Anno 3, numero 3
Settembre 2010
I.P.

*POSTE ITALIANE SPA*
*SPEDIZIONE*
*IN ABBONAMENTO*
*POSTALE - 70% CNS PD*

PATROCINIO REGIONE DEL VENETO

# NES

## Nord Est Sanità

TRIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

**PRIMO PIANO**

Acqua: bene comune o merce?

Referendum per abrogare la legge Ronchi

**VIAGGIO NELLE ASL VENETE**

Tappa all'Ulss 5 ovest vicentino

**FOCUS**

Il Parkinson si cura al S. Camillo di Venezia

**MINI-FOCUS**

Psoriasi, quando la malattia aggredisce la pelle

**ATTUALITÀ**

Signoretto conquista con la maestria del vetro

EASYSALUS

Corporate

Family

# EASY SALUS CARD SI PRENDE CURA DI TE

LA CARTA SERVIZI GRATUITA CHE TI FA RISPARMIARE SULLE PRESTAZIONI SANITARIE PRESSO LE STRUTTURE CONVENZIONATE.

RICHIEDILA NELLE FILIALI DELLA NOSTRA BANCA

GVDR
Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

BANCA PADOVANA CREDITO COOPERATIVO

Banca Padovana *Credito Cooperativo*

Dal 1896 diamo *energia ai valori*

a cura del **Dr. Giuseppe Caraccio**

# ACQUA, BENE SOCIALE
## *o bene di consumo?*

Nella foto, il Direttore Editoriale, **Giuseppe Caraccio**

*Acqua, acqua, acqua. È una parola che viene pronunciata fra le prime da ogni essere umano, assieme a mamma e pappa, penso che questo dia immediatamente la dimensione della sua importanza. L'acqua dunque è un elemento essenziale per la vita e tutte le più importanti civiltà si sono sviluppate dove questo prezioso elemento era disponibile. L'acqua però non è una risorsa inesauribile, infatti anche se il 71 per cento del globo terrestre è ricoperto di acqua, questa è costituita per il 97 per cento da acqua salata.*

*L'acqua dolce è contenuta per il 68,9 per cento in ghiacciai e nevi perenni, il 29 per cento è contenuta nel sottosuolo e solo lo 0,3 per cento si trova in fiumi e laghi dove è prontamente disponibile. Tale quantità corrisponde allo 0,008 per cento dell'acqua dolce del pianeta. Questo primo quadro dà un'idea di come l'acqua sia una risorsa limitata e preziosissima. Ogni Paese ha tentato di tutelare con apposite leggi la sua conservazione, la sua purezza e la sua distribuzione.*

*Oggi si sta delineando a livello mondiale la tendenza a considerare questo bene non più e non solo un bene sociale ma sempre più un bene di consumo (come Francia, Inghilterra e Canada), e quindi in qualche modo, un bene sottoposto a logiche di mercato.*

*Questa logica ha portato ad un aumento stratosferico delle tariffe, perché la legge di mercato si basa su una ferrea logica data dalla disponibilità della materia, dalla domanda, e purtroppo, da quanto preziosa è per quella nazione o gruppo sociale.*

*Si può vivere senza oro e senza cioccolata, si può addirittura vivere senza amore, ma sicuramente è impossibile vivere senz'acqua.*

*L'acqua è quindi un bene essenziale per la vita e lo sviluppo, sicuramente è un bene a cui tutti devono avere accesso, è un bene che ognuno di noi deve trattare con lo stesso rispetto che riserviamo a tutte quelle cose che sono sacre.*

*Indubbiamente l'accesso all'acqua per tutti comporta una gestione oculata con investimenti certi e un draconiano controllo di chi, pubblico o privato, andrà in qualsiasi forma ad occuparsene garantendo per l'utenza tariffe conosciute e condivise dalla collettività. Quanto ho appena ricordato sembra essere un modus operandi insito nel buon senso di ogni essere umano, invece la questione dell'acqua sta spaccando in due il nostro Paese.*

*A forza di sentire le due fazioni contrapporsi e contrastarsi in certi momenti ho la sensazione che in realtà stiamo perdendo di vista la cosa veramente importante che non è chi gestisce l'acqua, basta mettere regole certe e ferree e punire severamente chiunque ne approfitti, ma che si metta in atto una politica per l'acqua che deve essere sovranazionale e universale per far sì che questa preziosa risorsa basti a quanti abitano questo pianeta e per le generazioni future.* ■

# Vitariv di Allianz: un'altra annata d'eccellenza.

**+4,51% nel 2009**

**In un momento in cui l'economia ha risentito di un clima sfavorevole, Vitariv ha assicurato ai suoi investitori un'altra annata di eccellenza. Proteggi anche tu i tuoi risparmi, scegli la Gestione Separata di Allianz che:**

- Restituisce sempre a scadenza il capitale versato
- Garantisce un rendimento minimo del 2% annuo

**Solo con Allianz, primo gruppo mondiale assicurativo, puoi sentirti sempre così sicuro.**

**Allianz. Soluzioni finanziarie dalla A alla Z.**

Allianz Lloyd Adriatico

**CHIEDI VITARIV A C&D ASSICURAZIONI S.R.L, I TUOI AGENTI DI FIDUCIA ALLIANZ LLOYD ADRIATICO**
**AGENZIA DI PADOVA SUD - Via Marco Polo, 3 - 35123 Padova - Tel 049 8804492 - Fax 049 8804714 - info@cdassicurazioni.it**

**NES** · *NORD EST SANITÀ*

***Anno 3 · Numero 3 · Settembre 2010***

*Direttore editoriale*
Giuseppe Caraccio

*Vice-Direttore editoriale*
Maria Stella Zaia

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

*Editore*
Nordestnet S.r.l.,
Via Valgimigli, 6/3 – 35125 Padova (Italy)
Partita I.V.A. n. 03538580287
Telefono: +39 049.8872581; Fax: +39 049.8870010
E-mail: aggiornamento@gvdr.it; www.nordestnet.net

*Progetto grafico e impaginazione*
GIERRE DESIGN di Giorgio Rufini
Lungotevere Testaccio, 9 – 00153 Roma (Italy)
Telefono: +39 06.83605245; E-mail: info@gierredesign.com

*Comitato editoriale*
*Area politica, Socio-sanitaria:* Giampaolo Fagan, Alberto Salmaso, Renzo Salmaso, Maria Stella Zaia
*Area Medico-scientifica:* Lorenzo Bidoli, Giuseppe Caraccio, Antonio Di Maggio, Cosimo Di Maggio, Giorgio Galli, Stefano Masiero, Francesco Peruzzi, Massimo Pulin
*Area della Cultura e dell'associazionismo:*
Elio Armano, Maria Stella Zaia, Raffaella Zanovello
*Area delle Rubriche:* Giacomo Piran, Renzo Salmaso

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

*Grazie a tutti coloro che hanno contribuito con passione e professionalità alla realizzazione della rivista*

*Fotografie*
CD Immagini Free ICP - Milano, www.fotolia.it, materiale proveniente dagli intervistati oppure in allegato ai contributi

*Marketing e Pubblicità*
Nordestnet S.r.l.

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

*Periodicità*
Trimestrale

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

*Tiratura*
25.000 copie

*Chiuso in redazione*
il 16 settembre 2010

*Finito di stampare e distribuito*
nel mese di settembre 2010

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

***In copertina, elaborazione fotografica sul tema: "Acqua: bene comune o merce?", tutti i diritti di riproduzione sono riservati.***

*È un'iniziativa di*

## Primo piano

- EDITORIALE: *Dalle "Chiare, fresche e dolci acque" di Petrarca all'oro blu dei nostri giorni* ..... 4
- IL VERO E IL FALSO DEL MINISTRO RONCHI *e del Forum per l'Acqua come Bene Comune* ..... 5
- CARA ACQUA, ACQUA CARA: *ma quanto mi costi?* ..... 9
- ACQUA INTESA COME BENE COMUNE ..... 10
- L'ACQUA DEL SINDACO? *Buona, sicura ma non più economica* ..... 11
- ROBERTO CASARIN: *l'acqua costerà di più? Era ora...* ..... 13
- VALTER BONAN: *Il privato fornisce un servizio migliore?* ..... 15
- ETTORE FORTUNA: *sì al decreto Ronchi per una migliore gestione degli acquedotti* ..... 17

## Viaggio nelle ASL venete

- TAPPA ALL'ULSS 5 OVEST VICENTINO ..... 20

## Focus: la malattia di Parkinson

- LA NEURORIABILITAZIONE *Tutto parte dal cervello: anche i neuroni si rigenerano* ..... 22
- DIAGNOSI PRECOCE PER IL PARKINSON *È la più diffusa malattia genetica neurologica* ..... 25
- NEUROSTIMOLAZIONE CEREBRALE *e cellule staminali* ..... 27
- ESERCIZI PER I NEURONI *L'importanza dell'alimentazione e del movimento* ... 28

## Mini-Focus

- FASTIDIOSE ERUZIONI SULLA PELLE *La psoriasi, una patologia che crea disagio* ..... 30
- CURA PERSONALIZZATA E ATTENZIONE *all'aspetto psicologico* ..... 32

## Le rubriche di sanità

- VOCI DALLA REGIONE: *Leonardo Padrin e Laura Puppato* ..... 35
- LO SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO *nell'Azienda Ulss 16 di Padova* ..... 37
- LE ASSOCIAZIONI ..... 39
- ULSS15 INFORMA ..... 43
- IL GRUPPO GVDR PRESENTA IL BILANCIO SOCIALE ..... 44

## Le rubriche di medicina

- SALUTE IN PISCINA: *attenti alle conseguenze dei tuffi* ..... 46
- LA SORDITA' NEONATALE ..... 49
- DECADIMENTO CEREBRALE: *la prevenzione è possibile* ..... 50
- IMAGING MUSCOLO-SCHELETRICO: *il ginocchio doloroso* ..... 52
- LA SOVRAESPOSIZIONE DEI BAMBINI *a televisione e computer* ..... 53
- IL D-LEMMA *ma quanto importante è la vitamina "D"* ..... 54
- INTERVISTA AL PROFESSOR GIAN ANTONIO FAVERO ..... 55

## Attualità

- LE RICETTE DELLA TRADIZIONE VENETA: *"Sarde in saor"* ..... 57
- "MEDICI COSTRETTI A PARLARE CHIARO *del Prof. G. Vecchiato* ..... 58
- "MISTER GREGORY", *l'ultimo romanzo di Sveva Casati Modignani* ..... 59
- L'ARTISTA DEL VETRO: *Pino Signoretto* ..... 62
- M9, NUOVO POLO CULTURALE PER MESTRE ..... 64

di **Ines Brentan**
*Direttore responsabile NES*

# DALLE "CHIARE, FRESCHE E DOLCI ACQUE" DI PETRARCA
## *all'oro blu dei nostri giorni*

*Sarebbe riuscito Francesco Petrarca a cantare le "Chiare, fresche, dolci acque" di Fontaine de Vaucluse (un paesino della Provenza) se avesse vissuto nei nostri giorni, proprio ora che più di un milione di italiani ha cominciato la lotta contro la "privatizzazione" dell'acqua? Quale sarebbe oggi il suo stato d'animo se sapesse che l'acqua non è più solo acqua, ma che ne esistono di diversi tipi, la potabile e la minerale, e che cambia colore e sapore a seconda della bevanda zuccherata che si vuole bere? Cosa direbbe poi, se venisse a sapere che l'acqua scarseggia, ogni anno di più e, che per goderne, bisogna pagare? Probabilmente la sua prospettiva sarebbe stata diversa. E pur confermando ogni aggettivo scelto dal poeta (l'anno scorso sono stata in vacanza proprio in Provenza e di acqua così non ne ho mai vista né toccata), credo che più che di acqua dolce e fresca avrebbe scritto di oro blu o di acqua dorata. Non voglio fare una crociata contro nessuno, ma una cosa è bene dirla: ci sono dei beni, come l'acqua, che non dovrebbero costare nulla (tranne che il servizio per la distribuzione). Perché si tratta di beni comuni, come l'aria (verrà messa una tariffa anche su questa?), e come tali dovrebbero essere messi a disposizione di tutti, indistintamente e senza costi.*

*Ciò che farei invece è promuovere una forte campagna di sensibilizzazione ed educazione dell'utilizzo di queste importanti risorse. Non è il tema di questo numero di NES, ma non possiamo nasconderci dietro un dito quando parliamo di inquinamento e dei suoi inarrestabili effetti (pensiamo solo alla marea nera che ha invaso le coste del sud America oppure all'effetto serra che fa avanzare il processo di desertificazione), come non possiamo cadere dalle nuvole quando ci avvisano che l'acqua è sempre di meno. Puntiamo sempre il dito contro l'altro, ma lo stato delle cose è anche causato dai nostri comportamenti, ad esempio, al tempo interminabile con cui facciamo scorrere l'acqua mentre stiamo facendo una doccia. La giustificazione? Lo facciamo perché è troppo bello…e poi? Tornando comunque alla questione "privatizzazione" (così la definiscono più di un milione di italiani) o "liberalizzazione" dell'acqua (così è descritta dal decreto Ronchi), è bene che ciascuno di noi dedichi un po' di tempo per farsene un'idea. Nel servizio che vi propongo ho cercato di interpellare tutti gli attori coinvolti in questo processo di riorganizzazione della gestione dell'acqua potabile. Perché la nuova legge, il decreto Ronchi, riguarda solamente l'acqua che scorre fuori dai nostri rubinetti, che usiamo per lavarci o lavare e che, dopo la campagna pubblicitaria dell'acqua del Sindaco, molti cittadini hanno cominciato anche ad usare come bevanda, talvolta in sostituzione di quella minerale.*

*La moda di oggi pare quella di subire con una certa e irritante indifferenza tutto ciò che ci cade dall'alto. Ma non è così che si cresce e che si fa crescere le coscienze, ognuno di noi deve sentirsi responsabile, deve informarsi di tutto ciò che lo riguarda, deve farsi un'idea dei cambiamenti proposti. Per cui, quello che chiedo a ciascun lettore, è di prendere spunto dalle informazioni che abbiamo raccolto per approfondire questo tema così delicato e attuale e capire da solo quali eventuali vantaggi o meno ci riserba la nuova legge. Scrivetemi a ines.brentan@gmail.com per condividere riflessioni e suggerimenti. Grazie.* ■

# IL VERO E IL FALSO DEL MINISTRO RONCHI

## *e del Forum per l'Acqua come Bene Comune*

*Da una parte il Ministro per le Politiche Europee, Andrea Ronchi, dall'altra il Forum Italiano dei Movimenti per l'Acqua. Ciascuno con la propria verità e con la convinzione di essere nel giusto quando si parla di acqua, tanto da inscenare in rete un vero e proprio duello di "veri e falsi". È tutto documentato, basta visitare entrambi i siti internet: per il Ministro www.politichecomunitarie.it , invece per il Forum www.acquabenecomune.org. Il botta e risposta è iniziato il primo giugno scorso quando il Ministro Ronchi ha lanciato sul web "l'operazione verità" per rassicurare gli italiani che l'acqua rimarrà, anche con la nuova legge, un bene comune. Dal canto loro, quelli del Forum, non si sono fatti attendere per replicare punto su punto ai veri e falsi elencati dal Ministro. Riporto di seguito, in sintesi (le dichiarazioni complete sono leggibili on-line), le posizioni degli uni e degli altri e lascio libero il lettore di trarre le sue conclusioni.*

### IL MINISTRO

Il decreto Ronchi privatizza l'acqua: **FALSO**

L'acqua è e resta un bene pubblico. Questo concetto viene ribadito all'art. 15 del decreto Ronchi che parla di "piena ed esclusiva proprietà pubblica delle risorse idriche il cui governo spetta esclusivamente alle istituzioni pubbliche". Il decreto modifica la modalità di individuazione del gestore delle reti idriche, con introduzione dell'obbligo di indire gare d'appalto. Il decreto, pertanto, non privatizza l'acqua, ma cambia esclusivamente il modo con cui verrà individuato dai comuni il gestore del servizio.

Nella foto, la raccolta firme del Forum contro la legge Ronchi

Un intervento nel settore era necessario: **VERO**

Il decreto Ronchi, attraverso l'apertura al mercato e del mercato, favorisce gli investimenti per migliorare lo stato degli impianti rendendo la gestione più efficiente, moderna e trasparente. Si passa da un regime pubblico frammentato, inefficiente e, in gran parte, sovvenzionato, ad un sistema industriale che consenta economie di scala con investimenti adeguati ed autofinanziati. Gli acquedotti italiani perdono 2,61 miliardi i metri cubi d'acqua all'anno, vale a dire il 30% del totale con punte che raggiungono il 40-50% in alcune zone del Paese. Tutto questo, oggi, costa ai cittadini italiani oltre 2,5 miliardi di euro l'anno.

Le tariffe aumenteranno in maniera indiscriminata: **FALSO**

L'aumento del costo per l'utente è solo apparente: oggi, infatti, il

**FORUM PER L'ACQUA**

Nel luglio 2005, diverse realtà sociali hanno deciso di ritrovarsi per rendere più incisive le reciproche lotte in difesa dell'acqua come bene comune.

Sono nati così cinque incontri nazionali itineranti che, attraverso Cecina (Luglio 2005), Firenze (Settembre 2005), Roma (Ottobre 2005), Napoli (Dicembre 2005) e Pescara (Gennaio 2006) hanno portato all'effettuazione del 1° Forum Italiano dei Movimenti per l'Acqua, che si è tenuto a Roma dal 10 al 12 marzo 2006. Per ulteriori informazioni visitate l'indirizzo internet: **http://www.acquabenecomune.org/spip.php?rubrique254**.

*A sinistra, nella foto, la schermata principale del sito internet: **www.acquabenecomune.org***

costo del servizio è visibile e trasparente solo per quella parte che compare nella tariffa, mentre c'è una larga parte di costo "oscuro", pagata mediante la fiscalità generale, che grava sulla collettività a prescindere dall'effettivo livello dei consumi. Con la liberalizzazione, quindi, poiché ognuno pagherà, con la tariffa, per quello che consuma, ci sarà una forte spinta al risparmio della risorsa idrica. Inoltre nel medio periodo: le tariffe si abbasseranno; il servizio migliorerà grazie agli investimenti che verranno effettuati; la dispersione di acqua negli acquedotti diminuirà.

L'acqua resta un bene accessibile a tutti: **VERO**
Già adesso tutti gli ATO prevedono tariffe agevolate per i bassi consumi e maggiorazioni per le fasce più alte di consumo. Queste tariffe differenziate resteranno a garanzia dell'accesso all'acqua per tutti, anche per i meno abbienti.

Non è più possibile affidare la gestione dei servizi in house: **FALSO**
L'affidamento diretto a società pubbliche sarà consentito, previo parere dell'Autorità antitrust, nei casi in cui la precedente gestione pubblica abbia dimostrato di poter garantire "specifiche condizioni di efficienza", che rendono la gestione così detta in house non distorsiva della concorrenza e vantaggiosa, nel caso concreto, per l'utenza. Il regolamento prevede, al riguardo, dei precisi indici: la chiusura del bilancio in attivo, al netto di eventuali trasferimenti pubblici; il reinvestimento nel servizio di almeno l'80% degli utili; l'applicazione di una tariffa inferiore alla media del settore; il raggiungimento di costi operativi medi annui con un'incidenza sulla tariffa che si mantenga al di sotto della media del settore.

Nessuno vigilerà sui gestori del servizio e sulle tariffe applicate: **FALSO**
Da più parti si sostiene l'esigenza di costituire anche per il settore idrico un'apposita Autorità di vigilanza e garanzia, sul modello dell'Autorità per l'energia elettrica ed il gas. Un tema, questo, al centro del dibattito politico-parlamentare, con l'obiettivo non di creare i meccanismi di vigilanza che sono già esistenti, bensì di rendere sempre più efficiente il sistema di regolazione del settore nell'interesse dei cittadini utenti. Proprio per questo stiamo puntando con forza sulla creazione di una Authority indipendente che non risponda a logiche politiche o lobbystiche ma al contrario vigili sull'intero processo e possa prevenire e sanzionare le eventuali distorsioni.

## IL FORUM

Liberalizzare? Il decreto Ronchi sancisce la liberalizzazione dei servizi pubblici e apre un mercato importantissimo alla concorrenza: **FALSO**
Il servizio idrico è un monopolio naturale, pertanto, in questo set-

## L'iter della Legge: da Galli a Ronchi

Tutto ha inizio sedici anni fa con la Legge Galli (n. 36, 5 gennaio 1994). Se prima di allora, ogni Comune si preoccupava da sé per il proprio acquedotto, da quel momento in poi, invece, le cose cambiano. Si parla di "gestione integrata del servizio idrico" che si traduce nella gestione di un processo lungo e delicato che va dalla captazione delle risorse idriche e alla conseguente distribuzione ai cittadini, dalla depurazione dei reflui inquinati al nuovo utilizzo. Senza escludere la manutenzione degli impianti (acquedotti e reti fognarie). Successive modifiche alla legislazione in materia (D. Lgs 267/2000 per tutti i servizi pubblici locali e D. Lgs 152/06 in particolare per il servizio idrico) hanno introdotto l'obbligo per gli enti locali di indire gare ad evidenza pubblica per affidare la gestione degli impianti ad un unico soggetto.
È allora, che si stabiliscono tre modalità di gestione: società miste, società interamente private eventualmente anche quotate in borsa e a totale capitale pubblico (in house). Anche se in punta di piedi, il privato entra nella gestione dell'acqua. Uno spazio che gli viene ancor più garantito con l'articolo 23 bis della Legge 133 del 2008, successivamente sostituito dall'articolo 15 del decreto legislativo 135 del 2009: la Legge Ronchi. È il 9 settembre del 2009 quando il Consiglio dei Ministri approva il decreto legge e il 19 novembre quando la Camera dei Deputati lo converte in Legge. L'articolo 15 prevede l'affidamento della gestione dei servizi pubblici a rilevanza economica a favore di società, individuate attraverso gare pubbliche, che abbiano un capitale privato non inferiore al 40%. E la cessazione degli affidamenti "in house" a società totalmente pubbliche, controllate dai Comuni al termine ultimo del 31 dicembre del 2011 o la cessione del 40% del pacchetto azionario. Infine, entro il 2015, per le società quotate in borsa, la quota pubblica non dovrà essere superiore del 30%. La preoccupazione dei cittadini non tarda ad arrivare e si fa sentire attraverso la voce di associazioni come Cittadinanzattiva e Legambiente. Intanto si costituiscono movimenti di varia natura, tra cui spicca il Forum Italiano dei Movimenti per l'Acqua. La paura è il rischio di una privatizzazione dell'acqua che trasformi quello che è e deve rimanere un patrimonio comune, in una sorta di merce.
Il Forum propone di agire subito: "chiedere tre referendum per abrogare tutte le norme che hanno aperto le porte della gestione privata dell'acqua". La raccolta firme è cominciata il 24 aprile. In tutta Italia sono stati allestiti banchetti e il 19 luglio, termine ultimo di consegna, le firme contavano 1.402.035 di adesioni. Un successo visto che l'iniziativa ha superato i record di altri importanti referendum come il divorzio, l'aborto e il nucleare. Qualora la Corte di Cassazione e successivamente la Corte Costituzionale daranno il loro via libera, i referendum verranno svolti nella primavera dell'anno prossimo. Il Forum Italiano dei Movimenti per l'Acqua conta di portare a votare almeno 25 milioni di italiani.

tore non esiste la concorrenza. Il massimo che il mercato può offrire sono le gare per aggiudicare il servizio, ma qui sorge un problema: siccome il servizio idrico necessita di elevati investimenti prolungati nel tempo, le gare sono costruite con scadenze lunghe. Le concessioni durano 20-25 anni, mentre ogni tre anni si possono ricalcolare le tariffe. Condizioni ideali perché le multinazionali possano fare buone tariffe all'inizio per poi rinegoziare il tutto.

**Lo vuole l'Europa. La legge Ronchi detta una serie di norme sui servizi pubblici locali di adeguamento alla disciplina comunitaria: FALSO**
L'incipit del decreto Ronchi è menzognero. La norma non adempie ad alcun obbligo comunitario. L'Europa demanda infatti ai singoli Stati membri la scelta della modalità di gestione del servizio idrico.

**Pubblica, privata, o... Il discrimine non è la scelta tra pubblico e privato, ma tra chi è efficiente e chi no: FALSO**
La gestione pubblica si differisce da quella privata perché hanno obiettivi alternativi: la prima è finalizzata a soddisfare interessi e diritti della collettività, la seconda a raggiungere il massimo profitto. E anche il concetto di efficienza non è neutro: nel primo caso significa pareggio tra costi e ricavi, nel secondo massimizzazione dell'utile aziendale. O l'acqua è un bene comune e universale, o diventa un bene economico.

**Oggi in Italia la gestione pubblica è assolutamente preponderante e l'acqua è e resta un bene pubblico: FALSO**
La privatizzazione è in atto ormai da 15 anni. Dalla metà degli anni Novanta, alla gestione svolta da soggetti di diritto pubblico (Aziende speciali, Consorzi tra comuni) si sostituisce progressivamente la gestione tramite società di capitali, in particolare Spa. Si passa da un'idea di servizio pubblico finalizzato al soddisfacimento degli interessi collettivi a un'impostazione mercantile, che assume come priorità la realizzazione del profitto e si finanzia con le tariffe e il ricorso al mercato e alla Borsa.

**La gestione pubblica potrà rimanere: basterà che le Spa a totale capitale pubblico vincano le gare: FALSO**
Fermo restando che anche le Spa a totale capitale pubblico costituiscono una forma, seppure blanda, di privatizzazione, è necessario sottolineare che la vera innovazione del decreto Ronchi è proprio quella di ridimensionare drasticamente la presenza delle attuali 65 Spa, che dovranno cedere almeno il 40% del proprio capitale a soggetti privati entro la fine del 2011.

**Più investimenti, meno perdite, tariffe più basse? FALSO**
Qui siamo alla pura fantasia o alla pura mistificazione. Intanto bisogna considerare cosa è accaduto negli ultimi 15 anni con l'avvio del processo di privatizzazione del servizio idrico. Dal 1996 al 2006, le tariffe sono cresciute del 60%. Gli investimenti dagli inizi degli anni Novanta, che erano di 2 miliardi di euro all'anno sono crollati (meno due terzi) ai circa 6-700 milioni di euro dall'inizio degli anni 2000. Ciò che preoccupa, inoltre è che col decreto Ronchi le tariffe devono coprire integralmente i costi di gestione del servizio, gli investimenti, nonché riconoscere un 7% di profitto garantito sul capitale investito ai gestori.

**L'acqua resta un bene accessibile a tutti? FALSO**
La mercificazione dell'acqua rende reale il pericolo di estromissione delle fasce sociali meno abbienti e costruisce una relazione più stretta tra reddito delle famiglie e possibilità di avere accesso all'acqua potabile. Non è uno spauracchio, basta guardarsi attorno. Ad esempio guardare il sistema inglese dove ci sono forti aumenti tariffari e una situazione di rilevanti sottoinvestimenti. ■

*In questa pagina alcuni scatti realizzati durante la campagna di raccolta firme e scaricate dal sito internet:* ***www.acquabenecomune.org****.*
*Tutti i diritti delle immagini sono riservati*

# **Vincenti** in Open MRI

# OASIS™

## il Superconduttivo **1,2 Tesla**

esaote
Creativity in Healthcare

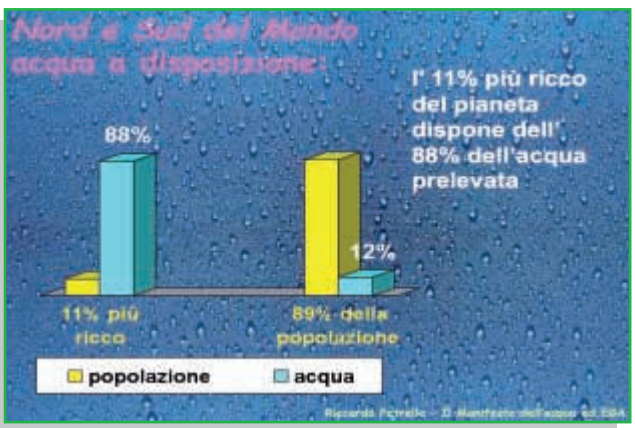
ESAOTE SpA 16153 Genova - Via Siffredi, 58 - Tel. 010 6547.1 - Fax 010 6547275
50127 Firenze - Via di Caciolle, 15 - www.esaote.com

di **Alberto Salmaso**

# CARA ACQUA, ACQUA CARA:
## *ma quanto mi costi?*

*L'indagine di Cittadinanzattiva mostra costi e perdite di acqua in Italia*

L'acqua costa e il suo prezzo varia da regione a regione. Si paga di più in Toscana, dove si trovano sette delle dieci città italiane più costose: Arezzo, dove una famiglia media di tre persone spende all'anno 445 euro, Prato, Pistoia e Firenze con una spesa annua di 352 euro, Livorno con 349, Siena e Grosseto con 329 euro. Al Nord la città più costosa si trova in Veneto: è Rovigo con un costo annuo dell'acqua potabile pari a 340 euro. Mentre nel Sud si paga di più ad Agrigento con una spesa annua di 445 euro.
A differenza di ciò che si potrebbe immaginare, comunque, è proprio nel Nord Italia che si scovano le città più economiche: a Milano una famiglia spende 106 euro in un anno, a Pordenone 131, mentre a Udine 132.




A Venezia si paga 155 euro all'anno. A fare i conti in tasca agli italiani è l'Osservatorio Prezzi&Tariffe di Cittadinanzattiva che nel 2008 ha presentato un'indagine sui costi e le perdite di acqua del Servizio idrico integrato italiano.
La fotografia che ne è emersa ha ancora una volta evidenziato le ataviche disparità tra Nord e Sud, non solo, ha pure mostrato come le tariffe siano aumentate considerevolmente negli ultimi anni.
I dati Istat, infatti, hanno registrato un aumento del 32% del costo dell'acqua dal 2002 al 2008. In 70 dei 104 capoluoghi monitorati, sono state riscontrate variazioni in aumento da un anno per l'altro. L'unica città che ha visto un decremento della tariffa è stata Benevento con una spesa annua registrata nel 2006 pari a 157 euro, che si è poi tramutata l'anno seguente in 119 euro (- 24%).
La cosa buffa è che questi ritocchi alle tariffe sono stati eseguiti anche di fronte alle perdite di rete idrica: in Italia, infatti, si conta che il 35% dell'acqua immessa nelle tubature viene persa. E questo problema si riscontra soprattutto nelle regioni del Sud dove la perdita è superiore alla percentuale nazionale. Chi perde più acqua è una regione del centro-sud, il Molise con una perdita pari al 65%.
C'è poi la Calabria con un 52% di perdita, seguita dalla Sardegna (49%), dalla Puglia (47%) e la Campania (44%). I siciliani, invece, non godono del 40% dell'acqua.
Viceversa, si perde meno acqua in Lombardia (18%), seguita da Piemonte (22%) ed Emilia Romagna (24%).
Il Veneto perde il 26% di acqua, stessa sorte per Liguria e Valle d'Aosta. In sintesi, nel Nord si perde il 26% di acqua, nel Centro il 32% e nel Sud ben il 49%.
E proprio in alcune regioni meridionali, dove si perde più acqua, si riscontra un tariffa elevata. È il caso della Puglia con un costo annuo per famiglia di 299 euro a fronte di una perdita d'acqua pari al 47%.
Ma anche della Sardegna con una spesa annua di 232 euro e una perdita del 49% e della Sicilia dove una famiglia spende di media all'anno 251 euro a fronte di una perdita d'acqua pari al 40%. ■

*Per le immagini sulla destra, si ringrazia il Comitato Italiano per il Contratto Mondiale sull'Acqua. La Campagna: "Acqua bene comune dell'umanità", di Roberto Fumagalli*

a cura di **Umberto Iazzetta**
*Presidente Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato Regione Veneto*

# ACQUA INTESA COME BENE COMUNE

## *per la difesa di un diverso modello di sviluppo basato sulla sussidiarietà*

*Ehh sìì, bisogna proprio dirla tutta: tra un po' ci faranno pagare pure l'aria che respiriamo! Altroché le vecchie care fontanelle, caratteristiche dove potevano dissetarsi viandanti e quante volte noi? Poveri illusi. Pensavamo potesse anche significare: benvenuti nella nostra città. Un sorso d'acqua non si nega a nessuno. E invece no! Ci sono persone realiste, molto realiste, più realiste del re, con i piedi per terra, che continuano a giudicarci "grulli", visto che non ci rendiamo conto dei costi della distribuzione, refertazione, bollettazione, potabilizzazione e tanto altro ancora.*

*È finita l'era del buonismo e del falso buonismo. Anche se esempi di buona gestione pubblica e cattiva gestione privata sono sotto gli occhi tutti; tranne di chi non vuol vedere, naturalmente. In altra parte del giornale sono gentilmente pubblicati i consigli di Cittadinanzattiva per l'uso razionale dell'acqua; sapete cosa è successo dove gestisce il privato? A causa dell'aumento delle bollette i cittadini per risparmiare, hanno consumato meno acqua. Mi pare logico e anche giusto: l'acqua è risorsa esauribile, bisogna preservarla! E no, così non va. Il privato deve giustamente remunerare il capitale investito e allora? Se si consuma meno acqua, perché costa, il privato per far tornare i conti, aumenta la bolletta. Non c'è verso! O si diventa grandi consumatori di acqua, oppure l'acqua la pagheremo sempre più cara.*

*Il gestore pubblico non ha questo problema! Una amministrazione comunale non deve remunerare il capitale. Vi pare poco? Aggiungerei un altro particolare che sta molto a cuore ai volontari di Cittadinanzattiva: la legge finanziaria del 2008 all'articolo 2 comma 461 impone ai Comuni che hanno in "gestione diretta" e/o demandato in concessione i servizi pubblici locali, di agevolare la partecipazione dei cittadini prevedendone il coinvolgimento diretto e la partecipazione a redigere carte della qualità dei servizi.*

*Il riferimento, pare ovvio, nasce dal principio fondamentale dell'art. 118 U.C. della Carta Costituzionale: Stato, Regioni, Città Metropolitane, Province e Comuni, favoriscono la libera e autonoma iniziativa dei cittadini liberi o associati per il raggiungimento di obiettivi di interesse generale, secondo il principio della sussidiarietà.*

*Non si tratta di essere contrari o favorevole alla gestione privata, oppure immaginare vi sia un partito pro e uno contro la privatizzazione. Si tratta semplicemente di capire cos'è esattamente un bene comune.*

*Labsus – laboratorio per la sussidiarietà – indirizzo internet: http://www.labsus.org/index.php, si è speso molto per spiegarne il significato delle parole: i beni comuni sono beni riconosciuti come tali dalla società e dallo stesso genere umano. E sono riconosciuti come beni prima ancora che come risorse economiche. Se partiamo dunque dalla giusta considerazione e da un mio punto di vista "strettamente personale" è ingiusto parlare di remunerazione anche rispetto alla esigenza di investimenti per ammodernarne la rete distributiva.*

*Provate ad immaginare cosa succederebbe ad una comunità non consistente numericamente e quindi non in grado di attrarre investimenti, formatasi fuori dai grandi centri urbani -visti i costi esorbitanti- delle abitazioni e, distante dalla centrale di distribuzione e potabilizzazione, quanto pensate che un gestore privato gli farebbe pagare un allacciamento? Ammesso che lo faccia, sia chiaro.* ■

*Nell'immagine,* ***Umberto Iazzetta***

di **Giuliano Gargano**

# L'ACQUA DEL SINDACO?

## *Buona, sicura ma non più economica*

"Al momento abbiamo un contratto deliberato fino al 2018. Se la decretazione nazionale interverrà, lo potrà fare solo dal 2019". Non si percepisce nemmeno un filo di preoccupazione nella voce di Andrea Razzini, amministratore delegato di Veritas, prima multiutility del Veneto sia per dimensioni che fatturato, quando si accenna al decreto Ronchi e al destino incerto che la nuova legge riserva a realtà come quella veneziana. Per Razzini il nuovo decreto preoccupa più il cittadino, per l'eventuale rigonfiamento delle bollette, che le aziende pubbliche, nelle quali intravede ancora una certa capacità competitiva sebbene dovranno confrontarsi con le grandi multinazionali, soprattutto i colossi francesi Suez e Veolia.

*A sinistra, nella foto, il* ***manifesto che promuove l'acqua del Sindaco*** *con l'ex primo cittadino di Venezia* ***Massimo Cacciari***

Nella foto, **Andrea Razzini**, amministratore delegato di Veritas

"Il decreto Ronchi – dice Razzini – non vieta alle aziende comunali di partecipare alle gare che verranno svolte per la gestione degli acquedotti. Ma è altrettanto vero che la nuova legge dà ancor più spazio al privato e come, si sa, quest'ultimo ha una mission ben differente, se non antitetica, a quella del servizio pubblico: deve far profitto". "Per noi non è così – dice – è difficile che chiudiamo il bilancio in pareggio e quando ci riusciamo, stappiamo lo champagne. Impensabile è chiudere l'anno con un attivo, risultato che rincorrerebbe certamente il privato che, qualora, non ci riuscisse, arriverebbe senza dubbio a ritoccare le tariffe".
"Se si domanda a un qualsiasi cittadino – aggiunge Razzini – cosa spende all'anno di acqua potabile, è facile che non lo sappia. Perché? Evidentemente perché non spende molto, altrimenti lo ricorderebbe". Attualmente una famiglia media spende di acqua potabile circa 140 euro all'anno. Molto meno di

**CHI È VERITAS**

Veritas (Veneziana Energia Risorse Idriche Territorio Ambiente Servizi), società a capitale pubblico, è la prima multiutility del Veneto, sesta d'Italia, per abitanti serviti nei settori dell'igiene ambientale e del ciclo idrico integrato. Fornisce infatti servizi a 41 comuni e oltre 800.000 abitanti (il 90% della provincia di Venezia e oltre il 20% del Veneto), a cui vanno aggiunti gli oltre 23 milioni di turisti che ogni anno visitano Venezia, il Litorale e le zone limitrofe.

quanto spende di luce e gas. Domani, chissà! Intanto l'acqua potabile, a partire dalla fine del 2007, si è trasformata anche in bevanda. Si apre il rubinetto per lavarsi ma anche per bere. Da qui è nata la campagna pubblicitaria di Veritas dal nome "Anch'io bevo l'acqua del Sindaco".
Chi non si ricorda l'ex sindaco di Venezia, Massimo Cacciari, mentre si versa un bicchiere di acqua potabile? Le città veneziane furono tappezzate di questi manifesti nel 2008. E lo slogan non lasciava spazio a dubbi, ma piuttosto era molto accattivante: "1.000 litri costano 1 euro".
Ma è solo perché l'acqua di rubinetto è economica che la gente ha cominciato a berla? "Certo che no, anche se ha funzionato da incentivante", risponde secco Razzini. "L'acqua potabile si beve per altri tre ottimi motivi – conferma l'amministratore delegato di Veritas – perché è buona, è sicura in quanto è controllata ogni giorno, e perché non produce rifiuti". Magnifico. Peccato però che questa realtà potrebbe presto cambiare qualora l'acqua potabile venisse gestita da un privato! ■

## I numeri di VERITAS

- 2.200 dipendenti
- 274 milioni di fatturato
- 2.682 Km di fognature
- 97% di territorio allacciato nella terraferma del comune di Venezia
- Dal 50-60% all'80-90% di territorio allacciato in 28 comuni del territorio
- Più di 250 litri pro capite all'anno è il consumo di Venezia (tra residenti e turisti), dato superiore alla media nazionale
- 70 milioni di metri cubi di acqua fatturata
- 8,5 milioni di metri cubi di acqua distribuita dall'acquedotto industriale
- 70 milioni di metri cubi di reflui trattati
- 75 milioni di metri cubi di gas venduti
- 385.719 tonnellate di rifiuti raccolte

*Sopra, nella foto, alcuni lavori idrici sulla rete di Venezia, realizzati da VERITAS. L'immagine è stata tratta dal sito internet:* ***www.gruppoveritas.it***

## L'acqua del Sindaco

Veritas, la società pubblica che gestisce il servizio idrico integrato nel Comune di Venezia e, in altri ventiquattro comuni della provincia di Venezia e Treviso, ha avviato tra la fine del 2007 e inizio del 2008, la campagna di comunicazione "Anch'io bevo l'acqua del Sindaco". Lo scopo era di ridurre la quantità di bottiglie e imballaggi di plastica da raccogliere e smaltire come rifiuti e di far conoscere l'ottima qualità dell'acqua che esce dal rubinetto. Grazie a questa campagna di comunicazione ogni anno si registra un 6% di persone in più che preferiscono bere l'acqua del rubinetto. Dal 2007 al 2009, il 79% delle famiglie che sono servite da Veritas hanno dichiarato di bere più o meno abitualmente l'acqua della caraffa come alternativa a quella della bottiglia.
Ad aprile del 2010 la tariffa idrica è aumentata del 7%, che corrisponde grosso modo a 1 euro e mezzo al mese.

di **Ines Brentan**

# ROBERTO CASARIN:
## *l'acqua costerà di più? Era ora...*

### *Le tariffe italiane sono le più basse d'Europa*

Nella foto sopra, **Roberto Casarin**, ex Segretario regionale all'Ambiente e al Territorio

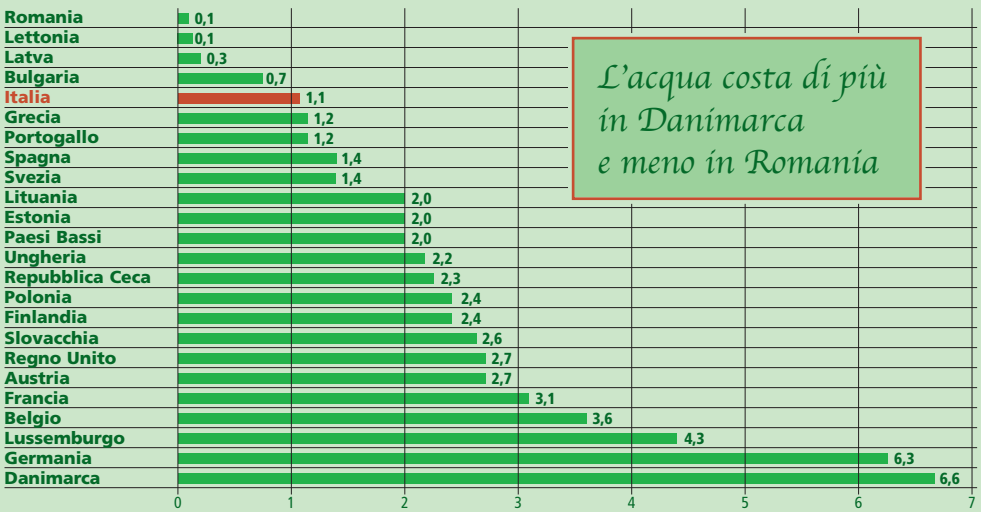
"Col decreto Ronchi l'acqua rischia di costare di più? Era ora. Forse non si sa che in Italia le tariffe sono le più basse d'Europa, dove si paga il doppio se non il triplo. E se qualcuno dovesse gridare allo scandalo leggendo le mie parole, vorrei che prima si facesse un esame di coscienza e si chiedesse quanto ogni famiglia spende ogni anno di cellulare". Va contro tendenza Roberto Casarin, ex Segretario regionale all'Ambiente e al Territorio (da pochi mesi in pensione), quando si discute di acqua, il tema caldo dell'estate appena trascorsa.

Per lui tanto chiasso sull'argomento è stato frutto di strumentalizzazioni della "cattiva" politica. Motivo per cui si è fatta tanta confusione, gran parte della quale non per caso. "Privatizzazione dell'acqua? Ma quando mai", sbotta Casarin. "Qui in Italia – aggiunge – c'è la cattiva abitudine di identificare il gestore di un servizio col paròn. Ma qui le cose sono ben diverse. Il proprietario rimane l'ente pubblico, è solo il concessionario, cioè il gestore del servizio, che potrà essere privato, ma questo non significa che l'acqua non sarà più un bene comune". "Del resto – continua l'ex Segretario regionale – quali altri servizi sono gestiti da concessionari privati? Pensiamo all'energia, al gas, per non parlare delle autostrade, delle ferrovie. Il decreto Ronchi, secondo me, è una norma giusta che ci mette in linea con l'Europa". E se questo si tradurrà in bollette gonfiate, secondo Casarin, non bisogna preoccuparsi.

"Anche se aumenteranno i costi per l'acqua – dice – e sarebbe il momento visto ciò che accade in altri Paesi europei, non vedo perché allarmarsi. Invece di 140 euro all'anno (costo medio per famiglia) si spenderà 200? Oppure il doppio? Non credo che una cifra del genere manderà in rovina qualcuno. Soprattutto se pensiamo che per altri servizi paghiamo davvero tanto, basti pensare al gas, ad esempio, dove una famiglia media paga almeno 1.400 euro all'anno". E per i meno abbienti? "Se poi c'è una parte di popolazione più debole – dice – dovrà essere tutelata e non vedo perché non dovrebbe accadere. Si studieranno le fasce sociali e chi ha meno pagherà meno". Casarin punta poi il dito sugli sprechi. "Col privato – dice – verrà attuata una gestione delle tre E: efficacia, efficienza ed economia. Verranno fatti investimenti opportuni a garantire sicuramente un servizio migliore dell'attuale. E noi italiani cominceremo davvero a risparmiare perché faremo più attenzione al consumo dell'acqua". C'è poi la questione dei controlli, molto cara all'ex Segretario. "Visto che non dobbiamo inventarci nulla – dice – auspico che se non saranno più gli Ato (conferenza dei Comuni proprietari dell'acqua che cesseranno a fine anno) a vigilare sulla corretta gestione degli impianti idrici, ci siano altre realtà simili a controllare giorno dopo giorno l'operato dei concessionari. Perché solo quando si sa di essere sotto osservazione, si fa attenzione a come si lavora, ci si impegna di più". ■

## Costi dell'acqua in Europa

**Tariffe (Euro/mc) nelle capitali dei Paesi della Unione Europea**




*L'acqua costa di più in Danimarca e meno in Romania*

**FONTE:** World Water Forum. Istambul 2009

*Si ringrazia la Direzione Tutela Ambiente della Regione Veneto, Servizio Sistema Idrico Integrato, per la preziosa collaborazione*

# SEI SICURO DI ESSERE IN REGOLA CON LE NORME CEI?

europe service

Europe Service Sas, con sede a Padova, affiancata da Aziende affermate nel settore, le quali hanno permesso la formazione di personale specializzato, si presenta oggi nel settore della sanità pubblica e privata sul territorio Triveneto. Perseguendo i seguenti obiettivi:

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

**In tutta Europa è in vigore la Direttiva CEI en 60601-1 con classificazione 62-5 terza edizione relativa alla sicurezza degli apparecchi elettromedicali posti all'interno di una struttura sanitaria. Inoltre è stata pubblicata la nuova edizione della Guida CEI 62-122 "Guida alle prove di accettazione ed alle verifiche periodiche di sicurezza e/o di prestazione dei dispositivi medici alimentati da una particolare sorgente di alimentazione".**
**Per gli apparecchi elettromedicali sono di primaria importanza, sia la sicurezza fondamentale, sia la precisione dei dati di ingresso e di uscita verso il paziente, poiché da questi dati dipendono decisioni legate alla salvaguardia della sua salute.**

**La nostra Società svolge i seguenti servizi:**

- Manutenzione ordinaria di apparecchiature elettromedicali con contratti secondo normativa CEI 62–122 e straordinaria per la semplice riparazione e certificazione anche di poche unità.
- Verifiche di Sicurezza elettrica **(Norme CEI 62-5 e 66-5)**.
- Gestione informatizzata delle apparecchiature tramite software, siamo in grado di storicizzare tutti gli interventi sulle apparecchiature e scadenzare le verifiche di sicurezza elettriche, avvertendo il Cliente quali apparecchiature sono bisognose della Certificazione secondo la normativa in vigore.
- Consulenza tecnica su acquisizione di nuove apparecchiature elettromedicali. Gestione globale del parco apparecchiature, revisioni e collaudi, trasferimento di apparecchiature, ricondizionamento di apparecchiature usate.
- Attività di vendita nel sanitario in genere: Materiale monouso da fisioterapia. Arredo di ambulatori in genere, elettromedicali (Fisioterapia, Cardiologia, medicina del Lavoro e dello Sport).

La Europe Service Sas si avvale di personale tecnico altamente specializzato e costantemente aggiornato a mezzo di appositi corsi professionali, oltre alle conoscenze acquisite sul campo da anni di esperienza.
I tecnici sono quindi in grado di intervenire con successo su varie tipologie di apparecchiature quali:

- ECG, spirometri, apparecchi per elettroterapie, Laser, Magneto Terapia, Onde corte, Ipertermia, Radar Terapia, Tecar Terapia, Ultrasuono Terapia, misuratori automatici non invasivi della pressione, defibrillatori, ecc.

**Contattaci subito per qualsiasi informazione**
**EUROPE SERVICE SAS**
35129 – PADOVA (Italy)
Via Delle Molle, 9
Telefono e Fax: +39 049.8647133
E-mail: info@europeservice.info
Sito web: www.europeservice.info

di **Giuliano Gargano**

# VALTER BONAN:

## *Il privato fornisce un servizio migliore?*

### *E allora perché in Europa si dà il via alla ripubblicizzazione del servizio dell'acqua?*

"È un caso che dove si paga di più l'acqua, il gestore sia un privato? È un caso che con la privatizzazione dell'acqua, processo cominciato con la legge Galli del 1994, gli investimenti siano calati da 2 miliardi di euro a 780 milioni?" Per il coordinatore regionale veneto del Forum Italiano per i Movimenti dell'Acqua, Valter Bonan, "il nuovo decreto Ronchi non manterrà l'acqua un bene comune e universale, come invece continua a sostenere a chiare lettere il Ministro, ma è uno strumento chiaramente pro privati".

"Il Ministro Ronchi – ha detto Bonan – gioca con le parole. Parla di liberalizzazione quando sa bene che il termine esatto è invece privatizzazione. Perché se fosse davvero liberalizzazione, un cittadino potrebbe scegliere tra più soggetti erogatori, qui invece non c'è scelta, tramite una gara verrà individuato un unico gestore, la cui quota privata dovrà essere maggiore di quella pubblica". "Verrà scelto – continua Bonan – l'erogatore che offrirà il miglior servizio e la migliore offerta. È ovvio che la proposta inizialmente sarà vantaggiosa, ma visto che si tratta di contratti lunghi, anzi lunghissimi, di 30-40 anni, certamente chiederà nel tempo una rivisitazione delle tariffe e nei contratti pluriennali questo è certamente previsto". Bonan va giù duro sulla gestione privata. "E a chi replica dicendomi che il pubblico non è in grado di garantire la stessa efficienza del privato io rispondo che è falso. Perché è il momento che si demitizzi l'idea che il privato dia un servizio migliore, che investa di più, perché non è così. Non è vero che se il gestore privato aumenta le tariffe lo fa per investire. Ricordiamo che il privato ha un obiettivo ben chiaro, fare profitto".

"Basta vedere cosa accade – continua il coordinatore regionale del Forum – in città dove la gestione è privata. Prima di tutto le bollette sono più salate, è il caso ad esempio di Agrigento in Sicilia o Arezzo in Toscana, dove una famiglia tipo di tre persone paga all'anno circa 445 euro (Rapporto Cittadinanzattiva 2008). Qui i cittadini pagano il doppio della media nazionale. Dove invece c'è il pubblico, si paga meno, ad esempio a Milano, in Lombardia, dove una famiglia paga in media 106 euro annui".

"Tariffe salate, servizio più efficiente? Non è sempre vero", specifica Bonan. "Anche dove le bollette scottano, scopriamo che si nascondono aree dove c'è una importante perdita di acqua: in Sicilia del 40% e in Toscana del 32%". E dove si paga di più non è detto che si incrementi il servizio, talvolta ad aumentare è invece il profitto. Secondo Bonan, infatti, se il pubblico avanza qualcosa lo reinveste, ma ciò non accade con il privato. "Ricordiamo – dice – che nella tariffa vengono calcolati a pro del privato, non solo i costi di gestione e quelli del capitale investito, ma anche il ritorno del capitale investito. All'interno della tariffa c'è la remuneratività del capitale investito che vale ben il 7%. Non è profitto questo?". Se si pensa che una via d'uscita, per risparmiare, si può trovare nel combattere gli sprechi domestici dell'acqua, il cittadino si sbaglia di grosso. Firenze docet. "Circa un anno fa – racconta Bonan – è accaduta una cosa davvero singolare nel capoluogo toscano. È stata avviata una campagna di sensibilizzazione per educare i cittadini ad usare in maniera appropriata l'acqua. I consumi erano diminuiti, ma a questo punto, anche il profitto ne era andato di mezzo, per cui con lo stupore di tutti, le tariffe aumentarono".

Bonan chiude con una provocazione. "Perché mentre altri Paesi europei stanno facendo marcia indietro sulla privatizzazione, vediamo ad esempio Parigi che ha dato il via ad una ripubblicizzazione del servizio, noi in Italia stiamo facendo il contrario? Perché lo Stato pare deresponsabilizzarsi ogni anno di più? Ora tocca all'acqua e domani? Alla scuola? Alla sanità?" ■

*Scatto fotografico realizzato durante la campagna di raccolta firme e scaricato dal sito internet:* ***www.acquabenecomune.org****.*
*Tutti i diritti dell'immagine sono riservati*

## Remo Sernagiotto

### CON LA GESTIONE PRIVATA VERRANNO DIMINUITE LE TARIFFE

"Finché la politica strumentalizza le questioni, non si andrà mai avanti in questo Paese".
È molto critico l'Assessore regionale ai Servizi Sociali, Remo Sernagiotto, quando lo si interroga sul rischio della privatizzazione dell'acqua.
"L'acqua rimane un bene universale. Non è l'acqua, infatti, a venir privatizzata col decreto Ronchi – incalza l'assessore – ma casomai le tubature che, se siamo onesti lo affermiamo anche se con un po' di vergogna, sono ridotte a dei colabrodi".
L'assessore non ha dubbi sul rilancio che avrebbero gli acquedotti italiani con l'ingresso dei privati nella gestione.
"Oggi – continua Sernagiotto – checché se ne dica, altro che 30-35% di perdita di acqua, ne perdiamo anche il 50% qui al Nord e non voglio immaginare cosa accada nel Sud".
"Visto che il pubblico non ha più soldi – continua l'assessore – per fare gli investimenti opportuni per risanare i nostri acquedotti c'è bisogno dei privati. Grazie al risanamento delle tubature, inoltre, non perderemo più l'acqua e questo significa risparmio anche di soldi". Sì, per Sernagiotto coi privati gli italiani non dovranno più metter mano al portafogli. "Sono convinto che con una nuova gestione – aggiunge – le tariffe verranno diminuite. Questo succederà perché oggi il cittadino paga non solo quello che consuma, ma anche l'acqua che viene persa a causa di una poco efficiente gestione degli impianti idrici.
Oggi invece di produrre dieci, produciamo cinque. Domani, grazie al decreto Ronchi, produrremo dieci".

Nella foto, **Remo Sernagiotto**,
Assessore regionale ai Servizi Sociali

## Maurizio Conte

### SI ALLA PARTECIPAZIONE DEL PRIVATO, MA IL CONTROLLO DEVE ESSERE PUBBLICO

L'acqua è un bene vitale e come tale non può essere soggetto a logiche di mercato o di speculazione, ma deve essere garantito a tutti con la stessa qualità, quantità e fruibilità. Questo in sintesi l'obiettivo politico espresso dall'Assessore all'Ambiente della Regione del Veneto, Maurizio Conte, in merito al decreto Ronchi, che prevede, tra l'altro, la riforma dei servizi pubblici locali, tra cui la gestione della risorsa idrica e la raccolta e smaltimento dei rifiuti. "Il Veneto – sottolinea Conte – vuole dare delle risposte per quanto riguarda la questione dei costi di gestione dei servizi, gestione per la quale può anche essere prevista la partecipazione del privato, ma che non può prescindere dalla garanzia del controllo pubblico. Se parliamo di investimenti per interventi, che con risorse pubbliche non riusciamo a realizzare, di investimenti che garantiscano una rete acquedottistica adeguata e che non disperda la risorsa idrica – precisa Conte – penso possiamo sicuramente dialogare con il privato, che in questo può trovare anche l'aspetto di attrattiva imprenditoriale, senza però dimenticare l'obiettivo di utilità pubblica del servizio". L'assessore poi ricorda che è importante mantenere quel rapporto di aggregazione tra Enti Locali, municipalizzate e gli Ato, che ha contraddistinto in questi anni la gestione della risorsa idrica in Veneto. "Sono aspetti e esperienze importanti – ribadisce – che devono essere consolidati in un confronto con il territorio per una sempre migliore gestione e un sempre migliore servizio al cittadino". A questo proposito Conte precisa che vi possono essere tante proposte, tra le quali la costituzione di un'unica Ato regionale per quanto riguarda gli indirizzi e il controllo, che, sulla base di convenzioni, deleghi alle attuali ATO la gestione diretta e i piani di investimento. "Questo – conclude – in considerazione del fatto che rappresentano delle realtà che funzionano bene e che hanno pianificato investimenti per i prossimi 25/30 anni al fine di garantire al nostro territorio un servizio idrico integrato di qualità".

Nella foto, **Maurizio Conte**,
Assessore regionale all'Ambiente

di **Ines Brentan**

NES Nord Est Sanità

# ETTORE FORTUNA, PRESIDENTE MINERACQUA:

## *sì al decreto Ronchi per una migliore gestione degli acquedotti*

### *Ma l'acqua da bere deve essere solo quella della bottiglia*

"Visto che in questi anni la gestione pubblica dell'acqua potabile non ha brillato un granché, credo che non farà male, anzi, una riorganizzazione che dia spazio al privato". Ma il fatto che Parigi, fino a ieri con una gestione privata, oggi abbia dato il via ad una ripubblicizzazione, non conta? "Sono convinto che questa sia una notizia che sta più sui giornali che nella realtà. E comunque è un'ondata che passerà prima che si possa immaginare". Ettore Fortuna, presidente di Mineracqua, Federazione che rappresenta le industrie italiane che confezionano acque minerali naturali, promuove il decreto Ronchi sulla liberalizzazione dell'acqua potabile. E' certo che una gestione privata degli acquedotti "sarebbe più efficiente e garantirebbe maggior qualità e sicurezza ai cittadini con tariffe sicuramente proporzionate al servizio che viene erogato". Non solo, crede che ci sarebbero anche meno sprechi. "All'anno, in Italia, – dice – si calcola una dispersione media di acqua potabile pari al 35%". Questo però non deve indurre in inganno il cittadino sul vero pensiero del presidente di Mineracqua perché, secondo lui, l'acqua da bere dovrebbe essere "sempre e solo quella della bottiglia e non quella che esce dal rubinetto di casa propria". "Sono nonno di due nipotini – dice Fortuna – e non mi sognerei mai di far bene loro l'acqua potabile. Con l'acqua del rubinetto possiamo lavarci e fare il bucato, nient'altro". Ma non si tratta sempre

Nella foto, **Ettore Fortuna**, Presidente Mineracqua

## La Carta di identità...

### ...dell'acqua minerale

**Nell'etichetta di una bottiglia di acqua minerale devono essere sempre presenti le seguenti informazioni, come previsto dal D.Lgs 105/92:**

- Acqua minerale naturale con l'eventuale aggiunta di indicazioni riguardanti il livello di gasatura.
- La denominazione dell'acqua e il nome della località d'origine.
- I risultati dell'analisi chimica e fisico-chimica (aggiornati almeno ogni 5 anni).
- La data in cui sono state eseguite le analisi chimiche e il laboratorio che le ha eseguite.
- Il contenuto nominale del recipiente (che in Italia non può essere superiore a 2 litri)
- Il titolare del provvedimento di autorizzazione all'utilizzazione.
- Il termine minimo di conservazione.
- La dicitura di identificazione del lotto di produzione.

**MINERACQUA**

Costituita nel 1990, Mineracqua (www.mineracqua.it) è l'organizzazione imprenditoriale che riunisce, rappresenta e tutela le industrie italiane che confezionano acque minerali naturali, acque di sorgente e bevande analcoliche.
La Federazione è l'unico interlocutore delle imprese produttrici in Italia ed è riconosciuta dalle Amministrazioni statali e regionali e dalle Organizzazioni nazionali ed internazionali: l'Unione Europea (UE), l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

## Lo studio

**Lo studio intitolato "Le acque da bere in Italia: analisi e valutazione di qualità" di Massimiliano Imperato, Marco Guida e Marco Trifuoggi, Università di Napoli, effettuato tra novembre 2008 e febbraio 2009, ha esaminato la qualità delle acque dei rubinetti di cinquanta città italiane, in diciassette regioni tra cui anche il Veneto, e la qualità delle acque minerali imbottigliate in PET. Nel 77,44% dei casi analizzati di acqua potabile è stata riscontrata la presenza di composti organo alogenati e trialometani, cioè sottoprodotti della clorazione dell'acqua. Nel 24,83% dei casi si è riscontrata contaminazione fecale. Mentre nelle acque minerali non è stata rilevata alcuna presenza di contaminanti antropici, ovvero derivanti da attività umana.**

## Import export

**In Italia vengono imbottigliate e vendute 12 miliardi e mezzo di bottiglie di acqua minerale all'anno. Di queste, 1 miliardo viene dedicato all'esportazione in Europa, negli Stati Uniti, in Canada, in Cina e Giappone: l'export ha un saldo attivo per 400 milioni di euro. Il rimanente, cioè 11 miliardi e mezzo, rappresenta il consumo italiano: 185 litri pro capite all'anno.**

di acqua? "La minerale e la potabile – spiega – hanno solo la radice comune nel termine "acqua". Ma nulla di più. Sono due acque diverse e non è un caso che vengano infatti disciplinate da due leggi differenti (il decreto Ronchi non riguarda l'acqua minerale, ndr)". L'acqua minerale proviene da un giacimento profondo e protetto, ha sempre la medesima composizione chimi-

### LA NORMATIVA DELL'ACQUA MINERALE

**Nel sito internet di "Acque Italiane" (www.acqueitaliane.fondazioneamga.org) è possibile consultare i dati relativi alle acque minerali autorizzate al commercio in Italia - la ricerca viene effettuata per denominazione e area geografica, ma anche per parametri chimici (grado di mineralizzazione, caratteristiche di composizione) - nonché tutte le disposizioni legislative in materia:**

- Circolare N° 17 Ministero della Sanità 13/09/1991: Analisi microbiologiche di acque minerali naturali.
- DECRETO LEGISLATIVO 25 gennaio 1992, n. 105: Attuazione della direttiva 80/777/CEE relativa alla utilizzazione e alla commercializzazione delle acque minerali naturali.
- D.M. 12 novembre 1992, n. 542: Regolamento recante i criteri di valutazione delle caratteristiche delle acque minerali naturali (Pubblicato nella Gazz. Uff. del 12 gennaio 1993, n. 8).
- Circolare N° 19 Ministero della Sanità 12/05/1993: Vigilanza sulla Utilizzazione e la Commercializzazione delle Acque Minerali.
- DECRETO LEGISLATIVO 4 agosto 1999, n. 339: Disciplina delle Acque di Sorgente e modificazioni al decreto legislativo 25 gennaio 1992, n. 105, concernente le Acque Minerali Naturali, in attuazione della direttiva 96/70/CEE (Pubblicato nella Gazz. Uff. del 1 ottobre 1999, n. 231).
- DECRETO 11 settembre 2003: Attuazione della direttiva 2003/40/CE della Commissione nella parte relativa all'etichettatura delle acque minerali e delle acque di sorgente.
- DECRETO 29 dicembre 2003: Attuazione della direttiva n. 2003/40/CE della Commissione nella parte relativa ai criteri dei valutazione delle caratteristiche delle acque minerali naturali di cui al decreto ministeriale 12 novembre 1992, n. 542, e successive modificazioni, nonché alle condizioni di utilizzazione dei trattamenti delle acque minerali naturali e delle acque di sorgente (Pubblicato nella Gazz. Uff. del 31 dicembre 2003, n. 302).
- DIRETTIVA 2003/40/CE DELLA COMMISSIONE del 16 maggio 2003: che determina l'elenco, i limiti di concentrazione e le indicazioni di etichettatura per i componenti delle acque minerali naturali, nonché le condizioni d'utilizzazione dell'aria arricchita di ozono per il trattamento delle acque minerali naturali e delle acque sorgive.
- DECRETO 24 marzo 2005: Gamme delle acque minerali naturali e delle acque di sorgente destinate alla somministrazione (Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 5 Aprile 2005, n. 78).
- DECRETO 13 gennaio 1993: Metodi di analisi per la valutazione delle caratteristiche microbiologiche e di composizione delle acque minerali naturali e modalità per i relativi rilevamenti dei campioni.
- DIRETTIVA 2009/54/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 18 giugno 2009: sull'utilizzazione e la commercializzazione delle acque minerali naturali.
- Circolare del Ministero della Salute del 17 dicembre 2007: Revisione della Circolare n.80 dell'8 novembre 1980 recante "Indicazioni per la conduzione delle sperimentazioni cliniche delle acque minerali naturali".

ca ed è pura batteriologicamente. Per legge, inoltre, viene imbottigliata alla sorgente. L'acqua potabile, invece, quella degli acquedotti, ha un'origine superficiale. Si raccoglie dai fiumi o dai laghi e viene resa potabile grazie a trattamenti di cloro.
"Nell'acqua minerale – dice Fortuna – sarà impossibile trovare dei contaminanti, mentre li si scova il più delle volte nell'acqua potabile, come rivelano alcuni studi, in particolare uno recente svolto dall'Università di Napoli dal titolo "Le acque da bere in Italia: analisi e valutazione di qualità". E l'acqua del Sindaco? "E' una bufala", risponde secco Fortuna. "Si chiama politica – aggiunge – e la politica talvolta inganna. In questo caso le amministrazioni comunali stanno disinformando i cittadini approfittando del periodo difficile di crisi economica che si sta vivendo". "Per fortuna – continua il presidente - che la gente non si fa abbindolare e la dimostrazione è dettata dal fatto che il 60% degli italiani continua a preferire l'acqua minerale alla potabile". ■

## I costi

**L'acqua del Sindaco è tuttora la più economica, anche se non si può sapere ora se le tariffe subiranno un ritocco con una eventuale gestione privata degli acquedotti.**

### 1.000 litri equivalgono ad 1 euro

**L'acqua minerale, invece, va da 0,19 centesimi al litro.**

# *Riceviamo e pubblichiamo*

*Gentile Dottoressa Brentan,*

il dibattito sulla privatizzazione del servizio idrico a cui stiamo assistendo da alcuni mesi a questa parte è di importanza cruciale poiché riguarda un bene, l'acqua, che è indiscutibilmente un diritto di tutti: per questo motivo la ringrazio per darmi l'opportunità di fare chiarezza sulla posizione del nostro Gruppo al riguardo.

È fondamentale innanzitutto precisare che il tema privatizzazione nel nostro Paese riguarda soltanto il settore delle acque potabili, attualmente gestite da società pubbliche o a capitale misto: in questo settore Nestlé non è attiva in alcun modo né in Italia né nel resto del mondo. Ci è invece capitato di leggere più volte il nome della nostra azienda collegato alla questione, per il solo fatto di essere una delle più grandi multinazionali in Italia e di operare nel settore acqua minerale. Nestlé, infatti, è attiva attraverso il Gruppo Sanpellegrino nel mercato delle sole acque minerali e non in quello delle acque potabili, dove non siamo, né intendiamo essere presenti in futuro. Il collegamento tra la nostra azienda e il tema privatizzazione è dunque assolutamente privo di fondamento.

Terrei inoltre a precisare che il Gruppo Sanpellegrino non è proprietario di alcuna fonte di acqua minerale ma, come prescritto dalla legge, ottiene concessioni demaniali da parte delle Regioni che permettono di imbottigliare l'acqua da alcune sorgenti a fronte del pagamento di un canone. Di questa risorsa, l'azienda si prende cura attraverso una scrupolosa attenzione alla tutela dell'ecosistema circostante e osservando le severe normative che limitano l'emungimento per rispettare il "ciclo dell'acqua" e la ricarica naturale delle sorgenti. A tutto ciò, uniamo una costante attività di controllo qualità per fornire ai consumatori acque minerali dalla massima purezza e genuinità: quotidianamente infatti, alle analisi effettuate nel pieno rispetto degli elevati standard previsti dal Ministero della Salute, vengono affiancati dei rigidi autocontrolli interni.

Vorrei infine ricordare che le sorgenti sono spesso ubicate in aree scarsamente sviluppate da un punto di vista economico: l'industria dell'acqua minerale, dunque, è in grado di generare occupazione e sviluppare un importante indotto economico per queste comunità. In particolare, Sanpellegrino in Italia occupa circa 2000 persone, tutte orgogliose di lavorare ogni giorno per assicurare all'acqua un futuro di qualità, aderendo in modo particolarmente sentito alla nostra missione aziendale.

Con la speranza di aver chiarito la posizione del Gruppo Sanpellegrino in merito al tema privatizzazione ed averLe fornito utili informazioni sulla nostra azienda e sulle nostre modalità di azione, resto a disposizione per ogni ulteriore approfondimento.

Cordialmente,

**Manuela Kron**
Direttore Corporate Affairs
Gruppo Nestlé in Italia

*(Lettera ricevuta via mail il 1 luglio 2010)*

di **Ines Brentan**

# VIAGGIO NELLE ASL VENETE, *tappa ad Arzignano*

## *Alessi: programmazione e riorganizzazione sono le due paroline magiche per rilanciare la sanità veneta*

*Una vita divisa in due, che coniuga con passione. Veste i panni di un nomade solitario quando gira il mondo, a cavallo della sua moto, per inseguire il suo mito di sempre, Bob Dylan, ma poi torna a casa, da due anni, alla Ulss 5 ovest vicentino, dove è direttore generale, e qui cambia. Diventa pragmatico, promotore del lavoro di squadra e assertore di quella programmazione che, secondo lui, rilancerebbe la sanità veneta. "Perché senza programmazione – dice il Dg – non è sensato far nulla. È come quando non si ha una mappa, si naviga a vista, ti può andare più o meno bene, ma non si arriva mai alla vera meta".*

***La nuova Giunta regionale ha promesso una riorganizzazione della sanità veneta. Secondo lei questo si tradurrà in tagli? E se sì, dove?***
Credo che la riorganizzazione che si appresta a fare la giunta Zaia non sarà ridotta a tagli, bensì punterà ad un miglioramento del nostro sistema sanitario. Del resto abbiamo bisogno di un intervento, ne abbiamo bisogno come il pane. Non è vero che il nostro unico problema sia quello economico, che indubbiamente nessuno può negare che esista, ma abbiamo anche altri ostacoli importanti da superare per garantire al cittadino sempre buoni standard di servizi erogati. Ad esempio, un grosso problema che dovrebbe venir affrontato dalla riorganizzazione regionale è senz'altro la carenza di personale medico nel mercato del lavoro. Penso ai tecnici radiologi, ai chirurghi, ai ginecologi. Penso all'assenza di professionalità ad alto rischio come i pronto soccorsisti e rianimatori. Secondo me le risorse umane, rispetto alla tecnologia e l'informatica, giocano una percentuale più forte per la riuscita di un'Azienda: l'80%.

***Cosa non deve mancare nel nuovo Piano Socio Sanitario?***
Visto che si tratta di un Piano Sociale e Sanitario insieme, è fondamentale che offra una visione completa e sinergica. Mi spiego meglio. Abbiamo due assessori regionali, Luca Coletto per l'area sanitaria e Remo Sernagiotto per quella sociale. Non dico che si debba arrivare ad una figura unica come il Segretario Regionale alla Sanità, che gestisca entrambe le deleghe, ma che ci sia un maggior dialogo e collaborazione tra i due assessori atto a favorire, a noi gestori delle Ulss, un lavoro più efficace ed efficiente.

***Mi giunge però voce che il Veneto stia strizzando l'occhio al sistema sanitario lombardo…***
Non è possibile nemmeno pensarlo per il semplice motivo che in Veneto non c'è un privato forte. Il sistema socio-sanitario che la nostra Regione ha adottato nei primi anni Novanta è un patrimonio a cui, d'altra parte, non dovremmo mai rinunciare…

***Tornando al Piano…***
Alla luce di un maggior dialogo tra assessore sanitario e quello sociale dovranno essere riletti i Lea (Livelli essenziali di assistenza) socio-sanitari e i Lea sanitari. Inoltre bisognerà che venga preso in considerazione e risolto il discorso dell'assetto delle Ulss. Come si fa, infatti, a fare programmazione se non abbiamo chiaro il disegno delle Ulss nel Veneto? Penso ad esempio alla questione dei "doppioni". Come li risolvo se non so se domani l'Ulss 5 continuerà a rimanere così com'è, oppure se subirà dei cambiamenti nel suo territorio di competenza? Se, come si vocifera, domani Arzignano andrà con Vicenza e Valdagno con Thiene, io oggi non posso ridurre a una le due Chirurgie e le due Ginecologie che ho negli ospedali.

***Ormai è assodato che l'ospedale debba essere solo per acuti e che i servizi debbano sempre più essere dislocati e potenziati sul territorio. In questo senso si sta già operando. Siamo nella direzione giusta?***
In generale sì, ci stiamo muovendo nella direzione corretta. Non ha senso che il paziente rimanga in ospedale tanti giorni come succedeva una volta. Rimane finché non è superata l'acuzia, dopodiché fa bene pure a lui tornare nel proprio ambiente familiare per la convalescenza. Ma è qui, che secondo me, manca qualcosa nella nostra organizzazione odierna, cioè le strutture intermedie. Quelle strutture dove il paziente può trovare altri servizi che non si possono fornire a domicilio.

***Arriviamo all'Ulss 5: come l'ha trovata al suo arrivo? Che ha fatto dal 2008 ad oggi e cosa c'è in programma entro il 2012, quando si chiuderà il mandato?***
Mi sono trovato di fronte ad una Ulss con un maggior tessuto sociale rispetto alle altre realtà che ho conosciuto in Veneto e Friuli. Un'Azienda arricchita da un forte associazionismo, che alimenta, insieme all'operatività dei sindaci, il senso di comunità. Ma oltre a questi lati positivi, ne ho trovati altri di negativi. È una struttura che ho scoperto debole sia dal punto di vista gestionale che organizzativo. Una Ulss che presentava la parte clinica poco stimolata, dove non c'era dialogo né all'interno né verso l'esterno. Ho cercato subito di porre le basi per un cambiamento: ho stipulato importanti convenzioni con le Università da permetterci oggi di ospitare ben due corsi di laurea. E ho svecchiato il quadro primariale. Contemporaneamente sono proseguiti i lavori di ristrutturazione per la logistica degli ospedali: il Pronto Soccorso e la Pediatria di Arzignano, a Valdagno il trasferimento nei locali nuovi della Nefrologia, il rifacimento della sede del Diparti-





*Nella foto in alto, l'**ospedale di Valdagno**, a destra, sopra, **Renzo Alessi**, in basso l'**ospedale di Arzignano***

## I numeri dell'Ulss 5

- 23 comuni, 177mila residenti assistiti
- 2 ospedali per acuti (Valdagno e Arzignano) e 2 poliambulatori con qualche letto di degenza (Montecchio e Lonigo)
- 584 posti letto ospedalieri
- 1 Distretto socio-sanitario a Montecchio e 2 Utap (Brendola e Chiampo)
- 4 strutture convenzionate
- 22mila ricoveri annui (17.300 ordinari e 4.700 day surgery e day hospital)
- 2.800.000 (circa) prestazioni ambulatoriali annue
- bilancio consuntivo 2009: 290 milioni di euro con un deficit di 11 milioni circa.

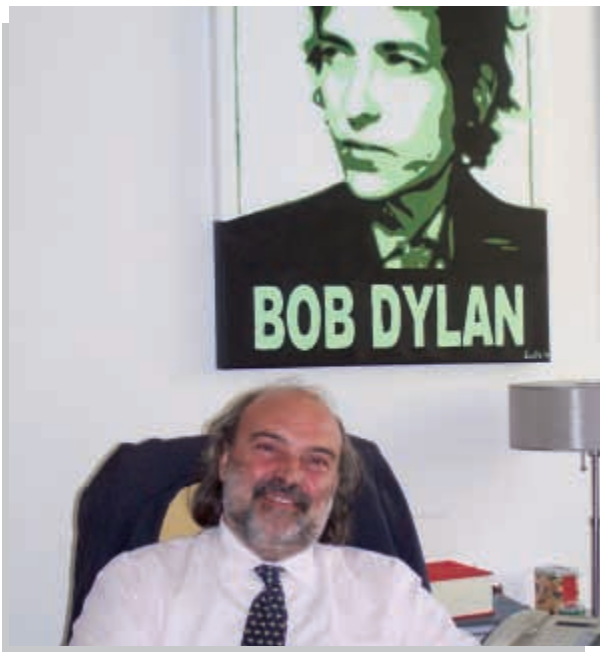
mento di Prevenzione. Interventi che rimangono necessari anche se all'orizzonte c'è la meta del nuovo ospedale, appuntamento del 2012.

*Ma si farà davvero? In Regione si è parlato di revisione anche per quanto riguarda la nascita di nuovi poli ospedalieri….*
Finché non si conferma il contrario, non vedo perché dovrei pensare diversamente. Il progetto c'è. Nascerà su un'area di 260mila metri quadrati (gli spazi occupati, tra cui parcheggio, cella mortuaria, ndr), tra Montecchio e Arzignano, nella località Canove. Dopo l'ok formale, si impiegheranno cinque-sei anni per costruirlo.

*E che ne sarà degli altri?*
Beh, l'ipotesi è di unire Montecchio e Arzignano. Mentre Lonigo sarà destinato a poliambulatorio riabilitativo e Valdagno rimarrà così.

*Torniamo alla situazione attuale: le eccellenze e i punti deboli di questa Ulss. Cosa fare?*
In genere non abbiamo, come Ulss 5, l'assoluta eccellenza, ma siamo dotati di servizi medio alti. A parte il centro Donna, che ha conquistato la scorsa estate ben tre bollini rosa come riconoscimento dell'impegno profuso dalla nostra struttura nei confronti delle malattie femminili, in questo caso, per il tumore al seno, non posso segnalare un'eccellenza in particolare. Forse in futuro avremo delle eccellenze: penso a due servizi inaugurati lo scorso primo settembre, cioè la Chirurgia vascolare a Valdagno e la Dermochirurgia (in day surgery) a Lonigo. Per quanto riguarda i punti deboli, ahimè, guardo al sistema di gestione, su cui sto ancora lavorando e agli spazi angusti che ci limitano molto.

*Si può parlare di integrazione Pubblico-Privato?*
L'integrazione va bene, ma penso che il Pubblico debba continuare a mantenere una supremazia sul Privato, per il semplice motivo che quest'ultimo, al di là di ciò che può dire, non potrà mai avere la medesima "mission" di un'Azienda Pubblica. Premesso ciò, credo che gli spazi per il Privato ci siano, anche più di quelli che possiede oggi, ma è importante che vengano inseriti in un contesto di flessibilità e raccordo con le Ulss. Mi piacerebbe che il Privato si confrontasse con noi manager per il tipo di prestazioni da erogare, in modo da rispondere appieno alle esigenze del cittadino: ad esempio, la Ulss 5 avrebbe bisogno che un Privato facesse Radioterapie, ma non c'è e i nostri pazienti sono costretti a spostarsi – grazie ai nostri pulmini – fino a Legnago. Al contrario abbiamo più laboratori di analisi di quanto avremmo bisogno!




Nome: **Renzo Alessi**
Nato a: **Padova**
Età: **55 anni**
Titolo di studio: **laurea in Scienze Politiche con indirizzo Politico-Sociale all'Università degli Studi di Padova.**
Impiego: **Direttore Generale dell'Ulss 5 ovest vicentino dal 2008. Precedentemente ha ricoperto il ruolo di Dirigente Direzione Risorse Umane e Formazione del Servizio Socio Sanitario Regionale della Regione Veneto.**

*Il suo sogno nel cassetto?*
Oltre a conoscere Bob Dylan? Scherzo, ovviamente. Vorrei rivedere rilanciata la programmazione della sanità veneta prima di andare in pensione, tra sei anni. Vorrei provare stimoli nuovi, avere un Piano, un disegno su cui lanciare nuove sfide. ■

di **Antonella Prigioni**

# LA NEURORIABILITAZIONE

## *Tutto parte dal cervello: anche i neuroni si rigenerano*

È stata Rita Levi Montalcini a scoprire che le cellule del cervello si rigenerano e guariscono. Una scoperta che ha modificato il concetto di riabilitazione. Una rivoluzione che, vent'anni fa, ha trasformato l'Ospedale San Camillo di Venezia in centro di eccellenza e ricerca per la neuroriabilitazione, tanto da essere riconosciuto come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nel 2005. La struttura è diretta a livello scientifico dal professor Leontino Battistin che, con soddisfazione, elenca i campi in cui la neuroriabilitazione ha dato, in questi vent'anni, risultati assolutamente soddisfacenti.

### SCOPERTA RIVOLUZIONARIA

"La svolta – dice Battistin – c'è stata quando si è capito che, per il ripristino delle funzioni motorie del corpo umano, bisognava agire sul cervello, poiché era nella lesione a livello cerebrale da ricercare la causa di molte paralisi. E non solo legate alla vecchiaia, ma a molte patologie tra cui l'Alzheimer, il morbo di Parkinson, la Sclerosi multipla, senza contare gli esiti della traumatologia cranica e vertebrale, le lesioni del midollo spinale. In tutte queste situazioni, prima si interviene, maggiori sono le possibilità di recupero funzionale". "La lista d'attesa purtroppo è lunga – aggiunge il professore – il San Camillo è un polo di riferimento regionale, nazionale ed internazionale. Il 35% dei nostri pazienti arriva da fuori regione. Una struttura che andrebbe potenziata e la Regione Veneto ci ha sempre sostenuto. Abbiamo cento posti letto, ma andrebbero raddoppiati. La degenza riabilitativa implica un paio di mesi di ricovero. Un aiuto fondamentale ce lo dà la teleriabilitazione".

### LA TELEMEDICINA

"Siamo il primo centro al mondo – dice Battistin – ad avere attivato la telemedicina per la neuroriabilitazione. Già dalla fine

### Parkinson: cenni storici

La malattia di Parkinson fu descritta per la prima volta da James Parkinson in un libretto intitolato "Trattato sulla paralisi agitante" pubblicato nel 1817. Paralisi agitante è il nome che identificò la malattia per quasi un secolo fino a quando ci si rese conto che il termine risultava inappropriato perché i malati di Parkinson non sono paralizzati. Si cominciò così ad utilizzare il termine parkinsonismo idiopatico (idiopatico vuol dire "di cui non si conosce la causa"), ma il termine più corretto in italiano è semplicemente malattia di Parkinson, che rende anche omaggio al medico che per primo l'ha descritta e sostituisce la vecchia traduzione ottocentesca di "morbo" di Parkinson.

degli anni Novanta curiamo pazienti a casa proprio con l'ausilio di robot telecomandati. Una metodica che si deve diffondere, riduce i tempi di ospedalizzazione e favorisce un accesso alla neuroriabilitazione a più malati contraendo i tempi di attesa".
Proprio sotto la direzione del professor Battistin, l'Ospedale San Camillo al Lido di Venezia si è trasformato in centro di neuroriabilitazione. "L'intuizione neurochimica della rigenerazione dei neuroni – dice Battistin – ha completamente cambiato l'approccio al recupero funzionale. Le patologie causate da Parkinson, da ictus o in seguito a sclerosi o lesioni, coinvolgono tutto il sistema muscolare, per cui la riabilitazione deve essere mirata a partire dal cervello. Nel Parkinson, ad esempio, il disturbo motorio si accompagna a rigidità del tono muscolare e a bradicinesia. Per cui il paziente nella riabilitazione necessita di stimoli particolari, ad esempio alzando il ginocchio può fare un piccolo passo. Servono altresì conoscenze specifiche del sistema neurocognitivo per la neuroriabilitazione".

## L'IRCCS

L'altissimo livello di professionalità e applicazione della ricerca fanno del San Camillo, appunto un IRCCS, un centro legato al MIT, Massachussets Institute of Technology, uno dei più importanti centri di ricerca al mondo con sede a Cambridge, negli Stati Uniti. Il San Camillo nasce nel 1920, come ospedale per la cura dei religiosi ammalati di tubercolosi. Poi diventa polo di riabilitazione ortopedica e, successivamente, centro di eccellenza neuroriabilitativa.

## OBIETTIVI DELLA RICERCA

"Sono tre i filoni a cui stiamo lavorando – conclude Battistin – e nei quali crediamo di poter raggiungere, in un futuro non lontano, risultati scientifici molto apprezzabili: la robotica e la telemedicina, tecniche per il miglioramento della vita di chi si trova in stato vegetativo e ricerca sulla neuroprotezione per malati di Parkinson, in modo da intervenire preventivamente sulla patologia. ■

### CHI È LEONTINO BATTISTIN

Laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova nel 1963 e specialista in Neurologia nel 1967. Dal 1967-1970 è stato Visiting Research Fellow, con borsa di studio presso il Research Center for Neurochemistry, Columbia University, New York. Ha diretto, dal giugno 1985, la Clinica Neurologica II presso l'Ospedale Geriatrico, dal novembre 1989 è Direttore della Clinica Neurologica I dell'Università di Padova e Direttore del Dipartimento di Neuroscienze. Dall'aprile 2005 è inoltre Direttore Scientifico dell'IRCCS Ospedale San Camillo, Venezia.

## L'Associazione AIP

All'inizio c'era solo l'AIP (Associazione Italiana Parkinson), fondata nel 1990 con la missione di informare sulla malattia. Ben presto l'associazione si accorse che le informazioni sulla malattia stavano crescendo e che vi era bisogno di neurologi "parkinsonologi" che si dedicassero ai pazienti parkinsoniani a tempo pieno, applicando le informazioni nuove provenienti dalla ricerca nella pratica clinica di tutti i giorni. Gli sforzi dell'AIP sono stati coronati dal successo nel 1997, anno in cui ha aperto il Centro Parkinson presso gli Istituti Clinici di Perfezionamento a Milano. Oggi il Centro collabora attivamente con l'AIP, fornendo un valido supporto per la diffusione delle informazioni sulla malattia. I medici specialisti che vi lavorano non solo partecipano ad incontri con i pazienti organizzati dall'AIP su varie tematiche di approfondimento sulla malattia, ma tengono anche corsi per operatori sanitari che desiderano ampliare ed aggiornare le loro conoscenze sulla malattia riconosciuti dal Ministero della Salute (corsi ECM) e fanno da "tutori" a medici specializzandi in Neurologia presso varie Università per quanto concerne la preparazione nel campo della malattia di Parkinson. Nel 1996 uno dei soci fondatori dell'AIP, il professor Gianni Pezzoli, ha creato la Fondazione Grigioni, la cui missione è di sopperire almeno in parte alla carenza dell'impegno pubblico nel campo della ricerca in Italia, dove è stato il primo ente morale che aveva esclusivamente lo scopo di individuare fonti di finanziamento e di raccogliere fondi da destinare alla ricerca scientifica per combattere la malattia di Parkinson.

### LE TRE BANCHE DATI PER LA RICERCA

La missione primaria della Fondazione Grigioni è la ricerca vera e propria. Non appena il centro Parkinson ICP ha aperto i battenti, la Fondazione ha trasferito lì la banca dati clinica che già sosteneva. In questa banca dati vengono inseriti regolarmente i dati clinici, strumentali, di laboratorio e sulla terapia (circa 250 parametri in tutto) relativi a pazienti parkinsoniani seguiti nel tempo da neurologi specializzati nella gestione di disturbi del movimento.

Nel 2002 ha contribuito attivamente all'apertura della banca del DNA, sempre presso il Centro Parkinson, che continua a sostenere assieme a Telethon. Infine, nel 2007, la Fondazione ha promosso l'apertura della banca dei tessuti nervosi (BTN), assieme agli Istituti Clinici di Perfezionamento e all'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda. Queste tre banche hanno un valore efficace per la ricerca quando vengono utilizzate assieme: gli esperti di genetica hanno bisogno di avere non solo il DNA, ma anche i dati clinici di un paziente perché solo così possono studiare quanto un gene si "esprime", ovvero si manifesta clinicamente con segni e sintomi; inoltre, anche i dati BTN sono importanti in quanto solo i dati dell'autopsia confermano la diagnosi di un paziente al 100%. Lo stesso vale per i patologi, che hanno bisogno di sapere come certe alterazioni del tessuto nervoso che essi vedono al microscopio, si manifestavano in vita e di valutare una eventuale correlazione tra alterazioni del tessuto e mutazioni genetiche oppure ad esposizione a determinate sostanze tossiche ambientali in vita. L'utilità della triade vale anche per i clinici, perché anch'essi sono interessati a vedere se determinati aspetti della storia di un paziente (per esempio esposizione ad un determinato fattore ambientale) sono correlati non solo a certe manifestazioni della malattia, ma anche a determinate alterazioni dei tessuti e a valutare il contributo di determinate caratteristiche genetiche.

## Il San Camillo

**Il San Camillo è dal 2005 un IRCCS, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. La sigla IRCCS identifica gli ospedali impegnanti nella ricerca scientifica (in Italia ce ne sono una cinquantina). La loro missione: sconfiggere le malattie neurologiche.**

### CHI SONO I PAZIENTI DELL'IRCSS?

Al San Camillo si trattano con neuroriabilitazione gli esiti di ictus, le gravi cerebro-lesioni acquisite, Sclerosi multipla, Sclerosi multipla amiotrofica (SLA), le patologie del sistema nervoso, le malattie di Parkinson e le mielolesioni. In sostanza vengono accolti tutti i pazienti affetti da patologie neurologiche che richiedono un trattamento riabilitativo neuromotorio. I pazienti in media rimangono ricoverati per un periodo dai 50 ai 100 giorni. Il San Camillo dispone di 100 posti letto, ma offre anche terapie per pazienti esterni che desiderano sottoporsi a trattamenti riabilitativi per via ambulatoriale. Congiuntamente all'attività assistenziale, l'IRCSS San Camillo svolge un'importante attività didattico-formativa e soprattutto una preminente attività scientifica. Accanto agli organi propri di un ospedale ci sono due comitati importanti:

1) Consiglio scientifico internazionale, che ospita studiosi di grande spessore;
2) Comitato tecnico/scientifico, che elabora le principali linee di ricerca.

L'istituto ha importanti convenzioni di ricerca scientifica con Istituti nazionali come ad esempio l'Università di Padova e il Politecnico di Milano, ma anche con prestigiosi Centri Internazionali come il MIT di Boston. Le principale aree d'intervento sono le malattie neurovegetative come Alzheimer o Parkinson, le malattie infiammatorie del sistema nervoso come la Sclerosi Multipla e i meccanismi attraverso i quali il sistema nervoso si rigenera, gli studi neurofisiologici, l'approccio neuro-farmacologico e le tecnologie innovative.

Per quanto riguarda le opportunità terapeutiche, al San Camillo viene praticata l'ippoterapia, meglio detta terapia con il mezzo del cavallo (l'insieme di tecniche mediche che utilizzano il cavallo per migliorare lo stato di salute di un soggetto umano). È una pratica riabilitativa utilizzata in pazienti con Sclerosi multipla e lesioni midollari per il controllo della stabilità e della coordinazione del tronco, in pazienti con ictus per la ricostruzione dello schema corporeo e in pazienti con traumi cranici per il recupero dell'orientamento spaziale.

di **Alberto Salmaso**

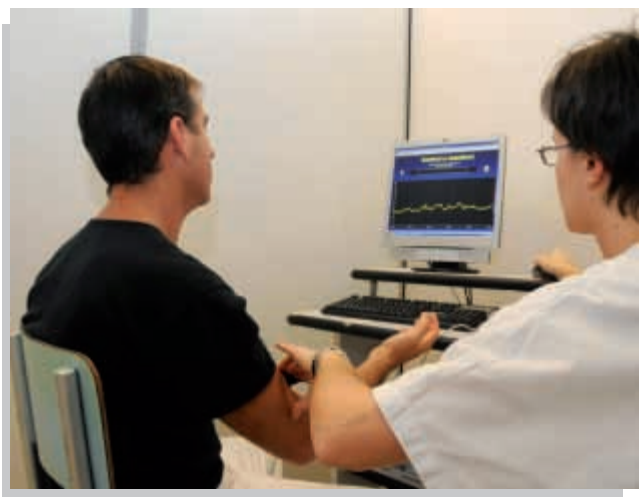
# DIAGNOSI PRECOCE PER IL PARKINSON

## *È la più diffusa malattia genetica neurologica*

È uno dei massimi esperti, a livello internazionale. Il professor Angelo Antonini, direttore del Dipartimento di Parkinson dell'Ospedale San Camillo del Lido di Venezia e neurologo presso il Centro Parkinson Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, studia da vent'anni i disturbi del movimento provocati dal morbo di Parkinson.

### MALATTIA SOTTOVALUTATA

"Sono molte le novità per questa patologia. Un morbo – afferma Antonini – che ha bisogno di essere preso maggiormente in considerazione da medici e pazienti. Si ritiene erroneamente che sia una malattia che colpisce solo in età senile, ma non è così. A ingannare sono i sintomi iniziali che non si aspettano, ma che identificano la patologia in modo molto precoce". "Il Parkinson – ribadisce il professore – va rivisto nella accezione di malattia. È necessario acquisire la netta consapevolezza che colpisce soggetti a tutte le età, anche adolescenti e poco più: si sono registrati casi di diciottenni. Non è affatto una malattia rara, ne soffrono 200mila persone in Italia, diverse migliaia in Veneto, 10mila in Nord Italia. È una patologia molto frequente, il 10% si ammala prima dei quarant'anni, tra i 20 e i 40. Ha un'incidenza tra i giovani simile a quella della Sclerosi multipla. 70mila i malati in Italia, esattamente come la sclerosi". Il Parkinson consiste nel deterioramento di alcune delle cellule che producono la dopamina nel cervello (la mancanza è un rallentamento della funzionalità dell'organismo). Le cellule si ammalano, già dieci o quindici anni prima della comparsa dei sintomi che compromettono il movimento. Esiste un esame scintilligrafico per diagnosticare precocemente la carenza di dopamina. Si inietta un tracciante, lo iuflopane, e si possono visualizzare le cellule che si possono ammalare. È un esame efficace come supporto alla diagnosi del neurologo.



### SINTOMI INGANNEVOLI

"Alterazioni dell'umore, depressione, disturbi del sonno e dell'olfatto, la stipsi stessa – spiega il professor Antonini – possono essere un indicatore della malattia. Chi ha questi fastidi tutti insieme può avere un'elevata possibilità di ammalarsi. L'inganno è che sono disturbi molto comuni e riconducibili ad altre cause, possono essere invece un campanello d'allarme per il medico di famiglia per inviare il paziente dal neurologo". "Il Parkinson – aggiunge – esordisce in modo subdolo, non con il tremolio, quel disturbo che tutti abbiamo in mente, pensando magari a Papa Wojtyla. Inizia con sintomi molto più ingannevoli: sbalzi di umore, difficoltà nel camminare: disturbi abbastanza poco specifici che portano solo meno della metà dei casi subito dal neurologo. Comincia con un dolore alla spalla, problemi urologici, disturbi generali, malesseri, per cui chi ne soffre fa il giro di tutti gli specialisti tranne che il neurologo. Dall'unico vero specialista che serve si arriva solo dopo anni, il che ritarda l'intervento terapeutico e aggrava la malattia che grazie alla diagnosi precoce, invece, può essere arrestata. Credo che ci sia la necessità di sensibilizzare i medici di famiglia, insegnare loro a dubitare di sintomi non noti, ma chiari, che precedono di molti anni il tremolio classico".

### UNA MALATTIA GENETICA

Il Parkinson è la malattia neurologica genetica più diffusa. Lo confermano molti studi e gli svariati test genetici eseguiti su persone che hanno un parente di primo grado affetto dal morbo. "Ebbe-

### Parkinson: i numeri

- 200mila casi in Italia
- 10mila nel Nord
- 20mila under 40
- colpisce il 2% over 65
- 2mila casi nuovi all'anno tra i giovani under 40

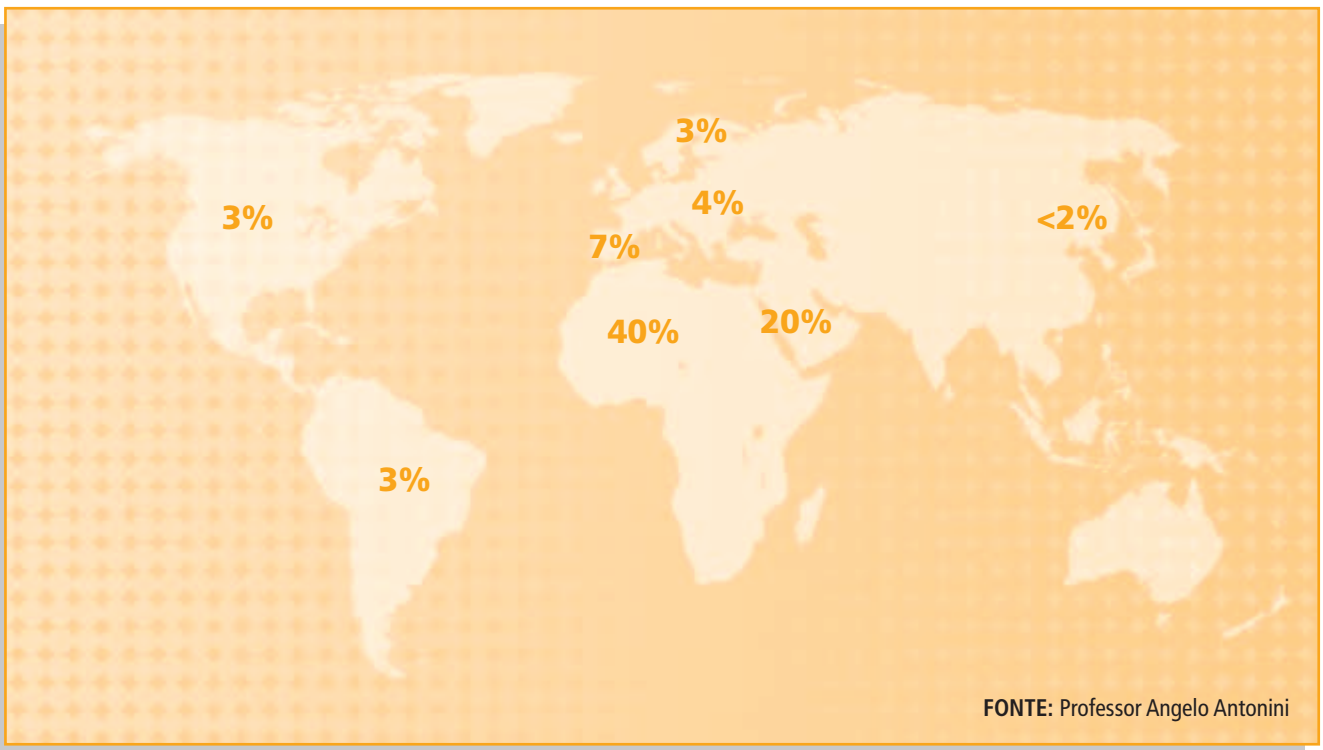
*Nella foto, un apparecchio per la diagnosi della malattia di Parkinson*

ne, i risultati – sottolinea il professor Antonini – testimoniano che una buona percentuale di coloro che hanno un familiare ammalato di Parkinson, può svilupparlo e che lo abbia in una forma genetica. Si conoscono le mutazioni genetiche della malattia, quindi siamo in grado di fare diagnosi molto precoci. La somministrazione di una terapia protettiva permette di contenere le conseguenze". La visione del Parkinson è radicalmente modificata: fino a cinque anni fa non era assolutamente chiaro che il contributo genetico fosse così importante. Oggi è valido per evidenziare la predisposizione e quindi verificare e prevenire la patologia nei figli degli ammalati. "Anche l'esposizione ad alcune sostanze tossiche – continua Antonini – può contribuire a determinare il morbo, ad esempio gli idrocarburi, stando ad alcune ricerche fatte da me qualche anno fa. Ho avuto modo di verificare che i lavoratori delle concerie di pelli, che utilizzano i solventi per il trattamento del materiale e operano in ambienti poco arieggiati, hanno sviluppato con maggiore incidenza la malattia. Nel vicentino, distretto conciario, c'è maggiore diffusione. I solventi per contatto cutaneo passano al cervello, colpiscono le cellule e lo privano della dopamina, in soggetti magari predisposti". "In Inghilterra – aggiunge – è stato appurato che in alcuni casi di giovani che hanno sviluppato la malattia, una componente fondamentale era stata l'abuso di ecstasy: le droghe infatti interferiscono con il rilascio di dopamina. Oltre alla genetica e ad alcuni fattori ambientali è difficile capire perché la malattia si sviluppa". A sostegno della natura genetica della malattia, c'è l'identificazione di alcuni "isolati genici", ossia zone geografiche specifiche in cui il Parkinson è molto diffuso. In Alto Adige, a Solda, località vicino allo Stelvio, è stato registrato un numero superiore di soggetti ammalati, rispetto alla media nazionale. Indagando il fenomeno abbiamo capito che tutti i pazienti erano stati colpiti dalla stessa mutazione perché consanguinei. Fenomeno analogo si è evidenziato anche in altre aree dove la causa è riconducibile all'esposizione di specifiche sostanze che si trovano nell'ambiente. Succede nelle isole dell'Oceano Pacifico. In Nordafrica un caso su cinque di Parkinson è genetico, fino ad uno su tre, dal Medio Oriente sino all'Algeria e al Marocco. La Spagna prevale sull'Italia, mentre nel Nordeuropa ci sono meno casi genetici. In Giappone è più raro che nel mondo occidentale. In Africa meno casi che alle nostre latitudini. Dati che confermano la responsabilità dei fattori ambientali, nell'insorgenza della malattia. ■

## i tre segni della malattia

- Tremori a riposo
- Rigidità
- Bradicinesia

## MAPPA DELLA DIFFUSIONE GENETICA DEL PARKINSON NEL MONDO




**FONTE:** Professor Angelo Antonini

di **Antonella Prigioni**

# NEUROSTIMOLAZIONE CEREBRALE
## *e cellule staminali*

### *Il pacemaker del cervello e il trapianto di cellule per guarire*

I farmaci per curare il Parkinson ci sono. Sono sempre più mirati ed efficaci, con minori effetti collaterali. Costano molto, ma bloccano e rallentano la progressione della malattia degenerativa cronica. Ma non è l'unica terapia. C'è anche l'intervento chirurgico al cervello, più precisamente definito la "neuro stimolazione cerebrale". E, ma ancora non è praticato in Italia per motivi normativi ed etici, il trapianto di cellule staminali.

"L'operazione al cervello è una terapia più che valida. A Milano – spiega il professor Antonini – la eseguiamo da dieci anni. La neuro stimolazione cerebrale consiste nell'inserimento di alcuni elettrodi nel cervello, una sorta di pacemaker simile a quello che si impiega per il cuore. L'impianto resetta il cervello e lo riporta nella condizione di produrre la dopamina e far riacquisire al paziente una funzionalità quasi normale. È un intervento effettuabile su soggetti con una storia di vent'anni di malattia e si può ottenere sino alla sospensione totale dei farmaci. Alla terapia chimica si sopperisce con terapia meccanica. L'intervento viene effettuato da un neurochirurgo, si fa con il paziente sveglio, che non deve però avere più di settant'anni e deve essere in buona condizione di salute. La neurostimolazione cerebrale riduce la terapia farmacologica e protegge dai peggioramenti soprattutto i soggetti più giovani, riduce gli effetti collaterali dei farmaci. L'Italia deve pensare alla ricerca con le staminali, per il Parkinson. Il mondo scientifico lo richiede.

"Serve la sigla di un protocollo d'intesa che autorizzi la ricerca in Italia che preveda il trapianto di cellule staminali, per la cura del Parkinson", sostiene Antonini. "Dal 1987, da ben più di 20 anni – dice – nel mondo si trapiantano cellule fetali nel cervello. È stata la prima malattia per cui sono state utilizzate le cellule staminali. Trapianti si fanno negli Stati Uniti, in Nord Europa, Gran Bretagna, Svezia e Germania. Una metodica che ha dato risultati non risolutivi, ma ha garantito una stabilizzazione delle condizioni del malato. Il Parkinson guida il filone di ricerca sulle patologie neurologiche. Ci sono parecchie strutture in giro per il mondo che si fanno pagare per questi trapianti. In Italia non si fanno per le limitazioni imposte dalla legge che previene l'utilizzo di cellule fetali".

"Molti pazienti vanno all'estero e pagano molto. Sarebbe il caso di considerare – evidenzia il professor Antonini – sperimentazioni attuabili nel nostro Paese". ■

**CHI È ANGELO ANTONINI**

Laureato con lode in Medicina e Chirurgia nel 1986 presso l'Università "La Sapienza" di Roma, specialista in Neurologia nel 1990, sempre con lode, presso lo stesso Istituto. Dal 1990 al 1995 ha lavorato come ricercatore presso l'Università di Zurigo al Dipartimento di Neurologia. Nel 1994 ha conseguito un Dottorato di Ricerca in Neuroradiologia presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Zurigo (Svizzera). Dal 1995 a tutto il 1997 ha lavorato presso il Dipartimento di Neurologia del North Shore University Hospital a New York, Stati Uniti. Dal 1995 è Professore in Neurologia presso la New York University di New York, Stati Uniti. Dal 1998 è dirigente medico presso il Dipartimento di Neuroscienze, Centro Parkinson degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano. Dal 1999 è responsabile del Dipartimento funzionale di Informatica Medica presso gli ICP di Milano. È Direttore anche del Dipartimento Interregionale del Parkinson al San Camillo di Venezia.

di **Alberto Salmaso**

# ESERCIZI PER I NEURONI

## *L'importanza dell'alimentazione e del movimento*

Per i primi anni non è una malattia invalidante, i farmaci assicurano una vita normale senza alcuna difficoltà motoria. Il movimento è comunque fondamentale nella terapia del Parkinson. Più ci si muove, più si contrasta la degenerazione funzionale delle cellule prive di dopamina. Le terapie neuroriabilitative sono essenziali per mantenere la mobilità, compromessa dalla patologia. Questo spiega la presenza di un apposito Dipartimento per la neuroriabilitazione all'Ospedale San Camillo di Venezia, centro di riferimento ed eccellenza per la prevenzione e il recupero funzionale; è l'unico IRCSS neurologico del Veneto.

Il Parkinson evolve lentamente, non ha affinità con la Sclerosi multipla, che è una patologia infiammatoria; rispetto all'Alzheimer non causa problemi di memoria e orientamento, questo consente una vita normale per molto tempo. Il rallentamento dei movimenti e i disturbi di deambulazione si correggono con le pastiglie. Ciò non toglie che sia una malattia cronica degenerativa che coinvolge non solo il paziente ma anche i suoi rapporti interpersonali con la famiglia e gli amici. Per questo sono importanti i gruppi di supporto psicologico.

"Il Parkinson è lento, il problema insorge – commenta il professor Antonini – quando le medicine non hanno più effetto sul contenimento della degenerazione. Complicano il quadro clinico: il ritardo della diagnosi e l'associazione di altre patologie. Ci sono addirittura farmaci che in soggetti predisposti, possono scatenare la malattia. Sono farmaci che agiscono sulla dopamina bloccandola, tipo quelli prescritti per la motilità gastrica e le vertigini". "Il Parkinson – continua Antonini – spesso viene confuso con la depressione, il malato finisce dallo psichiatra invece che dal neurologo, si ritarda la diagnosi e non si cura adeguatamente. Gli antidepressivi possono essere farmaci che aggravano la malattia, quelli più moderni sono meno efficaci per la dopamina, agendo sulla serotonina. Si stanno mettendo a punto delle dopamine sintetiche che agiscano sia sulla psiche che sulla motoria. E poi ci sono farmaci innovativi come i cerotti ad assorbimento cutaneo, però possono avere effetti collaterali". "Il Parkinson – sostiene Antonini – è stato sottovalutato un po' dalla ricerca perché costa molto curarlo in rapporto al numero dei pazienti. Ogni malato di Parkinson spende all'anno 10 o 12mila euro di medicine, i costi sono più alti dell'Alzheimer. Un impianto di neuro stimolazione costa 30mila euro: chi si sottopone all'intervento costa al sistema sanitario sia per il ricovero che per la neuroriabilitazione successiva. Migliora radicalmente però la qualità della vita delle persone, vale la pena investire: i costi iniziali abbattono il costo sociale". Di 250 impianti eseguiti a Milano, il 10-15% ha dato un beneficio tale ai pazienti che hanno sospeso i farmaci, gli altri hanno comunque migliorato. Utili anche alcuni integratori: il coenzima q10 somministrato oltre certe quantità, con dosaggi che non ci sono in Italia, rallenta nelle prime fasi il decorso della malattia. Stessa efficacia si ha anche con la melatonina ed altre sostanze antiossidanti.

"Aiuta anche un'adeguata alimentazione – dice Antonini – i pazienti devono assumere cibi facilmente digeribili, altrimenti la levodopa, farmaco per la cura del Parkinson, dato che è un prodotto naturale estratto dalle fave e dai fagioli, entra in competizione con il cibo e dopo il pasto rallenta l'assorbimento del principio attivo. Sconsigliati formaggi, carne e derivati del latte, meglio una dieta con più carboidrati e vegetali, tra cui molta insalata e pomodori. E poi tanto recupero funzionale: al San Camillo prima avviene l'inquadramento del paziente, poi le sedute con terapisti e logopedisti, quindi il trattamento posturale e la deambulazione per due ore al giorno.

A chi ha fatto l'impianto per la neuro stimolazione cerebrale insegniamo, così come ai loro familiari, le varie strategie motorie. In modo che possano continuare a casa la riabilitazione con il supporto delle strutture del territorio. Vanno sensibilizzati i medici famiglia. Al San Camillo teniamo spesso corsi di formazione per i neurologi del territorio. I risultati, nel Parkinson, si ottengono con competenza e interventi tempestivi." ■

*Nell'immagine, una "palestra" di riabilitazione per malati di Parkinson*

# Tua figlia sembra tua sorella.
# Ma cosa mangi per restare così?

## GRANA PADANO DOP. UN CONCENTRATO DI QUALITÀ.

Bastano 50 grammi di Grana Padano al giorno per avere una buona dose di nutrienti del latte: **Calcio, proteine, minerali e vitamine, con solo 196 calorie.** Per questo, insieme ad un'alimentazione varia ed equilibrata, è **un grande alleato** per chi vuole rallentare gli effetti degli anni che passano.

## UN FORMAGGIO UNICO.

Grana Padano è un concentrato di latte fresco proveniente solo dalla Valle Padana, parzialmente scremato, per questo apporta importanti percentuali di nutrienti e poche calorie.

**IMPORTANTI NUTRIENTI CONTENUTI IN 50 GR DI GRANA PADANO DOP**

| Calorie Kcal 196 | Proteine 16 gr | Calcio 600 mg | Zinco 5,5 mg | Fosforo 346 mg | Vit. A (R.E.) 112 mcg | Vit. B12 1,5 mcg |
|---|---|---|---|---|---|---|

**Percentuale di apporto in nutrienti raccomandati (LARN*) derivanti dall'assunzione giornaliera di 50 gr di Grana Padano**

| FEMMINE Età | Peso | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 18-29 | 56 | 30% | 60% | 78% | 34% | 18% | 75% |
| 30-49 | 56 | 30% | 75% | 78% | 43% | 18% | 75% |
| 50+ | 56 | 30% | 50% | 78% | 34% | 18% | 75% |

** Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di nutrienti per la popolazione italiana. Fonte SINU.*

50 gr di Grana Padano apportano meno del **10%** delle calorie che in media consuma al giorno una donna (2.000 Kcal) ma tutti i nutrienti del latte e **solo 54,5 mg di colesterolo**. Le proteine, il Calcio e le vitamine del latte sono molto più assimilabili perché provenienti da un alimento naturale.

**IN REGALO** per te un manuale di 24 pagine per imparare a nutrirti bene e rallentare i segni del tempo, più tante ricette gustose ed equilibrate. Vai sul sito: **www.granapadano.info**

## QUANTO SONO IMPORTANTI I NUTRIENTI PER LA DONNA?

Occorrono 15 litri di buon latte per fare un chilo di Grana Padano, per questo è un concentrato di nutrienti essenziali, quelli che possono essere assunti solo con gli alimenti. La **grande quantità di Calcio** contenuta in Grana Padano **aiuta a mantenere la massa ossea e a rallentare l'osteoporosi; le proteine nobili rinnovano i muscoli, gli antiossidanti come lo Zinco e la vitamina A proteggono le cellule dai radicali liberi.** Per questo i nutrienti di Grana Padano, insieme ad una regolare attività fisica, aiutano la donna a mantenersi in forma.

## SE SAI COSA MANGIARE SCEGLI GRANA PADANO

GRANA PADANO

*Consorzio Tutela Grana Padano*

di **Antonella Prigioni**

# FASTIDIOSE ERUZIONI SULLA PELLE

## *La psoriasi, una patologia che crea disagio*

*È una malattia che si vede. Anche se è meno rischiosa di molte altre, si sopporta male, perché ricopre l'epidermide ed ha evidentemente un impatto estetico, non sempre accettabile dal paziente. Nella cura della psoriasi si raggiungono comunque risultati più che soddisfacenti. Il professor Cleto Veller Fornasa è il direttore dell'Unità Operativa Complessa di Dermatologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza e professore associato all'Università di Padova.*

*Che cos'è la psoriasi?*
La psoriasi è una patologia infiammatoria della cute, generalmente cronica e spesso recidivante. Colpisce circa il 3,4% della popolazione mondiale; interessa uomini e donne in uguale percentuale. Nelle donne tende a manifestarsi prima, e nei soggetti a pelle chiara più frequentemente che in quelli a pelle scura. La psoriasi si manifesta per lo più con chiazze di colorito rosso ricoperte di squame biancastre, il prurito non è obbligatorio.

*In quali parti del corpo compare?*
Le lesioni psoriasiche possono interessare tutto il corpo, le regioni più frequentemente colpite sono i gomiti, le ginocchia, il cuoio capelluto, la zona dell'ombelico e del sacro. In taluni casi la localizzazione della chiazza psoriasica è condizionata da un precedente trauma (acuto o cronico) che abbia provocato infiammazione (fenomeno di Koebner).

*Che cosa scatena questa patologia, dato che tende ad essere cronica e recidivante?*
La psoriasi è per lo più una malattia che si manifesta in soggetti che ne hanno predisposizione genetica. Può essere la conseguenza di alcune infezioni o concomitante ad altre specifiche malattie. Riassumendo, i fattori di rischio per la comparsa di psoriasi vengono considerati:

- predisposizione di tipo genetico (nel 33% dei casi si riscontra familiarità);
- processi infettivi (comparsa della psoriasi in concomitanza di un'infezione: angina streptococcica o della terapia antibiotica);
- stile di vita (alcol, fumo, obesità, dismetabolismi sembrano predisporre alla psoriasi o a suoi particolari aspetti);

### Diverse forme di psoriasi

- Psoriasi a placche (anche psoriasi volgare)
- Psoriasi guttata
- Psoriasi pustolosa
- Psoriasi invertita
- Psoriasi eritrodermica
- Psoriasi artropatia

- presenza di alcune altre patologie (colite ulcerosa, dismetabolismi, ecc.).

Mentre i fattori scatenanti sono lo stress, le lesioni cutanee, le ustioni solari, alcuni tipi di farmaci sulfamidici, antinfiammatori, beta bloccanti, ecc..), le alterazioni di tipo ormonale.
Non c'è un solo tipo di psoriasi, esistono invece varie forme:
La **psoriasi a placche** è la più frequente (80%). Generalmente non grave. Interessa per lo più il cuoio capelluto, le ginocchia, i gomiti, la regione sacrale.
La **psoriasi guttata** (18% dei casi). Colpisce con più frequenza i bambini e i giovani adulti. Si presenta con piccole lesioni (gutta= goccia) di pochi mm. Compare in modo acuto interessando il tronco e il viso, segue per lo più episodi di tonsillite e di faringite e le loro terapie.
La **psoriasi pustolosa** più frequente è quella localizzata al palmo delle mani e alla pianta dei piedi piuttosto che quella generalizzata. È caratterizzata da piccole pustole distribuite su un "terreno" rosso, desquamante.
La **psoriasi invertita** colpisce con una certa frequenza i soggetti in sovrappeso, meno ricca di squame, si localizza all'inguine, alle ascelle al solco sottomammario, alla piega interglutea, è predisposta tra l'altro dalla sudorazione, sovrainfezioni e diabete.
La **psoriasi eritrodermica** è una forma molto rara, ma la più impegnativa con conseguenze anche molto gravi. Colpisce più frequentemente i soggetti di sesso maschile e di età più avanzata. Solitamente la psoriasi eritrodermica rappresenta un'evoluzione di altre forme psoriasiche e talvolta è causata da errori terapeutici.
La **psoriasi artropatica** è piuttosto rara e si può manifestare con segni artropatici diversi: entesiti, monoartriti, poliartriti fino ad assumere aspetti molto impegnativi di tipo artrite reumatoide con gravi deformità e compromissione delle normali funzioni vitali. ■

## Tipi di gravità della psoriasi

**Fonte:** www.psocare.agenziafarmaco.it

| Categoria di gravità | Proposta secondo le Linee Guida italiane | Criteri dell'Efficacy Working Party EMEA |
|---|---|---|
| Psoriasi in remissione e minima | Assenza stabile di lesioni di psoriasi. Segni minori/borderline di psoriasi (per esempio pitting ungueale, desquamazione al cuoio capelluto). Poche piccole chiazze isolate ignorate dal paziente. | |
| Psoriasi di grado lieve | Psoriasi che coinvolge meno del 10% della superficie corporea e che non influenza lo stato emozionale e le relazioni sociali del paziente | Psoriasi che interessa meno del 10% della superficie corporea (PASI <10) e ben controllata con la terapia locale |
| Psoriasi di grado moderato | Psoriasi che coinvolge una superficie variabile dal 10 al 25% (PASI 10-20) della superficie corporea o che interessa meno del 10% ma con effetti importanti sul benessere psicologico e sociale del paziente (come per il coinvolgimento di viso e mani) | Psoriasi che interessa più del 10% della superficie orporea (PASI 10-20). Il ricorso alla terapia locale c è tuttavia possibile e non problematico |
| Psoriasi di grado moderato-grave | | Psoriasi che interessa più del 10% della superficie corporea (PASI 10-20) con mancata risposta alla terapia locale. Oppure, psoriasi che interessa <10% della superficie corporea ma con lesioni in aree "problematiche" (per esempio cuoio capelluto, superfici palmo-plantari) |
| Psoriasi grave | Psoriasi che coinvolge più del 25% della superficie corporea (con PASI superiore a 20 o con BSA meno dl 25% o PASI meno di 20) o meno del 25% ma con importanti effetti psicologici e sociali e che non risponde alla terapia topica o, ancora, psoriasi che coinvolge meno del 25% ma instabile e rapidamente progressiva. Psoriasi artropatica, psoriasi pustolosa di Hallopeau. | Psoriasi che coinvolge più del 20% della superficie corporea (PASI >20) o meno del 20% ma con importanti manifestazioni locali. |
| Psoriasi grave a prognosi riservata | Psoriasi associata a sintomi sistemici e possibile "skin failure": psoriasi pustolosa generalizzata (von Zumbusch), psoriasi eritrodermica | |

# CURA PERSONALIZZATA
## *e attenzione all'aspetto psicologico*

### *I farmaci biologici, un rimedio valido*

*Il professor Cleto Veller Fornasa è tassativo, quando gli si chiede qual è l'approccio terapeutico alle varie forme di psoriasi. "La scelta del trattamento si deve basare sul grado di gravità della malattia, sulla sua forma, sulla sua estensione, sul coinvolgimento psicologico. Le modalità di trattamento pertanto non possono essere standardizzate, ma vanno di volta in volta adattate ai diversi pazienti e ai diversi momenti della malattia nello stesso paziente".*

Nella foto, il professor **Cleto Veller Fornasa**

*Quali sono i principali trattamenti?*
Distinguiamo:
- **trattamenti topici** (antralina, acido salicilico, steroidi, analoghi della Vit.D3);
- **trattamenti termali** (acque sulfuree, calcio sodio magnesiache) fototerapia (UVA-UVB-luce ad eccimeri);
- **trattamenti farmacologici topici con associazioni** (steroide+calcipotriolo, steroide + antibiotico);
- **trattamenti sistemici** (cortisone, methotrexato, retinoidi, ciclosporina farmaci biologici);
- **trattamenti a base di associazione di diverse terapie** (esempio: farmaco sistemico + fototerapia).

*E poi ci sono i farmaci biologici, cosa sono?*
I farmaci biologici sono così chiamati perché risultato dei progressi fatti nel campo delle biotecnologie, sono estremamente selettivi perché puntano a colpire una singola struttura (recettore, proteina, sequenza di DNA) in modo preciso, riducendo così gli effetti collaterali e aumentando l'efficacia della terapia.
Nel meccanismo patogenetico della psoriasi vi sono alcuni bersagli che si bloccano con i farmaci biologici.
Il bersaglio più importante è il recettore per una molecola che innesca il processo infiammatorio: il Tumor Necrosis Factor (TNF). I farmaci anti TNF inducono per lo più la regressione del-

la psoriasi e dei dolori articolari dell'artrite psoriasica. Sono farmaci molto costosi, non scevri da effetti collaterali che vanno ben conosciuti e se ne indicano l'uso con cautela in casi selezionati.

*C'è sempre più attenzione a questa malattia e alla sua cura?*
L'U.O di Dermatologia di Vicenza ha un ambulatorio dedicato ai pazienti affetti da psoriasi e partecipa al progetto nazionale "Psocare" che regola e coordina l'uso dei farmaci biologici.
A Vicenza si eseguono in regime di convenzione anche fototerapia UVB e UVA in apposite cabine, fototerapia mani e piedi, fototerapia con luce ad eccimeri, fotochemioterapia con medicazioni e si collabora con le Terme di Recoaro per la sperimentazione dell'efficacia di quelle acque sulla malattia.
È stato inoltre attivato lo sportello psoriasi che si può contattare direttamente all'indirizzo sportello.psoriasi@ulssvicenza.it ricevendo risposta a quesiti in tema rivolti dai pazienti. ■

*Nelle immagini di queste pagine, alcune forme di psoriasi sulle gambe e sui gomiti dei pazienti*

## COS'È LO PSOCARE

"Psocare" è un programma di ricerca sulla psoriasi promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e condotto in collaborazione con le società scientifiche dermatologiche (SIDeMaST e ADOI) e con le associazioni dei pazienti (ADIPSO).
Fino a oggi, le diverse strategie terapeutiche per la psoriasi hanno risposto più ad abitudini e a tradizioni locali che a criteri basati su chiare prove di efficacia. Lo studio "Psocare" intende dunque valutare i risultati a lungo termine delle cure disponibili oggi in Italia, allo scopo di migliorare l'assistenza alle persone che soffrono di psoriasi nel nostro Paese.
Tale studio associa la prescrizione di nuovi farmaci sistemici per la psoriasi alla richiesta di informazioni sugli esiti a lungo termine del trattamento con tali farmaci. Gli obiettivi del programma di ricerca possono essere così riassunti:

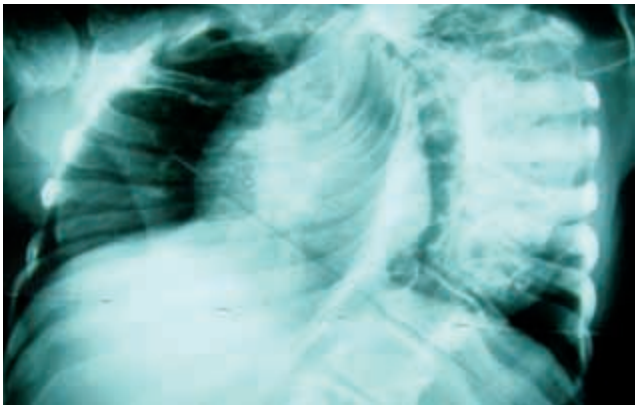
1) Valutare le diverse tipologie di cure e individuare i fattori che determinano le decisioni circa il trattamento sistemico utilizzato;
2) Descrivere i risultati a lungo termine e la sicurezza di ogni trattamento sistemico, confrontare la resa di strategie assistenziali differenti e stimare in modo realistico i benefici e i rischi delle diverse opzioni terapeutiche disponibili;
3) Studiare la risposta al trattamento, in particolare tra quanti spesso sono esclusi dagli studi clinici (pazienti con patologie multiple, bambini, anziani, donne in gravidanza) e identificare i gruppi di pazienti esposti in misura maggiore al rischio di cure inappropriate o di esiti sfavorevoli;
4) Valutare la possibilità di trasferire nella pratica i risultati dello studio e delle linee guida esistenti ed evidenziare le aree di maggiore incertezza o problematicità, allo scopo di fornire spunti importanti per la ricerca presente e futura.

In tutte queste attività verranno coinvolte le associazioni dei pazienti, il cui ruolo si cercherà di valorizzare, come fonte di informazione e collaborazione per una assistenza integrata.
Lo studio, dalla durata triennale, ha l'ambizione di concorrere a migliorare l'assistenza per la psoriasi nel nostro Paese, valutando, per la prima volta su larga scala, i fattori che possono giocare un ruolo importante per riuscire a prevedere la risposta ai diversi trattamenti sistemici, oltre alla loro efficacia e sicurezza.
Il progetto intende contribuire ad armonizzare le strategie di trattamento per la psoriasi in Italia e la rete di centri che parteciperanno al progetto rappresenta una risorsa per lo sviluppo futuro della sperimentazione clinica indipendente in dermatologia.

PSOCARE

**ORTHOMEDICA** principalmente è rivolta alla realizzazione apparecchi ortopedici su misura come i corsetti per il trattamento della scoliosi, non tralasciando la costruzione di calzature su misura, tutori per arto inferiore e plantari personalizzati. Orthomedica fornisce due tipologie di clienti:

- **Cliente pubblico** (A.S.L., Case di cura) che attraverso il sistema sanitario nazionale provvede a fornire agli aventi diritto i dispositivi medici;
- **Cliente diretto**, ciò il paziente che utilizzerà il dispositivo fornitogli dall'ortopedia.



VARITEKS
PODARTIS
Assortopedia
Ortomed doo

## ORTHOMEDICA Specializzati nella costruzione di corsetti ortopedici


ORTHOMEDICA
SEDE LEGALE PADOVA

**ORTHOMEDICA SRL**
**OFFICINA ORTOPEDICA**
Via Savelli, 25
35129 - Padova (Italy)
Telefono +39 049.78.08.125
Fax +39 049.79.27.899
E-mail info.orthomedica@orthomedica.it

**FILIALE VERONA**
Stradone S. Lucia, 39/L
37100 - Verona (Italy)
Telefono +39 045.82.00.444
Fax +39 045.82.00.855
E-mail verona@orthomedica.it

**FILIALE TRIESTE**
Via Lionello Stock, 2/2A
34100 - Roiano, Trieste (Italy)
Telefono +39 040.41.10.28
Fax +39 040.42.60.200
E-mail trieste@orthomedica.it

**FILIALE MONTEBELLUNA**
Via Monte Val Bella, 2
31044 - Montebelluna - Treviso (Italy)
Telefono e Fax +39 0444.92.84.38
E-mail montebelluna@orthomedica.it

**FILIALE VICENZA**
Viale Rodolfi F., 36
36100 - Vicenza (Italy)
Telefono e Fax +39 0444.92.84.38
E-mail vicenza@orthomedica.it


*Specializzati nell'Ortopedia su Misura*

**www.orthomedica.it**

a cura di **Leonardo Padrin**
*Presidente V Commissione Sanità Sociale, Consiglio Regionale del Veneto*

# UNA LEGGE CHE DISTINGUE IL CONTROLLORE DAL CONTROLLATO

## *Il ruolo ispettivo passa dalla Giunta al Consiglio Regionale*

Nella foto, **Leonardo Padrin**

Parlare di Legge Regionale n. 21 del 5 agosto 2010 per la maggior parte dei cittadini del Veneto non credo significhi molto, forse qualcuno più attento alla politica potrebbe notare che si tratta, sostanzialmente, della prima legge approvata in questa legislatura. In realtà questa legge che titola: NORME PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO ISPETTIVO E DI VIGILANZA PER IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO VENETO è un grande elemento di innovazione nella gestione della pubblica amministrazione per quanto concerne i sistemi di verifica e controllo.

Questo servizio è stato creato nel 2003 e già allora rappresentava un elemento di novità perché l'amministrazione regionale, specificatamente per la sanità ed il sociale, cioè gli ambiti dove maggiore è la sua responsabilità etica ed economica, si poneva il problema e la necessità di monitorare internamente il funzionamento di quegli apparati destinati all'erogazione di servizi essenziali.

Allora si pensò che per differenziare il ruolo di controllore e controllato fosse sufficiente che questa direzione non dipendesse dall'Assessorato alla Sanità o al Sociale ma dalla Segreteria Generale della Programmazione, espressione diretta del Presidente della Giunta Regionale.

Come primo passo fu senz'altro utile ed importante ma con questa nuova legge, oltre ad ampliarne i poteri e le funzioni, la nuova struttura non dipenderà più dal potere esecutivo (la Giunta Regionale) ma dal potere legislativo (il Consiglio Regionale). Si persegue così un obiettivo importante, sancito nei principi della Costituzione Italiana e che sicuramente sarà presente nel nuovo Statuto del Veneto, che prevede indipendenza tra il potere legislativo e di controllo e la gestione che invece appartiene al potere esecutivo.

Da questo nuovo assetto ne consegue una maggiore garanzia per i cittadini sul fatto che chi deve controllare non dipende, non ha ruoli paralleli e o subordinati da chi è controllato. La responsabilità del funzionamento del nuovo servizio ispettivo è in capo (per tramite della V Commissione Sanità e Sociale) al Consiglio Regionale dove sono presenti tutte le forze politiche e non solo quelle di maggioranza come avviene invece (legittimamente) nella Giunta.

La divisione dei poteri è uno dei cardini della nostra democrazia ed ha sempre garantito (e sempre garantirà) la miglior tutela possibile degli interessi dei cittadini. Una decisione dal forte valore "statutario" che ha trovato favorevole l'unanimità del Consiglio Regionale. Del resto non ci sono dubbi che la salute non ha alcun colore politico! ■

a cura di **Laura Puppato**
*Capogruppo Pd Consiglio Regionale*

# SANITÀ, I CONTI NON TORNANO

## *Necessaria una verifica dei bilanci delle Ulss*

Nella foto, **Laura Puppato**

Sulla sanità veneta i conti non tornano. I primi mesi della nuova legislatura regionale sono stati segnati dall'emergere di uno stato a dir poco confusionale in cui versa il settore, che denota tanto gli errori commessi durante l'era Galan quanto l'impreparazione di chi ora, sotto la guida di Luca Zaia, si trova a governare il Veneto. Basti solo pensare alle incredibili montagne russe di cifre sullo stato reale di bilancio, che prima ha decretato un passivo per la sanità regionale di oltre cento milioni di euro, poi un attivo di una decina di milioni fino alla scoperta di un deficit, solo per l'Azienda Ospedaliera di Verona, di 250 milioni. Un balletto davvero inaccettabile di fronte al quale il PD ha chiesto di convocare tutti i direttori generali delle Ulss venete prevedendo che ognuno dei direttori relazioni, per filo e per segno, sui rispettivi bilanci. Ma ci chiediamo se sia degno della tanto sbandierata 'eccellenza veneta' ritrovarci ad un livello di gestione così pressappochista.

La sensazione è che siamo ad un passo dall'implosione di un sistema socio-sanitario che, per colpa di un mancato nuovo piano di programmazione e di interventi strutturali, non può più reggere ed è destinato a sfilacciare anche il tessuto delle nostre comunità.

Invece che esordire con una proposta organica di settore, la nuova Giunta preferisce lanciare proposte spot, come quella del reperimento di risorse una tantum dalle fondazioni bancarie, quando invece è dovere di chi governa creare le condizioni per garantire ai servizi fondi crescenti, certi e costanti nel tempo. Il Veneto, che è tra l'altro coordinatore tra le Regioni per quanto riguarda la sanità, ha piuttosto il dovere di attivarsi presso il Governo perché finanzi, un esempio su tutti, il Fondo per la non autosufficienza, condizione indispensabile se non vogliamo che questo strumento, istituito lo scorso anno, non rimanga la solita legge-manifesto priva di risorse e quindi di reale efficacia. Altro che finanza creativa o escamotage di breve respiro. Da parte nostra abbiamo messo sul tavolo un progetto di legge di riforma delle oltre 200 Ipab venete che si occupano di assistenza ad anziani, disabili, non autosufficienti ma anche ai minori: una proposta che riteniamo possa fare da preludio ad una riorganizzazione complessiva socio-sanitaria, aprendo al contempo nuovi scenari dal punto di vista della gestione. Il progetto di legge prevede entro 12 mesi dall'entrata in vigore la possibilità di effettuare un duplice percorso: le Ipab possono privatizzarsi e diventare quindi fondazioni di diritto privato, oppure possono trasformarsi in Aziende pubbliche di servizi alla persona (Apsp), tenute a svolgere servizi sociali nell'ambito della rete assistenziale regionale.

Tale trasformazione garantisce alle ex 'opere pie' una nuova autonomia istituzionale che si esprime nella possibilità di dotarsi di nuovi statuti dove sono previste forme di partecipazione degli utenti e delle associazioni dei familiari, concorso alla programmazione della rete dei servizi e alla elaborazione dei piani di zona, possibilità di gestire i servizi socio-sanitari organizzando di concerto con i Comuni e le Ulss le proprie attività, in risposta alle esigenze del territorio.

Tra le misure di sostegno delle Apsp viene prevista l'esenzione dall'Irap nonché il finanziamento per far fronte alle spese finalizzate alla sostituzione del personale di assistenza socio-sanitaria in congedo di maternità. Misure che da sole consentirebbero minori costi per le famiglie che devono pagare le rette e che nel Veneto ammonterebbero complessivamente a quasi 120 milioni di euro.

Questi sono i segnali di cambiamento che ci attendiamo: Zaia e i suoi battano un colpo. ■

a cura del **Dr. Daniele Donato**
*Direttore sanitario Ulss 16 di Padova*

# LO SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO *nell'Azienda Ulss 16 di Padova*

L'azienda Ulss 16, della Regione Veneto, serve il territorio di Padova e dei comuni limitrofi per un totale di quasi 500 mila abitanti, dei quali circa il 20 per cento ha un'età superiore ai 65 anni. Una delle caratteristiche peculiari di questo territorio è la presenza di tre aziende sanitarie (Ulss 16, Azienda Ospedaliera di Padova e Istituto Oncologico Veneto) con 4 ospedali e una presenza molto forte del Privato Preaccreditato. Tutti questi servizi sono interconnessi a diversi livelli (ospedaliera/territoriale) in una logica di rete, sempre rispettando la centralità del cittadino rispetto ai servizi, per poter garantire la presa in carico, la continuità delle cure e l'appropriatezza delle risposte date alla cittadinanza. Negli ultimi anni le aziende sanitarie padovane hanno portato avanti una serie di iniziative volte a migliorare la continuità assistenziale, con il fine di semplificare ulteriormente i percorsi di cura, di ridurre la burocrazia e di migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai cittadini. Uno dei fattori fondamentali nella costruzione di una rete di servizi centrata sui bisogni dell'utenza, è stato il forte sviluppo del Sistema Informativo. Parallelamente alla crescita dei servizi, infatti, è stato sviluppato un sistema che, tramite un archivio informatizzato integrato all'interno dei servizi informativi dell'Ulss, consenta lo scambio e la condivisione delle informazioni relative agli utenti seguiti dai servizi sanitari e sociosanitari presenti nella rete territoriale. Il Nuovo Sistema Informativo (NSI) è basato su un'architettura di cooperazione applicativa che prevede l'utilizzo di componenti software diverse, scelte in funzione della qualità dei prodotti stessi e della rispondenza ai requisiti funzionali richiesti. La molteplicità di tale componenti non preclude tuttavia la visione unitaria del sistema informativo avendo posto come prerequisito di base l'integrazione funzionale degli stessi attorno ad una visione centrata sul paziente (per i dati clinici) e di work flow (per i processi aziendali). In particolare il sistema NSI interaziendale, si basa sui seguenti componenti:

1) Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) che include la parte amministrativo/logistica dei beni, la logistica del paziente e tutte le funzioni trasversali alle unità operative;
2) Sistema Informativo dei Servizi Diagnostici (SISD) costituito dall'insieme delle applicazioni verticali che effettuano la gestione delle attività diagnostiche;
3) Sistema Informativo Specialistico (SIS) costituito dall'insieme delle applicazioni verticali che gestiscono i dati clinici del paziente negli eventi ambulatoriali e di ricovero;
4) il Repository dei Dati Clinici (RDC) che si presenza come il "contenitore" dei risultati clinici prodotti dai sistemi precedenti e che va a costruire il fascicolo personale di ogni paziente.

Un passo fondamentale è stato il collegamento di tale sistema con i medici di medicina generale (MMG), che si è sviluppato come naturale evoluzione delle creazione di un sistema informativo integrato ospedaliero e territoriale. L'informatizzazione di molti processi e di molte informazioni cliniche ne ha permesso l'estensione al territorio abbattendo il concetto di telemedicina e facendolo rientrare nel normale processo di gestione del paziente, indipendentemente dalle modalità di cura e dalla sua localizzazione. Prerequisito all'accesso al sistema informativo da parte dei medici di medicina generale è stata la connessione degli studi/ambulatoriali alla rete aziendale. Il progetto ha attualmente connesso oltre la metà dei 380 medici di base e pediatri presenti nell'Azienda ed è in continuo aumento. Un particolare sviluppo è stato ottenuto nel Sistema Informativo a supporto dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Gli operatori sanitari consultano sul portale la programmazione degli interventi, suddivisi per giornate e pazienti, e il percorso da seguire. Una volta giunti al domicilio del paziente, previa autenticazione con inserimento di nome utente e password o utilizzo di smart-card, si collegano al fascicolo sanitario elettronico per consultare l'attività di assistenza domiciliare e la storia clinica del paziente. Dopo la rilevazione dei parametri previsti per lo specifico intervento, i dati sono inseriti nel fascicolo. In particolare, per gli esami che lo richiedano, è possibile inviare il risultato dell'analisi al laboratorio centrale, per una validazione ufficiale con firma digitale. Inoltre è possibile, tramite il collegamento del sistema al CUP, procedere con la prenotazione di una visita. L'accesso al sistema è consentito, previa autorizzazione del paziente, agli operatori sanitari che svolgono attività sul paziente. Anche il paziente ha la possibilità di entrare nel sistema, per visualizzare e stampare i referti di laboratorio messi a disposizione sul portale e per pagare online tramite carta di credito il ticket di visite ed esami. L'intero progetto è andato a regime a metà 2009 e a distanza di 8 mesi consente, attraverso il coinvolgimento di 40 operatori, di supportare le prestazioni erogate a 600 pazienti, pari ad 1/5 degli assistiti in regime di Assistenza Domiciliare Integrata della Provincia di Padova. A settembre è prevista l'introduzione di un sistema di videoconferenza con il domicilio del paziente tra il medico di medicina generale e il medico di reparto. Tale progetto ha avuto il riconoscimento del primo premio ICT in sanità 2009, ricevuto nell'ambito dell'EXPO Sanità 2010.

Sopra, la Home-Page del sito internet della **ULSS 16 di Padova**

# HMT High Medical Technologies
## Leader nel mercato dei sistemi ad onde d'urto per la rigenerazione e la riparazione tissutale

**Con Dermagold HMT inaugura una innovativa modalità terapeutica nel campo delle ferite e delle lesioni cutanee. Dermagold è il primo sistema di terapia ideato e progettato per utilizzare in modo specifico gli effetti biologici delle onde d'urto elettroidrauliche, che permettono l'attivazione dei naturali processi di riparazione dei tessuti danneggiati anche nelle situazioni cliniche più complesse.**
**Il trattamento è completamente indolore e dura pochi minuti.**

**Con Dermagold è possibile curare, con poche sedute e alte percentuali di successo:**

- **Lesioni acute, croniche e infette**
- **Lesioni post-traumatiche**
- **Ulcere venose**
- **Ulcere arteriose**
- **Piaghe da decubito**
- **Sindrome del piede diabetico**
- **Ustioni**
- **Difficoltà di guarigione di lesioni post-operatorie**

### Ferita infetta

Situazione iniziale

Risultato dopo la terapia

### Piaga da decubito

Situazione iniziale

Risultato dopo la terapia

## Tecnologia ASWT:
**(Advance ShockWave Therapy)**

## Eccellenza delle prestazioni

# dermagold

**HMT High Medical Technologies S.r.l.**
**Viale F. Caprilli 11 - 20148 - Milano**
**Per informazioni:**
**Tel. 0248713447 email: mail@hmt.it**

a cura della **Dr.ssa Maria Luisa D'Acunti**
*Vicepresidente ANISAP Veneto e*
*Coordinatrice del Dipartimento medicina di Laboratorio*

# ATTIVATI I FONDI PARITETICI
## *interprofessionali per la formazione continua*

Da sempre ogni attività "professionale", anche in ambito socio-medico sanitario, necessita di un costante aggiornamento che integri coerentemente il fattore di "esperienza e maturità professionale" con lo sviluppo e il progredire della stessa professione. L'aggiornamento professionale è spesso collegato alla necessità di adeguare e aggiornare il profilo individuale e aziendale a nuovi processi di sviluppo con lo scopo di garantire la crescita costante delle produttività individuale e aziendale, sia in termini quantitativi che qualitativi.
L'aggiornamento e i relativi percorsi formativi (vedi ECM – Educazione Continua in Medicina – in ambito sanitario) comportano dei costi sia per la parte datoriale che per i collaboratori, e questo ha rallentato l'accesso continuativo a questo strumento, determinando la costante ricerca di strumenti e opportunità che possano assicurare quanto meno una riduzione dell'onere economico. Per i soci ANISAP sono nati da alcuni anni i "Fondi Paritetici Interprofessionali per la Formazione Continua" grazie alla dotazione finanziaria prevista originariamente dalla Legge n.388 del 2000 che consente alle aziende e professionisti di destinare la quota dello 0,30 per cento dei contributi versati all'Inps alla formazione dei propri dipendenti. I "Fondi" finanziano piani formativi individuali, aziendali, settoriali e territoriali, che i professionisti e le imprese propongono di realizzare per i propri dipendenti. Nella specificità il "Fondo Professioni" si rivolge al mondo delle professioni e alle aziende ad esso collegate, nell'ambito dei servizi alla persona, sanitario, fino al mondo del benessere garantendo un dialogo diretto, per meglio ottimizzare le risorse messe a disposizione. L'adesione al Fondo Professioni è gratuita e per attivarla basta segnalare all'Inps nella denuncia aziendale mensile del flusso Uniemens (Dm 10/2) la voce "FPRO"
A partire dall'atto di adesione al Fondo Professioni, si è parte integrante di un processo che prevede l'opportunità di presentare da subito richieste di finanziamento ad attività formative per il personale dipendente delle proprie strutture, grazie al Protocollo d'Intesa stipulato tra ANISAP Interregionale Veneto – Trentino Alto Adige e Fondo Professioni. Nella specificità dell'area sanitaria, oltre alla necessità di una costante azione di presidio sul territorio, ad integrazione di quanto offerto dal SSN, è da sempre presente uno specifico fabbisogno di aggiornamento professionale per le figure che vi operano ai vari livelli, quali il personale infermieristico, di segreteria, i tecnici di laboratorio biomedico e i fisioterapisti. Se è vero che le figure professionali presenti nel circuito sono dotate di competenze storicamente acquisite, risulta evidente che il mutare dei fabbisogni dei "mercati" di riferimento richiede specifiche e particolari azioni di "aggiornamento".
ANISAP Veneto – Trentino Alto Adige intende richiedere a Fondo Professioni il finanziamento di un primo progetto formativo per il personale dipendente delle aziende associate consentendo ai propri dipendenti di partecipare "gratuitamente" a specifiche attività formative. Le principali figure professionali che si intende coinvolgere in questo primo progetto sono: personale di segreteria e front office, personale infermieristico, fisioterapisti, tecnici di laboratorio e tecnici di radiologia. ANISAP Veneto – Trentino Alto Adige e TEC – Tutorial Educational Center terranno aggiornate tutte le aziende aderenti sullo sviluppo del progetto formativo di cui si richiede il finanziamento da parte del Fondo Professioni, ed in presenza di tale opportunità apposita informativa garantirà il corretto proseguo dell'iniziativa. Per informazioni: segreteria@anisap.veneto.it

Nella foto, la dottoressa **Maria Luisa D'Acunti**

# GESTIONE INTEGRATA POLIAMBULATORI

## La soluzione software integrata ideale per il vostro poliambulatorio

**GIPO** è il gestionale di settore **più utilizzato** in Italia ed è l'unico in grado di coprire realmente tutte le esigenze di prenotazione, accettazione, refertazione e fatturazione. Ogni anno nelle strutture gestite da GIPO **vengono prenotati** complessivamente oltre **due milioni di appuntamenti**, scritti più di **cinquecentomila referti** ed emesse oltre **un milione di fatture** senza alcun problema e con notevole risparmio di tempo.

**Organizza**
la sala d'aspetto

**Controlla**
gli accessi

**Velocizza**
l'accettazione

**Aiuta il terapista**
nel lavoro

**Semplifica**
l'amministrazione

**Facilita**
la Refertazione

## GIPO COMPIE 10 ANNI

### IN DIECI ANNI OLTRE 120 STRUTTURE HANNO SCELTO DI LAVORARE CON NOI

**GIPO** è lo strumento di gestione che si adegua più facilmente a tutte le esigenze del vostro poliambulatorio. La logica del sistema aperto e la comunità degli utenti di **GIPO** contribuiscono a fare crescere il sistema. Le personalizzazioni in fase di installazione e nella prosecuzione dell'utilizzo consentono di adattare **GIPO** a tutte le circostanze, anche le più specializzate, della vostra struttura grande o piccola. Ogni anno più di 150 aggiornamenti contenenti novità e ottimizzazioni vengono pubblicati ON-LINE e scaricati in automatico dal sistema per tenere il vostro **GIPO** sempre aggiornato. Con questa logica **GIPO** in dieci anni di continua crescita ha integrato la conoscenza e la pratica quotidiana della sua community.

### VISITATE IL NOSTRO SITO INTERNET ALL'INDIRIZZO

# www.gipo.it

### PER SCOPRIRE TUTTE LE NOVITÀ E LE RISPOSTE ALLE VOSTRE DOMANDE

**NON ESITATE A CONTATTARCI PER UNA DEMO DEL NOSTRO PRODOTTO**

## CONTATTI

*E-mail:* info@gipo.it • *Telefono:* +39 051.546701

a cura del **Dr. Michele Clementi**
*Segretario "ASSORTOPEDIA"*

# LE MODALITÀ DI ACQUISTO
## *dei dispositivi protesici presso l'Ulss 16 di Padova*

Nella foto, il dottor **Michele Clementi**, Segretario ASSORTOPEDIA

Le necessità di tagli, riduzione degli sprechi e risparmio da parte delle Regioni, soprattutto in materia di Sanità, sono un dato evidente che anche i fornitori devono agevolare evitando sterili battaglie di retroguardia. Se è doveroso questo atteggiamento da parte del mondo imprenditoriale, è altrettanto urgente però che il Servizio Sanitario Nazionale comprenda che la formula di acquisto deve sempre tener conto delle peculiarità del dispositivo medico rispetto ad altri beni e servizi.
In tutte le Regioni la spesa per la Salute rappresenta il principale capitolo di spesa, ed è ovvio che si debba partire proprio da qui, anzitutto per verificare la presenza di sprechi (lo spreco non ha colore politico ed è sempre indifendibile: va eliminato), ma anche la possibilità di acquistare meglio.
Il caso dell'Assistenza Protesica è sempre di difficile collocazione: rappresenta lo 0,5% della spesa del SSN (dunque una parte molto piccola) ma riguarda milioni di cittadini ed è soprattutto un mercato di tipo "etico".
Economicamente rappresenta un volume assai modesto, ma assistiamo a continui tentativi da parte delle Aziende Sanitarie (ultimo in ordine di tempo, appunto, quello della ULSS 16 di Padova) di adoperare modalità di acquisto tipiche di altri settori che rivelano spesso i loro limiti: ausili per la mobilità personale forse di qualità scadente, forniti da aziende di cui non si sono verificati i requisiti, lotti che obbligano ad acquistare ausili tutti uguali tra loro quando invece dovrebbero differenziarsi a seconda della patologia, dei requisiti fisici dell'assistito, dell'età, l'attenzione sempre esagerata data ai costi a discapito della qualità.
Standardizzare e risparmiare a volte è possibile, altre no. A volte la standardizzazione crea risparmio, altre volte i bisogni dei pazienti non sono standardizzabili, le condizioni stesse di utilizzo dei dispositivi non lo sono.
Inoltre le gare, con requisiti di partecipazione sempre più ad excludendum, vanno a creare dei mini-monopoli a favore delle multinazionali, danneggiando quella PMI radicata sul territorio che da sempre la Regione Veneto difende.
Infine, non dimentichiamoci che le gare, nel lungo periodo, disincentivano l'impresa ad investire in Ricerca & Sviluppo. Inoltre, questi tentativi di acquisto sono spesso e volentieri contra legem, in quanto si riferiscono a dispositivi rientranti nell'elenco 1 del Nomenclatore Tariffario, per il quale un decreto ministeriale ha previsto delle tariffe e l'esclusione dell'utilizzo della gara, invece lecita ed appropriata per i dispositivi contenuti invece negli elenchi 2 e 3. La gara indetta dalla ULSS di Padova, che tanto ha allarmato le aziende regionali del comparto, per il momento è stata sospesa per poter apportare i migliori correttivi.
La Regione Veneto occupa una posizione strategica in Conferenza Stato-Regioni proprio in tema di Sanità: ci auguriamo che sappia sempre dare linee guida corrette e virtuose alle altre Regioni. Assortopedia è a disposizione per individuare insieme alla Parte Pubblica le soluzioni migliori. ■

*A destra il logo-marchio della **ULSS 16 di Padova**, ripreso direttamente dal sito internet, all'indirizzo: http://www.ulss16.padova.it*

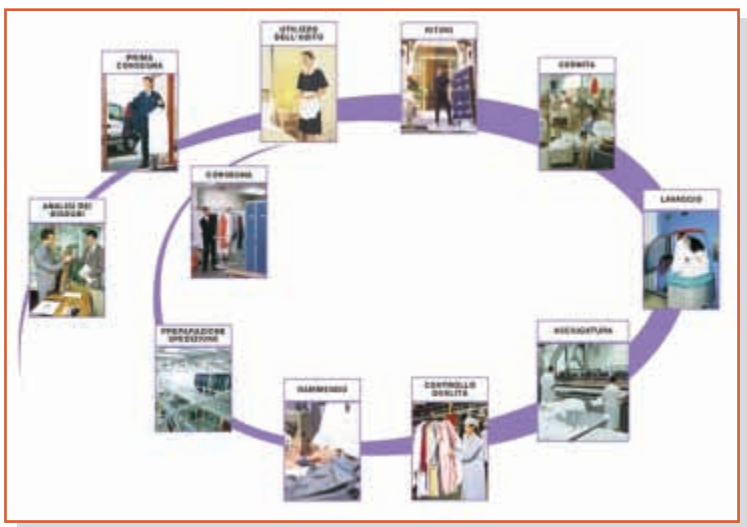
# PIÙ CHE UN SERVIZIO, LA NOSTRA È UNA PASSIONE

## NOLEGGIO ABBIGLIAMENTO PROFESSIONALE

**LA VOCAZIONE DI ELIS:**
**semplificare la vita alle aziende permettendo loro di concentrarsi sulle loro attività principali.**

**ELIS e specializzata nel noleggio e manutenzione di abbigliamento professionale, di biancheria piana e scarpe antinfortunistiche, in tutti gli ambiti operativi come industria, commercio, sanità, Enti e società di servizi.**

**Proponiamo un noleggio full service con soluzioni avanzate e personalizzate, compatibili con gli standard dettati dalle vigenti UNI EN ISO 9001:2008 e UNI EN 14065 in conformità alle linee guida RABC di Assosistema.**



**Ogni cliente può scegliere tra l'insieme dei servizi offerti da Elis:**

- gestione dell'abbigliamento professionale;
- igiene del bagno;
- fontane d'acqua a boccioni o rete fissa;
- tappeti per la protezione dei pavimenti.

elis Rentex spa
SEDE DI PADOVA
Via Caldonazzo 6, 35035 – Mestrino (PD)
Telefono +39 049.5082416, Fax +39 049.9004852
**www.elis.com**

**Al servizio di Enti, Comunità, Aziende e Pubblici esercizi**

a cura del **Dr. Francesco Benazzi**
*Direttore generale Ulss 15, Camposampiero - Cittadella (PD)*

# INAUGURATO IL NUOVO CENTRO
## *socio-sanitario "Guido De Rossignoli"*

Nella foto, il nuovo Centro socio-sanitario **Guido De Rossignoli**

È stato inaugurato l'11 giugno scorso a Camposampiero il Centro Socio Sanitario "Guido De Rossignoli" nel quale sono stati trasferiti alcuni importanti servizi territoriali per promuoverne la qualità e migliorare l'accessibilità delle persone alle strutture dell'Ulss 15.
Nel centro hanno trovato un'adeguata e moderna sistemazione il Distretto Socio Sanitario, il Dipartimento di Prevenzione e il Servizio Farmaceutico Territoriale.
Nella zona del Camposampierese l'Ulss 15 non aveva una sede unica dedicata alle attività territoriali.
Con questa scelta, si sono volute superare alcune difficoltà anche logistiche per offrire una serie di servizi territoriali in modo integrato. Il nuovo complesso, realizzato in un'area di circa 1800 mq, totalmente destinata ai servizi socio-sanitari, si sviluppa su una superficie complessiva di 6000 mq ed è destinato ad accogliere circa 200 operatori.
Con una planimetria a forma di H, il complesso è articolato su tre piani ed è sovrastato da una struttura, sorretta da pilastri intrecciati fra loro, aggettante sul piazzale di ingresso. L'affluenza stimata è di 500 persone al giorno, per le quali sono stati previsti adeguate aree di attesa, spazi comuni e servizi igienici, nonché l'utilizzo di un ampio parcheggio. Vicino all'ingresso dell'edificio è stato inoltre individuato un ampio ambiente destinato ad un bar/punto di ristoro per le necessità del personale e degli utenti.
Con la realizzazione di questo centro è stato ridisegnato l'assetto complessivo dell'area ospedaliera ed è stato previsto nella zona a sud l'unificazione delle aree ospedaliere oggi divise dalla strada provinciale che sarà spostata.

Infatti, grazie allo spostamento della strada provinciale si renderà possibile ridisegnare con ampio respiro e scorrevolezza la viabilità interna all'area ospedaliera.
La struttura socio-sanitaria è stata dedicata a Guido De Rossignoli, medico internista di origine dalmata, che, dotato di viva intelligenza e di carisma, amò la sua professione e il territorio di Camposampiero, dedicandosi con instancabile disponibilità quotidiana e coerente generosità umana al servizio dei suoi abitanti.
Dopo il taglio del nastro, sono state motivo di grande soddisfazione per la Direzione Sanitaria le parole pronunciate dai sindaci Domenico Zanon e Massimo Bitonci. "Sono state create – ha ricordato Zanon – le condizioni urbanistiche e finanziarie per consentire grandi realizzazioni. Il distretto rappresenta il superamento della vecchia concezione della sanità esclusivamente curativa ed ospedaliera. Con le attività di prevenzione si rafforza il modello organizzativo dei servizi socio sanitari in rete sul territorio". Dello stesso tenore le parole pronunciate del sindaco Bitonci. "Si tratta di un nuovo, importante tassello che va ad aggiungersi ai molteplici servizi ed ai numerosi reparti di eccellenza dell'Ulss 15 di Cittadella e Camposampiero, che in questi anni ha saputo tenere lo sguardo fisso al futuro, dimostrandosi virtuosa sotto ogni profilo, consapevole di poter contare su amministratori locali lungimiranti, capaci di fare squadra per operare scelte coraggiose ed efficaci, in grado di soddisfare le molteplici esigenze di un vastissimo bacino di utenza qual è quello dell'Alta Padovana.
Il segreto del successo della nostra piccola ma virtuosa Ulss sta proprio nell'unione e nella sinergia d'azione di quanti hanno a cuore la Sanità del nostro territorio". ■

*A destra, il dottor **Francesco Benazzi***

di **Giacomo Piran**

# IL GRUPPO GVDR PRESENTA IL BILANCIO SOCIALE

## *ai propri portatori di interessi*

*Oltre 23mila persone hanno scelto Gvdr per farsi curare*

La sala consiliare del municipio di Cadoneghe ha fatto da cornice alla presentazione del primo Bilancio Sociale del Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione, società che da oltre 20 anni offre prestazioni di riabilitazione, poliambulatorio e diagnostica per immagini. Il Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione nasce nel 2007 dalla fusione della Fisiovicentina e del Centro Medico Fisioguizza di cui fanno parte anche la Radiologia Scrovegni e il Centro Fisioterapico Padovano.

Il Gruppo attualmente conta 3 sedi: a Cadoneghe (Centro Fisioterapico Padovano, Poliambulatorio Centro Fisioterapico Padovano e Radiologia Scrovegni), a Padova nel quartiere Guizza (dove a dicembre sarà inaugurata la nuova sede del Centro Medico Fisioguizza) e a Barbarano Vicentino (Fisiovicentina e Poliambulatorio Fisiovicentina). "La mission di Gvdr – spiega il presidente, Giuseppe Caraccio – è fornire prestazioni sanitarie di elevata qualità nel rispetto dell'economicità con un attento sguardo all'innovazione tecnologica e alla soddisfazione percepita dall'utente. Tutto questo fa parte di un ambizioso e innovativo progetto di sanità dove l'utente non è più la figura di un cittadino avvilito, inerte e disarmato, ma bensì un cittadino utente, esigente verso la propria salute". Il gruppo Gvdr, nonostante la crisi economica mondiale, ha implementato il suo personale che adesso è composto da oltre 100 persone tra medici, fisioterapisti, tecnici radiologi, psicologhi, logopedisti e personale amministrativo. Nel Bilancio Sociale c'è un'interessante capitolo riservato agli utenti che hanno effettuato prestazioni nelle tre sedi.

Questo studio ha una valenza sociologica molto importante perché mostra le patologie e l'età delle persone che si affidano alle cure del gruppo Gvdr oltre alla loro aree di appartenenza con livelli molto diversi tra le tre sedi. Dai dati si evince che il totale delle prestazioni del Gvdr nel 2009 è stato di 390.053 (231.461 a Cadoneghe, 167.614 alla Guizza e 12.261 a Barbarano Vicentino) con un trend in aumento rispetto agli anni passati. Risulta in forte incremento la diagnostica per immagini.

"È indubbio – ha spiegato Caraccio durante la presentazione – che la notevole crescita è stata favorita anche dallo screening mammografico promosso dall'Ulss 16 che ha permesso di fidelizzare molti nuovi utenti. Tutto questo unitamente alla proposta di nuovi servizi diagnostici (Tac, Rmn total body e densitometria ossea)". Molti sono gli obiettivi raggiunti e previsti dal gruppo Gvdr. "Abbiamo revisionato tutta la documentazione del sistema qualità – prosegue Caraccio – ci sarà poi il poten-

ziamento del sito web per dar più visibilità alle attività di formazione e informazione veicolate attraverso NordEstNet e la pubblicazione di un nuovo mensile NES on-line. Dal sito (www.gvdr.it) si possono scaricare documenti utili per eseguire esami diagnostici. La carta dei servizi, revisionata a febbraio, è stata sottoposta all'attenzione di Cittadinanzattiva che ha espresso il suo parere favorevole sui contenuti. Al fine di incrementare l'attività privata abbiamo intrapreso la collaborazione con enti esterni (banche, assicurazioni, associazioni sportive). Sono state rinnovate per il 2010 le convenzioni per il servizio di riabilitazione con le Case di Riposo per la struttura di Barbarano Vicentino mentre l'ambito traguardo di collegamento telematico tra le strutture sarà realizzato nel corso di quest'anno. È partito infine il nuovo servizio di riabilitazione pneumologica che prevede un'approfondita valutazione dell'utente interessato con un processo riabilitativo anche convenzionato. Questo per venire incontro all'incremento delle patologie respiratorie nella popolazione del padovano".

All'incontro hanno partecipato molte autorità tra cui Leonardo Padrin, presidente V Commissione Sanità della Regione del Veneto, e Mirco Gastaldon, sindaco di Cadoneghe. Padrin, alla sua prima uscita ufficiale dopo la nomina a presidente, ha sottolineato l'importanza della sanità privata come supporto a quella pubblica, mentre il sindaco Gastaldon ha rilevato il ruolo "sociale e istituzionale" che il gruppo Gvdr ha fatto e continua a fare per Cadoneghe e per i comuni della zona. ■

*In queste pagine, alcuni scatti realizzati durante la cerimonia di presentazione del Bilancio sociale del Gruppo GVDR*

a cura del **Dr. Roberto Marchesini**
*ASALASER*

# SALUTE IN PISCINA: *attenti alle conseguenze dei tuffi*

*Consigli per il benessere in piscina: intervista al dottor Mario Endrizzi, responsabile medico della Nazionale italiana di tuffi*

L'acqua e l'estate sono un binomio inscindibile: quando afa e calura la fanno da padrone, niente è più attraente di un tuffo rinfrescante in piscina. Ma occorre fare molta attenzione: un tuffo mal eseguito o effettuato in condizioni di incerta sicurezza può determinare dolori e problemi sino a giungere a distorsioni a livello cervicale, con temporanea perdita di motricità e di sensibilità. Per questo tipo di incidenti purtroppo non esistono dati statistici per comprendere la dimensione o la gravità del fenomeno perché la maggior parte dei Paesi non raccoglie dati sugli incidenti nelle acque di balneazione associate ad attività ricreative.
Ma studi americani hanno rilevato 38 cause tra le più frequenti di trauma vertebrale, e le maggiori categorie includono proprio gli incidenti provocati durante lo svolgimento di attività sportive tra i quali i traumi da tuffi effettuati in meno di tre metri d'acqua (66 per cento degli incidenti sportivi). In Italia le percentuali sono simili e i tuffi di testa, con conseguente urto su fondali in acque troppo basse, provocano traumi cranici, fratture e, soprattutto, lesioni a carico della colonna vertebrale.
Se dagli sportivi dilettanti passiamo all'osservazione dei professionisti, le patologie più comuni negli atleti della Nazionale di tuffi, riguardano la comparsa di sindromi dolorose a evoluzione cronica in tutti i distretti dell'apparato locomotore spesso dovute a carichi di lavoro eccessivi, per intensità o per lunghezza delle sedute di allenamento.
Altrettanto certo è che circa il 50 per cento delle lesioni da sport è provocato dal sovraccarico funzionale inteso come effetto lesivo di sollecitazioni interattive ripetute ciclicamente per tempi prolungati o con intensità elevate.
Il sovraccarico funzionale si manifesta a livello delle strutture maggiormente impegnate nel gesto atletico sia in allenamento che in gara, con esordio il più delle volte lento e insidioso, con localizzazione tipica a seconda della disciplina sportiva: in gergo viene definita "spalla del nuotatore" la patologia infiammatoria che corrisponde a una tendinite della cuffia dei rotatori che colpisce i nuotatori agonisti sottoposti ad eccessivi carichi di lavoro quotidiani.
Se si considera che un atleta professionista, durante una stagione di gare, esegue almeno 1 milione di bracciate, ben si comprendono le implicazioni sui tendini e sulle articolazioni. L'uso di apparecchi medicali per Hilterapia, come SH1 e HIRO

3.0®, lo strumento certificato dalla FDA (Food and Drug Administration) americana, sono un valido ausilio per il recupero degli atleti dopo le estenuanti sedute di allenamento o durante la convalescenza che segue traumi agonistici, come dimostrano i responsabili dello staff medico di Federazioni sportive italiane che lo annoverano tra le più importanti attrezzature di cui dispongono.
Il dottor Mario Endrizzi, responsabile medico della Nazionale italiana di tuffi, afferma: "L'uso della Hilterapia, nell'ambito di un lavoro d'équipe in cui medico, fisioterapista e preparatore atletico devono confrontarsi per seguire atleti al massimo livello quali quelli che fanno parte di una Nazionale, non può essere inquadrato in una fredda sequenza da manuale di patologie trattabili, ma assume contorni più sofisticati.
Anche piccoli microtraumi e stati infiammatori di lieve entità possono compromettere il risultato di una prestazione, tanto più se riguarda una disciplina sportiva che vive di aspetti tecnici molto delicati sia dal punto di vista della efficienza muscolotendinea e articolare sia per equilibri psicologici altrettanto sensibili. La Hilterapia non viene sfruttata soltanto per trattare casi acuti come tendiniti, lesioni muscolari importanti o distorsioni articolari, ma può diventare un supporto costante per agevolare l'intervento manuale del fisioterapista quando si trova a risolvere una contrattura muscolare, particolarmente resistente da possibile elongazione non rilevabile ecograficamente, o per trattare una sacro-iliaca con ridotta mobilità, da possibile esito di una caduta con conseguente subdolo evento discorsivo, o anche per restituire la migliore ampiezza articolare possibile in presenza di una sofferenza tendinea subacuta che la riduce.
Questi esempi rappresentano una selezione ristretta di casi in cui l'uso dell'Hilterapia assume una funzione più di cesello che di spada per risolvere problemi che nella vita quotidiana di una persona comune non appaiono significativi, ma che per un atleta d'elite possono fare la differenza tra eccellere e restare nell'ombra". Più di 250, solamente in Italia, sono le strutture fisioterapiche e di riabilitazione che hanno scelto Hilterapia come valido ausilio nel contrastare il dolore tendineo-osseo-muscolare.
Info: www.hilterapia.it, www.asalaser.com. ■

Nella foto, il dottor **Mario Endrizzi**

# Cosa può fare la Hilterapia® per il tuo mal di schiena?

# Hilterapia®

**1) ARTICOLAZIONI**
Riduce le infiammazioni articolari e stimola la rigenerazione

**2) SISTEMA MUSCOLARE**
Risolve rapidamente le contratture producendo un intenso effetto analgesico

**3) SISTEMA CIRCOLATORIO E LINFATICO**
Favorisce l'apporto di nutrienti e il riassorbimento degli edemi

**Mal di schiena, artrosi cervicale, epicondilite, gonalgia ...**
Il trattamento **più evoluto** per le patologie dolorose alle **articolazioni**, ai **muscoli**, ai **tendini** e alle **ossa**.

1. Benefici immediati e prolungati
2. Trattamento rapido, sicuro e indolore
3. Ricerca italiana, certificata FDA (Food and Drug Administration - USA)
4. Risultati validati da documentazioni scientifiche
5. Presenti in oltre 200 Centri Specializzati in tutta Italia

ASA srl
Energy for health

**ASA srl** - via A. Volta, 9
36057 Arcugnano (VI) Italia
tel. +39 0444 289200
fax +39 0444 289080
asalaser@asalaser.com

**CHIEDI ALLO SPECIALISTA O RIVOLGITI A UN CENTRO SPECIALIZZATO HILTERAPIA®**

**www.hilterapia.it**

a cura del **Prof. Edoardo Arslan**
*Servizio di Audiologia e Foniatria Ospedale Ca' Foncello Treviso*

# LA SORDITA' NEONATALE

## *Una patologia che colpisce tre bambini ogni mille nuovi nati*

La presenza alla nascita di un deficit uditivo è una condizione che può avere conseguenze molto gravi per il bambino e che può configurare quel quadro, oggi fortunatamente scomparso, del "sordomutismo". La voce, le parole che il bambino percepisce, sono infatti i catalizzatori sui quali il cervello apprende e sviluppa le reti neurali deputate alla percezione e produzione del linguaggio.

Secondo recenti statistiche nord-americane sulla sordità e i disturbi della comunicazione (NIDCD) 2-3 bambini ogni 1000 nuovi nati sono affetti da una forma grave di deficit uditivo. In circa la metà dei casi si tratta di una patologia genetica ereditata dai genitori, anche se spesso, per il particolare tipo di trasmissione genetica, i genitori sono portatori sani della mutazione e quindi del tutto normali dal punto di vista uditivo.

L'aspetto più rilevante della sordità neonatale è che si tratta di una patologia "silente", nel senso che impedisce la percezione dei suoni e non ha segni di identificazione in un neonato. Il bambino affetto da sordità congenita non corretta prima dei 3 anni di vita, il periodo in cui grazie alla cosiddetta "plasticità" del sistema nervoso centrale è massimamente recettivo ai fini dell'evoluzione del linguaggio, non sarà mai in grado di elaborare una comunicazione verbale soddisfacente, con un notevole impatto sull'inserimento sociale, sulla vita di relazione e sullo sviluppo dell'individuo.

Da qui la necessità della presa in carico precoce del bambino ipoacusico da parte di una équipe specializzata composta da diverse figure professionali: il medico audiologo e i tecnici logopedisti, audiometristi e audioprotesisti.

Due punti oggi rappresentano i cardini per la terapia della sordità infantile: gli screening neonatali e l'intervento protesico precoce. I programmi di screening uditivo nella nostra regione sono attivi già da diversi anni e sono effettuati in quasi tutti i punti nascita.

Prevedono l'esecuzione su tutti i neonati di un test che ci permette di individuare i bambini che possono avere una perdita uditiva già prima della dimissione del neonato dall'ospedale. Si utilizza il test delle Otoemissioni Acustiche, una metodica oggettiva, sofisticata e affidabile, di facile e veloce applicazione, non invasiva e ben tollerata dal piccolo paziente.

Nel caso di mancato superamento del test delle OAE o in presenza dei fattori di rischio per ipoacusia neonatale previsti dal JCIHS (Joint Committee on Infant Hearing Screening) nel 2007 (storia famigliare positiva per ipoacusia, infezioni in gravidanza del gruppo Torch, malformazioni cranio-cefaliche, segni di sindromi associate ad ipoacusia e ricovero in terapia intensiva neonatale), la famiglia viene indirizzata al servizio di Audiologia per un più approfondito inquadramento diagnostico. I test audiologici utilizzati in questa fase comprendono i potenziali evocati uditivi del tronco encefalico, l'impedenzometria, lo studio dei riflessi cocleostapediali, l'audiometria infantile.

Nella foto, il professor **Edoardo Arslan**

Parallelamente alla definizione dell'entità e della tipologia della perdita uditiva, ne viene ricercata la causa attraverso test genetici, marker bioumorali e diagnostica per immagini dell'orecchio interno e dell'encefalo.

Una volta ottenuta una stima attendibile della soglia uditiva viene programmato il piano terapeutico-riabilitativo. Il ripristino della sensibilità uditiva nelle ipoacusie gravi e profonde si avvale dell'applicazione di apparecchi acustici opportunamente calibrati e, nel caso si dimostrassero insufficienti, dell'applicazione chirurgica dell'impianto cocleare, un dispositivo inserito in un alloggiamento osseo in sede retro-auricolare che permette di by-passare la coclea, che è la sede della lesione uditiva, e di stimolare direttamente il nervo acustico attraverso un elettrodo multicanale.

L'applicazione delle protesi acustiche o dell'impianto cocleare consente al bambino il recupero di una soglia uditiva praticamente normale ed è oggi risolutiva nella quasi totalità delle ipoacusie neonatali, anche se rappresenta solo il primo passo del lungo e articolato percorso riabilitativo che il piccolo paziente dovrà intraprendere, insieme ai familiari, per progredire armoniosamente nello sviluppo del linguaggio. ■

a cura del **Dr.ssa Rita Squarza**
*Neuropsicologa e psicoterapeuta*

# DECADIMENTO CEREBRALE:
## *la prevenzione è possibile*

Nella foto, la dottoressa **Rita Squarza**

I muscoli non sono i soli a dover essere allenati. Un "allenamento" del cervello può avere effetti protettivi nei confronti delle malattie neurodegenerative. A tutt'oggi non esistono farmaci risolutivi per patologie dementigene come la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare. Quelli attualmente utilizzati hanno purtroppo un'efficacia estremamente limitata.

Gli sforzi della comunità scientifica operante in tale settore sono sempre più volti ad identificare gli stadi iniziali delle malattie neurodegenerative, al fine di intraprendere precocemente strategie terapeutiche preventive e di contenimento dei sintomi. In risposta alle nuove esigenze di pazienti che presentano lievi disturbi di memoria e cognitivi vengono attualmente utilizzati modelli riabilitativi innovativi che prevedono l'uso combinato di strategie di memotecnica, batterie computerizzate fornite dal programma Rehacom (riabilitazione neuropsicologica computerizzata) e sedute di fisiokinesiterapia.

La tecnologia informatica potenzia la tradizionale riabilitazione cognitiva "carta e matita" e arricchisce il servizio erogato di caratteristiche innovative. La riabilitazione cognitiva trova fondamento nel modello modulare dell'organizzazione cognitiva che considera il sistema cerebrale organizzato in sottocomponenti interconnesse, ma relativamente indipendenti tra loro. Un modulo cognitivo danneggiato conserverebbe, almeno in parte, il substrato neuronale che ne permette il funzionamento: in particolari circostanze, un'adeguata stimolazione potrebbe quindi favorire la riorganizzazione dei meccanismi lesi.

L'intervento riabilitativo è indicato soprattutto in situazioni di disabilità cognitiva lieve o moderata, rispetto alle quali può rallentare il declino cognitivo e aiutare la persona a modificare le proprie strategie alla ricerca di un migliore adattamento funzionale.

Gli esercizi riabilitativi sono individualizzati e comprendono le principali funzioni del pensiero (attenzione e concentrazione, memoria, ragionamento, organizzazione visuo-spaziale) e una serie di esercizi con caratteristiche di tipo "ecologico", ovvero che permettono al soggetto di confrontarsi con simulazioni di situazioni di vita quotidiana (per esempio acquisti, pianificazione della giornata, riconoscimento di volti).

La frequenza delle sedute è in genere settimanale; ogni ciclo comprende 10 sedute, al termine delle quali viene effettuata una rivalutazione attinente gli obiettivi del trattamento.

Sulla base di specifiche fasi della malattia possono essere programmati cicli di trattamento di diversa durata e frequenza. Negli ultimi 20 anni, numerosi lavori nell'uomo hanno dimostrato che un intervento combinato di stimolazione cognitiva ed esercizio fisico può esercitare effetti benefici sulle funzionalità cerebrali, particolarmente nell'anziano, favorendo una importante riduzione dei casi di demenza. ■

Padova | viale dell'industria 60 | t. 049 777 123 | www.finalmenteacasa.com

ADVERTENDO.com®

FINALMENTEACASA
pavimenti, rivestimenti e complementi d'arredo

Finalmenteacasa 360° floors and furniture di **Gianni Furlan** Spa

a cura del **Dr. Francesco Peruzzi**
*Specialista in Radiologia*

# IMAGING MUSCOLO-SCHELETRICO:
## *il ginocchio doloroso*

Nella foto, il dottor **Francesco Peruzzi**

Fare una diagnosi spesso consente di stabilire il trattamento appropriato per limitare il dolore al ginocchio, che è molto comune nella popolazione e può essere provocato da molte cause. Le ossa del ginocchio, ricoperte dalla cartilagine che favorisce lo scorrimento articolare, sono allineate da legamenti e tendini con l'interposizione dei menischi e con l'aiuto dei muscoli. Lesioni di uno o più di questi elementi provocano dolore e limitano il funzionamento. L'artrosi è la causa più comune di dolore al ginocchio ed è caratterizzata dall'usura della cartilagine che porta alla diretta esposizione dell'osso nell'articolazione. Colpisce generalmente pazienti di età superiore a cinquant'anni, è più frequente nel paziente sovrappeso e con familiari già sofferenti di artrosi. Traumi, lesioni ai menischi o ai legamenti, esiti di fratture possono favorire l'artrosi. I sintomi sono dolore durante l'attività, limitazione funzionale, rigidità e ipersensibilità del ginocchio, e negli stadi più avanzati rigonfiamento e deformità del ginocchio.

La valutazione del paziente inizia con un accurato esame medico e con un esame radiografico. Con l'esame radiografico si ha una visione d'insieme del ginocchio e ci si orienta sulla sede, estensione e gravità delle lesioni. È importante che l'esame radiografico sia eseguito in maniera corretta, anche a paziente eretto e con proiezioni mirate alla valutazione dell'articolazione femoro-rotulea. Spesso poi si esegue la risonanza magnetica del ginocchio con cui si ricerca la fase precoce delle alterazioni cartilaginee, quando queste ancora non hanno determinato alterazioni valutabili alla radiografia, e si valuta lo stato dei menischi e dei legamenti che, se lesi, possono favorire l'artrosi. Con la RM si riconosce l'edema osseo e le fasi iniziali dell'osteonecrosi spontanea del ginocchio, eventi relativamente frequenti e causa di dolore importante, non rilevabili all'esame radiografico. Il precoce riconoscimento di queste alterazioni permette di istituire subito il trattamento appropriato, che nelle fasi iniziali dell'artrosi è rappresentato in genere da farmaci antinfiammatori e fisioterapia, potenziamento e riabilitazione muscolare e propriocettiva, Tecar terapia antidolorifica, Hilterapia antidolorifica e antinfiammatoria, e nelle situazioni di edema osseo e di osteonecrosi, magnetoterapia o ossigenoterapia iperbarica. Nelle fasi successive è utile la viscosupplementazione con iniezioni intrarticolari di acido ialuronico. Importante perseguire la riduzione del peso corporeo nei pazienti sovrappeso. Le forme più avanzate di artrosi del ginocchio e che non rispondono alla terapia meno invasiva, possono trarre beneficio dalla protesizzazione del ginocchio. Accade spesso che persone, di età media o avanzata, ma anche giovani, lamentino rigonfiamento, talora doloroso, del cavo popliteo. In genere il rigonfiamento è sostenuto da una raccolta liquida, la cisti di Baker. La cisti un'alterazione che il più delle volte accompagna lesioni dei menischi, dei legamenti o delle cartilagini articolari. In caso di tumefazione dolorosa al cavo popliteo il primo esame da fare, soprattutto se la gamba è gonfia, è l'ecografia con ecocolordoppler per escludere una trombosi venosa profonda. Esclusa questa con la RM si chiarirà la situazione dei menischi, dei legamenti, delle cartilagini articolari e delle ossa del ginocchio e si orienterà la terapia. Se il dolore è invece anteriore, sulla rotula o poco sotto, bisogna ricercare cattivo allineamento, sublussazione della rotula o condromalacia della rotula. La rotula è particolarmente sollecitata nella flesso-estensione del ginocchio. Normalmente essa è centrata su un solco, la troclea femorale, ma in alcune persone slitta all'esterno. Questo slittamento comporta nel tempo un danno cartilagineo, la condromalacia. Ci possono essere vere e proprie lussazioni esterne della rotula, eventi acuti e molto dolorosi, relativamente più frequenti nei bambini e nei giovani. Sublussazione o iperpressione esterna di rotula e condromalacia sono entità separate, ma che possono decorrere insieme. Con l'esame radiografico dinamico dell'articolazione femoro-rotulea e la TC si ricercano le alterazioni dell'allineamento della rotula e della forma del solco trocleare, con la RM si studiano le cartilagini articolari e si cerca l'edema osseo. Con l'ecografia si valuta il tendine rotuleo. La scelta delle metodiche diagnostiche è quindi legata al problema clinico. Per questo è importante rivolgersi a un medico radiologo competente in radiologia muscolo-scheletrica, che sulla base dei sintomi, delle conoscenze cliniche e delle opzioni terapeutiche scelga e interpreti bene le immagini e arrivi alla corretta diagnosi. ■

a cura del **Prof. Alessandro Galan**
*Primario oculista dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova*

# LA SOVRAESPOSIZIONE DEI BAMBINI A TELEVISIONE E COMPUTER:
## *l'eccesso può essere dannoso*

Il problema della sovraesposizione dei bambini a televisione e computer è da anni al centro di dibattiti, articoli e convegni. Dopo molte ricerche si è chiarito quello che il buon senso aveva già fatto intendere: l'eccesso può essere dannoso, l'uso corretto no. I bambini, ma anche i ragazzi e gli adulti, possono andare incontro a disturbi fisici, di affaticamento e di fastidio oculare, che vengono descritti dai lavoratori addetti al videoterminale del computer. Essi dipendono sia da fattori generali (impegno di lavoro, posizione del corpo, microclima, illuminazione) sia da fattori di tipo strettamente oculare, legati all'eventuale difetto refrattivo presente, ai disturbi dell'accomodazione, a quelli della motilità, alla scarsa capacità visiva data da malattie e alle alterazioni del film lacrimale.
Tra i sintomi generali che possono comparire ricordiamo: mal di testa, debolezza, nausea, disturbi dell'apparato digerente, vertigine e tensione generale. Fra i sintomi visivi ricordiamo: alterazioni transitorie di messa a fuoco delle immagini, scompenso di uno strabismo latente, visione rosata dopo prolungata esposizione al videoterminale, accentuata sensibilità alla luce, visione sfuocata saltuaria e visione annebbiata anche in seguito all'uso.
I principali difetti visivi quali miopia, ipermetropia, astigmatismo e presbiopia non sono causati dall'uso eccessivo dei computer o dei videogiochi, ma possono contribuire a far comparire i disturbi di affaticamento (astenopia) soprattutto se non perfettamente corretti. È importante quindi correggere adeguatamente tali difetti, anche se lievi, per evitare un ulteriore sforzo visivo durante il lavoro o lo svago. Condizioni ambientali sfavorevoli quali impianto di condizionamento poco efficiente, affollamento di persone e macchine, presenza di fumatori, secchezza dell'aria possono contribuire all'insorgenza dei disturbi oculari. Anche un'illuminazione insufficiente o eccessiva dell'ambiente può accentuare il disturbo visivo per un elevato contrasto di luminosità con l'immagine del video. Contribuiscono inoltre a creare disturbi i riflessi provenienti dallo schermo, dal tavolo o da altre superfici circostanti, finestre o fonti di luce artificiale che si proiettano sullo schermo, luci dirette non opportunamente schermate. Altre situazioni che aumentano lo sforzo visivo sono quelle che alterano la qualità delle immagini provenienti dallo schermo: scarsa definizione o stabilità dei caratteri, superfici di colore estremo, diminuita trasparenza dello schermo per polvere, sporcizia e impronte. La sovraesposizione dei bambini a televisione e videogiochi andrebbe comunque evitata anche perché la visione da vicino prolungata (60 cm di distanza media di un terminale, 30 di un videogioco) comporta un impegno visivo costante che affatica i muscoli dell'occhio deputati alla messa a fuoco dell'immagine e alla motilità oculare. L'impegno aumenta infatti quanto più l'oggetto è vicino e quanto più a lungo è fissato.

Nella foto, il professor **Alessandro Galan**

Bisognerebbe inoltre essere certi che il bambino abbia una buona visione binoculare che permetta una messa a fuoco simultanea, che siano cioè assenti condizioni di strabismo manifesto o latente o sia presente un'eccessiva diversità di vista tra i due occhi. Va sottolineato che un possibile danno a carico del cristallino o della retina, imputabile a radiazioni emesse dallo schermo, segnalato in passato da alcuni, non sembra a tutt'oggi confermato e non esiste alcuna dimostrazione che l'utilizzo del computer, televisione o videogiochi possa causare danni irreversibili all'occhio.
Ricordiamoci infine che il vero scopo per cui la natura ci ha dotato degli occhi è per la visione da lontano in condizioni di luce diurna: tutto ciò che si discosta da questa situazione viene affrontato dall'occhio come lavoro in più con i suoi meccanismi pur fisiologici dell'accomodazione e della convergenza è responsabile di un forte affaticamento dei muscoli oculari impiegati in questi meccanismi. ■

a cura del **Prof. Mario Plebani**

*Dipartimento Medicina di Laboratorio, Azienda Ospedaliera-Università di Padova*
*Fondazione Leonardo, Abano Terme.*

# IL D-LEMMA:

## *ma quanto importante è la vitamina "D"?*

Nella foto, **Mario Plebani**

Fino ad alcuni anni fa, era ben noto nella letteratura e nella pratica clinica il ruolo della vitamina D nell'assicurare un valido metabolismo osseo, ed erano altrettanto note le patologie, specie il rachitismo del bambino, causate dalla carenza della vitamina stessa. Ed i nostri genitori, almeno per chi oggi è in età adulta, ci propinavano correttamente l'olio di fegato di merluzzo per evitare i rischi di queste patologie.

A partire dal 1980, e con sempre maggiore intensità, è però venuta alla luce "l'altra faccia della vitamina D", una vitamina "pleiotropica" la cui carenza determina un aumentato rischio di gravi patologie non solo del metabolismo osseo, ma anche di natura autoimmunitaria (diabete mellito tipo I, sclerosi multipla, morbo di Crohn), cardiovascolare, infezioni delle vie respiratorie e malattie neoplastiche.

Gli studi che hanno dimostrato l'associazione fra ridotti livelli circolanti della vitamina e queste patologie sono tanto numerosi quanto accreditati.

Da questi studi, si evince che la deficienza di vitamina D, definita come livelli inferiori a 20 µg/L, determina gli effetti ben noti sul metabolismo del calcio, ed espone al rischio di fratture, malattie ossee (non solo osteoporosi) e altre patologie correlate.

La novità, però, è che livelli inferiori a 30 µg/L si associano ad aumentato rischio di malattie autoimmuni, cardiovascolari, e neoplasie e che la terapia con vitamina D e aggiunta di calcio nella dieta si è dimostrata in grado di ridurre del 60% il rischio di sviluppare carcinomi del colon-retto in donne di età post-menopausale.

Il D-lemma è quindi questo: a chi va suggerita la determinazione della vitamina D? E come va eseguita la determinazione stessa?

La determinazione della vitamina D va eseguita con metodi capaci di determinare la forma biologica più importante in circolo, ossia la 25 idrossi-vitamina D, e più espressamente sia la forma D2 (ergocalciferolo) che la forma D3 (colecalciferolo). I laboratori in grado di eseguire questa determinazione devono dimostrare di eseguire controlli di qualità e valutazione esterna di qualità per garantire l'affidabilità dei risultati ottenuti.

Il D-lemma però riguarda i soggetti che dovrebbero eseguire questo test di laboratorio. Sicuramente tutte le donne con sospetta o accertata osteoporosi, anche gli anziani che hanno avuto episodi di cadute o fratture, gli obesi (perché la vitamina D viene catturata dalle cellule adipose), i diabetici, i pazienti ospedalizzati e lungodegenti, i trapiantati e tutti i pazienti con patologie epatiche e del rene. Ma, alla luce delle prove più recenti, la determinazione viene suggerita anche a pazienti ipertesi e con pregresse patologie delle coronarie, a tutti i pazienti con patologie autoimmuni e con sospetto/familiarità per patologie autoimmuni, a tutti coloro che devono assumere corticosteroidi (cortisone) e ai pazienti in terapia per patologie neoplastiche.

E il D-lemma continua con la domanda "ma se i livelli ematici sono inferiori a 30 µg/L, cosa bisogna fare?" È bene sapere che l'80% della vitamina D viene sintetizzata nel nostro organismo e più direttamente dalla pelle per esposizione ai raggi solari (UVB) e solo il 20% deriva dalla dieta.

Gli alimenti più ricchi di vitamina D sono i pesci (anguilla, salmone ma anche pesce azzurro), uova, burro e derivati del latte come i formaggi.

Quindi, una razionale esposizione al sole può sicuramente aiutare ad innalzare le concentrazioni ematiche della vitamina, molto più che modifiche della dieta peraltro utili e necessarie. E, nel caso ciò non fosse sufficiente, la terapia con vitamina D è semplice, poco costosa e di provata utilità!

Il D-lemma, quindi, è di portare le prove della ricerca e della letteratura nella pratica clinica quotidiana e prendere atto che l'esposizione controllata ai raggi solari rappresenta una "medicina" priva di costo, ma efficace. ■

di **Alberto Salmaso**

NES Nord Est Sanità

# INTERVISTA AL PROFESSOR GIAN ANTONIO FAVERO

*Direttore della Clinica Odontoiatrica presso l'Università di Padova, centro all'avanguardia, specializzato nel settore dell'implantologia osteo-integrata.*

Nella foto, **Gian Antonio Favero**

***Prof. Favero, che cosa ha reso la Clinica da lei diretta un punto di riferimento a livello nazionale per quanto riguarda l'implantologia e l'odontoiatria?***
Il nostro punto di partenza è il paziente, che viene preso in cura e seguito passo dopo passo, studiando soluzioni specifiche per ogni caso. Inoltre, grazie all'utilizzo di tecnologie sempre all'avanguardia, il nostro livello terapeutico può essere senza dubbio considerato uno dei migliori a livello europeo, in particolare per quello che riguarda l'implantologia osteointegrata.

***Quali sono i valori e gli aspetti essenziali su cui investe la Clinica Odontoiatrica Universitaria di Padova?***
In primo luogo l'efficienza, la qualità del servizio, dei materiali e la sicurezza delle nuove tecnologie, che ci consentono di consigliare quotidianamente al paziente la scelta terapeutica più appropriata alle sue esigenze. Inoltre puntiamo sulla motivazione del cliente (richiami periodici, pulizia denti e prevenzione) e sulla velocità con cui realizziamo i nostri interventi.

***Cosa offre la Clinica Universitaria?***
Il nostro punto di forza è l'implantologia, standard e avanzata, settore in cui siamo fra i migliori e più avanzati centri del mondo, applicando gli ultimi ritrovati tecnologici come, per esempio, l'implantologia computer assistita, seguendo un rigoroso controllo di qualità.
In particolare la Clinica si segnala per vari trattamenti fra cui chirurgia implantologica teleguidata, interventi in sedazione cosciente, chirurgia preprotesica, protesi tradizionale e implantologia estetica, riabilitazione protesica con progettazione cad/cam. Ogni anno quindi trattiamo migliaia di casi e sopperiamo alle più diverse esigenze, dalle cure odontoiatriche di base (conservative ed estrazione dentaria) alle terapie avanzate, che permettono la riabilitazione orale dei pazienti.

***Un esempio di queste nuove tecnologie?***
Potrei citare la tecnologia "All-on-Four", sviluppata ormai da qualche anno, che si prefigge di essere la soluzione più semplice e meno invasiva per risolvere i casi di edentulismo totale, attraverso l'applicazione di una protesi fissa. In questo caso l'inserimento di quattro impianti e la confezione immediata di 10-12 denti consentono la riabilitazione di un'arcata totale con un intervento molto meno invasivo rispetto alle metodiche tradizionali.

***La Clinica Odontoiatrica Universitaria di Padova si pone quindi come leader internazionale nel mondo dell'implantologia e dell'odontoiatria in generale. Questo presuppone uno staff competente e specializzato.***
Certamente. Il nostro team è composto da figure professionali quali professori universitari e medici odontoiatri altamente qualificati che collaborano con tecnici dalla provata professionalità.

***L'attenzione per il paziente è quindi un elemento essenziale per la Clinica Odontoiatrica Universitaria di Padova.***
Questo è fuor di dubbio. Il valore fondamentale di tutti coloro che operano all'interno delle nostre strutture resta il servizio che deve essere reso al paziente, con efficienza, qualità e sicurezza. Inoltre, a testimonianza della qualità della nostra attività, aggiungo che la Clinica Universitaria si pone come importante richiamo scientifico per molti studiosi del settore, in modo particolare per chi opera nell'ambito implantologico.

***La Clinica Odontoiatrica svolge anche un importante lavoro di ricerca.***
Attualmente la Clinica è considerata un polo di avanguardia nella ricerca di tecnologie, materiali e metodiche cliniche, così come nella formazione dei professionisti del territorio attraverso corsi di perfezionamento e master universitari dedicati. ■

# Michielli impianti s. n. c.

**IMPIANTI ELETTRICI E TECNOLOGICI**

EURO-SOA

SINCERT
ISO 9000/2001


**MICHIELLI IMPIANTI s.n.c.**

VIALE SVEZIA, 12
35020 Z.I. RONCAJETTE
PONTE SAN NICOLÒ (PD)

**Tel. 049 8962771**
**Fax 049 8966136**
**www.michielliimpianti.com**
**e-mail: mchimp@tin.it**


## LA NOSTRA AZIENDA SI OCCUPA DI:

• PROGETTAZIONE • INSTALLAZIONE • MANUTENZIONE ANCHE PROGRAMMATA
• ANALISI DELLO STATO DI EFFICIENZA DEGLI IMPIANTI,
VERIFICA DI RISPONDENZA ALLE NORMATIVE VIGENTI E PROPOSTA DI SOLUZIONI PER L'ADEGUAMENTO

## NEL SETTORE DEL:

• PUBBLICO • CIVILE • INDUSTRIALE • COMMERCIALE • TERZIARIO IN GENERE

- IMPIANTI ELETTRICI IN GENERE
- QUADRI DI DISTRIBUZIONE E COMANDO MT/BT
- AUTOMAZIONE • ANTIFURTO
- CABLAGGI STRUTTURATI, RETI TELEMATICHE E TELEFONICHE
- ANTINCENDIO, RILEVAZIONE FUMI
- IMPIANTI TV TERRESTRE, SATELLITARE E CIRCUITO CHIUSO
- IMPIANTI SPECIALI IN GENERE QUALI CITOFONIA, DIFFUSIONE SONORA ECC.
- IMPIANTI FOTOVOLTAICI

di **Maria Stella Zaia**

# SARDE IN SAOR

## *Gli ingredienti della tradizione si sposano con la storia Veneta*

Nella foto, **"Sarde in Saor"**

Una delle pietre miliari della cucina veneta sono le "Sarde in Saor". La ricetta è antichissima, pare risalga al 300 dopo Cristo, ed è l'esatto compendio delle molteplici vocazioni che hanno caratterizzato da sempre Venezia. Città di mare, quindi con ampie disponibilità di pescato, città degli orti dove si coltiva, assieme alle famose "castraure veneziane" (carciofi), la cipolla – umile ortaggio che però ha preservato intere generazioni di marinai dalla piaga dello "scorbuto"– , e porto commerciale di primissimo piano che, grazie ai suoi collegamenti con l'Oriente, ha permesso alla città lagunare di conoscere e usare per prima le spezie.

A fare grande uso delle "Sarde in Saor" erano i marinai che si portavano nei loro lunghi viaggi questa pietanza composta da pesce fritto alternato da strati di cipolla stufata con aceto e che da consuetudine veniva consumata almeno due settimane dopo la cottura.

La parola "saor" significa, come tutti voi sapete, sapore ed è uno dei pilastri del mangiare veneto sia della cucina popolare che della cucina borghese e nobile.

Infatti fino a non molto tempo fa si riconoscevano tre pesci che caratterizzavano i tre ceti sociali della città. Si tratta delle sarde, per la classe più umile, i passerini per la borghesia, o sontuosi e teneri "sfogeti" (o sogliole) per la nobiltà.

Le ricette del "saor" sono in linea di massima due: pesce a strati con la cipolla cotta nell'aceto, oppure pesce a strati con cipolla sempre stufata con l'aceto ma con l'aggiunta di pinoli e uva passa di Corinto. Questa è una preparazione che ancora oggi caratterizza Venezia non solo perché è tradizione prepararla per la festa del Redentore, il terzo sabato di Luglio, ma anche perché non c'è turista a cui non venga proposto un piatto di "saor" quando visita la città.

Per un "saor" fatto a regola d'arte bisogna partire con della cipolla bianca tagliata sottile (circa 700 grammi) e fatta appassire con dell'olio extra-vergine d'oliva, a cui si aggiungono 2 robusti bicchieri di aceto di vino bianco.

A parte si frigge circa un chilogrammo di sarde freschissime precedentemente sviscerate, private della testa e infarinate. A questo punto si compone il piatto mettendo cioè uno strato di pesce fritto e sopra la cipolla stufata e si prosegue sino all'esaurimento degli ingredienti.

Il piatto deve insaporirsi e quindi va posto in frigo e lasciato riposare per almeno 24 ore, in modo che i sapori della cipolla si fondino armoniosamente con il sapore del pesce. E buon appetito. ■

a cura del Prof. **Giampietro Vecchiato**
*P.R. Consulting S.r.l.*
*Vice Presidente FERPI (Federazione Italiana Relazioni Pubbliche)*

# "MEDICI *costretti a parlare chiaro"*

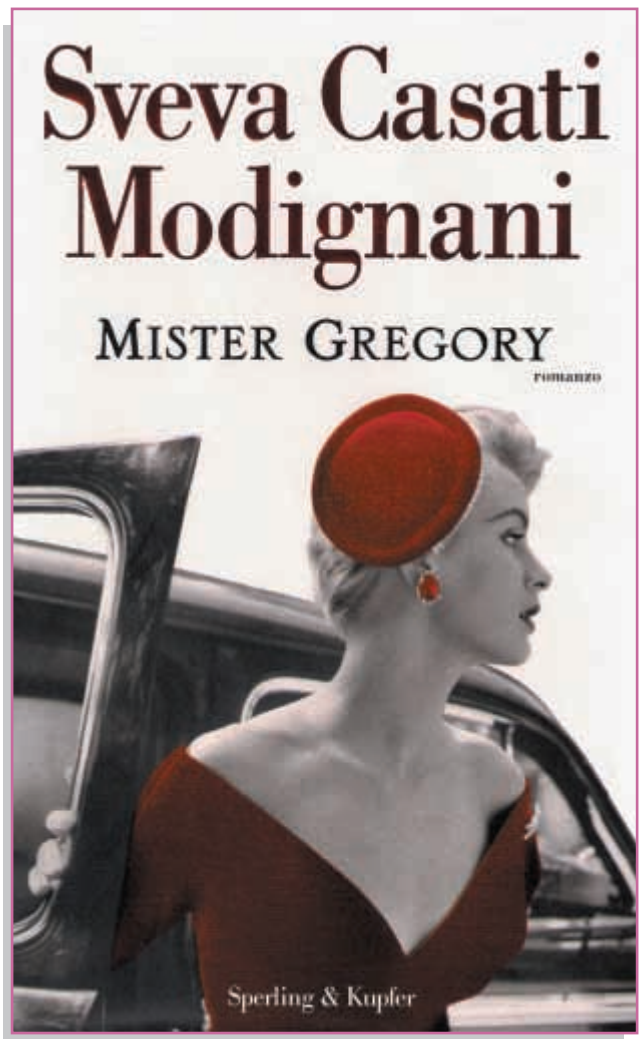
"Medici costretti a parlare chiaro", così titolava un quotidiano padovano l'8 luglio scorso. La notizia è semplice ma allo stesso tempo rappresenta una svolta epocale: con una circolare interna e un vademecum l'Azienda Ospedaliera di Padova obbliga i propri medici a rivolgersi ai pazienti in modo semplice, senza troppi termini tecnici. Basta fraintendimenti, basta parole incomprensibili, spazio alla chiarezza delle informazioni, spazio alle metafore e agli esempi. In passato ho più volte sollevato la questione sollecitando la professione medica ad intraprendere questa direzione, un cambio di rotta che permetterà di costruire un nuovo modus operandi poco autoreferenziale, focalizzato sul paziente e le sue esigenze. Il documento esprime in maniera lampante la nuova vocazione della professione: "Al termine del colloquio – si legge - il medico proponente verificherà che i contenuti principali dell'informazione siano stati compresi, mettendosi a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti". Comunicare significa quindi mettersi allo stesso livello del paziente, parlare il suo linguaggio e assicurarsi che abbia capito cos'ha, come verrà curato e quali rischi corre. Sarà quindi necessario creare con esso quell'empatia necessaria per trasferire le informazioni in modo inequivocabile, parole comuni, gestualità condivise, modi di porsi che non siano ambigui e fraintendibili. Credo che il richiamo dell'Azienda Ospedaliera e la sensibilità del Direttore Generale Adriano Cestrone siano state davvero opportune e puntuali. Questa presa di posizione deve essere solo il punto di partenza per un grande cambiamento. Questo processo deve coinvolgere anche la Facoltà di Medicina e la programmazione degli insegnamenti nei suoi corsi di laurea: solo formando i futuri medici sarà possibile rendere il "parlare chiaro" una competenza esplicita e riconosciuta della professione. Corsi e seminari di comunicazione dovrebbero diventare parte integrante del percorso didattico degli studenti che devono imparare a dialogare con i pazienti recuperando valori perduti a partire dal riconoscimento della dignità del malato come persona e non semplicemente come una malattia. Fortunatamente le cose stanno cambiando, qualcosa si sta muovendo. La Fondazione Zoé "Zambon Open Education" ha da tempo intrapreso questo percorso mettendo la comunicazione della salute come fulcro del proprio agire. Numerose sono state le iniziative intraprese in questa direzione: incontri, seminari, pubblicazioni. Tra tutte, mi permetto di segnalare il testo "La comunicazione della Salute" (Raffaello Corina Editore, 2009), un manuale scritto da 54 autori tra medici, sociologi, giornalisti ed esperti di informazione per indagare i rapporti tra salute e comunicazione definendo un nuovo approccio alla materia. Nel suo libro "Per una medicina umanistica" (Lindau editore, 2010), George Israel affronta la questione criticando la concezione di medicina come "scienza oggettiva" che rischia di sostituire l'idea di "cura" con quella di "riparazione", dove il medico non ascolta e non dialoga con il paziente e lo tratta invece come una "macchina guasta". Solo superando questo paradigma, solo mettendo la persona al centro della relazione terapeutica, sarà possibile creare quell'empatia necessaria per superare quella distanza informativa così poco gradita dai pazienti che provoca inevitabilmente incomprensioni e malintesi. ■

di **Ines Brentan**

# "MISTER GREGORY", L'ULTIMO ROMANZO *di Sveva Casati Modignani*

## *Una volta conosciuto il protagonista, Gregorio, è difficile non innamorarsene*

Non avevo mai letto nulla di Sveva Casati Modignani prima di "Mister Gregory". Il pretesto me lo ha concesso mio figlio, che non è ancora nato – lo attendo a novembre – ma che già sento di amare tantissimo. Una creaturina che ha la capacità di far parlare di sé ogni giorno e che suscita emozioni forti anche nei familiari e amici più prossimi.
È stato un mio familiare, appunto, a farmi conoscere l'ultimo romanzo di questa straordinaria scrittrice. Un giorno di luglio mia suocera Wanda mi chiamò e mi chiese di passare da casa sua. Ad aspettarmi c'era questo libro e il suo sorriso complice perché già sapeva, in cuor suo, di aver fatto centro: del resto, il mio piccolo si chiamerà proprio Gregorio. Neanche a farlo apposta era uscito un libro che aveva come protagonista un uomo che portava il nome che io e mio marito avevamo scelto per nostro figlio, un nome desueto, di altri tempi, che oggi raramente un genitore sceglie per il proprio bambino. E se non bastasse questo per affermare che le coincidenze talvolta ci sorprendono, era incredibile che il romanzo fosse uscito pochi mesi prima della nascita del mio Gregorio, che Wanda l'avesse riconosciuto subito nelle vetrine di una libreria e, infine, che la scrittrice avesse deciso di usare la sua macchina da scrivere (lei stessa confessa di non aver grande dimestichezza con la tecnologia) per raccontare la storia di un "maschio stupendo", la storia di un "uomo complesso, tenero e burbero, affascinante e sfuggente, ma sempre irresistibile…".
È proprio con "Mister Gregory", infatti, che la scrittrice rompe per la prima volta uno schema che l'ha fino ad ora caratterizzata, assegnando per la prima volta il ruolo di protagonista ad un uomo e non a una donna.
Forse qualcuno, ora, potrebbe farmi un'obiezione e dirmi che letta questa premessa è difficile pensare ch'io sia stata opportunamente imparziale nel segnalare il romanzo. Ma questo qualcuno si sbaglia. Perché difficilmente leggo un libro in pochi giorni.
Raramente mi capita, e di questo mi rammarico, di divorare le pagine di un romanzo come "Mister Gregory", di non riuscire a staccarmene, se non per breve tempo. Una trama avvincente che cattura il lettore e non gli permette distrazioni né pause di alcuna sorta.
Il protagonista, l'ho detto, è Gregorio Caccialupi che, ormai anziano, fa un bilancio della sua vita e ne ripercorre le tappe trasportandoci con lui in un viaggio che ci fa attraversare le terre semplici e povere del Polesine, suo luogo natio, fino a scaraventarci nei labirinti frenetici delle street americane, dove Gregorio diventa qualcuno, diventa "Mister Gregory".
Una volta conosciuto il protagonista, è difficile non innamorarsene… a prescindere da nomi e coincidenze! ■




*"**Mister Gregory**" di Sveva Casati Modignani, edito nel 2010 da Sperling & Kupfer*

# we care

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

## Formazione

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

## Servizi e Assistenza

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

800-628-772

WORKSHOPCARE
www.workshopcare.com

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

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

Tecar OT

TENDINITI
CONTRATTURE
STIRAMENTI
STRAPPI MUSCOLARI

**Sapete**
qual è il limite d'azione di una tradizionale apparecchiatura per **diatermia**?

Chi usa **Tecar** lo sa.

Unibell

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

**TECAR ®**
La Tecar® è una forma avveniristica di terapia considerata novità assoluta nel mondo della prevenzione degli infortuni e della riabilitazione.

**COMPEX ®**
Apparecchiature di elettrostimolazione per il trattamento del dolore, il rafforzamento muscolare e la riabilitazione.

**ASA**
Le più innovative tecnologie in Laserterapia: Hilterapia® e MLS Terapia. Gamma completa per la Magnetoterapia.

**HOSAND**
Società che sviluppa strumenti intelligenti per la misurazione di parametri fisiologici, rilevazione della Frequenza Cardiaca in Telemetria, Adipometro digitale.

**CHATTANOOGA**
Apparecchiature per Elettroterpia ed Ultrasuoni, Lettini Elettrici per Manipolazione e Chiropratica.

**TECNOBODY**
Sistemi per la valutazione e la rieducazione motoria, Pedane Propriocettive e Stabilometriche, Valutazione e Riabilitazione Spalla.

**EMS DOLORCLAST ®**
Azienda Svizzera, leader mondiale nella produzione di apparecchiature per la Terapia ad Onde d'Urto che tratta patologie dell'apparato muscolo scheletrico.

Tecar OT · Compex · ASA · hosand · Chattanooga Group · TecnoBody · EMS

di **Antonella Prigioni**

# L'ARTISTA DEL VETRO

## *Una gondola in vetro, a Punta della Dogana: il sogno di Pino Signoretto*

Si deve girare a sinistra, nella direzione opposta al flusso dei turisti. È lungo la Fondamenta Serenella che si trova la fucina creativa di Pino Signoretto. Il signore, il maestro contemporaneo per antonomasia del vetro di Murano. Un artista molto apprezzato oltre Oceano, soprattutto negli Stati Uniti. Proprio per un committente a stelle e strisce realizzò, anche se il merito se lo prese il "paron" per cui lavorava all'epoca, un John Fitzgerald Kennedy ed un Abramo Lincoln in vetro. Non c'è nulla che tra le mani di Pino Signoretto non possa prendere forma. È capace di plasmare il magma indomabile della pasta vitrea e di trarne immagini e raffigurazioni di oggetti, idee, volti e persino sogni. Sogni all'apparenza fragili, mai ingabbiati dalla solidità della materia, ma liberi di mutare all'improvviso, essendo espressione di una sostanza viva, incandescente, magica.
Entrare nella fornace di Signoretto è come varcare la soglia dell'antro di Vulcano e il maestro un po' lo ricorda nei suoi lineamenti. Un uomo forte e deciso, all'apparenza scontroso, invece gentilissimo ed infuocato da un'insolita passione per quello che fa. Un entusiasmo sincero che ti fa capire che sei davanti ad un artista, ad un talento, come ne nasce uno ogni cento anni. Proprio le parole che usò Alfredo Barbini, in un'intervista rilasciata ad una televisione giapponese, per descrivere l'allievo. E che Signoretto ricorda con commozione, nel definirsi discepolo, anzi servitore di quel maestro, che gli permise di spiccare il volo.
Pino Signoretto mi accoglie nel suo laboratorio creativo ed è subito a disposizione per l'intervista. Ogni occasione per sottolineare l'importanza di Murano e dell'arte vetraia (che in quest'isola conserva una tradizione millenaria che rischia di scomparire per la noncuranza di molti) per il maestro è un battito d'ali, una speranza che quest'arte viva. "Si dice che mi distinguo per le opere grandi, ma ogni maestro vetraio riesce a fare tutto. Dovrebbe chiedere a mia madre come ha costruito questo personaggio. L'amore, la pas-

sione, l'esperienza e un talento dalla nascita: questo mi rende un maestro diverso. Un maestro completo non si ferma alla specializzazione di un genere. Io ho rotto la tradizione storica, parto da un disegno, da una figura, oppure da un'idea ed inizio a pensare come si possano trasferirli in vetro. Io so dipingere, scolpire, anche se plasmare il vetro è qualcosa di unico, perché il vetro è una materia unica. Il vetro di Murano è irripetibile, non esistono imitazioni, l'isola è se stessa amore e voglia di vetro. La mia sfida più audace è stato il cavallo, tre metri per quattro, che mi ha commissionato un gruppo di albergatori del Lido di Venezia che lo doveva esibire durante un'edizione della Mostra del Cinema. Prima ho forgiato le gambe, un blocco di 190 chilogrammi di peso, poi la testa altri 320 chilogrammi. L'opera finale pesava un quintale e mezzo. Ci ho messo un anno di lavoro. Ero terrorizzato dalle dimensioni: nella cavità centrale della statua ci sta una persona seduta. Ho realizzato un'opera fuori dal comune. Ho messo insieme i pezzi grandi utilizzando degli incastri in vetro, delle chiavi. Ce l'ho fatta grazie all'entusiasmo e alla voglia di riuscirci. So come prendere il vetro: così duttile quando è liquido e così massiccio quando si solidifica". La svolta, nelle tecniche di lavorazione del vetro di Murano, la impresse il maestro Barbini introducendo la tecnica a massello. Altra rivoluzione è stata determinata dall'alimentazione a gas della cannella ossidrica, prima era a carbone o a nafta, molto nociva ed inquinante.

"Il clown alto un metro e ottanta centimetri, è un'altra mia creazione impossibile. Un oggetto in vetro che supera i 40 centimetri è già fuori del normale". Il rammarico di Signoretto è quello che la sua arte non sia adeguatamente conosciuta a Venezia. Se ne parla poco, dice, non serve un marchio, serve la sensibilità che il vetro è cultura, è storia e deve avere il ruolo che merita. "L'arte del vetro è in crisi, perché non ci sono scuole, in fornace si fa fatica ad avere dei giovani, il lavoro è duro, bisogna sacrificarsi, ma dà entusiasmo ed anche guadagno. C'è il rischio che le fornaci muranesi diventino alberghi. Il mio laboratorio è aperto non ai turisti perché comprino souvenir, ma a chiunque vuole conoscere la storia del vetro, assaporarne il fascino".

Il vetro per Signoretto è più di una ragione di vita, è un potente balsamo, una pozione magica che ritiene lo abbia persino guarito da una grave malattia. "Ero negli Stati Uniti, mi sono ammalato ad una gamba e rischiavo l'amputazione. Tornato a casa, ad Abano mi hanno salvato l'arto, ma ho trascorso vari mesi in carrozzella, non mangiavo, stavo male. Un giorno vado in fornace, passo la mano sul tavolo di lavoro e me la strofino sul viso, la polvere di vetro, sarà suggestione, mi ha guarito".

Il maestro, a 65 anni, ha un sogno, un grande sogno. Vuole scolpire una gondola in dimensioni reali, completa di scafo, come omaggio a Venezia. Un simbolo della città che dovrebbe salutare i naviganti sia veneziani che foresti, troneggiando in Punta della Dogana. La forcola e gli addobbi, già hanno sfilato in Piazza San Marco e a Praga. Ora manca lo scafo. "Fare una gondola in vetro – mi dice commosso il maestro – sarebbe il massimo e si può fare".

Monsieur Pinault è avvisato, non può trascurare un artista contemporaneo, un figlio di quella stessa laguna, in cui lui, il francese, ha voluto erigere il tempio dell'arte contemporanea. Non sarebbe un mecenate illuminato. ■

*Nelle immagini di queste pagine,* ***Pino Signoretto*** *insieme alla sua équipe di lavoro e alcune delle sue opere*

di **Alberto Salmaso**

# M9, NUOVO POLO CULTURALE PER MESTRE

## *Il concorso internazionale di architettura vinto da Sauerbruch e Hutton*

Un nuovo museo per Mestre. Anche se la definizione è riduttiva: l'M9 – il grande polo culturale che crescerà nel centro città, proprio di fronte a piazza Ferretto – non ha nulla delle polverose esposizioni di cimeli. Se il Novecento verrà rappresentato nelle sue trasformazioni sociali, economiche, urbanistiche, ambientali e culturali, l'M9 sarà anche luogo in cui confrontare le idee e gli stimoli ricevuti da esposizioni interattive, allestimenti multisensoriali, conferenze e convegni. Previsto anche uno spazio espositivo dedicato ai temi della contemporaneità (fotografia, architettura, design, grafica, cinema, comunicazione, pubblicità), una mediatica-archivio del '900, un auditorium. «Questo vuol essere M9 – spiega Giuliano Segre, presidente della Fondazione di Venezia, che di questo progetto è ideatore e promotore – un progetto multiforme e complesso che risponde a un'esigenza e a un'ispirazione da anni condivisa dai cittadini di Mestre: avere uno spazio museale e un centro di produzione culturale in linea con le più innovative esperienze europee». Cento milioni di euro di investimento (tra acquisizione delle aree, progettazione costi previsti di realizzazione), tempi contingentati: nelle intenzioni della Fondazione l'inaugurazione avverrà nel 2014. Intanto, in questi giorni, un passo importante: la scelta del progetto. Per realizzare M9, infatti, la Fondazione ha bandito un concorso di idee al quale hanno partecipato sei studi internazionali: Agence Pierre-Louis Faloci (Francia), Carmassi Studio di Architettura (Italia), David Chipperfield Architects (Gran Bretagna/Italia), Mansilla+TuñónArquitectos (Spagna), Sauerbruch Hutton (Germania) e Souto Moura Arquitectos (Portogallo).
La giuria ha scelto il progetto – concreto e coloratissimo – di Sauerbruch e Hutton: la scelta urbanistica vincente è stata quella di introdurre una diagonale che suddivide il lotto in due parti di forma triangolare. Il triangolo maggiore su via Brenta Vecchia accoglierà l'edificio del museo. Verranno creati spazi esclusivamente dedicati al commercio, si prevede di dotare di vetrine sia la facciata al piano terra su via Poerio sia quelle nel portico del chiostro, che risulterà così vivacizzato dalle attività commerciali che lo incorniceranno. Il progetto vincitore e gli altri cinque sono esposti proprio nella sede in cui sorgerà il museo (in via Poerio a Mestre) fino al 21 novembre prossimo. ■

Il conto corrente dedicato alla famiglia

facile da aprire, senza spese, ricco di vantaggi

BANCA PADOVANA
CREDITO COOPERATIVO

Dal 1896 diamo *energia* ai *valori*

*Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Per le condizioni contrattuali si fa riferimento al foglio informativo presente nel sito internet www.bancapadovana.it e nelle filiali della Banca*

Banca Padovana *Credito Cooperativo*

# www.nordestsanita.it

## "ON LINE" da ottobre 2010

**Aggiornamenti quotidiani,**
**articoli socio-sanitari e medico-scientifici,**
**notizie politiche, approfondimenti...**

È una iniziativa

Nordestnet

**Editore**

**Nordestnet S.r.l.,**
Via Valgimigli, 6/3 – 35125 Padova (Italy)
*Telefono:* +39 049.8872581, *Fax:* +39 049.8870010
*E-mail:* aggiornamento@gvdr.it
*Partita I.V.A. n.* 03538580287

**IL SITO DI RIFERIMENTO PER LA VOSTRA "SALUTE"!**