Anno 1, numero 4
Dicembre 2008

NES

Nord Est Sanità

TRIMESTRALE DI ATTUALITÀ
A CARATTERE TECNICO, SCIENTIFICO, SOCIALE

Primo piano
Diventare madri: un "mestiere" sempre più difficile

Intervento
Il papà politico Giancarlo Galan

Intervista
Il viaggio nelle Asl venete: a Vicenza con Antonio Alessandri

Focus
La trombosi venosa profonda: come prevenirla, diagnosticarla e curarla

Mali di stagione
Sindrome influenzale: arriva l'Australiana

Arte
Le immagini della fantasia
Il giardino dei giusti

Nordestnet
È un'iniziativa di

Con il patrocinio
Provincia di Padova

Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Il ruolo dei Nuclei Aziendali di Controllo interni nelle strutture ambulatoriali private
GENNAIO 2009, PADOVA

Scoliosi idiopatica giovanile: ruolo della ginnastica medica
FEBBRAIO 2009, PADOVA

Sindromi vertiginose: ruolo della fisioterapia
MARZO 2009, PADOVA

Il piede nel mirino
MAGGIO 2009, ABANO TERME

La corretta applicazione delle terapie fisiche
SETTEMBRE 2009, MIRA VE

Le patologie ortopediche dell'arto superiore
OTTOBRE 2009, PADOVA

Polimialgie reumatiche
NOVEMBRE 2009, PADOVA

GVDR
Gruppo Veneto Diagnostica e Riabilitazione

Strutture Certificate UNI EN ISO 9001:2000

di **Giuseppe Caraccio***

LA VERA RICCHEZZA *del domani*

I figli sono una grande ricchezza per ogni Nazione; abbiamo capito in questi anni di forte denatalità come la civiltà di un Paese si misuri dalla capacità delle istituzioni, delle famiglie e degli individui di servire ed accogliere la vita. Le nuove nascite rappresentano il futuro, non solo per la coppia che così proietta nel tempo la sua durata, ma per la società, che così proietta nel tempo la sua rinascita e la sua perpetuazione.

Ognuno di noi deve riflettere sui tempi del nostro vivere, smettendo la folle rincorsa del presente, dove il tempo è diviso in maniera nevrotica fra il lavoro e lo svago a tutti i costi e dedicando più tempo per pensare, progettare e generare il futuro.

Soltanto creando un clima favorevole alla maternità si può cercare di modificare la tendenza alla denatalità che è il vero problema delle società più evolute.

Gli interventi necessari per creare questo nuovo clima non sono solamente gli sgravi fiscali o l'aumento degli asili nido, poiché essi da soli sono insufficienti; serve una progettualità politica di ampio respiro dove siano ripensati i programmi di protezione sociale bilanciando le misure a favore della terza età con programmi a favore e a promozione della natalità.

Bisogna ripensare ad un nuovo patto sociale, che tuteli la vita nel suo divenire ed ad un nuovo terreno culturale dove la scelta di generare dei figli non sia solo un diritto ma un dovere sociale per contribuire al benessere e al futuro di ognuno di noi.

Ringrazio quanti hanno contribuito con la propria testimonianza a riflettere su un argomento così determinante per il futuro e colgo l'occasione per augurare insieme a tutta la redazione, un felice, sereno e prospero Natale.

**Il Direttore Editoriale*

Sommario

Primo piano

Diventare madri: un "mestiere" sempre più difficile

Interventi:

Giancarlo Galan, presidente della Regione Veneto 18

Cardinale Angelo Scola, patriarca di Venezia 20

Stefano Valdegamberi, assessore regionale alle Politiche Sociali 21

Vittorio Casarin, presidente della Provincia di Padova 22

Sandro Sandri, assessore regionale alla Sanità 24

Viaggio nelle ASL venete

Ulss 6

Tappa a Vicenza con Antonio Alessandri 26

Focus

La trombosi venosa profonda: come prevenirla, diagnosticarla e curarla

Interventi:

Dr. Ugo Baccaglini e Dr. Andrea Piccioli

Centro Multidisciplinare Day Surgery Università di Padova .. 30

Dr. Davide Sortini

specialista in Chirurgia generale 32

Dr. Luciano Boffo

Dipartimento sicurezza alimenti Ulss 14 33

Mali di stagione

Influenza

Arriva l'Australiana 34

Interventi

Giovanni Gallo 29

Umberto Iazzetta 37

Leonardo Padrin 38

Lettere a NES 40

L'arte raccontata

Le immagini della fantasia 42

Il giardino dei giusti 44

di **Antonella Prigioni**

UNO, FORSE DUE, *qualche volta più di quattro*

Le mamme italiane, quasi costrette al figlio unico. 47 mila i nuovi nati in Veneto. L'Italia resta un Paese con una bassa natalità

Più di uno, ma non più di due. Il figlio unico non è l'aspirazione delle donne che vogliono essere mamme, diventa, spesso però, la realtà di queste donne. Carriera e voglia di affermarsi erano, fino a qualche anno fa, gli ostacoli maggiori alla realizzazione di un nucleo con più figli. Oggi sono soprattutto la necessità di lavorare in due e la mancanza di servizi a sostegno della famiglia, a determinare il contenimento delle nascite in Italia. Nel 2005 nel nostro Paese sono nati in media 1,32 figli per donna in età feconda (donne tra i 15 e 49 anni), confermando un tasso di natalità ai livelli più bassi tra quelli registrati nei Paesi sviluppati. Una tendenza che si sta verificando progressivamente da circa un secolo. Un'inversione del trend negativo c'è stata solo nella prima metà degli anni '60, gli anni del "baby boom": lì ci fu un picco di 2,7 figli per donna. Dal 1965 però è ripresa la fase di diminuzione della fecondità. Nel 1995 si è toccato il minimo storico 1,19 figli per donna. Un altro lieve recupero c'è stato dagli inizi degli anni '90. Nel 2004 la media nazionale era di 1,33 figli per donna, nel 2005 1,32, nel 2006 1,35, nel 2007 1,34. La Regione con il tasso di natalità più alto è il Trentino Alto Adige. Bolzano è la provincia più prolifica d'Italia, con una media di 1,58 figli registrata nel 2005 e 1,57 figli l'anno successivo. Segue la Campania, che nei tre anni presi in considerazione dalle più recenti rilevazioni Istat, si mantiene sopra la media di 1,40. Il Veneto è in linea con i valori nazionali. 1,36 nel 2004, 1,35 nel 2005, 1,39 nel 2006, 1,38 nel 2007. La città veneta più fertile è Treviso con una media nel 2006 di 1,50, Vicenza segue con 1,49, quindi Verona con 1,44, Padova con 1,35, Venezia con 1,28, Belluno con 1,26 e Rovigo con 1,09.

MAMME TRENTENNI. L'età media delle partorienti in Veneto è di 31,2 anni. Un'età che sale a 32,3 anni nel caso delle partorienti italiane e scende a 27,6 nel caso delle donne straniere. Nel 2007 in Veneto sono nati 47.633 bambini (24.446 maschi e 23.187 femmine), grazie ai quali la regione ha chiuso l'anno con un saldo demografico positivo (sono stati 43.501 i decessi). Il tasso di natalità in Veneto nel 2007 è stato di 9,9 nati per mille abitanti, superiore alla media nazionale di 9,5. Nel 2006 in Veneto sono nati 46.696 bambini, 23.914 maschietti, 22.782 femminucce. Il 17% dei nuovi nati è figlio di genitori stranieri. Un contributo notevole al tasso di natalità italiano è dato negli ultimi anni dalla presenza di famiglie di immigrati. Le mamme italiane non sono contrarie alla procreazione, solo il 12%, secondo un'indagine a campione, è favorevole al figlio unico. Su 536 mila donne intervistate (fonte Istat), il 51% ha avuto un figlio, il 38% un secondo e solo l'11% ne ha avuti tre o più di tre. Insomma la realtà sembra deludere le aspettative. A far rinunciare le donne ad avere altri figli sono i costi, il lavoro che le costringe a stare fuori casa, l'assenza di servizi di supporto alle mamme che lavorano. Il livello di istruzione e quindi l'impegno sociale delle donne si è notevolmente alzato e di conseguenza anche l'età della procreazione. Una mamma laureata è una mamma che lavora, è una mamma non più giovanissima. Il 63% delle donne che ha avuto un figlio nel 2003 aveva un'occupazione, il 78% aveva un contratto a tempo indeterminato, il 58,9 % a tempo pieno, solo il 41,1% aveva il part-time. Condizioni occupazionali difficili da mantenere invariate con più di un figlio e senza un'adeguata e strutturata rete per accudire il piccolo. Non mancano comunque anche in Veneto le superfamiglie, addirittura con 12 o 13 figli. La supermamma è inevitabilmente una casalinga. ■

Numero medio di figli per donna per regione

PROVINCE	2004	2005	2006*	2007*
Piemonte	1,27	1,26	1,31	1,30
Valle d'Aosta	1,33	1,34	1,46	1,43
Lombardia	1,35	1,35	1,41	1,40
Trentino-Alto Adige	1,55	1,53	1,53	1,51
Bolzano-Bozen	1,55	1,58	1,57	1,55
Trento	1,54	1,48	1,50	1,47
Veneto	**1,36**	**1,35**	**1,39**	**1,38**
Friuli-Venezia Giulia	1,22	1,24	1,29	1,29
Liguria	1,19	1,18	1,22	1,19
Emilia-Romagna	1,32	1,33	1,39	1,41
Toscana	1,27	1,26	1,29	1,30
Umbria	1,31	1,32	1,34	1,33
Marche	1,27	1,27	1,31	1,30
Lazio	1,30	1,27	1,33	1,36
Abruzzo	1,19	1,20	1,20	1,23
Molise	1,13	1,14	1,12	1,12
Campania	1,47	1,43	1,44	1,41
Puglia	1,33	1,28	1,26	1,23
Basilicata	1,22	1,15	1,18	1,12
Calabria	1,26	1,24	1,26	1,23
Sicilia	1,42	1,41	1,40	1,37
Sardegna	1,03	1,05	1,06	1,06
Italia	**1,33**	**1,32**	**1,35**	**1,34**
Nord	1,33	1,32	1,38	1,37
Centro	1,29	1,27	1,32	1,33
Mezzogiorno	1,35	1,32	1,33	1,30
Nord-ovest	1,31	1,31	1,36	1,35
Nord-est	1,35	1,35	1,39	1,39
Sud	1,36	1,32	1,33	1,30
Isole	1,32	1,32	1,32	1,29

* Stima

Fonte: Istat

NES Nord Est Sanità

FIOCCHI *arcobaleno*

Il 17% dei neonati veneti è figlio di immigrati. La Romania contende il primato al Marocco, in forte aumento i bimbi con gli occhi a mandorla

Le nursery sono l'immagine più immediata della nostra società multirazziale. Una culla affianco all'altra, con bimbi diversi ma uguali. Tratti somatici, colore della pelle, taglio degli occhi, colore dei capelli, ben distinti, un arcobaleno di visetti, un solo comune vagito. Quello che esprime la gioia di essere venuti al mondo. I neonati non si distinguono più solo tra maschi e femmine, ma pure per nazionalità di origine dei genitori. In Veneto su 47 mila nati nel 2007, il 17% è figlio di genitori stranieri. Un'incidenza destinata a raddoppiare nei prossimi anni, se si considera che dal 1996 ad oggi la percentuale di stranieri residenti in Italia è passata dall'1,6% al 7%. Il 12% risiede in Veneto tra le province di Verona, Vicenza, Treviso ed il Cadore. Nel 2007 in Veneto sono nati 8.780 bimbi stranieri. L'anno prima erano stati 8.139, di cui 4.130 maschi e 4.009 femmine. È stato segnato un incremento dello 0,7% rispetto al 2005. Dal 2003 il numero è quasi raddoppiato. Nel 2003 i nati stranieri erano 4.534, nel 2004 7.138, nel 2005 7.380. A Treviso la palma della provincia con più nati nel 2007 con 2.055, segue Vicenza con 1.927, Verona, Padova, Venezia, chiudono fanalini di coda Rovigo e Belluno rispettivamente con 325 e 170. Interessante analizzare come è cambiata la geografia di provenienza dei nuovi nati stranieri. Nel 2006 3.309 nuovi nati stranieri sono di origine europea, 3.211 dei quali provengono dall'Europa centro-orientale. La Romania guida la classifica con 1.096, al secondo posto c'è l'Albania con 770 nuovi nati, quindi la Serbia- Montenegro 530, la Macedonia 299, la Moldova 202, 53 la Croazia, 42 l'Ucraina, 28 la Polonia, 21 la Slovenia, 15 la Turchia, 5 la Russia. Dei 2.829 nuovi nati di origine africana, la parte del leone la fa la nazionalità marocchina con 1.424, seguono quella nigeriana, ghanese e senegalese. 28 i nati da genitori appartenenti a paesi dell'Africa orientale, 67 da quella centro-meridionale. 1.781 sono i bimbi asiatici: 29 gli indiani, 55 i cingalesi, contro i 653 cinesi e gli 86 filippini. Solo 150 i neonati di origine americana: 46 brasiliani, 12 colombiani, 18 domenicani, 18 ecuadoregni, 13 peruviani. Un'ultima curiosità: in Veneto nel 2006 sono nati solo due bimbi dall'Oceania, un australiano ed un discendente dei fondatori delle isole Figi. ■

La guida per le mamme straniere

Debutta la prima guida multilingue per neomamme immigrate. "Tu e il tuo bambino" è un volume realizzato in collaborazione con l'Unicef nell'ambito del progetto di responsabilità sociale "Leggere per crescere - Intercultura" della multinazionale farmaceutica GlaxoSmithKline. La pubblicazione, che verrà diffusa attraverso i pediatri ed i consultori, si presenta come un vademecum semplice, corredato di disegni, che punta a rispondere alla domande più frequenti dei genitori e soprattutto a fornire una serie di indicazioni di carattere sanitario, nutrizionale, igienico, affettivo a chi proviene da una cultura diversa. La guida è disponibile in rumeno, cinese, arabo, francese, inglese e spagnolo.

Andamento nati stranieri in Veneto dal 2003 al 2007

ANNO	NATI
2003	4.534
2004	7.138
2005	7.380
2006	8.139
2007	8.780

Fonte: Istat

Bilancio demografico della popolazione immigrata - anno 2007

PROVINCIA	NATI	STRANIERI AL 31.12.2007
Verona	1.810	86.062
Vicenza	1.927	82.207
Belluno	170	11.624
Treviso	2.055	87.976
Venezia	1.036	53.550
Padova	1.457	69.321
Rovigo	325	13.245
Veneto	**8.780**	**403.985**
ITALIA	64.049	3.432.651
Nord-Ovest	25.162	1.223.363
Nord-Est	19.207	923.812
Centro	13.853	857.072
Sud	4.010	305.146
Isole	1.817	123.258

Fonte: Istat

LO STUDIO Caritas/Migrantes

Gli immigrati regolari sono quasi 4 milioni. 2,51 figli per donna: questo il tasso di fecondità delle straniere

Sono arrivati a quota 4 milioni, gli immigrati regolari nel nostro Paese. Lo sostiene il diciottesimo rapporto sull'immigrazione della Caritas/Migrantes, facendo notare anche che nel 2007 il numero è aumentato di alcune centinaia di migliaia rispetto all'anno precedente. Più di 2 milioni (62,5%) risiedono al Nord, circa 1 milione (25%) al Centro e quasi mezzo milione (12,5%) al Sud. Le regioni con il maggior numero di immigrati stranieri sono la Lombardia (815.000 residenti e circa 910.000 presenze regolari) e il Lazio (391.000 residenti e 423.000 presenze regolari). Al primo posto ci sono i rumeni: l'anno scorso si sono contati 625.000 residenti e quasi 1 milione di presenze regolari. Seguono gli albanesi (402.000), i marocchini (366.000), i cinesi (circa di 150.000) e gli ucraini (poco meno di 150.000). Inoltre la presenza straniera è in media di 1 ogni 15 residenti, 1 ogni 15 studenti, quasi 1 ogni 10 lavoratori occupati. Su 1/10 dei matrimoni celebrati in Italia, è coinvolto un partner straniero (24.020 matrimoni su 245.992 totali), così come 1/10 delle nuove nascite va ricondotto a entrambi i genitori stranieri. Gli immigrati sono una popolazione giovane: l'80% ha meno di 45 anni, mentre sono pochi quelli che superano i 55; 800.000 di loro sono minori, più di 600.000 studenti, più di 450.000 persone nate sul posto. Anche il tasso di fecondità nelle donne straniere è più alto: 2,51 figli per donna, rispetto agli 1,26 delle italiane.

Matrimoni in calo e sempre piu' misti

Secondo un'indagine Istat, circa il 15% dei bambini oggi nascono fuori dal matrimonio, cioè quasi 80 mila bimbi all'anno. Tutto ciò si giustifica dal fatto che la società ha subito in questi anni importanti cambiamenti. Se da un lato diminuiscono i matrimoni (da più di 400 mila all'anno negli anni Settanta a circa 270 mila oggi), dall'altro aumentano le convivenze e le coppie che costruiscono una famiglia al di fuori del matrimonio, ormai oltre 500 mila. Questa tendenza a sposarsi di meno e a posticipare le nozze intorno ai 30-35 anni di età, si legge in maniera differente tra Nord e Sud. Nel Meridione e nelle isole ci si sposa di più (4,9 e 4,6 matrimoni per 1.000 abitanti nel 2005) rispetto che al Nord (3,8 per 1.000 abitanti). Negli ultimi dieci anni, inoltre, si nota un incremento dei matrimoni misti, dove lo sposo è straniero o viceversa. Nel 2006, nel nostro Paese si sono celebrati 245.992 matrimoni, di cui 34.438 misti. La regione che detiene il primato dei matrimoni misti è il Trentino Alto Adige (22,3%), seguita dalla Toscana (22,1%). Al terzo posto c'è il Veneto (20,2%). Il matrimonio misto incide in Italia circa del 14% sul totale delle unioni.

Le nuove nascite sono 64.000; gli studenti aumentano al ritmo di 70.000 l'anno; i minori tra nuovi nati e venuti dall'estero sono più di 100.000; le nuove assunzioni "ufficiali" sono più di 200.000 l'anno; l'aumento minimale della popolazione immigrata si aggira sulle 350.000 unità. Il tasso di attività fornito dagli stranieri (73%) è di 12 punti più elevato degli italiani e sono creatori di ricchezza: concorrono per il 9% alla creazione del PIL, coprono abbondantemente le spese sostenute per i servizi e l'assistenza con 3,7 miliardi di euro utilizzati come gettito fiscale (secondo la stima Dossier). È al Nord che si concentra la presenza maggiore di immigrati lavoratori, pari a 2/3 del totale: a Brescia è straniero 1 lavoratore su 5, a Mantova, Lodi e Bergamo 1 su 6 e a Milano 1 su 7. Nella sola Lombardia, i nuovi assunti per quasi la metà (45,6%) sono nati all'estero *(Agi).* ■

Matrimoni in Italia nel 2006

Regioni	Matrimoni	Matrimoni con almeno uno straniero (%)
Piemonte	16.218	17,8
Valle d'Aosta-Vallèe d'Aoste	470	15,7
Lombardia	34.612	18,6
Trentino-Alto Adige	3.750	22,3
Bolzano-Bozen	1.909	27,7
Trento	1.841	16,8
Veneto	**18.777**	**20,2**
Friuli-Venezia Giulia	4.302	18,4
Liguria	6.571	19,0
Emilia-Romagna	14.529	19,4
Toscana	14.708	22,1
Umbria	3.773	17,2
Marche	6.084	15,4
Lazio	23.310	18,1
Abruzzo	5.276	11,5
Molise	1.276	8,0
Campania	31.325	8,3
Puglia	18.173	3,9
Basilicata	2.703	6,5
Calabria	9.227	6,5
Sicilia	24.119	5,0
Sardegna	6.789	6,9
Italia	245.992	14,0
Nord-ovest	57.871	18,4
Nord-est	41.358	19,9
Centro	47.875	18,9
Sud	67.980	7,1
Isole	30.908	5,4

Fonte: Istat

di **Ines Brentan**

GLI ESAMI PRECONCEZIONALI *possono salvare il futuro bimbo*

Sono indagini semplici, eseguite gratuitamente

Non esiste il ginecologo "migliore", né tantomeno c'è una regola che aiuta ciascuna donna a individuare e scegliere il ginecologo più adatto per sé. Perché le donne, si sa, cercano nel medico non solo qualcuno che sappia dare loro tutte le risposte più opportune dal punto di vista sanitario, ma anche una persona che le possa capire emotivamente e aiutarle, nel caso ce ne fosse bisogno, dal punto di vista psicologico. "Vorrei che fosse sensibile", questa la caratteristica ricercata da una signora veneziana, che ha deciso da poco di cambiare medico. Tutto lecito e comprensibile. Ma dev'essere chiaro che prima di tutto la donna deve ricercare la professionalità. Poi, se c'è anche una certa predisposizione del ginecologo a puntare sulle relazioni umane, ben venga. Ma non è la regola. "Le donne ricercano spesso una certa empatia col proprio medico ginecologo – dice la dottoressa Daria Minucci, direttore dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova – lo capiamo, certo, visto che talvolta sorgono delle problematiche che vanno al di là del solo aspetto sanitario coinvolgendo la vita psicologica della persona". "Detto ciò – continua la dottoressa Minucci – la donna, nel ricercare il proprio ginecologo, deve prima di tutto guardare alla serietà e alla professionalità che il medico ci mette nel suo lavoro". Il primo passo, quindi, è quello di individuare il ginecologo più adatto a noi. Il medico che non solo effettuerà i controlli annuali (in genere visita e pap test), ma che avremo al nostro fianco quando decideremo di avere un bambino. "Vorrei che le donne venissero da noi prima di trovarsi in stato interessante – dichiara la dottoressa Minucci – e questo lo affermo nel totale interesse della salute del bambino". La dottoressa spiega infatti "che, grazie al precedente decreto Bindi, è possibile eseguire gratuitamente tutti gli esami preconcezionali". "Sono indagini semplici – aggiunge la dottoressa – che aiutano a capire lo stato di salute della donna e permettono di evitare al bambino delle malattie che potrebbe incontrare durante la sua crescita, solo perché la futura mamma, ad esempio, non si è vaccinata". "Se la signora non ha gli anticorpi contro la Rosolia, può vaccinarsi – ricorda la dottoressa - se si scopre che è affetta da Toxoplasmosi, può essere curata: tutti interventi che sarebbe meglio effettuare prima della gravidanza. Malattie di questo tipo, infatti, possono compromettere seriamente la salute del feto". Nel caso in cui la donna arriva dal proprio ginecologo dopo che ha scoperto di essere incinta dovrà eseguire tutta una serie di esami tra cui tre ecografie, una proprio all'inizio della gravidanza, una alla ventesima settimana e un'altra alla trentaduesima. Il tutto per verificare se il bimbo è in salute, escludere quindi delle complicazioni e monitorare la sua crescita. "La donna che attende un bambino – sottolinea la dottoressa Minucci – non è, per così dire, malata. Lo dico perché ci sono signore che pensano di stravolgere completamente la loro vita, cambiando radicalmente abitudini". "Certo – continua la dottoressa – bisogna condurre una vita regolare, fare attenzione a non fare sforzi eccessivi, ma questo non significa chiudersi in casa: si può continuare a fare sport, ovviamente si esclude il salto in alto o il sollevamento pesi, ma si può andare in bicicletta, praticare il nuoto. Si può fare più o meno tutto, basta che sia regolato dal cosiddetto "buon senso". L'alimentazione deve essere varia e sana, limitando i grassi. "Ci sono alcuni accorgimenti da seguire – spiega la dottoressa Minucci – come fare attenzione ai latticini non pastorizzati che potrebbero far insorgere l'infezione, se pur rara della Listeriosi. Inoltre, per evitare la Toxoplasmosi, sarebbe meglio rinunciare alla carne cruda, fare attenzione a non praticare il giardinaggio a mani nude, evitare di toccare i gatti randagi (quelli domestici solitamente non destano preoccupazione), e lavare molto bene la verdura cruda".

La dottoressa Daria Minucci

Quando il bimbo potrebbe essere Down

Più aumenta l'età, più cala la fertilità della donna e aumentano i rischi genetici. Nelle giovani donne è più raro avere un bambino Down rispetto a quelle che hanno superato i trent'anni. Si parla dell'1% per le donne sui 35 anni, anche il 2 e il 3% per quelle donne che hanno compiuto i 40 anni. "A differenza di quello che si pensa – dice la dottoressa Daria Minucci – non sono tantissime le donne che scelgono di effettuare l'amniocentesi. In molte prevale il desiderio di avere il bambino ed escludono qualsiasi cosa che potrebbe compromettere la realizzazione di questo loro sogno". I rischi di aborto spontaneo sono circa di 1 - 1.5 su 100, soprattutto a causa del danno provocato dall'ago introdotto o dalla possibilità di introdurre delle infezioni nel grembo. "È da sottolineare inoltre – continua la dottoressa – che la legge non dà l'okay all'aborto qualora venga diagnosticata la nascita di un bambino Down. Questa diceria, secondo cui una donna che scopre di attendere un bambino con delle problematiche possa anche decidere di interrompere la gravidanza con tanta "facilità", non è vera. Solo dopo un'attenta valutazione da parte di uno psichiatra, che deve provare quanto la notizia possa sconvolgere la donna in questione, solo allora è possibile anche arrivare all'interruzione della gravidanza.

ALLA RICERCA *del bambino sano e bello*

Rubaltelli: "Non tutte le malformazioni non sono curabili"

Alla ricerca del bambino perfetto. Non è uno slogan, ma il sogno di tante madri che, alla notizia che il loro bambino possa avere delle malformazioni anche risolvibili con interventi dopo la nascita, non accettano comunque di darlo alla luce. Dita incrociate perché stia bene, sia in perfetta salute e perché sia bello. Speriamo che non abbia nemmeno quelle cosiddette "varianti fenotipiche" che ci rendono unici e diversi dagli altri. Orecchie un pò a sventola, mento un pò lungo o naso troppo grosso. Certo, qui non stiamo parlando di malformazioni, né tantomeno di malattie. Ma ciò non toglie che sarebbe necessario fare una riflessione profonda su come ci si approccia a chi è diverso da noi. "Ci sono casi e, non sono pochi, in cui la malformazione può essere corretta successivamente alla nascita – afferma il professor Firmino Rubaltelli, ordinario di Neonatologia all'Università di Firenze e direttore della divisione di Neonatologia all'ospedale Careggi di Firenze – è il caso di alcune anomalie all'intestino. In alcune situazioni si scopre che il feto è affetto da una cardiopatia congenita che non gli preclude però una vita normale. Eppure, anche se noi medici cerchiamo di dare le informazioni necessarie per far capire ai genitori che il problema ha delle soluzioni, questo talvolta non basta a far cambiare idea sull'interruzione della gravidanza". Eppure oggi sono davvero diminuiti i casi in cui ci imbattiamo in feti fortemente compromessi dal punto di vista fisico. Se cinquant'anni fa si contava una mortalità neonatale di 100 su 1000, ora è di 2 su 1000. Tutto ciò accade perché nel frattempo sono arrivate le vaccinazioni, è migliorato lo stile di vita e la nutrizione è più corretta. Casi gravi di malformazioni li troviamo invece soprattutto tra gli extracomunitari che non sempre seguono con attenzione alcune indicazioni mediche che gli vengono fornite. Le future mamme italiane, ad esempio, difficilmente si dimenticano di prendere l'acido folico durante la gravidanza che eviterà al loro bambino il rischio della spina bifida. Lo stesso non si può dire invece per le donne immigrate. "È importante ricordare alle future mamme – dice il professor Rubaltelli – che le malformazioni sono rare. Oggi, purtroppo, non possiamo dare dei dati certi perché nella maggior parte dei casi in cui una donna sa che rischia di partorire un bambino malato, decide di interrompere la gravidanza. Comunque sia i casi gravi si aggirano a 6-7 per 1000". "Inoltre – continua il medico – vorrei che si capisse che non tutto è prevedibile e diagnosticabile. Solo con l'ecografia di

Il professor Firmino Rubaltelli

Chi è

Il professor Firmino Francesco Rubaltelli è nato a Padova il 6 aprile 1938. Si è formato professionalmente all'Università di Padova, ma ha lavorato anche all'estero (Bruxelles, Denver, Philadelphia, New York). Nel 1987 è stato Presidente della European Society for Pediatric Research. Dal 1995 lavora presso l'Università degli Studi di Firenze dove dirige la Sezione Operativa Dipartimentale Complessa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi. È autore di 173 pubblicazioni recensite da PubMed e di numerosi volumi in italiano e inglese di Neonatologia. La fama del professore è in parte dovuta alla sopravvivenza della piccola Perla (nome di fantasia perchè i genitori non hanno voluto esporre la loro figlia a una pubblicità non desiderata), che alla nascita pesava solo 285 grammi. Era il 2002 e a quel tempo è stata la più piccola neonata mai sopravvissuta, che sta bene e ha una vita normale. Da allora molti altri neonati di bassissima età gestazionale (23-24 settimane) sono sopravvissuti all'ospedale di Careggi e hanno nella grandissima maggioranza dei casi una prognosi buona. Questi sono risultati che peraltro possono essere ottenuti solo in centri particolarmente all'avanguardia.

In breve

Le malattie genetiche si possono suddividere in monogeniche o mendeliane, dovute ad alterazione di un singolo gene, cromosomiche, causate da alterazioni del numero o della struttura dei cromosomi, e multifattoriali, causate al concorrere di più geni e all'intervento di fattori ambientali. La diagnosi delle sindromi genetiche cromosomiche come la trisomia 21 (S. di Down), la trisomia 18 (S. di Edwards), la trisomia 13 (S. di Patau), caratterizzate da un cromosoma in più (47 anzichè 46), è relativamente facile con l'indagine citogenetica sui villi coriali o sul liquido amniotico così come la sindrome di Turner (45 cromosomi con una sola X) ma questa indagine nulla ci dice sulle malattie genetiche monogeniche o multifattoriali. Le malformazioni congenite possono avere una causa genetica o anche infettiva. Il 2% dei neonati presenta qualche malformazione mentre tra il 4 e il 5% presenta varianti fenotipiche cioè alterazioni morfologiche non rilevanti sul piano clinico. La diagnosi "in utero" delle malformazioni cioè di difetti di sviluppo di un organo o di una regione corporea viene eseguita con l'ecografia fetale ed eventualmente confermata con la risonanza magnetica. Particolare importanza hanno le associazioni malformative, quali la Vacterl e la Charge che coinvolgono vari organi e apparati contemporaneamente.

di **Ines Brentan**

SE IL FETO STA BENE, *lo comunica al medico*

L'ecografia accompagna il bebè durante le tappe della crescita nel grembo materno

Un buon ecografista deve conoscere il linguaggio del feto. Come dire che l'esperienza del medico è fondamentale per verificare con esattezza se il bambino ancora minuscolo all'interno del grembo materno è in salute o meno. Lo afferma il responsabile dell'Unità Operativa di Ecografia e Medicina Fetale dell'Azienda Ospedaliera di Padova, il professor Vincenzo Suma, che ha alle spalle ben quarant'anni di attività sul campo. "Capire se un feto sta bene – spiega il dottor Suma – non significa solo prendere delle misure e da lì confermare la sua crescita di settimana in settimana". "Il feto, anche se a modo suo, comunica – continua lo specialista – e lo fa in tanti modi. Cerco di spiegarmi: si capisce che sta bene, ad esempio, se si muove, ha una frequenza cardiaca eccellente. Al contrario, se rallenta i suoi movimenti, pare quasi depresso, la sua frequenza cardiaca accelera o diminuisce, non fa la pipì… ecco, è il caso di preoccuparsi e fare delle indagini". Il dialogo tra feto e medico continua per tutto il periodo in cui il piccolo risiede nel grembo materno, lasso di tempo in cui la futura mamma effettua tutta una serie di controlli, anche ecografici, che servono a capire se la gravidanza sta procedendo bene e permettono di escludere eventuali rischi per il bebè. "In genere, nel 98% dei casi il bambino nasce sano – dichiara il dottor Suma – c'è solo un 2-3% in cui può venire alla luce con dei difetti congeniti o malformazioni". I difetti genetici si distinguono in anomalie dei cromosomi, per cui la più diffusa è la sindrome di Down, e anomalie dei geni per cui abbiamo patologie come il morbo di Cooley. Poi ci sono tante altre malattie le cui cause sono sconosciute. "L'ecografia – sottolinea il dottor Suma – è uno prezioso strumento per verificare se il feto non è affetto da malattie di struttura, che possono essere causate da fattori ambientali, da infezioni e malattie materne. Con questo tipo di esame, in sostanza, si vede com'è fatto il feto, come cresce, si vede se si tratterà di un unico bambino o se il parto sarà gemellare, serve a verificare se c'è qualche patologia uterina o altro che possa compromettere la continuazione della gravidanza. E permette di escludere il rischio di un aborto e capire se la gravidanza è partita bene". L'amniocentesi, invece, è uno degli esami che si effettuano per scoprire se ci sono difetti genetici. "Le prime settimane sono le più delicate e c'è bisogno di effettuare più di una volta l'esame ecografico – racconta lo specialista – infatti, il 70% degli aborti spontanei si verificano tra l'ottava e la nona settimana (il 50% dei quali sarebbero stati bambini con sindrome Down). Lo so che una cifra del genere può spaventare, ma dobbiamo ricordarci che in natura c'è anche una selezione naturale. Sopravvive il più forte". Una selezione che comincia con lo stesso concepimento. "Su milioni di spermatozoi – conferma il medico – solo uno, quello che corre di più e che risulta il più forte riuscirà a fecondare l'ovulo. Una sorta di maratona alla vita che ci affascina ancora oggi". Il bebè sarà monitorato anche dopo che avrà superato la sedicesima settimana di vita, momento in cui non ci sarà più pericolo per la sua salute. "Dopo la sedicesima settimana – aggiunge il dottor Suma – siamo certi che il feto non potrà più incorrere a possibili malformazioni. Ma questo non significa che il bambino ha smesso di crescere. Molti non lo sanno, ma si continua a crescere fino ai ventuno anni, dopodiché inizia la discesa, vale a dire, si comincia a invecchiare." ■

Il professor Vincenzo Suma

terzo livello, quindi con il supporto di strumentazioni sofisticate, possiamo individuare malformazioni importanti al cuore, all'intestino e alla rachide. Con l'amniocentesi e la villocentesi, inoltre, si svelano solo le malattie cromosomiche principali e non tutte quelle genetiche". A fianco delle malformazioni ci sono poi le patologie genetiche. La più frequente è la sindrome di Down. "Il bambino Down – spiega il professore – è una bambino che ha quasi tutte le potenzialità degli altri bambini. Talvolta si ha paura del diverso solo perché non lo si conosce. Non si hanno le corrette informazioni, vorrei allora dire che questi bambini sono buoni e affettuosi. Anche se più lentamente degli altri, comunque sia imparano a leggere e scrivere e possono lavorare. Riescono a conquistarsi una vita più o meno autonoma dai genitori. Sempre più famiglie accettano i bambini Down. Per loro, qualcuno ha fondato delle associazioni che hanno come obiettivo principale proprio il desiderio di raccontare e condividere esperienze di vita e far conoscere questo mondo diverso, comunque bellissimo". ■

Chi è

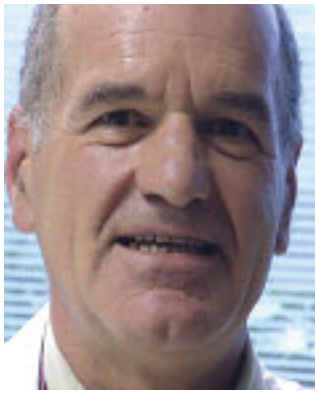
Il dottor Vincenzo Suma si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Padova nel 1969. Successivamente si è specializzato in Anestesia e Rianimazione e poi in Ostetricia e Ginecologia. Nel 1982 ha fondato il Servizio di Ecografia Prenatale della Divisione Ostetrica e Ginecologia di Padova per la diagnosi di malattie genetiche. Nel 2001 è responsabile per la Diagnosi Prenatale del "Centro Regionale prenatale di malattie rare". È membro di alcune società scientifiche come l'American Institute of Ultrasound in Medicine (AIUM), l'International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, la Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica e l'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani. Ha pubblicato su prestigiose riviste nazionali ed estere 101 lavori riguardanti la diagnosi prenatale.

di **Antonella Prigioni**

MAMMA *e bebe'*

Dove e come far nascere il proprio bambino. Viaggio nelle strutture venete

È l'angolo del sorriso di ogni ospedale. Il reparto di Ostetricia è l'inno alla vita. È l'unico posto dove il dolore viene sconfitto dall'emozione, dalla gioia incontenibile del miracolo della nascita. Un miracolo che, in un anno in Veneto, si ripete più di 40 mila volte. E i nuovi nati sono in aumento. Più maschi che femmine, ma sempre splendidi cuccioli con tanta voglia di conquistare il nuovo mondo. Il primo passo verso un'esistenza serena è garantire una nascita serena. Un obiettivo che si raggiunge, rendendo il venire alla luce meno traumatico possibile e il più naturale possibile. In tutti gli ospedali della Regione è in corso un processo di umanizzazione del momento del parto. Si cerca di medicalizzarlo il meno possibile. Deve essere un evento naturale, non un intervento medico. A Mestre, all'ospedale dell'Angelo, si punta all'accompagnamento della puerpera dal monitoraggio al parto, a dopo il parto. "Il parto indolore non esiste - sottolinea Tiziano Maggino, primario del reparto di Ostetricia e Ginecologia di Mestre - La sofferenza può essere limitata attraverso l'assistenza, il sostegno psicologico, l'aiuto, l'incoraggiamento e le tecniche di rilassamento per la mamma durante tutte le fasi della nascita. Durante il travaglio facciamo spesso cambiare posizione alle partorienti, utilizziamo anche la vasca con l'acqua che attutisce il dolore e permette alla donna di assumere posizioni che rendono più tolleranti le contrazioni. Questa attenzione continua, ci ha permesso di abbattere i parti cesarei del 20%. Abbiamo ridotto anche gli interventi medici di induzione al parto e l'impiego della peridurale. Cerchiamo di ridurre il parto tecnicizzato, laddove ovviamente è possibile, e di favorire i parti naturali. Per fare questo abbiamo un ambulatorio di presa in carico della gravida dove eseguiamo, una due settimane prima della data del parto, un "triade" per classificare il tipo di gravidanza. Separiamo quelle a rischio, da quelle naturali". "Il parto fisiologico – continua il primario - favorisce inoltre il benessere della mamma e del bambino. Il parto per una donna è un rito di passaggio ed è importante per lei sapere di esservi riuscita. Appena il bimbo è nato lo asciughiamo e lo posiamo al seno della sua mamma, un contatto precoce favorisce l'equilibrio tra i due soggetti. Il bambino appena nato sviluppa incredibili capacità di armonizzazione con la madre. Per questo abbiamo il "rooming-in": il bimbo sta in stanza con la mamma. Entrambi sono coccolati. L'assistenza prosegue anche dopo la dimissione". Sono 43 i punti nascita in Veneto, 43 strutture ospedaliere capaci di rispondere alle esigenze del territorio. 8 i reparti di patologia neonatale e terapia intensiva. Una rete altamente qualificata che restituisce alla nascita tutta la forza dirompente della vita. ■



Il direttore del reparto Tiziano Maggino

Il numero di nati all'anno nella Regione Veneto è di circa 42.000 suddivisi in 43 punti nascita

Punti nascita dotati di posti di terapia intensiva neonatale

Posti letto	Terapia intensiva	Terapia sub-int.
Dipartimento Pediatria Padova	10	20
Clinica Pediatrica B.Roma Verona	8	12
Patologia Neonatale Treviso	6	10
Patologia Neonatale Vicenza	4	6
Patologia Neonatale Camposampiero	4	4
Patologia Neonatale Rovigo	4	4
Patologia Neonatale Mestre	2	4
Patologia Neonatale Belluno	2	3

Punti di nascita

Abano Terme Casa Di Cura
Adria
Arzignano
Asiago
Bassano Del Grappa
Belluno
Bovolone
Bussolengo
Camposampiero
Castelfranco Veneto
Chioggia
Cittadella
Conegliano
Dolo
Feltre
Isola Della Scala
Legnago
Mestre Ospedale Civile
Mestre Villa Salus
Mirano
Monselice
Montebelluna
Motta Di Livenza
Negrar
Noventa Vicentina
Padova
Peschiera Del Garda
Pieve Di Cadore
Piove Di Sacco
Portogruaro
Rovigo
San Dona' Di Piave
Soave
Thiene
Trecenta
Treviso
Valdagno
Venezia
Vicenza
Verona B.Go Roma
Verona B.Go Trento
Villafranca Vr
Vittorio Veneto

Fonte: www.pediatria.unipd.it

GENIMED
Genetica in Medicina sociale e personalizzata

25 anni fa, il 1983, per la prima volta venne fatta una diagnosi prenatale di malattia genetica sui villi coriali, un frammento di placenta prelevabile nel primo trimestre di gravidanza in grado di fornire grande quantità di DNA per diagnosticare assai precocemente qualunque malattia genetica nota. Fino ad allora le tecniche di diagnosi prenatale si limitavano all'amniocentesi nel secondo trimestre per le malattie studiabili con tecniche cromosomiche e biochimiche ed erano limitate ai gruppi di pazienti definite ad alto rischio, cioè età materna oltre i 35 anni o presenza di patologie genetiche familiari.
Pochissimi i laboratori in grado di effettuare tali diagnosi in quegli anni, in Italia, in quel primo anno, soltanto sei. Ora la mappa dei laboratori italiani è molto cambiata, ma già allora i nostri professionisti erano già presenti sul campo. Oggi la genetica si è talmente evoluta nelle sue potenzialità diagnostiche che "GENIMED, Genetica in Medicina" può definirsi una struttura complessa, assemblare professionalità e tecnologie un tempo distinte, ma ora sinergiche. Le analisi cromosomiche sono ancora la base predominante del lavoro di un laboratorio di genetica poiché le indicazioni vengono da diverse discipline.

Le principali indicazioni per l'analisi del cariotipo sono infatti

in epoca postnatale:
- soggetti con sospetta sindrome cromosomica
- genitori e familiari di soggetti con anomalie cromosomiche
- soggetti con difetti congeniti e/o ritardo mentale
- soggetti con ritardo di accrescimento
- stillbirths (morte fetale al parto)
- genitori di soggetti malformati o con sospetta sindrome cromosomica, deceduti senza diagnosi
- sindromi mendeliane associate ad instabilità cromosomica
- coppie con poliabortività
- infertilità maschile
- amenorrea primaria o secondaria femminile
- soggetti candidati a fecondazione assistita

in epoca prenatale:
- età materna
- precedente figlio affetto da anomalia cromosomica
- genitori portatori di riarrangiamenti cromosomici strutturali
- genitori portatori di anomalie dei cromosomi del sesso
- malformazioni/markers evidenziati tramite ecografia fetale
- rischio aumentato in base a dosaggi biochimici alterati su siero materno (hCG, AFP, E3, ultrascreen, duo-tri test)
- familiarità per patologie cromosomiche
- alcune malattie mendeliane

Perciò tanti laboratori generali hanno aggregato alle sezioni di chimica clinica piccole strutture atte alla esecuzione di esami cromosomici. Ora non basta. Se guardiamo i parametri europei di certificazione,

emerge che si evolvono costantemente, alla analisi cromosomica si saldano protocolli di genetica molecolare complessi. I codici sono numerosi: Diagnosi di malattie genetiche, anche prenatali, Diagnosi genetiche pre-impianto. Diagnosi di varianti genetiche costituzionali, Test genetici predittivi, Test farmacogenetici, i cui risultati influenzano prescrizioni farmacologiche, Test genetici per varianti predisponenti al cancro, Screening per mutazioni sconosciute, Test per lo studio di mutazioni in loci polimorfi, Test di eterozigosità.
Tutta questa serie di frasi può tradursi in un percorso che quotidianamente scorre negli ambulatori dei laboratori GENIMED: Arcella Analisi Mediche Biolab, Citotest, Research & Innovation; un iter diagnostico che una persona può dover percorrere, in tutto o in parte, nell'arco della vita.
Il primo impatto con il genetista, a una persona o coppia, capita in epoca perinatale, in area ostetrica. Generalmente una storia riproduttiva difficile, infertile, sia che si tratti di sterilità o di episodi di abortività spontanea, fanno conoscere al futuro paziente le prime regole della genetica, gli errori cromosomici casuali nei percorsi fecondativi, le mutazioni genetiche che interferiscono con la funzionalità di ovociti o spermatozoi. Impatto più forte è quando una coppia si scontra coi quadri malformativi neonatali che, normalmente presenti nel 3% dei nati, possono richiedere indagini genetiche accurate per la identificazione della causa.
Il centro di genetica di GENIMED offrono già in questo quadro una rosa di prestazioni diversificate: analisi cromosomica, citogenetica molecolare per ricerca di sindromi da microdelezione, analisi genomica con array-CGH per piccolissimi riarrangiamenti del genoma responsabili di quadri malformativi, analisi molecolari per verifica della funzionalita spermatica, screening delle mutazioni predisponenti alle più frequenti malattie mendeliane come la fibrosi cistica. Caso per caso poi la specificità diagnostica si modella sulla necessità del paziente, le mutazioni genetiche responsabili di malattie sono moltissime e per ognuna di esse ormai è disponibile uno strumento diagnostico raggiungibile, anche nei casi più rari, con la rete di laboratori specifici afferenti.
Questa disponibilità diagnostica si riversa anche in epoca prenatale con forte incremento di possibilità di diagnosi precoci di situazioni patologiche fetali. In ambito prenatale è forte l'impegno per giungere alla possibilità di recupero di cellule fetali circolanti nel sangue materno e consentire diagnosi genetiche non invasive. Lo sviluppo di microtecnologie ingegneristiche e laboratoristiche rende la soluzione di questa sfida pluridecennale sempre più promettente.
Da un lato dunque la disponibilità di screening diagnostici precisi e a basso impatto, dall'altro ora la genetica si rivolge alla personalizzazione, cioè lo studio delle caratteristiche genetiche individuali rispetto alle malattie, alle terapie farmacologiche, alle abitudini di vita.
Ogni giorno le riviste scientifiche sfornano dati sulla connessione fra polimorfismi genetici, cioè caratteristiche individuali, e predisposizione alla insorgenza di malattie, cancro, dismetabolismi e altro ovvero alla risposta a trattamenti farmacologici.
È evidente che la disponibilità di test genetici predittivi, di test per polimorfismi predisponenti al cancro, di test farmacogenetici che influenzano le prescrizioni, aprono un potente scenario di diagnostica genetica personalizzata ma integrata.
I nostri laboratori elaborano costantemente analisi di verifica della attendibilità diagnostica e della riproducibilità dei test, in modo da aggiornare i pannelli proposti ai pazienti con la massima attendibilità scientifica.
GENIMED si propone dunque alla realtà sanitaria veneta e nazionale come un polo genetico a struttura complessa, che coniuga specifiche competenze laboratoristiche in citogenetica e genetica molecolare con valenze cliniche afferenti ai propri poliambulatori (ostetricia, oncologia, gastroenterologia, urologia, endocrinologia); la struttura poi si arricchisce e complessifica nella rete dei contratti di collaborazione con Cliniche e strutture universitarie come gli Istituti di Genetica della Università di Roma Torvergata e dell'Isituto Auxologico Italiano.

I Laboratori GENIMED
Arcella Analisi Mediche Biolab
Citotest
Research & Innovation

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente dallo STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA

di **Antonella Prigioni**

GIOCHI *di ruolo*

Mamma, moglie, manager... e la donna si fa in tre, o meglio in quattro. Un equilibrio tra i ruoli è possibile

Qualcosa si è inceppato nel meccanismo di evoluzione della nostra società. Le donne oggi lavorano, eppure, se vogliono anche essere mamme devono fare numeri da acrobate. Ancora troppo pochi i servizi a sostegno della famiglia, sia per le mamme che per i papà. L'asilo, a patto di rientrare nella graduatoria dei posti comunali, impresa in alcune aree davvero titanica, non basta. Gli uffici chiudono alle 18.00, l'asilo con il tempo pieno alle 16.00. E poi ci sono i liberi professionisti quelli per cui il lavoro finisce ancora più tardi. E comunque un bambino non può stare fuori casa più di un adulto, un bambino ha bisogno di crescere accanto ai suoi genitori. Quindi? Quali sono le strategie utilizzate, al momento, dalle mamme per conciliare i ruoli? Dall'indagine campionaria sulle nascite dell'Istat 2005 ("Essere madri in Italia"), si evidenziano alcune soluzioni. In primis c'è la richiesta di contratto "part-time" per i primi anni di vita del figlio, quindi l'utilizzo dei congedi parentali, che restano tuttavia uno strumento limitato e poi ci sono le reti formali ed informali composte da nonni, baby-sitter, parenti ed amici. PART-TIME. Le madri lavoratrici che ricorrono al tempo parziale sono in aumento di 3 punti in percentuale all'anno. Nel 2005 lavoravano a part-time il 45% delle mamme residenti al Nord, il 30% al Centro, il 35% nel Mezzogiorno. Il tempo ridotto viene preferito da chi ha due o più figli, da donne con licenza media inferiore e lavoratrici nel settore privato. Il 58% nel ramo delle costruzioni, il 54% nei servizi, il 50% nel commercio. Il 74,3% delle madri che lavora a part-time dichiara di non avere alcuna difficoltà a conciliare famiglia e lavoro, contro il 50,2% delle donne che lavora a tempo pieno. Il part-time viene ritenuto un valido strumento se volontario e reversibile. L'11% delle madri che vi ricorre però è rappresentato da donne che non trovano comunque un'occupazione "full-time".

I congedi parentali e l'astensione facoltativa per maternità sono utilizzati al Nord dall'80% delle donne contro il 62,7 % del Sud. Il 95% delle donne, che ha usufruito del periodo di maternità, avrebbe ottenuto regolare retribuzione durante l'assenza. Nel 49,5% dei casi di madri rientrate al lavoro dopo sei mesi dal parto, (il 60% al Sud, il 32% al Nord) lo hanno fatto per motivi economici, nel 31% per motivi legati alla tipologia di lavoro svolto.

I CONGEDI PARENTALI. Sono i permessi concessi a padre e madre per prendersi cura dei figli quando stanno male. Ma solo l'8% dei padri ha usufruito di questa opportunità entro i primi due anni di vita dei figli, il 4% prevede di impiegarli in futuro. Resta comunque uno strumento utilizzato dalle donne e si conferma, che nel nostro Paese, la cura dei bambini è reputata ancora una competenza quasi esclusivamente femminile.

NONNI. Oltre all'asilo pubblico o privato, la prima rete di assistenza socio-educativa a disposizione della famiglia, si ricorre ai nonni, alla generosità di parenti, amici e affini. Poco più della metà dei bambini tra 0 e 2 anni, è affidata ai nonni quando la madre lavora, il 13,5% frequenta un asilo pubblico, il 14,3% un asilo privato, il 9,2 % è affidato a baby-sitter, mentre il 7,3% è completamente accudito dai genitori. In aumento, secondo i dati, i bambini che vanno all'asilo, a discapito di baby-sitter e di genitori. È crescente la domanda, di servizi socio-educativi, di una loro maggiore diffusione nel territorio e di un'offerta diversificata, con modalità flessibili di accesso, frequenza e funzionamento. E soprattutto a prezzi contenuti. ■

Quanto costa avere un figlio?

Tipologia di costi	Medio
Culla	232,00
Lettino	309,00
Set biancheria per lettino e paracolpi (totale)	258,00
Lettino da viaggio	77,00
Carrozzina	232,00
Passeggino	92,00
Marsupio	41,00
Zainetto	61,00
Seggiolino per auto	92,00
Seggiolino per bici	36,00
Fasciatoio e bagnetto	103,00
Pannolini (per un anno)	516,00
Accessori	41,00
Seggiolone	103,00
Latte artificiale (per un anno)	1.446,00
Pappe (al giorno)	6,00
Biberon	4,00
Scaldabiberon	18,00
Piattini e posate	15,00
Sterilizzatore	25,00
Biancheria intima	30,00
Pigiami (l'uno)	20,00
Tutine (l'una)	25,00
Golfini (l'una)	18,00
Calze (l'una)	2,00
Scarpe (quando inizia a camminare)	41,00
Accappatoio	23,00
Ciuccio (almeno 3)	7,000
Spilla per ciuccio	2,00
Bilancia	51,00
Umidificatore	49,00
Lucina da notte	15,00
Box	77,00
Carillon da lettino	30,00
Giochini vari (per bagnetto, da mordere, sonaglini	25,00
Esami	30,00
Strutture private	619,00
Sicurezza in casa	51,00
Asilo Nido (al mese)	309,00
Baby Sitter (all'ora)	6,00

Fonte: www.mamma.it

La procedura per la tutela della lavoratrice madre esposta a rischi lavorativi

a cura di **Patrizia Corrà**
Medico del lavoro SPISAL di Padova

Nel caso di una lavoratrice esposta a rischio, il datore di lavoro, appena informato dello stato di gravidanza con apposito certificato, procede allo spostamento di mansione, qualora siano state individuate nella valutazione del rischio specifica per le lavoratrici gestanti mansioni compatibili (in genere mansioni di tipo impiegatizio).

Se lo spostamento non è possibile, il datore di lavoro avvia la procedura di anticipo del congedo di maternità (o congedo obbligatorio), indirizzando la lavoratrice al Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) dell'A.Ulss o alla Direzione Provinciale del Lavoro competenti per il territorio dove ha sede l'azienda, con una dichiarazione scritta, che deve contenere:

- i dati dell'azienda; i dati della lavoratrice; la mansione ed i rischi lavorativi;
- la non possibilità di spostamento in relazione all'organizzazione aziendale, indicando il relativo periodo (per es. per tutta la gravidanza; per tutta la gravidanza e fino a sette mesi dopo il parto, per un periodo limitato da …a …).

La lavoratrice deve presentarsi alla Direzione Provinciale del Lavoro o allo Spisal con un certificato di gravidanza recente, rilasciato dal ginecologo o dal medico di famiglia, nel quale siano indicati l'epoca di gestazione e la data presunta del parto.

È importante – soprattutto nel caso di rischio chimico, infettivo e da radiazioni – che il datore di lavoro sia avvisato immediatamente della gravidanza, in modo da consentire l'adozione tempestiva delle specifiche misure di prevenzione. Su questo punto ed in generale sulle misure di tutela della gravidanza/allattamento il datore di lavoro ha un preciso obbligo di informazione nei confronti delle proprie dipendenti.

Si ricorda che la lavoratrice esposta a radiazioni ionizzanti ha l'obbligo di comunicare al datore di lavoro il proprio stato di gravidanza, non appena accertato (art. 8 DL.gs 151); tale lavoratrice inoltre deve essere allontanata dal rischio di contaminazione per tutta la durata dell'effettivo allattamento, quindi anche oltre i sette mesi dopo il parto ed eventualmente anche oltre il compimento di un anno di età del bambino.

Anche il lavoro notturno (ore 24-6) è vietato dal momento dell'accertamento dello stato di gravidanza fino ad un anno di età del bambino.

La lavoratrice inoltre non può essere obbligata a prestare lavoro notturno fino al compimento del 3° anno di età del bambino (art. 53 D.lgs 151/01).

Anche il pendolarismo – nel caso di lunghi tragitti casa-lavoro - può costituire un fattore di rischio, in genere per l'avanzato stato di gravidanza, per cui è previsto l'anticipo di un mese del congedo di maternità (art. 17 DLgs 151/'01).

Il provvedimento autorizzativo per l'astensione anticipata è rilasciato dalla Direzione Provinciale del Lavoro che ne trasmette copia alle parti interessate.

DPL e SPISAL hanno compiti e funzioni di vigilanza sull'applicazione delle tutele descritte in precedenza e sulla rispondenza della valutazione dei rischi effettuata dalle aziende con le condizioni reali di lavoro; entrambe gli enti, che operano in stretta collaborazione, svolgono un ruolo di informazione e di assistenza sia nei confronti delle aziende che delle lavoratrici.

Le immagini utilizzate sono state fornite direttamente dallo STUDIO FISIOTERAPICO RIVIERA

di **Daniela Zucca**

LA MATERNITÀ *punita*

Partiamo da un presupposto: in Italia viviamo una situazione paradossale. Mentre da un lato si mitizza l'immagine della donna – mamma, dall'altro invece si penalizza moltissimo la scelta di fare figli.

Ma qual è l'entità di questo fenomeno? Quali sono le voci che contribuiscono più pesantemente a "punire" la maternità? Il quadro si chiarisce dal confronto con gli altri Paesi europei. In Francia e Svezia la natalità è molto elevata. "In Francia, in particolare, negli ultimi anni - spiega il presidente del Centro studi FeM (Fertilità e Maternità) di Bologna, il dottor Andrea Borini - si è avuto un boom di nascite legato soprattutto ad un'estrema attenzione alle politiche sociali. Grazie alle forti strategie a difesa della maternità e in favore delle nascite, infatti, la Francia è riuscita a recuperare terreno in modo significativo raggiungendo tassi di fertilità tra i più alti d'Europa". In Germania, dove ancora si è ben lontani dall'obiettivo di due bambini ogni donna, sancito dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000, si stanno però mettendo le basi per incentivare le nascite. Interessante, ad esempio, l'alta percentuale di uomini che usufruisce del congedo paternità. La cattolica Spagna, invece, spesso presa ad esempio di politiche lungimiranti, non è certo un buon modello in fatto di natalità. Le difficoltà di conciliazione tra lavoro e famiglia fanno sì che i tassi di fertilità delle spagnole siano simili a quelli italiani. Una realtà in evoluzione, dunque, nel resto d'Europa, statica in Italia. "Questo è quanto emerge dalla ricerca che il Centro Studi FeM, da me presieduto, ha condotto", sostiene il dottor Borini. "Dal confronto tra i Paesi sopracitati sono infatti emerse importanti correlazioni tra i servizi e l'investimento in politiche per la maternità ed il tasso di natalità che vedono l'Italia fanalino di coda d'Europa, ma anche un nuovo legame tra la scelta di avere più di un figlio e la libertà della donna di gestire la propria riproduttività. E' interessante, infatti, la correlazione diretta che esiste tra la diffusione di strumenti di controllo delle nascite, il tasso di ricorso all'aborto e la natalità. In particolare, la realtà svedese dimostra che dove la donna è più libera di scegliere, nascono più bambini". Dallo studio condotto dal Centro Studi FeM è emerso che nei Paesi in cui la donna è più libera di scegliere, in cui le leggi sono più liberali o comunque applicabili senza corse ad ostacoli, dove il ricorso all'aborto è più elevato, ma soprattutto la contraccezione più diffusa, nascono più bambini. Non solo: dove vi sono meno rigidità sociali, dove la donna è più libera di entrare ed uscire sia dal mondo del lavoro che dall'organizzazione familiare, la natalità è superiore. Paradigmatico l'esempio svedese dove ogni donna usa consapevolmente il controllo delle nascite. In Svezia, infatti, secondo gli ultimi dati disponibili delle Nazioni Unite il 72% delle donne in età fertile utilizza la contraccezione (World Contraceptive Use, United Nations 2005). In questo Paese, che ha un tasso di fertilità tra i maggiori in Europa, il ricorso all'aborto è il doppio rispetto a quello italiano: abortiscono infatti venti donne ogni mille. Anche il tasso di divorzi (Consiglio d'Europa 2002), fa pensare ad un Paese in cui le possibilità di scelta sono maggiori: 2,4 coppie ogni mille abitanti si separano. Fa riflettere il fatto che solo l'1,60% della popolazione svedese sia cattolica (fonte www.catholic-hierarchy.org). Sarà dunque vero che i cattolici fanno meglio figli? Anche la Francia usa bene la contraccezione (lo fa il 69% delle donne in età fertile) ed ha un elevato tasso di aborti (17 donne ogni mille tra i 15 ed i 44 anni, Lancet 2007). In Italia non è invece ancora pienamente diffuso il controllo delle nascite. I valori di utilizzo dei metodi contraccettivi, infatti, secondo le Nazioni Unite, si attestano sul 39% (si discosta da questo trend la Spagna con il suo 67%). Per quanto riguarda il ricorso all'aborto, invece, i dati dei due Paesi mediterranei sono sovrapponibili: 9,5 donne ogni mille. Entrambe le nazioni hanno un'elevatissima prevalenza di cattolici (rispettivamente l'88 ed il 96,50%), ma una natalità ai minimi storici. Ultime della lista in fatto di divorzi con 1,1 ogni mille abitanti per la Spagna e 0,7 per l'Italia. Il quadro è quello di due Paesi più rigidi dal punto di vista sociale, con minori possibilità di scelta e minor flessibilità sia nella vita riproduttiva che nell'organizzazione familiare. Infine in Germania, dove il 72% delle donne ricorre ad un metodo contraccettivo, 8 donne su mille si sottopongono ad un aborto e solo il 31,79% della popolazione si dichiara cattolica. ■

Dr. Andrea Borini

Che cos'è il FeM

"La maternità punita" è la prima ricerca svolta dal "Centro studi Fertilità e Maternità" (FeM), voluto e presieduto da Andrea Borini, specialista in Ostetricia e Ginecologia, tra i massimi esperti di infertilità e procreazione medicalmente assistita nel nostro Paese e membro della task force europea sulla preservazione della fertilità dell'ESHRE, l'European Society for Human Reproduction and Embriology (www.eshre.com). "Un Centro Studi nato dall'esigenza di indagare l'universo della sterilità, non più come un mondo a se stante, ma in stretta correlazione con la maternità osservata anche da un punto di vista sociale. L'idea nasce dal desiderio di mettere insieme forze giovani e nuove con diverse competenze, che sappiano vedere i problemi legati alla sfera della fertilità e della maternità da punti di vista differenti e coglierne le sfaccettature", dichiara Andrea Borini. Medici, ma anche sociologi, psicologi, economisti, esperti del web e dell'informazione. Il FeM è un luogo virtuale dove si può fare brain-storming, confrontarsi e poi scegliere quale spunto approfondire. "La prima inchiesta del centro studi FeM è un'analisi comparata della maternità, così come viene vissuta e gestita in alcuni Paesi europei rappresentativi. L'obiettivo è comprendere alcune motivazioni del continuo calo di natalità in Italia".

BAMBINI E OCCUPAZIONE FEMMINILE: *due realtà in conflitto?*

Il tasso di fecondità delle donne non occupate è il triplo rispetto alle lavoratrici

Dove c'è più lavoro ci sono meno figli? Accade così per esempio a Milano, dove la natalità è scesa del 16% in un anno. Secondo le elaborazioni del laboratorio di politiche sociali del Politecnico del capoluogo lombardo, il tasso generale di fertilità a Milano è diminuito dal 2003 al 2007 di ben tre figli ogni mille donne. Le motivazioni? Prima di tutto la difficoltà di conciliare famiglia e occupazione. A Milano infatti, sei donne su dieci lavorano, come richiesto dai parametri di Lisbona, ma per farlo rinunciano ad avere bambini. Tanto è vero che il tasso di fecondità delle donne non occupate è il triplo rispetto a quello delle lavoratrici. Non solo: i due terzi delle madri che lavorano gestiscono da sole i figli e solo una su dieci può contare sul part-time. Accade così che spesso decidano di stare a casa. Sono state 1.915 le madri che si sono licenziate nel 2007, mentre l'anno precedente avevano rinunciato al posto di lavoro 1.176 mamme. L'esempio di Milano è paradigmatico se si dà uno sguardo al tasso di abbandono del lavoro dopo la nascita del primo figlio. Secondo il rapporto Isfol 2007 (Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori), nel 2006 una donna su nove è uscita dal mondo del lavoro dopo aver fatto un figlio. Nella maggior parte dei casi (circa i due terzi) per occuparsi del bambino, nel restante numero di casi per motivi di tipo contrattuale: in sostanza a queste donne non è stato rinnovato il contratto dopo la nascita del figlio. A dimostrazione del fatto che, riassume l'Isfol, "la maternità continua ad essere una fonte di pratiche discriminatorie". I tassi di attività femminili diminuiscono al crescere del numero dei figli ed in funzione della scolarizzazione. L'Italia è il Paese europeo con la più bassa percentuale di donne con istruzione primaria occupate (32,6%) ed è al terzo posto dopo Grecia e Spagna, per occupazione femminile delle donne con istruzione secondaria e universitaria (OCSE). Nelle regioni del Sud, poi, la partecipazione delle donne con istruzione primaria è ancora più bassa. Nel 2005 secondo l'Istat (Rilevazione continua delle forze di lavoro), solo il 17% delle donne con bassi livelli di istruzione era occupata. Ma l'equivalenza più lavoro meno figli vale solo in Italia e tutt'al più in Spagna. Alcuni sociologi, per interpretare ciò che succede nei Paesi come il nostro, in cui la bassa natalità si accompagna ad una bassa partecipazione femminile al mondo del lavoro, avanzano l'ipotesi che esista uno specifico modello di offerta di lavoro mediterraneo, caratterizzata da bassa partecipazione, bassa fecondità ed alte rigidità dei sistemi sociali ed economici. Sarebbero l'insufficiente espansione di forme di lavoro part-time, la mancanza di elasticità dell'organizzazione del lavoro oltre al lento sviluppo dei servizi alle famiglie le cause di entrambe le tendenze. Del tutto differente la realtà francese dove a fronte di un boom di nascite vi è un tasso di occupazione femminile tra i più elevati d'Europa: nel 2007

il 60% delle francesi lavorava, contro il 46,9% delle italiane (Fonte Eurostat). La media europea è del 57,4% (come da dichiarazione Dipartimento politiche comunitarie http://www.politichecomunitarie.it/comunicazione/15549/presentata-nota-aggiuntiva-su-occupazione-femminile) mentre l'obiettivo da raggiungere fissato dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000 per l'occupazione femminile nei Paesi UE è pari al 60%. La scarsa partecipazione delle donne italiane alla vita lavorativa ha disatteso ampiamente anche l'obiettivo di medio termine che si poneva di raggiungere il 57% di occupate nel 2005. Il quadro europeo è piuttosto variegato. Da un lato ci sono i Paesi scandinavi, che storicamente hanno sempre avuto un'elevata occupazione femminile, in cui i tassi di attività delle donne superano il 70% (è il caso della Svezia con il suo 73,3%). Sul versante opposto vi sono i Paesi dell'Europa meridionale in cui i tassi di attività sono ancora bassi (nel 2007 Italia 46,9%, Grecia 48,2% e Spagna 55%). Ciò dimostra la tesi iniziale, che Paesi con minori rigidità sociali ed economiche e maggiore ottimismo permettono una migliore conciliazione tra lavoro e famiglia. Nei Paesi in cui è più alta la partecipazione femminile sono di più anche le donne che utilizzano il part-time, una delle opportunità che incentiva le neomadri a rientrare sul mercato del lavoro. Le donne che usano il part-time nell'Unione europea sono il 33,6%, mentre in Italia sono circa la metà (16,9%) e solo Spagna e Grecia presentano livelli inferiori al nostro. Se si analizzano ulteriormente questi dati risulta che nell'Unione europea circa la metà delle madri con un figlio sotto i 6 anni ha un'occupazione part-time, questo perché, nonostante qualche evidenza di crescente coinvolgimento dei padri nella cura dei figli, il lavoro di cura non è ancora equamente diviso tra i partners anche quando entrambi lavorano a tempo pieno per il mercato (5 ore e venti minuti delle donne contro 1 ora e 35 minuti degli uomini ogni giorno, rivela l'Istat). Mentre le donne italiane dedicano al lavoro familiare il maggior tempo di tutta l'Europa, gli uomini vi dedicano il minor tempo di tutt'Europa, un'ora in meno rispetto a francesi e svedesi. E la collaborazione in famiglia è un fattore che ha un'importante influenza sulla possibilità, per le donne, di continuare a lavorare dopo la nascita dei figli. ■

di **Antonella Prigioni**

LE TAGESMUTTER *o nidi in famiglia*

Mamme di giorno che accudiscono in casa più bambini. Una novità a supporto delle famiglie

tagesmutter. Per chi non sa il tedesco, una parola che evoca una bambinaia severa e autoritaria. Le tagesmutter sono invece semplicemente delle dolci "mamme di giorno". Mamme che oltre ad occuparsi dei propri figli, si prendono cura, a casa propria, anche di quelli di altre mamme che lavorano. Un servizio che esiste da tempo nei paesi scandinavi e in quelli dell'Europa centrale. Una tipologia di assistenza, che in Italia si è diffusa negli anni Novanta solo nelle province di Trento e Bolzano e che ora sta facendo la sua comparsa, anche nel resto del Paese. E il Veneto sta investendo molto nei "nidi in famiglia": le "tagesmutter" italiane. Il Consiglio Regionale ha stanziato nel bilancio 2008 un milione di euro per l'accoglienza domiciliare per la prima infanzia. Il progetto pilota è partito nel 2007 ed è già un successo. Sono stati formati 300 operatori, di cui 100 idonei. MAMME PROFESSIONISTE. La mamma di giorno è una figura professionale che ha il compito e le competenze per accudire ed educare i bambini in età prescolare presso la propria abitazione. I bambini devono sentirsi come a casa propria, devono fare le cose che farebbero con la loro mamma. Si tratta di un servizio che deve avere caratteristiche di flessibilità e personalizzazione, per rispondere al meglio alle esigenze delle famiglie, nel rispetto dei ritmi, delle abitudini e del percorso di crescita di ogni bambino. Non è un'alternativa all'asilo nido, ma piuttosto un complemento. È un servizio integrato laddove riesce a rispondere ad esigenze di flessibilità dei genitori. FLESSIBILITÀ DI ORARI. Un servizio calibrato sui bisogni della famiglia nel rispetto delle necessità del bambino. Orari e calendari della frequenza vengono concordati con i genitori. È un ottimo aiuto per quelle mamme che non riescono a conciliare maternità e lavoro. Il nido in famiglia si rivolge ad un massimo di sei bambini di età compresa tra i tre mesi e i tre anni, nel caso vi siano bambini sotto l'anno di età, ogni mamma di giorno ne può accudire al massimo tre per volta. I bambini disabili o in situazione di svantaggio sociale e culturale hanno priorità nell'accesso. Nei periodi e nei tempi extrascolastici possono essere accolti anche bambini dai tre ai tredici anni. L'ambiente in cui i piccoli vengono accuditi ed educati, deve essere adeguato a fornire cure familiari e deve avere precisi requisiti di qualità. Le mamme di giorno sono formate professionalmente, oltre ad essere loro stesse mamme. Ciascuna fa capo ad un organizzatore che svolge funzioni di promozione, di tutoraggio, di mediazione e di verifica per garantire una certa uniformità tra le diverse unità d'offerta. MUTUO AIUTO. Ogni servizio fornito è supportato da uno specifico progetto educativo che tiene conto del numero, dell'età e dell'orario di frequenza dei bambini. Il progetto prevede anche momenti di incontro con le famiglie. I nidi in famiglia sono una soluzione pratica, flessibile, di mutuo aiuto, che favorisce la socializzazione non solo tra i bambini ma anche tra gli adulti. Un'opportunità di assistenza, cura ed educazione dei figli, che si sta rivelando molto valida. ■

Errata corrige

Pensavo non fosse necessaria una rettifica. Anche perché, come recita una famosa parabola del Vangelo: "Chi di voi è senza peccato scagli la prima pietra". Chi cioè non è mai stato vittima di un refuso? Può succedere. Ed è successo anche a me. Nel mio primo editoriale ho usato un termine francese, scrivendo erroneamente "tres d'union" invece di "trait d'union". Non pensavo, però, che una svista di questo tipo potesse scatenare, in diverse persone, la cosiddetta sindrome del "maestrola" (senza offesa per la professione in sé). Intanto desidero rassicurare, una volta per tutte, quanti ancora nutrano qualche piccolo dubbio che la svista non sia mai stata scoperta. "State tranquilli: quel refuso incriminato non lo perdo d'occhio"!

Il Direttore editoriale

TANA *dei cuccioli*

L'asilo nido: un luogo dove il bimbo stimola le sue qualità, giocando

Arrivano ancora assonnati, tra le braccia di mamma e papà. Genitori che hanno fretta di scappare al lavoro, ma nessuna voglia reale di staccarsi dal loro cucciolo. Sono i bambini, dai sei mesi ai tre anni, che vanno al nido. Sorti per accudire i figli di genitori che lavorano, gli asili nido sono diventati oggi il primo passo, dopo la famiglia, per lo sviluppo e la crescita psico- attitudinale dei bambini.
"Un tempo all'asilo nido era importante che un bimbo fosse assistito ed accudito, le operatrici dovevano fare attenzione che il piccolo non si facesse male. Oggi - sottolinea Diletta Polati, educatrice per la cooperativa Progetto Now - dopo un primo periodo di inserimento nel gruppo, inserimento effettuato con il supporto dei genitori, ed uno di consolidamento e conoscenza si procede alla progettazione pedagogica che ha degli obiettivi specifici finalizzati a stimolare le naturali qualità dei bambini, attraverso il gioco. È fondamentale che ogni processo educativo avvenga con il gioco, senza forzature e nel rispetto della singola individualità. Ogni educatore in un asilo nido ha 8 –10 bambini di cui è referente formativo, ne capisce il linguaggio, i gesti, gli sguardi, le potenzialità, le attitudini, sa riconoscerne persino il tipo di pianto. Si cerca di creare un rapporto empatico sia tra gli educatori e i bambini sia tra i bambini stessi."

I genitori chiedono agli asili maggiore flessibilità, è possibile?
I bambini hanno bisogno di abitudini e rituali. Devono sapere che alle 7.30 arrivano e vanno via alle 16.00 e in questo spazio di tempo si succedono le varie attività, il saluto al mattino all'arrivo, la merenda a metà mattina, il lavarsi le manine dopo la merenda, L'attività-gioco, il pranzo, il sonnellino e poi qualcuno che viene a prenderli. Soprattutto nelle situazioni in cui non ci sono i genitori, per loro la ritualità ha valore di sicurezza. Tenerli più a lungo significa, sacrificarli, troppe ore nello stesso luogo non va bene. E poi deve esserci il tempo per la famiglia. Un bambino deve essere cresciuto dai genitori, se un padre o una madre vede solo a colazione e a cena il figlio, è facile che sia vittima di ansie e che non sia in grado, per un senso di colpa, di saper dire di no, quando serve, al bambino. Il non imparare a dare limiti ai figli, favorisce il generarsi di quei fenomeni tipo il "bullismo" di cui stiamo cercando di trovare la soluzione. La risposta ci sarebbe già, ideando politiche di sostegno alla famiglia che garantiscano ai genitori di essere più vicini ai figli. E non solo alla mamma, anche ai papà.

Come si sceglie un asilo nido?
La prima mossa è quella di verificare se si rientra nelle graduatorie comunali per avere un posto al nido pubblico. Qualora non fosse possibile, nel rivolgersi a strutture private bisogna fare attenzione che abbiano tutte le certificazioni richieste, da quelle sanitarie, al numero di bambini per metro quadrato, alla professionalità degli educatori, quasi sempre tutti laureati o laureandi. In questo modo è garantito servizio e qualità. Le strutture che accolgono i neonati dai sei mesi ad un anno devono avere una stanza a parte. Dopo l'asilo nido, a tre anni si passa alla scuola dell'infanzia. Qui c'è un educatore ogni 25 o più bambini. Esistono dei progetti di continuità tra le due realtà. Alla fine del nido i bimbi vengono portati a visitare la scuola dell'infanzia che accoglierà la maggior parte di loro ed addirittura si lasciano un dono che troveranno il primo giorno che faranno ingresso nella nuova struttura.

Diletta Polati, un'educatrice

Qual è l'atmosfera che si respira al nido?
Per me, per come è improntato il lavoro nella mia struttura e per il rapporto che ho con le altre educatrici, è come se fosse una famiglia allargata. Si recupera quella dimensione che c'era nella famiglia patriarcale, dove il nonno accudiva i nipotini e loro, dal più piccolo al più grande, si aiutavano a vicenda, in un clima sereno, semplice, affettuoso.

Consiglierebbe il nido alle mamme che non lavorano?
Se sono pronte a staccarsi dal figlio, certamente. A Padova, il Comune ha creato un servizio propedeutico, si chiama "Le Tanette": per un paio d'ore le mamme possono lasciare il bimbo a degli educatori che lo fanno giocare e lo abituano al distacco dalla mamma, anche qui con attività strutturate e seguendo un percorso pedagogico.

I genitori si fidano degli educatori, o si fidano perché non hanno alternativa?
Un giorno una mamma mi dette le chiavi di casa sua. Io le dissi: "Signora si fida?" Lei mi ha risposto:"E come non potrei, hai già in mano il mio bene più prezioso". Era ovviamente il suo bimbo."

di **Antonella Prigioni**

ASILI *di qualità*

Una norma regionale impone precisi requisiti strutturali ed organizzativi per gli asili.

La delibera di Giunta n.84 del 2007. È il provvedimento che ha rivoluzionato il modo di concepire le strutture per l'infanzia. O meglio le ha regolamentate. Non che prima non vi fossero requisiti da rispettare, ma mancava, dagli anni '70, una precisa normativa che certificasse l'asilo. "La delibera di Giunta, è servita soprattutto – evidenzia Ivana Simoncello, responsabile dell'Unità Operativa del Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'Ulss 16 di Padova - a far luce su tutte quelle strutture sommerse, sorte per rispondere alla richiesta dell'utenza che vuole asili in cui i bambini siano accettati in fasce orarie flessibili. Si tratta di strutture che non lavorando in convenzione pubblica non erano soggette a verifica. Un bambino però non può stare continuativamente in uno stesso luogo. Sotto l'etichetta di ludoteca, baby park, centri di accoglienza temporanea che non necessitano di autorizzazione, in realtà si sono organizzati veri e propri asili. Strutture ricavate in un paio di locali, inidonei per tenere i bambini per molte ore. Una flessibilità che poi è richiesta meno di quanto si possa supporre."

Quali sono i requisiti per ottenere l'autorizzazione?
È necessario rispondere a parametri sia strutturali che organizzativi. Il primo aspetto prevede che lo spazio a disposizione dei piccoli sia adeguato, ci vogliono tot mq a bimbo. Ci devono essere poi uno spazio per i giochi, una zona per il riposo ed un giardino esterno. Le strutture sono soggette ad autorizzazione comunale, per cui c'è un team di verifica, formato da geometri inviati dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, che certifica l'idoneità del luogo in cui sorge l'asilo. Il secondo aspetto prevede un preciso programma educativo svolto da operatori ed educatori qualificati. I bambini mangiano all'asilo, il pranzo è fornito dal servizio catering, ma in ogni struttura ci deve essere una cucina ed un operatore cuoco, in grado di preparare i pasti per i bambini con particolari esigenze o per i lattanti. I lattanti sono per lo più assistiti presso gli asili comunali o sono a casa con la mamma. Al nido i bambini arrivano ad un anno di età. Le strutture che operano in regime di convenzione sono soggette a verifica al momento del rinnovo della convenzione, ogni cinque anni, ma ci sono ispezioni periodiche, spesso su segnalazioni ed esposti. Il Comune riesce così a monitorare la rete di servizi offerti dal pubblico e dal privato nel suo territorio.

Qual è la collocazione migliore per un nido, una scuola per l'infanzia?
L'ideale sono gli edifici ampi con ampi giardini. Una soluzione propedeutica sono i centri per l'infanzia, luoghi dove il nido e la scuola materna sono abbinati. Strutture ricavate nelle ex aree parrocchiali, quelle che un tempo erano gli oratori. Edifici in centro al paese, lontano da strade trafficate, tralicci, industrie. Un'altra opportunità è costituita dalla rete fornita dalle scuole religiose. Qualche carenza c'è solo nelle nuove aree urbanizzate, qui allora si progetta ex novo la scuola.

A Padova, mancano gli asili?
Più che mancare le strutture, ci sono liste d'attesa lunghe. Non dimentichiamo che ci sono molti bambini stranieri che per requisiti rientrano più facilmente nelle graduatorie. Gli asili privati , quelli meno strutturati, servono per lo più come soluzioni di transito, per bambini in attesa di essere inseriti nelle liste pubbliche. Questo vale soprattutto per la scuola per l'infanzia. Per il nido l'apporto privato è importante. Alle carenze strutturali sopperiscono quasi sempre l'alta professionalità e il livello di qualificazione degli operatori. I genitori si fidano degli educatori e sono disposti a chiudere un occhio sui limiti degli spazi che accolgono i loro figli. ■

Denominazione	**ASILO NIDO**
Definizione	È un servizio educativo per l'infanzia di interesse pubblico, organizzato per accogliere i bambini fino ai 3 anni d'età. L'organizzazione deve prevedere la permanenza del bambino con la possibilità di usufruire del pasto e del riposo.
Finalità	Sociali ed educative.
Utenza	Bambini da 3 mesi a 3 anni d'età.
Capacità ricettiva	Minimo 30, massimo 60 bambini*.

Denominazione	**MICRONIDO**
Definizione	È un servizio educativo per l'infanzia di interesse pubblico, organizzato per accogliere i bambini fino ai 3 anni d'età. L'organizzazione deve prevedere la permanenza del bambino con la possibilità di usufruire del pasto e del riposo. Purché siano strutturati spazi, distinti da quelli della restante utenza, nonché specificatamente organizzati per i lattanti, è possibile che il servizio accolga i bambini dai 3 mesi d'età.
Finalità	Sociali ed educative.
Utenza	Bambini fino massimo 3 anni d'età.
Capacità ricettiva	Minimo 12, massimo 32 bambini*.

Denominazione	**NIDO AZIENDALE**
Definizione	È un servizio educativo per l'infanzia di interesse pubblico, organizzato per accogliere i bambini fino ai 3 anni d'età. L'organizzazione deve prevedere la permanenza del bambino con la possibilità di usufruire del pasto e del riposo. La struttura è inserita nel quadro di una politica di tutela dei diritti dell'infanzia, di armonizzazione dei tempi di lavoro e di cura in risposta alle esigenze del nucleo familiare.
Finalità	Sociali ed educative.
Utenza	Bambini da 3 mesi a 3 anni d'età.
Capacità ricettiva	Minimo 30, massimo 60 bambini*.

Denominazione	**NIDO INTEGRATO**
Definizione	È un servizio diurno strutturato in modo simile ad un asilo nido; è collocato nello stesso edificio della scuola materna e svolge attività socio educativa mediante collegamenti integrativi con le attività della scuola materna secondo un progetto concordato tra soggetti gestori. *Può essere aperto solo se la scuola materna esiste già ed è autorizzata e accreditata secondo le procedure previste dal Ministero della Pubblica Istruzione.*
Finalità	Sociali ed educative.
Utenza	**Bambini fascia nido:** lattanti-divezzi fino massimo 3 anni d'età. **Bambini fascia scuola d'infanzia:** secondo la norma vigente (minimo n.1 sezione).
Capacità ricettiva	Minimo 12, massimo 32*.

Denominazione	**CENTRO INFANZIA**
Definizione	È un servizio educativo per l'infanzia organizzato per accogliere i bambini fino ai 6 anni d'età. L'organizzazione deve prevedere la distinzione tra la fascia d'età area nido e la fascia d'età scuola d'infanzia. Purché siano strutturati spazi distinti da quelli della restante utenza, nonché specificatamente organizzati per i lattanti, è possibile che il servizio accolga i bambini dai 3 mesi d'età.
Finalità	Sociali ed educative.
Utenza	**Bambini fascia nido:** lattanti-divezzi fino massimo 3 anni d'età **Bambini fascia scuola d'infanzia:** secondo la norma vigente (minimo n.1 sezione)
Capacità ricettiva	Minimo 12, massimo 60* (da 3 mesi a 3anni).

** Per l'unità di offerta CENTRO INFANZIA gli standard dettagliati per l'autorizzazione all'esercizio e per l'accreditamento sono gli stessi del NIDO INTEGRATO.*

Fonte: Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto

di **Giuliano Gargano**

DIVENTARE GENITORI?
Una gioia a cui nessuno dovrebbe rinunciare

Il governatore del Veneto racconta la sua esperienza di padre a 50 anni

Se ve lo immaginate intento a cambiare pannolini, siete fuori strada. "L'avrò fatto una volta sola, non è proprio la mia specialità". Ma per il resto, Giancarlo Galan, governatore del Veneto, è un papà tenerissimo, "e potenzialmente – dice lui stesso - troppo permissivo". L'anno scorso, era l'inizio di aprile del 2007, Galan è diventato padre per la prima volta, a 50 anni compiuti, di Margherita. "Ho passato 30 anni della mia esistenza a non volere figli – ammette – poi per fortuna ho incontrato Alessandra, e mi ha convinto. Credo di aver fatto la cosa più intelligente della mia vita, diventare genitori è una gioia di cui nessuno dovrebbe privarsi". Una paternità tardiva, al giro di boa del mezzo secolo, e non priva di complicazioni. "Sandra ed io sapevamo da alcuni mesi che nostra figlia sarebbe nata con una grave malformazione al cuore. Quando, neonata, l'abbiamo messa nelle mani dei medici, abbiamo passato momenti veramente difficili. Attimi che non dimenticherò mai, e che per fortuna possiamo raccontare con sollievo".

Al reparto di Cardiologia dell'ospedale di Padova, infatti, l'operazione avviene con successo, ed oggi Margherita è il centro del mondo dei suoi genitori. Tornando all'aprile del 2007, e ai giorni della nascita e dell'intervento chirurgico, si sovrappongono i ricordi del papà e dell'uomo politico che dirige la Regione dal 1995. "Ho fatto quello che avrebbe fatto un qualsiasi padre: avrei cercato il posto migliore per mia figlia. Anche se fossi vissuto ad Helsinkii, la mia ricerca mi avrebbe portato a Padova, e questo è senz'altro un motivo di orgoglio". Una sanità che funziona, in tutta la regione… "Treviso, Vicenza, Padova hanno specialità d'eccellenza, ma ci sono anche piccoli ospedali – come quello di Dolo, dove sono stato operato alla spalla qualche anno fa – che funzionano altrettanto bene".

Il Galan politico aggiunge che non è tanto d'accordo con l'idea dei bonus-bebé, "perché la ratio non può essere: ti dò un incentivo economico per fare i figli. Diventare genitori deve essere naturale e voluto, poi si potrà pensare a forme di sostegno alla famiglia. D'altro canto il Veneto risulta la regione con meno poveri d'Italia, e questo vuol dire che la nostra rete di servizi alla persona funziona". Ma torniamo al Giancarlo Galan papà, e ai cambiamenti provocati dall'arrivo di Margherita. "La sua nascita ha modificato la mia scala di valori, la mia vita è cambiata in meglio. Per Margherita ho rinunciato al mio hobby storico, la pesca, e ormai non perdo occasione per tornare a casa appena posso". Un trasporto ricambiato, visto che tutta la famiglia si è adeguata ai complicati orari del presidente della Giunta regionale. "Torno a casa tardi, è vero, ma Margherita è sveglia ad aspettarmi, e gioco con lei nel lettone anche fino all'una di notte". Galan è conscio di quello che succederà tra qualche anno, quando la piccola andrà a scuola. "I compagni di classe – scherza il governatore – le chiederanno come mai ad accompagnarla è il nonno e non il papà, ma non mi preoccupo per questo".

Giancarlo Galan in vacanza con la moglie Alessandra e la piccola Margherita

La differenza d'età però è innegabile. "Ed è la mia vera angoscia", aggiunge serio. "Mi sono accorto di avere un fortissimo istinto protettivo, e mi rendo conto che vorrei vivere abbastanza a lungo per vederla cresciuta, al sicuro, protetta. Per fortuna la mamma è più giovane di me, ma penso spesso che quando Margherità avrà 20 anni io ne avrò già 70".

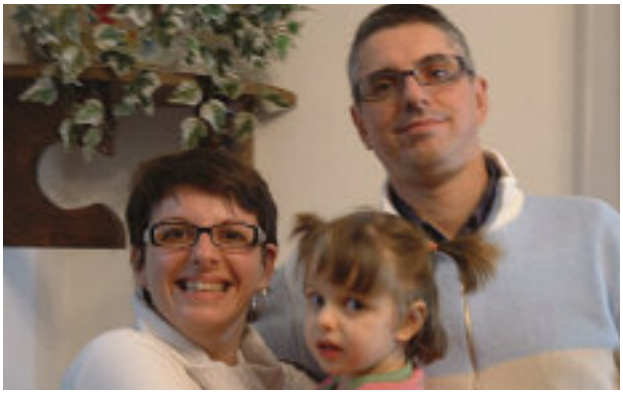
Forse è anche per questo che Galan, appena sarà possibile, vorrà condividere più cose possibili con la figlia. "Non so se le trasmetterò la passione per la pesca, ma sicuramente organizzerò dei viaggi, lei ed io: almeno uno l'anno. In questo modo avremo condiviso delle esperienze indimenticabili". ■

di **Ines Brentan**

CINZIA,
una donna coraggiosa che sconfigge la sua malattia

La più grande vittoria è la nascita di Giulia

Quando il desiderio di maternità scavalca le barriere issate da una grave e rarissima malattia come la DYT1, cioè la distonia primaria. Una patologia genetica che la sua famiglia si tramandava da generazioni, ma che solo in lei si è scatenata quando non aveva ancora compiuto dieci anni. In pratica si perde il controllo dei propri arti. Lentamente si assume una postura curva che rende molto faticosa anche una semplice passeggiata. Ribellarsi aiuta poco. L'epilogo per molti è la sedia a rotelle. A raccontare la sua storia è una giovane trentenne di Agna (in provincia di Padova), di nome Cinzia, che oggi trova il coraggio di ripercorrere le tappe difficili della sua gioventù grazie alla sua piccola Giulia. Ma cominciamo dall'inizio. Cinzia scopre da giovanissima di essere affetta da una rarissima malattia, che non le avrebbe permesso più di giocare come gli altri bambini della sua età. Ha otto anni quando, dopo essersi ripresa da una brutta broncopolmonite, comincia il suo incubo. I suoi arti non rispondono ai suoi comandi. Non riesce neppure a tenere fermo il braccio per bere il caffelatte. "Il braccio si alzava di scatto – ricorda come se fosse ieri, Cinzia, con la voce rotta dall'emozione - come se avesse una vita propria. Lo stesso succedeva per la mia gamba destra. Ero terrorizzata". I genitori non capiscono, sono spaventati e confusi. Comincia l'odissea da un ospedale all'altro, da uno specialista ad un altro, alla ricerca disperata di una cura. "Sempre con la speranza che il giorno dopo ci saremo svegliati tutti da quel brutto sogno", dice Cinzia. "E invece… l'incubo è durato anni". Intanto Cinzia le prova tutte, da terapie farmacologiche ad attività riabilitative e di fisioterapia, ma non ottiene buoni risultati. Nessuno le sa dare risposte, nessuno le sa dire con certezza che malattia abbia. La famiglia le sta vicino, cerca di darle coraggio, lo stesso che le infonderà dai suoi vent'anni in poi Andrea, l'uomo che nel frattempo incontrerà e poi sposerà. Un giorno del 2000 sbarca al Centro di riabilitazione di Ferrara. "Non lo sapevo, allora – confessa Cinzia – ma in quel momento stavo percorrendo i primi passi che avrebbero cambiato la mia vita". Qui, per la prima volta viene eseguita una valutazione multidisciplinare. I medici le suggeriscono degli esami che svelano il nome della malattia che tanto l'affliggeva. "Finalmente sapevo contro cosa stavo combattendo da tempo". Successivamente, nel 2001, entra nell'ospedale di Sant'Anna, dove gli specialisti le propongono un intervento chirurgico al cervello. "Non nego che la proposta mi abbia spaventata – racconta Cinzia – dovevano aprirmi il cranio per inserirvi degli elettrodi. Ma ho accettato. Del resto, le alternative non erano migliori. La malattia è degenerativa e sapevo che ad attendermi, se non avessi accettato di farmi operare, c'era solo la sedia a rotelle". L'intervento, che è durato ben dodici ore, alla fine è stato un successo. "Il risultato è stato migliore rispetto alle aspettative dei medici – continua Cinzia – infatti dopo pochi giorni già camminavo normalmente, non più curva. Sentivo le mie gambe, ero padrona delle mie braccia. Ricordo le lacrime di gioia". Sei mesi dopo l'intervento, Cinzia sposa Andrea e pochi anni dopo rimane incinta. "La nostra più grande preoccupazione era ovviamente sapere che il bambino stesse bene – dice Cinzia – eravamo spaventati". Trascorrono notti insonni: fare o non fare l'amniocentesi? L'esame avrebbe decretato senza ombra di dubbio lo stato di salute del feto. E poi, se il bambino era malato, che fare? "L'esito dell'amniocentesi fu come un pugno nello stomaco: il bambino aveva la mia stessa malattia". Cinzia ricorda che nel momento stesso in cui stava leggendo il referto, il bambino, anzi, la bambina, Giulia si chiamerà, si mosse nel suo grembo. Oggi Giulia ha due anni e mezzo, è vivace, ama ballare e cantare, una chiacchierona, a detta della sua mamma. "Non so se un giorno la malattia si sveglierà anche in lei – dice Cinzia – spero con tutta la mia vita di no, ma se dovesse accadere vorrei che fosse coraggiosa, che sapesse che l'abbiamo tanto desiderata e amata, che non potevamo rinunciare a lei. Noi le staremo vicini. Oggi ci sono speranze anche per questo tipo di malattia, lo prova il mio intervento. Ho voluto raccontare la mia storia perché so che ci sono tante persone che per malattia rinunciano alla vita. Spero che trovino il coraggio di lottare sempre".



Cinzia col marito Andrea e la figlia Giulia

La distonia primaria DYT1 è caratterizzata da sintomi che si manifestano nell'infanzia in un arto (spesso un piede equino) per poi estendersi rapidamente, in meno di cinque anni, alle altre parti del corpo ed arrivare ad una distonia generalizzata. Non tutti coloro, che portano il gene, si ammalano. Nel caso della distonia, in cui la penetranza è circa il 30%, accade che su 100 portatori del gene DYT1, solo 30 manifesteranno i sintomi della distonia.

LA FAMIGLIA: *un fattore di progresso*

Le parole del Patriarca di Venezia, il cardinale Angelo Scola.

Non possiamo ignorare che i rapidi e profondi cambiamenti della mentalità e dei comportamenti e la presenza di diversi stili e modalità di convivenza, sollecitino con forza una domanda radicale: è ancora possibile parlare di famiglia in modo univoco? Di una sua inalienabile identità basata su alcuni caratteri fondanti, rintracciabili in ogni cultura e società? Esiste un proprium della famiglia? Promuovere la famiglia così intesa, è un modo efficace per affrontare le questioni antropologiche scottanti? Il celebre antropologo Lévi-Strauss parlava dell'unione socialmente approvata di un uomo e una donna e i loro figli come di «un fenomeno universale, presente in ogni e qualunque tipo di società». Identificava in tal modo il proprium della famiglia. Reputo che questo dato sia ancora attuale e non possa essere ragionevolmente smentito. L'affermazione di Lévi-Strauss è chiara nel contenuto di fondo, anche se va interpretata in modo adeguato. Riconosce il fatto che esiste una sorta di "società naturale", fondata su un doppio legame: quello tra l'uomo e la donna e quello tra genitori e figli. Il che non significa far riferimento ad un modello storico particolare di famiglia, tanto meno sostenere che la realtà della famiglia coincide con la famiglia nucleare così come noi oggi in Italia generalmente la conosciamo. Questo importante rilievo si limita a registrare l'esistenza di una sorta di "universale sociale e culturale", che però è ben riscontrabile empiricamente, e lo è, praticamente, in ogni società. Il dato costitutivo del proprium della famiglia è la sua natura intrinsecamente relazionale. La famiglia infatti non si definisce soltanto in riferimento ai soggetti che la compongono (l'uomo, la donna e i loro figli), ma mette contemporaneamente in campo il legame di appartenenza che si instaura tra di loro. È quella specifica forma di "società primaria" che tiene insieme e di fatto permette un armonico sviluppo delle differenze costitutive dell'umano - quella sessuale tra l'uomo e la donna e quella tra le generazioni (nonni, padri, figli). La famiglia è istituita per dare forma sociale alla differenza dei sessi in quanto generatrice di vita. Il riconoscimento della famiglia come relazione specifica tra i sessi e le generazioni richiede pertanto una chiara valorizzazione dell'istituto matrimoniale.

Estratto dai nn. 3/4/5 del discorso del Redentore 2008 del Patriarca card. Angelo Scola sul tema "La famiglia italiana fattore di progresso" (il testo integrale dell'intervento è reperibile sul sito www.patriarcatovenezia.it)

"Ninna ho"... una culla sicura per ogni bambino che rischia l'abbandono

Nasce "ninna ho", primo progetto nazionale a tutela dell'infanzia abbandonata: Informerà le madri in difficoltà sulla possibilità di partorire in anonimato, creerà una rete di culle per la vita presso un network di ospedali dislocati in tutta Italia. Promotori dell'iniziativa di grande utilità sociale e umana sono la Fondazione Francesca Rava insieme a KPMG. Il progetto, che ha il patrocinio della Società Italiana di Neonatologia, ha come scopo quello di "contrastare la grave emergenza del fenomeno dell'abbandono neonatale". Si rivolge a tutte quelle madri che per difficoltà psicologica, sociale od economica non sono in grado di potersi prendere cura del neonato e ha l'obiettivo di offrire loro una concreta possibilità di esercitare il diritto al parto in anonimato presso strutture ospedaliere, garantito dalla legge italiana, e di tutelare i neonati a rischio di abbandono e infanticidio. Si tratta di un progetto innovativo per l'Italia, il primo a diffusione nazionale, al quale aderisce una rete di ospedali distribuiti in tutta la penisola, che riceverà in dono culle termiche per la salvezza di tanti bambini oggi abbandonati. Le culle sono delle strutture in cui le madri che non vogliono o non possono partorire in ospedale né riconoscere il proprio figlio, possono lasciare il bimbo nel completo anonimato e in assoluta sicurezza per il piccolo. Riscaldate e dotate di un allarme acustico attivato da un sensore che avvisa tempestivamente il personale medico nel caso di presenza di neonato, le moderne ruote saranno installate in locali appositamente predisposti per l'abbandono anonimo e protetto e situate in un luogo facilmente raggiungibile e defilato dell'ospedale. I primi ospedali che hanno aderito al progetto sono l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli e l'Ospedale Del Ponte di Varese. Nel corso del 2009, saranno dotati di culle anche le Aziende Ospedaliere Universitarie di Padova e Sant'Anna di Torino e l'Ospedale Careggi di Firenze.Contemporaneamente partirà una campagna di informazione e di sensibilizzazione in 5 lingue (italiano, inglese, francese, spagnolo, russo), capillare e prolungata nel tempo, rivolta non soltanto alle donne in difficoltà ma anche a medici, infermieri, gente comune. Un numero verde 800 320 023 sarà attivo 24 ore su 24 e un sito, www.ninnaho.org, fornirà indicazioni sul progetto. Secondo gli ultimi dati Istat disponibili (2005), in Italia sono circa tremila ogni anno i neonati abbandonati e ritrovati (soprattutto vivi, ma purtroppo anche morti): il 73% risultano essere figli di italiani, il 27% di immigrati (con o senza permesso di soggiorno); le madri avrebbero un'età compresa fra i 20 e i 40 anni, mentre le minorenni sono solo il 6%. Ancora, stando ai dati dei Tribunali minorili sulle dichiarazioni di adottabilità, dei circa 550 mila bambini nati vivi in Italia, dai 300 ai 400 non vengono riconosciuti dalla madre. Secondo gli esperti, dietro l'abbandono di un neonato ci sono condizioni di grave disagio economico e sociale ma soprattutto solitudine, disperazione, ignoranza.

di **Antonella Prigioni**

WELFARE: *libero dal patto di stabilità*

Appello dell'assessore alle Politiche Sociali del Veneto Stefano Valdegamberi

"Fare scelte coraggiose e di buon senso. Scelte che facciano uscire il sociale dai vincoli previsti dal "patto di stabilità", che da questo punto di vista si è dimostrato paradossale". È l'appello lanciato da Stefano Valdegamberi, assessore alle politiche sociali del Veneto. L'assessore ha inviato una lettera al Ministro all'Economia Giulio Tremonti, al Ministro al Welfare Maurizio Sacconi ed al Presidente della Regione Veneto Giancarlo Galan. Un invito a chi può fare qualcosa per sottrarre, dai laccioli del patto di stabilità, le risorse per i servizi all'infanzia. E qualcosa si è mosso, al momento solo all'interno della Giunta di Palazzo Balbi. La Giunta regionale ha attuato un provvedimento che delibera un apposito stanziamento di cassa, con cui, è stato possibile liquidare il primo acconto di 5,5 milioni di euro per le scuole dell'infanzia non statali per l'anno 2008. Questi fondi erano bloccati da giugno per i vincoli del patto. L'esecutivo regionale ha inoltre varato un secondo provvedimento, che assegna il saldo di 7 milioni di euro di contributi in conto gestione.

Assessore, il suo appello in parte è stato accolto?
Sono notizie molto positive, che potranno finalmente rasserenare i 1.189 gestori di scuole per l'infanzia non statali del Veneto che accolgono circa 92 mila bambini (circa il 70% dei bambini tra i 3 e i 5 anni che frequentano la scuola per l'infanzia). Il provvedimento fa riferimento alla legge regionale n. 23 del 1980 che sostiene le scuole dell'infanzia non statali, riconoscendone la funzione sociale svolta sul proprio territorio di riferimento. I contributi sono destinati alla conservazione e manutenzione ordinaria degli edifici, delle attrezzature e degli impianti, al funzionamento degli stessi e all'acquisto di materiale didattico e d'uso.

Grazie al ricorso al fondo riserva del bilancio regionale, gli investimenti per i servizi all'infanzia sono aumentati. È ancora preoccupato?
L'impegno finanziario della Regione per il 2008 a favore dell'infanzia è stato superiore a quello degli anni precedenti. Purtroppo, lo ripeto, i vincoli del patto di stabilità statale, introdotti nel 2007 per tutto il settore sociale, stanno generando un ritardo nei pagamenti che non è imputabile all'Amministrazione Regionale. Per risolvere questa situazione di indubbia sofferenza, si sta conducendo una trattativa a livello nazionale per l'esclusione del settore dal patto. Ciò ci consentirebbe, come in passato, di non porre assurde limitazioni alla capacità di gestire i servizi che rappresentano una preziosa risorsa educativa e al tempo stesso un risparmio economico per le casse dello Stato. Tener conto della famiglia e del terzo settore nei bilanci pubblici, assegnare loro strumenti e non toglierli, è investire sul sociale per risparmiare sulla spesa sanitaria.

L'assessore regionale alle Politiche Sociali Stefano Valdegamberi

Quanto incide sulla gestione dei servizi all'infanzia, il privato?
Il Veneto è tra le prime regioni in Italia per investimenti nel settore. La prima in classifica è l'Emilia Romagna. L'obiettivo è il dettato di Lisbona che chiede un aumento del 20% entro il 2010. L'apporto del privato è fondamentale. Il 70% delle strutture per l'infanzia è in mano ai privati. Non finanziarle significa chiuderle. E non è possibile! Il privato è l'elemento cardine per l'offerta di servizi diversificati, sempre più richiesti a sostegno della nuova tipologia della famiglia. La partecipazione di associazioni, genitori, volontari nel tessuto dei servizi significa abbattere i costi. Non è adottabile una politica miope che guarda solo ai parametri contabili. Gli investimenti sono necessari. Il Veneto è atipico, e non sostenere i servizi privati significa perdere quel patrimonio importante che è rappresentato dalla sussidiarietà reale che qui avviene. L'autogestione territoriale è una valore sociale oltre che un'offerta diversificata che il pubblico non riuscirebbe a soddisfare. Faccio un esempio: il nido in famiglia, per cui la Regione Veneto ha stanziato un milione di euro nel bilancio 2008, potrà diventare un'esperienza irrinunciabile per tante famiglie venete, perché le tagesmutter, le mamme a domicilio, non saranno un parcheggio dove lasciare i figli, ma una pratica di educazione e mutuo aiuto, un gesto educativo e uno strumento di socializzazione.

Quali altri servizi per l'infanzia state progettando?
Incentiviamo i nidi aziendali. Ci stanno molto a cuore i nidi in famiglia e stiamo pensando a nidi integrati che supportino il nucleo familiare, nella gestione casa-lavoro. A Pescantina, nel veronese, abbiamo inaugurato un agrinido. Un nido in un'azienda agricola per bambini da 1 a 3 anni. Un servizio realizzato grazie al contributo della Regione. Dobbiamo trovare tutti i modi per favorire le nascite, altrimenti ci saranno gravi conseguenze sociali, previdenziali e assistenziali. I bambini sono il nostro ed il loro futuro.

di **Antonella Prigioni**

TRE CUORI *ed una capanna*

Garantire una casa: parte da qui la tutela della famiglia. La Provincia di Padova ha attivato lo "Sportello Prima Casa"

Senza casa, non c'è famiglia. Il focolare domestico è il rifugio, è il tetto sopra la testa necessario allo sviluppo del nucleo essenziale della società. Un bisogno primario. Vitto ed alloggio sono la base della struttura sociale. Per assicurare una casa a tutti, la Provincia di Padova ha creato lo "Sportello la Tua Prima Casa". È operativo dal 19 settembre 2005 e mette a disposizione dei cittadini opportunità e strumenti per acquistare, costruire o ristrutturare la prima casa. È stata stipulata una convenzione con la Cassa di Risparmio del Veneto. Grazie ad essa si può accedere a mutui a tassi particolarmente convenienti rispetto agli standard di mercato e senza oneri accessori per le pratiche connesse. I requisiti per usufruire dell'opportunità sono tre: deve trattarsi della prima casa, l'abitazione da acquistare deve sorgere sul territorio provinciale e l'utente deve essere residente in Provincia di Padova. Lo sportello si trova in Piazza Bardella, presso la nuova sede della Provincia, in zona Stanga. Si accede previo appuntamento, telefonando al call center, numero verde 800.800.820. In tre anni di attività vi sono stati 10.000 accessi allo sportello e circa 8.000 sono gli utenti che hanno sottoscritto l'autocertificazione, presupposto per accedere al mutuo agevolato. "Si tratta di un'iniziativa che abbiamo attivato proprio per dare risposta ad una questione che oggi è diventata di fondamentale importanza per le persone - sottolinea il Presidente della Provincia di Padova, Vittorio Casarin - in particolare, abbiamo cercato di agevolare anche i giovani che intendono accedere a prestiti per acquistare o ristrutturare la casa. Insomma, la Provincia ha voluto davvero essere accanto ai suoi residenti poiché, ci tengo a sottolinearlo, la casa è un bisogno sociale fondamentale. E al servizio - aggiunge Casarin - possono accedere tutti i cittadini senza vincoli di età o di reddito, coppie e singoli." La casa non basta. I mattoni in pietra vanno arredati con un tessuto di servizi per la famiglia. E la Provincia di Padova ne ha pensati alcuni. L'amministrazione di Palazzo S. Stefano eroga un assegno mensile o, a seconda dei casi, un contributo annuale "una tantum" alle ragazze madri in situazione di difficoltà economica. Oppure compartecipa alle spese di ricovero nel caso il minore si trovi in una struttura protetta. Il servizio si svolge in collaborazione con i Comuni che hanno il compito di svolgere l'istruttoria dei singoli casi tramite gli assistenti sociali e di anticipare i pagamenti che a fine anno sono rimborsati dalla Provincia. Attualmente la Provincia contribuisce a 180 situazioni con una spesa annuale di 440 mila euro. I genitori lavorano, i nonni non riescono a supplire alle carenze dei figli e quindi servono gli asili. Nel 2006 è nato l'Asilo Nido Provinciale "Snoopy". Si è trattato del primo caso in ambito nazionale in cui una Provincia realizza una struttura aziendale destinata ad accogliere bambini tra i 3 e i 36 mesi. 400 mq con un terrazzo di oltre 150 mq per 50 bambini. L'asilo aziendale sorto per i figli dei dipendenti provinciali, è frequentato anche dai figli dei dipendenti del Comune di Padova e delle aziende operanti nell'intero complesso della "Cittadella", in zona Stanga. Se avanzano posti l'asilo è aperto al territorio. La Provincia di Padova ha investito anche nella costruzione e ristrutturazione di strutture per l'infanzia nel territorio. "Nel bilancio 2007 - dice Vittorio Casarin - la Provincia ha stanziato l'ulteriore somma di 500 milioni di euro, da destinare in questo tipo di interventi. Sono pervenute 22 domande e sono stati assegnati i contributi secondo i criteri di valutazione delle domande, fissati dal bando." Non è solo questione di soldi. A sostegno dello sviluppo dell'armonia familiare la Provincia di Padova attua progetti di educazione e formazione per i genitori. Professionisti qualificati sono chiamati a tenere seminari e corsi sulle tematiche più impellenti, corsi di psicoeducazione alla genitorialità e come sostenere le famiglie con situazioni di conflitto coniugale. "Per chi è chiamato a guidare una pubblica amministrazione, la famiglia è il primo, più importante interlocutore - evidenzia Casarin - in tempi di crisi finanziaria, il nucleo essenziale della società si conferma come il punto di riferimento primario di ogni individuo, per quel sostegno e quella solidarietà che solo i tuoi familiari possono darti. La Provincia di Padova ha quindi voluto dedicare alcune iniziative, proprio alla famiglia, per venire incontro alle esigenze principali come la casa o la cura dei bambini". ■

Il presidente della Provincia di Padova Vittorio Casarin

INTERVISTA A
GUERRINO PEGORARO

di **Alberto Salmaso**

L'ACCESSO AL CREDITO *per la famiglia*

Banca di Credito Cooperativo dell'Alta Padovana e famiglia: com'è la situazione in questo momento di crisi?

Famiglie e piccole imprese sono da sempre il nostro target di riferimento. Soprattutto nei momenti di crisi la Banca ribadisce la sua natura cooperativa con sostegni concreti, mutui prima casa e prestiti agevolati per le spese importanti, la scuola, la salute. Non dimentichiamo che da anni la banca propone alle famiglie il Conto Libero, un conto a zero spese dove il cliente non paga nemmeno l'imposta di bollo. Un prodotto di grande successo che oggi più che mai dimostra la sua validità.

La gente chiede prestiti per comprare casa o anche per farsi una vacanza alle Maldive?

È passata l'epoca dei prestiti per andare in vacanza. La banca non ha mai spinto la gente ad indebitarsi per spese voluttuarie ma ha sempre assistito i clienti ad assumere i propri debiti in modo responsabile in linea con gli scopi statutari propri del credito cooperativo.

Avete casi di coppie che non riescono a pagare il mutuo? La famiglia veneta come sta?

Qualche difficoltà c'è, è innegabile. Per fortuna il territorio dell'alta padovana è economicamente solido ma qualche difficoltà per l'economia reale ci sarà anche da noi. Se le coppie mantengono il loro posto di lavoro, riescono a pagare il mutuo, magari rinunciando ad altre cose; le cose si complicano in caso di perdita del lavoro, questo lo vedremo nel prossimo anno.

Ci sono iniziative particolari per aiutare le famiglie in difficoltà?

Sul fronte dei mutui la Banca ha aderito all'accordo ABI/MEF per la rinegoziazione dei mutui (decreto Tremonti). Con diversi comuni la Banca ha in essere convenzioni per la portabilità gratuita dei mutui. Inoltre con il nostro mutuo comodo, la rata rimane costante nel tempo anche se il tasso di mercato aumenta. È un mutuo flessibile perché si allunga automaticamente la durata del finanziamento senza incidere sul reddito famigliare ed è conveniente perché se il tasso diminuisce la rata è più leggera e si mantiene la scadenza prevista. Con Mutuo leggero la Banca propone un tasso agevolato in convenzione con i costruttori per l'acquisto della prima casa. E comunque da sempre, la Banca si è resa disponibile a rinegoziare il tasso di interesse sui mutui in caso di difficoltà dei clienti. Però le famiglie si aiutano anche supportando le imprese che creano posti di lavori. Ad esempio il plafond speciale per le imprese di 30 milioni di euro per nuovi investimenti o il contributo in conto interessi di Sodalitas per l'avvio di imprese individuali, che di fatto rende il mutuo a tasso zero.

Il direttore generale Guerrino Pegoraro

A proposito di Sodalitas, la Società di mutuo soccorso di cui la Banca è socio sostenitore, come è possibile coniugare una Banca con la Sanità?

La BCC ha da tempo coniugato il suo essere banca del territorio con gli aspetti legati alla salute. Basti pensare alla società di mutuo soccorso sostenuta dalla banca e denominata Sodalitas che nel giro di quasi tre anni ha raggiunto una popolazione assistita di circa 11.500 persone. Sodalitas è una mutua integrativa del servizio sanitario pubblico. È attenta non solo al sostegno economico dei propri soci per spese legate a patologie in essere ma punta molto sulla prevenzione: rimborsa integralmente i ticket sanitari per prevenzione e controllo. Ha recentemente posto in essere una campagna contro il tabagismo di cui è stata gradita madrina la campionessa Valentina Vezzali.

In occasione dell'annuale Festa della Donna, la Banca sostiene campagne di screening su patologie femminili in collaborazione con l'USL.

Insomma la Banca, direttamente o indirettamente, svolge un ruolo attivo per la tutela della salute delle persone che vivono nel nostro territorio. Banca di Credito Cooperativo dell'Alta Padovana e GVDR stanno prendendo in esame un progetto sanitario per clienti comuni che fornisca agevolazioni e servizi innovativi

di **Ines Brentan**

IL NUOVO PIANO SOCIO-SANITARIO *pronto entro questa legislatura*

Questa volta l'attenzione sarà tutta sul territorio

Il nuovo Piano socio-sanitario, che giace da ben due anni nei cassetti della Commissione Sanità della Regione Veneto, potrebbe venir riesumato prima della fine di questa legislatura. Non lo dà per certo l'assessore alla Sanità Sandro Sandri, ma nemmeno lo esclude del tutto. Del resto, non ci sono dubbi su quale obiettivo il Piano deve puntare questa volta: il territorio. Nel precedente Piano si guardava infatti agli ospedali e su questo tema certo, la Regione, non si è risparmiata: 41 ospedali chiusi in dieci anni, altri nuovi aperti, basti guardare Venezia con l'ospedale dell'Angelo e tra tre anni Chioggia, poi Monselice e quindi Padova, tanto per citarne alcuni. Un riordino dell'assetto ospedaliero si è fatto e come, e corrisponde in pieno col pensiero del Governatore Giancarlo Galan: "È finita l'era degli ospedali piccoli e vecchi, che non rispondono a 360° alle esigenze degli utenti". Dopo una razionalizzazione effettuata sui presidi ospedalieri, quindi, è giunto il momento di guardare al territorio, cioè ai medici di famiglia e a tutte quelle strutture che lavorano sul territorio come l'Utap (l'Unità territoriale di assistenza primaria), i Distretti socio-sanitari, le realtà ambulatoriali, le Rsa (Residenze sanitarie per anziani).

Perché assessore?
Perché fanno prevenzione e perché ormai l'aspettativa di vita si è decisamente allungata. La popolazione invecchia, c'è bisogno di risposte sociali. Gli ospedali devono servire per gli acuti ed essere in grado di dare risposte certe per interventi importanti. Per il resto si deve guardare al territorio potenziando i servizi, puntando sull'appropriatezza delle prestazioni, facendo leva sul lavoro dei medici di medicina generale, gli operatori che lavorano sui Distretti, le Rsa e tutti quei poliambulatori, pubblici e privati convenzionati.

Nell'immaginario collettivo, però, continua ad essere l'ospedale il luogo in cui ci si sente al sicuro perché è lì che si viene curati e accuditi...
Lo so che ogni cittadino vorrebbe avere un ospedale sotto casa. A pochi passi dal suo domicilio. Lo so perfettamente che questo infonde nell'utente una sorta di rassicurazione. Bisogna che col tempo si cambi la mentalità. È necessario, fondamentale, perché una cosa è avere la struttura ospedaliera vicino a casa e un'altra è invece avere un ospedale che ti assicuri prestazioni di alto livello. I cittadini devono capire che nessuno li vuole privare dei servizi, anzi, lavoriamo per migliorarli.

Proprio per rassicurare i cittadini, ci può fare, assessore, delle anticipazioni sul prossimo Piano socio-sanitario che stiamo attendendo da tempo?
Non sarà un'operazione fatta dall'alto, ma dal basso. Mi spiego meglio. Il nuovo Piano, che potrebbe essere pronto prima della fine di questa legislatura, sarà frutto del coinvolgimento del territorio. Significa che non verrà realizzato da tutta una serie di audizioni solo regionali, non sarà frutto della Giunta o delle Commissioni, ma di un dialogo che prima verrà fatto coi sindaci, le conferenze dei sindaci, quindi le Ulss, le Province e per finire la Regione. Desidero andare in Commissione a parlare del nuovo Piano con in mano le vere necessità del territorio che solo il territorio ci può dare.

L'assessore regionale alla Sanità Sandro Sandri

Quando si parla di sanità, si pensa subito a quella pubblica, ma c'è anche quella privata convenzionata. Possono continuare a convivere insieme?
Certo, nessuno vuole punire la sanità privata. Lo scopo di entrambe è lo stesso: dare servizi efficaci ai cittadini. D'altra parte, visto che siamo sotto il mirino dell'opinione pubblica, dobbiamo continuare a controllare e monitorare le attività delle strutture private. Dal canto mio, non ho nulla da obiettare con queste realtà che spesso e volentieri sopperiscono ad alcune carenze nel pubblico.

Cambiamo registro e parliamo di famiglia. In Veneto ancora non si parla del bonus bebè, un'iniziativa che sta promuovendo da qualche mese il Lazio. Eppure Berlusconi ha promesso che sarà un altro punto della sua legislatura…
Noi attualmente non lo facciamo, ahimè, per via della mancanza di fondi. Per la mia sensibilità personale, mi piacerebbe davvero tantissimo che questa Regione promuovesse il rilancio della famiglia. Non scherzo quando affermo che soffro per questo nostro limite. Ma d'altra parte devo dire che oggi noi possiamo esibire buoni conti solo perché abbiamo ottimi ragionieri. Perché è forte il peso del carico del personale, che però manca ancora. Mancano cardiologi, mancano radiologi e che dire dei neurochirurghi? Questa mancanza poi incide inevitabilmente sulle liste di attesa dei nostri ospedali. Ecco perché poi si parla di me-

IL NUOVO PIANO SOCIO-SANITARIO *pronto entro questa legislatura*

si per una radiografia. Ma che possiamo fare se il patto di stabilità ci impone di non assumere?

Nessuna via d'uscita, quindi?
Io inviterei i rettori delle Università a sollecitare il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca per avere più posti per i medici. Non è possibile che al Sud continuino ad essercene molti di più che da noi. Anzi, a questo proposito, se dovessero venire a lamentarsi sarò io stesso a chiedergli che stanno facendo per formare nuovi medici nel Nord.

Tornando al tema della famiglia, assessore, è possibile oggi essere genitori e lavoratori nello stesso tempo?
Il tema meriterebbe ore di discussione, cercherò di rendere brevemente il mio pensiero con un aneddoto. Ho una coppia di amici che abitano a Monaco e che hanno avuto il secondo figlio. Il padre ha richiesto e ottenuto due mesi di congedo della paternità. Potrà così aiutare la moglie che dovrà dedicarsi esclusivamente al nuovo nato, oltre che all'altro bambino. Questo è possibile perché in quel Paese come altri del nord Europa, c'è una rigidità fiscale per cui tutti pagano le tasse. Ecco allora che lo Stato può usufruire di risorse tali con cui può fornire servizi utili ed efficaci a sostegno della famiglia. Un'operazione che qui da noi diventa difficile visto che solo una parte della popolazione le paga…

Quindi è una questione di tasse
Non solo. Viviamo in una società in cui i consumi sono potenti, in cui si pretende di vivere anche al di sopra delle nostre effettive possibilità. Se una volta, prima di acquistare una macchina nuova o di fare una vacanza importante, si facevano mesi di sacrifici per racimolare la cifra, oggi si vuole tutto subito grazie ai prestiti. Ci si indebita per tutto. Tutto per apparire meglio del vicino. Abbiamo perso per strada gli ideali dei nostri padri.

Incentivi alla famiglia: l'Italia a confronto con gli altri Paese del nord Europa

Partiamo dall'investimento dello Stato. L'Italia dedica appena l'1,1 % della ricchezza nazionale alle politiche familiari. Insieme a quelle spagnole le famiglie italiane sono le meno aiutate d'Europa. Le spese per famiglie con minori in Germania e Svezia raggiungono il 3,0% del PIL e in Francia il 2,5%. In Francia, inoltre, i genitori possono essere rimborsati fino al 25% delle spese sostenute per i servizi all'infanzia fino ad un massimo di 2.300 euro l'anno. Mentre gli sgravi fiscali possono arrivare ad una riduzione massima di 575 euro l'anno. In caso di assunzione di un assistente domiciliare, si può beneficiare di una riduzione pari al 50% delle spese sostenute fino ad un massimo di 6.900 euro. La riduzione massima risulta quindi di 3.450 euro (France country note, Oecd 2004). Lo Stato tedesco, invece, spende ogni anno 73,7 miliardi di euro in assegni per i figli. Indipendentemente dal reddito, lo Stato versa il cosiddetto Kindergeld, letteralmente soldi per i bambini. Si tratta di un contributo di 154 euro al mese fino al compimento del diciottesimo compleanno. Non solo, tutti i genitori di bambini nati dopo il primo gennaio 2007 hanno diritto anche all'Elterngeld (soldi per i genitori), che corrisponde al 67% dell'ultimo stipendio netto e può andare da un minimo di 300 ad un massimo di 1.800 euro mensili (fonte: Familienministeriums). Un contributo per la famiglia è previsto anche in Spagna dove, come abbiamo visto, le politiche a sostegno della maternità sono ancora agli esordi: nel gennaio del 2003 il governo spagnolo ha introdotto un sussidio per le madri lavoratrici di 100 euro al mese per ciascun bambino al di sotto dei tre anni. Il pagamento, che può essere riscosso in contanti mensilmente, oppure conteggiato come sgravio nella dichiarazione annuale dei redditi, spetta sia alle lavoratrici dipendenti (anche part-time), che a quelle autonome. Un'ulteriore riforma fiscale ha aumentato gli sgravi per i figli che vivono in famiglia (fino a 25 anni): 1.400 Euro per il primo figlio, 1.500 e 2.200 per il secondo ed il terzo (fonte: Unidad de Politicas Comparadas). In Svezia, infine, ogni mese la madre ha diritto a un bonus di circa 110 euro, 250 se i bambini sono due. Non solo: le spese per l'aiuto domestico possono essere detratte fino ad una soglia di 5 mila euro l'anno.

Fonte: Centro Studi FeM di Bologna

di **Ines Brentan**

VIAGGIO *nelle Asl venete, tappa a Vicenza*

Alessandri: "Alcune nostre eccellenze ci vengono persino invidiate all'estero"

Per lui non bisogna solo "savoir faire" (saper fare), ma anche "savoir dire" (saper dire, cioè comunicare). Del resto, quando si arriva all'ospedale di San Bortolo (Vicenza), dove al terzo piano trova spazio l'ufficio della Direzione Generale, si capisce che di cose se ne sono fatte. E, molte, nemmeno ci si sognerebbe di trovarle dentro un ospedale: come un asilo nido capace di ospitare ben quaranta bimbi, una scuola elementare con cinque insegnanti che ruotano a turno per dare istruzione a quei piccoli più sfortunati, malati di cancro. Per questi bambini, poi, si sono allestite ben due aule con tanto di giochi, teatrini e libri di fiabe che ancora sono in grado di farci sognare. C'è un salone per parrucchiera, una squadra di calcio e di nuoto. Perché? Perché, nella cosiddetta "mission" di questo direttore generale, Antonio Alessandri, classe '47, che alle spalle ha ben trentotto anni di lavoro nella sanità, tra le priorità c'è il valore della risorsa umana. "L'umanizzazione deve essere promossa nei confronti dell'assistito, ma anche di chi assiste", afferma Alessandri. Ma andiamo per ordine. Si arriva a destinazione e ci si trova di fronte un colosso. L'ospedale si mostra come una struttura poliedrica gigantesca di centosessantamila metri quadrati, attraversato da ben sei chilometri di corridoi sotterranei. Appare come una città vera e propria, dove transitano seimila persone al giorno. Un ospedale che vanta di numerose eccellenze, alcune persino invidiate all'estero, come il centro di Neurolesi.

Le altre quali sono?
Oltre alla Neurolesi, vantiamo di servizi di eccellenza come l'Ematologia, la Nefrologia, la Neurochirurgia e la Maxillo-facciale.
È importante capire che, se abbiamo queste eccellenze, significa che tutto l'ospedale tiene, cioè che esiste una sinergia tale tra tutti gli attori coinvolti da permettere risultati di elevata qualità. Abbiamo un forte interessamento degli infermieri che collaborano col medico nell'erogazione della prestazione più efficace. Il tutto per dare una risposta appropriata ed efficiente al nostro cittadino. Le faccio un esempio: il nostro reparto di Medicina è stato di recente riorganizzato in diverse aree a seconda della gravità della patologia. A tal punto che quando l'utente vi entra gli sembra di trovarsi all'interno di un altro ospedale. Nel momento di maggior criticità, il paziente si trova su un posto letto simile a quello che troviamo in terapia intensiva ed è monitorato costantemente: è la cosiddetta area rossa. Quando la sua situazione migliora, cambia area di soggiorno e quindi posto letto. Sempre all'interno del medesimo reparto. Ma in un'area di diversa intensità curativa.

In uno scenario del genere, è difficile immaginare punti deboli…
Invece ci sono. Il personale medico è insufficiente. Non trovo medici radiologi per il turno di notte e scarseggia il personale di Pronto Soccorso. Una volta avevo anche il problema dei tecnici di Radiologia che ho risolto attivando un corso di laurea nel 2004 proprio all'interno di questo ospedale. Ma il problema dei medici, invece, per ora rimane.

ANTONIO ALESSANDRI

Direttore generale dell'Ulss 6 Vicenza

Nome: **Antonio Alessandri**
Nato a: **Dolo (Venezia)**
Età: **61 anni**
Titolo di studio: **laurea in Economia e Commercio all'Università di Padova**
Impiego attuale: **riconfermato per la seconda volta alla guida dell'Ulss 6 di Vicenza.**
Prima era direttore amministrativo all'Arpav di Padova.

Direttore, facciamo un passo indietro. È trascorso un anno dalla sua riconferma come direttore generale dell'Ulss 6 di Vicenza, se lo aspettava?
Non posso dire che me lo aspettavo, ma posso affermare che speravo nella riconferma proprio qui a Vicenza. Perché l'investimento fatto nei cinque anni scorsi è stato molto forte e comunicativo. Mi sono impegnato perché Vicenza conoscesse il suo ospedale per poi amarlo. Un lavoro immane che si è poi trasformato in uno dei mie punti di forza: oggi la città è orgogliosa della sua sanità.

Ma come ha fatto a far conoscere l'ospedale e le sue attività ai cittadini?
Ho puntato sulla comunicazione, una comunicazione pianificata e ragionata. Mi sono impegnato perché le forze politiche, i sindaci e i cittadini stessi partecipassero in prima persona, attivamente quindi, a tutti i progetti, le azioni che venivano attuate per il bene dell'ospedale. Oggi trovo risposta chiara del mio lavoro. Non a caso abbiamo ricominciato a ricevere donazioni importanti da parte di privati benestanti. Se ricorda, una volta, le strutture sanitarie nascevano e rimanevano vitali proprio grazie alle donazioni di benefattori.

VIAGGIO *nelle Asl venete, tappa a Vicenza*

I numeri dell'Ulss 6 di Vicenza

- **39 comuni, 312 mila residenti assistiti**
- **2 ospedali: il presidio di San Bortolo e quello di Noventa Vicentina**
- **4 distretti socio-sanitari**
- **22 strutture private convenzionate**
- **1.007 posti letto ospedaliero (883 all'ospedale di San Bortolo)**
- **1.991 posti letto convenzionati**
- **circa 3.100.000 prestazioni ambulatoriali annue (esclusi i privati)**
- **Bilancio consuntivo 2007: -42.9 milioni di euro**
- **Bilancio preventivo 2008: -47.8 milioni di euro**

Oggi, difficilmente succedono casi di beneficenza di questo tipo. Ma ora, almeno per Vicenza, posso dire che questi casi cominciano a farsi sentire di nuovo. Fuori dal mio ufficio, nel corridoio principale, troverà una sfilza di quadri ottocenteschi. Bene, sono tutti benefattori che hanno contribuito alla nascita e crescita di questo ospedale. Di recente ne ho appesi altri due, che rappresentano due signore che ci hanno devoluto cifre importanti, lasciate in eredità a questa struttura.

Ma di che cifre parliamo?
Se pensa che sei anni fa si parlava di 20 mila euro all'anno, oggi tocchiamo il milione di euro all'anno. Oltre alle donazioni dei privati, i fondi li raccogliamo anche con altre iniziative come ad esempio la nostra squadra di calcio che talvolta fa partite con quella del Vicenza.

Oltre all'ospedale di San Bortolo, so che ne avete un altro. Quello di Noventa Vicentina.
Intende il Lazzaro…

Come?
Quando sono arrivato qui sei anni fa, l'ospedale di Noventa rischiava di morire. Ma poi, la chiusura di quello di Este ha permesso di far sopravvivere il nostro. Io, in quel momento l'avevo ribattezzato come l'ospedale di Lazzaro. Oggi, il suo nome è Pietro Milani, che non è altro che il primo benefattore che devolse il primo lascito per la realizzazione di questo presidio ospedaliero.

Interessante… Tornando quindi a questo ospedale per così dire resuscitato, so che da qualche anno è oggetto di un'importante opera di restauro per un valore di dodici milioni e cinquecentomila euro. Ci dice come procedono i lavori e quando è previsto il taglio del nastro?
Sta uscendo l'appalto per le sale operatorie. Abbiamo iniziato la ristrutturazione del Pronto Soccorso. È pronta la nuova Chirurgia, rifatti i locali del Ser.T, della Neuropsichiatria e della Banca del sangue. Completati i gas medicali e l'impianto di condizionamento. Devo dire che i lavori hanno subito un certo rallentamento a causa di una normativa che ha passato questa zona da quarto a terzo livello di sismicità. Motivo per cui questi lavori hanno subito importanti revisioni che si sono tradotti in tempi più lunghi per l'esecuzione e quindi anche in incrementi di spesa. Detto ciò, credo che tra un triennio, dovremmo aver quasi ultimato il restyling.

È lecito parlare di integrazione tra pubblico e privato?
A Vicenza abbiamo circa una ventina di strutture private convenzionate. Penso che la coesistenza sia positiva come la complementarietà. Le strutture private giocano un ruolo importante all'interno del sistema sanitario pubblico in quanto sono stimolanti.

Quando si parla di sanità subito si pensa all'ospedale, ma c'è anche un territorio o sbaglio?
Sono d'accordo. Il territorio c'è, eccome. Il nostro conta di ben 39 comuni che spaziano da zone agricole a industrializzate fino a quelle collinose con poche decine di anime per paese. Da Pozzoleone (la città più a nord) a Noventa (la città più a sud) ci sono ben sessanta chilometri da attraversare. Ormai è un dato certo: la popolazione invecchia, gli anziani aumentano. Noi abbiamo il 50% di over 65 proprio qui a Vicenza. Abbiamo confezionato un Piano di zona molto efficace che tratta a 360° tutte le attività e i servizi necessari per un'adeguata assistenza territoriale. Abbiamo ventidue Rsa (Residenze sanitarie per anziani), tutte visibili sul nostro sito internet (www.ulssvicenza.it, ndr). E oggi, grazie ad un click sul nostro sito, è possibile anche vedere in tempo reale i posti liberi nelle diverse case di cura.

Per chiudere in bellezza, direttore, se le dico maternità che cosa le viene in mente?
Penso ai nostri tremila parti all'anno (78% di residenti, il 22% fuori Ulss). Penso alle nostre cinque sale parto, alle metodiche all'avanguardia. Le basti pensare che qui si può partorire in diversi modi, per rispondere alle esigenze e diversità culturali, persino delle donne eschimesi!

San Bortolo, ripresa aerea

dalla nostra inviata **Antonella Prigioni**

CONFRONTO *diretto*

Pubblico e privato nel Sistema Sanitario Veneto di domani. Il punto, in un convegno di Anisap Veneto, a Padova lo scorso 7 novembre

Si avvicina la scadenza. Quel 31 dicembre 2010 che cambierà drasticamente, in Veneto, il rapporto tra le strutture sanitarie pubbliche e quelle private. A quella data decadono definitivamente i rapporti di pre-accreditamento dei privati con il Servizio Sanitario Nazionale. E gli operatori privati vogliono sapere quale sarà il loro futuro. Un interrogativo che è stato affrontato durante un convegno organizzato a Padova lo scorso 7 novembre da Anisap Veneto, l'Associazione Interregionale delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private. Il titolo del seminario è emblematico della evoluzione in corso nel rapporto pubblico e privato nella sanità veneta: "Dalla competizione alla collaborazione". I due contendenti, Anisap da un lato e Regione dall'altro, hanno iniziato proficuamente a dialogare in un'ottica di collaborazione sempre più stretta. La discussione è stata animata dal presidente di Anisap Veneto Lia Ravagnin e da Giancarlo Ruscitti, segretario regionale settore socio-sanitario. Molto apprezzati dal pubblico in sala, presenti numerosi esponenti e dirigenti delle istituzioni pubbliche e private della Sanità veneta, consiglieri regionali e il presidente della V Commissione Regionale Sanità, Raffaele Bazzoni, gli interventi di tre esponenti del mondo accademico nazionale esperti di reti in sanità. La rete, il sistema, il gioco di squadra, sono il cardine della sanità del domani. Come sarà strutturata questa rete, ancora non è del tutto chiaro. Al dibattito ha inviato il suo contributo anche

l'assessore regionale alle politiche socio-sanitarie Sandro Sandri. Nella lettera indirizzata all'Anisap Veneto, Sandri ha voluto sottolineare i due motivi della presenza necessaria del privato in sanità: "Il primo – scrive l'assessore - è lo stimolo a sensibilizzare il pubblico a migliorare in alcuni campi la propria struttura organizzativa, il secondo la capacità propria del privato ad adeguare velocemente la propria offerta alle richieste delle prestazioni, garantendo una capillarità sul territorio. La collaborazione crea quelle sinergie atte a mantenere e migliorare gli elevati standard del sistema sanitario veneto". ■

Lia Ravagnin - Anisap Veneto

Le strutture sanitarie private vogliono conoscere il loro destino. Vogliono sapere qual è il futuro che le attende, qual è il ruolo che ricopriranno nel sistema sanitario regionale che si sta delineando. "Noi in quel futuro vogliamo esserci - ha sottolineato con decisione Lia Ravagnin, presidente di Anisap Veneto - perché rispondiamo a tre requisiti fondamentali che ci rendono idonei a far parte del servizio sanitario: qualità, economicità e risposta con tempi adeguati alle aspettative di salute dei cittadini". A sostegno di questa convinzione, Anisap ha illustrato i dati di una ricerca telefonica appositamente commissionata, un monitoraggio dal 1 luglio al 30 settembre 2008. In questo arco di tempo sono state effettuate 19.369 telefonate a CUP, centri unici di prenotazione, strutture pre-accreditate ospedaliere e strutture private pre-accreditate ambulatoriali. Chiamate che hanno fornito 6.859 appuntamenti. Dall'analisi dei tempi di attesa per le varie prestazioni richieste, emerge nettamente che nelle strutture pre-accreditate private ambulatoriali si aspetta la metà del tempo rispetto a quelle pubbliche. Per una risonanza magnetica nucleare della colonna vertebrale, ad esempio, si attendono 58 giorni nelle strutture private pre-accreditate ambulatoriali, 42 giorni in quelle pre-accreditate private ospedaliere, 114 giorni in quelle pubbliche. È evidente che la presenza del privato, abbattendo i tempi di risposta alle richieste dei pazienti, accorcia le liste d'attesa e fornisce un servizio più efficiente al cittadino. Dati che hanno spinto il presidente di Anisap a lanciare la proposta alla Regione Veneto di collaborare nella gestione dei Distretti socio-sanitari. "Anche noi crediamo nel passaggio dalla competizione alla collaborazione tra pubblico e privato - ha dichiarato Lia Ravagnin - vogliamo conoscere però la strategia collaborativa sul territorio. Le risorse private devono diventare attori del territorio. Abbiamo bisogno di condividere le strategie. Mostrateci dove volete arrivare. Noi ci siamo".

Giancarlo Ruscitti – Regione Veneto

"Questa Regione crede nel privato. E perciò deve continuare ad esserci. Abbiamo bisogno di competizione, visto che come gestori siamo consapevoli della lentezza del sistema pubblico e delle difficoltà che deve affrontare. La competizione deve mutare in una collaborazione, senza creare doppioni." È deciso l'esordio di Giancarlo Ruscitti, segretario regionale settore socio-sanitario, al convegno di Anisap. Rassicura così gli operatori privati e cerca di delineare gli scenari futuri, inevitabilmente ancora in fieri. "Il sistema socio–sanitario veneto, creato negli anni 80-90, è vincente. È un punto di riferimento non solo per l'Italia, ma per l'Europa. Non va cambiato - dichiara Ruscitti - ha solo bisogno di interventi di manutenzione. L'impianto resta inalterato. Il Veneto non può applicare il modello della Lombardia, né quello della Catalogna, né di altre regioni. La delibera del consiglio regionale del 2006, ha stabilito che non si devono cambiare le basi. Dobbiamo fare funzionare meglio il sistema, pur in presenza di minori risorse. E si evolve investendo. Per cui è in atto da due anni un piano feroce di realizzazione delle aree vaste: si chiudono gli ospedali obsoleti ed inquinanti e si creano nuovi poli ospedalieri moderni e funzionali. La Regione ha un ruolo di holding e decide insieme ai direttori generali. Insomma il processo è di razionalizzazione ed ammodernamento. Il primo segnale è il CUP centralizzato, un unico centro di prenotazione che dà informazioni su tutti i servizi pubblici e privati. Un principio di trasparenza che porterà al superamento delle ridondanze. Il privato dovrà essere presente laddove le strutture pubbliche sono carenti, in regime di servizio integrato, non competitivo, ma collaborativo. Il privato è più flessibile e capillare, il pubblico, quindi la Regione, non può arretrare dalla gestione diretta di alcune prestazioni come le cellule staminali, i trapianti, le cure oncologiche. Deve esserci un dialogo franco, non si può obbligare l'impresa ad entrare in una rete, ma il supporto organizzativo e tecnico che essa è in grado di offrire è un enorme stimolo. L'imperativo, sia nel pubblico che nel privato, resta: evitare gli sprechi."

di **Giovanni Gallo***

PROGRAMMARE *per evitare il precipizio*

Il Veneto, che per lungo tempo e grazie alla capillarità dei servizi, vantava un sistema socio-sanitario fra i più avanzati in Europa, oggi rischia il collasso.
Una crisi determinata in massima parte dall'abbandono da parte del governo regionale di ogni funzione programmatoria.
Basti pensare che il vigente piano socio-sanitario risale ormai a dodici anni fa e che da allora nulla è stato fatto per riadeguare il sistema alla crescente richiesta di servizi.
Col risultato che oggi la sanità veneta non è in grado di soddisfare il sovraccarico di domanda.
A questo si aggiunge la situazione economica critica, rilevata dalla Corte dei Conti, in cui versano molte Ulss.
Un rimedio, grazie al lavoro dell'opposizione, era stato trovato attraverso un patto che distribuiva alle Ulss in maggiori difficoltà circa 100 milioni di euro.
Ma c'è il fondato rischio che questo accordo sia reso vano dagli effetti del decreto di Giunta che impone ai Direttori Generali di tagliare 83 milioni di euro alla spesa sanitaria entro fine 2008.

Gli stessi Direttori Generali che, paradossalmente, la Giunta di centrodestra ha premiato indistintamente e indipendentemente dai risultati di gestione ottenuti col loro lavoro.
Premiando così anche gli sprechi e le inefficienze.
Insomma, nella sanità veneta i conti non tornano.
Anzi, il governo regionale continua a fare i conti senza l'oste, moltiplicando i progetti di nuovi ospedali e di riorganizzazione delle Ulss ma senza inquadrarli in una nuova e complessiva programmazione socio-sanitaria.
Un passo, questo, indispensabile per evitare il precipizio. ■

**Capogruppo del Partito Democratico in Consiglio regionale*

News flash *dal veneziano*

MIRANO – Cinque anni di lavori, 20 milioni di euro investiti, 66 nuovi posti letto e una struttura realizzata secondo gli ultimi dettami internazionali: è la carta di identità del secondo monoblocco dell'ospedale di Mirano, inaugurato il 24 ottobre scorso alla presenza dell'assessore regionale alla Sanità Sandro Sandri. Medicina, oncologia, neurologia, dermatologia e geriatria i reparti ospitati, secondo una logica innovativa. «Non è più il paziente a doversi spostare da un reparto all'altro – spiega Arturo Orsini, direttore generale della Asl 13 – ma gli specialisti che ruoteranno attorno a lui». Il monoblocco è anche attrezzato per trapianti di midollo. «Una struttura di eccellenza – conferma Orsini – grazie soprattutto alle persone che ci lavorano». E che potrebbe crescere ancora: «Ci sarebbero i presupposti per realizzare il terzo monoblocco – chiarisce il primo cittadino di Mirano, Roberto Cappelletto – basterebbe un aiuto della Regione (stimabile in 5-6 milioni di euro su un investimento da 25 milioni), che permetterebbe una ulteriore razionalizzazione dei servizi e un risparmio sui costi che servono per ristrutturare e ammodernare i padiglioni esistenti». Aiuto che Sandri non può assicurare. «Non amo promettere se non sono certo di poter mantenere – spiega l'assessore – ma state certi che le proposte illustratemi oggi saranno prese in seria considerazione, pur nel rispetto della programmazione regionale e dei vincoli di bilancio». L'unica rassicurazione è che il Veneto non pagherà gli sprechi delle Regioni meno avvedute. «Ancora ieri, a Roma, è emerso il tentativo di far pesare sulle regioni virtuose i debiti di quelle sprecone. Tentativo che abbiamo ancora una volta stroncato». Sulla Asl 13 pende comunque una richiesta, da parte della Regione, di risparmi sul bilancio 2008 di 10 milioni di euro. «Una cifra impossibile da raggiungere, soprattutto a due mesi dalla fine dell'anno»,spiega il presidente della Conferenza dei Sindaci Bruno Pigozzo, «ma speriamo che la Regione ci venga incontro, qui non c'è veramente più nulla da tagliare». Giuliano Gargano

di **Ines Brentan**

PIÙ SI INVECCHIA E PIÙ AUMENTA *il rischio di ammalarsi di trombosi venosa profonda*

SOS Flebite: un accesso immediato per chi soffre di questa patologia

La trombosi venosa profonda è una delle malattie della vecchiaia. Nel senso che è più facile che di questa patologia si ammali un ultrasessantenne che un ventenne. L'incidenza maggiore si ha oltre i 70 anni ma non sono escluse le altre fasce di età. Può insorgere senza preavviso, ma solitamente colpisce situazioni a rischio, per esempio persone predisposte per problemi congeniti di coagulazione oppure pazienti oncologici, emiparetici, anziani allettati, chi ha avuto un ictus. Questa malattia può annidarsi anche in persone che hanno subito importanti interventi chirurgici, soprattutto ortopedici, a causa del traumatismo chirurgico associato. La trombosi venosa profonda scaturisce inoltre, spesso e volentieri, dopo periodi di prolungata immobilità da qualunque causa e, nel 90% dei casi, succede agli arti inferiori. Tra le sue complicanze, la più temuta è decisamente l'embolia polmonare. "Si tratta di una malattia diffusa: colpisce una persona su 1000 ogni anno – spiega il dottor Ugo Baccaglini, responsabile del Centro multidisciplinare di Day Surgery dell'Università di Padova – quindi non bisogna sottovalutarne i rischi". "La diagnosi clinica di trombosi venosa profonda, basata su sintomi e segni (per es. gamba gonfia, dolente, calda e arrossata) – continua il medico - è poco affidabile in quanto gli stessi sintomi e segni possono essere l'espressione di un'altra patologia, per esempio osteo-muscolo-tendinea oppure di una cisti di Baker o di altro. Il sospetto clinico è assai più avvalorato quando i sintomi descritti si manifestano, per esempio, in una persona che presenta i fattori di rischio noti per la patologia". "È il caso di individui che abbiano già avuto una trombosi – precisa il dottor Baccaglini - oppure portino un apparecchio gessato, o siano reduci da un intervento chirurgico, usino la pillola anticoncezionale, abbiano avuto una permanenza a letto a lungo per una malattia, portino un catetere venoso centrale, abbiano un tumore o, ancora, siano portatori di un difetto trombofilico". Fondamentale diventa la diagnosi precoce per poter intervenire in maniera tempestiva. E qui un ruolo decisivo viene svolto proprio dai medici di famiglia. "È la prima tappa, decisiva, per una diagnosi veloce e precisa. – sottolinea il dottor Andrea Piccioli, dirigente medico del Centro multidisciplinare di Day Surgery dell'Università di Padova – È infatti dal proprio medico curante che l'utente si rivolge prima di arrivare da noi, in questo caso per dolore alla gamba, gonfiore e arrossamento. Se il medico sospetta una trombosi venosa profonda, il paziente deve essere urgentemente inviato ad eseguire una diagnosi strumentale. Una trombosi venosa profonda non riconosciuta e non trattata si trasforma in embolia polmonare nel 40% dei casi, specialmente se la trombosi venosa è assai estesa". Questa patologia si cura farmacologicamente con terapia anticoagulante iniziata, nelle maggior parte dei casi, con epari-

Dr. Ugo Baccaglini

PIÙ SI INVECCHIA E PIÙ AUMENTA *il rischio di ammalarsi di trombosi venosa profonda*

na a basso peso molecolare a dosaggio terapeutico, associata al più presto con anticoagulanti orali. Dopo il raggiungimento, per alcuni giorni di trattamento, di un livello terapeutico dell'anticoagulante orale, si prosegue con la sola anticoagulazione orale. La terapia viene estesa per 3 o 6 mesi, talvolta anche per un anno o più. Dipende dalla situazione. Si consiglia inoltre di utilizzare anche una calza elastica a compressione graduata. "Per proteggere i pazienti nelle situazioni a maggior rischio di trombosi, – spiega il dottor Piccioli – a livello preventivo, si consiglia una profilassi farmacologica principalmente mediante iniezioni sottocutanee di eparina a basso peso molecolare: si tratta di punturine sulla pancia." Se opportunamente sospettata, correttamente diagnosticata e quindi ben curata, la trombosi venosa profonda, in generale, comporta una completa "restituito ad integrum" (totale guarigione) in una percentuale superiore al 75% dei casi. Intanto, da più di un decennio, è attivo un servizio importantissimo per contrastare la trombosi venosa profonda. Si tratta di un Servizio di diagnostica flebologica urgente a disposizione dei medici di medicina generale denominato "SOS Flebite." Uno strumento utile, a garanzia di un accesso più veloce, una linea preferenziale che favorisce una diagnosi accurata e tempestiva. Il servizio collabora con l'Unita' Tromboembolica dell'Universita' di Padova diretta dai professori Antonio Pagnan e Paolo Prandoni, Centro di eccellenza internazionale sulla materia.

Dr. Andrea Piccioli

In breve

La trombosi venosa profonda è per definizione l'ostruzione parziale o completa di una vena del circolo venoso profondo da parte di un coagulo di sangue o trombo. Nel 90% dei casi è interessato il circolo venoso profondo degli arti inferiori. Se non sospettata, non diagnosticata e quindi non trattata, questa patologia può esporre il paziente ad importanti complicanze. L'embolia polmonare è la più temibile di queste ed è causata dal distacco di tutto il trombo o di frammenti di esso che, attraverso il flusso sanguigno, raggiungono i vasi polmonari. La trombosi venosa profonda si cura con farmaci anticoagulanti, che riducono la capacità del sangue di coagulare e lo rendono più fluido. I farmaci antitrombotici sono numerosi: quando e come usarli e a che dosaggio, deve essere deciso dal medico. Parimenti deve essere deciso dal medico per quanto tempo il paziente deve essere trattato. Il paziente, da parte sua, deve avere particolare cura nel rispettare quanto indicato dal curante e soprattutto la posologia del farmaco, per avere il massimo vantaggio e per evitare conseguenze assai spiacevoli come un episodio emorragico o un nuovo episodio di trombosi. Parallelamente alla terapia farmacologica, il paziente con trombosi venosa degli arti inferiori si giova dell'applicazione di una calza elastica a compressione graduata che consente di ridurre l'edema e prevenire le possibili complicanze della patologia.

L'ECO-DOPPLER È UN VALIDO ESAME *per diagnosticare con certezza la presenza di un trombo*

Sortini: "Fondamentale nella diagnosi è il medico di famiglia"

Vi duole una gamba? Prima cosa da fare è osservarla e continuare a farlo per un po' di giorni. Se poi il dolore persiste e l'arto comincia a gonfiarsi fino ad arrossarsi, allora, non è più il tempo di attendere, ma di agire. Ecco l'iter consigliato. Prima di tutto, meglio una visita dal proprio medico di famiglia. È il nostro medico curante, infatti, che possiede tutti gli strumenti per capire se il problema è risolvibile con un po' di riposo e un semplice antidolorifico, oppure se è il caso di un approfondimento attraverso una visita specialistica ed eventuali esami strumentali. Questi sintomi e segni, infatti, non sempre riconducono ad una patologia grave come la trombosi venosa profonda. "La gamba diventa come lignea, dura e rossa – spiega il dottor Davide Sortini, specialista in Chirurgia generale – il medico di medicina generale individua subito un soggetto a rischio e gli suggerisce di effettuare ulteriori indagini". Capita che l'utente si rivolge al proprio medico curante descrivendo il suo malessere senza far toccare con mano il problema. "Io consiglio sempre ai miei pazienti – aggiunge il dottor Sortini – di mostrare al proprio medico la zona che duole. Non sono sufficienti le descrizioni. Una visita approfondita talvolta serve ad escludere diagnosi gravi anche senza ulteriori approfondimenti". Se tutto fa pensare ad una trombosi venosa profonda, la cosiddetta prova del nove viene fatta con un'indagine strumentale grazie all'eco-doppler. Un esame simile ad una ecografia che serve ad analizzare arterie e vene. "Questo tipo di esame – spiega lo specialista - serve a valutare la morfologia dei vasi sanguigni, la loro apertura, la presenza di malformazioni, restringimenti oppure occlusioni. Può essere utilizzato per esplorare sia le arterie che le vene e ormai sostituisce molto spesso altre indagini più invasive quali arteriografia e flebografia. Inoltre, in presenza di problemi a carico dei vasi, l'eco-doppler permette generalmente anche di riconoscerne la gravità e di suggerire il tipo di terapia da eseguire, medica o chirurgica, a seconda dei casi". Si sceglie un trattamento farmacologico anticoagulo se il trombo è confinato nelle vene delle gambe, a livello inguinale. Diversa è la terapia qualora il trombo abbia cominciato a viaggiare fino a trovare momentanea dimora nel nostro addome. "In quel caso – dice il dottor Sortini – è consigliabile un intervento chirurgico mini-invasivo, che viene solitamente effettuato da un radiologo. In poche parole, si inserisce una piccola retina che blocca l'itinere del trombo, evitando così un'eventuale embolia polmonare". La trombosi venosa profonda è una patologia da non sottovalutare, che offre tutto sommato un'alta percentuale di guarigione. "Grazie alla terapia farmacologica, generalmente di eparina a basso peso molecolare, si scioglie il trombo", assicura lo specialista. "Di solito – continua il dottor Sortini - le persone a rischio, soprattutto quelle che hanno già vissuto un evento del genere, continuano la profilassi come forma preventiva. Accanto però al trattamento medico, è opportuno condurre uno stile di vita sano". Fa bene alla salute e allontana il rischio di una trombosi fare una passeggiata ogni giorno, evitare di fumare e di mangiare cibi troppi grassi. Meglio prediligere, cioè, una dieta equilibrata.■

Dr. Davide Sortini

La sindrome della classe economica

Non è colpa del viaggio in sé: che sia fatto in aereo, in autobus o in treno, poco importa. Ciò che conta, sempre parlando in termini di salute, è che non sia in "economy class". Questa regola deve valere almeno per chi è predisposto alla trombosi venosa profonda. La sindrome della classe economica è infatti una grave complicanza che si manifesta dopo viaggi lunghi che costringono le persone, già con fattori intrinsechi di rischio per trombosi venosa, ad una prolungata immobilità. Succede soprattutto negli aerei, dove gli spazi sono più ristretti e il passeggero è costretto a stare seduto con le gambe rattrappite. Si è notato un significativo aumento nell'incidenza dell'embolia venosa in rapporto alla lunghezza e alla durata del viaggio. Dunque la posizione seduta, con le gambe intorpidite per ore, può determinare una lesione dei vasi venosi e una marcata diminuzione del flusso sanguigno con aumento dell'ematocrito e della concentrazione delle proteine ematiche nelle gambe. Questi problemi colpiscono anche chi viaggia in treno o in auto e chi nella vita di routine quotidiana insiste in una posizione seduta per tante ore o con le gambe accavallate. Tra i segni e i sintomi che devono essere riconosciuti dalla persona colpita come una sorta di campanelli d'allarme ci sono: gonfiore e aumento della circonferenza di una gamba, dolore ad uno o ad entrambi gli arti inferiori con difficoltà a calzare le scarpe. Il dolore aumenta durante la deambulazione o per compressione dei muscoli del polpaccio con le mani. Come prevenire? Muovere le gambe, bere, assumere un anticoagulante come l'aspirina che viene però sconsigliata per quei viaggiatori che hanno controindicazioni mediche come alterazioni della coagulazione o ulcera gastrica. Per le persone ad alto rischio viene prescritta un'iniezione di eparina a basso peso molecolare.

a cura del **Dr. Luciano Boffo***

IL PESCE È RICCO DI OMEGA 3: *fa molto bene per chi ha mal di cuore o è a rischio trombosi*

Lo studio degli effetti cardiovascolari positivi degli Omega 3 ha preso avvio da una interessante indagine fatta sulla popolazione eschimese, che ha messo in evidenza la bassa incidenza delle malattie cardiovascolari. Il fenomeno è stato da subito collegato al tipo di dieta seguita da quella popolazione ricca di prodotti della pesca ed in particolare di salmoni, aringhe, sardine, acciughe, sgombri…che come è ben noto sono ricchi di Omega 3 che, con gli Omega 6, appartengono agli "Acidi grassi essenziali". Insieme svolgono un ruolo importante nel mantenimento dell'integrità cellulare. Studi clinici successivi effettuati in diversi altri Paesi hanno confermato i primi risultati. In particolare si è osservato che persone colpite da infarto del miocardio avevano una percentuale di rischio ricaduta molto bassa se la dieta era ricca di acidi grassi essenziali (E.F.A. Essential Fatty Acids). Inoltre si è potuto dimostrare che gli Omega 3 portavano a una riduzione dei livelli ematici dei trigliceridi e del colesterolo LDL evitando così l'accumulo degli stessi sulle pareti dei vasi. La riduzione infine dei "grassi cattivi" in circolo consentiva di migliorare la fluidità del sangue allontanando così il rischio di malattie coronariche, ipertensione, arteriosclerosi e trombosi. Interessante in questo senso è stato lo studio italiano GISSI che ha arruolato circa 11.000 pazienti colpiti da infarto del miocardio. Gli Omega 3 si trovano in discrete quantità in diverse qualità di pesci grassi e semigrassi: salmoni, aringhe, sardine, acciughe, sgombri, pesce spada, trota, nonché in oli vegetali: mais (1%), olive (1%), soia (7%), lino (52%), riso (1,5%), noci e legumi. 100 gr. di noci contengono 9 grammi di Omega 3 e 38 gr. di Omega 6.

Dr. Luciano Boffo

Il vademecum dell'OMS: "Viaggi internazionali e salute"

L'Organizzazione Mondiale della Sanità da qualche anno pubblica il manuale "Viaggi internazionali e salute" che si può scaricare anche dal sito internet www.who.int/en/ . In questo documento si trova una parte dedicata proprio ai problemi circolatori e di mobilità che possono insorgere in alcuni viaggiatori e che possono favorire la formazione di trombi. "Una prolungata immobilità, particolarmente quando l'individuo è seduto, – si legge nel dossier – porta ad una stasi di sangue nelle gambe che provoca gonfiore, durezza e senso di malessere alle gambe". "La stasi circolatoria – si continua a leggere – è un fattore predisponente allo sviluppo di trombosi venosa". Nella guida si tende a spiegare, rassicurando, che non tutti i viaggiatori sono comunque soggetti a rischio trombosi. "Il rischio di sviluppo di trombosi delle vene profonde è molto basso – precisa il documento dell'OMS - a meno che l'individuo abbia fattori di rischio preesistenti per la tromboembolia come una storia precedente di trombosi venosa o di embolia polmonare. Età superiore ai 40 anni (il rischio aumenta con il crescere dell'età), uso di una terapia estrogena (contraccettivi orali o terapia ormonale sostitutiva), gravidanza, interventi chirurgici recenti o traumi a livello dell'addome o degli arti inferiori, il cancro, anomalie genetiche della coagulazione del sangue". Nel volume si sottolinea che alcune ricerche "suggeriscono che ci possa essere anche un rischio legato al fumo di tabacco, all'obesità e alla presenza di vene varicose." Successivamente, si descrivono alcune utili azioni precauzionali. "Gli effetti negativi dell'immobilità – si legge nel documento – si possono ridurre facendo durante il viaggio semplici esercizi ad intervalli frequenti. Può essere utile indossare calze a compressione graduata. I bagagli a mano non devono essere posti sotto il sedile dove ci sia poco spazio per il movimento delle gambe e dei piedi. Il vestiario deve essere allentato e confortevole".

Contenuto di Omega 3 in pesce, molluschi e crostacei

Specie	g/100 g di prodotto
SALMONE ATLANTICO	1,8
ACCIUGA	1,7
SARDINA	1,4
ARINGA	1,2
AGOMBRO, TROTA	1,0
PESCE SPADA, TONNO	0,7
SOGLIOLA, PLATESSA, HALIBUT	0,4
VONGOLE	0,2
CAPESANTE, GAMBERETTI	0,3

La FAO ha consigliato di rapportare il fabbisogno giornaliero di E.F.A. (Essential Fatty Acids) al fabbisogno calorico secondo il seguente schema:

- *Omega 6: 6% del fabbisogno calorico giornaliero*
- *Omega 3: 1,5% del fabbisogno calorico giornaliero*

Pertanto un individuo che ha un fabbisogno calorico di 2000 Kcal al giorno dovrebbe assumere almeno 12 gr. di Omega 6 e 3 gr. di Omega3.

** Direttore del Dipartimento sicurezza alimenti di origine animale dell'Ulss 14*

di **Ines Brentan**

ARRIVA *l'Australiana...*

parliamo di influenza col direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 17, dr. Antonio Ferro

Quest'anno l'influenza arriva dall'Australia. Sarà l'Australiana, quindi, a costringere quest'inverno centinaia di persone a letto. Ma anche se allo scadere di ogni anno, il cittadino si trova a combattere con una forma virale influenzale che assume di volta in volta una denominazione diversa, i sintomi continuano a rimanere quelli classici quali la febbre, dolori articolari, tosse generalmente secca, talvolta accompagnata da una leggera sinusite. E come i sintomi, anche le cure sono in genere semplici, le stesse che da generazioni ci si tramanda: riposare, stare a letto al caldo, bere molta acqua e… pazientare. Un vademecum pressochè sintetico ma efficace, almeno finchè non sopraggiungono delle complicanze. "Attualmente – dice il dottor Antonio Ferro, direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 17 di Este-Monselice – l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima circa un migliaio di decessi in un anno per l'influenza". La causa? "Complicanze come le broncopolmoniti che attaccano facilmente gli anziani sopra i 65 anni e le persone immunodepresse".

Ma allora dottore, c'è da preoccuparsi?
È vero che il dato può spaventare, ma oggi stiamo facendo molto con la prevenzione. Basti pensare che in Veneto siamo arrivati a vaccinare ben il 75% degli anziani sopra i 65 anni. Non è poco, è un risultato straordinario. Ad aiutarci in questa battaglia sono soprattutto i medici di famiglia che sensibilizzano alla vaccinazione in modo particolare quelle persone che chiamiamo "soggetti a rischio", tra questi gli anziani e i bambini".

Quindi le campagne a favore della prevenzione aiutano…
Certo che aiutano, ma non otteniamo ottimi risultati da parte di tutte le categorie. Mi spiace ammettere che il personale sanitario, al di là dei continui appelli del Ministero della Salute, continui a rimanere la fetta meno vaccinata. Non si supera il 25%.

Prima era russa, poi cinese, ora è la volta dell'australiana.
Non è un vezzo. Il nome che di anno in anno si dà all'influenza dipende dal luogo in cui si è isolato il ceppo. Generalmente comunque il virus, che si trasmette da persona a persona, parte dall'Asia e fa tappa da noi in Italia per poi migrare nelle Americhe".

Sbaglio o è già cominciato il conto alla rovescia? Quando ci dobbiamo attendere l'influenza?
Probabilmente l'epidemia si avrà a gennaio, ma i primi casi li dovremo vedere già verso Natale.
Mi scusi, ma già in ottobre qualcuno è stato costretto a letto con la febbre. Quella non era influenza?
Non credo. In autunno infatti sono molti i virus parainfluenzali che circolano e debilitano decine di persone, assomigliando proprio all'influenza.

Dr. Antonio Ferro

Per avere una buona copertura antinfluenzale, mi dice qual è il termine ultimo per vaccinarsi?
Almeno entro la fine di dicembre. Teniamo presente che ci vogliono almeno una quindicina di giorni di tempo perché il vaccino inizi a fare il suo effetto.

Ma non è un pò tardi?
No, perché abbiamo constatato che l'influenza negli ultimi anni ha subito un cambiamento nei tempi di arrivo. Se cinque anni fa ad esempio si partiva a vaccinare in ottobre, ora lo si fa in novembre proprio per garantire una maggiore copertura. ■

Come fare a vaccinarsi

Si deve andare al Distretto socio-sanitario di appartenenza. Per chi rientra nella fascia dei cosiddetti "soggetti a rischio" il vaccino è gratuito. Per gli altri utenti si paga un ticket. Per coloro che hanno problemi di spostamento, si può far richiesta al proprio medico curante. Il vaccino antinfluenzale è anche acquistabile in farmacia.

A RISCHIO INFLUENZA *soprattutto gli anziani*

Il vaccino rimane lo strumento migliore preventivo

L'influenza colpisce il 5-10% della popolazione italiana. Rimane il motivo più frequente di consultazione medica e di ricovero ospedaliero, e la principale causa di assenza dal lavoro e dalla scuola. L'influenza è ancora oggi la terza causa di morte in Italia per patologia infettiva, preceduta solo dall'Aids e dalla tubercolosi. In particolare, si stima che in Italia l'influenza stagionale causi ogni anno circa ottomila decessi in eccesso, di cui mille per polmonite ed influenza, e altri settemila per altre cause. L'84% di questi (pari a seimila e settecento decessi per tutte le cause e novecento decessi per polmonite ed influenza in media) riguarda persone di età superiore ai 65 anni. Tra settembre 2007 e gennaio 2008, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'influenza ha circolato in tutti i continenti (Africa, America, Asia, Europa e Oceania). Il sistema di sorveglianza Europeo dell'influenza (European Influenza Surveillance Scheme – EISS), ha registrato una intensità bassa nella stagione 2007-2008; solo sei Paesi hanno segnalato livelli di incidenza dei virus influenzali al di sopra dell'atteso. Nel nostro Paese, l'andamento stagionale delle sindromi simili all'influenza (ILI) è rilevato attraverso una rete di medici cosiddetti "sentinella", denominata "Influnet", coordinata dal Ministero della Salute, attiva fin dal 2000 e concordata con le Regioni e la Pubblica Amministrazione. In particolare, in Veneto sono stati attivati ben 98 medici "sentinella", che ogni settimana inviano i dati per fasce d'età alla Regione. Intanto anche da Palazzo Balbi è arrivato l'appello alla vaccinazione visto che lo scorso anno si è registrato un calo dei vaccinati dell'1,2% (circa 11 mila veneti vaccinati in meno). Lo scorso inverno sono stati a letto con la febbre l'8% dei veneti, quasi 400 mila persone. ■

Il vaccino è principalmente consigliato e gratuito per le persone "a rischio":

- Anziani con età pari o superiore ai 65 anni;
- Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti affetti da malattie croniche;
- Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con ASA, a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale;
- Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano nel secondo e terzo trimestre di gravidanza;
- Individui di qualunque età, che vivono in comunità (residenze per anziani, residenze protette, ecc);
- Medici e personale sanitario di assistenza;
- Familiari e contatti di soggetti ad alto rischio;
- Addetti a servizi pubblici di primario interesse collettivo;
- Personale che, per motivi di lavoro, è a contatto con animali e che potrebbero costituire fonte di infezione da virus influenzali non umani.

Per le future mamme

Diversi studi hanno messo in evidenza il maggior rischio di gravi complicazioni in seguito all'influenza, anche in assenza di condizioni mediche predisponenti, per le donne nel terzo trimestre di gravidanza o nelle prime fasi del puerperio; i vaccini antinfluenzali sono a base di virus uccisi o di subunità e non comportano quindi, in nessuna fase della gravidanza, i rischi connessi all'impiego di vaccini con virus vivi attenuati. Per quanto riguarda le donne che saranno nel secondo e terzo trimestre di gravidanza durante la stagione epidemica, è opportuno che vengano vaccinate contro l'influenza per l'aumentato rischio di complicanze gravi e di decesso correlati alla malattia. La vaccinazione, può essere effettuata in qualsiasi trimestre della gravidanza, in quanto non associata ad effetti avversi nel prodotto del concepimento. Tuttavia, si ritiene opportuno sottolineare che nel corso del primo trimestre di gravidanza l'effettuazione della vaccinazione antinfluenzale deve essere subordinata ad una accurata valutazione del rapporto rischio/beneficio da parte del medico curante, dal momento che la letteratura scientifica riguardante gli effetti della vaccinazione eseguita in questa fase della gravidanza è scarsa e non esaustiva.

A RISCHIO INFLUENZA *soprattutto gli anziani*

Tre motivi validi perché il personale sanitario deve vaccinarsi

Le motivazioni per le quali è importante l'immunizzazione del personale sanitario che opera nelle strutture ospedaliere per acuti, nelle comunità per lungodegenti, nelle strutture territoriali e a livello di popolazione (medici e pediatri di famiglia) sono diverse:

1. il rischio personale di contrarre l'influenza essendo a continuo contatto con pazienti ammalati di forme respiratorie e di influenza specie nei periodi di diffusione epidemica dei virus

2. l'assenteismo dal lavoro per influenza proprio nel periodo in cui vi è maggiore richiesta di assistenza da parte della popolazione

3. il rischio di diventare trasmettitore di infezione da virus influenzali nella comunità dove esercitano la loro attività lavorativa (ospedale, strutture per lungodegenti etc.), comunità che richiedono invece il massimo di tutela. Esiste un'ampia letteratura che documenta l'utilità della vaccinazione del personale sanitario.

Il vaccino è gratis anche per le persone che lavorano a contatto con animali

Ai lavoratori a contatto con specie animali, che sono serbatoi naturali dei virus influenzali o che si ammalano a causa di questi, va raccomandata, ed offerta attivamente, la vaccinazione antinfluenzale.
Tale intervento preventivo è finalizzato a mantenere in salute questa categoria di persone che, oltre a coloro che sono coinvolti nell'allevamento, comprende operatori che svolgono importanti funzioni di vigilanza e controllo sulla salute animale, che si sono rivelate le armi più efficaci nel contrastare l'introduzione e la diffusione di virus influenzali altamente patogeni e potenzialmente pandemici. La vaccinazione antinfluenzale, inoltre, è importante anche per evitare coinfezioni in queste persone tra virus influenzali umani e virus influenzali patogeni per specie animali, che potrebbero dar luogo ad una ricombinazione virale che favorirebbe un nuovo virus influenzale altamente patogeno, trasmissibile da uomo a uomo. Per tale ragione, la vaccinazione antinfluenzale è raccomandata ad allevatori, addetti all'attività di allevamento, addetti al trasporto di animali vivi, macellatori e vaccinatori, veterinari pubblici e libero-professionisti.

I consigli: misure di igiene e protezione individuale

Il virus dell'influenza può trasmettersi per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce, i "droplet nuclei", ma anche per via indiretta attraverso il contatto con mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. Per questo, una buona igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie può giocare un ruolo importante nel limitare la diffusione dell'influenza. Recentemente l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) ha evidenziato alcune misure di protezione personali (non farmacologiche) utili per ridurre la trasmissione del virus dell'influenza, ed ha raccomandato le seguenti azioni:

1. Lavaggio delle mani (in assenza di acqua, uso di gel alcolici)
2. Buona igiene respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani)
3. Isolamento volontario a casa delle persone con malattie respiratorie febbrili specie in fase iniziale
4. Uso di mascherine da parte delle persone con sintomatologie influenzali , quando si trovano in ambienti sanitari

Fonte: Ministero della Salute e Organizzazione Mondiale della Sanità

di **Umberto Iazzetta***

LE QUOTE ROSA NON SERVONO, *i partiti guardino alla società civile*

La parità c'è, ma mancano gli spazi oltre la società civile

NES ha chiesto di esprimere il mio pensiero sulla donna e il primo flash che mi è venuto in mente è l'immagine dell'allattamento al seno. Molti anni fa, da bambino, ricordo che una "nutrice" che abitava vicino al mio pianerottolo dava il latte dal suo seno, anche ad un bambino non suo. E poi la Ciociara, il film con la bellissima Sophia Loren, il coraggio e la forza di subire "anche" sessualmente. Troppo. Io non ce l'avrei mai fatta! Siamo realisti, mettiamo i piedi per terra: ciclo; pap test; mammografia; ecografia prenatale; battesimo; nido; zainetto, scoliosi; anziani; casa; lavoro; parrucchiere; 194! E ancora emozioni; emisfero destro, emisfero sinistro; materia grigia materia bianca: lasciamo queste cose agli studiosi. Quote rosa? Darle a chi? Sarebbe bello, tutte in piazza a festeggiare, striscioni colorati palloncini, bambini e dire "Noi siamo oltre", oltre le quote rosa intendo. Prendano finalmente atto le onorevoli colleghe che l'altra metà del cielo – quella rosa appunto - vive realisticamente con i "piedi per terra" e da anni divide consapevolmente gioie e dolori della difficile quotidianità con i loro uomini e alla pari. E che fatica star loro dietro!

Certo permangono ancora profonde differenze in alcune aree depresse del nostro Paese e nel resto del mondo. Ma il problema allora è un altro e riguarda il benessere, la scuola, la cultura, l'educazione, il rispetto, l'amore verso il prossimo, la solidarietà, l'umanità, il senso civico… il senso civico appunto. Mia moglie lavora, l'ho aiutata a seguire i bambini dal nido fino alle superiori – la laurea l'hanno presa da soli – ho vissuto la stagione dei Decreti Delegati, gli Organi Collegiali, il Consiglio di Circolo e di Istituto. E il Distretto! Mi sono quasi sempre confrontato con donne. Professoresse, dirigenti e altre cariche di rilievo. Adesso, il mio impegno nel volontariato, anche a livello regionale e nazionale, mi ha fatto scoprire una cosa bellissima: il Segretario Nazionale di Cittadinanzattiva è Teresa; il responsabile nazionale della sezione Scuola è Adriana; il responsabile nazionale dell'area "Giustizia per i diritti" è Mimma; il responsabile nazionale della rete del Tribunale per i Diritti del Malato è Francesca; il Segretario amministrativo è Rosanna; il coordinatore Risorse Umane è Vanessa; il responsabile della Comunicazione è Anna Lisa e poi ci sono Nicoletta, Chiara, Barbara, Rachele, Aurora, Aurora (2), Antonella, Elisabetta; Daniela, Giuliana, Maria Luisa, Cinzia, Loredana, Roberta, Giulia, Carla, Maria Teresa, Valeria, Sabrina, Vanessa (2), Michela, Maria, Tina, Isabella, Liliana, Tiziana, Laura, Arianna, Maria Valeria, Melody, Charlotte, Adele. Sono tutte brave e sanno affrontare molto bene le responsabilità loro assegnate. Naturalmente per non essere troppo di parte ometto l'elenco delle segretarie regionali e delle "semplici" (ma indispensabili) volontarie presenti tra gli 80.000 iscritti a Cittadinanzattiva. Insomma, io continuo a credere che un mondo migliore sia possibile ma penso che si debba costruirlo tutti insieme, uomini e donne, sennò che mondo migliore è? Per far questo, il nostro movimento da alcuni anni ha prodotto il manifesto "Per Una Nuova Classe Dirigente", per cambiare dalle fondamenta il modo di far politica, dove prevalga l'interesse generale su quello dei gruppi di potere politico-economico. Permettetemi un appello in chiusura. Questa volta però mi rivolgo non ai lettori di NES, ma alle organizzazioni partitiche e lo faccio con estrema modestia e franchezza: almeno sulla pari dignità e le pari opportunità, prendete esempio dalla società civile.

http://www.cittadinanzattiva.com

**Presidente Regionale Cittadinanzattiva*
Tribunale per i Diritti del Malato

di **Leonardo Padrin***

UN NUOVO OSPEDALE *anche a Chioggia*

La rete degli ospedali per acuti del Veneto si arricchirà presto di una nuova struttura: si tratta del nuovo ospedale di Chioggia che sostituirà quello esistente ormai datato e collocato in una posizione che non permette un adeguamento ai più moderni criteri di organizzazione e gestione sanitaria.

Dopo il completamento dell'ospedale di Castelfranco Veneto, la realizzazione in soli quattro anni dell'ospedale "Dell'Angelo" di Mestre, la posa della prima pietra dell'ormai appaltato ospedale unico di Santorso in sostituzione dei due di Thiene e di Schio, l'approvazione da parte del Nucleo di Valutazione Regionale del nuovo ospedale della Bassa Padovana (in sostituzione di quelli di Este e Monselice) e lo studio di PATAVIUM, il nuovo ospedale di Padova destinato a sostituire il Policlinico in un nuovo sito, con Chioggia si va sostanzialmente a completare la rete degli ospedali per acuti del Veneto.

Si tratta di un primato per la nostra Regione che può così offrire ai suoi cittadini tutte strutture ospedaliere d'avanguardia ed in grado di ospitare la più moderna tecnologia diagnostica e di affrontare i più complessi interventi chirurgici. Un ruolo importante nei nuovi ospedali lo avrà anche la didattica perché sarà il campo di formazione dei nuovi medici che potranno usufruire della consulenza e della collaborazione dei migliori docenti universitari. ■

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

NES
NORD EST SANITÀ

Anno 1, numero 4

Direttore editoriale
Giuseppe Caraccio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Periodicità
Trimestrale

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

Tiratura
41.000 copie

Chiuso in redazione
il 1 dicembre 2008

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2008

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

di **Alberto Salmaso**

IL LAVORO SI CONFRONTA *sempre di più con la sicurezza e l'ambiente*

Nicoletta Bellon: "La sicurezza è un bene prezioso, ad ogni imprenditore confezioniamo un pacchetto ad hoc"

Non poteva che essere un imprenditore colui, anzi, in questo caso colei che, dall'aprile del 2006, è alla guida dell'area "Sicurezza e Ambiente" dell'UPA di Padova. Solo un altro imprenditore può infatti capire e quindi riuscire a far capire anche agli altri suoi colleghi, quanto è importante la sicurezza nell'ambito del lavoro. Alle spalle, Nicoletta Bellon, ha ben vent'anni di esperienza nel mondo del lavoro imprenditoriale. Esperienza che le ha permesso di toccare con mano tutte le sfaccettature e problematiche che ruotano attorno ad un'azienda, al suo datore di lavoro e, naturalmente, ai suoi dipendenti e collaboratori. Ma per ottenere buoni risultati serve collaborazione e sinergia tra tutti gli attori coinvolti, in questo caso: l'associazione artigiani, cioè l'UPA, gli associati, ovvero le imprese, e i medici del lavoro. ***L'associazione UPA*** *si preoccupa di supportare le imprese con corsi formativi e informativi sulla sicurezza. Offre pacchetti di servizi sempre innovativi e al passo con le esigenze che, di volta in volta, si manifestano nel mondo imprenditoriale. Un esempio sono gli incontri che, durante l'autunno, ha promosso per spiegare a tutti i suoi associati, i punti saldi del Testo Unico sulla sicurezza. Ha la capacità pure di semplificare la "vita" dei datori di lavoro, garantendo un utile strumento di sostegno per adempiere agli aspetti burocratici. Pile di documenti che devono essere correttamente compilati per non incappare malauguratamente in spiacevoli sanzioni.*

Dottoressa Bellon, esiste una sicurezza unica per tutte le realtà imprenditoriali e artigiane che rappresentate?

Direi di no. Le nostre imprese si differenziano molto tra loro. C'è l'orefice, l'edile, il marmorista, il trasportatore e il negozio di alimentari, tanto per fare alcuni esempi. Può immaginare che gli ambienti dove ciascuno di loro è occupato sono diversi, come le strumentazioni o i macchinari che utilizzano. Noi forniamo un pacchetto sicurezza "ad hoc", che risponde a ciascuna esigenza. In un certo senso lavoriamo come i sarti quando preparano un abito e te lo cuciscono, per così dire, addosso. La sicurezza dell'alimentari sarà diversa certamente da quella del marmorista.

Qual è il messaggio che cercate di infondere nelle imprese quando parlate di sicurezza?

Che la sicurezza è un bene prezioso. Cerchiamo di sensibilizzare il datore di lavoro sulla sorveglianza. Perché non è sufficiente che i suoi dipendenti abbiano a disposizione tutti gli strumenti per proteggersi. Penso al mondo edile e vedo il casco o le scarpe adatte. Poi c'è la realtà della falegnameria e vedo la mascherina per non inalare gas nocivi o le cuffie per salvarsi le orecchie dai rumori troppo forti. Il datore di lavoro deve anche e soprattutto effettuare un'attività di sorveglianza. Deve cioè osservare se il suo dipendente li utilizza questi strumenti di prevenzione.

Come procede quindi il vostro lavoro di sensibilizzazione?

Direi piuttosto bene, soprattutto se l'imprenditore è giovane. Negli artigiani di una certa età è difficile far cambiare abitudini e modo di lavorare. Alcuni di loro ti liquidano dicendoti: "ma se ho sempre fatto così, perché dovrei cambiare?"

E allora?

Allora non ci arrendiamo. Del resto, se i dati degli Spisal confermano che sono diminuiti gli infortuni sul lavoro significa che, anche la prevenzione e la sensibilizzazione che fanno strutture come la nostra, hanno un peso. Quando l'azienda è informata e opportunamente formata è difficile che abbia problemi di sicurezza. Non ci sarà nemmeno un 1% di possibilità che succedano incidenti per una qualche disattenzione.

La responsabile dell'area "Sicurezza e Ambiente" del'UPA, Nicoletta Bellon

Voi informate e formate, poi ci sono i medici del lavoro che fanno i sopralluoghi. Altro step importante a garanzia della sicurezza.

*Certamente. Il medico del lavoro è un collaboratore prezioso. Il suo ruolo non solo è fondamentale ma, in questo processo di tutela della sicurezza nell'azienda, è necessario. Non a caso, da ben quattro anni, abbiamo una convenzione con l'****Arcella Analisi Mediche di Padova*** *che fornisce ai nostri associati una squadra qualificata e professionale per quanto riguarda la medicina del lavoro. Un altro servizio che viene gradito molto dagli artigiani. Del resto, prima che stipulassimo questa collaborazione con l'Arcella, ogni azienda era un po' abbandonata a se stessa nella ricerca del medico. Ora invece ha un punto fermo di riferimento che agevola l'efficacia e l'efficienza del percorso della sicurezza.*

E la sicurezza, lei mi insegna, ha a che fare anche con l'ambiente…

È innegabile che qualsiasi lavoro abbia un impatto sull'ambiente. Le aziende devono quindi confrontarsi con la sicurezza, ma anche con l'ambiente. Pensiamo alle emissioni di gas nell'atmosfera e ai rifiuti. Proprio per questi ultimi abbiamo recentemente attivato un nuovo servizio che si chiama Net-Ambiente, grazie al quale le imprese non devono più impazzire con carte e cartine per lo smaltimento dei rifiuti. Ci pensiamo noi a tenere i registri ed evadere i documenti che vengono richiesti.

A questo punto sorge spontanea un'altra domanda: consiglierebbe ad un giovane di intraprendere l'attività di imprenditore?

Se me lo avesse chiesto tempo fa, non avrei temporeggiato. Le avrei detto sì, spinta da entusiasmo e grandi speranze. In questo momento storico che stiamo vivendo tutti sulla nostra pelle bisogna essere cauti. Pertanto, in attesa di rivederci in tempi migliori, direi ai giovani di entrare in questo settore solo se spinti da tanto coraggio. A tutti loro auguro un grande "in bocca al lupo". ■

Scrivi al direttore: ines.brentan@gmail.com

Caro lettore, come ti avevo annunciato la volta scorsa, su NES si è aperta una finestra diretta con te, una nuova pagina su cui puoi condividere le tue esperienze con altri cittadini che leggeranno la rivista. Scrivici, quindi. Raccontaci di te, mandaci le tue opinioni. Desideriamo che questa pagina diventi uno strumento di stimolo anche per noi che lo scriviamo questo giornale: dacci degli spunti. Da parta nostra ti possiamo assicurare che nessuna lettera verrà accantonata. Ti aspetto.

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

MAI ARRENDERSI

All'età di settantatré anni, mentre mi trovavo sotto la doccia, fui colpito da un grave ictus emorraggico occorso nella zona talamica dell'emisfero sinistro del cervello. Dopo quaranta giorni di ricovero nella Divisione di Lungodegenza dell'Azienda Ospedaliera di Conselve (Padova), il mio stato di salute era caratterizzato da una marcata disabilità funzionale con grave emiplegia flaccida destra associata ad afasia motoria e ad un discreto deficit di comprensione. Fui dimesso dall'ospedale in carrozzina, incapace di compiere gli atti più semplici della vita quotidiana come portarsi un bicchiere alla bocca per bere. Non riuscivo a controllare la parte destra del mio corpo, a mantenere la postura e a parlare in modo fluente e comprensibile. Ero iporeattivo, totalmente disorientato nello spazio e nel tempo ma cognitivamente abbastanza sveglio da essere pienamente cosciente di quello che mi stava accadendo. Iniziai il mio percorso riabilitativo senza ottenere alcun risultato e dopo qualche ciclo di trattamento presso l'Ulss di Vigonza mi fu sconsigliato di insistere con la rieducazione perchè la gravità della mia condizione non lasciava alcuna speranza di miglioramento. Oggi, a distanza di quattro anni dalla diagnosi, riesco a mangiare da solo e a parlare con i miei cari, comprendendone i discorsi e condividendo la gioia della loro compagnia. Ogni giorno leggo il giornale, accompagno mia moglie a fare la spesa e riesco perfino ad alzarmi dalla carrozzina e a compiere brevi tragitti con l'aiuto del treppiede. Ho recuperato una discreta funzionalità della mano destra, per lungo tempo rimasta adagiata e inerte sul mio grembo, e sono persino in grado di rimanere da solo a casa per brevi periodi di tempo, anche se la mia dolce metà non mi lascia mai. Quattro anni fa pensavo che la mia vita fosse finita, oggi sono un uomo nuovo, presente a se stesso e agli altri, vivo felice di esserlo. Voglio ringraziare tutti coloro che mi hanno aiutato con professionalità ad uscire da quel tunnel e a migliorare la mia vita.

Ermanno Sarti
Vigonza

di **Giuliano Gargano**

MERCATINI DI NATALE, *appuntamenti in tutte le città del Veneto*

Dalle Alpi alla Laguna, la regione si riempie di stand e regali

dicembre, tempo di Natale e di mercatini tradizionali. La montagna e la pianura veneta offrono scorci indimenticabili per ospitare i tradizionali banchetti delle feste. Cominciando la nostra rassegna proprio dalle pendici alpine, non si può non citare quello di Belluno, in Piazza dei Martiri (dal 5 al 24 dicembre): 22 stand allestiti nella piazza pricipale del centro storico, con tante idee per il Natale, addobbi natalizi, oggetti di artigianato in lana e in legno e gustose specialità gastronomiche regionali e locali. Si estende per una settimana in più quello di Cortina d'Ampezzo (dal 5 12 fino al giorno di San Silvestro, il 31 dicembre), lungo il frequentatissimo Corso Italia. Ad Asiago, nel vicentino, tornano i "Giardini di Natale", dal 20 dicembre fino all'Epifania. Stesso nome per i banchetti allestiti in città, ai Giardini Salvi, dal 29 novembre fino alla vigilia di Natale (dal lunedì al sabato dalle 15 alle 20, la domenica dalle 10 alle 20). A Verona le proposte non si contano: in piazza Isolo c'è il mercatino di Natale dal 15 al 23 dicembre (tutti i giorni, dalle 10 alle 20); in piazza Brà e in via Roma banchetti dal 10 al 24 dicembre. Sempre in piazza Brà ci sono i tradizionali "bancheti de Santa Lussia" (dal 10 al 13 dicembre, giorno in cui si festeggia la santa).
Più di un mese di appuntamenti a Bassano del Grappa, dove la decima edizione del "Mercatino di Natale" va avanti dal 23 novembre al 24 dicembre (tutti giorni dalle 10 alle 19.30, esclusi i lunedì mattina). A Venezia vanno segnalati in particolar modo "Natale in Laguna", organizzato dalla Confartigianato di Venezia in Campo Santo Stefano (le date sono ancora da definire). Come l'anno scorso, previsti banchetti, musica e concerti. Date da definire anche per il "Natale di Vetro" che si svolgerà a Murano. Più di un mese di festeggiamenti, con animazione e spettacoli nelle piazze e nelle vie del centro, con lo spettacolo pirotecnico del 31 dicembre in Prato della Valle e il falò della befana del 6 gennaio a Padova, grazie a Notti di Stelle.
Tanti auguri di buon Natale a tutti!

LA SACRA FAMIGLIA, IL BUE E L'ASINELLO: *è tempo di presepi*

Viventi, tradizionali, artistici od artigianali: non c'è limite alla fantasia per i presepi che allietano le case, le piazze e le parrocchie delle nostre città. Gli elementi sono quelli della tradizione religiosa: il bue, l'asinello e la Sacra Famiglia, con il contorno dei pastori e l'avvento dei Re Magi. Ma le modalità di realizzazione sono le più varie. Tra i più innovativi va sicuramente segnalata la manifestazione nata sette anni fa a Jesolo, nel veneziano: si chiama "Sand Nativity – presepe di sabbia": i migliori scultori di sabbia del mondo si ritrovano per realizzare monumentali presepi, attirando visitatori da tutto il Veneto. Quest'anno la manifestazione si svolge in Piazza Marconi, al Lido di Jesolo, dal 7 dicembre al 18 gennaio 2009 (ingresso libero). Nella chiesa arcipretale di Fossò, sempre nel veneziano, viene allestito il tradizionale presepe scenografico, a cura del Gruppo Presepio Fossò. Occupa una superficie di circa 30 mq, in stile popolare con ambientazione montana, statue in legno vestite, ciclo alba-giorno-tramonto-notte, cascata e mulino. A Verona si svolge la «Mostra Internazionale del Presepio Tradizionale ed Artistico», che si estende su uno spazio espositivo di circa 400 mq ed ospita 90 presepi divisi in quattro categorie: Storico-Tradizionale, Artistico, Originalità, Diorami. La Rassegna è collegata al concorso presepistico internazionale. Informazioni si possono trovare sul sito HYPERLINK "http://www.presepiverona.it" www.presepiverona.it. Nella Marca trevigiana vale la pena di segnalare almeno due iniziative: la mostra di presepi in miniatura a Treviso, dal 24 dicembre al 6 gennaio 2009. In provincia invece merita una visita la rassegna di presepi di Refrontolo, che va avanti dal 7 dicembre fino ad addirittura il 29 gennaio 2009. Passiamo a Vicenza, per la precisione a Bassano del Grappa: nella chiesetta dell'Angelo si tiene la Mostra di presepi. Fatte di svariati materiali e da molti artisti queste opere sono in mostra dal martedì alla domenica, dalle 15 alle 19, fino al 6 gennaio. L'ingresso è libero. Passiamo infine al rodigino: Organizzata dalla Caritas Interparrocchiale Trecenta - Sariano, con il patrocinio del Comune di Trecenta e la collaborazione di numerose associazioni sportive, culturali e di volontariato del paese, l'esposizione "Presepi nel mondo" è giunta alla seconda edizione. I suggestivi sotterranei di Palazzo Pepoli, piacevolmente riscaldati, sono il magico contenitore di un'esposizione di piccoli e grandi presepi provenienti da Italia, Europa, Africa, America Latina e Medio Oriente (dal 6 dicembre al 18 gennaio 2009). ■

LE IMMAGINI *della fantasia*

Le fiabe dei ghiacci, alla XXVI Mostra Internazionale dell'Illustrazione per l'Infanzia di Sarmede

Non siamo cretini, siamo bambini. I bambini non vogliono ascoltare nelle fiabe frasi che loro non usano. I piccoli non infarciscono il loro linguaggio di vezzeggiativi, diminutivi, parole sdolcinate. I bambini vogliono che un testo per loro affronti tematiche forti, in modo semplice, con gioco, con ironia. Non vogliono che gli si raccontino le solite banalità". Difende con determinazione, la dignità del bambino come persona, Luigi Dal Cin, un ingegnere che alle progettazioni matematiche ha preferito i racconti per l'infanzia. È lui il curatore della sezione speciale, della ventiseiesima edizione della Mostra di Illustrazioni per l'Infanzia di Sarmede, in provincia di Treviso. Ha scelto lui le fiabe da cui i migliori illustratori hanno tratto le immagini più affascinanti dei canti dei ghiacci, della sognante tradizione fiabesca dei popoli artici. Fiabe in cui l'uomo è in armonia con l'ambiente. Un'antica leggenda lappone racconta che lo scricchiolio continuo proveniente dai ghiacci, nelle lunghe notti artiche, altro non sia che il Grande Vecchio dall'aspetto del tricheco, che si rigira nel suo giaciglio millenario. I canti dei ghiacci, però si sono trasformati in grida d'aiuto. Sulla immacolata massa bianca si scor-

LE IMMAGINI *della fantasia*

gono le ferite dello scempio umano sulla natura. "Le fiabe, sia quelle dell'800, che quelle contemporanee, sia quelle artiche che quelle africane hanno tutte una funzione di rassicurazione. Prendiamo l'impianto classico di una fiaba: ci sono tre fratelli, il più piccolo è il meno fortunato, però lui ha coraggio e fiducia nelle persone, sarà lui che salverà i fratelli. Le fiabe insegnano ai bambini che un giorno da grandi potranno compiere azioni coraggiose ed eroiche. Potranno ottenere risultati grandiosi. La fiaba deve essere a lieto fine. È la struttura narrativa necessaria tra adulto e bambino. Ho scelto – continua Dal Cin - le fiabe artiche per i modi di fare, le abitudini, gli ambienti, la confidenza che questi popoli hanno con gli animali. I desideri dell'uomo sono però uguali in tutto il mondo. La vera distinzione tra letteratura per l'infanzia e ciò che sembra letteratura per l'infanzia - conclude Dal Cin - è quando si scrive dando dignità al bambino nella sua dimensione di bambino. Solo così può capitare, che quando incontri un bambino che ha letto un tuo libro, senti il cuore battere forte di emozione."

di **Antonella Prigioni**

IL GIARDINO *dei giusti*

"Si può dire di no". I Giusti dissero no ai genocidi. E Padova celebra questi uomini

Una casa comune per tutti i Giusti. Un giardino in omaggio a tutti coloro che, nel XXesimo secolo, si opposero ai genocidi. Padova, dal 5 ottobre, ha il Giardino dei Giusti del Mondo. C'è un albero per ogni Giusto. La pianta è segno della vita che si genera, è la vittoria sulla distruzione ed i massacri. Intorno agli alberi sorge la scultura architettura di Elio Armano. Sorgono gli obelischi di Elio Armano. "L'idea del Giardino parte dall'amministrazione precedente, presieduta dal sindaco Giustina Destro. E' un'iniziativa di Giuliano Pisani. Quattro anni fa, l'attuale sindaco Flavio Zanonato, mi ha chiesto in modo informale di pensare un progetto per l'area antistante al Tempio dell'Internato Ignoto. Mi sono confrontato - racconta, come un fiume in piena che tradisce la soddisfazione di aver firmato quello che diventerà luogo simbolo della città, Elio Armano - con gli attori di questo progetto: la comunità israelitica padovana e gli armeni. Mi sono misurato con il luogo ed ho ipotizzato un giardino con una scultura architettura con un elemento centrale. Ho pensato ad un grande, lungo, alto, muro scuro, un filo proiettato sull'area verde. Un muro che simboleggia le grandi tragedie del Novecento, l'intolleranza, la prevaricazione. Un muro che accompagna il percorso dal piazzale alla scala, attraverso la quale si accede alla parte sopraelevata. Lì dove sono stati piantati gli alberi, uno diverso dall'altro, ciascuno per ogni Giusto. Per ora, sono dieci. Specularmene alla chiesa c'è una grande nicchia in cemento armato ed acciaio, all'interno otto grandi obelischi, nessuno in asse, sconvolti, metafora dei Giusti, metafora dei valori, che nonostante i venti drammatici del Novecento, restano in piedi. Alti da sei ad otto metri, gli obelischi pesano decine di quintali. Escono dal prato, sono elementi vivi ed io

sogno che intorno ci giochino i bambini. Il giardino deve essere un luogo della memoria dei valori, della vita, non uno spazio lugubre". La scelta dei primi dieci Giusti è stata operata da un comitato scientifico permanente. "Io ho deciso la scritta sul muro: una frase di Anne Harold "Si può sempre dire di no." I Giusti si sono ribellati. Sono davvero soddisfatto di quest'opera. E' un'immagine inusitata che si sedimenterà nella mente. Gli obelischi sono un prolungamento monumentale dei miei stilemi scultorei". La firma di Elio Armano rimarrà impressa a Padova anche per un'altra opera: il segno contemporaneo, in pietra bianca di Vicenza, di Andrea Palladio. Il 30 novembre, data di nascita dell'architetto cinquecentesco, in Borgo della Paglia, dove nacque e visse fino a 13 anni, è stato inaugurato il grande monolite forato che sovrasta e si innesta sul vecchio muro, che separa il Medoacus dalla fine della città. Un segno contemporaneo, un simbolo di un'arte dinamica. "Se mi danno una leva, riempio il mondo", assicura Armano. ■

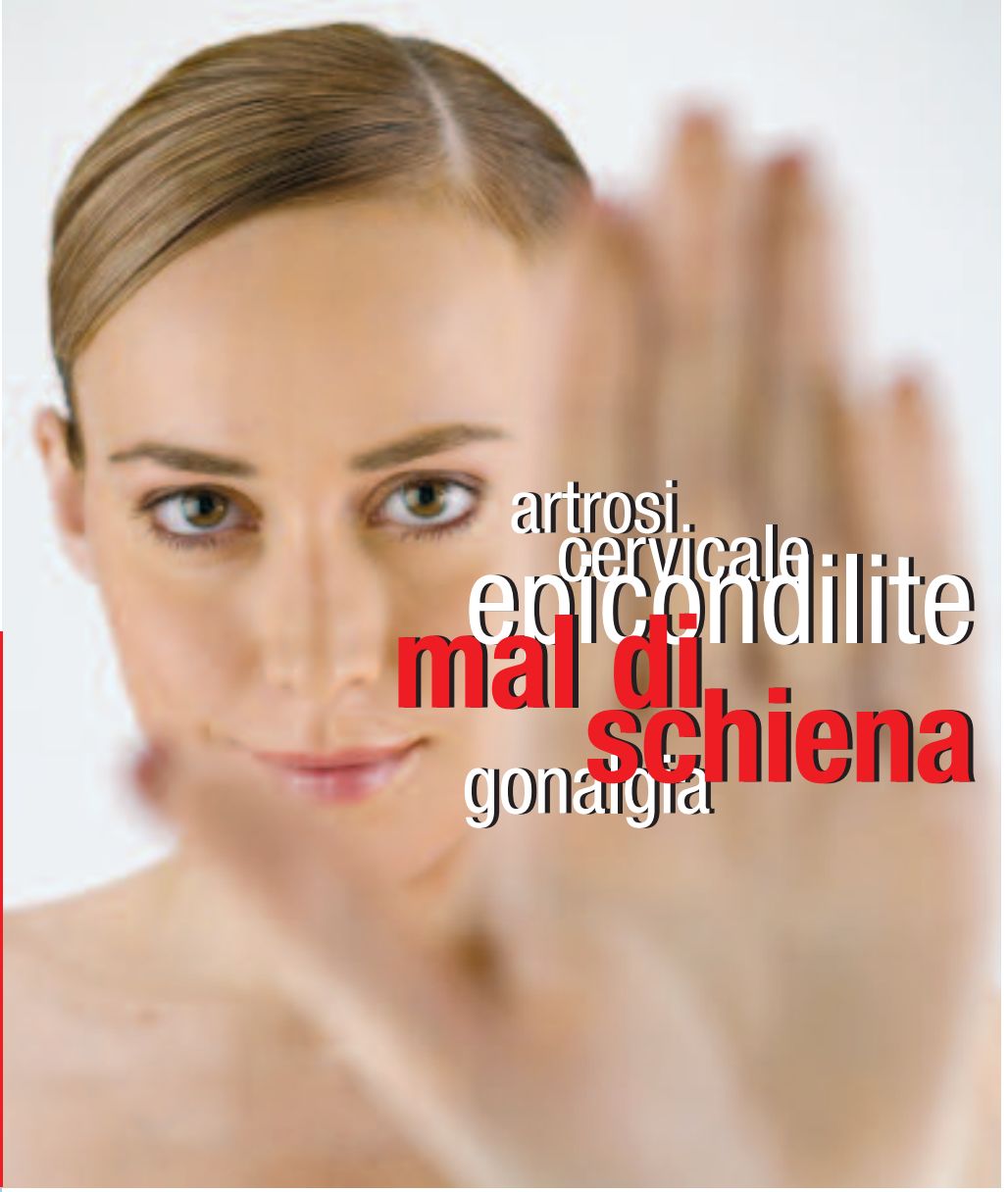
In tutta Italia, Centri Specializzati **Hilterapia®** risposte concrete per i dolori a muscoli, tendini e articolazioni.

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

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

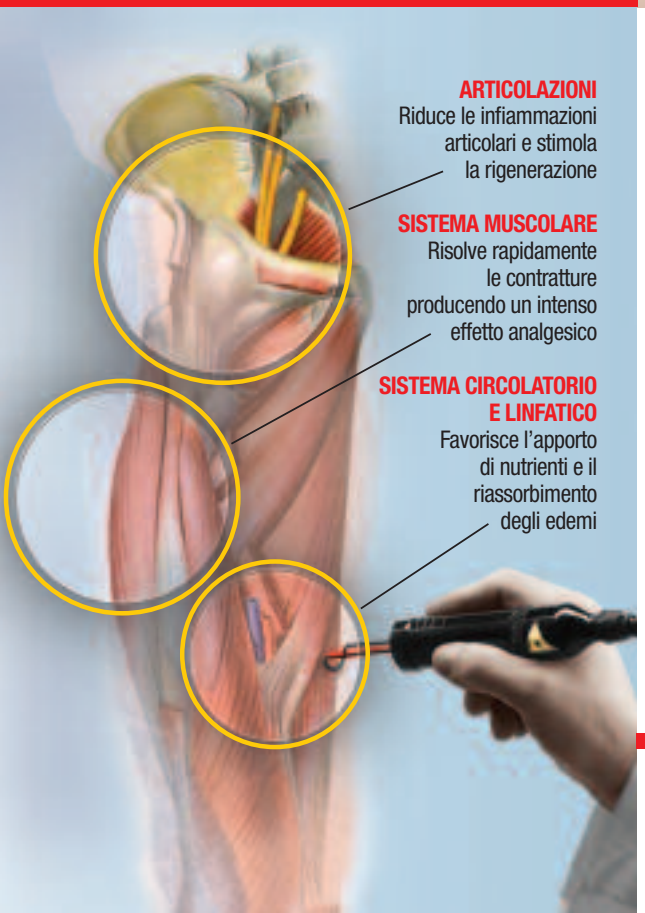
PURA VITA CLINIQUE
REGGIO CALABRIA
CASA DI CURA VILLA SALUS SPA
MUSARELLA DR. GIUSEPPE
RIMINI
CENTRO ATTIVITÀ FISICA SAULLE
VASI DR. MAURIZIO
ROMA
A.I.R.R.I.
ASKLEPION SRL
CASA DI CURA VILLA STUART
FISIO 3 STUDIO ASS.TO PIEROBON -
SIMONELLI - PROCARIO
FISIO POINT
FISIOARTE DI CARDONI MONICA
FISIOMED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

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



Hilterapia®

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



Hilterapia®, chiedila nei centri specializzati

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

www.hilterapia.it

ASA Energy for health

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