sintetizzando il suo saggio e traducendolo in termini divulgativi per un pubblico più vasto e composto anche da non addetti ai lavori. Il capitolo originale è comunque consultabile e scaricabile gratuitamente dal sito web dell'AIOM: www.aiom.it

<http://www.aiom.it/Attività%E0+Scientifica/Documenti+AIOM/PositionPosition+paper/Progetto+Ambiente+e+Tumori/1,5352,1>.

Si pensa generalmente al cancro come ad una malattia degli anziani e si sostiene che il trend continuo di incremento di tumori nel corso del XX secolo in tutti i paesi industrializzati possa essere spiegato mediante la teoria dell'accumulo progressivo di lesioni genetiche ed il miglioramento continuo delle capacità diagnostiche. Troppo spesso ci si dimentica che l'incremento riguarda tutte le età e, soprattutto negli ultimi decenni, i tumori infantili. L'obiettivo di questa revisione consiste nel riconsiderare, alla luce dei nuovi modelli di cancerogenesi ambientale e di trasmissione transgenerazionale del cancro, i dati epidemiologici che attestano un incremento significativo dei tumori infantili in tutt'Europa negli anni '80 e '90, difficilmente interpretabile sulla base del paradigma mutazionale.

UNO DEI FATTORI CHIAVE: L'ESPOSIZIONE DEI GENITORI O DEL FETO NELLE PRIMISSIME FASI DEL SUO SVILUPPO

La cancerogenesi è un processo lungo e complesso: per ciò che concerne l'incremento dei tumori infantili, il fattore chiave è probabilmente rappresentato dall'esposizione dei genitori o del feto nelle primissime fasi dello sviluppo. Le principali possibilità che devono essere prese in considerazione sono: l'esposizione diretta dell'embrione/feto ad agenti fisici o, per trasmissione transplacentare, ad agenti biologici (virus) o chimici in grado di danneggiare direttamente il DNA fetale o di indurre alterazioni epigenetiche nei tessuti fetali e la trasmissione transgenerazionale di vere e proprie firme ("signature") epigenetiche a carico dei gameti. Riconoscere l'importanza di questi meccanismi significherebbe, non soltanto riconoscere il ruolo, fin qui enormemente sottovalutato, dell'inquinamento ambientale nella genesi e nell'incremento progressivo dei casi di cancro, ma anche ipotizzare che la fase di "iniziazione" tumorale rischia di verificarsi sempre più precocemente e che i trend di

incremento del cancro nella primissima infanzia rappresentano un segnale di allarme, in relazione alla possibile amplificazione transgenerazionale delle modifiche (epi)genetiche/programmatiche e delle patologie correlate.

NEGLI ULTIMI 40 ANNI IN TUTTO IL MONDO AUMENTA NEI BAMBINI L'INCIDENZA DI TUMORI

Troppo spesso ci si dimentica che l'incremento riguarda tutte le età e, soprattutto, negli ultimi decenni, i tumori infantili. In genere si afferma che i tumori infantili sono una patologia rara. Bisogna però intendersi. È opportuno ricordare come, in termini assoluti, di cancro si ammala un bambino su 5-600 e che oltre 13 mila bambini si ammalano di cancro ogni anno nei soli Stati Uniti d'America; come nonostante i significativi miglioramenti prognostici degli ultimi decenni il cancro rappresenti la prima causa di morte per malattia in età pediatrica; come anche in questa fascia d'età, da 40 anni a questa parte, si assista in tutto il mondo a un incremento significativo e continuo della patologia tumorale.



IN EUROPA GLI STUDI DELLA IARC SULL'INCIDENZA DEL CANCRO TRA BAMBINI E ADOLESCENTI

Il recente "Surveillance, Epidemiology, and End Results program data" per il periodo 1992-2004 documenta chiaramente questo trend. Se i dati degli Stati Uniti sono preoccupanti, in Europa e soprattutto in Italia la situazione non è migliore, anzi: come risulta chiaramente dal recente progetto ACCIS ("Automated Childhood Cancer Information System") – un ampio monitoraggio condotto dalla IARC (Associazione Internazionale di Ricerca sul Cancro) su 63 registri oncologici di 19 paesi europei, per un totale di oltre 130 mila tumori di tutti i tipi (113 mila pediatriche e 18 mila di età adolescenziale). Un primo report del progetto, pubblicato su Lancet nel 2004, evidenziò un incremento annuo dell'1-1,5 % per tutte le neoplasie (con aumenti più marcati per alcuni linfomi, sarcomi dei tessuti molli, tumori delle cellule germinali e del sistema nervoso). Queste cifre, in un primo tempo accolte con qualche perplessità dalla comunità scientifica internazionale, furono pienamente confermate dalla successiva revisione (la più completa a tutt'oggi) dei dati emersi dallo stesso studio, che costituisce il più ampio database europeo sul cancro, pubblicata due anni dopo, in un numero monografico, da lo "European Journal of Cancer": 18 articoli in tutto, che contengono l'analisi dettagliata dei dati sui tassi di incidenza e sui trends di prevalenza e sopravvivenza delle principali neoplasie infantili e adolescenziali.

IL RAPPORTO DELL'AIRTUM DEL 2008: PIÙ TUMORI INFANTILI IN ITALIA RISPETTO A STATI UNITI ED EUROPA

Non è evidentemente possibile approfondire, in questa sede, l'argomento. Può esser sufficiente sottolineare come in 20 anni (tra il 1978 e il 1997) si sia assistito, in Europa, ad un incremento medio generale di neoplasie ad insorgenza in età pediatrica dell'1,1% annuo (ma del 2% annuo circa nel primo anno di vita e dell'1,3% in età adolescenziale). Se possibile ancora peggiori sembrano essere le notizie concernenti i bambini italiani. I recenti dati del



Rapporto AIRTUM (Associazione Italiana Registri Tumori) 2008 sui tumori infantili, dimostrano infatti come i dati di incidenza e gli andamenti temporali siano in Italia peggiori che negli altri paesi europei e negli USA (il che, sia detto per inciso, toglie valore all'ipotetico fattore "miglioramento diagnostico"). Sembra che si stia registrando un leggero rallentamento di questi trend: un dato certamente positivo, ma che andrà attentamente valutato nell'ambito dei dati summenzionati.

IN AUMENTO LEUCEMIE, TUMORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E SOPRATTUTTO LINFOMI

Forse il modo migliore di inquadrare e sintetizzare tali dati consiste nel citare alcuni passi tratti dalla sintesi finale del rapporto AIRTUM: "Il tasso di incidenza per tutti i tumori pediatrici in Italia (175,4 casi per milione/anno nel bambino, 270,3 casi nell'adolescente) è più alto di quello rilevato negli anni novanta negli Stati Uniti (158) e in Europa (140). In Germania è 141, in Francia è 138... Tra il 1988 e il 2002 si è osservato un aumento della frequenza (per tutti i tumori) del 2% annuo passando da 146,9 casi nel periodo 1988-1992 a 176 casi nel periodo 1998-2002. L'incremento più consistente riguarda i bambini al di sotto di un anno di età (+3,2%), seguiti da quelli di età compresa tra i 10 e i 14 anni (+2,4%). Tutti e tre i tumori più frequenti nei bambini sono in aumento: le leucemie (+1,6% annuo), i tumori del sistema nervoso centrale (+2,0% annuo) e soprattutto i linfomi (+4,6% anno)".

IN AUMENTO SOPRATTUTTO I CASI CHE COLPISCONO BIMBI AL DI SOTTO DI UN ANNO DI VITA

Si tratta evidentemente di dati significativi e preoccupanti: in primis perché, in questo caso, non è possibile proporre quale causa prima l'incremento/accumulo nel tempo di lesioni ossidative a carico del DNA e/o il progressivo indebolimento dei meccanismi di riparazione del DNA e/o le trasformazioni para-fisiologiche legate all'invecchiamento dei tessuti; ma anche e soprattutto in quanto, come abbiamo già accennato e come cercheremo di meglio illustrare, una discreta parte delle neoplasie infantili (e in particolare quella ad insorgenza nel corso del primo anno di età, la fascia d'età che ha registrato il maggior incremento) non può che essere il prodotto di un'esposizione assai precoce del feto, o addirittura dei suoi genitori.

L'ESPOSIZIONE DEI GENITORI E DEL FETO E LA POSSIBILE TRASMISSIONE DEL RISCHIO E DI EVENTUALI DANNI DA UNA GENERAZIONE ALL'ALTRA

Un dato particolarmente preoccupante, già rilevato dal report iniziale, e poi confermato tanto dalla successiva e più completa analisi, quanto dal

rapporto AIRTUM, concerne l'incremento delle neoplasie del primo anno di vita. Due appaiono, come già accennato, gli eventi più probabili, per spiegare questo dato: un'esposizione embrio-fetale diretta a fattori fisici o biologici (virus) e chimici (xenobiotici) per via transplacentare; un evento transgenerazionale, consistente nella trasmissione di modifiche epigenetiche o genetiche a carico dei genitori, potenzialmente trasmissibili da una generazione all'altra (il che impone di prendere in seria considerazione, anche sul piano epidemiologico, l'ipotesi di una progressiva amplificazione trans-generazionale del danno).

PIÙ A RISCHIO BAMBINI NATI E CRESCIUTI IN LUOGHI ALTAMENTE INQUINATI O CON MADRI CHE HANNO TRASCORSO LA GRAVIDANZA IN QUESTI CONTESTI

Di grande rilievo appaiono, in questo contesto, i dati provenienti dagli studi dell'epidemiologo inglese Ernest Knox il quale, dopo aver passato in rassegna i luoghi di residenza dei bambini morti di cancro in Gran Bretagna tra il 1955 e il 1980, ha mostrato come il rischio aumenti in modo significativo non tanto per i bambini nati e cresciuti vicino a strade trafficate, pompe di benzina e stazioni di autobus, impianti industriali, quanto per i figli di donne residenti in tali aree nel periodo della gravidanza. È evidente che tanto i dati complessivi del progetto ACCIS, quanto gli studi di Knox che mettono l'accento sul nesso, ancora incredibilmente contestato da taluni, tra inquinamento atmosferico e cancro (secondo Knox un quarto delle neoplasie infantili avrebbe quest'origine), rappresentano una conferma della tesi, proposta e sostenuta già trenta anni fa da Lorenzo Tomatis, della possibile trasmissione transplacentare e/o trans-generazionale di alcune forme di cancro.

L'INCREMENTO DI NEOPLASIE IN ETÀ PEDIATRICA: UN DATO SIGNIFICATIVO E INQUIETANTE

Crediamo che un'attenta riflessione su questi dati sia necessaria ed urgente: se l'incremento di patologie cronico-degenerative e neoplastiche sembra essere un indice (anche quantitativo) dell'attuale modello di sviluppo, l'incremento significativo delle neoplasie in età pediatrica rappresenta un dato particolarmente inquietante. E questo non soltanto perché nei bambini dovrebbero svolgere un ruolo minore l'esposizione ad agenti inquinanti legata alle cattive abitudini personali (in primis il fumo di sigaretta) e lo stress, ma soprattutto perché non potrebbe realizzarsi in così breve tempo l'accumulo di lesioni ossidative e, più in generale, di alterazioni genetiche ed epigenetiche generalmente considerate la causa prima di qualsiasi degenerazione in senso neoplastico.

L'IPOTESI DELL'ORIGINE EMBRIO-FETALE DELLE MALATTIE DELL'ADULTO

Non bisognerebbe sottovalutare il fatto che l'esposizione dei genitori o dell'embrione e del feto, in particolari fasi dello sviluppo ontogenetico (finestre di esposizione), a numerose sostanze inquinanti, può aprire la strada a patologie neoplastiche (oltre che cronico-degenerative, endocrino-metaboliche ecc.) destinate a manifestarsi soltanto in età adulta. Siamo nel campo (in continuo sviluppo) della cosiddetta ipotesi dell'Origine embrio-fetale delle Malattie dell'Adulto (Developmental Origins of Health and Disease -DOHaD), connessa al programming fetale dei tessuti. Per quanto concerne la tematica della cancerogenesi ambientale, questo significa che molte neoplasie potrebbero avere inizio in utero o, quantomeno, che la "classica" fase dell'iniziazione neoplastica andrebbe, almeno in una parte dei casi, retrodatata al periodo prenatale (di programmazione epigenetica dei tessuti) o addirittura pre-zigotico.

IL POSSIBILE RUOLO DELL'AMBIENTE UTERINO NELLO SVILUPPO DELL'EMBRIONE E DEL FETO

Anche la tesi di una possibile origine del cancro da particolari cellule staminali, dapprima teorizzata, poi confermata in varie forme e localizzazioni neoplastiche potrebbe ricollegarsi all'ipotesi di un'origine (epigenetica) embrio-fetale: nel senso che una parte delle cellule staminali in dotazione a un determinato tessuto potrebbero essere state epigeneticamente marcate/programmate in utero in risposta a particolari situazioni nutrizionali (carenziali o comunque poco idonee a un corretto sviluppo fetale) o a esposizioni a molecole potenzialmente (epi)geno-tossiche. Quanto detto fin qui rappresenta un richiamo pressante allo studio dei nuovi paradigmi cancerogenetici, che propendono per un'origine sempre più precoce del processo neoplastico, riconoscendo in esso la conseguenza di un processo di sviluppo imperfetto: cioè di un difetto di programmazione dei tessuti che avverrebbe in età



embrionale o fetale e le cui conseguenze si rivelerebbero dopo (molti) anni. Paradigmi tutto sommato poco noti e fondati su un assunto di base che sembra assumere sempre di più i caratteri di un paradigma patogenetico “universale” in base al quale le alterazioni del microambiente uterino (legate a carenze nutrizionali, all'inquinamento progressivo dell'ambiente e delle catene alimentari o ad altre situazioni di stress materno-fetale) sembrerebbero poter indurre alterazioni dello sviluppo ontogenetico e, in particolare, dell'assetto epigenetico di vari tessuti ed organi.

POSSIBILI ORIGINI FETALI E TRASMISSIONE TRANSGENERAZIONALE DEL CANCRO

Il feto è particolarmente vulnerabile ai cambiamenti ambientali interni ed esterni, che interagiscono influenzando lo sviluppo fetale e hanno conseguenze immediate e a lungo termine. Tali influenze sono essenzialmente di natura epigenetica, in grado cioè di indurre specifiche marcature ed alterazioni ereditarie dell'espressione genica, senza modificazioni del DNA. Esistono revisioni sufficientemente approfondite e complete, che prendono in considerazione tanto gli aspetti più generali, che i meccanismi molecolari implicati in questi nuovi modelli patogenetici, che potrebbero e dovrebbero cambiare in modo radicale la nostra rappresentazione delle origini di molte malattie e del cancro.

DATI ALLARMANTI SUL “CARICO CHIMICO” IN DONNE, EMBRIONI, FETI

Attualmente molti studi in varie parti del mondo stanno valutando il carico chimico (chemical body burden) dei nostri organismi, soprattutto in donne, bambini, embrioni e feti, fornendo non di rado risultati allarmanti.

Tra i più conosciuti sono gli studi effettuati da ricercatori dell'Environmental Working Group (EWG), che hanno documentato la presenza di decine di molecole tossiche, mutagene e cancerogene in sangue, urine, latte materno, cordone ombelicale di quasi tutti i soggetti sottoposti ad analisi: particolare preoccupazione, ha suscitato uno studio che documentava la presenza di sostanze potenzialmente (geno)tossiche e mutagene in tutti i cordoni ombelicali testati, a dimostrazione dell'ubiquità e precocità dell'esposizione fetale.

INQUINANTI AMBIENTALI TRASMISSIBILI ALL'EMBRIONE ED AL FETO E POTENZIALMENTE IN GRADO DI INTERFERIRE CON LO SVILUPPO DI TESSUTI, ORGANI E FUNZIONI VITALI

Il periodo dello sviluppo ontogenetico rappresenta una fase particolarmente critica per ciò che concerne la “programmazione” dei tessuti: è ormai noto che l'esposizione a inquinanti ambientali per via inalatoria, o

introdotti con il cibo dalla madre durante la gravidanza, può compromettere la programmazione epigenetica delle cellule e dei tessuti dell'embrione e del feto, interferendo con i programmi di differenziazione cellulare e quindi con la pianificazione e lo sviluppo di organi e tessuti, aprendo la strada a malattie metaboliche, neuro-endocrine, neurodegenerative e neoplastiche che possono manifestarsi anni o decenni più tardi, in età adulta e persino nelle generazioni successive.

PIÙ PERICOLOSA L'ESPOSIZIONE FREQUENTE A INQUINANTI, ANCHE IN QUANTITÀ MINIME

È utile, a questo proposito, ricordare come siano sufficienti quantità infinitesimali di agenti epigenotossici, quali metalli pesanti ed interferenti endocrini, per indurre cambiamenti nella conformazione della cromatina e, di conseguenza, per influire sull'espressione genica. Si tratta di un processo lento, che può iniziare nelle prime fasi dello sviluppo fetale o addirittura riguardare i gameti e i cui effetti, essenzialmente legati alla particolare fase di sviluppo dei singoli organi e tessuti interessati, sono destinati a manifestarsi, come detto, dopo anni. E anche in questo senso vale la regola che è l'esposizione frequente a quantità minime a rappresentare il maggior problema: è stato infatti dimostrato che l'esposizione a inquinanti e interferenti endocrini in precise fasi dello sviluppo ontogenetico (finestre di esposizione) può indurre uno stress e specifiche modifiche epigenetiche, acuire la sensibilità agli agenti cancerogeni e influire sulla penetranza di particolari geni.

IL CASO DEL DES: DONNE IN GRAVIDANZA TRATTATE CON ESTROGENO ANTIABORTIVO, LE CUI FIGLIE SONO STATE COLPITE DA ADENOCARCINOMA VAGINALE

Sul piano epidemico la prima e più nota conferma di un'origine prenatale e, soprattutto, di una possibile trasmissione trans-generazionale di alcune forme di cancro risale agli anni 70: ai numerosi casi di adenocarcinoma vaginale in adolescenti le cui madri erano state sottoposte a terapia con il Dietilstilbestrolo (DES), un potente estrogeno non steroideo di sintesi somministrato a fini anti-abortivi. Pur trattandosi di un farmaco destinato unicamente al trattamento di gravidanze a rischio; pur essendo stato dimostrato che la gran parte delle donne sottoposte al trattamento non ne aveva alcuna necessità; pur essendone stata segnalata per tempo la scarsa efficacia, si è calcolato che, tra il 1938 ed il 1971, circa 10 milioni di donne ne fecero uso in gravidanza. E il 15 aprile del 1971 il New England Journal of Medicine pubblicò un report di tre medici del Massachusetts General Hospital che associava l'uso di DES in donne al primo trimestre di gravidanza e l'insorgenza nelle loro giovani figlie (di età compresa tra i 14 e i 22 anni) di una relativamente

rara forma di adenocarcinoma della vagina e/o della cervice uterina.

AL DES SI ASSOCIANO ALTRI TIPI DI MALATTIE CHE COLPISCONO ANCHE FIGLI MASCHI DELLE MADRI ESPOSTE

Negli anni successivi si scoprì che le “figlie del DES”, erano anche a rischio di patologie autoimmuni e che il rischio di sviluppare un adenocarcinoma genitale era presente anche in età più tardiva (30-40 anni); che malformazioni genitali potevano colpire i figli di entrambi i sessi: criptorchidismo, ipoplasia testicolare, ipospadia, anomalie spermatiche nei maschi, infertilità, aborti, parti prematuri e gravidanze ectopiche nelle femmine; che all’uso di DES poteva conseguire un carcinoma mammario anche nelle donne che lo avevano assunto.

L'ESPOSIZIONE AL DES ALTERA IN MODO PERMANENTE LA PROGRAMMAZIONE DEI TESSUTI BERSAGLIO

Fu ben presto evidente che, essendo il DES rapidamente metabolizzato ed eliminato dall’organismo, le suddette alterazioni persistenti e transgenerazionali che conseguono all’esposizione fetale al farmaco, non possono essere interpretate come effetti tossici diretti della molecola. E vari studi sperimentali su animali hanno da allora documentato gli effetti cancerogeni a lunga-lunghissima scadenza del DES e ne hanno chiarito, almeno in parte, il particolare meccanismo patogenetico e cancerogenetico, riassumibile in questi termini: l’esposizione al DES durante periodi critici dello sviluppo ontogenetico altera in modo permanente la programmazione (epigenetica) dei tessuti-bersaglio degli estrogeni, aprendo la strada a degenerazioni benigne e maligne dei tessuti (in particolare per ciò che concerne l’apparato riproduttivo).

MILIONI DI DONNE TRATTATE CON IL DES: IL FARMACO È STATO SOSPESO GIÀ 30 ANNI FA, MA GLI EFFETTI CONTINUANO

L’aspetto più preoccupante dell’intera vicenda concerne, quindi, il problema della possibile trasmissione transgenerazionale se non di un danno genetico, almeno delle marcature epigenetiche, indotte da un agente chimico. Tanto più che ancora oggi, a distanza di decenni e nonostante l’uso del DES sia stato bandito da oltre 30 anni, se ne continuano a registrare gli effetti negativi e che è stato dimostrato come anche i discendenti di prima e seconda generazione dei topi esposti al DES presentino un’alta incidenza di tumori dell’apparato riproduttivo. Si tratta di un problema di grande rilievo, non soltanto per il fatto che le donne trattate col DES sono state, come detto, milioni, ma anche e soprattutto per la documentata azione pro-cancerogena, in certa misura analoga a quella del DES, di molte molecole



(solo in parte note) disperse in ambiente e catene alimentari, dotate di attività endocrino-mimetica e di potenzialità sinergiche.

LA PREVISIONE DI LORENZO TOMATIS: ALCUNI STUDI DIMOSTRANO CHE L'ESPOSIZIONE A CANCEROGENI IN GRAVIDANZA PUÒ PORTARE EFFETTI NON SOLO NELLA PRIMA, MA ANCHE NELLA SECONDA E TERZA GENERAZIONE

Dobbiamo anche ricordare come alcuni ricercatori avessero perfettamente descritto e compreso la portata di questo drammatico episodio più di 30 anni fa, quando la componente epigenetica del nostro genoma era poco più che un’ipotesi. Lorenzo Tomatis, per oltre 10 anni direttore della IARC, per quasi 20 direttore scientifico di ISDE, aveva infatti lanciato l’allarme già nel 1979, dalle pagine di una monografia del National Cancer Institute: sottolineando come fosse ormai assodato che l’esposizione di animali in stato di gravidanza a sostanze chimiche cancerogene può indurre la comparsa di tumori nella prole; portando a sostegno della sua tesi una copiosa documentazione scientifica, concernente 38 differenti sostanze, appartenenti a gruppi chimici diversi; ricordando come non mancassero, purtroppo, neppure le osservazioni epidemiologiche concernenti esseri umani, visto che già in quegli anni in decine di “figlie del DES”, si era sviluppato un adenocarcinoma della vagina. Partendo da questi dati Tomatis aveva esplicitamente posto il problema della possibile trasmissione transgenerazionale del cancro, ricordando come alcuni studi condotti su topi e ratti esposti ad agenti cancerogeni durante la gravidanza avessero documentato un’elevata incidenza di tumori non solo nella prole di prima generazione, ma anche in animali della seconda e terza generazione, non esposti a tali sostanze.

LA POSSIBILE TRASMISSIONE DI UN DANNO EPIGENETICO DA UNA GENERAZIONE ALL’ALTRA

Nei successivi trent’anni, pur avendo sia Tomatis che altri ricercatori, continuato a indagare a fondo

il problema, e definitivamente chiarito la differenza sussistente tra un danno genetico individuale da esposizione transplacentare e la possibile trasmissione transgenerazionale di un danno epigenetico; pur essendosi accumulate, grazie anche ai grandi sviluppi della ricerca nel campo dell'epigenetica, le evidenze di una possibile origine fetale del cancro, assai poco si è fatto per correre ai ripari. Eppure è evidente che riconoscere l'importanza di questi meccanismi significherebbe non soltanto riconoscere il ruolo enormemente sottovalutato dell'inquinamento ambientale nella genesi e nell'incremento progressivo dei casi di cancro, ma anche dimostrare come la fase di "iniziazione" tumorale rischi di verificarsi sempre più precocemente e come i trend di incremento del cancro nella primissima infanzia rappresentino un segnale di allarme, in relazione ad una possibile amplificazione transgenerazionale delle modifiche (epi)genetiche/ programmatiche e delle patologie connesse.

NECESSARIA LA VALUTAZIONE DELL'ESPOSIZIONE A UN "CARICO CHIMICO" COMPOSTO DA DIVERSI TIPI DI INQUINANTI

Appare ancora approssimativa la valutazione dei possibili effetti sulla salute umana (e sulle generazioni future) degli inquinanti immessi in ambiente. A questo proposito è importante sottolineare come il problema dell'inquinamento diffuso (connesso alla dispersione, permanenza e accumulo degli inquinanti nelle diverse matrici ambientali, nei singoli organismi e nelle catene alimentari) sia trascurabile se l'obiettivo è il calcolo della quota di inquinamento imputabile a una data fonte, ma rappresenti un problema di enorme rilievo se il fine è la valutazione dei danni sulla salute prodotti dal carico complessivo di inquinamento sulle popolazioni in esame. E questo non tanto perché se l'obiettivo è stabilire l'impatto di una singola fonte di inquinamento si rischia, paradossalmente, di "dimenticare" che le quote d'inquinamento provenienti dalle diverse fonti finiscono comunque col sommarsi tra loro; ma anche e soprattutto perché la crescente esposizione collettiva agli stessi inquinanti determina un carico chimico di base (chemical burden) al quale si aggiungono i nuovi inquinanti prodotti, contribuendo all'induzione di quello stress epigenetico protratto che sembra essere la vera causa dei meccanismi (flogogeni e pro-cancerogeni) che sono all'origine delle patologie croniche e neoplastiche e del loro incremento.

EFFETTI SINERGICI DI MOLTI INQUINANTI SULLA POPOLAZIONE ESPOSTA IN MODO COSTANTE E RISCHIO CONSEGUENTE DI INSTABILITÀ GENETICA

Se a questo punto cerchiamo di mettere insieme alcuni dei molti pezzi tuttora incredibilmente mancanti nella rappresentazione dominante - la

crescente dispersione in ambiente di agenti inquinanti; il loro accumulo negli organi e tessuti degli organismi superiori, seguito da un lento rilascio in circolo, che si traduce, di fatto, in una esposizione quotidiana a quantità minimali di agenti epi-genotossici; la loro bio-magnificazione nelle catene alimentari; gli effetti epi-genotossici (spesso sinergici) di molti di questi agenti e fattori ambientali, con conseguente stress genomico persistente e instabilità genetica; la trasmissione transplacentare di questi stessi agenti, in quantità generalmente insufficiente a determinare danni genetici e sintomi evidenti, ma sufficiente a interferire con lo sviluppo del feto e con la programmazione di organi e tessuti; la possibile trasmissione transgenerazionale delle "marcature epigenetiche" - crediamo che molti aspetti del puzzle che stiamo cercando di ricostruire comincino a chiarirsi.

LA PREVENZIONE PRIMARIA: URGENTE UNA RIDUZIONE DRASTICA DELL'ESPOSIZIONE COLLETTIVA A TANTI DIVERSI TIPI DI INQUINANTI SPESSO CANCEROGENI

E' perciò evidente che per valutare l'impatto ambientale e sanitario (nel medio-lungo termine) di una qualsiasi fonte di inquinamento, sarebbe più semplice e sensato calcolare la tipologia e la quantità totale delle sostanze tossiche prodotte e immesse in ambiente.

Quanto detto fin qui dovrebbe essere sufficiente a convincerci dell'urgenza di una drastica riduzione di tutte le principali fonti di inquinamento che possano ulteriormente incrementare il toxic chemical burden dei nostri bambini e delle generazioni future: a cominciare dal traffico veicolare nelle nostre città e autostrade e dai molti grandi impianti non necessari e facilmente sostituibili, che immettono quotidianamente in ambiente grandi quantità di agenti cancerogeni e pro-cancerogeni. Anche per non trascurare la grande lezione di Tomatis secondo cui per invertire il trend di continuo aumento di tumori esiste una strada obbligata, quella della prevenzione primaria (cioè della riduzione del carico chimico globale) e dell'inclusione tra i cancerogeni umani di tutte le sostanze per le quali esiste una sufficiente evidenza sperimentale negli studi di cancerogenesi chimica.

Il dottor Ernesto Burgio è medico specialista in Pediatria.

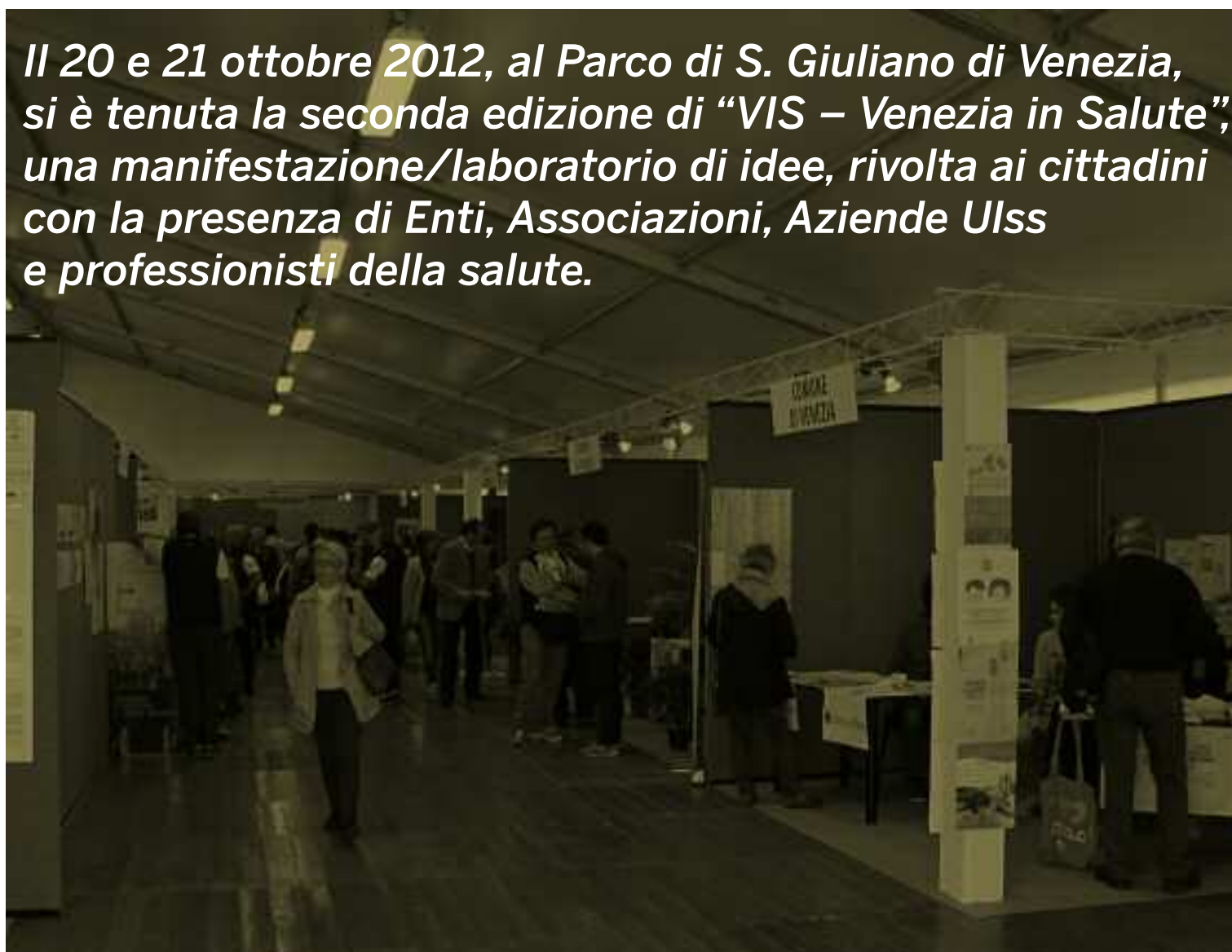
ISDE – International Society of Doctors for Environment è una ONG che ha avuto sezioni attive in oltre 30 paesi ed è riconosciuta da ONU e OMS. In Italia è rappresentata dall'associazione ISDE Italia – Medici per l'Ambiente e ha sede in Arezzo.

**Per informazioni
email ISDE ITALIA: isde@ats.it**

L'edizione 2012 di Venezia in Salute al Parco San Giuliano

a cura di **Angelo Frascati**,
medico di medicina generale

Il 20 e 21 ottobre 2012, al Parco di S. Giuliano di Venezia, si è tenuta la seconda edizione di "VIS – Venezia in Salute", una manifestazione/laboratorio di idee, rivolta ai cittadini con la presenza di Enti, Associazioni, Aziende Ulss e professionisti della salute.



UN LABORATORIO DI IDEE

È in questa ottica che abbiamo fortemente voluto, anche quest'anno, costruire Venezia in Salute non un evento casuale, ma un laboratorio di idee, di progettazione, di coinvolgimento, di crescita civile e democratica; una esperienza che vuole ragionare partendo da una diversa prospettiva: i nostri doveri nei confronti della nostra Salute.

IL TEMA CONDUTTORE DI VIS: PREVENZIONE E CONSERVAZIONE DELLA SALUTE, RALLENTAMENTO DELLA MALATTIA

Il tema costituente di VIS è come raggiungere e conservare la salute ed il benessere e come prevenire la comparsa di malattie o rallentarne la progressione. Tale tema, anche nel 2012, è stato svolto con una visione centrata su:

- **responsabilità del cittadino** nel raggiungere e mantenere la salute ed il benessere, adottando stili di vita sani.
- **responsabilità dei medici, degli operatori sanitari e del sistema sanitario**, che devono mettere a disposizione della comunità le loro competenze tecniche e relazionali e i servizi necessari.
- **incontro tra queste due visioni responsabili.**

“SOTTOTITOLO” DELLA MANIFESTAZIONE: “IL PERCORSO DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO”

“Sottotitolo” della manifestazione, è stato “Il percorso dell'invecchiamento attivo” in occasione del “2012, Anno Europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni”.

ORGANIZZATORI, COLLABORATORI E PARTNER

Venezia in Salute è stato organizzata dal Comune di Venezia, dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri e dalla Fondazione Ars Medica, che ha avuto il ruolo di partner scientifico e organizzativo. Hanno collaborato alla realizzazione dell'evento l'Azienda Ulss 12, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ed Odontoiatri, l'Ente Boschi e Grandi Parchi di Venezia, e ASD Venicemarathon Club. Media partner è stato Il Gazzettino.

VENEZIA IN SALUTE, UN CALEIDOSCOPIO DI INIZIATIVE

Si è iniziato sabato 20 ottobre, al mattino, con il convegno destinato a medici ed operatori sanitari: *L'attività fisica adattata (AFA): dalle linee guida alla Carta dei Servizi.*

Il convegno è stato promosso da Comune di Venezia, Ordine Medici e Odontoiatri, Fondazione Ars Medica e dall'Azienda Ulss 12, con il patrocinio di Regione Veneto, Provincia di Venezia e Federazione nazionale Ordine Medici e Odontoiatri. Al Convegno hanno partecipato: Rocco Sciarrone, direttore Dipartimento Prevenzione dell'Ulss 12; Federico Munarin, direttore Distretto 3 Mestre centro; Giampietro Bonivento, primario Riabilitazione ospedale Villa Salus; Moreno

Scevola, primario Lungodegenza ospedale di Noale; Giulio Bergamasco, medico di medicina generale; Renzo Giacomini, presidente associazione medici psicoterapeuti; Nicoletta Codato, responsabile Programmazione Sanitaria Comune di Venezia. Hanno concluso i lavori: Maurizio Scassola, presidente Ordine Medici di Venezia e Bruno Centanini, coadiutore del Sindaco per la Sanità.



AFA: è un acronimo e sta per **Attività Fisica Adattata**, un programma specifico di esercizi svolti in gruppo ed appositamente disegnati per cittadini con malattie croniche, capaci di migliorare lo stile di vita e di prevenire o limitare la disabilità. Dove è già stato sperimentato, si è dimostrato un valido strumento per la cura delle sindromi algiche e per la prevenzione della non autosufficienza, limitando la disabilità legata spesso all'avanzare dell'età. La pratica di un'attività fisica regolare, infatti, ha determinato nei soggetti adulti e negli over 65 effetti positivi a livello fisico, ma anche importanti effetti psicologici, quali la riduzione della depressione e dell'ansia, che hanno incentivato i rapporti socio-relazionali ed hanno indirizzato l'utente verso una maggiore attenzione sulla ricerca di una migliore qualità di vita. L'Attività Fisica Adattata rientra tra le azioni innovative del Piano di Zona 2011-2015 area anziani e area disabilità, approvato dalla Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 12 con delibera n. 2 del 30/9/2011.

La gestione dell'AFA è extrasanitaria e l'accesso avviene su consiglio del Medico di Medicina Generale.

Sulla scorta dell'esperienza maturata in altre Regioni Italiane, l'Amministrazione Comunale di Venezia, attraverso le sue strutture centrali e decentrate (Municipalità) intende fornire un supporto informativo e logistico (Palestre) ai soggetti che opereranno nel territorio per organizzare l'Attività Fisica Adattata. Il primo obiettivo del convegno è stato quello di fornire ai partecipanti conoscenze su cosa è l'AFA e su come vuole essere articolata nel territorio del Comune di Venezia, su come può essere trasferita questa esperienza in altri territori della Regione Veneto. Un altro obiettivo è far comprendere, dalle relazioni di docenti appartenenti a diverse aree, della Sanità e delle Istituzioni, come l'AFA nasce e si articola in un progetto interdisciplinare e può realizzarsi solo applicando Linee Guida che contemplino tale complessità.

IL VILLAGGIO DELLA SALUTE

Sabato 20 ottobre al pomeriggio ha aperto i battenti, nel Parco S. Giuliano, il *Villaggio della Salute* un grande tendone con all'interno decine di stand ed un Area Meeting dove si sono svolti numerosi incontri durante le due giornate.

GLI ESPOSITORI: ISTITUZIONI, PROFESSIONISTI DELLA SALUTE, ASSOCIAZIONI

Dopo l'inaugurazione, e in entrambe le giornate, migliaia di visitatori hanno affollato il *Villaggio della Salute*, incontrando gli "espositori" presenti negli stands.

ELENCO DEGLI ENTI E DELLE ASSOCIAZIONI ATTIVI NEGLI STAND

Fondazione ARS Medica
Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Provincia di Venezia
Ordini Medici Chirurghi ed Odontoiatri
Federazione Nazionale
Medici di Famiglia (FIMMG)
Medici dello Sport (FMSI) – AMSD Venezia
Associazione Medici Psicoterapeuti di Venezia (AMP-Ve)
Odontoiatri
Comune di Venezia:
• Osservatorio Politiche Welfare
• Programmazione Sanitaria
• Assessorato Ambiente
• Centro Donna
Municipalità Mestre e Carpenedo
Bosco e Grandi Parchi Venezia
Ordine dei Farmacisti della Provincia di Venezia
Coordinamento Professioni Sanitarie Veneto
Regione Veneto

Azienda Ulss 12 Veneziana
Azienda Ulss 13 Mirano
Ospedale Villa Salus
Nordic Walking
Amici del Cuore
Polisportiva Terraglio
(GECA) Associazione giovani e cuore aritmico Onlus
Spazio 156 FattiDiTango

EVENTI COLLATERALI

- Sabato 20 ottobre, al pomeriggio, si è svolta una camminata nel Parco S. Giuliano organizzata dai *Gruppi di cammino al parco* del progetto AllenaMente.
- Domenica 21 ottobre, al mattino, c'è stata l'esibizione di *Pedibus*, un "autobus umano" nato per andare e tornare da scuola a piedi, che questa volta, con alcune scolaresche della scuola primaria, ha organizzato una escursione nel parco con tre tappe intermedie: osservazione della laguna, osservazione naturalistica e storia del parco; ascolto di fiabe lette ad alta voce.
- Al termine dell'escursione i bambini hanno degustato le mele biologiche offerte dall'azienda agricola Biogrignella di Cavarzere della Coldiretti di Venezia e dell'altro cibo inserito nel *Progetto Merenda Sana* (attività motoria e alimentazione sana per prevenire sovrappeso e malattie).
- Durante tutto il pomeriggio di domenica 21 ottobre, nell'ambito del progetto *Nati per Leggere*, vi è stato un atelier dedicato ai bambini con lettura ad alta voce da parte di lettori volontari, attività creative come disegno, costruzioni di marionette e messinscena di spettacoli creati dai piccoli partecipanti.
- Domenica 21 ottobre, al mattino, dalla

montagnola del parco, osservazione di Venezia e della laguna guidata da Luciano Pescatori.

- Sempre al mattino, dal pergolato del lago delle garzette, nel Parco, osservazione naturalistica e storia del parco guidata da Valeria Ravara.

- Sabato 20 ottobre e domenica 21 ottobre: dimostrazioni e lezioni di Tai Chi da parte di Davide Francesco Mauro.
- Dimostrazioni e lezioni di Nordic Walking con escursioni nel Parco.

RELAZIONI AREA MEETING

SABATO 20 OTTOBRE 2012	Inaugurazione VIS 2012: Bruno Centanini, Maurizio Scassola, Angelo Frascati
Ente/Associazione	Titolo intervento e relatore
Fondazione Ars Medica	Riaprire il Villaggio della Salute: un laboratorio di idee, di progettazione, di coinvolgimento, di partecipazione civile e democratica per la nostra salute e il benessere / Angelo Frascati
Bosco e Grandi Parchi Venezia	I boschi ed i parchi di Venezia luoghi per il benessere / Giovanni Caprioglio
GECA Onlus	Il valore della prevenzione nel giovane e nell'età senile / Graziella
Allenamento. Gruppi di cammino al parco	Attività fisica adattata (AFA), piscina e palestra: esperienze a confronto / Maria Concetta
Comune di Venezia - Servizio Programmazione Sanitaria	I giovani di una volta in movimento / Nicoletta Codato
Comune di Venezia - Direzione Mobilità	Strade nuove per la mobilità di tutti (interventi di riqualificazione urbana per la mobilità dolce) / Roberto Di Bussolo
Amici del Cuore	Il gusto della salute: a tavola per invecchiare bene / Marina Etonti
DOMENICA 21 OTTOBRE	
Goldiretti Venezia	Gli Orti in Città / Paolo Casaro
Consulta delle Cittadine - Centro Donna	Medicina di genere / Giovannella Baggio, Raffaella Michieli, Della Murer
Metabolé	Chirurgia plastica e stili di vita: la difficile decisione delle donne ferite al seno dalla malattia / Stefania Bragato
Spazio 156 FattiDiTango	Invecchiare bene a ritmo di tango argentino / Michele Zecchini
Tai Chi	Longevità intesa come qualità di vita / Davide Francesco Mauro
Ordine dei Farmacisti della Provincia di Venezia	Dieta mediterranea, esercizio fisico, longevità / Laura Grigoletto
Medici di Famiglia (FIMMG)	L'attività fisica come prevenzione delle patologie nell'adulto e nel soggetto fragile / Emanuela Blundetto, Cristina Zennaro
Comune di Venezia - Osservatorio Politiche Welfare	Ocio ciò, anziani e sicurezza. Gli anziani protagonisti attivi sull'informazione e la prevenzione dei furti in città / Flavio Cristofalo
Nordic Walking	Attività motoria ed invecchiamento attivo / Alberto Gorini, Giovanni Poles
Coordinamento Professioni Sanitarie Veneto	Il ruolo delle professioni sanitarie tecniche, diagnostiche, riabilitative e della prevenzione nella tutela attiva dell'anziano / Paolo Tomasi
Ulss 13 Mirano	Prevenzione dell'osteoporosi / Gianpaolo Voltan
Medici dello Sport (FMSI) - AMDS Venezia	Principi di alimentazione corretta nella pratica sportiva / Tiziano Cappelletto
Spazio 156 FattiDiTango	Esibizione di tango argentino

Per informazioni
Segreteria Coadiutore del Sindaco per la Sanità
Tel. 041 9655483
email: bruno.centanini@comune.venezia.it

Segreteria Ordine Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Venezia e Fondazione Ars Medica
Tel. 041 989479; 041 989582
email: info@ordinemedicivenezia.it



Intervista a Giampiero Marchese amministratore delegato di Ames

Farmacie comunali e ristorazione scolastica

L'azienda Ames è una Spa a totale capitale pubblico di cui è unico azionista il Comune di Venezia.

Con 30 milioni di fatturato l'anno e 386 dipendenti, Ames è un'azienda che gestisce servizi prioritari anche per la tutela della salute pubblica: 15 farmacie comunali e i servizi di ristorazione scolastica.

In tempo di crisi comunque l'amministratore delegato Giampiero Marchese punta per il 2013 ad allargare le partnership anche ai comuni della città metropolitana cioè a tutti i comuni della provincia di Venezia.

Una rivoluzione copernicana per rilanciare l'azienda pubblica, ritardare i servizi e mantenere l'occupazione.

Quali sono nello specifico i principali servizi offerti da Ames alla cittadinanza? Qual è la mission dell'azienda?

Ames è una Spa a totale capitale pubblico. Ames gestisce ben 15 farmacie comunali: una a Pellestrina, una a Murano ed una a Cavallino. Le altre 12 farmacie sono a Mestre.

Per quanto riguarda il settore della ristorazione scolastica, siamo stazione appaltante per la cucina centralizzata delle mense di scuole materne, elementari e medie. Gestiamo invece direttamente, con nostro personale, tutte le cucine presenti nei 28 asili nido comunali.

I menu sono decisi dagli esperti di Ulss 12 e Comune di Venezia, ma realizzati grazie ai nostri operatori. I rapporti con i comitati mense delle scuole sono gestiti direttamente dal Comune di Venezia, ma Ames gestisce invece direttamente i buoni mensa. Per il 2013 vorremmo anche procedere alla informatizzazione dei buoni mensa. Infine appartiene ad Ames il personale ausiliario per pulizie, assistenza, ecc. negli asili nido e nelle scuole materne comunali. La mission dell'azienda è sancita da protocolli in cui il Comune di Venezia stabilisce i compiti di Ames, definisce le attività e la gestione del personale dell'azienda.

Quale è il servizio svolto dalle farmacie comunali? Quale è la caratteristica principale che può differenziare le farmacie comunali da quelle private?

Le farmacie comunali hanno una sensibilità maggiore nel prestarsi alla collaborazione alle campagne di tutela della salute pubblica. Questa dovrebbe essere la loro specificità.

Il Governo ha promosso una importante riforma delle farmacie come presidio sanitario sul territorio, ma mancano ancora direttive di attuazione a livello nazionale e regionale.

Nel 2013 le farmacie di Ames puntano a realizzare quanto previsto sulla carta, sperando che siano completati tutti i passaggi normativi. L'obiettivo è fare delle farmacie luoghi di promozione della salute, potenziando i servizi di autoanalisi della glicemia e di tanti altri parametri del sangue, nonché la misurazione della pressione arteriosa. Diventando tra l'altro punto di riferimento per la divulgazione delle campagne di prevenzione. Nel 2013 servirà anche ripensare i nostri spazi per poter svolgere al meglio tutte le attività previste.

Negli ultimi tempi sono state avviate particolari iniziative socio sanitarie sostenute anche dalle farmacie comunali?

Le farmacie comunali si sono impegnate e si impegnano a collaborare fattivamente alle campagne di prevenzione promosse dall'Ulss 12 veneziana.

Aspettiamo comunque le direttive attuative della riforma, anche a livello regionale, per poter avviare concretamente un nuovo piano di attività.

Quali sono i problemi maggiori che vi trovate ad affrontare in un momento di crisi come questo?

Negli ultimi due anni la crisi si è fatta sentire in modo netto sulla spesa sanitaria. Assistiamo ad un contenimento della spesa sanitaria nel settore

del farmaco ed a una contrazione delle vendite. Stiamo comunque elaborando un piano per migliorare i nostri servizi, contenendo anche i costi aziendali. Il nostro piano per il 2013 sarà valutato dal Comune di Venezia.

Sempre nel 2013 oltre ad una più vasta e varia gamma di servizi, vorremmo offrire anche una carta fedeltà per i cittadini che frequentano le farmacie comunali.

Lo sforzo finora è stato quello di mantenere l'occupazione, malgrado l'incalzare della crisi. Questo resta comunque uno dei nostri obiettivi principali.

Il progetto di città metropolitana, che comprende tutti i comuni della provincia di Venezia, ci fa pensare anche ad un possibile allargamento della nostra partnership pubblica, che permetterebbe di creare nuove sinergie, diffondendo i servizi e recuperando maggiori risorse. Finora Ames esiste solo nel Comune di Venezia, ma proprio per questo è possibile pensare ad un ampliamento della partecipazione alla Spa coinvolgendo tutti i comuni della provincia.

A quanto ammonta il fatturato di Ames? Come vengono ripartiti gli utili?

Il fatturato di Ames ammonta a circa 30 milioni di euro l'anno. Gli utili di Ames sono stati versati in parte al Comune di Venezia ed in parte sono reinvestiti in attività dell'azienda.

La grande sfida è rilanciare l'azienda in uno scenario che, a causa della crisi, muta di continuo. Occorre avere nuove idee, fornire servizi sempre più efficaci, avviare sinergie. Questi sono i nostri obiettivi a partire dal 2013.

**Per informazioni
sito internet www.amesvenezia.it
indirizzo email ames.ve@amesvenezia.it**



Assistenza infermieristica

Il ruolo dell'infermiere per la prevenzione delle cadute in ospedale. L'esperienza della Casa di Cura Policlinico San Marco

a cura di **Renata Casarin**,
Responsabile Ufficio Formazione
Casa di Cura Policlinico san Marco

Le cadute rappresentano un problema di significativa importanza sia a domicilio sia nell'ambito del ricovero in ospedale di soggetti adulti, soprattutto anziani. A seguito dell'evento caduta, oltre ai danni fisici, l'anziano sviluppa un forte senso di insicurezza che lo induce a limitare l'attività fisica compromettendo la propria autonomia e la qualità di vita.

Tra le lesioni correlate al fenomeno caduta e che portano al decesso i soggetti anziani, il trauma cranico costituisce la prima causa di morte nel 29% degli uomini e nel 14% delle donne. Le fratture degli arti inferiori sono al secondo posto con il 68% nelle donne rispetto al 29% degli uomini.



COS'È LA CADUTA

Per caduta si intende un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso mentre si è in piedi, o seduti oppure coricati a letto. La testimonianza delle cadute è basata sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono per terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento senza motivo evidente, i pazienti caduti nonostante il supporto.

LA PRIMA AZIONE: IDENTIFICARE I FATTORI DI RISCHIO

La prima azione necessaria per la prevenzione

delle cadute in ambito ospedaliero, consiste nell'identificare i possibili fattori di rischio, in relazione alle caratteristiche del paziente ed a quelle dell'ambiente in termini di sicurezza, di organizzazione e di adeguatezza del processo assistenziale.

I fattori responsabili delle cadute possono essere relativi alle condizioni di salute del paziente, (età avanzata, demenza, deficit visivo, vertigini, patologia motivo di un ricovero e/o presenza di più patologie, terapie farmacologiche, ridotta mobilità o alterata andatura, precedenti cadute e paura di cadere) o fattori relativi agli aspetti organizzativi della struttura di degenza (ospedale o altra struttura assistenziale), alle caratteristiche ambientali ed ergonomiche della struttura e dei presidi sanitari impiegati (pavimenti scivolosi o con dislivelli, assenza di corrimano nei corridoi, ausili per la deambulazione non adeguati...).

IL PROGETTO DI PREVENZIONE DELLA CASA DI CURA POLICLINICO SAN MARCO

All'interno della Casa di Cura Policlinico San Marco, che accoglie in prevalenza persone anziane, da anni è stato avviato un progetto di prevenzione delle cadute con l'obiettivo di valutare l'andamento del fenomeno cadute e ricercare le azioni preventive idonee e monitorarne nel tempo l'efficacia, in un'ottica di miglioramento della qualità assistenziale e sicurezza della persona ricoverata.

I dati raccolti in sette anni dall'avvio del progetto, sono più che positivi: vi è stata una progressiva riduzione non solo nel numero di cadute ma anche nella gravità delle lesioni ad esse conseguenti. Nello scorso anno l'incidenza di cadute è risultata pari al 2,07% (su 6387 ricoveri) e le lesioni gravi ridotte all'1%.

Un contributo notevole nel raggiungimento di tali risultati è senz'altro rappresentato dall'assistenza infermieristica.

INTERVENTI PREVENTIVI ED ASSISTENZIALI ATTUATI

Nel corso degli anni la formazione e sensibilizzazione del personale alla problematica, ha permesso di definire una serie di interventi preventivi ed assistenziali che sono sistematicamente monitorati nell'applicazione.

Tali interventi prevedono:

- La definizione e documentazione del cadute: per ogni paziente che viene ricoverato in struttura, indipendentemente dall'età, l'infermiere calcola il rischio utilizzando un'apposita scala di valutazione.
- In base al punteggio ottenuto, il personale infermieristico sceglie ed attua gli interventi di prevenzione più idonei per il paziente (es. cambio calzature, cintura di sicurezza per la carrozzina, ausili per la postura a letto o durante il cammino...).
- Nel caso in cui si verifici una caduta, il personale compila una scheda segnalazione dell'evento che



invia in Direzione dove vengono monitorati i dati e valutate eventuali altre azioni migliorative.

LA COLLABORAZIONE CON GLI OPERATORI PER LE SEGNALAZIONI SUI FATTORI DI RISCHIO

La collaborazione degli operatori dei vari reparti è stata molto preziosa nell'identificare alcuni fattori di rischio che sono stati nel tempo modificati ed annualmente vengono rivalutati e monitorati. Ad esempio: l'analisi dello stato della pavimentazione e riparazione anche per minimi dissesti sia nelle stanze che nei corridoi, sostituzione graduale dei letti fissi con letti ad altezza regolabile, acquisto di letti a doppia mezza spondina per lato (che assume quindi scopo preventivo e non di contenzione), acquisto e manutenzione ausili per la movimentazione del paziente, affissione di poster informativi in tutte le stanze.

UN PROTOCOLLO INTERNO PER TUTTO IL PERSONALE

Nel corso degli ultimi mesi, un gruppo di lavoro dedicato composto da medici, coordinatori ed infermieri, ha definito un Protocollo interno per la prevenzione e gestione delle cadute, rivolto a tutto il personale della struttura.

In tale occasione è stata puntualizzata l'importanza di continuare la formazione ed aggiornamento del personale al fine di garantire la migliore qualità assistenziale.

Identificare il rischio caduta non è sufficiente: occorre conoscere gli interventi di prevenzione che risultano essere più efficaci ed applicabili, scegliere l'intervento più idoneo per quel paziente, attuarlo nei tempi e modi prestabiliti.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Multifattoriali sono i fattori di rischio e così pure gli interventi preventivi, personalizzati in base al

livello di rischio emerso.

L'infermiere valuta la collocazione del paziente nella stanza più idonea, fornisce i supporti più appropriati per il letto e per la carrozzina, si accerta della funzionalità del sistema di illuminazione, in particolare di notte. Si occupa del monitoraggio di parametri come la pressione arteriosa e il dolore, della corretta gestione di un'urgenza minzionale o incontinenza, della postura e deambulazione dei pazienti, anche con eventuale utilizzo di ausili, valuta la presenza di vertigini, oltre ad un regolare ritmo sonno/veglia. Nella prevenzione delle cadute, fondamentale e trasversale è l'educazione al paziente e/o al familiare (care giver), pertanto all'infermiere è richiesta anche una competenza educativo-relazionale che contribuisca a motivare paziente e famiglia alla cooperazione per il raggiungimento del risultato.

All'interno della struttura ogni infermiere che prende in carico un nuovo paziente, dedica tempo all'educazione, sia all'ingresso che durante il ricovero. Le informazioni fornite durante il colloquio vengono supportate e rinforzate da un opuscolo informativo che sintetizza i comportamenti più sicuri per la persona anziana a rischio caduta.

LA COLLABORAZIONE CON I FAMILIARI DEI PAZIENTI

Importante è la ricerca della collaborazione attiva dei famigliari che sono senz'altro una risorsa nell'assistenza all'anziano, in particolare nella fase di dimissione dall'ospedale.

La consapevolezza, da parte della famiglia, del rischio cui l'anziano può andare incontro anche al proprio domicilio, è senz'altro il punto di partenza per rendere più efficace il supporto dell'infermiere in termini educativi anche in un'ottica di continuità delle cure ospedale-domicilio.

L'articolo qui pubblicato è proposto dal Collegio Infermieri di Venezia per evidenziare l'importanza del ruolo dell'infermiere professionale all'interno della struttura ospedaliera.

La Casa di Cura Policlinico san Marco è convenzionata con la Regione Veneto.

Per informazioni

Ufficio Formazione

Casa di Cura Policlinico San Marco

Via Zanotto, 40 – 30173 Mestre – Ve

041 5071849; fax 041 0998849

email:

ufficio.formazione@policlinicosanmarco.it

**Collegio Infermieri della provincia di Venezia
P.le Leonardo da Vinci, 8 (scala f) – Mestre
Venezia**

041 5055951; fax 041 5040882

sito internet: www.ipasvive.it



La riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali. Tutelare e migliorare l'assistenza ai cittadini

a cura di **Salvatore Lihard**,
Movimento per la Difesa della Sanità pubblica

Negli ultimi tempi la mobilitazione di associazioni e comitati di cittadini e del Consiglio comunale si è concentrata sulla difesa e sulla valorizzazione dei due ospedali dell'Ulss 12: l'ospedale civile di Venezia riconosciuto dal nuovo Piano Socio Sanitario Regionale come ospedale di rete e l'ospedale dell'Angelo a Mestre riconosciuto dal Piano come ospedale di riferimento provinciale. Mobilitazioni legittime e sacrosante, ma che vanno poste all'interno di un quadro generale che deve tenere in seria considerazione l'aspetto dell'assistenza territoriale.

SUPERARE LA VISIONE OSPEDALOCENTRICA

Quante volte abbiamo discusso di dimissioni protette, ricoveri impropri, intasamento del Pronto Soccorso (soprattutto sabato e domenica), ruolo dei medici di medicina generale (e guardie mediche)?

Per tale semplice considerazione, allora, è bene valutare alcune recenti normative (nazionali e regionali), sicuramente positive, ma che è necessario applicare nella loro completezza. È un'impresa ardua? È possibile uscire definitivamente dalla cultura "ospedalocentrica"?

IL NUOVO DECRETO LEGGE DEL GOVERNO PER UN'ASSISTENZA SUL TERRITORIO 24 ORE SU 24

Il 13 settembre 2012, il Governo interviene con un decreto legge, n.158, che reca "disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Il provvedimento entrato in vigore il 14 settembre 2012, evidenzia che nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, bisogna garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana.

LE AGGREGAZIONI TERRITORIALI DI SERVIZI

Secondo il decreto legge occorre mantenere un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate: "aggregazioni funzionali territoriali", che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Si citano anche forme organizzative multiprofessionali, denominate "unità complesse di cure primarie", in grado di erogare prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria.

Le Regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, e che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

IL PATTO TRA REGIONE E MEDICI CONVENZIONATI

In Veneto la Giunta Regionale ha emesso due delibere, la n.41 e la n.1666, nelle quali viene proposto per la prima volta un "patto reciprocamente vincolante tra Regione e medici convenzionati" legato al raggiungimento di alcuni obiettivi di sistema, finalizzati al miglioramento del Servizio Socio-Sanitario regionale.

Tali obiettivi riguardano:

- lo sviluppo su tutto il territorio regionale di un modello di una rete assistenziale che veda coinvolti, oltre ai medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, anche i medici di continuità assistenziali (guardia medica) e gli Specialisti ambulatoriali interni, prevedendo una rimodulazione dell'offerta assistenziale (ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori) e rispetto di specifici obiettivi di salute (ad esempio: continuità delle cure per i pazienti post-acuti in dimissione dall'ospedale o per i pazienti fragili con patologia cronica stabilizzata);
- l'attuazione della Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), tramite obiettivi di salute e modalità organizzative del servizio (verso la continuità assistenziale di 12 ore);
- i percorsi di appropriatezza necessari ai fini di migliorare la qualità del servizio e di consentire una nuova dimensione dell'offerta che privilegi l'assistenza territoriale.

LE AZIONI CONSEGUENTI ALLE DELIBERE REGIONALI

In questo contesto, le azioni da avviare riguardano:

- la definizione dei Piani Aziendali per il potenziamento delle cure primarie, in cui assume un ruolo strategico l'appropriatezza nelle seguenti Aree: ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche e farmaceutiche;
- l'ampliamento percentuale dei Medici di medicina generale aggregati in forme organizzative evolute: Medicine di Gruppo;
- la definizione a livello locale di una rete assistenziale in cui siano ben definiti i nodi, i ruoli, e i percorsi assistenziali;
- il collegamento informativo/informatico sia orizzontale che verticale.

LE PREOCCUPAZIONI PER LE PROSPETTIVE DELLA SANITÀ PUBBLICA

Per facilitare la migliore applicazione, la Regione ha predisposto addirittura un "Manuale operativo" sulle disposizioni. Purtroppo, nella Ulss 12 gli intenti delle due Delibere di Giunta Regionale qui citate, sono state finora disattese. E ci preoccupano ancora di più gli ultimi provvedimenti governativi a partire dalla legge di "revisione della spesa", fino al decreto correttivo ultimo che penalizza ulteriormente il finanziamento al Servizio Sanitario nazionale. Una "cura dimagrante" insostenibile che porterà ad una drastica riduzione dei posti-letto, e ad una dequalificazione dei servizi territoriali. Si registra infine un ritardo della Regione Veneto per rendere operativo il nuovo Piano Socio-Sanitario regionale, varato dopo oltre 15 anni.

Elettrosmog

Telefoni mobili e tumori alla testa. Una sentenza di condanna della Cassazione

a cura di **Laura Masiero**,
presidente associazione A.P.P.L.E.



I giudici della Sezione Lavoro della Cassazione (Sentenza n. 17438 del 3-12.10.12) hanno pienamente e definitivamente confermato la Sentenza della Corte d'Appello di Brescia riguardante il caso di un malato di tumore al nervo trigemino a causa dell'intenso uso per lavoro di telefoni mobili (cellulari e cordless).

I PRINCIPI DELLA SENTENZA

I Giudici della Cassazione hanno:

- 1)** ribadito la validità dei riferimenti scientifici citati dal consulente tecnico di Brescia e dai consulenti del ricorrente: l'oncologo che lo aveva seguito e il Prof. Angelo Levis già Ordinario di Mutagenesi Ambientale all'Università di Padova cofondatore della Associazione A.P.P.L.E. per la parte epidemiologica;
- 2)** nuovamente spiegato la causa delle discrepanze tra gli studi e i giudizi apparentemente tranquillizzanti (Progetto Interphone: IARC, CE, ICNIRP, OMS, ma anche Compagnie di telefonia cellulare internazionali e nazionali) e quelli molto allarmanti del gruppo Hardell;
- 3)** recepito ancora una volta il tema dei conflitti di interesse e dei conseguenti "business bias" che rendono palesemente ininfluenti i risultati degli studi scientifici che ne sono gravati
- 4)** ricordato il principio generale – estensibile a tutte le patologie e ad eventuali cause lavorative correlate anche se non tabellate dall'INAIL – in base al quale può essere comunque valutata la "ragionevole certezza" del rapporto causa-effetto che dà luogo a un "rilevante grado di probabilità".

VERSO IL RICONOSCIMENTO DI ALTRE PATOLOGIE CORRELATE ALL'ELETTROSMOG

Questa sentenza facilita il percorso di altre cause su casi di tumore da esposizioni lavorative sia a CEM/ELF (linee elettriche ad alta tensione) che a radiofrequenze (non solo cellulari e cordless, ma anche radioemittenti e radar), ma potrebbe aprire la strada per il riconoscimento e il

risarcimento anche di patologie acute di varia natura dovute ad esposizioni a CEM, e persino a patologie imputabili ad altri agenti ambientali "non tabellati" dall'INAIL.

NECESSARIO UN IMPEGNO DEL MINISTERO CONTRO L'USO INDISCRIMINATO DEL CELLULARE

Se questa sentenza è indubbiamente un passo avanti fondamentale per il riconoscimento dei danni oncologici provocati da esposizione a CEM, bisogna purtroppo constatare che, a distanza di un anno, non c'è segno che sia in fase di realizzazione l'impegno per una "campagna di informazione indirizzata ad un uso appropriato e non smodato e indiscriminato del telefono cellulare" che il Ministero della Salute per mezzo del Consiglio Superiore di Sanità si era impegnato a realizzare col comunicato n. 226 del 15.11.2011 pubblicato dopo la trasmissione di Report sull'argomento (27.11.11) e ripreso da varie testate giornalistiche. Impegno ribadito anche di recente in risposta al quesito posto al Ministero da un Avvocato colpito da tumore al cervello dopo uso intenso e prolungato del cellulare (La Gazzetta del Mezzogiorno del 08.10.12).

Per informazioni

Associazioni A.P.P.L.E.

Tel. 049-8750240

indirizzo email: Info@applelettrosmog.it

sito internet: www.applelettrosmog.it



**Rivista VIS "Venezia in Salute"**

registrazione al Tribunale di Venezia

numero 12 del 31/03/2012

numero 5 – dicembre 2012/gennaio 2013

direttrice responsabile**Nicoletta Benatelli****editore****Direzione Affari Istituzionali
del Comune di Venezia****comitato editoriale****Luigi Bassetto**direttore Affari Istituzionali e vice direttore generale del
Comune di Venezia**Bruno Centanini**coadiutore del Sindaco di Venezia
per la Sanità**segreteria tecnica / diffusione della rivista****Valentina Verioli**

Segreteria Coadiutore del Sindaco per la Sanità

segreteria di redazione**Nicoletta Codato, Veronica Vento**Servizio Programmazione Sanitaria
del Comune di Venezia**Anna Zanetti, Cinzia Trevisan**segreteria Direzione Affari Istituzionali
Gabinetto del Sindaco

inserto speciale FOCUS ULSS 12

in collaborazione con l'azienda Ulss 12

comunicazione**Maria Grazia Raffe****realizzazione grafica di Vis****Elisabetta Cattaneo**Centro Produzione Multimediale
del Comune di Venezia

La rivista VIS è solo on line, pubblicata sul sito
del Comune di Venezia www.comune.venezia.it,
sezione "Mi interessa" e poi sezione "Vivere in salute"
ed infine "Venezia in salute"

Per contatti con la rivistabruno.centanini@comune.venezia.it

Tel. 041 9655483

A.P.P.L.E., ASSOCIAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA LOTTA ALL'ELETTROSMOG

A.P.P.L.E. è una Associazione di Promozione Sociale, apartitica e senza fini di lucro, iscritta al registro della Regione Veneto. Nata nel 2001 a Padova si occupa di inquinamento elettromagnetico a livello locale, regionale e nazionale; ha funzione di coordinamento e sportello informativo per cittadini, comitati spontanei e associazioni localmente impegnate su questo tema.

A.P.P.L.E. ha come obiettivi principali:

- la divulgazione di informazioni tecniche e scientifiche sulle tecnologie che emettono campi elettromagnetici (C.E.M.) e sugli effetti biologici e sanitari conseguenti;
- promozione della tutela della salute dell'uomo e dell'integrità dell'ambiente dalle esposizioni ai C.E.M.

Per informazioni**www.applelettrosmog.it****info@applelettrosmog.it****049 8750240**

Non c'è nessuna strada facile per la libertà

Nelson Mandela

**LA REDAZIONE DI VIS AUGURA A TUTTI
UN 2013 DI SALUTE E SERENITÀ!**