PROMOZIONE SALUTE
Notiziario del CIPES Centro d'Iniziativa per la Promozione della Salute
Anno 23/n. 2
aprile/giugno 2017

«Promozione salute»: work in progress

I nostri lettori sanno che senza innovare si conserva quanto esiste, ma non si va avanti.

Lo sanno perché, come addetti ai lavori, esperti, o, semplicemente, cittadini interessati, seguono l'evolvere dell'approccio alla salute, le nuove ricerche, il progresso tecnologico, le reti dedicate ad un benessere sempre più basato non solo sulla "buona sanità", ma su tutti i determinanti di salute che ci fanno nascere, crescere, vivere ed invecchiare meglio di una volta.

Nel nostro piccolo, siamo consapevoli del fatto che cambiare, accogliendo i mutamenti della società, è vivere e crescere: vi preghiamo di accogliere queste modifiche nello spirito di un miglioramento che vuole coinvolgere tutti e rinnovare l'attenzione e la partecipazione al CIPES e alle sue attività: la partecipazione è la nostra forza.

Chiediamo, quindi, il contributo dei lettori per impegnarci di più ed ottenere quei risultati che riteniamo necessari ad una vita più sana e più felice. Molti passi avanti sono stati fatti in questi venticinque anni di impegno e cercare di arricchire il dibattito ci serve come l'aria per respirare.

Il giornale sarà un elemento vivo che risponderà ai lettori (a proposito: aspettiamo vostri commenti e suggerimenti) e accoglierà tutte le modifiche necessarie per essere uno strumento di lavoro comune tra loro ed il CIPES.

Se c'è ancora qualcosa che non va, abbiate pazienza e segnalatecelo perché .... stiamo lavorando per voi.

Solo mancate verità?

Quasi all'improvviso e con un impeto sorprendente si è aperta la caccia alle "bufale" che quotidianamente su internet, e più in generale sui mass media, vengono elaborate o appositamente o per ignoranza o ancora per stupidità.

In realtà le "bufale" (ovvero "fake" come si dice oggi) circolano da sempre.

Alcune sono innocue: fino a che età avete creduto che si potessero catturare i passerotti mettendo loro il sale sulla coda?

Altre hanno effetti drammatici: Saddam Hussein non aveva depositi di armi di distruzione di massa e sapete cosa è successo.

Altre ancora le leggiamo sotto forma di ... oroscopi anche nei giornali che fanno del laicismo la loro bandiera.

E che dire della pubblicità televisiva dei gratta e vinci che ti dice *"Ti piace vincere facile?"*.

Una sorta di santa alleanza vede impegnati Facebook, Wikipedia, Mozilla, Google e svariati altri soggetti nella ricerca di programmi che ci dovrebbero garantire che una notizia è vera.

Ma saranno loro a dirci quello che è vero e quello che è falso?

Loro che spiano la nostra posta elettronica, le nostre navigazioni su internet per trarne il maggior profitto possibile? Non credo proprio.

Siamo noi, ognuno di noi, a dover esercitare sempre e in ogni circostanza la virtù del dubbio rispetto alle notizie che leggiamo; ma non semplicemente standocene passivi a mugugnare, come ha scritto Bertold Brecht (anche se pare non andare più di moda) nella sua *Lode del dubbio*:

Certo, se il dubbio lodate
non lodate però
quel dubbio che è disperazione!
Che giova poter dubitare, a colui
che non riesce a decidersi!
Può sbagliare ad agire
chi di motivi troppo scarsi si contenta!
Ma inattivo rimane nel pericolo
chi di troppi ha bisogno.

Claudio Mellana

I nostri "no" e i nostri "sì"

Una riflessione su luci e ombre del SSN oggi.

Nerina Dirindin*

Il Servizio sanitario italiano, fra i più efficienti e fra i meno costosi nel mondo, sta progressivamente indebolendosi, come sanno molti cittadini sulla base delle loro esperienze. E' un processo ineluttabile o è possibile invertire questa deriva? Ne parla N. Dirindin, presidente del CIPES e membro della Commissione Sanità del Senato.

La salute è un bene fondamentale per ognuno di noi e per l'intera collettività. Lo afferma l'articolo 32 della Costituzione, lo sanno bene le donne e gli uomini che sanno di poter contare, in caso di bisogno, su un sistema in grado di prendersi cura della loro salute senza costringerli a fare i conti con i magri bilanci familiari.

Da quasi 40 anni, il nostro Paese si è dotato di un sistema sanitario che tutti riconoscono (salvo qualche fazioso detrattore) poco costoso (oltre 2 punti di Pil in meno di Francia e Germania), alquanto efficace (siamo ai primi posti in Europa quanto a morti potenzialmente evitabili attraverso interventi sanitari tempestivi e appropriati) e relativamente equo (l'accesso ai servizi è indipendente dalla condizione economica e sociale del singolo).

Tali risultati non ci devono tuttavia indurre a pensare che il Servizio sanitario nazionale sia un patrimonio acquisito per sempre, né tanto meno che sia privo di debolezze: esso va continuamente salvaguardato e rinnovato. L'impegno attuale è evitare che la crisi economica e il declino culturale in atto continuino a mettere a dura prova il nostro sistema, attraverso revisioni e ridimensionamenti che vanno oltre il pur necessario contenimento delle inefficienze e il doveroso contributo alla finanza pubblica. Per quanto grave, la crisi non può diventare la giustificazione di un rovesciamento dei principi, non può essere utilizzata per smantellare il nostro Servizio sanitario nazionale.

E invece, ormai da parecchi anni, la sanità pubblica si sta indebolendo. Le esperienze di troppe persone ce lo confermano: le procedure di accesso ai servizi sono sempre più complicate, i ticket sono più elevati del prezzo delle prestazioni, i tempi di attesa sono talvolta incompatibili con il bisogno di accertare rapidamente un sospetto diagnostico, molte donne faticano a trovare nel consultorio familiare l'aiuto di cui avrebbero bisogno, la qualità della vita delle persone non autosufficienti è condizionata dalle difficoltà di bilancio delle aziende sanitarie e degli enti locali, i bambini con diabete faticano a frequentare la scuola senza mettere a rischio la continuità dei trattamenti di cui hanno bisogno. E la recente scelta di assicurare i nuovi farmaci per l'epatite C solo ai malati più gravi costituisce un pericoloso precedente di selezione delle persone cui vengono garantite terapie efficaci.

Di fronte a tali difficoltà, non dobbiamo rassegnarci: il nostro sistema di welfare non può essere accantonato per lasciare spazio alle logiche del profitto.

Per questo, dobbiamo dire a voce alta NO:

- al superamento implicito dell'universalismo, perché costerebbe molto di più e ridurrebbe le tutele ai più deboli, e a ogni forma di riduzione dei diritti, a partire dalle scelte che rendono paradossalmente più costoso il ricorso alle strutture pubbliche rispetto a quelle private;
- alle diseguaglianze nell'accesso ai servizi e nella qualità delle cure, perché esse sono destinate a ricadere sempre sui più deboli, mentre possono essere almeno in parte evitate;
- all'impiego di lavoro precario e sottopagato all'interno della sanità pubblica, nei servizi esternalizzati o nelle strutture accreditate, perché la tutela del lavoro deve essere assicurata in primo luogo dalla Pubblica Amministrazione;
- alla cultura insolente e strumentale di chi assume che tutti i dipendenti pubblici, compresi quelli della snaità, siano improduttivi, imbroglioni e corrotti, generalizzando un giudizio che dovrebbe invece essere riservato ai pochi che si macchiano di gravi illeciti;
- al disinteresse per la strategia europea "la salute in tutte le politiche", perché la subordinazione della salute agli interessi economici o settoriali (dall'industria alimentare ai trasporti, dall'ambiente e al gioco d'azzardo) inci-

dono pesantemente sullo stato di salute della popolazione.

E al contempo dobbiamo dire Si a:

- il riconoscimento del valore (non solo economico) del lavoro di cura svolto da centinaia di migliaia di professionisti, spesso mortificati da condizioni di lavoro demotivanti, intervenendo sull'organizzazione del lavoro, le competenze e le relazioni fra professionisti e favorendo il recupero del senso di appartenenza degli operatori della sanità;
- l'impegno per un nuovo rapporto di fiducia fra cittadini, professionisti, sistema sanitario e medicina, basato su competenze tecniche riconosciute, capacità relazionali, valutazioni indipendenti e immuni da logiche puramente economiche;
- il recupero del merito in tutte le scelte che riguardano i vertici e i responsabili della sanità pubblica (professionisti e manager, a livello nazionale, regionale e locali), anche superando logiche di fedeltà, familismo e autorefenzialità;
- una politica del farmaco che garantisca l'innovazione a prezzi ragionevoli a tutti coloro che ne possono trarre reale beneficio e che promuova la concorrenza ovunque possibile;
- il sostegno alla domiciliarità, e non solo alle cure domiciliari, evitando ogni forma di istituzionalizzazione, perché il ricovero in strutture residenziali mortifica le capacità residue delle persone fragili, peggiora la qualità della loro vita e comporta costi molto elevati;
- il rafforzamento di politiche integrate per la salute mentale, perché la crisi economica aumenta i disturbi mentali e trascina le persone verso condizioni di malessere sempre più difficili da contrastare;
- una accelerazione/revisione dei processi di informatizzazione, troppo spesso avviati a costi elevati, con tempi eccessivi e risultati parziali, con l'obiettivo di semplificare l'accesso ai servizi e garantire trasparenza;
- un piano di investimenti per l'ammodernamento strutturale e tecnologico della sanità pubblica, perché la qualità e la sicurezza dei luoghi delle cure sono componenti fondamentali dell'assistenza nonché segno del valore attribuito dalla collettività ai beni pubblici;
- investimenti finanziati con risorse pubbliche, per evitare complessi e costosi progetti di finanza privata destinati a condizionare per decenni non solo il costo ma anche il funzionamento dei servizi.

Noi del CIPES la vediamo così.

**Presidente del CIPES*

Morire liberi

Le direttive anticipate di trattamento: quale contesto?

Marina Sozzi*

In questi giorni il Parlamento sta discutendo sul tema delle disposizioni anticipate di trattamento fra mille distinguo e ambiguità. Siamo sicuri che i termini della questione siano del tutto chiari? Per rispondere alla domanda, in questo articolo e nel seguente, abbiamo affrontato la questione con Marina Sozzi e Luca Savarino, persone particolarmente competenti nel merito.

Oggi le direttive anticipate di trattamento, ossia la possibilità di stabilire in anticipo le cure cui vorremmo o meno essere sottoposti nel caso in cui dovessimo trovarci in stato di incoscienza o di impossibilità di decidere, costituiscono un tema spesso affrontato sul piano giuridico e/o filosofico. Tuttavia, se vogliamo comprendere a fondo il senso di questa opzione, che molti cittadini rivendicano, è opportuno non trascurare il contesto culturale nel quale stiamo ragionando sulle DAT. Nella nostra società è molto difficile parlare serenamente della propria morte e di quella dei propri cari: sulla malattia invalidante e sulla morte, la cultura occidentale induce alla negazione, e produce poca elaborazione, poca riflessione, poca proposta. La filosofia delle cure palliative è l'unica eccezione: ma, da un lato, nonostante la legge 38 del 2010, è ben lontana dal coinvolgere tutti i cittadini (e molti ignorano anche il significato della parola "cure palliative"); dall'altro lato, la sistematizzazione delle cure palliative all'interno del Sistema Sanitario Nazionale espone il pensiero che le ha create a un rischio: diventare una branca della biomedicina, perdere quella forza critica che aveva evidenziato la difficile relazione con la mortalità che abita la medicina contemporanea.

Questo contesto, se trascurato, ci impedisce di capire, ad esempio, come mai in Spagna (e in molti altri paesi occidentali) ci sia una legge sulle DAT già dal 2008, ma una percentuale di cittadini che testano inferiore all'1%. E - se è senz'altro vero che un diritto resta tale indipendentemente dal numero di persone che lo esercitano - dobbiamo conoscere queste percentuali quando ragioniamo su una legge da approvare in Italia.

Cosa non funziona nella proposta di redigere un testamento biologico? Perché i cittadini rivendicano a parole questo diritto nei sondaggi, ma poi quando la legge c'è non lasciano dichiarazioni anticipate? Se ci sta a cuore non solo la dimensione politica del problema, ma quella sociale, che riguarda le vite degli individui, non possiamo ignorare questo interrogativo.

Ora, le direttive anticipate si basano proprio sull'idea che sia possibile *anticipare*, cioè pensare ora (mentre stiamo bene, o relativamente bene) a ciò che potrebbe accaderci se dovessimo perdere la competenza sulla nostra vita e sulla nostra salute. Si tratta quindi di anticipare *emotivamente* un evento molto negativo, che incute paura. Fuggire il dolore e cercare il piacere è certo una tendenza propria dell'umano, che la cultura occidentale, narcisistica ed edonista, potenzia.

In una cultura come la nostra non è semplice portare gli individui a comprendere che una certa quantità di sofferenza esistenziale è ineliminabile dalla vita dell'uomo, e che l'accoglimento di tale dolore è più funzionale, per il benessere fisico e mentale, della fuga in dimensioni parallele, più o meno virtuali. Per lasciare le nostre direttive anticipate dobbiamo entrare in una sorta di *empatia* con noi stessi immaginandoci sofferenti, impotenti, in balia degli altri. Questo processo richiede una non trascurabile maturità, che pochi individui oggi raggiungono nel corso della loro esistenza.

Dobbiamo quindi rinunciare? Penso di no. Nonostante le difficoltà, tra i valori dell'occidente quello dell'autonomia di scelta dell'individuo sembra uno dei più avanzati, in grado di migliorare la vita delle persone: purché la rivendicazione dell'autonomia non si trasformi in cecità rispetto alla realtà del *legame tra gli uomini, dalla loro interdipendenza*, come talvolta accade quando si estremizzano i valori. Scelgo, cioè, *per il mio bene*, ma *con* chi mi ha amato.

Oggi chi si batte per le DAT ha

presenti due importanti questioni: 1) la medicina salva molte vite, ma imprigiona talvolta gli individui in un territorio intermedio tra la vita e la morte, che pone problemi inediti alla riflessione; 2) la nostra attesa di vita è aumentata in modo cospicuo, ma non è cresciuta parallelamente la nostra aspettativa di salute.

A queste considerazioni bisogna unire la consapevolezza che molta strada è da compiere affinché le DAT siano davvero un'opportunità per la popolazione del nostro paese, affinché tutti possano domani accedere al diritto di decidere sulla propria salute. Una strada che richiede anche investimenti in termini di formazione e divulgazione culturale, di crescita della consapevolezza dei cittadini: è evidente infatti che una legge, pur costituendo un passo avanti, non potrà bastare, come dimostra il caso della Spagna.

E' innanzitutto necessario modificare la formazione della nuova generazione di medici di medicina generale, che potrebbero essere i depositari del testamento biologico. L'impegno a raccogliere le DAT potrebbe far maturare una nuova consapevolezza nei medici di famiglia, rendendoli capaci di fare davvero il mestiere che oggi, nel nuovo sviluppo della biomedicina, è pensato come loro proprio: ricomporre i vari specialismi, restando aderenti al proprio paziente, che è una persona e non un insieme di organi da riparare. Persona con desideri, progetti, paure e limiti. Il medico dovrebbe essere formato sull'abc dell'intelligenza emotiva e dovrebbe raccogliere le direttive attivamente, cioè proponendole al suo paziente e invitandolo a parlarne e a condividere pensieri. Conosco le difficoltà di questa strada (tempo, preparazione del medico, numero di assistiti per ciascun medico, eccetera), ma è l'unica alternativa alla conservazione delle volontà nei Comuni, o in altri luoghi extrasanitari, col rischio che le DAT restino non solo disattese, ma neppure note a chi deve applicare il volere in esse espresso. Le DAT, qualora divulgate in molti luoghi e proposte dai medici ai pazienti, sarebbero un ottimo strumento per:

- permettere agli individui di tematizzare la propria fine, menzionare la possibilità che un evento avverso si verifichi nella loro vita (il che significa anche alzare la soglia della capacità di empatia con chi soffre);
- facilitare il discorso all'interno dei nuclei familiari;
- dare la possibilità a ciascuno di controllare il proprio declino in un contesto in cui, come si è detto sopra, l'allungamento della speranza di vita non ha accresciuto altrettanto l'aspettativa di salute;
- far maturare la classe medica rispetto alla propria illusione di onnipotenza.

Peraltro, l'aumento inquietante delle demenze senili (dovuto anche all'invecchiamento della popolazione) richiede che si espliciti che cosa si vorrebbe per sé nel caso in cui la malattia dovesse impadronirsi del nostro cervello, erodendo poco per volta la consapevolezza e le abilità, ma lasciando intatta la percezione delle emozioni, con tutto il disorientamento, la sofferenza, la depressione, la paura, che possono insorgere sentendosi venir meno le consuete competenze mentali. L'Alzheimer è un esempio importante per le DAT, perché non si tratta di una situazione (percentualmente poco probabile) in cui le logiche dell'urgenza prendono il sopravvento (il tentativo di rianimazione di un giovane, o dopo un incidente, quando il tempo a disposizione è così breve che nessun rianimatore potrebbe chiedersi qual era il desiderio del paziente, se non a posteriori), ma si tratta di una malattia che affetta un milione e duecentomila italiani, a progressione lenta. Nell'Alzheimer siamo costretti ad affidarci completamente ad altri, a dipendere dal loro affetto e dalle loro cure, dalla loro capacità empatica nel comprendere i nostri bisogni, poiché non sappiamo più a esprimerci verbalmente e razionalmente. Non è facile rappresentarci cosa vorremmo in una situazione del genere, ma se riusciamo ad andare oltre alle resistenze interiori, per immaginarci malati, comprenderemo il valore della comunicazione familiare e amicale su temi come questi. Le DAT devono essere un discorso aperto con un interlocutore, facilmente modificabili, aggiustabili, rivedibili, più di un documento testamentario notarile.

Ma soprattutto, occorre comprendere che non riusciremo a modificare la cultura dei medici senza trasformare la consapevolezza dei pazienti, e viceversa. Ma questo processo non si compirà senza un investimento in termini culturali, per quanto controcorrente possa sembrare la presente raccomandazione. Non si compirà perché l'inerzia della nostra cultura porta altrove: a delegare, a fuggire dai pensieri sgradevoli, a non affrontare ciò che non si impone come ostacolo immediato e non rimovibile sulla via del benessere sognato.

** Tanatologa e bioeticista*

Dopo il caso DJ Fabo

In discussione in Parlamento la legge sulle disposizioni anticipate di trattamento

a cura di Giovanni Romano

Intervista a Luca Savarino, docente di Bioetica presso l'Università del Piemonte Orientale, Coordinatore della Commissione bioetica delle chiese valdesi, metodiste e battiste in Italia e membro del Thematic Reference Group on Bioethics del CEC (Conference of European Churches).

Il caso di Fabiano Antoniani, Dj Fabo, ha riportato alla ribalta dell'opinione pubblica il tema delicato – in Italia addirittura tabù – dell'eutanasia, o meglio, in questa caso: del suicidio assistito. È probabile che questo fatto, che ha tenuto banco per molti giorni su tutti i media, abbia contribuito a far arrivare nell'aula della Camera il disegno di legge sui trattamenti di fine vita che da mesi giaceva nella competente Commissione parlamentare. Credo sia utile precisare, però, che tra il caso di Fabiano Antoniani e il disegno di legge in discussione alla Camera non esiste alcuna relazione. Può aiutarci a fare chiarezza?

«Una legge sulle Direttive anticipate di trattamento (DAT) non ha nulla a che vedere con eutanasia o suicidio assistito. Il progetto di legge in discussione in Parlamento mi sembra equilibrato, ragionevole e del tutto condivisibile. Esso ribadisce la centralità del consenso informato all'interno della relazione medico paziente; rende le Direttive vincolanti, fatta salva la facoltà del medico di recedere per motivate ragioni; rende possibile la sospensione dei trattamenti anche nei casi controversi come l'idratazione e l'alimentazione artificiali nei pazienti in stato vegetativo persistente, considerati a tutti gli effetti trattamenti medici.

È, di fatto, la legge applicativa della libertà di cura contenuta nell›articolo 32 della Costituzione dove si stabilisce che se non c'è il consenso del paziente a una certa terapia, il medico non può procedere, è tenuto a rispettare quel no.

Con questo riferimento costituzionale, ormai da anni, Enti e Organizzazioni diversi, non solo si sono dichiarati favorevoli all'approvazione di una legge sulle direttive anticipate di questo genere, ma in molti casi hanno aperto sportelli per la compilazione e la consegna delle direttive anticipate. Fra questi il Comune di Torino e molte organizzazioni religiose protestanti».

– Il fatto che la cronaca non abbia fornito informazioni chiare sulle differenze tra le diverse situazioni di eventuale morte anticipata - eutanasia, suicidio assistito e DAT - non rischia di alimentare una strumentalizzazione anche sul fronte politico?

«Non è solo (e, aggiungerei, neppure principalmente) una questione di strumentalizzazione. Il problema è più generale e riguarda non solo l'Italia: sulle questioni di bioetica la discussione sui valori è inevitabilmente intrecciata a informazioni di tipo tecnico e scientifico (in questo caso medico), senza le quali è impossibile esprimere un'opinione argomentata. L'alfabetizzazione scientifica della popolazione è bassa: questo fatto in parte chiama in causa il sistema educativo e rimanda a ragioni culturali di fondo, in parte è il frutto di un'opera di informazione non adeguata degli organi di stampa».

– A titolo personale, lei com'è orientato?

«Personalmente sarei favorevole all'approvazione di una legge che renda lecita l'eutanasia in casi estremi, pur essendo consapevole del rischio di possibili abusi e di chine scivolose che una tale pratica inevitabilmente porta con sé. Per questo motivo, resto contrario a una legalizzazione indiscriminata (e classista: solo i ricchi possono

PROMOZIONE SALUTE

Notiziario bimestrale del CIPES - Centro di Iniziativa per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria - Registrazione del Tribunale di Torino N°4686 del 3/9/1994 - Sede: CIPES, Lungo Dora Savona 30 - 10152 TORINO tel. +393271340872 - mail:notiziario@promozionesalute.org; http://www.promozionesalute.org - Versamenti quote adesione bollettino c/c postale: IBAN: IT51 U076 0101 0000 0002 2635 106; UniCredt Banca: IBAN: IT 48 W 02008 01109 000001692993; Codice Fiscale 97545040012

Redazione:

Direttore Responsabile Mirella Calvano, **Direttore**: Sante Bajardi

Giovanni Romano, Giuseppina Viola, Gabriella Martinengo, Claudio Mellana, Silvana Mavilla, Domenico Mingrone, Laura Maria Forte, Luciana Salato, Angelica Mercandino, Pietro Spadafora

permettersi di morire bene) del suicidio assistito come quella in vigore in Svizzera, ma preferisco un modello come quello olandese che lega (almeno per ora) l'accesso ai protocolli eutanasici alla presenza di un dato oggettivo, vale a dire a una diagnosi medica.

Contestualmente credo sia necessario richiedere il potenziamento di un sistema adeguato e moderno di cure palliative (ivi compresa la cosiddetta sedazione profonda o sedazione palliativa) che sia in grado di ridurre il più possibile la richiesta sociale di eutanasia e di suicidio assistito. In Italia esiste una buona legge sulle cure palliative (la legge 38/2010) che però viene applicata male, o quantomeno in maniera disomogenea, all'interno del territorio nazionale.

– Dj Fabo avrebbe potuto dunque ricorrere a cure palliative, senza dover andare in Svizzera per porre dolcemente fine alla propria vita?

«Pur non disponendo di informazioni di prima mano sulla condizione medica in cui si trovava Fabiano Antoniani, dalla lettura dei giornali mi è parso di capire che in questo caso le cure palliative sarebbero stati strumenti comunque inadeguati per porre rimedio alla sua sofferenza».

– Se la proposta di legge sul fine vita in discussione alla Camera fosse stata già legge, Dj Fabo sarebbe potuto morire in Italia come ha fatto in Svizzera?

«No, quel che avrebbe potuto fare qui sarebbe stato sospendere le cure, compresa alimentazione e idratazione. In Svizzera, Fabiano Antoniani si è sottoposto invece a un procedimento di suicidio assistito, assumendo di sua volontà un cocktail letale di farmaci. La legge sul fine vita non riguarda questo genere di procedure, e nemmeno l'eutanasia, contenuta in altre proposte di legge che in pratica il Parlamento non ha neanche preso in esame.

PRIMO ANNUNCIO

XVIII CONFERENZA NAZIONALE RETE HPH & HS

"La medicina di genere e la promozione della salute nella differenza: il ruolo della rete HPH & HS"

Aosta • Hostellerie du Cheval Blanc | 5-6 ottobre 2017

Chiudere il cerchio

Una riflessione sulle risposte sociali all'invecchiamento e alla non autosufficienza

Sono ricoverata (dopo l'intervento di protesi al ginocchio) in una casa di cura per la riabilitazione. Al mio arrivo, l'addetta dell'ufficio accettazione (che scoprirò presto essere il fulcro amministrativo della struttura) mi dice che sono collocata in una stanza solo per una notte e che poi sarò trasferita in una stanza più ampia.

In effetti la stanza è piccola, ma la vista, dalla finestra, è eccezionale: spazia dal Monte Turu, spartiacque fra le Valli di Lanzo e la Valle Ceronda, e i Monti Angiolino, Soglio, Vaccarezza con le cime ancora innevate e che fanno da confine con la Valle del Malone. In mezzo si distende Lanzo con la torre e gli edifici medioevali. Quasi quasi chiedo di restare lì, per godermi il tramonto del sole la sera.

Scopro però ben presto che l'ala cui sono destinata è quella nuova, con degenti di età più vicini alla mia, sostanzialmente lucidi e impediti solo da qualche problema ortopedico mentre quella in cui sono ospitata è la parte di lungodegenza, che accoglie quasi unicamente "grandi anziani", non autosufficienti, costretti a letto.

L'ambiente è piacevole, con un'ampia vetrata come soggiorno, ma gli anziani per lo più sono assenti, con lo sguardo perso nel vuoto, sembrano apatici e indifferenti a tutto quanto li circonda.

Qualcuno, nonostante i tentativi di sedazione farmacologica, urla tutta la notte, altri urlano di giorno, lamentandosi o chiamando qualche nome. Un uomo, che potrebbe essere un bisnonno, invoca il padre, qualcuno (forse più lucido) chiama in continuazione "infermiera". Difficile capire cosa desiderano, se solo attenzioni o altro. Molti sono incapaci di ogni movimento, totalmente dipendenti dagli altri per ogni esigenza.

Nella prima parte della mia vita lavorativa mi sono occupata di anziani che avevano bisogno di ricovero in strutture residenziali e vigilato sul rispetto delle normative da parte di queste e nella seconda parte ho collaborato alla progettazione e organizzazione di servizi all'interno di tali strutture.

Ora completo il cerchio, diventando utente di una struttura che non è una casa di riposo, ma che, almeno per una parte del tipo di utenza, le si avvicina molto. Ripenso a cosa significa, per la collettività, e il servizio sanitario in particolare, occuparsi di una popolazione che sempre di più invecchia, ma che dimostra anche quanto sia vero che l'invecchiamento in Italia non significa, per la grande maggioranza delle persone, vita attiva e in buona salute.

Mi vengono in mente alcune leggi promulgate negli anni a favore delle persone disabili. La legge 18 del 1980 che istituisce l'indennità di accompagnamento, un aiuto economico dato alle persone "che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua". La "*legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*" (legge 104 del 1992) conosciuta soprattutto per il diritto dei familiari "a fruire di tre giorni di permesso mensile retribuito" per garantire l'assistenza alla persona con handicap in situazione di gravità. O, ancora, il servizio di trasporto garantito dai Comuni in forme diverse, spesso con buoni per coprire le spese del taxi, per permettere la mobilità delle persone che non possono usare i normali mezzi di trasporto.

Leggi e servizi pensati per offrire opportunità di integrazione, per permettere di svolgere un'attività lavorativa ed evitare il ricovero di un numero relativamente limitato di persone, bambini o adulti, spesso con disabilità congenite, e che attualmente sono ampiamente usufruiti dalle persone anziane a cui viene riconosciuta una situazione di invalidità determinata dall'avanzare degli anni e dal progredire e cronicizzarsi delle malattie. I costi di questi interventi, conseguentemente, sono cresciuti a dismisura e il rimedio, molte volte, è stato limitarne la fruizione, alzando sempre più la soglia di handicap oltre la quale si ha diritto ai benefici.

Si è appena spento il clamore mediatico per la scelta del dj Fabo e la discussione nell'aula del Senato (deserta) sulla legge che dovrà regolamentare il fine vita. Mi chiedo se è chiara, fra i giornalisti che ne parlano e, di conseguenza, nell'opinione pubblica, la differenza fra il suicidio assistito e quello che la legge in discussione potrebbe proporre.

Ma, a parte questo, mi chiedo come si può contenere il dolore delle persone (anziani e familiari) e il costo sociale che il protrarsi di una vita cronicamente malata determina.

Ho in mente l'amico medico malato di SLA che è riuscito a scrivere due libri usando il computer con il cosiddetto "Comunicatore oculare" o "puntatore oculare" che permette di scrivere e comunicare muovendo le pupille, l'unica parte del corpo che era in grado di comandare autonomamente e che ora, drammaticamente, non riesce più a utilizzare, perdendo la possibilità di comunicare.

Quanta più vita c'è in un malato di SLA lucido rispetto ad un anziano che forse ha perso ogni coscienza di sé o che, comunque, non è in grado di trasmetterla? Come si può rispondere all'invocazione di aiuto che è solo un grido?

M.C.

Bullismo, scuola, società

I dati dell'Osservatorio regionale per la prevenzione dei bullismi lo individuano come un fenomeno in crescita. Pubblichiamo qui un'intervista al professor Franco Calcagno, dirigente dell'Ufficio per lo studente, l'integrazione e la partecipazione dell'Usr Piemonte

Le cronache di questi ultimi tempi raccontano con intensità sempre maggiore e sempre più inquietante episodi, spesso estremamente gravi, di vessazioni subite da minori da parte di gruppi di coetanei. Quasi sempre, lo scenario di questi eventi è la scuola che, in quanto istituzione che fa da cerniera fra famiglie e società, raccoglie inevitabilmente, tutte le contraddizioni e i problemi di quei contesti.

– Chiediamo al prof. Calcagno, alla luce della sua esperienza di docente, di dirigente scolastico e di dirigente regionale dell'Istruzione, se, secondo i dati dell'Osservatorio regionale per la prevenzione dei bullismi, si tratta di un fenomeno in crescita o se questa percezione da parte dei comuni cittadini e delle famiglie è determinata da una certa insistenza giornalistica che, ciclicamente, sposa una determinata causa per poi passare ad altro nel ciclo successivo.

«Siamo in linea con i dati nazionali. I soli dati disponibili sono relativi al monitoraggio del 2014 che non è un dato oggettivo dal momento che i dati dei Dirigenti Scolastici in cui chiedevamo quanti episodi si sono verificati a scuola e quanti erano i casi di sospensione dalle attività didattiche nonché di note e segnalazioni sono incompleti. I dati sono di percezione da parte degli studenti. I Docenti e il personale non docente ci dicono che i dati sono stabili dal momento che non c'è una crescita o una diminuzione di casi di bullismi in presenza. Si evince che su whatsapp ci sono molti insulti, denigrazioni, esclusioni, etc. (dovuti a difetti fisici, appartenenza religiosa, tendenze sessuali) esattamente come in presenza».

Per quanto riguarda gli esposti di genitori all'osservatorio, c'è un leggero incremento. Non sappiamo, per ora, quanti sono gli esposti che arrivano direttamente agli Uffici Scolastici Territoriali.

Penso che da un lato le famiglie sono state sollecitate maggiormente da una presa di coscienza del fenomeno anche attraverso gli incontri con la polizia postale e forse sono più attenti a ciò che fanno o subiscono i propri figli (anche se ciò mi dà l'impressione di una eccessiva ingerenza nelle questioni dei figli e spesso sono loro che "spettegolano" sui social); dall'altro credo che l'insistenza giornalistica e le notizie date per "scoop" senza un minimo di approfondimento sui casi e su quella che è la vita scolastica, nonché la voglia di protagonismo (anche in questo caso dei genitori) la facciano da padrona. Più volte ai tavoli istituzionali abbiamo posto il problema, ma senza risultati apprezzabili. In ogni caso, visto che il monitoraggio è triennale, è possibile che venga riproposto».

– Spesso il bullismo è considerato un fenomeno che si manifesta con maggior frequenza e facilità nei contesti sociali più sfavoriti della società. Le cronache agghiaccianti di alcuni episodi riportate dai media, in queste ultime settimane, semblerebbero confermare questa considerazione. Ma in realtà assistiamo anche a episodi di bullismo in cui i "bulli" sono giovani provenienti dagli strati più alti della società. Considerato che la scuola costituisce un osservatorio piuttosto significativo e preciso del fenomeno, si è in grado di dire se esiste un milieu sociale in cui è più facile che si sviluppino comportamenti aggressivi e prevaricatori?

«Il bullismo è, in sintesi, un fenomeno di criticità culturale/educativa. La necessità di sviluppare senso di responsabilità e attenzione al rispetto delle regole non riguarda uno strato sociale particolare/specifico, non è frutto o conseguenza di povertà o ricchezza se non culturale, è un prodotto della NON educazione della delega che troppo spesso attiviamo nei confronti dei nostri studenti/figli.

Non esistono ancora statistiche (alle quali per altro l' USR del Piemonte sta lavorando …) che indichino come elemento scatenante di fatti relativi al bullismo lo stato sociale a cui vittime e carnefici appartengono; neppure esistono approfondite analisi sociologiche che illustrino il fenomeno sotto la luce della ricerca scientifica. Al contrario osserviamo come episodi di bulli-

smo o cyberbullismo posso manifestarsi in tutti gli stati sociali della popolazione.

Se famiglia e scuola non riescono a concretizzare una vera alleanza educativa la comunità educante non potrà che continuare a registrare situazioni di criticità.

– Potremmo presentare la prossima domanda con l'etichetta: bullismo e nuove tecnologie. Molte cronache, in questi anni, ci raccontano che il bullismo ha trovato nuovi modi di manifestarsi attraverso i social media. La "rete", in questi casi, finisce per avviluppare la vittima del bullismo in modo asfissiante fino ad arrivare, non di rado, ad un esito drammatico. Lei pensa che la scuola, insieme ad altre istituzioni educanti - le famiglie in primis - possa o debba avere un compito per insegnare un uso consapevole e prudente della "rete", per evitare che diventi una trappola o una dipendenza? E, in caso affermativo, il personale docente ha la giusta preparazione per farlo?

«Penso che i dispositivi elettronici siano strumenti e in quanto tali occorre averne coscienza/conoscenza. Proprio come qualsiasi altro strumento nella mani dell'uomo. Partendo da questo presupposto universale, va da sé che più si conoscono le potenzialità dei dispositivi e della rete e più ci si protegge da ogni forma di violenza o uso improprio. Indubbiamente è un processo che va co-costruito da tutte le parti educanti. La scuola rincorre la società e il suo veloce percorso nella comunicazione, così come i genitori rincorrono il rapido sviluppo dei ragazzi nella costruzione della loro identità. Genitori e docenti dovrebbero pertanto essere coinvolti insieme in formazioni congiunte sull'uso consapevole ed efficace delle potenzialità della rete (non sempre e solo sui rischi e sui pericoli) così come sull'importanza dello stare insieme e del comunicare senza il filtro dello schermo».

– Nella prima domanda abbiamo fatto riferimento all'Osservatorio regionale del Piemonte per la prevenzione dei bullismi. Possiamo chiederle in che modo opera l'Osservatorio e, soprattutto come viene esercitata l'azione di prevenzione?

«L'osservatorio si riunisce annualmente e programma le attività proposte dai vari componenti del tavolo. l'azione di prevenzione viene esercitata con i progetti attuati dai componenti del tavolo: "gruppo noi" (del Tribunale per i minori della Procura della Repubblica), interventi nelle scuole/percorsi di legalità (a cura delle Questure territoriali e dei Commissariati, della Polizia postale, dell'Arma dei Carabinieri, delle Polizie Locali). In particolare la Polizia Municipale di Torino interviene nelle scuole con il progetto "ITER" promosso dal Comune di Torino e con il progetto "uso consapevole delle nuove tecnologie" attuato in collaborazione con la Polizia postale.

Inoltre in virtù di un accordo con il Tribunale per i minori, la Polizia Municipale di Torino attua dei percorsi di giustizia riparativa su delega del Procuratore del Tribunale per i minori del Piemonte e della Valle d'Aosta.

Con il progetto "percorsi alternativi alle sanzioni disciplinari", il forum del volontariato offre alle scuole secondarie di II grado dei percorsi riparativi nei centri di volontariato come Caritas, mense per i poveri, etc. per gli studenti sospesi dalle attivita' didattiche.

Con il progetto "uso consapevole o delle nuove tecnolgie", promosso da Coderdojo, Merende digitali e Polizia Municipale di Torino, gli studenti delle secondarie di I grado di alcune scuole selezionate hanno sperimentato dei laboratori tecnologici di coding e di programmazione seguiti da un intervento delle Polizia Municipale in merito ai comportamenti da tenere quando si usano pc, tablet, smartphone (sexting, selfie, pedopornografia, etc.).

"Mediamente bullo" è un percorso di mediazione proposto da Rotary-Essereumani su 13 scuole di torino +2 scuole di Vercelli e Novara.

E ancora: la proiezione del film "Un bacio" proposto dal MIUR e dal Museo del Cinema con 4 giornate programmate (tematica omofobia, 1976 studenti e insegnanti); "#unnodoblucontroilbullismo": manifestazione con flash mob svoltasi il 7 febbraio in occasione del safer internet day (1639 studenti, 157 docenti); "#operazionebullismo": 3 eventi organizzati dall'USR e proposti da Blasteem con l'intervento dei membri del tavolo Osservatorio sul bullismo e di youtubers che collaborano con Blasteem (circa 1.000 studenti coinvolti)

– E, infine, considerato il ruolo centrale dei docenti (mai sufficientemente considerati e valorizzati), esistono percorsi formativi per metterli nella condizione di riconoscere e intervenire in questo tipo di situazioni prima che diventino esplosivamente patologiche?

«Sono stati sperimentati percorsi di sensibilizzazione su ciò che gli studenti fanno tramite l'uso delle nuove tecnologie a Rivarolo (TO) (100 docenti delle scuole del territorio).

Sono stati attuati 4 incontri territoriali informativi/formativi a cura della Polizia Postale (Priorità 4.7 Piano Nazionale Formazione Docenti – Competenze di cittadinanza e cittadinanza globale), dal titolo "Web in cattedra: comunicare senza prevaricare" per le Province di Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli.

IL CTS (Centro Territoriale di Supporto ai Bisogni Educativi Speciali) di Torino, in collaborazione con l'USR per il Piemonte, ha attuato un percorso itinerante cittadino dal titolo "Cyberbullismo in adolescenza: dialogo con gli insegnanti, i genitori e gli studenti". Il percorso ha previsto un seminario di 2 giornate per docenti, due incontri per genitori, un incontro per studenti.

Abbiamo previsto della formazione per docenti nel bando MIUR sul cyberbullismo vinto dal Liceo "Cattaneo" come scuola capofila di una rete regionale fra scuole polo di reti territoriali, un coinvolgimento tota-

le delle scuole e dei suoi operatori.

Anche per le forze dell'ordine è stato previsto un aggiornamento di 2 giornate attuato su 4 territori che ha visto coinvolte Questure, Comandi Carabinieri, Polizie Locali delle Province di Alessandria, Asti, Biella, Cuneo, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli (un esempio concreto di buona pratica; penso che questo progetto sia unico in Italia).

Le iniziative di formazione/informazione sul bullismo si sono sviluppate ancora con un seminario proposto dai LIONS di Pinerolo dal titolo "Insieme contro ... Bullismo e Cyberbullismo"; con incontri rivolti ai docenti nell'ambito del Progetto "Dare voce al silenzio - Incontri di sensibilizzazione sul fenomeno dell'abuso e maltrattamento di minori" – a.s. 2016/2017 promosso da Piemonte Cuore ONLUS.

Nell'ambito del PROGETTO "RICOMINCIAMO - Giovani protagonisti del cambiamento" - che vede coinvolti la Cooperativa Terremondo in partnership con la Procura della Repubblica presso il Tribunale dei Minori del Piemonte e Valle D'Aosta, il Nucleo di Prossimità della Polizia Municipale della Città di Torino, il Centro di Mediazione Penale della Città di Torino e l'ASAI – Associazione di Animazione Interculturale (progetto che intende agire per garantire ai ragazzi coinvolti spazi di crescita, valorizzazione delle competenze, autonomia e responsabilizzazione, sviluppando opportunità di socializzazione, relazione e aggregazione al fine di contrastare comportamenti devianti e promuovere convivenza civile, benessere sociale e rispetto reciproco - è nata l'esigenza di un approfondimento rivolto in particolare ai Dirigenti scolastici e ai Docenti delle scuole coinvolte dal titolo "SEGNALARE PER TUTELARE".

Allarme bullismo

Un punto di vista socio-antropologico

Monica Marchetti*

A questo riguardo "Promozione salute" ha interpellato un antropologo, il Dott. Alessandro La Noce dell'Istituto Nazionale di Statistica, sede regionale del Piemonte, ed un sociologo, il Dott. Claudio Loiodice, coordinatore dell'Ufficio studi ricerche e pubblicazioni dell'ANS – Associazione Nazionale Sociologi.

Abbiamo chiesto al Dott. La Noce di definire il fenomeno del bullismo.

«Possiamo parlare di bullismo persecutorio quando la designazione è esterna al gruppo, oppure quando la vittima, pur appartenendo al gruppo, è considerata estranea alla cultura e al modello identitario prevalente nel gruppo. Parliamo invece di bullismo di inclusione quando le vittime devono sottoporsi a persecuzioni per lo più ritualizzate per essere ammesse nel gruppo. Il bullismo può essere sia diretto che indiretto. Il primo consiste nel picchiare, provocare dolore, appropriarsi o rovinare degli oggetti della vittima; il secondo si gioca più sul piano psicologico, attraverso l'esclusione, l'isolamento e l'uso di calunnie sul conto della stessa».

– Secondo lei il bullismo discrimina il genere?

«Com'è facile intuire, il bullismo, in quanto fenomeno, non discrimina il genere, anche se si manifesta in modalità differenti. Il 20,9% delle ragazze è soggetto passivo più volte al mese rispetto al 18,8% dei coetanei maschi, il 9,9% delle ragazze, subisce atti di bullismo una o più volte a settimana, contro l'8,5% dei maschi».

Si possono registrare delle differenze anche a livello geografico: le vittime assidue di soprusi raggiungono il 23% degli 11-17enni nel Nord del paese. Se consideriamo le azioni avvenute sporadicamente (qualche volta nell'anno), sono oltre il 57% i giovanissimi residenti al Nord ad essere oggetto di prepotenze, contro una quota inferiore al 50% dei residenti nelle regioni centrali e in quelle meridionali».

> Per bullismo s'intende una violenza fisica, verbale o psicologica ripetuta, che si protrae con uno squilibrio tra vittima e carnefice, con conseguenze devastanti nel tempo. Quindi uno studente è oggetto di azioni di bullismo, ovvero è prevaricato o vittimizzato, quando viene esposto ripetutamente nel corso del tempo alle azioni offensive messe in atto da uno o più coetanei (Olweus 1993, RAGAZZI OPPRESSI, RAGAZZI CHE OPPRIMONO). Innumerevoli articoli spiegano il bullismo dal punto di vista psicologico, ma raramente lo si vede dal punto di vista socio-antropologico.

– Il bullismo è reato sanzionabile dalla legge?

«Il bullismo non è di per sé un reato, ma piuttosto la somma di tanti reati. Minaccia (612 c.p.), danneggiamento (635 c.p.), percosse o lesioni (581 – 587 cp), estorsione (629 c.p.), atti persecutori (612 bis, oltre a 594 e 595 cp). Tali reati assumono la caratteristica di bullismo quando sono ripetuti nel tempo, per cui si può ipotizzare che quel medesimo disegno criminoso (81 c.p.) consista nella umiliazione e nella sopraffazione della vittima.

I dati dell'ISTAT contenuti nel rapporto "Il bullismo in Italia: comportamenti offensivi e violenti tra i giovanissimi" ci dicono che nel 2014 più del 50% dei ragazzi tra gli 11 e i 17 anni, ha subito qualche episodio offensivo, non rispettoso e/o violento da parte di altri ragazzi o ragazze nei 12 mesi precedenti».

– Come mai tanta passività in questo tipo di fenomeno?

«Da antropologo mi ha fatto riflettere la non reazione dei coetanei che assistono ad episodi di bullismo ed in particolare le strategie di disimpegno che sovrintendono tale comportamento. A tal proposito citerò la "giustificazione morale" ovvero agire per difendere il proprio onore, il "linguaggio eufemistico" laddove pacche o spinte sono solo giochi e le prese in giro sono scherzi, il "confronto con azioni peggiori" laddove ogni atto viene confrontato con altri più crudeli, il "dislocamento

della responsabilità", quando si attribuisce ad altri la causa dell'agito e la "diffusione della responsabilità al gruppo". Infine la "distorsione delle conseguenze" che tende a minimizzare le sofferenze delle vittime, la cosiddetta "de-umanizzazione della vittima", che viene percepita come senza sentimenti e dignità e la "attribuzione della colpa alla vittima", che invece viene considerata meritevole delle violenze».

– Il bullismo appartiene anche al mondo adulto?

«Il bullismo acquista ancora maggiore importanza, quando, oltre al mondo giovanile, dove spesso viene relegato, viene riscontrato tra le comunità degli adulti: possiamo ritrovare casistiche simili per esempio nel cosiddetto "nonnismo" o nel "mobbing"».

Per concludere, posso dire che il bullismo troppo spesso non viene preso seriamente dalle autorità scolastiche; le vittime sono riluttanti a denunciarlo in quanto associato alla discriminazione di studenti provenienti da famiglie povere o da gruppi emarginati, ovvero aventi particolari caratteristiche personali, inclusi i bambini disabili. Segnalo il fatto che la stampa tende spesso ad usare il termine bullismo in maniera ampia e generica, per riferirsi al teppismo e al vandalismo, paventando una forma di rifiuto delle regole della convivenza collettiva».

Al Dott. Loiodice abbiamo chiesto un'analisi delle cause del bullismo

«La naturale carica aggressiva, antropologicamente contenuta in tutti gli esseri umani, è stata arginata nel corso dei millenni, attraverso le "gabbie" sociali, le quali hanno consentito all'uomo di evolversi in maniera sociale. Le strutture sociali, come la famiglia e la scuola, hanno contribuito a trasmettere alla stirpe valori sempre più pacifici.

Il mutamento delle relazioni familiari, ancora una volta dovuti all'accelerazione della modernità, sta affievolendo la capacità educativa che matura all'interno del nucleo familiare. La casa, intesa come fucina educativa, sta perdendo la capacità di selezione delle informazioni, ricevute dall'esterno, assolutamente necessarie per la crescita culturale e intellettuale dei giovani, ma che necessitano di un "filtro". Come se le pareti domestiche fossero divenute improvvisamente trasparenti, consentendo a qualsiasi informazione di penetrare all'interno e nella mente dei ragazzi.

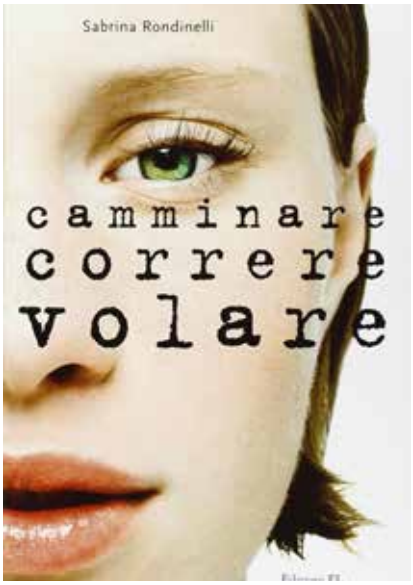
Tutte le informazioni, anche quelle che possono sembrare negative, sono invece necessarie alla formazione dell'adolescente, ma ad esso vanno somministrate con assoluta cautela e saggezza, così da renderle profittevoli e non deleterie.

Per quanto riguarda la scuola, constato spesso da parte degli insegnanti una mancanza di pianificazione nella gestione dei leader negativi: si tende ad escluderli dal contesto socio-scolastico, mentre andrebbero approntati sforzi maggiori per evitare l'isolamento del soggetto tendenzialmente violento, coinvolgendolo e rendendolo partecipe, eventualmente valorizzando le sue capacità».

* *Psicologa Psicoterapeuta*
Relazione Esterne ASL
Città di Torino

Camminare, correre, volare

di Sabrina Rondinelli



Il libro racconta la storia di due ragazzine, che frequentano la stessa classe. Asya prende in giro Maria, ma non si ferma solo alle parole. Infatti un giorno durante un atto di bullismo da parte di Asya, Maria scivola e si rompe una gamba. Asya confessa. Maria capisce che Asya ha un brutto passato alle spalle e decide di perdonarla.

Ho scelto questo libro che parla di bullismo, un atteggiamento che comporta conseguenze fisiche e soprattutto psicologiche molto serie.

Io personalmente non ho mai assistito ad atti di bullismo, ma ogni volta che ne sento parlare ne rimango sconvolto perché non riesco a capire il motivo di tanta cattiveria e stupidità. Molte volte questi bulli hanno alle spalle una situazione famigliare difficile e hanno vissuto a loro volta delle esperienze negative, però questo non giustifica il loro comportamento.

Sul suo quaderno alle elementari la maestra ha fatto scrivere ad Asya cento volte " Io sono cattiva". Poi è cresciuta , ora è una ragazza cattiva. Consiglierei la lettura di questo libro ai miei coetanei perché, purtroppo, spesso nelle nostre classi assistiamo ad atti di bullismo e siamo impreparati ad aiutare i compagni che subiscono queste cattiverie gratuite.

Recensione
di Francesco Ludovico,
18 anni, 1ª B
Istituto d'istruzione superiore "V. Bosso - A. Monti di Torino
vincitore del concorso "100 libri 2017" di Panorama d'Italia.

Meeting SIPS Delegazione Lazio 2017

Sviluppo sostenibile e benessere soggettivo

Sala Giuseppe Della Vedova

Palazzina Mattei sede Società Geografica Italiana - via della Navicella 14, Roma

1° giugno 2017 dalle ore 8,30 alle 18,30

L'evento è frutto della collaborazione tra Società italiana di Promozione della Salute e ASL di Frosinone e dall'incontro con il Festival Italiano per lo Sviluppo Sostenibile, promosso dall'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile (ASVIS, www.asvis.it); gli obiettivi di Sviluppo Sostenibile per il 2030 sono il punto di riferimento del meeting, letti in una ottica di promozione di salute per quanto è possibile cominciare ad agire e riflettere sulle metodologie, le azioni di policy, la governance, le azioni bottom-up che possono essere messe in cantiere per affermare il valore e raggiungere gli obiettivi. Il meeting propone l'incontro tra vari soggetti, istituzionali, università, aziende sanitarie, Regione, forze politiche, scuola, terzo settore, attraverso interventi programmati, una tavola rotonda e due sessioni dedicate ad esperienze promosse dalla SIPS sul territorio della Regione Lazio in contesti di comunità e con particolare riguardo alla marginalità.

Comitato organizzativo

Lucio Maciocia, Cristina Faliva,
Alessandra Sannella, Emanuele Ragusi,
Gianna Darelli, Claudia Cocco.

Contatti

l.maciocia@alice.it

Iscrizioni

Il numero dei posti sarà limitato a 100 partecipanti.
Per iscriversi è necessario
utilizzare il seguente form online
https://form.jotformpro.com/drardis/70845290831963
iscrizioni aperte fino ad esaurimento posti

Giornalismo alimentare

Il Festival internazionale: un'occasione per discutere di sicurezza alimentare e informazione

Mirella Calvano

> Durato tre giorni lo scorso febbraio, il Festival si è rivelato un prezioso momento di incontro su come si fa informazione sul cibo.

Organizzato da Comune di Torino, Regione Piemonte, RAI, Federazione Nazionale della Stampa ed Ordine dei Giornalisti di Torino, con sponsor del calibro di Ferrero, Barilla, COOP, le principali associazioni di coltivatori, Altroconsumo, Confindustria ed almeno altri cinquanta partner prestigiosi, il Festival ha schierato nelle tavole rotonde, nei dibattiti e nei seminari un parterre eccezionale di esperti, ottenendo un'affluenza di partecipanti di tutto rispetto.

Ormai il giornalismo alimentare è un insieme di grandi firme, blogger spesso molto seguiti, critici enogastronomici famosi, ma anche di opinionisti meno attendibili esponenti di un giornalismo non privo di pericoli che guarda ai social ed interagisce con i lettori senza garanzie di obiettività e scientificità. Intorno al cibo si gioca una partita cruciale che sempre di più ha bisogno di giornalisti consapevoli e responsabili: la marchetta o, peggio ancora, la"bufala" sono, spesso, dietro l'angolo.

Pensiamo ad alcuni dei tanti temi che hanno imperversato nell'opinione pubblica attraverso l'informazione tradizionale e che rimarranno negli annali dell'informazione: olio di palma si o no, mense scolastiche ("panino libero"), biotecnologie in agricoltura (OGM, demoni o opportunità) ... Su questi argomenti il confronto è stato vivace e, al di là degli schieramenti e dei dati scientifici, l'orientamento dei consumatori è risultato molto influenzato dalle strategie comunicative e, a sua volta, ha costretto talvolta le aziende a consistenti modifiche nella produzione.

Nei seminari si è focalizzata l'attenzione su:

- sostenibilità e impatto ambientale delle produzioni agricole,
- sprechi nella filiera agroalimentare,
- chilometro zero (soprattutto per il consumo di acqua),
- nutrienti e allergeni,
- allarmi alimentari,
- dieta mediterranea,
- Omega3,
- bambini e alimentazione vegana,
- "home restaurant",
- mercato del food su Internet,
- olio di oliva, tra indicazioni nutrizionali e notizie di frodi,
- criminalità a tavola,
- cosa comunicano le etichette.

Sulle etichette si è fatto il punto alla luce delle recenti modifiche intervenute nelle norme italiane. Roberto Copparoni, rappresentante del Ministero della Salute ha segnalato la priorità di formare gli operatori: non tutti sanno ancora adeguarsi alle nuove regole che hanno decisamente elevato il livello di protezione dei consumatori. Per citarne qualcuna, ad esempio, gli allergeni devono essere evidenziati anche nei prodotti venduti sfusi e non solo in quelli confezionati; quando si indicano nella composizione "oli vegetali" bisogna specificare di che si tratta, è obbligatorio segnalare l'origine di tutte le carni fresche e avanti con prescrizioni molto più precise di quanto non lo fossero in precedenza.

In sintesi, nutrienti, allergeni, origine e persino impatto sociale devono essere riportati in etichetta con adeguate dimensioni del carattere. La corretta etichettatura degli alimenti è una garanzia di qualità da parte dei produttori e, finalmente, un'opportunità per i consumatori che possono contare su una nuova vera accessibilità dell'informazione.

Ampio spazio ha ottenuto il tema del nuovo giornalismo alimentare nei blog: con l'avvento del web 2.0 e della "rete" partecipativa chiunque oggi produce, analizza, pubblica e scambia informazioni e conoscenze. In questo settore, come e più che in altri, i critici enogastronomici ed i food bloggers svolgono un ruolo chiave nell'indirizzare le scelte dei consumatori: si possono individuare nuove regole, anche deontologiche?

L'appuntamento ha stimolato la discussione, aperto prospettive e, finalmente, proclamato quanto ormai chiaro da tempo: sul cibo, sulle eccellenze della ricerca dell'industria e dell'enogastronomia, soprattutto made in Italy, e su come si riesce a comunicarli per una corretta informazione dei consumatori, si giocano molte carte di impatto sulla salute.

L'opinione pubblica vuole sapere tutto sull'origine del cibo, la politica ne scopre l'aspetto sociale ed è l'argomento più esposto a credenze che affondano le proprie radici in ragioni sociali e psicologiche: bisogna trattare l'alimentazione come un campo cruciale e delicato sapendo che la sensibilizzazione dei cittadini e del mondo produttivo possono fare la differenza e creare una consapevolezza scientifica su quello che fa bene o fa male senza rischiare di rimanere schiacciati da scontri ideologici o da nuove dittature del web.

Agromafie

L'incidenza dei gruppi organizzati sugli illeciti nel settore alimentare

Gabriella Martinengo

L'intervento di Giancarlo Caselli sul tema delle agromafie, nell'ambito del Convegno sul giornalismo alimentare, fa il punto sulle proposte in discussione in Parlamento per regolamentare il settore dell'alimentazione (con qualche preoccupazione sul fatto che il tutto diventi legge prima della fine della legislatura), sempre di più controllato da mafie e camorre con pesanti ricadute anche sulla salute dei cittadini.

Il Convegno sul "giornalismo alimentare" ha ospitato, tra gli altri, anche l'ex Magistrato Giancarlo Caselli, Presidente del Comitato Scientifico dell'Osservatorio sulla criminalità in agricoltura, che ci ha parlato di **reati alimentari**. Da una sintesi della sua sconcertante relazione emerge che:

Siamo il primo Paese al mondo per patrimonio agroalimentare e questo ci rende particolarmente appetibili al mondo criminale.

Le cifre che interessano questo mercato ammontano oggi a 37 miliardi di euro di esportazioni con 16 miliardi di contraffazioni varie.

La criminalità si è diffusa in forma trasversale: dalla terra alla tavola. Pertanto i reati riguardano acquisizioni illecite di terreni (per poter produrre in proprio), così come la gestione dell'acqua controllata da organizzazioni mafiose, furti di mezzi agricoli ai concorrenti, abigeato (sottrazione di bestiame), usura, ecc., con conseguenti corruzioni, intimidazioni e violenze.

Le organizzazioni criminali si occupano anche del trasporto delle merci e della loro commercializzazione, imponendo prodotti e marchio. Risultano sotto il loro controllo persino i confezionamenti: cassette, sacchetti e altri contenitori. Inoltre si verifica un accesso illecito ai fondi europei.

Si parla ormai di *mafia liquida* che cioè si inserisce e ramifica dappertutto. La Procura Distrettuale di Reggio Calabria ha rivelato attività della ndrangheta inerenti a droga, controllo dell'immondizia, dei terreni, creazione di società di catering, turismo abbigliamento e anche controllo della produzione calabrese del settore ortofrutticolo e degli oleifici. Si tratta di un piatto ricco, come si diceva, da 16 miliardi in continuo aumento. Il New York Times in un articolo su questi argomenti ha parlato di "suicidio dell'Italia".

Obiettivo ultimo di queste organizzazioni malavitose è creare situazioni di monopolio con assenza di diritti sindacali e ricorso alla forza (vedi caporalato). Altri reati in questo settore si verificano da parte di ditte straniere che offrono prodotti in confezioni che evocano l'Italia (scrivendo ad es. sulla confezione: sapore italiano) ma che di fatto non sono italiani e non sono punibili in quanto non viene indicato "made in Italy".

Tutto questo ha anche conseguenze sulla salute poiché incide sulla qualità e sicurezza dei prodotti, oltre alla perdita di 300.000 posti di lavoro.

Si parla di Agropirateria: gruppi organizzati che agiscono in modo sistematizzato per organizzare illeciti nel settore alimentare.

La questione diviene pertanto sociale, politica, criminale, di democrazia

La gravità della situazione richiede nuove normative

La Riforma dei reati alimentari è un disegno di legge non ancora operativo. Circa due anni fa, il 20.4.2015 il Ministro Andrea Orlando ha creato una Commissione, formata da vari professionisti, per creare proposte di interventi contro i reati agroalimentari. Nello scorso ottobre è stato presentato un progetto con relative linee guida che è stato inoltrato al Consiglio dei Ministri che, per non finire nel vuoto, dovrà approdare alle Camere prima della fine della Legislatura.I grandi temi sono appunto:

- disastro sanitario
- agropirateria
- salvaguardia del made in Italy

La proposta contiene 49 articoli attinenti ai bisogni del consumatore, alle sfide della globalizzazione e alla salvaguardia del prodotto italiano. Permette di tutelare la salute delle persone in via preventiva, valorizzare le esigenze del consumatore finale ed il patrimonio agroalimentare. Mira a un'alimentazione orientata al benessere e alla tutela

ambientale.

Si consideri che la normativa europea non vuole il made in Italy perché in contrasto con la libera circolazione delle merci e rifiuta il ritiro dal mercato di prodotti pericolosi. Un terzo dei nostri alimenti contiene prodotti stranieri. Dall'estero arriva il 70% delle patate, un terzo della pasta, una mozzarella su due. Abbiamo importazioni enormi di cosce di pollo, di latte a lunga scadenza, di grano, di pomodori, di cosce suine.

Da quanto descritto è evidente che si tratta di una Riforma assolutamente necessaria perché l'attuale normativa non funziona in quanto le stratificazioni di fonti e di depenalizzazioni hanno indebolito il quadro sanzionatorio. L'attuale normativa criminogena non ha più funzione deterrente.

Fra le proposte: estensione dei limiti di intercettazione, prelievi e campionamenti a sorpresa, dissequestramento di prodotti alimentari con assegnazione mirata per evitare sprechi, maggiore tracciabilità.

"Volevamo elaborare una serie di proposte per tutelare il marchio ma soprattutto il consumatore. Una delle principali misure è stata quella dell'etichetta narrante che deve contenere tutte le informazioni che chi acquista ha il diritto di conoscere".

Questa riforma punta sulla razionalizzazione del sistema normativo e ammodernamento dell'intervento penale nella materia agroalimentare tramite:

- **la delimitazione della categoria dei reati di pericolo contro la salute**, anticipando, ove necessario, l'incriminazione già alla soglia del rischio e prendendo in considerazione il peso del "principio di precauzione" e le potenzialità offensive di condotte pericolose per la salute anche nel medio e lungo termine;
- **la rielaborazione del sistema sanzionatorio contro le frodi alimentari**, al fine di ricomprendere anche attività illecite che, ad oggi, o non risultano punibili o lo sono grazie a interpretazioni estensive operate dalla giurisprudenza;
- **l'estensione della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche ai reati in materia agroalimentare**, in considerazione di come, nell'attuale dimensione degli scambi commerciali, la forma societaria rappresenti ormai il principale referente criminologico;
- **la creazione di nuove ipotesi di non punibilità sopravvenuta**, incentrate su condotte post-fatto del reo a contenuto riparatorio.

Le proposte di modifica riguardano il codice penale, tanto sul versante della tutela della salute pubblica, quanto su quello dell'economia pubblica.

Si spera, in definitiva, che questo grande lavoro sia preso in considerazione vista l'urgenza di affrontare il dilagare della criminalità in un settore di primaria importanza per la salute dei cittadini.

La sigaretta elettronica

Possibilità e limiti dell'alternativa tecnologica al fumo da tabacco

dott. Fabio Beatrice*

Accolta inizialmente fra molti dubbi e con eccessivi entusiasmi, la sigaretta elettronica sembra produrre interessanti risultati nella lotta al tabagismo. Dopo anni dalla sua entrata sul mercato, però, non è ancora possibile giungere ad una valutazione definitiva e universalmente condivisa. Ne parliamo con il dott. Beatrice, direttore del Centro Antifumo dell'Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino.

La sigaretta elettronica (e-cig) è stata inventata da Hon Lik, un farmacista cinese che fumava tre pacchetti al giorno e che la brevettò nel 2003 nel tentativo di smettere. Pare che anche l'Americano Herbert A. Gilbert avesse messo a punto un progetto analogo già nel 1963 ma in ogni caso il successo planetario della e-cig è strettamente collegato all'invenzione cinese. Dopo una travolgente uscita sul mercato, alimentata dalla speranza dei fumatori di avere finalmente a disposizione qualcosa per smettere di fumare con facilità, la e-cig si è arenata anche per i dubbi e timori alimentati da molti settori del mondo medico e scientifico. Dopo un periodo di crisi il "mercato" della sigaretta elettronica, che nel frattempo era profondamente cambiato, è tornato a crescere ed anche il mondo della sanità, della ricerca e dell'informazione si è proposto in maniera più riflessiva.

In realtà si parla tanto di sigaretta elettronica perché la questione della dipendenza tabagica è ancora molto lontana dall'esser risolta. Le cifre del tabagismo sono a dir poco imbarazzanti e si caratterizzano per una forte dicotomia tra lo stato delle conoscenze ed una adeguata proposta di aiuto. Le cifre ufficiali dell' Istituto Superiore di Sanità parlano chiaro: 70 mila morti all'anno in Italia, circa 600 mila in Europa, 3 milioni di decessi nel mondo ogni anno. Secondo IARC in una sigaretta sono contenuti almeno 83 cancerogeni di classe A. Ma ci sono anche alcune centinaia di sostanze fortemente irritanti, monossido di carbonio e nicotina. Si muore per cancro, per malattie polmonari, per infarto ed ictus. Ma gli effetti del fumo di sigaretta sono devastanti a tutti i livelli: compromette la salute dei denti, la fertilità, aggrava il diabete, coinvolge tutto l'organismo ed interviene con una sorta di effetto potenziante in quasi tutte le patologie. Non è caso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità fin dal lontano 1999 considera le azioni contro il fumo di tabacco come una priorità assoluta. La rete dei centri antifumo che dovrebbe costituire una sorta di argine alla devastazione del tabagismo è insufficiente nonostante il grande impegno e motivazione degli operatori. L'Istituto Superiore di Sanità stima che si rivolgano ai centri antifumo italiani circa 16 mila fumatori all'anno su un totale di 11 milioni: si tratta di una percentuale sconfortante dello 0,1%. E' evidente che la proposta di cessazione non piace ai fumatori e la classe medica dovrebbe forse anche interrogarsi su come intercettarli ed aiutarli.

Più recentemente molte Società Scientifiche Italiane, tra cui la SITAB (Società Italiana di Tabaccologia) hanno redatto un manifesto noto come "Endgame" proponendo una serie di interventi ad ampio raggio per contenere e vincere la lotta contro il fumo di sigaretta. Al punto 9 si parla di riduzione del rischio e questo appare attualmente a molti medici e scienziati come un possibile spazio d'azione della sigaretta elettronica.

La sigaretta elettronica non è un *medical device* ma un prodotto di consumo, dispensa nicotina, aromi provenienti in prevalenza dal mercato alimentare e profumiero. Il vapore è prodotto da acqua demineralizzata, glicole propilenico e glicerina che danno volume e forma al vapore. La e-cig non è una cosa sana da provare ma può essere una proposta ricevibile per i fumatori che non riescono a smettere o per quelli che non desiderano smettere per loro scelta. Sul tema della tossicità è intervenuto pragmaticamente nel 2015, il Dipartimento di Salute Pubblica della Gran Bretagna che ha quantificato il rischio della sigaretta elettronica del 95% inferiore a quello della sigaretta normale precisando anche che il vapore passivo è nettamente meno pericoloso del fumo passivo di tabacco. Ma già in precedenza nell'agosto 2014 l'autorevole scienziato statunitense Sarewitz, in un editoriale pubblicato

sulla prestigiosa rivista Nature nell'agosto 2014, dichiarava che porsi il problema della tossicità della sigaretta elettronica rispetto alle normali sigarette era poco rilevante vista la certezza delle centinaia di migliaia di morti per il fumo di sigaretta

Uno dei rischi paventato dalla classe medica riguarda la possibilità che la e-cig possa arruolare giovani allo svapo e che questo possa poi costituire porta di ingresso alle sigarette o ad altre dipendenze; oppure che tramite la sigaretta elettronica si possa in qualche modo sdoganare il principio della pericolosità del fumo. Qualche avvisaglia su questo punto si ha attraverso l'esercizio di una spinta commerciale che punta a consolidare una tendenza modaiola a "svapare" con eccessi di nubi di vapore e grandi consumi aromatici.

E' difficile portare oggi una conclusione definitiva e molti aspetti del fumo elettronico necessitano ancora di essere compresi , quale ad esempio le possibili conseguenze di un consumo a lungo termine. Eppure tutti questi dubbi ed esigenze di approfondimento non possono produrre come risultato una semplice "non azione" o un rifiuto di principio poiché in Italia ogni giorno muoiono di fumo di sigaretta 191 persone. Il 65 % dei fumatori ha provato a smettere ed ha fallito e gli specialisti non vanno oltre il 40-45% di risultati di cessazione nei percorsi di sostegno offerti ai fumatori. E' davvero troppo poco e non si comprende perché il tema della ricevibilità della proposta sanitaria dovrebbe escludere proprio chi fuma.

Un esperimento ideato a Torino con l'Istituto Superiore di Sanità e l'équipe del Centro Antifumo dell'Ospedale San Giovanni Bosco nel 2015 ha prodotto un lavoro su un'importante rivista internazionale di salute pubblica ed ha dimostrato che l'assistenza di specialisti medici nella proposta di passaggio a fumo elettronico a fumatori incalliti non solo è ampiamente ricevibile ma produce uno switch completo e stabile ad 8 mesi per oltre la metà dei fumatori. Negli altri persiste un fumo duale ma anche in questi casi la detossificazione controllata col monossido di carbonio inalato è assai significativa.

Negli ultimi tempi la produzione dei *device* è notevolmente progredita: è aumentata l'affidabilità, molti produttori si sono orientati su ricariche monouso che rispettano le norme di legge e danno indicazioni sui contenuti di nicotina ed altre sostanze presenti. Le grandi potenze di erogazione determinano ovviamente maggiori consumi di liquido e favoriscono la trasformazione di glicole propilenico e glicerina in prodotti a potenzialità cancerogena: si tratta di 3-4 sostanze che sono sempre assai meno degli 83 cancerogeni rilasciati dalle normali sigarette. Non è semplice sia per i fumatori che per i medici orientarsi in un mercato assai diversificato con una proposta concreta di miglioramento della condizione di rischio. Lo stesso concetto di riduzione del rischio non appare ancora culturalmente diffuso e seguito: ogni volta che ci si interroga sulla sigaretta elettronica si dovrebbe mettere in paragone il dato specifico con il corrispettivo dato della normale sigaretta.

La digitalizzazione del consumo di nicotina pur non risolvendo la questione della dipendenza potrebbe costituire una possibile via di fuga dai molti e concreti rischi del fumatore in difficoltà e questo cambiamento verso una maggiore attenzione per la salute potrebbe agire a sua volta da volano per una presa di coscienza ed ulteriori miglioramenti. Ciò potrà avvenire se si assisterà al passaggio da una posizione concettualmente rigida e dogmatica verso una prudente curiosità ed una pragmatica concessione di comprensione ed aiuto. Insomma, la sigaretta elettronica potrebbe essere non solo un cimento per tossicologi ed epidemiologi ma anche uno strumento per raggiungere ed aiutare i milioni di fumatori al momento non raggiungibili.

** Primario di ORL e Direttore del Centro antifumo dell'Ospedale S. Giovanni Bosco di Torino, Vice Presidente della Società Italiana di Tabaccologia*

Pet therapy

Gli animali ci aiutano a guarire!

Angelo Ferrari

> Gli interventi assistiti con animali si rivelano efficaci in una gamma sempre più estesa di situazione patologiche o di disagio. Non bisogna tuttavia dimenticare l'esigenza di monitorare lo stato di salute degli animali, sia per loro tutela, sia per tutela dei pazienti a cui essi si accompagnano.

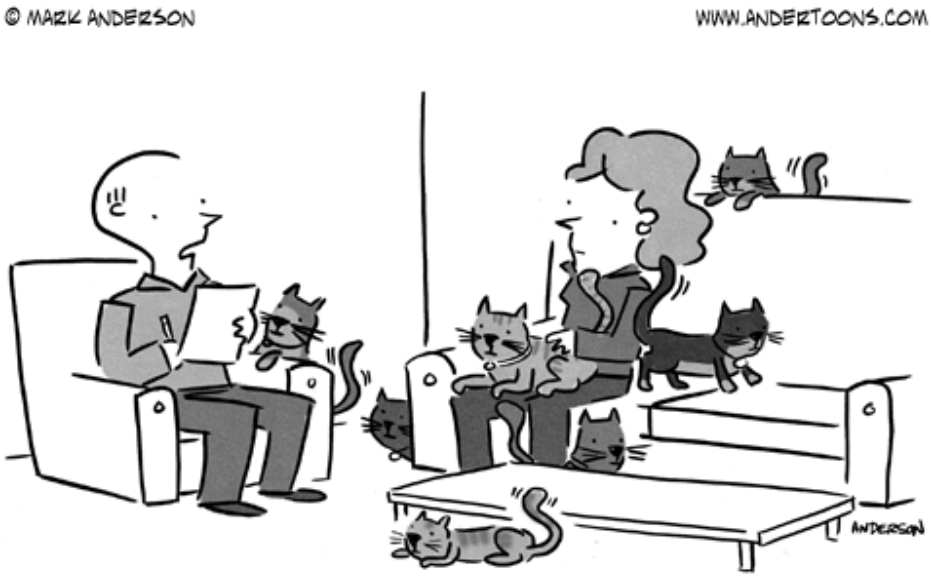
Aumento dell'autostima, delle capacità relazionali, consapevolezza dei propri limiti: sono solo alcuni dei "miracoli" compiuti da animali speciali che, con la loro intelligenza e il loro affetto, sono in grado di accorciare qualsiasi distanza, compresa quella che sovente condanna i più deboli ai margini della società.

Gli interventi assistiti con gli animali (IAA), comunemente noti come Pet Therapy, comprendono una vasta gamma di esperienze volte a migliorare la salute e il benessere delle persone con l'ausilio di "pet", ovvero di animali da compagnia. A seconda delle finalità con le quali l'animale viene coinvolto, gli interventi possono avere una valenza terapeutica, riabilitativa, educativa e ludico-ricreativa. In base agli ambiti di attività gli IAA si classificano quindi in: terapie, educazione e attività assistita con gli animali.

Alla base di queste azioni vi sono sempre gli indiscussi benefici dati dalla relazione uomo – animale. Benefici ancor più evidenti nei bambini nei quali l'animale, oltre a catturare l'attenzione, stimola l'accettazione di sé; e negli anziani nei quali si registra anche un effetto positivo sul piano fisico, oltre che psichico, in quanto i pazienti vengono stimolati a compiere attività motorie (accudimento dell'animale, passeggiate ecc.). Per questi motivi gli IAA trovano ampia applicazione nell'ambito della disabilità, fragilità, in alcune patologie della sfera fisica e psichica. Gli IAA prevedono obbligatoriamente il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare in grado di gestire la complessità della relazione uomo-animale, composta da diverse figure professionali, sanitarie e non, e operatori che concorrono alla progettazione e alla realizzazione dell'intervento, ognuno per le proprie competenze, lavorando in stretta collaborazione.

Le specie animali maggiormente coinvolte sono il cane, il cavallo, l'asino, il gatto e il coniglio. Gli animali coinvolti devono essere adulti e le femmine non possono essere impiegate durante la fase estrale, la lattazione o lo stato di gravidanza avanzata. Gli animali coinvolti inoltre devono essere valutati dal punto di vista sanitario e comportamentale da un medico veterinario. Tali valutazioni risultano fondamentali per tutelare la salute e il benessere dell'animale e garantire la sicurezza delle persone coinvolte.

In considerazione di ciò, tenuto conto delle Linee Guida nazionali per gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA) del 25/03/2015 e al fine di fornire supporto tecnico alla legge Regionale n. 11 del 18/02/2010 "norme in materia di pet-therapy



CAMBIEREI TERAPIA. PROVIAMO PRIMA CON UN SOLO CANE ...

– terapia assistita con gli animali", i Laboratori della Diagnostica Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale del Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, hanno messo a punto dei protocolli diagnostici specifici da utilizzare per verificare lo stato sanitario e benessere degli animali coinvolti in attività connesse alla "pet therapy".

I protocolli diagnostici così definiti prevedono controlli sanitari periodici, ponendo particolare attenzione alle patologie a carattere zoonosico, cioè a quelle patologie trasmissibili dagli animali all'uomo. Inoltre, dal momento che l'impiego negli IAA rappresenta per gli animali un lavoro e come tale può essere fonte di stress, si sono adottati protocolli analitici al fine di valutare il loro benessere. Sono state realizzate delle schede specifiche per ogni specie animale indicanti le patologie da monitorare e gli esami di laboratorio previsti. Le competenze acquisite e l'attivazione dei protocolli specifici proposti permette oggi di collocare l'Istituto Zooprofilattico come Ente di riferimento per la certificazione degli aspetti sanitari degli animali coinvolti nelle attività di pet therapy. La presenza di personale veterinario dell'Istituto, qualificato e specificamente formato ed esperto in IAA, garantisce il supporto tecnico specialistico per gli operatori e per i diversi aspetti igienico-sanitari relativi agli animali impiegati in tali attività terapeutiche.

** Direttore Sanitario dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta*

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE DEL PIEMONTE, LIGURIA E VALLE D'AOSTA - I. ALTARA

40 anni di salute a Torino

Mirella Calvano

I temi affrontati dalla ricerca, coordinata dalle ASL TO1, TO2 E TO3 con il contributo di istituzioni territoriali, della Compagnia di San Paolo e della Commissione Europea, sono stati innanzitutto il miglioramento della speranza di vita nell' arco di tempo dagli anni '70 ad oggi, le risorse e capacità per la salute offerte dal territorio, l'influenza dell'ambiente – aria, clima e rumore- sulla salute, l'influenza di casa, lavoro e reddito e istruzione, la qualità delle cure ecc. ecc..

Un'indagine a 360 gradi sul perché i torinesi vivano mediamente 6/7 anni di più, ma con differenze anche significative da quartiere a quartiere e con alcune fragilità ancora più evidenti a causa delle crisi di quest'ultimo decennio.

Gli studi si sono tradotti in alcuni messaggi:

- a Torino si è più uguali nella salute che nel resto d'Europa;
- l'ambiente è molto migliorato;
- la maggiore sicurezza delle strade ha fatto si che gli incidenti ed i morti per incidente siano molto diminuiti;
- la rete famigliare si conferma una risorsa da promuovere e proteggere;
- il carico di lavoro domestico per le donne sollecita ancora l'attivazione di politiche di conciliazione dei tempi di cura e di migliori servizi per l'infanzia;
- le condizioni di igiene e sicurezza del lavoro sono migliorate, ma è soprattutto la possibilità di trovare e di non perdere il lavoro ciò che ancora oggi condiziona di più mortalità e morbosità;
- il rischio di morte e quello di ricovero a Torino crescono più che proporzionalmente con l'abbassarsi del reddito;
- l'istruzione e la scuola hanno dato vita ad importanti trasformazioni del capitale umano;
- la mortalità per le malattie evitabili è diminuita di tre volte in quarant'anni grazie alla prevenzione ed alle cure (ad esempio per il diabete e lo scompenso cardiaco);
- la salute mentale dei torinesi è più spesso compromessa che nel resto della regione, sia nei casi gravi con più ricoveri per psicosi e per abuso di sostanze, sia per i disturbi minori, ad esempio con maggiore consumo di antidepressivi;
- la qualità dell'assistenza ospedaliera è migliorata;
- si è osservata una drastica riduzione della mortalità legata al parto;
- occorre programmare meccanismi di integrazione dei migranti che prevengano problemi di salute di importazione ;
- dal punto di vista dell'accesso ai servizi gli anziani e le famiglie incontrano ancora troppi ostacoli a trovare le risposte giuste nell'assistenza socio-sanitaria.

> Con la pubblicazione del volume "40 anni di salute a Torino", a cura di Giuseppe Costa, Morena Stroscia, Nicola Zengarini e Moreno Demaria, sono stati fissati alcuni punti fermi sui bisogni e sui risultati delle politiche in tema di salute in una delle grandi città italiane che, in considerazione delle condizioni socio-economiche della popolazione e del contesto cittadino, più hanno puntato sull'eliminazione delle disuguaglianze.

Il testo è ricchissimo di grafici e tabelle che consentono un esame visivo ed un immediato confronto dei dati quartiere per quartiere, indicatore per indicatore, con un'analisi dettagliata di chi sta meglio e chi sta peggio, chi migliora e chi peggiora più in fretta: conta di più chi sei, che istruzione hai, un po meno dove vivi e come sono tuoi vicini.

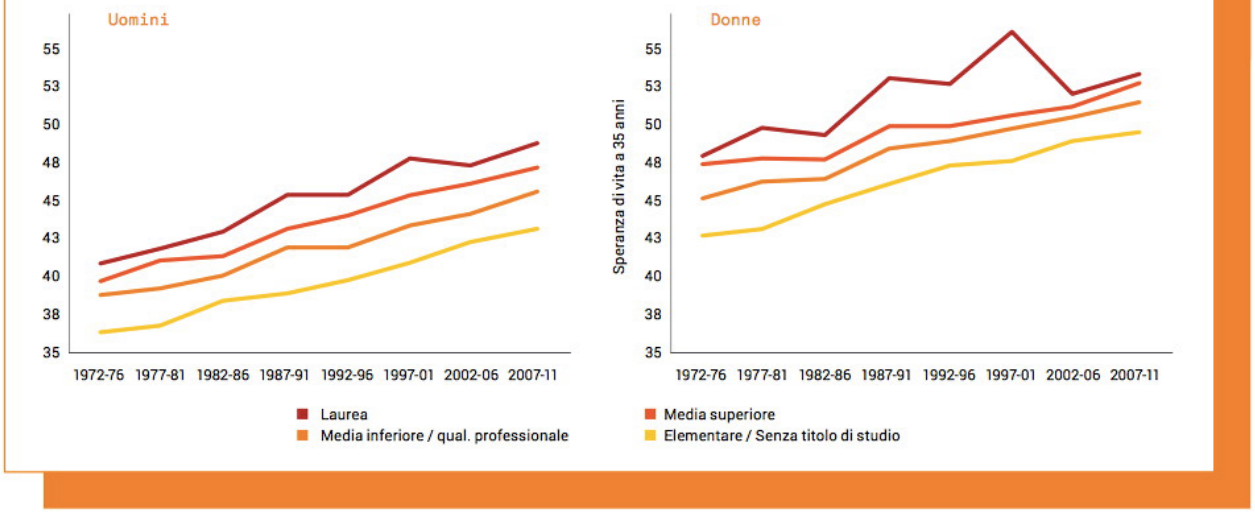
Emerge, di nuovo, che diminuisce la popolazione complessiva, ma cresce il numero delle famiglie, soprattutto unipersonali (giovani e anziani), monoparentali e coppie miste: il matrimonio protegge la salute e i coniugi hanno tassi di mortalità più bassi rispetto alle persone sole, divorziate, vedove o mai sposate.

Le disuguaglianze di salute risultano più intense nei giovani e tra i soggetti che si trovano a vivere in condizioni di sovraffollamento o di affitto sociale: l'emergenza-casa, quindi, fa sentire i suoi effetti direttamente su morbilità e mortalità.

I determinanti di salute nel corso della vita dei torinesi sono analizzati tutti con ricca bibliografia e capacità di sintesi. Quindi i decisori politici, dopo questo lavoro, possono contare su un quadro di informazioni oggettive.

Le sfide derivanti dall'impatto delle misure di austerità sulla spesa sanitaria (misure oggi in attenuazione), e dalla volontà di fronteggiare la crisi, consigliano fortemente di tenere presente "40 anni di salute a Torino", di consultarlo e di fare tesoro di quanto emerge da un passato accuratamente scandagliato per consentire un futuro migliore.

Figura 1. Andamento temporale della speranza di vita a 35 anni per titolo di studio, uomini e donne, Torino 1972 – 2011.



Dati statistici tratti da "40 anni di salute a Torino"

Salute e istruzione

Strategie e strumenti per una scuola in salute

La salute intesa come risorsa per la crescita individuale e sociale volta a realizzare il pieno sviluppo del potenziale umano comporta una concomitanza di condizioni e di opportunità di sviluppo che investe la società nel suo complesso e particolarmente alcuni settori, fra i quali, *in primis*, quelli dell'economia e della istruzione.

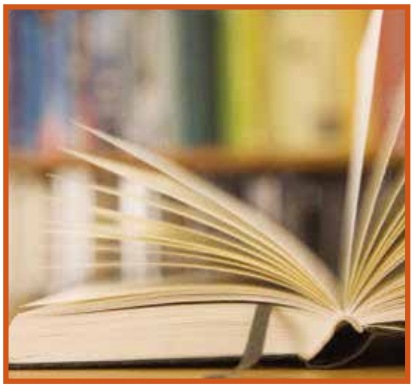
I sistemi scolastici in particolare, per il loro mandato istituzionale e professionale, rappresentano un punto di riferimento quanto mai importante e autorevole per gli allievi, soprattutto quando, attraverso la tradizionale attività pedagogico-disciplinare, riescono ad essere di stimolo per lo sviluppo di autonomia e auto-realizzazione, per il rafforzamento delle attitudini personali, per l'individuazione delle possibili risorse e supporti, dal nucleo familiare al contesto sociale di riferimento.

Le età dell'infanzia e dell'adolescenza, infatti, sono ricche di potenziale da esprimere e particolarmente sensibili ai processi di apprendimento, fra i quali l'assimilazione di conoscenze utili alla gestione della propria salute (*empowerment*), l'adozione di comportamenti e stili di vita sani e responsabili, l'acquisizione di capacità di resilienza (*coping*) contro episodi di malattia e contro le avversità della vita.

Va poi considerato che bambini e adolescenti non costituiscono solo le generazioni prossime, alle quali quelle adulte manifestano naturalmente attenzioni e cure particolari in virtù della loro veste genitoriale, parentale o comunque di vicinanza empatica: esse rappresentano anche parte di quelle generazioni future verso le quali quelle attuali sono chiamate ad assumere precise responsabilità collettive di ordine etico, come sancito dalla Dichiarazione sulle responsabilità delle generazioni presenti verso le generazioni future (UNESCO, Parigi, 1997), in virtù di un senso di solidarietà che riguarda non solo il prossimo, ma anche le generazioni future.

Le istituzioni scolastiche, nel prendere in carico bambini ed adolescenti in una prospettiva di promozione della salute, assolvono - insieme ad altre istituzioni - una funzione sociale e culturale che costituisce non solo un meritorio servizio verso la società ma è direttamente ispirata anche da valori universali intergenerazionali.

Su questo tema – istruzione e promozione della salute – l'OMS, l'Unione Europea e l'International United for Health Promotion and Education (IUHPE) hanno posta molta attenzione producendo, nel corso degli ultimi 15-20 anni, molti e importanti documenti di indirizzo che, almeno nel nostro Paese, hanno trovato riscontro nella nor-



mativa nazionale ma scarsa aderenza nella pratica.

Sulla base di questa situazione, il CIPES ha avviato una sua iniziativa di formazione sul tema della "salute" rivolta ai docenti delle scuole elementari e medie di primo e secondo grado, con l'obiettivo di presentare in modo auspicabilmente chiaro ed esaustivo il tema della "salute" e della "promozione della salute" nella scuola secondo un percorso che, a partire dai concetti di base, prosegue presentando le strategie dell'OMS e della UE per la salute (*skills education* e competenze chiave), per poi affrontare i temi della comunicazione e del benessere organizzativo nella scuola. Il percorso formativo si chiude con una presentazione delle conoscenze di base relative al *digital storytelling* quale pratica narrativa per strutturare percorsi di educazione alla salute.

Il pacchetto formativo, prima fase di un progetto che continuerà a svilupparsi già nel corso dell'anno del 2017, sarà disponibile on line a partire da maggio 2016 al completamento delle procedure amministrative avviate per l'accreditamento presso il Ministero dell'Istruzione.

G.R.

Il gioco d'azzardo

Un piacere effimero a elevato rischio di dipendenza

Paolo Barcucci*

> Il gioco d'azzardo patologico ha assunto ormai dimensioni allarmanti e in continua crescita, sostenuto da martellanti campagne pubblicitarie e dalla diffusione degli strumenti di informatica personale. E' possibile fare corretta informazione sui danni che ne possono derivare, andando oltre ai messaggi ipocriti del tipo "il gioco può causare dipendenza" che chiudono tutti gli spot televisivi?

Analizzando le informazioni dell'Agenzia delle Entrate e dei Monopoli, si evince che il "volume di gioco" in Italia è passato dai 29 miliardi di euro del 2005 ai 91 miliardi di euro nel 2015.

L'aumento di gioco indica un aumento di giocatori (consistente e costante) e conseguentemente un aumento di persone che sviluppano una patologia da gioco, di cui solo una minima parte si rivolge ai servizi di cura pubblici e convenzionati.

Il gioco d'azzardo è una dipendenza comportamentale, ovvero senza uso causale di sostanze psicotrope, il cui comportamento è però spesso correlato all'uso di sostanze psicotrope quali: tabacco, alcol, droghe, farmaci non prescritti; con un elevato tasso di patologicizzazione, in costante aumento negli ultimi 10 anni.

Il gioco d'azzardo, nelle sue numerose varianti, continua ad essere percepito dalla popolazione generale come un normale "vizio", se non addirittura (a causa di una "pesante normalizzazione" sociale e pubblicitaria), un comportamento da imitare, anche in conseguenza del fatto che vincere non è impossibile, ma solo altamente improbabile, e i rarissimi veri "vincitori", sono ampliamente pubblicizzati, diventando degli "eroi" da imitare, fatto che spinge sempre più persone verso il gioco d'azzardo.

La conseguenza di un aumento di giocatori "adeguati" (coloro che usano il gioco per divertirsi e socializzare senza che ciò interferisca in modo significativo con la propria vita), è il costante aumento quelli che manifestano compulsività e dipendenza patologica.

Il nucleo centrale della patologia sembra rintracciabile nell'atteggiamento di compulsione: "obbligatorietà" a seguire l'impulso, e quindi nell'incapacità di smettere di giocare anche di fronte all'evidenza della condizione di "perdita permanente".

Come spiegano molto bene Paolo Canova e Diego Rizzuto (un matematico e un fisico di Torino, che da anni si occupano di formazione e

comunicazione scientifica), nel loro libro *Fate il nostro gioco*, add editore, Torino 2016, quello che determina la decisione se continuare a giocare o se smettere di farlo, non è una valutazione di "convenienza" ma è governato da meccanismi psicologici che determinano il "comportamento di scelta", il tutto condizionato dal contesto socio-economico in cui vive il giocatore e nel quale la "pubblicità del gioco" ha un ruolo fondamentale nel dare informazioni scientificamente scorrette, che non consentono a chi "decide" di giocare una informazione sufficientemente adeguata a scegliere.

Nel libro è citato il lavoro di due scienziati israeliani, gli psicologi: Daniel Kahneman (premio Nobel per l'economia nel 2002) e Amos Tverrsky (deceduto sei anni prima dell'assegnazione del Nobel), fondatori di una nuova disciplina chiamata "economia comportamentale", che spiega come i comportamenti a rischio di perdita/vincita (compreso anche il "giocare in borsa") non siano condizionati da una valutazione di convenienza; questo spiega perché i giocatori problematici e ancora di più quelli patologici, siano "spinti" a proseguire il loro comportamento di gioco, anche quando l'evidenza dovrebbe convincerli a smettere.

Famiglia, amici e lavoro sono estremamente influenzati dal comportamento del congiunto "giocatore patologico", in tutti gli ambiti della vita: relazionale, genitoriale, sociale, lavorativa, economica, etc., il quale può arrivare, nei casi estremi, a diventare vittima dell'usura, con tutte le conseguenze che questo comporta, in termini di salute e di qualità della vita.

Negli ultimi anni si è rilevato che le fasce più a rischio di sviluppare una patologia da gioco d'azzardo sono gli adolescenti/giovani e gli anziani.

Un obiettivo di promozione della salute in questo settore, deve quindi essere quello di interventi di informazione e di sensibilizzazione, rivolti alla popolazione generale e alle sopracitate fasce specifiche, che spieghino correttamente il meccanismo del Gioco d'Azzardo e informino sui rischi, sulla propria e altrui salute, a conseguenza del comportamento compulsivo, che porta alla patologia da gioco, chiamata "gambling".

Il CIPES, nell'ultima assemblea dei soci, ha deciso che il tema del contrasto del Gioco d'Azzardo Patologico, deve essere un tema prioritario d'intervento per l'Associazione per gli anni 2017 e 2018.

Riconoscendo ai servizi socio-sanitari pubblici e convenzionati, il compito della cura dei "giocatori patologici", il CIPES ha deciso avviare un progetto per la realizzazione di "Sportelli di informazione e di sensibilizzazione sul Gioco d'Azzardo", da realizzare nelle circoscrizioni del Comune di Torino, dei principali Comuni dell'Area Metropolitana e in altri siti quali ad esempio: scuole, biblioteche, etc.

Il progetto che prevede l'individuazione dei luoghi di "impianto" degli sportelli, la formazione degli operatori addetti al contatto con i cittadini, l'elaborazione, la stampa e la distribuzione di materiale informativo e la realizzazione di convegni e iniziative divulgative all'avvio, durante e alla fine del progetto, ha ovviamente costi di elevati; per questo si chiederà un contributo a Fondazioni bancarie e si stanno cercando anche contributi da altre Associazioni e Privati.

Il Progetto "Sportelli di informazione e di sensibilizzazione sul Gioco d'Azzardo", coordinato dal CIPES, prevede la collaborazione con diversi partner fra i quali Gruppo Abele-Libera, Comuni, Scuole, Università, Sindacati.

** già Direttore del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL TO5 membro del Consiglio Direttivo del CIPES*

I 110 anni dell'Anpas

Croce verde Torino: uova di cioccolato a sostegno della teleassistenza e telesoccorso

Luciana Salato*

In occasione della **Fiera dell'Annunziata 2017**, in programma a **Ciriè sabato 25 e domenica 26 marzo**, la Pubblica Assistenza Anpas **Croce Verde Torino sezione di Ciriè** ha invitato la cittadinanza a visitare lo spazio dedicato alle associazioni fra via Roma e via San Ciriaco dove sono stati allestiti stand informativi e tende pneumatiche del Nucleo sanitario di Protezione civile della Croce Verde Torino.

I volontari in collaborazione con le **Dame Patronesse della Croce Verde Torino** hanno distribuito uova di Pasqua a fronte di un'offerta. Il ricavato delle uova di cioccolato va a sostegno del progetto di **Teleassistenza e Telesoccorso della Croce Verde Torino**.

La sezione di Ciriè della Croce Verde Torino ha fatto da apripista nella raccolta fondi per il servizio di Teleassistenza e Telesoccorso ai successivi appuntamenti con la distribuzione delle uova pasquali del **1 aprile** nelle piazze centrali di **Alpignano**, **Borgaro-Caselle**, **San Mauro Torinese** e **Venaria** – dove operano altrettante sezioni della Croce Verde Torino – e di **domenica 9 aprile** in piazza San Carlo a Torino.

Il 9 aprile si è svolta inoltre **"Verdeinbici"** la pedalata amatoriale dei volontari e amici della Croce Verde Torino che, partendo dalle diverse sezioni della cintura torinese, si è conclusa proprio in piazza San Carlo a Torino. L'evento è stato un'anticipazione dei festeggiamenti per i **110 anni** della Croce Verde.

Il servizio di teleassistenza, normalmente indirizzato ad anziani soli che si trovano in condizioni di fragilità e vulnerabilità, consente di mantenere un contatto amichevole e costante con la persona, anche in assenza di allarmi, e consiste in chiamate di compagnia effettuate con cadenza e orari prestabiliti. È la presa in carico di anziani a volte molto soli, bisognosi di cure e di assistenza. Persone con le quali, attraverso le telefonate vengono instaurate relazioni di vicinanza e di aiuto.

Con i fondi raccolti si potranno acquistare degli apparecchi da installare nelle abitazioni di chi ne farà richiesta che serviranno alla Croce Verde Torino per garantire agli utenti compagnia attraverso delle telefonate di cortesia e all'occorrenza fornire aiuto immediato in caso di malore.

Con il telesoccorso la persona che necessita di aiuto può azionare il tasto di allarme sull'apparecchio o sul radiocomando in dotazione. Il servizio è assicurato tramite una struttura operativa attiva 24 ore su 24, messa a disposizione da Piccoli Progetti Onlus (Piprò), la cooperativa sociale con la quale Croce Verde Torino ha stipulato un'apposita convenzione.

Gli apparati omologati sono forniti di sistema a viva voce o con radiocomando e di sistema di pronto intervento: allerta vicini, parenti, forze dell'ordine, vigili del fuoco, guardia medica.

Per informazioni: Croce Verde Torino, tel. 011-5621606.

La Croce Verde Torino, associata Anpas, grazie ai suoi 1.306 volontari e 79 dipendenti effettua oltre 76mila servizi annui. Si tratta di trasporti in emergenza urgenza 118, prestazioni convenzionate con le Aziende sanitarie locali, assistenza sanitaria a eventi e manifestazioni sportive con una percorrenza di circa 1.200.000 chilometri. La Croce Verde dispone di 53 ambulanze, 4 mezzi attrezzati al trasporto disabili e 26 autoveicoli per servizi socio sanitari e di protezione civile.

* Ufficio stampa ANPAS - Comitato Regionale Piemonte

tel. 011-4038090; e-mail: ufficiostampa@anpas.piemonte.it, www.anpas.piemonte.it

Famiglie immigrate con figli minori

Aperti due sportelli psicologici a loro dedicati

Grazie alla collaborazione tra la Struttura Complessa di Psicologia dell'ASL TO3 e il Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche dell'Università di Torino è stata avviata nel territorio dell'ASL TO3 l'apertura di due sportelli psicologici dedicati ai genitori immigrati e ai loro figli minori. L'iniziativa, resa possibile grazie ad un finanziamento della Fondazione CRT, nasce dall'esigenza di favorire il benessere psicologico degli immigrati e dei loro figli ampliando l'offerta di servizi a loro dedicati sul territorio.

Molti studi hanno evidenziato che due eventi sono particolarmente critici nel ciclo di vita dell'immigrato: la nascita dei figli e la loro adolescenza. La famiglia immigrata è costretta ad affrontare questi eventi in un Paese nuovo, spesso in grande solitudine e già 'provata' dai traumi relativi alla separazione dal Paese di origine, alla rielaborazione del progetto migratorio, nonché al non semplice processo di integrazione e adattamento socio-culturale. I cambiamenti strutturali sperimentati dalla famiglia dopo la migrazione, quali i cambiamenti della composizione e dell'ampiezza dei nuclei, la lontananza geografica dai familiari nei Paesi di origine, e la sequela di separazioni e ricongiungimenti che hanno luogo nel percorso migratorio, possono influenzarne profondamente il benessere psicologico.

Al fine di offrire alle famiglie immigrate uno specifico supporto in queste fasi critiche della vita, l'attività degli sportelli, svolta dalle psicologhe Dott.ssa Monica Rietto e Dott.ssa Silena Salmaso, e focalizzata al sostegno della genitorialità, vuole fornire alle famiglie con figli minori in cui uno o entrambi i genitori siano immigrati stranieri uno spazio di confronto e riflessione in un'ottica di integrazione culturale.

Il servizio è totalmente gratuito, gli interessati possono accedervi senza impegnativa mutualistica contattando il numero **3382816878** o scrivendo all'indirizzo **ambulatoriogenitori.aslto3@gmail.com**. Gli sportelli sono aperti con i seguenti orari: **il lunedì dalle 13.30 alle 18.30 a Venaria presso il Centro per la Famiglia- Via Nazario Sauro 31 e il mercoledì dalle 13.30 alle 18.30 a Collegno presso la Struttura Villa Rosa, via Torino 1**.

Complessivamente lo studio durerà 24 mesi: 12 mesi di presa in carico delle famiglie, 5/6 mesi dedicati al percorso terapeutico ed altri 6 mesi durante i quali verrà completato il follow-up. Obiettivi dello studio sono l'aumento della presa in carico delle famiglie straniere, il miglioramento del benessere psicologico della famiglia, e del grado di integrazione nella comunità.

Se dimostrata efficace, questa iniziativa migliorerà gli esiti di salute a lungo termine delle famiglie immigrate che avranno avuto accesso al servizio e favorirà tra di loro la cultura dell'utilizzo dei servizi di psicologia, riducendo altresì le diseguaglianze nella salute della popolazione immigrata residente nel nostro territorio.

Federica Vigna-Taglianti, Nadia Coggiola
Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università di Torino

Bruno Tiranti, Roberto Gardenghi, Concettina Butano, Monica Rietto, Silena Salmaso
Struttura Complessa Psicologia, ASLTO3

Allena la mente, se non la usi la perdi

Sara Grivet Brancot*

Fino a qualche tempo fa il deterioramento delle nostre facoltà mentali sembrava inesorabile. Sebbene sia vero che col passare degli anni il numero dei neuroni diminuisce, il vero potenziale è costituito dalle sinapsi, i punti di collegamento tra i neuroni, responsabili dell'acutezza del nostro cervello. Per mantenere la nostra mente agile e attiva è necessario svolgere attività che ci permettano di produrre nuove sinapsi e che stimolino le diverse aree del nostro cervello, proprio come la ginnastica fisica fa con i muscoli e le articolazioni.

Il fondamento scientifico su cui si basano le tecniche di stimolazione cognitiva muove dai risultati delle ricerche effettuate negli anni '50 da Rita Levi Montalcini e Victor Hamburger alla Washington University di St. Louis (USA). I due ricercatori individuarono una proteina, il *Nerve Growgth Factor* (NGF) o fattore di crescita neuronale, una neurotrofina prodotta dalle cellule cerebrali a seguito di una apposita stimolazione da parte dei neuroni afferenti.

Sulla scia degli studi iniziati oltreoceano, negli anno '80 Yves Bard del Max Planck Institute di Monaco (D) ha individuato un'altra molecola, il *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BNGF), che, a differenza dell'NGF, è presente in quasi tutto il cervello, corteccia compresa. Queste neurotrofine sviluppano e incrementano le connessioni tra le cellule, in particolare quelle dell'ippocampo, struttura sottocorticale nota per essere la sede della memoria e dell'apprendimento, e hanno la proprietà di "nutrire" le cellule e di preservarle dal declino fisiologico. Anzi, oltre a posticiparne la morte, ne aumentano le dimensioni e le preziose ramificazioni che collegano tra loro i neuroni. Questa condizione dà vita al cosiddetto fenomeno della "*plasticità neuronale*", ossia la disponibilità delle cellule a riorganizzarsi se sono sottoposte a opportuni stimolati cognitivi.

E' indubbio, quindi, che le strutture cerebrali deputate ad esprimere le funzioni mentali possano essere sviluppate e potenziate a qualsiasi età, purché l'ambiente sia in grado di fornire gli input adeguati per stimolare le aree interessate. L'esperienza comune ci conferma come sia possibile apprendere nuove informazioni, procedure e schemi comportamentali a qualsiasi età, anche in un periodo intransigente come quello senile.

Ritornando alle neurotrofine, queste non possono essere assunte

L'Associazione Assomensana (www.assomensana.it) è nata nel 2004 per individuare i meccanismi e le strategie per rallentare l'invecchiamento mentale e sviluppare e potenziare le abilità cognitive a tutte le età. In particolare:

promuove adeguati stili di vita per mantenere la mente e le abilità cognitive ad un buon livello di efficienza;

sostiene e divulga una corretta cultura del benessere attraverso l'organizzazione di convegni, conferenze, dibattiti, seminari, proiezioni di film e documenti, incontri con esperti del settore psicosociale e sociosanitario;

attiva servizi di consulenza psicologica e sociosanitaria per fornire informazioni e supporto per migliorare le abilità mentali e prevenire il declino intellettivo,

forma gli operatori che si occupano di salvaguardare le capacità mentali degli individui.

Grazie alla decennale esperienza e agli oltre 10.000 utenti trattati con la stimolazione cognitiva, l'Associazione ha messo a punto il programma di Ginnastica Mentale®, una vera e propria palestra per la mente, che mantiene ad un livello ottimale l'agilità, la flessibilità e le prestazioni del cervello.

dall'esterno ma vengono prodotte solo dalle cellule stesse. Da qui l'idea che, con opportune sollecitazioni, sia possibile stimolare specifiche aree cerebrali e potenziare e i relativi collegamenti.

Per comprendere meglio gli effetti dell'allenamento cognitivo sulle abilità mentali, abbiamo chiesto al prof. Giuseppe Alfredo Iannoccari, neuropsicologo e presidente di Assomensana, che cosa accade al nostro cervello nell'età adulta e quali criteri devono rispettare gli esercizi proposti durante gli incontri di stimolazione cognitiva. "Gli esercizi sono formulati usando schede con testi o disegni che fungono da stimolo per attivare le diverse funzioni cognitive. Le sedute sono condotte da un esperto neuropsicologo appositamente formato.

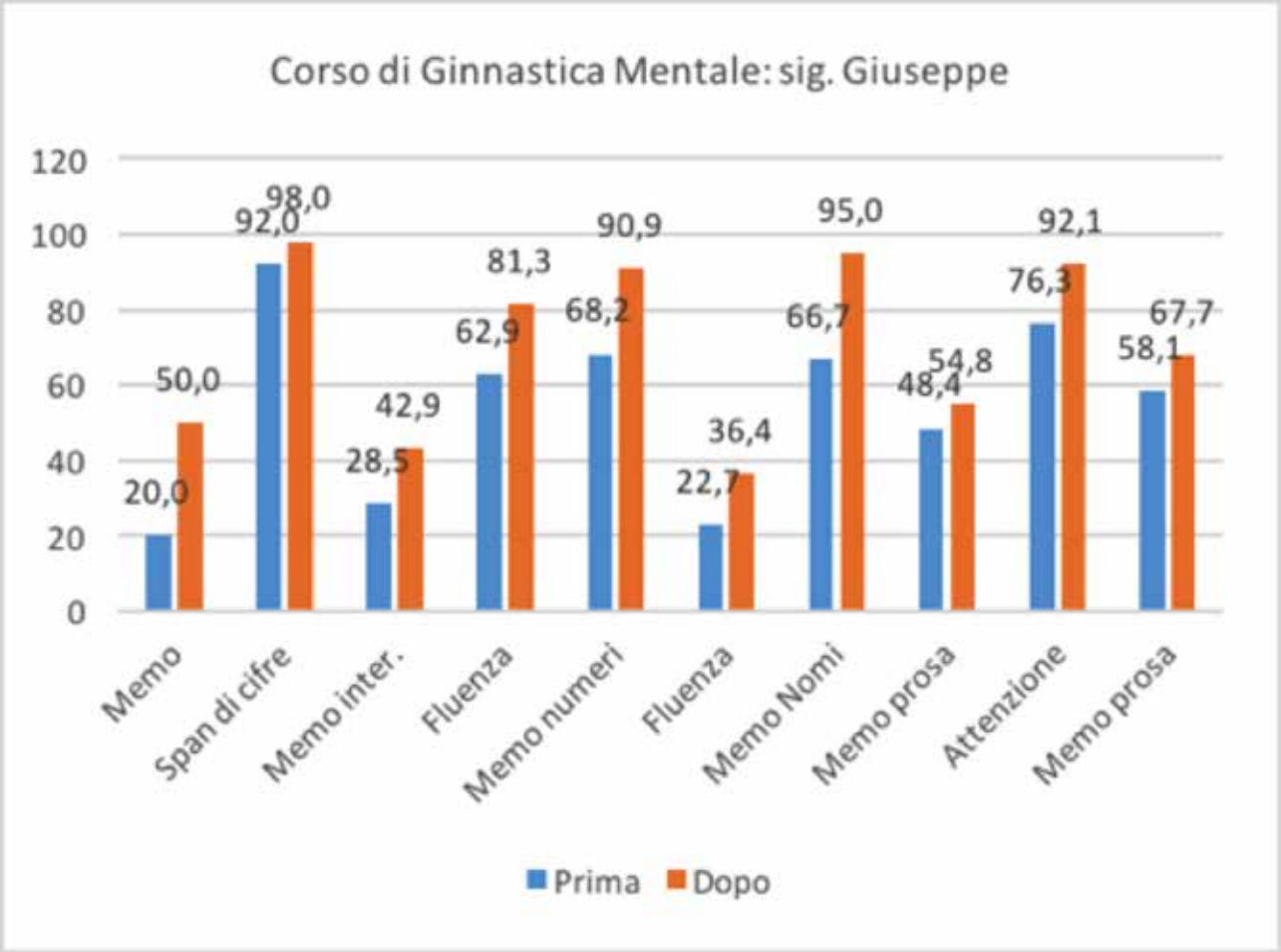
Gli esercizi sono efficaci, non richiedono una cultura specifica (sono "*culture free*") e stimolano una moltitudine di funzioni: *memoria, attenzione, concentrazione, logica, ragionamento, calcolo, creatività, immaginazione, orientamento spaziale e temporale, prassia ideomotoria, fluenza verbale, velocità di riflessi, ecc.* molto più di quanto normalmente viene utilizzato anche facendo un lavoro intellettualmente stimolante.

Nel corso delle attività di stimolazione, il conduttore fornisce spiegazioni teoriche sulle funzioni cerebrali e suggerisce quali stili di vita adottare per favorire lo sviluppo cognitivo, riferiti all'alimentazione, attività fisica, coinvolgimento sociale, ecc.

La Ginnastica Mentale® Assomensana viene costantemente verificata tramite procedure **pre-post test** che, oltre a restituire agli utenti un rendiconto grafico sulle performance delle dieci abilità cognitive stimolate, fornisce un resoconto dell'efficacia dell'intervento. Come si evince dal grafico, è possibile accrescere significativamente il potenziale cognitivo umano, migliorando le prestazioni professionali, sociali e culturali.

Inoltre, il programma di esercizi cognitivi non è solo in grado di stimolare nuove connessioni neuronali e di riorganizzare le mappe neurali, ma fa si che anche nella terza età l'apprendimento di nuove strategie di funzionamento mentale e il miglioramento delle capacità cognitive divenga un'esperienza efficace e gratificante.

(*) Psicoterapeuta cognitivo-comportamentale e brain trainer Assomensana a Torino, si occupa di valutazione e riabilitazione neuropsicologica di adulti e anziani.



I principali aggiornamenti della banca dati CeDo - Centro di documentazione per la Promozione della salute - del CIPES nel periodo marzo-aprile 2017

N. archivio	Documento
5733	Impatti e vulnerabilità dei cambiamenti climatici in Europa
5740	Guida alle agevolazioni fiscali per le persona con disabilità - gennaio 2017
5748	RFId (Radio-Fraquency Identification) in applicazioni di sicurezza - 2016
5750	Una politica della prevenzione nel progetto dei Sistemi Sanitario Regionali
5751	Thailandia, eliminata la trasmisione di HIV da madre a figlio
5752	Le politiche per Città Sane
5756	DECRETO 28 dicembre 2016, n. 265 - Regolamento recante norme in materia di manifestazione della volontà di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, in attuazione dell'articolo 6, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40.
5786	Incontinenza: la gestione dell'assistenza alla persona in Italia
5787	Proposte e riflessioni per una politica condivisa di tutela della salute e sicurezza nel settore delle energie rinnovabili - 2016
5789	Il servizio civile universale è legge dello STATO - 10 febbraio 2017
5790	Documento recante raccomandazioni ai medici prescrittori di Cannabis FM-2 prodotta dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze secondo le normative dell'UE in materia di sostanze attive, certificata GMP secondo le Good manufacturing practices dell'UE
5792	Indicatori demografici. Stime per l'anno 2016. 6 marzo 2017
5802	"CONTENERE" la contenzione meccanica in Italia - Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SDPDC - gennaio 2017
5808	DECRETO 23 novembre 2016. Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016.
5819	Infortuni e malattie professionali. DOSSIER DONNE 2017
5820	Guida Pratica sulle allergie
5821	Il ruolo dei cambiamenti climatici nelle crisi alimentari
5822	Antibiotico-resistenza: i 12 batteri più pericolosi secondo l'OMS
5823	I 5 problemi oculari causati dal fumo