

TAXE PERCUE
TASSA RISCOSSA
TORINO CMP

Sped. in Abb. Post.
Art. 2 Comma 20/C - Legge 662/96
NR. 5/97 Torino - Conto N° 323/A

anno 11 / n. 4
agosto/ottobre
2005

Promozione Salute

Notiziario del CIPES Piemonte

Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e
l'Educazione Sanitaria - Federazione del Piemonte

Ambiente e territorio Politiche e salute

Cinque anni fa, era l'ottobre del 2000, oltre metà del Piemonte faceva i conti con la furia dei suoi fiumi e dei suoi torrenti: molti morti, moltissimi i feriti, disastri e danni enormi. Poca cosa se si paragona quel disastro con quanto gli uragani hanno prodotto negli Stati Uniti e nell'Asia centrale. Tutti segni espliciti della crisi profonda del rapporto tra l'uomo, le sue attività ed il territorio e l'ambiente che trova un emblema nel cosiddetto "effetto serra" ma che possiamo cogliere in tanti episodi a cui non prestiamo attenzione perché ci appaiono come connaturati con la nostra vita quotidiana.

L'ambiente viene colpito da molte delle attività umane e con il degenerare della sua qualità aumentano i rischi per la salute delle donne e degli uomini, degli animali e deperisce lo stato del mondo vegetale in un circolo vizioso che risulta complesso interrompere. Pensiamo alle nostre città, ad esempio, ai modi con cui sono organizzate ed alla funzionalità ed alla efficienza dei servizi, anche quelli più elementari, che devono garantirne la funzionalità. Un dato: oltre il 50% della popolazione urbana in Italia non è servita da efficienti sistemi di raccolta e di depurazione delle acque luride (i casi di colera degli anni '90) mentre poco più alta è la percentuale degli abitanti che possono utilizzare efficaci, razionali e sicuri impianti di distribuzione dell'acqua potabile.



Sempre le nostre città sono un esempio di inefficienza per quanto riguarda il traffico: caotico, disordinato ed assai costoso esso è un potente aggressore dell'ambiente ed è una delle fonti di reale pericolo per la salute dei cittadini, un pessimo primato che condivide con gli impianti di riscaldamento civile e con gli impianti di produzione di calore e di energia degli impianti industriali.

Ancora nelle nostre città sono significativi gli effetti, non visibili ma non per questo insignificanti, dei campi generati dalle onde elettromagnetiche che sono un corollario di tanti elementi fondamentali per la nostra attività quotidiana (telefonia mobile, onde radio, campi delle reti di distribuzione dell'energia e degli elettrodotti,..): effetti di cui non siamo ancora in grado di valutare la portata ma che sappiamo essere aggressivi, oltre certe soglie di esposizione, per la nostra salute fisica.

E' certo complesso intervenire sulle storture che la crescita urbana ci consegna oggi e correggerne gli errori, tuttavia siamo convinti che non sempre le decisioni che vengono assunte e che peseranno nel futuro siano frutto di attenta valutazione anche in merito agli effetti sul benessere di tutti noi utenti. Errori di valutazione, storture tecniche, compromessi al ribasso ma anche mancanza di una effettiva "richiesta" in tal senso o meglio l'indisponibilità di tutti noi a pagare il prezzo di scelte diverse e più rispettose sono il retroterra nel quale è difficile separare responsabilità. A fronte di queste situazioni credo non si debba confidare soltanto nella crescita della capacità del nostro sistema sanitario di curare i nostri malanni indotti da un ambiente degradato o i nostri guai fisici generati dal malfunzionamento della "macchina urbana" (pensiamo soltanto, per citare un esempio, agli incidenti stradali originati da deficienze della rete e degli impianti stradali). Sono convinto che occorra fare un passo in avanti e chiedere, essendo anche disposti a reggere le conseguenze, che vengano via via ridotte le cause che generano malattie invalidanti, traumi e lesioni.

Occorre cioè che nella valutazione di ogni azione pubblica o privata che sia, dei suoi effetti e delle sue ricadute vengano presi in considerazione elementi che tradizional-



⇒ Segue a pag. 2

Paracultura

Siete un geometra? Vi piacerebbe che vi chiamassero paraarchitetto? Siete un perito meccanico? Vi piacerebbe se vi apostrofassero con "ah, lei è un paraingegnere!"?

Ovviamente no. Eppure è quello che accade normalmente agli infermieri, ai tecnici di laboratorio e di radiologia, ai fisioterapisti, i quali, periodicamente, si trovano ad essere qualificati dai mezzi di informazione come "paramedici".

Per non parlare di quando, per miracolo giornalistico e sempre in occasione di notizie scandalistiche, si tramutano in infermieri degli operatori tecnici addetti all'assistenza o degli operatori socio sanitari e quando le fisioterapiste diventano, non senza malizia, massaggiatrici. In campo sanitario c'è una diffusa area di lavoratrici e di lavoratori che ha difficoltà a conservare una identità professionale specifica in quanto la figura del medico è ancora quella centrale nell'immaginario collettivo. Quanti sanno che in una ASL lavorano biologi, chimici, fisici sanitari? Salvano la loro identità gli psicologi forse perché considerati medici della mente e le ostetriche perché tra di noi sono ancora molti quelli nati in casa. Ovviamente non esiste un colpevole per questi fenomeni frutto di antiche sedimentazioni culturali.

Altrettanto ovviamente si deve pensare di fare qualcosa per smuovere le sedimentazioni secolari e rimescolarle attraverso un forte impegno nel campo dell'educazione a più livelli per restituire dignità a tutte le professioni.

A partire dalle paralimpiadi, che si terranno a Torino dal 10 al 19 marzo 2006, che potrebbero chiamarsi semplicemente le Altre Olimpiadi o le Olimpiadi 2 in quanto non vi partecipano dei paratleti ma degli atleti solo diversamente abili.

Claudio Mellana

⇒ Segue dalla prima pagina

mente non vengono valutati (per lo meno con l'attenzione che sarebbe necessaria): l'ambiente, la sua qualità; la persona, la sua sicurezza, il suo benessere e la sua salute; il consumo di risorse non rinnovabili,...

E' vero che esistono leggi, norme, indirizzi che spingono a misurare con attenzione i portati delle attività a forte incidenza sull'ambiente naturale ed artificiale ma è altrettanto vero che non esiste ancora una cultura diffusa e condivisa di attenzione e di rispetto per quei valori che non hanno un immediato riscontro di carattere economico. Una cultura ed una attenzione che devono essere patrimonio non solo dei decisori pubblici e privati da cui dipendono scelte di forte rilevanza economica, sociale e territoriale ma che deve essere una ricchezza di tutti coloro che a vario titolo utilizzano o sono toccati da quelle scelte.

Una più diffusa consapevolezza dello stretto legame tra le forme di organizzazione quotidiana delle nostre attività da una parte ed i livelli di benessere e le garanzie di difesa della salute dei cittadini è la sfida che abbiamo di fronte e che dobbiamo saper vincere per garantire un equilibrio "sostenibile" tra l'ambiente e le varie forme di vita, tra le nostre attività e la nostra salute.

Carlo NOVARINO



Promozione Salute

Anno 11, n° 4 agosto/ottobre 2005

Notiziario bimestrale del CIPES Piemonte - Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria - Federazione del Piemonte. Registrazione del Tribunale di Torino N°4686 del 3/9/1994

Sede: CIPES Piemonte, Via S. Agostino 20, 10122 TORINO, tel. 011/4310.762 - fax 4310.768 - E-mail promsalute@cipespiemonte.it
cipes@cipespiemonte.it, www.cipespiemonte.it
Versamenti quote adesione: C/C Postale n.22635106; CC.n. 1692993 UniCred Banca, Agenzia 08009, (CIN W, ABI 02008, CAB 01109); Codice Fiscale 97545040012

Redazione: Mirella CALVANO Direttore Responsabile, Sante BAJARDI Direttore, Enrico CHIARA, Maria Grazia TOMACIELLO, Mariella CONTINISIO, Anna Rita MERLI, Rosy AUDDINO Segreteria

Rubriche:

Rete HPH: Piero ZAINA, Luigi RESEGOTTI;
Città Sane: Enrico CHIARA;
Scuola e salute: Guido PIRACCINI;
ASL e GOES: Mauro BRUSA, Marco BAJARDI;
Associazioni: Maria Pia BRUNATO;
Centro Documentazione: Tommaso CRAVERO;
DoRS: Claudio TORTONE, Elena COFFANO;
NEWS: Renata SIMONOTTI;
Vita CIPES: Giuseppe CERVETTO; Giuseppe SIGNORE
Sala Celli: Luigi RESEGOTTI;
CIPES Cuneo: Maria Grazia TOMACIELLO;
CIPES Sicilia: Salvatore CACCIOLA
Vignette: Claudio MELLANA, Dario MAIRANO
WWW: Marighella, Mingrone

Hanno inoltre collaborato a questo numero:

Claudio ARDIZIO, Maria Rita BARBERIS, Mauro BRUSA, Salvatore CACCIOLA, Renato CELESTE, Guido CENTO, Delia CONSALES, Ezio CRISTINA, Anna DE LUCA, Massimo DESPERATI, Giorgio DIAFERIA, Mara FANI, Marco FULCHERI, Pier Maria FURLAN, Giorgio GIUSTETTO, Domenico INAUDI, Piera MARCARINO, Chiara MASIA, Silvana PATRITO, Angelo PENNA, Rossella POLETTO, Franco RIPA, Paola REPETTI, Elena VALLANA, Guido ZINITI ASL 12,

Fotografie: Archivio CIPES Piemonte

Stampa: Tipografia Sarnub Srl Via De Gubernatis 21/A Torino, Tel 011.2297900

INVITO AI COLLABORATORI

Le notizie, gli articoli per il prossimo numero devono pervenire entro il **4 novembre 2005**, anche via FAX: 011.4310768, via E-Mail: promsalute@cipespiemonte.it (possibilmente in formato Word 6 o 7) su cartelle da 30 righe per 60 battute. SONO GRADITI FOTO, DISEGNI, GRAFICI.

SOMMARIO

- pag. 1 Sanità e Salute
- pag. 2 Paracultura, Colofon, Sommario
- pag. 3-5 Reti HPH: Ospedale e territorio; Verso un Ospedale senza dolore; Sicurezza degli operatori sanitari
- Pag. 6-8 Città Sane: Animiamo la salute; Informare, formare, ma anche fare; Fibromialgici a convegno; Stagione di moto
- pag. 9 13 Progetto abilità; ASL cuneesi per l'educazione stradale; Emergenza colombi in città; Donatori privati; Vent'anni di Promozione della Salute; Rapporto medico-paziente In medicina;
- pag.14-16 ASL 3, ASL 4, ASL 5, ASL 8, ASL12, ASL13, ASL 20 ASL 21, ASL 22
- pag. 17-18 Scuola e salute:Malessere e dispersione: che fare? Bisogna fare presto
- pag. 19 Ce Do: Schede libri, Atti della Regione Piemonte
- pag. 20-21 dai Soci: Salute e ambiente; Note per sanità in USA; La Provincia di Novara sull'Ospedale e la Salute
- pag. 22-25 Vita Cipes: GOES: promozione della salute e prevenzione in Piemonte; Asterischi di vita; Cipes alla 3 giorni del volontariato
- pag. 26 Cipes Sicilia
- pag. 27-28 Cipes Cuneo: Il 20 ottobre la Prima Conferenza della Salute; presentazione e programma

Ospedale e territorio

Giovedì 23 giugno 2005, a Biella presso l'Auditorium Eligio Botto di Città Studi, si è svolto il **Convegno Interregionale HPH Ospedale - Territorio esperienze per l'integrazione e la continuità assistenziale**, promosso dall'ASL 12 di Biella e dalla Rete regionale HPH (Health Promoting Hospitals) CIPES, con la partecipazione di oltre 200 operatori in gran parte medici, infermieri e terapisti della riabilitazione, figure professionali per le quali erano previsti i crediti formativi ECM.

Il convegno, di cui nel riquadro è riportato il programma, è stato un'importante occasione di confronto tra esperienze nazionali e regionali sul tema della continuità assistenziale e per la presentazione dell'attività svolta dal gruppo regionale della Rete CIPES HPH, dedicato all'integrazione Ospedale Territorio.

In apertura dei lavori dopo l'intervento del Direttore Sanitario dell'ASL 12 di Biella, dottor Luigi Savoia, che ha portato il saluto dell'Assessore, professor Mario Valpreda, e del Direttore Generale dell'ASL12, dottor Paolo Frascisco, è intervenuto il Presidente del CIPES, Sante Bajardi, che ha ricordato le attività del primo quinquennio (1998-2003) della Rete HPH e le iniziative dell'attuale quinquennio: molte delle proposte e iniziative lanciate dalla Rete sono diventati programmi operativi negli ospedali e nelle aziende regionali, tuttavia solo in parte tali iniziative si sono tradotte in atti formali dell'amministrazione regionale. Oggi l'obiettivo della Rete è quindi quello di collaborare più assiduamente e con continuità con l'Assessorato alla Sanità per concordare gli obiettivi e dare una più ampia diffusione e ricaduta ai risultati del lavoro della Rete. Il dottor Clemente Ponzetti, Direttore Sanitario dell'azienda USL di Aosta, ha ricordato programma e temi che verranno affrontati nella prossima Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute di Courmayeur dedicata al ruolo dell'ospedale e del distretto nella comunicazione e promozione della salute.

Il professor Marco Geddes da Filicaia, Direttore Sanitario Presidio ASL 10 Firenze, ha tracciato un quadro ampio e articolato dell'evoluzione storica del rapporto e dei confini tra Ospedale e Territorio. Per molti anni e sino a gran parte del XX secolo è prevalso il modello dell'ospedale "fortezza" chiuso e distaccato dalla realtà territoriale circostante, basti pensare che in Italia solo dalla seconda metà degli anni 30 fu consentito di aprire strutture ambulatoriali esterne all'ospedale. Negli ultimi anni, sotto la spinta delle trasformazioni del quadro epidemiologico e del prevalere delle patologie croniche nonché a seguito della crescita dei costi dei servizi sanitari, si è progressivamente affermata l'esigenza di ridurre numero e durata dei ricoveri e di differenziare e portare sul territorio i servizi sanitari. A livello internazionale, si sono affermati modelli innovativi come il sistema mutualistico della Kaiser Permanent negli Stati Uniti che, attraverso la costituzione di strutture di cure continue provviste di 40-50 specialisti medici e infermieri e l'applicazione di percorsi diagnostico terapeutici, ha consentito di ridurre drasticamente il numero di ricoveri ospedalieri. La tendenza, quindi, anche per il nostro paese è quella di andare verso un modello in cui l'ospedale rappresenta solo uno dei tasselli che costituiscono il mosaico dei servizi sanitari, un tassello importante ad alta intensità tecnologica, che tuttavia deve essere affiancato da altri tasselli altrettanto importanti che sono rappresentati dalle Residenze Sanitarie, dall'Assistenza Domiciliare e dall'Ospedale di Comunità. Gli interventi successivi hanno focalizzato l'attenzione su specifici progetti che, con diversi punti di vista, hanno affrontato il tema della continuità assistenziale. La dottoressa Fulvia Loik, Dirigente Medico Agenzia Regionale Sanità Friuli V.G., ha illustrato l'esperienza della Regione Friuli Venezia Giulia, orientata all'integrazione dei percorsi assistenziali per l'anziano fragile. Per anziano fragile si intende la persona in età avanzata con stato di salute fisico, psichico e funzionale instabile o compromesso, spesso complicato da situazioni ambientali materiali e sociali problematiche o sfavorevoli.



Allo scopo di studiare la condizione di fragilità, l'Ospedale è stato utilizzato come punto di osservazione privilegiato per intercettare e classificare in livelli diversi di fragilità la popolazione anziana. Tale classificazione è stata particolarmente sensibile nel differenziare i livelli di gravità e il rischio di morire nei 24 mesi successivi al ricovero. Il grafico 1, tratto dalla presentazione della dottoressa Loik, evidenzia infatti la crescita della mortalità al crescere del livello di fragilità. Dall'esperienza friulana è emerso che la presa in carico assistenziale (domiciliare o residenziale), concentrata sulla popolazione a più alto livello di fragilità, non sembra aver inciso significativamente sulla riduzione della mortalità, configurandosi più come un intervento di sostegno, che come una modalità di gestione in grado di modificare la prognosi dei soggetti più fragili. Alla luce di questa esperienza è necessario che i servizi discutano ed eventualmente definiscano in modo esplicito le possibili diverse finalità dell'integrazione assistenziale nell'anziano fragile: accompagnamento nelle fasi finali della vita, supporto alla famiglia, contenimento dell'ospedalizzazione, promozione delle abilità e contrasto delle disabilità, contrasto dell'istituzionalizzazione ecc.

L'architetto Luigi Robino, Direttore dell'ARESS, ha illustrato la normativa nazionale e regionale in tema di continuità assistenziale, con particolare riferimento alla DGR 72-14420 sulla continuità assistenziale, intesa come insieme coordinato di attività e interventi svolti da enti diversi di carattere sanitario e socio-assistenziale a favore di persone non autosufficienti o temporaneamente non autosufficienti, ricoverati nei reparti ospedalieri per migliorare efficacia e appropriatezza delle prestazioni, ridurre la degenza media dei ricoveri ospedalieri, ottimizzando l'uso delle risorse umane ed economiche, ridurre il numero di ricoveri ospedalieri dei pazienti fragili, con problematiche di lieve intensità, attraverso un percorso ospedale-territorio. I dottori Roberto Vola e Franco Ripa, rispettivamente ARPA Piemonte e Direttore S.C. Controllo Gestione ASL 9 Ivrea, introdotti dal dottor Silvio Falco hanno illustrato come i progetti dell'accreditamento istituzionale e volontario attraverso l'implementazione di percorsi di continuità possano favorire il processo dell'integrazione fra Ospedale e Territorio.

Ha fatto quindi seguito la presentazione dei risultati preliminari del progetto del gruppo di lavoro della Rete HPH-CIPES, dedicato all'integrazione Ospedale Territorio. Nel mese di aprile e maggio il gruppo ha inviato a tutte le ASL e ASO un questionario sulle politiche e prassi di dimissione degli ospedali regionali. Le dottoresse Carla Bena, Dirigente Medico ASL 7 Chivasso, e Maria Grazia De Rosa, Dirigente Medico ASL 17 Savigliano, hanno illustrato i risultati preliminari del questionario, ad oggi sono pervenuti 20 questionari di autovalutazione sui 36 inviati (55%). L'analisi preliminare delle risposte ha evidenziato buoni livelli di performance delle aziende per quanto riguarda la disponibilità di politiche e l'attenzione al problema della dimissione, mentre si sono osservate criticità significative rispetto alla disponibilità di strumenti operativi orientati a facilitare appropriati percorsi di dimissione e di continuità assistenziale.

⇒ Segue da pag. 3

Nel pomeriggio sono stati presentati numerosi progetti delle Aziende Regionali tutti orientati all'integrazione, le diapositive e gli abstract di queste relazioni sono disponibili sui siti dell'ASL12 e del CIPES (www.asl12.piemonte.it, www.cipespiemonte.it). Nelle conclusioni il dottor Piero Zaina, dopo aver commentato positivamente la qualità e la vivacità delle esperienze presentate, ha ricordato l'importanza della corresponsabilizzazione della Regione Piemonte non solo attraverso il contributo organizzativo e finanziario alle Conferenze HPH, ma soprattutto attraverso l'attività del Comitato Direttivo Regionale, formato da rappresentanti dell'Assessorato alla Sanità, da CIPES e dalle Aziende Sanitarie Regionali.

*Dr. Angelo Penna
Responsabile Ufficio per la Qualità
Azienda Sanitaria Locale 12 di Biella*



Il percorso verso un ospedale senza dolore (OSD)

Gruppo O.S.D. Reti HPH Piemonte e Valle d'Aosta

Cosa significa "Ospedale senza dolore"? Quale dolore? Quale modello assistenziale possiamo immaginare per promuovere un "Ospedale senza dolore"? Quali strumenti elaborare per aiutare gli operatori a tradurre nella pratica i principi di un Ospedale senza dolore?

Perché solo l'"Ospedale" senza dolore e non il territorio?

Queste sono state alcune domande poste all'interno del gruppo ultimo nato delle Reti HPH Piemonte e Valle d'Aosta, sin dalle prime riunioni nel 2003.

Lo spirito collaborativo e spontaneo che caratterizza il gruppo ha permesso di poter condividere le diverse esperienze locali e di creare sinergie ed alleanze per diffondere la cultura della promozione della salute attraverso lo sviluppo continuo della riflessione sul significato dell'ospedale senza dolore.

Grazie all'eterogeneità in termini di esperienza e di conoscenza dell'argomento dei diversi componenti del gruppo, siamo riusciti a elaborare il progetto (cosa vogliamo fare?), un documento operativo ad uso di tutte le aziende sanitarie (come vogliamo fare?), fissando delle scadenze operative per alcuni punti che riteniamo fondamentali (quali priorità? Quali sono i tempi per realizzare il progetto?).

Il progetto delle Reti HPH Piemonte e Valle d'Aosta "Il percorso verso un ospedale senza dolore".

Il progetto è stato elaborato e condiviso all'interno del gruppo nel 2003.

L'aspetto comune emerso sin dall'inizio è stato quello di immaginarci, non solo come operatori, accanto alla persona malata ed ai suoi familiari. Questa nostra posizione ci ha permesso di far emergere diverse criticità presenti oggi nel percorso che la persona vive da quando entra all'interno del Sistema Sanitario (dal

MMG, all'ospedale, alla visita ambulatoriale etc), e, forse con molta ambizione, abbiamo cercato soluzioni operative che derivano da esperienze già condotte, da proposte innovative del gruppo, da "riconoscimenti" di risorse già esistenti ma non utilizzate in modo appropriato.

Il consenso generale è stato raggiunto il particolare modo quando abbiamo cercato di rispondere al problema dei termini "Ospedale senza dolore". Siamo tutti consapevoli delle necessità di non limitare il "senza dolore" al solo contesto ospedaliero, ma estenderlo a tutto il processo terapeutico in cui si inserisce la persona con dolore, dall'assistenza della medicina generale, a quella erogata all'interno delle strutture residenziali e, soprattutto, a domicilio.

Il documento operativo presentato il 1° giugno u.s. presso il Presidio Sanitario Gradenigo è l'espressione del gruppo di lavoro, anche se il nostro desiderio è di creare una rete di animatori e di facilitatori motivati a condividere il percorso scelto, migliorandolo continuamente perché... per promuovere un "ospedale ed un territorio senza dolore" è necessario il confronto continuo ed il più allargato possibile!.

Il documento è costituito da tre parti: la prima, riporta una breve descrizione dei termini utilizzati; la seconda, i principi di riferimento secondo una logica di percorso che la persona vive all'interno del mondo sanitario; la terza, i principi che troviamo in tutti i contesti in maniera trasversale. Per ogni principio identificato, sono stati definiti degli obiettivi, degli strumenti con alcuni requisiti minimi da prevedere nella loro elaborazione.

La logica che abbiamo voluto seguire è stata quella del percorso che la persona compie all'interno del Sistema Sanitario: dall'accoglienza, alla pianificazione delle cure, al comfort in un'ottica di multiprofessionalità, di continuità assistenziale ospedale - territorio e di integrazione sociosanitaria.

Tra i principi di riferimento, abbiamo voluto sottolineare l'importanza dell'empowerment del paziente e della famiglia vista quest'ultima come risorsa, e della formazione come strategia per diffondere la cultura della presa in carico della persona con dolore. Prossimamente sarà disponibile sul sito internet della Cipes Piemonte (www.cipespiemonte.it) in una sezione dedicata al nostro progetto, il materiale elaborato ed alcune risorse utili per approfondire il tema.

Quali passi vorremmo condurre insieme a...

La riunione del 1° giugno è stata molto positiva perché ha posto le basi per una collaborazione allargata delle diverse ASL/ASO che, con entusiasmo, hanno manifestato l'interesse e la motivazione a "prender parte" ai lavori.

La Cipes Piemonte ha accolto la nostra proposta di creare uno spazio sul sito internet da dedicare al Progetto. Al più presto verranno fornite indicazioni più precise sulle modalità di richieste informazioni, collaborazioni etc.

Siamo una piccola goccia nell'oceano...ma ci auguriamo di ricevere tante proposte e suggerimenti!

Ci vediamo a Courmayeur!

Autore

Coord. Franco Ripa, Direttore S.C. Controllo di Gestione, ASL 9 - Piemonte; Anna De Luca, Direttore S.C. Terapia Antalgica, ASO San Giovanni Battista Torino

Carla Bena, Direttore S.C. Cure domiciliare, ASL 7 Piemonte
Ferdinando Cadregari, Dirigente medico Anestesista e Rianimazione, ASL 21 Piemonte

Sabrina Grigolo, Coordinatore infermieristico, Direzione Sanitaria Presidio Sanitario Gradenigo di Torino

Enrica Guglielmotti, Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione, ASL 4 Piemonte

Barbara Mitola, Dirigente medico, Direzione Sanitaria, Presidio Sanitario Gradenigo Torino

Lorenzo Pasquariello, Dirigente medico Anestesia e Rianimazione, Azienda USL Valle d'Aosta

Silvana Romano, Dirigente Infermieristica, ASL 21 Piemonte

Migliorare la sicurezza degli operatori sanitari

Il 16 giugno 2005 a Verbania, presso l'auditorium dell' ITIS "L. Cobiainchi" si è tenuta la prima riunione regionale organizzata dal Gruppo HPH "salute e sicurezza degli operatori sanitari".

L'evento, accreditato ECM n. 3063-33353 grazie al contributo dell'ASL 14, aveva come titolo "La valutazione del clima aziendale come strumento per migliorare la sicurezza degli operatori sanitari". La riunione ha costituito il momento conclusivo di un intenso dibattito svolto all'interno del gruppo HPH sopraccitato, che ha evidenziato come presso le Aziende sanitarie emerga un disagio diffuso tra gli operatori che vi lavorano.

Cause importanti di questo disagio sono probabilmente le nuove esigenze organizzative e tipologie di contratto di lavoro, che accrescono la competizione professionale tra gli operatori.

In questo contesto ogni Azienda sanitaria dovrebbe preoccuparsi della prevenzione e del controllo delle situazioni di disagio in ogni ambito professionale, favorendo la comunicazione interpersonale e reprimendo comportamenti anomali, che possono configurare vere e proprie situazioni di mobbing.

Avviando percorsi di ascolto e di coinvolgimento dei lavoratori si possono prevenire situazioni di disagio psicosociale, migliorando di conseguenza la qualità e l'efficienza del servizio (ben-essere dell'ente), strettamente correlata al "ben-essere" dei propri lavoratori. Alla presenza di un numeroso pubblico, dopo i saluti del Direttore Generale dell'ASL 14 dott. Mario Vannini e di Sante Baiardi del CIPES, si è svolta la prima sessione, moderata dal dott. Sandrini, avente come tema "Salute e sicurezza degli operatori sanitari: i progetti nella Regione Piemonte".

Piero Zaina, coordinatore della rete HPH piemontese, ha brevemente riassunto l'esperienza della rete stessa, ricordando obiettivi e risultati conseguiti dai sette gruppi HPH finora costituiti nella regione. In particolare il progetto HPH "Salute e Sicurezza degli operatori sanitari" è stato esposto dal sottoscritto a nome di tutto il gruppo di lavoro, che ad oggi conta l'adesione di 8 aziende ASL e dell'ASO di Alessandria.

E' stata esposta in sintesi la storia del progetto, avente tra gli obiettivi principali la prevenzione dei rischi lavorativi correlati all'organizzazione delle strutture sanitarie.

Si è partiti pertanto dalla prevenzione del burn out, ottenibile attraverso la riduzione del disagio lavorativo presso le strutture ospedaliere, dove le problematiche dal piano prevalentemente personale finiscono per essere inevitabilmente spostate sul piano organizzativo. La struttura ed il modo in cui viene gestita vengono pertanto identificati quali principali cause del malessere: ne conseguono estraniamento emotiva dal lavoro, perdita di energia e di motivazioni a fare e a lavorare bene.

E' stato pertanto messo a punto, in collaborazione con l'Università di Parma, un questionario per un'indagine sul clima lavorativo nelle strutture ospedaliere; nel contempo sono partite diverse iniziative formative volte ad assicurare gruppi di ascolto e di sostegno presso le Aziende partecipanti al progetto. Il dott. Garufi dell'ASL 14, componente del gruppo HPH, ha completato l'intervento esponendo quanto in Regione Piemonte si sta facendo nel campo della Medicina del Lavoro, in particolar modo in campo formativo dove è all'opera uno specifico gruppo di lavoro.

E' seguita una breve discussione, caratterizzata dall'intervento del responsabile del dipartimento di prevenzione dell'ASL 14, che ha sottolineato la necessità di un linguaggio comune e scientificamente preciso in un campo dove la confusione terminologica rischia di non chiarire gli obiettivi e pertanto può determinare il fallimento delle iniziative.

Dopo una breve pausa, è iniziata la seconda sessione., moderata dal collega. Garufi, dal titolo: Rapporti tra Clima aziendale e salute e sicurezza degli operatori sanitari

Il prof. Claudio Palumbo, psicologo dell'Università di Parma, ha esposto i principi guida e la metodologia che vanno utilizzati per

un'analisi del clima aziendale, riferita all'insieme delle percezioni complessive che i soggetti hanno del loro ambiente organizzativo (interpretazione del contesto mediata da elaborazioni psicologiche e da disposizioni personali).

Il clima può variare molto in relazione alle diverse aree della medesima organizzazione e ha notevoli effetti sulla socializzazione degli appartenenti al gruppo di lavoro, sulla loro soddisfazione e motivazione lavorativa e, in definitiva, sulla produttività e sulla qualità dei servizi. Nel contesto sanitario, l'analisi del clima organizzativo riveste un'importanza particolare proprio per la specificità del servizio erogato. Il cliente della struttura sanitaria vive l'esperienza della diagnosi e della cura come parte attiva; i motivi della sua presenza nella struttura lo rendono particolarmente sensibile alla qualità del trattamento ricevuto in termini di attenzione e presa in carico. Il paziente "respira il clima" dell'organizzazione, perché egli stesso ne fa parte nei momenti di necessità; la qualità delle condizioni lavorative è pertanto direttamente percepibile dal paziente. Il clima organizzativo si pone quindi come una misura globale della qualità del processo lavorativo.

Successivamente la dott. ssa Ruvolo dell'ASL 20, ha evidenziato in modo chiaro e sintetico le difficoltà e le opportunità relative alla promozione della salute psicosociale degli operatori sanitari, mentre il dott. Gambarotto, Medico Competente ASL 14, ha appassionatamente ricordato il decisivo apporto della figura del Medico competente nella prevenzione del disagio lavorativo, auspicando la messa a disposizione di strumenti idonei a cui poter fare ricorso nel caso si identifichino operatori a rischio di burn out.

Dopo la pausa per il pranzo, si è aperta la terza sessione: **Esperienze di analisi del Clima aziendale in Piemonte**, moderata dalla dott.ssa Ciaceri dell'ASL 19.

Il dott. Mellana, psicologo dell'ASL 19, ha brillantemente esposto i risultati di una indagine svolta tra gli operatori sanitari di Asti in vista dell'apertura del nuovo ospedale, evidenziando le principali preoccupazioni degli operatori sanitari, espresse direttamente o attraverso l'uso di metafore, aggettivi o similitudini. Il nuovo ospedale genera poca ansia tra la Dirigenza, mentre i professionisti del Comparto sembrano manifestare tutta la gamma delle possibili reazioni ansiose, soprattutto per la dimensione della futura organizzazione del lavoro: a questo proposito solo il 20% del personale si dichiara sereno e circa il 50% si dichiara molto preoccupato, mentre molto meno problematiche sono considerate la struttura fisica e le nuove tecnologie. L'analisi conferma lo stretto rapporto tra disagio lavorativo e struttura organizzativa, ancor meglio evidenziato dalla complessa indagine multicentrica promossa presso le ASL 14, 19, 20 e l'ASO di Alessandria. A tal proposito, il già citato prof. Palumbo ha esposto i principali risultati dell'elaborazione di circa 1400 questionari che interessavano tutte le categorie professionali presenti nelle strutture ospedaliere.

I risultati sono riassunti in un libro, tra breve disponibile in commercio: in sintesi in tutte le quattro aziende, con valori più o meno accentuati, si è evidenziato come tra gli operatori sanitari vi sia un'opinione molto favorevole nei riguardi della propria professionalità ed un contemporaneo disagio nella comprensione degli obiettivi e dei meccanismi organizzativi aziendali.

I risultati collimano con analoghe indagini svolte in Piemonte e in altre Regioni, e ci dicono come sia possibile, facendo leva sulla professionalità, eliminare o quantomeno attenuare i sintomi di disagio lavorativo che emergono da alcune risposte fornite dagli operatori sanitari.

La riunione si è conclusa con un'interessante tavola rotonda cui hanno partecipato i Direttori Generali delle quattro aziende coinvolte nell'analisi organizzativa, preceduta dall'intervento del dott. Peracchio, responsabile SPP dell'ASO Alessandria, che ha ricordato ai Direttori Generali la necessità di analizzare ogni tipo di rischio, compreso quello di natura psicologica, nel proprio contesto lavorativo, evidenziando anche come la più recente Normativa preveda la necessità di prevenire il fenomeno del mobbing e prevedendo una futura intensificazione delle richieste dei lavoratori su

⇒ Segue da pag. 5

questo scottante problema.

Sulla base di queste affermazioni e della richiesta del sottoscritto sulla possibilità o meno di intervento sui Dirigenti, anche di secondo livello, spesso identificati come causa del disagio lavorativo dei rispettivi collaboratori, i dott.ri Vannini, Di Santo, Vogliolo e Tofanini (rispettivamente direttori generali delle ASL 14,19,20 e ASO Alessandria) hanno sottolineato il reciproco impegno, testimoniato dal coraggio di sottoporsi ad un'indagine di soddisfazione da parte dei rispettivi operatori sanitari, nella complessa tematica delle relazioni con il Personale.

Si è realisticamente concluso che la statura clinica di alcuni dirigenti è condizione indispensabile per il funzionamento delle strutture ed il raggiungimento degli obiettivi di salute dei pazienti: tutto questo condiziona pesantemente le possibilità di intervento su vere o presunte carenze relazionali ed organizzative del dirigente. L'unica strada sembra essere la formazione continua, ostacolata peraltro dallo scarso tempo a disposizione, in stretta competizione con un'attività lavorativa sempre più frenetica ed intensa.

I Direttori hanno inoltre condiviso molte perplessità sul fenomeno del mobbing, che rischia di diventare uno strumento di ricatto nei confronti dell'Organizzazione, soprattutto in un contesto dove il dibattito giudiziario vede di regola soccombere il punto di vista della direzione aziendale.

L'auspicio finale è stato quello di poter coinvolgere tutto il personale Dirigente, facendogli prendere coscienza del ruolo decisivo che le relazioni personali e l'assetto organizzativo hanno nel determinare il benessere od il malessere degli operatori sanitari.

Nel dare appuntamento all'anno prossimo per una riunione sul tema dell'ergonomia, colgo l'occasione per ringraziare, a nome di tutto il gruppo HPH, il CIPES nella figura del suo Presidente ed il Direttore Generale ed i colleghi dell'ASL 14, senza i quali l'evento non si sarebbe potuto svolgere.

Massimo Desperati

Animiamo la salute!

Martedì 26 luglio si è tenuto presso la Circo-scrizione 5 un incontro di presentazione del progetto URB-AL e del primo corso di formazione per animatori di salute.

Dopo la relazione introduttiva del Presidente del Forum della Salute sono stati presentati i questionari sperimentali creati e raccolti grazie alla collaborazione con alcune associazioni locali (Antea, Auser, S. Vincenzo, Unire) e elaborati grazie al contributo di due stagisti in attività presso la Circo-scrizione e di una giovane neolaureata disposta a cooperare alle attività del Forum della Salute. È seguita la presentazione del corso di formazione per "animatori di salute" i cui compiti saranno quelli di preparare, proporre, elaborare, interpretare strumenti di ricerca locale, come i questionari; conoscere gli elementi più semplici e necessari di quella parte della pubblica amministrazione finalizzata a dare una risposta di cura alle persone, come il sistema dei servizi sanitari e quello socio assistenziale; promuovere, animare, rendere coesi, motivare gruppi attivi sul territorio destinati a costituirsi come presidio locale permanente finalizzato alla rilevazione ed all'intervento nei confronti del bisogno e ad agire secondo le metodologie e finalità di un'azione di promozione della salute.

Sono state successivamente fornite notizie di aggiornamento sullo stato di attuazione del progetto internazionale URB-AL Europa America Latina finanziato dall'Unione Europea, intitolato "Boulevard. Percorsi di Salute" da attuarsi presso la Circo-scrizione 5 e finalizzato alla creazione di un centro cittadino per la promozione della Salute e la prevenzione dei rischi collegati a stili di vita poco sani. Il centro avrà valenza sovra zonale, prevede azioni locali ma anche la disponibilità a produrre un forum internazionale oltre che azioni informative, formati-

ve, di raccolta e gestione dati di provenienza anche extra circo-scrizionale e sarà perciò reso disponibile alla città ma anche a provincia, regione, università, enti pubblici e privati attivi nella promozione della salute. Soci del progetto sono la città di Bilbao (Spagna), Montevideo (Uruguay), Ate (Perù), Rosario e Impades (Argentina). Il Progetto prevede un finanziamento complessivo di circa un milione di Euro di cui circa 400.000 per la Circo-scrizione 5 in quanto capofila internazionale.

Delia Consoles

Informare, formare, ma anche fare

Probabilmente è la strada da seguire...

Ci rendiamo conto che necessita una più ampia divulgazione di Città Sane e che probabilmente è opportuno investire in maggior misura in un progetto di informazione/formazione.

Alcuni riferiscono che, per quanto il progetto Città Sane sia affascinante e condivisibile, riesce difficile immaginarne un'applicabilità nel contesto reale, fatto di ambascie quotidiane, di conflitti settoriali e personali, di molte altre cose da fare.

Effettivamente gli obiettivi sono ambiziosi e di largo respiro, e qualche volta non ci si sente all'altezza di affrontare una sfida così importante. Qualcuno sostiene che si tratta di un modello teorico, che forse potrà essere vantaggioso per qualche pubblicazione o per qualcuno, ma quel che serve è la produzione di fatti, più che di parole.

Come facciamo a colmare la distanza fra teoria e pratica?

Città Sane va avanti, e come tutte le iniziative che crescono e si formano nel tempo, incontrano momenti di entusiasmo, di rallentamento e talvolta qualche ostacolo.

Le grandi idee non bastano di per sé: oltre a crederci occorre alimentarle, rinforzarle, rivitalizzarle, diffonderle, renderle praticabili a tutti i livelli di cultura.

In alcune realtà nazionali il progetto Città Sane permea il Piano Sanitario Regionale e certamente un supporto istituzionale facilita il lavoro delle periferie.

A livello locale alcuni territori sono più vivaci di altri, e conoscere che cosa accade è utile per raccogliere esperienze e suggerimenti di chi ha potuto esprimere e visibilizzare la propria realtà. Nel territorio torinese l'esperienza della Circo-scrizione 5 può fornire molti spunti utili all'avvio o al rinviamento di azioni di altri territori.

La partnership avviata fra l'ASL 2 di Torino con le Circo-scrizioni 2 e 3 ha consentito di produrre il Profilo di Salute, ma anche di avviare alcune azioni in cooperazione, a sostegno dell'integrazione socio sanitaria. Si tratta di un imparare facendo, in cui si condividono i problemi e si definisce come affrontarli insieme, a partire dai micro-sistemi. Un esempio è stato il progetto di collaborazione del volontariato e delle Circo-scrizioni 2 e 3 per cooperare nell'accoglienza/informazione dei cittadini presso il settore protesica dell'ASL.

Oggi si sta riflettendo sulla divulgazione del progetto Città Sane ai diversi attori del tessuto sociale, per individuare obiettivi comuni su cui lavorare interdisciplinariamente.

Entro la fine dell'anno è previsto un corso di formazione provvisto di crediti ECM per i medici di medicina generale, finalizzato innanzitutto all'informazione sul progetto, ma anche ad individuare il ruolo dei medici di famiglia all'interno di una cooperazione intersettoriale.

Questi sono fatti. Forse non è molto, certo si può fare di più... ma Città Sane richiede che tutti siano attori, e che la partecipazione significa anche mettere a disposizione quel che si sa, o che si ha, in un unico contenitore... se ci aspettiamo che terzi facciano "qualcosa" non stupiamoci se questi aspettano che "altri" agiscano!

Mara Fani

Fibromialgici a convegno

Sabato 17 settembre si è tenuto presso l'Hotel Royal il primo meeting della sezione piemontese dell' AISF (Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica) che, alla presenza di un numeroso pubblico di malati, operatori sociali e sanitari, politici, ha illustrato la natura, le caratteristiche, gli effetti e le necessità della sindrome fibromialgica (FSM).

L'incontro è stato promosso e coordinato dalla sig.ra Simona Stella che, insieme a Paola Giovanetti coordinano l'Associazione piemontese.

Presenti il vicepresidente del consiglio regionale, Roberto Placido, il consigliere provinciale Matteo Palena, relatore presso il consiglio provinciale di un'interpellanza sulla sindrome, accolta positivamente dall'assessore alla sanità e politiche sociali Eleonora Artesio, il consigliere comunale Giuseppe Borgogno, la consigliera circoscrizionale Paola Bragantini.

Fra i Relatori, rilevante è stato l'intervento del Dott. Carignola (Reumatologo dell' Ospedale S Luigi) e di interesse gli apporti del Dr. Yousef (medicines alternative), oltre che dei referenti dell'Associazione CFS di Pavia (Sig.ra Ardino) e della regione Liguria (Sig.ra Pera).

È anche intervenuto, come rappresentante della rete Città sane, il coordinatore E. Chiara.

La Sindrome Fibromialgica così come la Sindrome da Stanchezza Cronica (Chronic Fatigue Syndrome) appartengono a un gruppo di malattie genericamente classificate come "reumatologiche" in cui sembrano intervenire più fattori causali, coinvolgenti il sistema psico-neuro-endocrino-immunologico.

In alcuni Stati del mondo, così come in alcune regioni italiane, sono state riconosciute come invalidanti.

Ciò che però ci può interessare, vista la natura delle nostre pagine, non è tanto la visione clinico-assistenziale della malattia, quanto gli aspetti più genericamente "sociali" e quelli metodologici che possono condurci a un breve ragionamento su cosa sia un approccio secondo un criterio tecnico-clinico basato sulle evidenze e orientato "ai servizi" e uno "alla salute".

L'evidenza clinica necessita spesso di parametri facilmente misurabili, di "indicatori" o "marker" di malattia rintracciabili nel paziente tramite esami ematochimici o strumentali. In assenza di questi (solo di recente, nel caso della FSM si sono individuati degli anticorpi, gli Anticorpi Anti Polimerici, che sembra siano in grado di identificare oltre la metà dei fibromialgici), tutto è lasciato alle opinioni. Il che non vuol dire che un fenomeno non esista o una malattia non vi sia, ma che possono variare le sensibilità diagnostiche a seconda delle "scuole di pensiero" o delle convenienze politiche, della "forza" rappresentativa delle associazioni di malati, o, infine, della disponibilità di risorse erogabili nei settori di competenza.

Ci è accaduto spesso di sostenere che la promozione della salute non necessita di uno stato di salute "sano". La promozione della salute riguarda anche chi vive già l'esperienza della malattia, ma non per questo ha minor diritto a poter godere del massimo della capacità personale a rimanere il più possibile autonomo, capace, abile. È proprio questa la circostanza in cui non è possibile confondere promozione con prevenzione. La promozione della salute prescinde, pur senza escluderle, le evidenze scientifiche sanitarie perché agisce non settorialmente, occupandosi dell'intera persona. Una diminuita capacità sociale, relazionale, lavorativa, decisionale influiscono sulla salute indipendentemente dal grado di accertabilità oggettiva secondo parametri standardizzati e, di conseguenza, indipendentemente dal grado di "attribuzione nosografica", di classificazione clinica, del fenomeno.

Del resto non è raro il caso di patologie riconosciute "a posteriori" o di problemi di disagio fisico, psichico, sociale non ritenuti meritevoli di alcuna forma di sostegno o perché "troppo nuovi" e, quindi, non ancora inseriti nel nomenclatore dei quadri riconosciuti o, ancora, perché "invisibili" ai criteri valutativi



utilizzati. È questo, ad esempio, il caso di molte "nuove povertà", le "povertà grigie", dove la compromissione di status non trova quantificazione negli abituali parametri utilizzati dai sistemi burocratico-amministrativi, quasi sempre fortemente orientati a valutare la povertà in misura del reddito e, comunque, secondo criteri scarsamente qualitativi.

Di sindrome fibromialgica si muore poco ma si soffre molto e la sofferenza non figura nelle tabelle ministeriali. Forse ricorrendo alla classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health) promossa dall'OMS nel corso dell'assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2001, creata da 65 Paesi, tra cui l'Italia, e sottoscritta da 191 Paesi, classificazione che propone un approccio multidisciplinare alla compromissione dello stato di salute e alla disabilità, anche la Sindrome Fibromialgica potrà trovare pieno e condiviso riconoscimento.

A questo proposito, ricordando come l'ICF non sia un enunciato di principi ma uno strumento tecnico di valutazione (come tanti altri usati dall'OMS ma da noi poco in auge, vedi il DALYS e il "carico di malattia-BOD" vs. morbosità e mortalità), ci piace sottolineare come prenda in considerazione anche dei fattori, definiti "contestuali", a loro volta suddivisi in ambientali e personali, questi ultimi suddivisi in "facilitatori, barriere, capacità, performance" che si aggiungono a tutta una serie di parametri più specificatamente inerenti la limitazione dell'attività o disabilità e la restrizione della partecipazione o handicap, che interessano "selettivamente" la persona.

Non ci resta che auspicare che un mutamento ormai necessario nei criteri di valutazione quali-quantitativa del bisogno, contribuisca a vedere sanate tutte quelle condizioni non ancora definite e, quindi, lasciate all'incertezza della Fortuna, della Provvidenza o, più frequentemente, della diversa possibilità offerta dall'appartenenza a una più avvantaggiata categoria reddituale, culturale, sociale.

Enrico Chiara



Stagione di moto, stagione di attenzione alla sicurezza stradale

Come tutti gli anni, a partire dalla primavera, i giornali riportano con impressionante frequenza e ripetitività notizie di incidenti stradali che coinvolgono i motocicli. Si tratta di notizie drammatiche ed angosciose perché coinvolgono ragazzi nel fiore degli anni che spesso stanno cercando un divertimento, una forma di evasione o semplicemente si spostano in libertà. Non è facile abituarsi a queste notizie pensando al prezzo, in termini affettivi, pagato dalle famiglie.

Che spostarsi in moto sia più pericoloso rispetto ad all'utilizzo di altre modalità di trasporto è noto; la sicurezza passiva ed attiva offerta da mezzo è di basso livello, le strade non sono progettate per il traffico motociclistico e infine la commistione di flussi di traffico diversi costituisce un elemento di difficile convivenza. La figura che segue (tratta da Safer Roads, KW Ogden, Avebury, 1997) riporta la pericolosità relativa, o meglio il rischio, di diverse modalità di trasporto espresse in morti per 100 milioni di ore di viaggio; dall'esame dei dati si possono identificare tre classi di pericolosità a parità di ore di viaggio: le modalità collettive ed quella individuale su quattro ruote relativamente sicure; la fascia degli utilizzatori "vulnerabili", cioè piedi e bicicletta, che sono a rischio elevato ed infine le moto che presentano un rischio estremamente alto. Se confrontiamo la pericolosità della moto con l'auto otteniamo un fattore relativo uguale a circa 30 volte!

L'indicatore di rischio descritto da Evans va letto con particolare attenzione perché si discosta dai modi canonici di misura

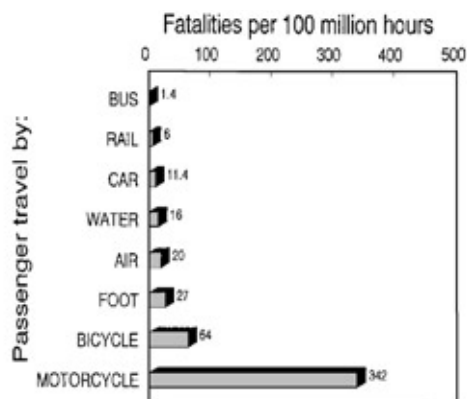


Figure 1.1 Fatal accident rates for selected transport activities (UK)
Source: Evans (1994).

della sicurezza stradale, per comprenderlo meglio in termini relativi basta ricordare che, sempre per il Regno Unito, l'indicatore relativo allo "stare a casa" era pari a 2,6 mentre "stare al lavoro" era pari a 0,9.

Al di là della statistica, sempre fredda e soprattutto da interpretare, e al di là dell'emotività o di affermazioni semplicistiche, analizziamo alcune componenti del fenomeno con l'obiettivo di trarne delle indicazioni che possano essere utili ad aumentare la consapevolezza del rischio e, come fine ultimo ridurre, l'incidentalità. Per avvalorare le considerazioni fatte ci appoggiamo ai risultati del progetto europeo MAIDS che dal 1998 al 2004 ha analizzato, sotto molteplici punti di vista, più di mille incidenti che hanno coinvolto le moto.

In primo luogo analizziamo le cause, come sempre il fattore umano ha la prevalenza (87,5% degli incidenti è imputabile al fattore umano) ma subito emerge un elemento importante i fattori umani si distribuiscono secondo in due componenti: la prima formata dai guidatori delle moto stesse: 37,1%, la seconda dai guidatori degli altri mezzi coinvolti 50,4%. Questo dato fa riflettere, i fattori umani riscontrati nei incidenti sono riconducibili a

quattro tipi di errore: di percezione, di comprensione, di decisione e infine di reazione; la mancata percezione è l'errore più frequente, inoltre è stato rilevato che i conducenti di autovetture che non guidano le moto presentano una percezione più bassa rispetto a conducenti abituati a guidare sia le autovetture che le moto. Emerge una prima conclusione: la commistione di traffici diversi costituisce un fattore di rischio, chi non guida la moto ha difficoltà a percepirla all'interno del flusso di traffico. Il secondo fattore studiato è la strada alla quale viene imputato una quota di responsabilità pari al 7,7% suddivisa in due parti: il progetto della strada e la manutenzione. Le strade non sono progettate per il traffico delle moto, le strade non sono progettate per "perdonare" gli errori dei guidatori, in altre parole: le strade non sono circuiti nati per le moto. Il terzo fattore rappresentato dal veicolo è risultato poco rilevante con una quota pari allo 0,7%.

Parlare di moto significa anche parlare di due mondi diversi, due modalità di utilizzo: la mobilità urbana dove primeggiano i motorini e la mobilità extraurbana dove prevalgono le moto di cilindrata più elevata. L'area urbana e quindi le piccole cilindrature (50 cc) generano la quota maggiore di incidenti pari al 42,7% mentre le grandi cilindrature (maggiore di 500cc) presentano un tasso pari a 35,4%; gli incidenti che coinvolgono le grandi cilindrature sono più eclatanti, appaiono sui giornali, ma sono meno numerosi di quelli che coinvolgono i motorini che sono generalmente guidati da persone molto giovani.

La componente velocità è stata analizzata per classi di 10 chilometri orari, quella più frequente (14,7%) è relativa ai 40 km/ora, il gruppo compreso tra i 40 ed i 70 km/ora è responsabile di circa il 50% degli incidenti mentre la classe "maggiore di 100 km/ora" costituisce un gruppo a parte responsabile del 21%. Troviamo pertanto anche nella analisi delle velocità i due gruppi riconducibili rispettivamente alle piccole ed alle grandi cilindrature cioè ai due mondi della mobilità su due ruote.

Un dato significativo è costituito dall'età degli incidentati in rapporto alla fattore di uso della moto cioè ai chilometri percorsi; è interessante rilevare che fino ai 17 anni l'incidentalità è proporzionale al numero dei km percorsi, tra i 18 ed i 25 anni aumenta il numero di incidenti a parità di chilometri ad indicare un'area di rischio elevato, a partire dai 26 anni il tasso di incidentalità tende a diminuire in proporzione all'età. Con l'età aumenta l'esperienza, la consapevolezza del rischio e pertanto vengono favoriti comportamenti virtuosi.

Riassumendo si è visto che il fattore umano è il più rilevante tra le cause dell'incidentalità seguito dal fattore strada; la mobilità urbana, quella soddisfatta dai motocicli, è soggetta ad un numero maggiore di incidenti, la mobilità extraurbana produce incidenti gravi ma in minore quantità, la velocità è un fattore di rischio ma anche a bassa velocità si verifica una quantità rilevante di incidenti; l'età unita all'esperienza produce consapevolezza e comportamenti più sicuri.

Tuttavia l'insicurezza insita nel mezzo di trasporto, nel disegno progettuale delle strade, la commistione dei flussi producono situazioni di rischio elevato che richiedono sempre il livello di massima attenzione. Inoltre la presenza di conducenti che non conoscono la moto come mezzo di trasporto genera la mancata percezione della loro presenza. Valentino Rossi è un grande campione, forse unico, guida moto preparate in modo perfetto, gareggia in circuiti che perdonano ed in presenza di sole moto, ogni tentativo di imitazione va rapportato con queste caratteristiche assolutamente peculiari. E' facile acquistare una moto con potenza molto elevata, più difficile essere altrettanto bravi e soprattutto guidare in strade dedicate. In conclusione da questa nota emerge un messaggio molto semplice e chiaro: viaggiare in moto può essere piacevole, divertente ed anche utile a patto di essere consapevoli che la strada è un ambiente a elevato rischio; alle necessarie cautele dettate dal codice bisogna aggiungere una vigilanza continua che sommi a comportamenti necessariamente virtuosi anche l'attenzione per il comportamento di tutti gli altri attori della strada.

Domenico Inaudi

Progetto abilita

La sperimentazione di un centro servizi per lo sviluppo professionale dei disabili occupati

Torino è stata la prima città italiana a sperimentare un Centro servizi per il mantenimento e lo sviluppo professionale delle persone disabili occupate, realizzato nell'ambito del progetto Equal-Abilita e finanziato con i fondi europei.

La Città ha manifestato grande attenzione, in questi anni, ai temi della disabilità, elaborando proposte e partecipando a progetti che hanno precorso i temi centrali della legge 68/99 sul collocamento mirato. Il Servizio inserimenti lavorativi (SIL), in passato per esempio, ha messo a punto una metodologia di intervento per soggetti portatori di disabilità, avviando forme di collaborazione con le ASL, le agenzie formative e le cooperative. Così come la convenzione tra il Comune e la Provincia di Torino per la gestione comune dei problemi legati all'inserimento lavorativo di persone portatrici di handicap, che ha previsto il distacco di alcuni operatori presso il Centro per l'impiego di Torino, attuale gestore delle funzioni precedentemente affidate al SIL.

Il lavoro è stato considerato uno delle forme più privilegiate di riabilitazione per una parte considerevole della disabilità. Per i soggetti con deficit si pongono, però, dopo l'inserimento lavorativo, due problemi: la verifica del percorso professionale e la proposta di forme di aiuto agli stessi e agli imprenditori nei casi di cadute di prestazioni professionali, di cambiamenti organizzativi dell'azienda, di mutamento di posto di lavoro.

Questioni, fino ad oggi, non ancora studiate e che si sono volute approfondire con questo Progetto. Sono oltre 3.800 i disabili avviati al lavoro nella provincia di Torino dopo l'introduzione della L. 68/99. Nel solo 2001 sono stati 1754, dei quali 84,6 sono invalidi civili. Abilita è stato promosso dal Comune di Torino, dal mondo delle imprese no profit (Confcooperative, Consorzio Self, Kairos, LegaCoop, Consorzio ICS, Consorzio Abele Lavoro, Sinapsi) dal mondo della formazione (AFPA), dalle associazioni di categoria (API, AMMA, CMP), dei servizi e del sindacato (CGIL- CSL-UIL) e degli enti istituzionali (ASL 3-4 dipartimenti di Salute Mentale, Provincia di Torino) Gestito da 18 operatori, espressione del vasto partenariato, il Centro è stato coordinato dal direttore Sergio Bonis e dal dirigente Carlo Curti, della Divisione Lavoro del Comune di Torino. Project manager Cristiana Bianchi, responsabile dell'Ufficio fasce deboli della stessa Divisione.

Il Centro ha sperimentato per un anno interventi a sostegno dei lavoratori disabili, che avevano difficoltà sul posto di lavoro. Il servizio era indirizzato a tutti i tipi di disabilità: fisica, psichica, sensoriale, intellettuale. I servizi esistenti sul territorio nazionale normalmente sono mirati a una o due tipi di disabilità.

All'interno del Centro, un call center in funzione tutte le mattine dal lunedì al venerdì, era a disposizione di tutti coloro che desideravano esporre le loro necessità e difficoltà.

Le tante richieste di aiuto raccolte hanno riguardato più aspetti del rapporto lavorativo. Innanzitutto il rischio di perdere il posto di lavoro a causa della crisi dell'azienda (cassa integrazione, mobilità). La difficoltà nello svolgimento della mansione affidata per aggravamento della patologia legata alla disabilità della persona. Molto spesso a questi individui era stata affidata, nella fase iniziale di assunzione, un certo tipo di compito, che nel corso degli anni non sono stati più in grado di svolgere a causa di un peggioramento delle condizioni fisiche o per difficoltà successive a svolgerlo.

Problemi relazionali nell'ambiente di lavoro tra il lavoratore invalido e i colleghi o con le figure gerarchiche. In questa tipologia rientrano, soprattutto, quei soggetti con disabilità psichica.

Al Centro potevano rivolgersi le imprese, i lavoratori e le loro famiglie, gli operatori di settore. In quest'ultimo caso, il servizio ha svolto anche funzioni di consulenza normativa, in particolare sulle leggi di "settore" come la 104 sull'handicap e la 68 sul collocamento mirato, in cui sono definiti i diritti e i doveri dei lavoratori disabili. In ultimo le difficoltà interpretative del linguaggio giuridico, in parti-

colare per i soggetti che hanno difficoltà intellettive e psichiche, hanno richiesto una "traduzione" semplificata delle varie norme. Il passo successivo è stato l'intervento diretto sul posto di lavoro, previa assenso del lavoratore, per andare a mediare problemi e richieste poste da quest'ultimo o dall'azienda stessa nei confronti del dipendente.

Il progetto Abilita si è avvalso sia dell'esperienza del SIL, sia della rete dei servizi educativi comunali dedicati all'handicap, i cui operatori del territorio hanno seguito, insieme alla Divisione lavoro, gli inserimenti lavorativi dei soggetti disabili.

Fase preparatoria alla sperimentazione del Centro

La sperimentazione del Centro è stata preceduta da un lungo lavoro preparatorio, iniziato con una ricerca sul territorio italiano per verificare l'esistenza di modelli significativi mirati all'inserimento lavorativo di soggetti con disabilità e alla predisposizione di azioni successive all'inserimento lavorativo. In Italia non esiste un modello che risponda a queste esigenze. Un centinaio di aziende del territorio torinese e della provincia di Torino sono state oggetto di un'indagine per rilevare stereotipi, pregiudizi, problematiche prevalenti nei confronti della disabilità e dell'inserimento dei disabili. Tutto il lavoro realizzato è stato pubblicato e diffuso, in particolare alle imprese e agli operatori del settore, attraverso vari canali: prodotti multimediali per combattere la cultura negativa diretta a chi è portatore di handicap; spot trasmesso dalle reti private, Canale 5 e Rete 4; pubblicazioni rivolte alle imprese per sensibilizzarle nei confronti della disabilità.

Vi sono stati scambi di esperienze con partner stranieri: belgi, spagnoli, e francesi. In quest'ultimo Paese sono state coinvolte due città: Parigi, che ha deciso di aprire in autunno un centro servizi prendendo a modello il Centro torinese, e Tolosa. Un corso di formazione è stato organizzato per preparare i 18 operatori che hanno costituito e gestito il Centro servizi.

Il Convegno

Gli esiti del progetto sono stati il tema del convegno svoltosi il 5 maggio scorso, che ha sancito la conclusione del progetto Abilita. E' stata l'occasione per fare un bilancio delle azioni svolte sia sul fronte dei lavoratori che su quello delle aziende.

Un numero significativo di persone si è rivolto al servizio, il cui operato è risultato utile e efficace nella risoluzione di problemi concreti dei soggetti disabili penalizzati, in questo momento, più di altri rispetto alla ricerca e al mantenimento del lavoro. Spesso ci sono problemi di comunicazione tra operaio e chi deve prendere decisioni. L'intervento di una terza persona formata professionalmente anche sul piano legislativo, in grado di gestire conflitti, è risultata utile e risolutiva. Molte grandi aziende private e pubbliche si sono rivolte al Centro, tra cui GTT e AMIAT, entrambe con un numero di invalidi altissimo e numerosi problemi da risolvere. GTT deve fare i conti con un gran numero di autisti, che, a causa del lavoro usurante, nel corso del tempo diventano inidonei allo svolgimento di questo tipo di mansione.

AMIAT ha l'obbligo di assumere una quota molto alta di invalidi con le conseguenti difficoltà di inserimento lavorativo e un ampio ventaglio di problematiche da affrontare.

Un'altra grande impresa si è rivolta al Centro, richiedendo un intervento su circa un terzo dei suoi dipendenti disabili, con molteplici difficoltà legate alla produttività e all'assenteismo. Purtroppo questa domanda è pervenuta al termine dell'attività del Progetto e testimonia come le aziende stiano prendendo coscienza delle necessità dei soggetti più deboli, che operano nel loro interno e stiano maturando una nuova cultura della solidarietà. L'auspicio di tutti i promotori e di coloro che hanno lavorato alla riuscita della sperimentazione è la valorizzazione del know-how e del cospicuo investimento economico dell'Unione Europea. Per queste ragioni i partners storici di Abilita stanno effettuando una valutazione delle condizioni e delle possibilità economiche esistenti, per dare una continuità al Centro servizi, che non potrà più godere degli stanziamenti europei. Una possibilità potrebbe essere una nuova collaborazione tra Comune, Provincia e mondo del non profit, per raccogliere le risorse necessarie per un nuovo partenariato.

Mariella Continsio

Le ASL cuneesi per l'educazione stradale dei giovani

Un CD per educare alla sicurezza stradale sarà messo a disposizione presso le Superiori e le Autoscuole

Prosegue l'impegno comune e coordinato delle Azienda Sanitarie Locali, in collaborazione con gli Enti Locali, la Provincia in prima fila, le Forze dell'Ordine, il "mondo della Scuola", il volontariato e le Autoscuole per combattere il triste fenomeno degli incidenti stradali, che nella nostra Provincia miete, soprattutto fra i giovani, un alto tributo di vittime e lascia nei sopravvissuti, spesso, segni indelebili. Ogni anno viene proposta un'iniziativa di rilievo provinciale, che compendia ed esprime il lavoro di tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle 4 ASL e, soprattutto dei SERT, visto che una delle principali cause di incidenti è dato dall'eccesso nel consumo di sostanze alcoliche o stupefacenti.

Nel 2004 si ebbe il 17 aprile presso la Casa di Spiritualità "Regina Montis Regalis" di VICOFORTE un Convegno sul tema "La Prevenzione degli Incidenti Stradali" che, ebbe un notevole successo anche per l'autorevolezza ed il numero degli oratori, e servì a presentare molti elaborati dei giovani sul tema, nonché gli interventi operati dai vari Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, in collaborazione con altri Servizi.

Per il 2005 si è realizzato di un Compact disk (un CD per dirla con i giovani) interattivo, che è intitolato "I giovani e la strada: una persona avvisata ne vale due".

Il frutto della collaborazione è stato presentato alla stampa, alle Istituzioni e alle Forze dell'ordine giovedì 16 giugno, presso il "ridotto" del teatro Milanollo di Savigliano. Presenti l'assessore alle politiche giovanili del comune di Savigliano Valderrama, la Guardia di Finanza con l'Intendenza di Fossano, il comando provinciale della Polizia stradale, il presidente dell'associazione "Vittime della strada". "Tra il 1980 e il Duemila - ha spiegato il Direttore Sanitario dell'ASL 17 Flavio Boraso introducendo l'incontro - nella nostra Provincia ci sono state 1839 vittime della strada, con una media di 87 persone per anno: tra questi circa 800 con meno di 25 anni. Inoltre nell'Asl 17 gli incidenti stradali sono la prima causa di morte fino a 44 anni." Un'ecatombe, insomma. Di qui la decisione di aumentare l'impegno per "una forte campagna di sensibilizzazione, sfruttando le sinergie tra le Asl, gli enti locali, le Forze dell'ordine presenti sul territorio: il CD è l'esempio di un'iniziativa originale, uno strumento che ci auguriamo efficace", da diffondere nelle Autoscuole e negli Istituti di istruzione superiore per "porre un problema - ha aggiunto il Direttore Generale dell'ASL 17 Antonio Fabbricatore - di etica, di educazione civica, e sanitaria, per cercare di ridurre l'impatto di un fenomeno che ha costi umani, sociali e sanitari elevati. Per questo motivo occorre dunque - conclude Fabbricatore - far crescere una coscienza civile che ci insegna a vivere insieme agli altri."

L'importanza fondamentale di intervenire sulle coscienze dei giovani è sottolineata anche dall'intervento del Dottor Pozza della Polizia Stradale: "Il maggior numero di incidenti avviene in condizioni strutturali e climatiche che dovrebbero viceversa garantire un minor numero di sinistri. Ciò testimonia che le condizioni della strada sono meno importanti della condotta." Di qui uno stimolo a definire e via via arricchire un programma di educazione stradale, che deve accompagnare altri interventi delle Autorità competenti (negli ultimi anni c'è stato anche un aumento del 25% delle pattuglie sulle strade ordinarie). Per i rappresentanti dei dipartimenti di Prevenzione ha parlato il Dr. Giovanni Comino dell'ASL 16 di Mondovì: "E' importante un'attività che vada oltre i confini delle singole Asl, la reputo una collaborazione estremamente positiva anche in relazione ad una prospettiva di impegno futura."

Il contenuto del CD è illustrato da Angelo Repposi dell'ASL 17, insieme ai colleghi epidemiologi delle altre strutture: Laura Marinario dell'Asl di Alba, Maria Teresa Puglisi per l'Asl di Mondovì,

Lorenzo Orione della 15 di Cuneo.

Nella prima parte del CD si trova una sezione cartografica, contenente dati riferiti a tutta la Provincia, con la possibilità di selezionare l'Asl ed i singoli comuni, oltre che di visionare un'indagine condotta sulle principali direttrici di traffico. Interessanti alcune simulazioni per calcolare gli effetti della velocità in relazione al campo visivo, ai tempi di reazione del conducente, ed agli altri fattori determinanti per l'attenzione del guidatore.

La seconda parte ha invece una valenza didattica esplicativa sui singoli dati di natura sanitaria: tipi di traumi, gli effetti dell'assunzione di alcool, droghe (la cannabis, dopo l'alcol è la principale determinante degli incidenti stradali), e farmaci e sulla condotta di guida. Infine informazioni e consigli sui comportamenti da tenere, nonché sull'utilizzo e sulla corretta gestione dei dispositivi di sicurezza sugli autoveicoli.

L'augurio dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL è quello di aver trovato uno strumento di comunicazione più diretta con i giovani, per potenziare un dialogo utile per la vita.

Dr. Marco Fulcheri

Emergenza colombi in città

Monitoraggio igienico-sanitario e controllo della proliferazione delle colonie di colombi della città' di Torino: attualità e prospettive

La Città di Torino ha registrato negli ultimi anni una sempre più consistente presenza di colombi urbanizzati raggruppati in colonie, anche assai numerose, ormai stabilmente insediate sull'intero territorio.

Una tendenza comune ad altre città, dovuta ad un complesso di vari fattori, in cui l'ampia disponibilità di cibo e rifugio costituisce l'asse portante, che si accompagna ad una crescente preoccupazione ed insofferenza da parte della cittadinanza, sempre più attenta alle problematiche uomo-animale-ambiente ed ai loro riflessi sulla salute.

Indicativi a questo proposito sono i numerosi esposti e segnalazioni inoltrati al Servizio Veterinario della A.s.l. 4, istituzionalmente impegnato sul fronte della prevenzione delle zoonosi (con conseguente ricorso a provvedimenti contingibili e urgenti, volti a rimuovere seri fattori di rischio) ed ai frequenti episodi di moria, anche di origine dolosa.

Un'evoluzione preoccupante che ha portato ad intensificare le attività di igiene urbana veterinaria attraverso un primo studio sistematico, svolto nel biennio 1999-2000 mediante rilievi igienico-sanitari, individuazione delle fonti di cibo, stime di popolazione e campionamenti in punti a rischio opportunamente individuati, base di partenza per successivi approfondimenti.

Obiettivo prioritario della Igiene Urbana Veterinaria della Asl 4 è quindi stato, per il 2004, lo studio delle dinamiche di popolazione delle colonie del centro, in prospettiva di un piano di eradicazione delle principali malattie infettive trasmissibili da questi animali (la cui presenza è stata ampiamente dimostrata nel corso delle pluriennali attività di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica), da perseguirsi mediante moderne strategie di controllo numerico, così come avvenuto in altre città italiane ed europee.

Il centro storico appare, infatti, per le sue peculiari caratteristiche, laboratorio privilegiato per lo sviluppo di un tale progetto, con possibilità di estensione territoriale in base ai risultati conseguiti.

A questo scopo, sono state impiegate nei periodi primaverile ed estivo, metodiche di rilevamento di comprovata validità e riproducibilità (conteggi in contemporanea, su percorsi standard), associate ad osservazioni etologiche e a rilievi fotografici.

La crescita della popolazione dei colombi, nell'intervallo considerato, è stata rilevante per la massiccia presenza di nuovi nati, con incrementi molto significativi in alcune tra le più numerose

⇒ Segue a pag.11

⇒ Segue da pag. 10

colonie monitorate ed evidentemente correlabile con l'abbondanza di cibo, spesso copiosamente distribuito da cittadini.

Cibo abbondante, generalmente di scarsa qualità, che oltre a richiamare nuovi soggetti può indurre carenze nutrizionali aprendo la strada a varie patologie, anche zoonosiche, la cui diffusione viene favorita dal crescente sovraffollamento.

L'insediamento di tali colonie nelle vicinanze di ospedali, case di cura e di riposo, asili nido, scuole per l'infanzia ed elementari, aree giochi bimbi, accentua il rischio sanitario per la maggiore vulnerabilità degli ospiti e dei frequentatori.

L'analisi degli elementi così raccolti ha quindi consentito di elaborare un programma di controllo della proliferazione basato su una recente formulazione anticoncezionale (granella di mais trattata con nicarbazina) caratterizzata da sicurezza, reversibilità degli effetti, basso impatto ambientale, con l'obiettivo di mantenere colonie sane, rapportate numericamente e logicamente all'ecosistema cittadino salvaguardando la salute pubblica, il benessere animale, il patrimonio edilizio e l'arredo urbano.

Il progetto sperimentale, presentato ai competenti Assessorati ed ottenuta la successiva approvazione della Giunta Comunale con relativo finanziamento, ha potuto così prendere il via nel mese di maggio e si protrarrà fino al 31/10/05.

Parte integrante del piano è l'Ordinanza del Sindaco di Torino che, su proposta del Servizio, stabilisce il concomitante divieto di alimentare i colombi nella zona del centro, essendo comunque assicurata un'adeguata e costante copertura dei fabbisogni nutrizionali mediante somministrazione controllata di alimento integrativo, importante fattore di mantenimento in salute delle colonie.

Tale divieto è però esteso a tempo indeterminato sull'intero territorio comunale, entro una distanza di 100 metri dai citati luoghi a rischio.

Il protocollo operativo prevede infine periodiche stime delle popolazioni per l'analisi dei dati di ritorno, raffronto con quelli raccolti nei corrispondenti periodi del 2004, verifica degli effetti del trattamento e modulazione dei futuri interventi.

L'avvio del piano, accompagnato da una campagna informativa rivolta alla cittadinanza, ha visto attivarsi sinergie operative con il Settore Parassitologia della Facoltà di Medicina Veterinaria di Torino, che favoriranno l'estensione delle attività di studio e di indagine epidemiologica a zoonosi parassitarie e micotiche particolarmente pericolose per i soggetti immunodepressi, secondo il comune obiettivo del "far salute".

Dr. Alberto Colzani

*Responsabile Igiene Urbana Veterinaria e Profilassi di Stato
Servizio Veterinario A.S.L. 4 TORINO*

Responsabilità multisettoriale per la salute Donatori privati: induttori di salute o induttori di spesa?

Il progetto Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, richiama al traguardo 14 la responsabilità multisettoriale per la salute. La salute, benessere fisico, psichico, sociale e spirituale e non semplice assenza di malattia, deve essere costruita da tutti nella società, ognuno con le competenze specifiche che si ritrova. A fianco degli operatori sociali e sanitari, istituzioni pubbliche e private, industria, commercio, scuola, mass media, organizzazioni non governative, fondazioni, singoli privati concorrono a produrre salute. Ma è compito specifico delle Istituzioni pubbliche, nell'ambito delle loro competenze politiche ed amministrative, coordinare tutte le strategie e le azioni in modo di verificare che il loro risultato sia un guadagno di salute per la popolazione. E' un compito di indirizzo e di vigilanza essenziale per il bene comune.

Nessuno propone azioni chiaramente dannose per il benessere

di tutti e dei singoli riconoscendone la nocività. Ma non tutte le azioni proposte sono sempre utili. Non occorre pensare ai vari maghi e santoni che promettono cure mirabolanti che non hanno alcuna base e che spesso sono vere e proprie truffe alle spalle degli ingenui o di chi, in condizioni di angoscia, non sa a chi rivolgersi; ma è sufficiente ricordare che molti prodotti messi in commercio come toccasana per varie situazioni o molti Centri che promettono miglioramenti della efficienza fisica, sportiva, psichica delle persone non determinano un reale miglioramento della salute.

Molto opportunamente gli Organismi Internazionali che si propongono la promozione della salute, primi fra tutti l'Organizzazione Mondiale della Salute (WHO) e l'Unione Internazionale per la promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (UIHPE) hanno introdotto il concetto di guadagno di salute (Health Gain) come criterio di valutazioni della varie strategie ed azioni proposte. Una azione può influenzare favorevolmente alcuni parametri, alcune funzioni, ma in definitiva può non determinare un guadagno di salute. Un farmaco, una tecnica terapeutica, per fare l'esempio più facile, può determinare un effetto favorevole su una malattia, ma per gli effetti collaterali che produce, per la sua tossicità intrinseca o anche per i costi proibitivi che sottraggono risorse essenziali alla comunità che potrebbero essere impiegati più vantaggiosamente per soddisfare altri bisogni delle comunità stessa, non determinano necessariamente un guadagno di salute, ma addirittura possono determinare una perdita di salute. Occorre essere molto attenti di fronte a proposte di tale genere presentate come vantaggiose in quanto realmente influenzano favorevolmente alcuni fenomeni, la cui efficacia è, come si suol dire, evidence proved, ma che in definitiva non vanno a beneficio della salute della popolazione, ma della compagnia o della struttura che li produce o che li propone.

E' proprio questo uno dei campi in cui l'Istituzione pubblica può svolgere la propria funzione di controllo se adotta il criterio del "guadagno di salute" per la popolazione.

Un altro ambito in cui l'introduzione del criterio del "guadagno di salute" e l'azione di controllo della istituzione pubblica sono essenziali è quello dei finanziamenti privati o da parte di fondazioni o organizzazioni non governative. Il finanziamento da parte di questi non sempre risulta in un vantaggio per la comunità. Spesso la donazione da parte di tali fonti promuove azioni che solo apparentemente sono effetto del finanziamento stesso, ma che in realtà sono il risultato dell'impegno di strutture pubbliche prodotto dalla spinta esterna iniziale, impegno che è generalmente assai più rilevante di quello coperto dalla donazione. Solo l'adozione della valutazione del guadagno di salute permette di riconoscere la reale utilità della donazione per il bene comune e non per singole persone o strutture. Solo così si può essere sicuri che il finanziamento offerto sia un induttore di salute e non di spesa.

In ogni progetto per il quale viene richiesto un finanziamento, sia esso pubblico o privato, da parte della Istituzione o di una Fondazione, è essenziale venga chiaramente indicato oltre al risultato scientifico che ci si propone di raggiungere, il guadagno di salute atteso per la popolazione oggetto dello studio e il bilancio costi/benefici.

Ma responsabilità multisettoriale per la salute richiede qualcosa di più. Richiede che ognuno si assuma la piena responsabilità delle proprie azioni.

Il sistema in cui qualcuno fornisce dei fondi a qualcun altro che a sua volta li destina a sua discrezione a terzi che sono i reali esecutori delle azioni non è accettabile in quanto viene a mancare la diretta assunzione di responsabilità per la salute di chi fornisce i fondi ed espone al rischio che i fondi messi a disposizione vadano a vantaggio, non necessariamente economico, di altri che non sono gli utilizzatori finali di essi.

La riflessione sul significato nelle nostre azioni, sulla responsabilità di ognuno per la salute di tutti rappresenta il principale portato di quanto gli Organismi Internazionali hanno proclamato negli ultimi 30 anni per promuovere la salute e per superare gli egoismi e la settorialità, tutti antagonisti del bene comune.

Luigi Resegotti

Vent'anni di promozione della salute

21 novembre 1986 - 11 agosto 2005. Sono trascorsi quasi 20 anni dalla Carta di Ottawa alla Carta di Bangkok, dalla prima alla sesta Conferenza Internazionale sulla promozione della salute.

I principi che sono stati enunciati nella Carta di Ottawa, l'impegno a costruire una politica pubblica per la salute, a creare ambienti favorevoli, a dare forza all'azione della comunità, a sviluppare abilità personali e a riorientare i servizi sanitari, sono stati puntualmente riaffermati in tutte le cinque Conferenze Internazionali che hanno fatto seguito alla prima. In tutte si riafferma il diritto dei cittadini a godere del massimo livello di benessere fisico, psichico e sociale possibile, la necessità di indirizzarsi ai determinanti della salute, di sviluppare strategie per la salute e di rendere la promozione della salute il punto centrale delle politiche degli Stati aderenti all'OMS.

Ma nei vari documenti che in questi 20 anni sono stati elaborati non vi è mai una valutazione di cosa l'impegno globale per la promozione della salute ha prodotto nella varie parti del mondo in termini di guadagno di salute per i cittadini, di quali gruppi hanno beneficiato delle azioni mirate a promuovere la salute, di come tali impegni solennemente assunti dai partecipanti alle Conferenze Internazionali in rappresentanza degli Stati di tutto il mondo si sia concretizzato in azioni efficaci tali da colmare le ineguaglianze di salute fra sessi, gruppi etnici e fasce di popolazione, giustamente denunciate e considerate alla base della perdita di salute per tante persone.

Nel campo della ricerca clinica è universalmente riconosciuta l'esigenza della valutazione di ogni azione intrapresa, si tratti di manovre diagnostiche, di diffusione di informazioni, di tecniche terapeutiche, di applicazioni di farmaci, in termini di rapporto costo/benefici, vale a dire il riconoscere cosa in concreto è cambiato in conseguenza delle azioni intraprese, quali risorse sono state impegnate e quali costi ha richiesto il raggiungimento dell'obiettivo che si era individuato.

Le esortazioni a creare alleanze per la salute, ad imparare dall'esperienza di tutti, a mettere sempre la persona al centro dell'attenzione di tutti, a realizzare la responsabilità di ognuno nella costruzione della salute sono molto valide, ma occorre verificare se esse hanno trovato attuazione ed hanno prodotto risultati in termini di guadagno di salute.

Molto opportunamente nella Carta di Bangkok i partecipanti affermano di attendersi che l'Organizzazione Mondiale della Salute in collaborazione con altri, lavori con gli Stati membri per allocare le risorse, avviare un piano di azione, monitorare i risultati ottenuti con indicatori ed obiettivi appropriati, riferire in modo sistematico sui progressi ottenuti. Speriamo bene.

La chiusa però non suona diversamente dal solito: i partecipanti della 6° Conferenza mondiale si impegnano a portare avanti questi impegni per migliorare la salute, ma non dicono come intendono fare ciò.

E nella nota si specifica che quanto scritto nella Dichiarazione non rappresenta necessariamente le decisioni e le politiche definite dall'OMS.

Luigi Resegotti

Rapporto medico-paziente: quale "stato di salute"?

Il parere di un esperto

Il rapporto tra medico e paziente sta diventando sempre più difficile: la gente spesso si lamenta di essere trattata con distacco, superficialità da chi è deputato alla cura della salute. Un'insoddisfazione crescente sostenuta anche dal fatto che oggi la figura del paziente è mutata passando da oggetto passivo, quale era, a soggetto attivo che non si affida più passivamente alle cure, ma partecipa al processo decisionale. Questi contrasti relazionali lasciano presupporre che il progresso tecnologico-scientifico, pur avendo favorito la diagnosi e la terapia di molte malattie, si scontra con l'involuzione del rapporto interpersonale tra medico-paziente e la perdita dell'ammalato della sua individualità e connotazione umana.

Ci si chiede quindi se nell'attuale conduzione burocratica dell'assistenza sanitaria è effettivo il rischio di favorire il distacco e l'assenza del dialogo del medico dal malato e viceversa?

Al riguardo, può assumere un interessante spunto riflessivo il parere espresso da un autorevole esperto quale è il Prof. Bolis Pierfrancesco - Direttore Clinica Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi dell'Insubria Varese, cui sono state sottoposte le seguenti domande:

Domanda

Diciotto secondi è il tempo, stimato da uno studio europeo, che intercorre tra l'inizio del racconto del paziente e il primo intervento del medico. Dieci, venti minuti è il tempo che, secondo l'ex ministro della Sanità Umberto Veronesi, bisognerebbe dedicare a un paziente oltre alla visita.

In questo lasso di tempo passa la palese difficoltà nella relazione medico-paziente, che oggi viene denunciata da entrambe le categorie. Una difficoltà che riguarda in particolare la comunicazione, il dialogo.

I medici a loro discolpa affermano di avere poco tempo e in quel poco tempo di voler scovare la malattia e se possibile scovare una cura. Dall'altra parte i pazienti si lamentano perché oltre a ciò vorrebbero essere considerati anche come persona e non solo come un "caso da esaminare".

Prof. Bolis è plausibile secondo Lei un punto di contatto per rendere la relazione medico-paziente meno impersonale e più interpersonale?

Risposta

Non è solo plausibile, ma doveroso che la relazione medico-paziente sia meno impersonale e più interpersonale. Il "patto terapeutico" non può prescindere dalla conoscenza del Singolo Paziente che pur portatore di una patologia sovrapponibile a quella di altri pazienti vive la propria malattia con ansia, aspettative, illusioni/negazioni che sono sue peculiari.

Ciò comporta per il medico mettere in gioco non solo il suo sapere (possesso di conoscenze tecniche aggiornate) o il suo saper fare (possesso di abilità tecniche) ma soprattutto il suo saper essere (possesso di capacità comunicative e relazionali).

Domanda

Tempo fa, la relazione medico-paziente era basata su un modello di tipo paternalistico, in cui il medico si assumeva completamente le responsabilità delle scelte e delle decisioni nel processo terapeutico per il bene del paziente.

Oggi nell'attuale conduzione burocratica dell'assistenza sanitaria vi è un'evoluzione verso diversi modelli relazionali, che hanno perduto le qualità essenziali del rapporto tradizionale.

Si tratta fondamentalmente del modello giurista, attento soprattutto alle problematiche di ordine medico-legale.

Secondo Lei quali sono i punti di forza e quali i punti critici tra i due tipi di modelli?

Promozione Salute

Notiziario del CIPES Piemonte
Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e
l'Educazione Sanitaria - Federazione del Piemonte

è inviato gratuitamente ai soci
ed a quanti ne fanno richiesta

Risposta

Il modello di tipo paternalistico nella relazione medico-paziente non può più esistere in quanto il "Consenso informato" costituisce un principio indiscusso della giurisprudenza.

Esso è un diritto per il paziente ed è un dovere (anche deontologico) per il medico rappresentando il presupposto essenziale alla liceità dell'atto medico chirurgico.

Purtroppo si stanno diffondendo Consensi Informati "standard" o predefiniti per diverse patologie

(e non per diversi pazienti) con lo scopo di rendere più snelle e rapide le procedure di raccolta e nel contempo di garantire una condivisa completezza di informazione.

Questi consensi predefiniti "dicono" la verità, ma possono non "comunicare" la verità al Singolo Paziente, come è dovere del medico.

Dire e comunicare sono due termini spesso utilizzati nel lessico comune come sinonimi; ma in realtà sottendono due atteggiamenti differenti: la "comunicazione" assume infatti la connotazione di "mettere in comune", "far partecipi ed essere partecipi di".

Il consenso informato non deve essere quindi inteso come obbligo di ordine medico legale, ma come mezzo per instaurare una relazione, un incontro non solo fisico ma anche fenomenologico con il Paziente.

Domanda

Saper ascoltare, saper farsi "recettore" di tutto ciò che un paziente "porta", saper essere "neutro", privo di pregiudizi nei confronti del paziente, saper "comunicare".

Secondo Lei il progresso tecnologico-scientifico medico, che ha favorito enormemente la medicina rendendo più agevole sia la diagnosi che la terapia di molte malattie, ha favorito anche lo sviluppo di questi "saperi" o ha portato il distacco del medico dal malato?

Risposta

Il progresso tecnologico può rischiare di distaccare il medico dalla persona paziente e di farlo concentrare solo su una TAC o una ecografia.

Un tempo in assenza di tecniche di "imaging" sofisticate come quelle attuali, il medico doveva fare un'anamnesi minuziosa e questa favoriva la comunicazione.

Tuttavia se il comportamento medico si attiene a quello delinato nelle prime due risposte il rischio non dovrebbe esserci.

Domanda

Oggi la medicina volge un occhio di riguardo alla prevenzione della salute, sia per salvaguardare il benessere psico-fisico dei cittadini e sia perché in questo modo si tende anche a limitare la spesa sanitaria, alquanto onerosa.

L'uso consapevole della relazione tra medico ed assistito oltre ad un atto di cura, rappresenta indubbiamente un terreno fertile per potenziare le misure di educazione sanitaria, incoraggiando le persone ad assumere condotte di vita più salutari.

Non pensa che lo "sforzo" comunicativo da parte del medico sia pertanto un atto dovuto e responsabile nei riguardi del singolo assistito e, più in generale, dell'intera popolazione, considerato l' altissimo ritorno a livello sociale ed economico che ne deriva?

Risposta

La prevenzione della salute è compito del medico tanto quanto la cura della malattia. I consigli sullo stile di vita (alimentazione innanzitutto) hanno ricadute fondamentali sulla prevenzione di neoplasie, sulla limitazione di patologie degenerative (ad esempio osteoporosi, malattie vascolari) e sul miglioramento della salute delle future generazioni (alcune patologie del bambino e dell'adulto hanno la loro prima causa in utero).

Domanda

L'uso ripetuto e ormai abituale di termini come: azienda al posto di ospedale, cliente al posto di ammalato, operatore sanitario invece che medico o infermiere, stanno sempre più influenzando l'immaginario collettivo.

Secondo Lei ciò potrebbero indurre, al di là delle migliori intenzioni, ad una visione sempre più tecnologica, e quindi materialistica, della funzione sanitaria?

Risposta

L'aziendalizzazione degli Ospedali ha il grosso merito di avere razionalizzato la degenza e la cura: Si sono diffusi interventi minivasivi che consentono un minor trauma chirurgico una degenza più breve con rapida ripresa fisica e lavorativa.

Il rischio potrebbe essere quello di una valutazione eccessivamente "economica" della malattia: un aumento di interventi "molto remunerativi" anche quando non strettamente necessari per il paziente; rifiuto di interventi necessari, perché troppo costosi. Non ritengo tuttavia che questo rischio potenziale sia reale in Italia.

Domanda

L'emancipazione femminile è oggi un fenomeno in costante sviluppo che ha segnato dei forti cambiamenti in differenti contesti. Qual è l'approccio che la donna del terzo millennio ha con il Ginecologo?

Risposta

La donna del terzo millennio non si rivolge più al ginecologo solo in caso di gravidanza o di malattia.

E' molto attenta alla prevenzione della sua salute fisica, riproduttiva, sessuale; sollecita consigli sullo stile di vita e alimentari; programma il "timing" della gravidanza nelle migliori condizioni fisiche e psicologiche quasi pensasse, come Socrate, che "non il vivere è da tenere nel massimo conto, ma il vivere bene".

Conclusione

Un ringraziamento sincero al Prof. Bolis Pierfrancesco per la Sua squisita disponibilità e per il prezioso contributo che ha saputo dare su una tematica delicata, come quella affrontata, che richiama in auge il vissuto del paziente nell'incontro con il mondo della sanità.

Concludendo, alla luce delle considerazioni espresse dal prof. Bolis, frutto di una consolidata esperienza clinica e tenuto conto che la medicina è un work in progress, è del tutto appropriato affermare che il rapporto medico-paziente deve evolversi in sintonia con il progresso scientifico senza disumanizzare la medicina e tantomeno inaridire le caratteristiche peculiari del rapporto umano tra persone.

E' importante per il medico saper farsi da "recettore" del background emotivo- affettivo-corporeo-sociale di un paziente e nel contempo saper essere "neutro" e privo di pregiudizi. Professionalità, dialogo, disponibilità e semplicità sono in sintesi alcune tra le più importanti e preziose doti che rendono autorevole la figura del medico.

Barberis Mariarita Dott. in Sociologia

"La Medicina è un insieme armonico di tecnologia medica e antropologia medica, dove accanto all'applicazione delle scienze di base deve sussistere, con pari dignità, il rapporto interumano tra medico e paziente: un rapporto di dualità che diventa pluralità coinvolgendo medico, paziente e società"

(Stagnaro S., Vecchio e Nuovo nella Scienza. Tempo medico. 315,16,67, 1989).

Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'uomo, in quanto il segreto della cura del paziente è averne cura".

(Dr. Francis Peabody - XIX sec.)

A.S.L. 3

Affrontare la malattia da HIV in Africa

Sviluppare le capacità di intervenire in situazioni complesse e strutturare l'iniziativa personale in modo da accrescere le capacità di orientare l'azione di prevenzione, diagnosi e cura. Questi gli obiettivi del Corso di Project Management che è iniziato giovedì 16 giugno e proseguirà sino al 25 novembre ed è rivolto a medici ed infermieri impegnati, come volontari, in progetti di lotta all'AIDS nei Paesi in Via di Sviluppo.

Il percorso formativo è orientato all'integrazione e alla valorizzazione di specifiche conoscenze ed esperienze professionali tecnico-scientifiche con quelle organizzativo-gestionali ed è articolato in un modulo base di due giorni, dedicato ad affrontare il tema del project management, e una sessione finale di presentazione dei lavori progettuali, la cui elaborazione avviene in sei sessioni tematiche, relative ad altrettanti programmi di intervento.

L'obiettivo formativo è rappresentato dalla elaborazione di progetti di monitoraggio e di miglioramento dei programmi; i discenti saranno chiamati a svolgere il ruolo di "Project Manager" in gruppi di progetto per garantire la trasferibilità del processo formativo. Il corso è realizzato dall'Unità Operativa Malattie infettive B dell'Ospedale Amedeo di Savoia - ASL 3 e dal Centro di Formazione dell'Ospedale Cottolengo, in collaborazione con Comitato "Salute Africa", Istituto Missioni Consolata e Pfizer Italia. La sede del corso, al quale il Ministero della Salute ha assegnato 50 crediti ECM, è l'Ospedale Cottolengo, Via Cottolengo 13, Torino.

Per informazioni: Luciano Celi, Pfizer Italia, Via Valbordone 113, 00188 Roma, cell. +39 340 3400430 luciano.celi@pfizer.com

www.asl3.to.it/news/Notizie.asp
Piera Marcarino

A.S.L. 4

Eccesso di mortalità per i tumori maligni del naso in Piemonte

La Divisione di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale San Giovanni Bosco dell'ASL 4 di Torino, diretta dal Dr. Fabio Beatrice, ha coordinato per la Regione Piemonte - Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta uno studio sull'epidemiologia, diagnosi e trattamento dei carcinomi del naso e dei seni paranasali nella nostra regione, con particolare attenzione al ruolo dell'angiogenesi sulla prognosi, i cui risultati sono stati recentemente presentati in sede congressuale al Centro Incontri della Regione Piemonte.

La ricerca, svolta ai massimi livelli, ha visto coinvolti 39 Servizi Specialistici Universitari ed Ospedalieri distribuiti su tutto il territorio Regionale in tutte le Province: tutte le divisioni ORL, Maxillo-Facciali, Radioterapiche, Oncologiche, nonché i maggiori centri di Anatomia-Patologica della stessa Regione Piemonte hanno partecipato alla raccolta dei dati e del follow up dei pazienti.

I tumori maligni del naso e dei seni paranasali, nonostante siano piuttosto rari rispetto all'insieme di tutte le neoplasie umane, rivestono un particolare interesse di studio in quanto possono avere un'origine professionale (lavoratori del legno, cuoio, industria, tessile ecc.) sono difficili da diagnosticare precocemente, richiedono trattamenti integrati complessi e costosi, hanno elevata mortalità, devastano il volto del paziente e ne compromettono la qualità di vita, incidendo anche sulla vista, la fonazione e la deglutizione.

Dai dati del Registro Tumori, del periodo 1983-1994, risulta che il Piemonte presenta un eccesso di mortalità per i tumori maligni del naso e seni paranasali rispetto alla media italiana, secondo solo alla Valle d'Aosta (Fonte: ISTAT) Un tale trend di mortalità non poteva passare inosservato e lo studio regionale ha predisposto un monitoraggio.

Su 487 nuovi tumori del naso diagnosticati nel periodo 1996-2000, 430 erano attribuibili a cause professionali. Le lavorazioni maggiormente implicate nella insorgenza di queste malattie sono lavorazioni del legno, metallurgia, tessile, agricoltura, costruzioni, pellami, ecc. Caratteristica di questi tumori maligni è che la diagnosi viene generalmente effettuata quando il tumore è già in fase localmente avanzata (stadio III e IV). La mortalità in questi stadi è assai elevata: circa il 50% dei pazienti diagnosticati al III stadio muore entro cinque anni e circa l'80% di quelli diagnosticati al IV stadio muore entro i cinque anni.

Lo studio che è stato presentato riguarda una delle più grandi casistiche mondiali del settore, raccolta, studiata ed elaborata nell'ambito del Progetto Regionale PRiOR (Programma per la sorveglianza dei rischi occupazionali nella Regione Piemonte) nel periodo 1996-2000. Tra il 1996 ed il 2004 sono stati reperiti 487 casi. 177 casi osservati nel quinquennio 1996-2000 sono stati seguiti per un minimo di cinque anni. Su 92 di questi casi sono stati effettuati test sperimentali per la valutazione e la comprensione dei meccanismi di angiogenesi ed è stata dimostrata per la prima volta la significatività di questo meccanismo in questo modello tumorale: il tumore crea nuovi vasi sanguigni che invadono i tessuti del malato e favoriscono la crescita del tumore stesso e delle metastasi, anche a distanza. Conoscere questa caratteristica si rivela di estrema utilità per orientare nuovi mezzi diagnostici e terapeutici e fa emergere l'importanza della diagnosi precoce, in ausilio alla quale possono intervenire tecniche diagnostiche (fibre ottiche) e conoscenze che orientino i sanitari ad uno stretto controllo delle popolazioni a rischio.

Dallo studio condotto in Piemonte è emerso che in questi tumori la prognosi peggiore si

accompagna ad un maggior indice di neovascularizzazione

I tumori più maligni formano più vasi: il dato ha riscosso grande interesse internazionale perché ad esso è legata la possibilità di utilizzare e progettare nuovi farmaci per il trattamento di queste malattie; inoltre esiste la possibilità di collegare specifiche sostanze, provenienti dall'ambiente di lavoro, alla espressione della angiogenesi e quindi favorire la comprensione del meccanismo della crescita e diffusione metastatica del tumore, aumentando la speranza di vita e riducendo i costi dei trattamenti.

Dr. Silvana Patrino
Responsabile Ufficio Stampa ASL 4

A.S.L. 5

Corso di formazione per famiglie ospitanti

Sono aperte le iscrizioni per il "Il Corso di Formazione per Famiglie Ospitanti" organizzato dal servizio di Inserimenti Eterofamiliari Supportati di Adulti sofferenti di disturbi psichici (I.E.S.A.) del Dipartimento di Salute Mentale 5b - Asl 5 di Collegno. La partecipazione è completamente gratuita. Il corso avrà inizio a ottobre 2005 in date da concordarsi e si terrà a Collegno presso i locali della Certosa Reale. Al termine dei sette incontri previsti verrà rilasciato un attestato di frequenza che abilita la famiglia al ruolo di "ospitante".

L'obiettivo del corso, previsto da una deliberazione del consiglio regionale del Piemonte e da una delibera dell'Asl. 5, è preparare famiglie o singoli volontari al ruolo di ospitanti nell'ambito del progetto I.E.S.A., così da poter accogliere presso il proprio domicilio persone in difficoltà. Per questa ospitalità è previsto un rimborso spese di 1030 euro mensili.

È anche prevista la possibilità di aderire a progetti di convivenza parziale, ovvero relativi a mezze giornate, singole giornate intere o fine settimana.

Tutte le famiglie che collaborano a questi progetti vengono coadiuvate, durante il percorso di convivenza, da personale dell'Asl 5, reperibile sulle ventiquattro ore e appositamente formato per supportare le convivenze.

Lo I.E.S.A. esiste in molti paesi al mondo e dà ottimi risultati terapeutici e riabilitativi. Anche presso il servizio dell'Asl 5, ormai da otto anni, svariati utenti convivono felicemente con le rispettive famiglie ospitanti e si sono perfettamente integrati nel tessuto sociale, conquistando uno spazio e un ruolo consoni alle loro possibilità individuali.

Per iscrizioni ed ulteriori informazioni:

ASL 5 - DSM 5b - Università degli Studi di Torino Direttore Prof. Pier Maria Furlan
Servizio IESA

Referente: Dott. Ezio Cristina; Coordinatore: Dott. Gianfranco Aluffi
Via Martiri XXX Aprile n° 30,
10093 Collegno - Tel. 011/4017463

A.S.L. 8**Carmagnola:
prevenzione,
diagnosi e cura
dell'incontinenza**

L'incontinenza è una condizione molto frequente, la cui rilevanza aumenta con l'età, ed ha risvolti medici, economici, sociali e relazionali tanto rilevanti quanto spesso sottovalutati. Nella maggioranza dei soggetti al di sotto dei 65 anni, l'incontinenza è una condizione patologica le cui cause sono spesso sconosciute, anche se nella donna il parto può rappresentare un momento determinante, mentre nell'uomo è quasi sempre correlata ad interventi chirurgici, come quelli della prostata, o ad eventi traumatici.

Da alcune indagini scientifiche sono emersi due dati importanti:

- in Piemonte sono presenti circa 200.000 maschi e 400.000 femmine con problemi di incontinenza;
- sul territorio nazionale, ben il 64% dell'importo totale annuo speso per l'assistenza protesica è da imputarsi alla fornitura di pannolini.

Attualmente i pazienti affetti da incontinenza si rivolgono al medico curante o allo specialista soltanto in un'esigua percentuale di casi e, generalmente, quando l'entità dell'incontinenza è di notevole gravità. L'assenza di precisi punti di riferimento, di centri dedicati, spesso non consente di affrontare il problema in modo agevole al cittadino e la mancanza di una visita congiunta di più specialisti può compromettere la qualità della risposta terapeutica. Per questo l'ASL 8 ha istituito, nella Piastra dei Servizi di Carmagnola, il Centro multispecialistico per l'incontinenza secondo i requisiti regionali. Il Centro opera con personale esperto nel settore dell'incontinenza, garantendo la presenza dell'urologo, del ginecologo, del fisiatra, del proctologo, del fisioterapista, dell'infermiere professionale e dell'ostetrica esperti nel settore.

"Il nuovo Centro avvalendosi della contemporanea presenza delle diverse figure specialistiche può affrontare in modo organico e multidisciplinare la patologia, garantendo con un solo accesso, l'inquadramento diagnostico completo e la scelta terapeutica più appropriata e meno invasiva." afferma l'ing. Giorgio Rabino, Direttore Generale dell'ASL 8 - Il Centro dispone inoltre delle più moderne attrezzature per la visita e l'esecuzione delle terapie specifiche." I responsabili sono il dott. Angelo Di Roma, direttore della struttura di Chirurgia, il dott. Arcangelo Garofalo, direttore della struttura di Recupero e Riabilitazione Funzionale, il dott. Ugo Lucci Chiarissi, direttore della struttura di Ostetricia e Ginecologia ed il dott. Eugenio Uberti, direttore della struttura di Urologia dell'Ospedale San Lorenzo di Carmagnola.

Chiara Masia - tel. 011.9719336

A.S.L. 12**Cure Intermedie in
domicilio collettivo**

La firma del Direttore Generale dell'Asl12, dottor Paolo Frascisco e del Presidente del Cissabo, signora Mariangela Franzoni, rappresenta l'inizio ufficiale della sperimentazione per la Struttura di Cure Intermedie in domicilio collettivo (Sci) che si svolgerà presso il Presidio SocioSanitario di Trivero. Il progetto sperimentale prevede l'assistenza a pazienti a basso livello di medicalizzazione e impegno tecnologico con problematiche di tipo socio-assistenziali che condizionano negativamente il quadro della stessa patologia in atto. Nel "paziente-tipo" della Sci, infatti, il problema della malattia diventa subordinato a quest'ultimo elemento. La Sci biellese è una delle prime sperimentazioni in Piemonte ed in Italia e si pone come il tentativo di trovare la soluzione intermedia tra l'ospedalizzazione definita tradizionale e le cure domiciliari. Questo progetto rientra anche in quello più ampio di portare l'Ospedale sul territorio, aumentandone la flessibilità organizzativa e diminuendone la distanza fisica. In quest'ottica anche il pensiero dell'Assessore Regionale alla Sanità, dottor Mario Valpreda, che evidenzia come "si tratti di un'iniziativa particolarmente significativa, innanzitutto perché garantisce una copertura assistenziale in un'area dove l'accesso ai servizi presenta in molti casi alcune difficoltà. Non solo, ma in una sanità che ha spostato il suo baricentro dall'acuzie alla cronicità strutture come quella di Trivero rivestono un'importanza crescente, a cui noi guardiamo con interesse in quanto rappresenta un avanzato esperimento gestionale di assistenza sul territorio. E con il sostegno al progetto, la Regione Piemonte ha voluto dimostrare in modo tangibile il suo apprezzamento per l'azione svolta dai dirigenti e dagli operatori locali". Il Direttore Generale dell'Asl12, dottor Paolo Frascisco, sottolinea l'importanza innovativa della sperimentazione e ribadisce che "particolarmente all'inizio della sperimentazione, è comunque necessaria una certa flessibilità organizzativa entro limiti che non snaturino le finalità del progetto. Il proseguimento dell'attività e l'esperienza acquisita porterà a nuovi e significativi suggerimenti per il miglioramento continuo del servizio che saranno oggetto di riunioni periodiche di aggiornamento organizzativo. Se i risultati saranno positivi, come auspichiamo, la sperimentazione potrebbe divenire un modello esportabile anche in altre realtà del territorio regionale."

Nella fase sperimentale del progetto potranno usufruire per i propri pazienti ammissibili ad inserimento presso la Sci i Medici di Medicina Generale operanti nell'ambito dei Comuni di Trivero, Soprana, Callabiana, Camandona, Mosso e Veglio.

A.S.L. 13**Residenza Sanitaria
Assistenziale ad
Oleggio**

Mercoledì 29 giugno è stata inaugurata: la nuova Residenza Sanitaria Assistenziale di Oleggio dell'ASL 13.

L'attivazione di questa struttura aumenta il numero dei posti residenziali disponibili per la popolazione anziana non autosufficiente nell'area nord della Provincia di Novara.

La RSA di Oleggio - immediatamente operativa - è in grado di ospitare a regime fino a 60 anziani, affetti da problematiche assistenziali di tipo socio-sanitario non risolvibili al proprio domicilio.

A tale scopo la nuova struttura offre un adeguato livello di assistenza di tipo sanitario (medica, infermieristica e riabilitativa), integrata da standard elevati di prestazioni di tipo tutelare ed alberghiero. Infatti lo spazio architettonico - costruito secondo i più moderni e razionali criteri strutturali per tali tipi di attività - è stato arredato in modo da offrire un habitat accogliente e confortevole di tipo familiare, ma adattabile anche agli specifici bisogni di ogni paziente.

La Residenza Sanitaria di Oleggio - affidata in gestione alla Cooperativa "Il Castagno" di Gattico - è suddivisa in tre nuclei residenziali di venti posti ciascuno dotati di impianto di condizionamento, distribuiti in camere a due posti letto dotate di servizi igienici dedicati; sono, inoltre, presenti quattro stanze ad un letto. La retta giornaliera è 84,00 di cui il 54% a carico del Servizio Sanitario Nazionale ed il 46% a carico dell'assistito e/o dell'Ente Gestore.

Per poter essere ammessi alla RSA di Oleggio è necessario presentare una domanda all'Unità Valutativa Geriatrica dei Distretti di appartenenza dell'ASL 13, che provvederà a verificare i reali bisogni del paziente ed ad elaborare un percorso individualizzato terapeutico e riabilitativo per ogni soggetto.

La Direzione Generale è convinta che questa inaugurazione rappresenti l'occasione per intensificare ancor di più il dialogo e la collaborazione con gli Enti Gestori, favorendo il consolidamento della continuità assistenziale che richiede una sempre maggiore integrazione tra i servizi sanitari e quelli socio-assistenziali in modo da fornire un'assistenza appropriata e di qualità ai cittadini dell'ASL 13.

L'opera - dichiara il Direttore Generale - testimonia gli sforzi che questa Azienda sta attuando per garantire un'assistenza sempre migliore e per rispondere sempre più ai bisogni della popolazione.

Elena Vallana

A.S.L. 20**Mamme libere dal fumo**

In occasione della Giornata mondiale senza tabacco il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 20 vara il progetto "Mamme libere dal fumo", rivolto alle donne in gravidanza.

La prima fase del progetto prevede la formazione al personale sanitario che opera a diretto contatto con le future mamme.

"Quest'anno - spiega la Dott.ssa Maria Antonietta Brezzi, Direttrice del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 20 - l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha promosso il tema: Professioni sanitarie e controllo del tabacco.

Gli operatori che svolgono professioni sanitarie hanno un ruolo importante nella lotta al tabagismo. Essi infatti raggiungono un'alta percentuale di popolazione ed hanno l'opportunità di aiutare i fumatori ad adottare comportamenti a favore della salute."

"Tra le attività avviate dal Dipartimento di Prevenzione sulla prevenzione del tabagismo - prosegue la Dott.ssa Brezzi - è in fase di realizzazione un corso di formazione per le ostetriche e il personale infermieristico dei Consultori e dei Reparti di Ostetricia e Ginecologia degli Ospedali di Alessandria e Tortona, aperto anche ad operatori delle altre ASL del Quadrante sud-est.

Il corso si pone l'obiettivo di preparare il personale a fornire informazioni e a condurre colloqui motivazionali nella lotta al tabagismo e fa parte del progetto "Mamme libere dal Fumo", finalizzato ad ottenere dismissioni durature nel tempo.

Quasi sempre, durante la gravidanza, una donna si astiene dal fumo, per poi riprendere dopo poco tempo dal parto, senza pensare al pericolo di sottoporre il bambino ai rischi del fumo passivo.

Riteniamo invece che interventi effettuati da personale sanitario opportunamente preparato, durante gli incontri in preparazione al parto, possano fornire utili informazioni e un valido sostegno a tutte quelle donne che, fortemente motivate dall'attesa di un figlio, vorranno liberarsi definitivamente dal fumo di sigaretta."

Ufficio Comunicazione
Area Sviluppo Organizzativo,
Comunicazione e Qualità - ASL 20
Via Venezia, 6 - 15100 Alessandria
Tel. 0131306979 - Fax 0131306910
E-mail:
giustettogiorgio@asl20.piemonte.it
polettorossella@asl20.piemonte.it

A.S.L. 21**Una banca biologica per il mesotelioma**

Come annunciato, lunedì 27 giugno nella sala delle riunioni della Direzione Generale dell'Asl 21, è stata presentata alla stampa la Banca Biologica per la Ricerca sul Mesotelioma pleurico.

Erano presenti i dottori Bruno Castagneto (referente oncologo della delegazione Casalese della Lega Per la lotta contro i Tumori e direttore del Cermes), Massimo Iaretti (coordinatore della stessa e membro del direttivo provinciale), Pier Giacomo Betta (direttore della struttura di anatomia patologica di Alessandria e Presidente provinciale della Lega per La lotta contro i tumori), Danilo Carmignotto (Presidente della Croce la Misericordia di Casale e i direttori, Carla Peona (Generale), Carola Sinaccio (sanitario) e Antonio Manicone (Amministrativo), il meeting si è sviluppato con l'argomento del giorno.

Introdotta dalla stessa direttrice Peona, si sono via, via, avvicinati Iaretti, Betta, Castagneto e, infine, Carmignotto.

Il progetto prevede da una parte l'utilizzo (previo consenso informato) di prelievi di tessuti e di cellule corrispondenti della fibra da cui si è potuto accertare in modo certo la diagnosi del mesotelioma e, dall'altro, lo sforzo dell'associazione di volontariato che, con i suoi mezzi, fa giungere il tutto all'ospedale civile di Alessandria.

Prevenire, curare e fare ricerca, senza ignorare diagnosi e cure, per mettere a punto nuovi farmaci per questo terribile male ad oggi senza un protocollo certo di terapia.

Del resto, la stessa oncologia oggi cerca di individualizzare sempre di più le cure non solo del mesotelioma, ma di tutte le patologie tumorali e questo richiede ricerca, studio e impegno professionale che, come ribadirà la stessa Peona, non possono essere disgiunte dalla preziosa opera di volontariato.

Tra le altre iniziative sarà attiva una banca dati mentre è già in funzione un sito internet per saperne di più su questo terribile male, vero primato negativo delle nostre zone

(l'indirizzo è: www.mesotelioma.it).

In coda alla riunione, lo stesso Direttore Generale ha presentato poi la nuova rivista aziendale "La Nostra Salute", un periodico di informazione e formazione sanitaria in uscita in questi giorni.

Renato Celeste (Uff. Stampa Asl 21)

A.S.L. 22**Acqui terme: ambulatorio per l'emocromatosi**

Giovedì 14 luglio il Laboratorio Analisi dell'Ospedale di Acqui Terme si è aperto un nuovo ambulatorio per la diagnosi e cura dell'emocromatosi e delle alterazioni qualitative e quantitative dell'emoglobina.

Collocato presso i locali della Sezione Trasfusionale, l'ambulatorio è uno dei pochi in Regione e l'unico nel Basso Piemonte specifico per l'emocromatosi, che è la malattia genetica più diffusa in Europa Occidentale. Si calcola che almeno un italiano su 10 sia portatore di questa malattia che consiste in un accumulo progressivo di ferro negli organi interni: fegato, cuore, pancreas, ossa e articolazioni. I primi sintomi in genere compaiono intorno ai 30-50 anni nell'uomo e un po' più tardi nella donna e conducono ad una progressiva perdita di funzionalità degli organi interessati. E' facile comprendere quindi quanto sia importante la diagnosi precoce, in quanto una volta diagnosticata la malattia, diventa possibile prevenire i danni agli organi interni attraverso un semplice monitoraggio e una periodica salassoterapia.

Ma l'ambulatorio si occuperà anche di verificare l'esistenza di alterazioni dell'emoglobina, vale a dire la sostanza contenuta nei globuli rossi del sangue che porta ossigeno alle cellule. Queste alterazioni sono in costante aumento nella popolazione e possono essere responsabili di gravi malattie come ad esempio l'anemia mediterranea e l'anemia falciforme. Ci sono poi altre forme più comuni di anemia, come quelle derivanti da carenza di ferro, di vitamina B12 o di folati, che potranno essere diagnosticate e monitorate anche in relazione ai dosaggi delle terapie farmacologiche

L'ambulatorio sarà seguito dal dottor Giuseppe Ferrorelli e si effettuerà tutti i giovedì dalle 11.30 alle 12.30. E' necessaria la prenotazione presso la segreteria del Laboratorio Analisi del P.O. di Acqui Terme anche telefonando al numero 0144-777542 dalle ore 11,00 alle ore 16,00, dal Lunedì al Venerdì. In tale occasione saranno fornite tutte le indicazioni necessarie al tipo di visita richiesta.

Per ogni ulteriore chiarimento è possibile contattare la segreteria del Laboratorio Analisi del Presidio Ospedaliero di Acqui Terme (0144.777542).

Paola Repetti

Malessere e dispersione: che fare?

Nella recente conferenza stampa destinata a fare il punto sull'avvio dell'anno scolastico, l'Assessore Provinciale all'Istruzione e alla Formazione Professionale Umberto D'Ottavio si è soffermato sui gravi indici di dispersione scolastica che caratterizzano il torinese: soltanto 65 giovani su 100 arrivano ad un diploma di scuola media superiore.

Questa notizia locale conferma il dato nazionale pubblicato da "Il Sole 24 Ore" durante lo scorso anno scolastico (in "Persi per strada". Superiori: si blocca un alunno su tre", di Luigi Illiano, "Il Sole 24 Ore" del 29/01/2005). La ricerca, condotta su dati MIUR relativi agli ingressi in prima superiore nell'a.s. 1999/2000, evidenzia che in quinta (a.s. 2003/2004) si registra una dispersione totale del 31,34%, con un ventaglio di tassi di mortalità scolastica che va dal 14,87% dei licei classici al 29,53% degli istituti tecnici al 47,84% degli istituti professionali e al 48,07% dei licei artistici. Da molti anni le implicazioni culturali e sociali del fenomeno dispersione sono oggetto di analisi a vari livelli, tutte orientate a impostare strategie adeguate al contenimento del numero dei drop-out. Al riguardo il precedente governo di centro-sinistra aveva effettuato due timide "avance", introducendo con la legge n°144 del 1999 l'obbligo di frequenza di attività formative fino al diciottesimo anno di età e con la legge n°9 del 2000 l'innalzamento dell'obbligo scolastico fino al quindicesimo anno. La "ratio" di queste due norme era la seguente: aumentare progressivamente l'obbligo scolastico e per tutti coloro che non erano a scuola introdurre l'obbligo di frequenza di attività formative.

L'attuale governo è intervenuto con due provvedimenti: l'abrogazione immediata della legge n°9 sull'estensione dell'obbligo scolastico attraverso la legge n°53 del 2003 e il varo di un decreto legislativo (n°76 del 15 aprile 2005) che definisce le norme generali sul "diritto-dovere all'istruzione e alla formazione" sino al diciottesimo anno di età. Al concetto giuridicamente definito dell'obbligo scolastico, che comporta un intervento dello Stato in caso di inadempienza, è subentrata un'impostazione analoga a quella che sinora aveva riguardato altre materie, come ad esempio il diritto-dovere dei cittadini di recarsi alle urne in occasione delle tornate elettorali.

La transizione dal concetto di obbligo al concetto di diritto-dovere sta producendo effetti che proviamo ad analizzare con due operatori dell'associazione METROPOLIS: il dott. Andrea Conterno, medico chirurgo e con la dott.ssa Cinzia Armari, psicologa psicoterapeuta. Andrea Conterno, specializzato in medicina interna, operatore del DEA di un grande ospedale di Torino è presidente di Onlus Metropolis, associazione impegnata nel progetto TRAENTI della Città di Torino, nell'ambito della prevenzione primaria delle tossicodipendenze, del cui Convegno Nazionale (AAA: Ascolto, Autonomia, Accoglienza) abbiamo riferito in queste pagine. La dott.ssa Cinzia Armari opera nel medesimo progetto come responsabile del Counselling Territoriale del distretto n°1 dell'ASL 4.

Andrea: "Nel mio operare quotidiano, dinanzi all'urgenza e alla rilevanza clinica che assume il malessere di molti adolescenti e giovani adulti, mi interrogo sui loro percorsi di vita e in particolare sulle loro carriere scolastiche. Incidenti d'auto e di moto, assunzione e abuso di sostanze, forme di autolesionismo, episodi di psicotici, come si legano alle storie di vita delle persone? Quanto le carriere scolastiche e i processi di acculturazione proseguiti o interrotti si legano al benessere o malessere dei giovani? Sarebbe necessario un approfondimento".

Cinzia: "Come è emerso nel corso della presentazione avvenuta in questi giorni del master universitario sulla devianza e il disagio minorile, questo malessere, e addirittura la partecipazione ad atti criminali, investono anche minori e giovani adulti che appartengono a diverse classi sociali. Si tratta di capire se, come e quanto le carriere scolastiche interrotte, oltre alle valenze socio-culturali hanno anche risvolti sul versante psicofisico. Da un punto di vista psicologico possiamo assumere che la pro-

cessione degli studi è occasione di crescita, di sviluppo di autonomia e migliore stima di sé. Incidenti, forme di dipendenza, episodi regressivi dei giovani di cui parlava Andrea si legano ai percorsi scolastici interrotti, ad una scommessa persa sul proprio futuro? Sento anch'io l'esigenza di approfondimenti."

Andrea: "La nostra associazione, d'intesa con le scuole dell'obbligo del quartiere n°19 di Torino sta portando avanti due progetti: il primo che ha ricevuto un contributo dal Centro di Servizi per il Volontariato "Idea Solidale", è mirato a fare emergere quali e quanti sono i drop-out, cioè i ragazzi che dopo la terza media non hanno proseguito gli studi e non sono neppure entrati in percorsi di formazione professionale; il secondo, che ha ricevuto un contributo dalla Provincia di Torino, sta contattando i ragazzi e le ragazze usciti dalla terza media e che si sono iscritti a istituti superiori ma si sono ritirati in corso d'anno o dopo la bocciatura.

Cinzia: "Stavo riflettendo sulla mia esperienza di incontro e di consulenza con circa 270 famiglie del territorio della VI circoscrizione, in particolare sugli interrogativi che i genitori mi hanno posto sui loro figli preadolescenti e adolescenti. Quali orientamenti e scelte per il loro futuro? Non tutti hanno risorse e competenze per porsi la domanda in termini così chiari e definiti. Molti portano ansie, preoccupazioni, dubbi, grosse incertezze. Queste sovente si legano a difficoltà di natura economica: ogni percorso formativo porta infatti con sé dei costi anche minimi come i trasporti, i libri... Oltre a questo rilievo nei genitori il dubbio su quale percorso scegliere, dove dirigersi e la necessità di non sentirsi soli ma guidati, accompagnati, sostenuti.

Da qui il mio interesse e coinvolgimento nei due progetti citati da Andrea. Questo mio impegno mi porta a considerare quelli che possono essere alcuni fattori in gioco:

- è noto che la scuola media di primo grado ha compiti precisi nel campo dell'orientamento, ma da tanti anni nessuno si è preoccupato di fornire agli insegnanti una formazione aggiornata che consenta di affrontare la complessità della questione oggi;
- le informazioni orientative fornite dai docenti delle scuole superiori e in alcuni casi anche dai formatori dei centri di formazione professionale agli alunni e alle loro famiglie rischiano di essere inefficaci in quanto concentrate in un'unica fase dell'anno scolastico anziché fornite in un arco temporale più ampio che ne consenta la traduzione in un pensiero, in un discorso, in una prospettiva per i ragazzi e le loro famiglie. Per questo oltre a tempi più distesi su cui costruire e collocare una scelta di studio o di formazione, servono idee, metodo e risorse;
- l'accesso degli allievi delle terze medie alle giornate di orientamento su base informatica proposte alle scuole medie da alcune organizzazioni hanno un effettivo legame con le carriere scolastiche dei giovani esaminati?

Se per coloro che maturano una scelta incidono i fattori che sin qui ho citato mi sembra ancora più confusa la condizione di rischio in cui si trovano i ragazzi "stand-by" che non esprimono cioè una scelta post-obbligo. In base all'articolo 68 della legge 17 maggio 1999, n°144 sull'obbligo formativo i nominativi di questi giovani dovevano essere digitati sulle anagrafi regionali per l'obbligo formativo, previste dalla medesima legge. Inoltre per gli stessi era prevista l'assegnazione da parte dei Centri per l'Impiego di un tutor per l'obbligo formativo che provvede a contattare il drop-out e la sua famiglia per immetterlo in un percorso formativo, monitorarne l'andamento, attivando altri servizi di intervento sociale ove ritenuto necessario.

Peccato che il decreto sul diritto-dovere all'art.1 comma 2 "ridefinisce" l'obbligo formativo trasformandolo in diritto-dovere. Da questa nuova definizione giuridica derivano margini di libertà maggiori che rendono meno gestibile la questione della dispersione; ne consegue infatti, ad esempio, che non tutte le scuole digitano i nominativi dei loro allievi sull'anagrafe regionale e pertanto il problema dei drop-out, ancorché affrontabile, non è nemmeno numericamente rilevabile con precisione. L'attività dei tutor dei Centri per l'Impiego oggi non è più sostenuta da un obbligo di legge e quindi corre il rischio di essere meno incisiva.

⇒ Segue da pag. 17

Queste le questioni a mio parere più rilevanti emerse nel corso dei primi lavori impostati da Metropolis sulla dispersione scolastica. Insieme ci siamo resi conto che le procedure di rilevazione dei dati nominativi per le ragioni sopra esposte devono essere vincolanti, e che le Istituzioni referenti in materia, Regione Piemonte, Direzione Regionale del MIUR, e Province Piemontesi devono assumersene la responsabilità. Noi come associazioni di volontariato possiamo collaborare con tali Enti nella traduzione operativa dei percorsi attivati e accompagnare operatori, minori e famiglie verso una scelta di studio e/o di formazione professionale, sostenendola nel tempo.

g.p.

Master in Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria

L'Università di Perugia, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria/Dipartimento di Sanità Pubblica ripropone il Master Biennale in Educazione Sanitaria e Promozione della Salute.

Il Master è aperto a tutti coloro che abbiano interesse ad acquisire una competenza specifica nella progettazione, nel coordinamento e nell'attuazione di interventi di educazione sanitaria secondo la strategia della Promozione della salute. In particolare il corso si rivolge a: professionisti coinvolti nella programmazione sociosanitaria regionale ed aziendale, operatori dei servizi aziendali di educazione alla salute, docenti referenti per l'educazione alla salute nelle scuole, ai responsabili e agli operatori dei servizi del privato sociale e del volontariato coinvolti in azioni di tutela della salute. E' richiesto il diploma di laurea, laurea specialistica, titoli equipollenti rilasciati in Italia o anche all'estero purché conformi alla normativa italiana vigente. Le lezioni si svolgeranno a Perugia presso la sede didattica del Csesi

CHIUSURA DELLE ISCRIZIONI: 23 dicembre 2005

Per ulteriori informazioni sul Corso consultare il sitoweb: www.unipg.it/csesi oppure contattare: Segreteria del Master in Promozione della Salute ed Educazione sanitaria CSESi, Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica Università degli Studi di Perugia
Via del Giochetto 06100 Perugia, Italy
Tel. +39 (0)755857354 -57 Fax +39 (0)755857361
e-mail csesi@unipg.it redriv@unipg.it

Calendario:

I anno

I Modulo - 23-27 gennaio 2006

I fondamenti e l'organizzazione della promozione ed educazione alla salute

II Modulo - 27-31 marzo 2006

Pratica in promozione ed educazione alla salute (I):

la programmazione e la ricerca

III Modulo - 22-26 maggio 2006

Pratica in promozione ed educazione alla salute (II):

la comunicazione e l'apprendimento

IV Modulo - 25-29 settembre 2006

Pratica in promozione della salute ed educazione sanitaria (III):

l'intervento educativo e la valutazione

V Modulo - 6-10 novembre 2006

Pratica in promozione della salute ed educazione sanitaria (IV):

strumenti di gestione degli interventi

II anno

VI Modulo - 5-9 febbraio 2007

Gruppi di lavoro e gruppi di apprendimento

VII Modulo - 16-20 aprile 2007

Qualità in promozione ed educazione alla salute:

strategie, metodi, strumenti per la valutazione

VIII modulo - 4-8 giugno 2007

Lavorare con la comunità per la promozione della salute

IX modulo - 24-28 settembre 2007

Benessere della persona, stili alimentari, attività fisica

Bisogna fare presto

"Non è sufficiente che i giovani siano amati. Devono sapere di essere amati. I giovani di oggi sono portatori di innovazioni sociali, anche se non sono sempre chiare, alle quali dobbiamo prestare molta attenzione. Noi educatori non possiamo rapportarci a loro come nostalgici di un modo di essere giovani che non esiste più. Ragazzi e ragazze hanno elaborato un modo di stare insieme tutto nuovo, che prima non esisteva, in cui sono presenti dolcezza e solidarietà, anche se non mancano in molti solitudine e aggressività. Il corpo ha assunto per loro un valore eccezionale, attraverso il quale mandano messaggi che noi dobbiamo saper leggere per arrivare a capire la loro soggettività, il loro mondo emotivo. Per entrare in una relazione autentica con i ragazzi bisogna saper stare con loro in modo informale durante i momenti informali della vita scolastica: pause, intervalli, giochi, uscite, ecc. Diversamente, noi avremo soltanto il riscontro delle loro debolezze, ad esempio del fatto che la durata della loro attenzione è molto ridotta: in molti non supera i sette minuti. Se non lavoriamo con loro per spot corriamo il rischio di fallire. Insieme a loro, soprattutto partendo dalla loro naturale propensione a viverci come gruppo, possiamo andare oltre lo spot e raggiungere buoni traguardi formativi. Prescindendo da loro ne perdiamo molti per strada. Troppi." Questa breve sintesi non coglie appieno la portata dell'ampio "Schizzo psico-sociologico dei giovani in Piemonte" che il prof. **Stefano Martoglio**, salesiano, ha tratteggiato nel corso del Convegno "Il sistema di istruzione e formazione professionale. La sperimentazione in Piemonte", che ha avuto luogo il 23 giugno scorso a cura di una ventina di Enti di Formazione Professionale, raggruppati in un'Associazione Temporanea di Scopo che ha fruito di fondi molto cospicui per attivare i corsi triennali alternativi al proseguimento degli studi nelle scuole superiori, come previsto dalla Riforma Moratti.

L'approccio educativo presente nella relazione citata, la cui portata va ben oltre i confini della formazione professionale e si estende a tutti coloro che hanno compiti formativi nelle scuole di ogni ordine e grado, impone una seria riflessione a chi si propone di affrontare il malessere che emerge dall'intervista sulla dispersione riportata in questo stesso numero della nostra Rivista. Rapidamente: a chi ha compiti educativi, dai maestri ai prof. agli istruttori della formazione professionale, s'impone un nuovo approccio educativo, senza se e senza ma; a chi ha compiti decisionali s'impone con urgenza l'adozione di una gamma di interventi coerenti affinché nessun ragazzo in Piemonte resti tagliato fuori da un percorso formativo. Troppe scuole superiori perdono ragazzi per strada, anche quando hanno onerosi progetti, in comune con Enti di formazione professionale, che si propongono di raggiungere l'obiettivo "Dispersione 0".

Troppi corsi gestiti da Enti, magari con i cospicui fondi della sperimentazione morattiana del decreto legislativo sul "diritto-dovere", registrano forme di mortalità formativa; troppi ragazzi dopo la terza media sono già dei drop-out. Le correlazioni tra malessere e stili di vita a rischio per la salute sono abbastanza note e gravi, anche facendo semplicemente riferimento agli incidenti stradali e alle invalidità permanenti che sempre più spesso ne conseguono, con costi umani e economici incalcolabili. I dati di tutti i ragazzi della nostra Regione sono presenti nelle anagrafi dei rispettivi Comuni: basta usarli, esattamente come si fa da sempre per le scuole elementari, e varare una vera legge regionale sull'applicazione della 144, come altre regioni hanno fatto, che affidi poteri reali d'intervento ad una rete di tutor per l'obbligo formativo. La presenza al Convegno citato dell'Assessore regionale all'Istruzione e alla Formazione Professionale, Giovanna Pentenero, induce a ipotizzare sviluppi interessanti per i problemi posti in quella e in questa sede. Come sempre, la speranza è l'ultima a morire.

Guido Piraccini

Atti della Regione Piemonte

- D.D.31 gen.2005,n°14
Istituzione gruppo di lavoro regionale di Odontoiatria
- D.D.15 mar. 2005, n°45
Istituzione di un tavolo di confronto sui temi della sicurezza alimentare e prevenzioni delle zoonosi
- D.G.R.27 giu.2005, n°33-357
L. R 8/01/04, n 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento".Approvazione delle linee guida regionali nonché delle modalità stand-ard riguardanti le attività formative per gli operatori dei servizi sociali finanziate tramite le Province con fondi regionali- Anno 2005
- D.D. 16 mag. 2005, n°70
Approvazione Linee Guida per il rilascio di autorizzazioni sanitarie temporanee
- D.G.R. 7 giu.2005, n°34-213
Legge regionalen.6 del 23 mar. 2004 "Politiche regionali integrate in materia di sicurezza"-art.10. Approvazione graduatoria dei progetti ammessi a contributi.
- D.G.R.27 giu. 2005 n°40-364
Abolizione della quota fissa regionale di compartecipazione alla spesa farmaceutica per i farmaci generici e le specialità medicinali non più coperte da brevetto.
- Decreto del Presidente Giunta Regionale 6 lug. 2005 n°69
VIII legislatura regionale. Rinnovo della Conferenza Permanente Regione-Autonomie Locali
- Legge regionale 25 lug. 2005, n°11
Modalità gestionali, organizzative e di funzionamento dell'Istituto zooprofilattico sperimentale del Piemonte, della Liguria e della Valle d'Aosta.
- D.G.R. 1 ago.2005, n°37-630
Approvazione della convenzione tra Regione Piemonte e Ministero della Salute per la sperimentazione di un sistema di presa in carico dell'anziano da parte dei servizi socio-assistenziali-sanitari.
- D.G.R. 1 ago. 2005, n°80-672
Indirizzi gestionali alle Aziende Sanitarie ed ai soggetti erogatori accreditati. Revoca D.G.R. n. 53-125 del 23.05.2005
- D.D.3 feb.2005, n°20
Nomina componenti Commissione Regionale per i problemi alcolcorrelati.
- D.G.R. 1 ago. 2005, n° 51-644
Revoca delle limitazioni alla prescrizione dei farmaci inibitori della pompa protonica gastrica in regime di Servizio sanitario regionale di cui alla Dgr n. 89-7545 del 28.10.2002
- D.D.26 apr.2005, n°199
Primo Programma Annuale di Attuazione del PNSS-Prima fase. Approvazione bozza di convenzione. Impegno a favore degli Enti Locali. Quota di cofinanziamento regionale.

Essere per fare (Genitori tra natura e cultura)

A cura di **M. Farri e A. Simonetto**. Ed. **Bollati Boringhieri**. 2004

Questa raccolta di lavori ha lo scopo di esplorare il mondo delle relazioni parentali, variegato e complesso sia per chi si occupa di bambini e famiglie con vari ruoli e in vari contesti, sia per chi è interessato a riflettere sull'affascinante esperienza della genitorialità. Per questo si sono raccolte le riflessioni di diversi autori ai quali è stato chiesto di esprimere il loro pensiero sulla teoria e sulla pratica di essere genitori oggi. L'affiancamento e il confronto di elaborazioni che sono espressione di più saperi costituiscono la proposta metodologica sia per la struttura del libro, sia per il percorso di conoscenza e di esplorazione clinica della relazione genitori-figlio.

I contributi dei vari autori sono raggruppati per settori: area psichica, area biologica, area psicosociale, area giuridica, area della comunicazione.

Tommaso Cravero



Istruzioni per la donna operata al seno per carcinoma mammario.

O. Molinette – R. a. Vi.
(Associazione a sostegno delle donne dopo il cancro al seno)-
VSSP.2004

Questo libretto di istruzioni per la donna operata al seno nasce dall'esperienza maturata all'interno della S.C. di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino nel trattamento di questa patologia. Vuole essere un aiuto concreto per le donne operate, dando loro una serie di informazioni e consigli, oltre all'indicazione ad eseguire alcuni esercizi che risultano estremamente efficaci per ridurre al minimo l'incidenza di complicanze legate all'intervento subito. Non vuole né può essere la sostituzione di un programma riabilitativo specifico e mirato in tutti quei casi in cui esso trova indicazione. A tale proposito vuole essere invece un messaggio preciso per le pazienti di poter contare sul servizio specialistico riabilitativo che l'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino offre dal momento dell'intervento chirurgico in poi, ogni qual volta se ne presenti la necessità.

(dall'introduzione del Direttore della S.C. di Recupero e Rieducazione Funzionale Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino, Dott.ssa M. Pia Schieron)



34° e 35° Laboratorio Alimentazione ed Attività Fisica

Promosso da DoRS Regione Piemonte in collaborazione con le ASL del Piemonte.

Gli appuntamenti sono fissati per mercoledì 12 ottobre e 9 novembre 2005 presso il Centro Incontri Regione Piemonte in Corso Stati Uniti 23. Sono stati richiesti i crediti formativi ECM per dietisti, assistenti sanitari, medici, infermieri professionali, veterinari, ottenibili se la partecipazione avviene ad entrambi gli appuntamenti. È necessaria la pre-iscrizione.

Ulteriori informazioni ed eventuali aggiornamenti possono essere letti sul sito www.dors.it nella sezione Laboratori Promozione della Salute.

Salute e ambiente

La trasmissione è nata sei anni fa presso gli studi dell'emittente privata GRPTV del Piemonte.

Viene curata e promossa dalle due associazioni di tutela ambientale Verdi Ambiente e Società (V.A.S.) e ISDE (medici per l'ambiente), anche avvalendosi del contributo informativo di altre associazioni nazionali ed internazionali di tutela ambientale, quale ad esempio GreenCross International. Salute & Ambiente vuole essere uno dei primi ed innovativi progetti di comunicazione-informazione televisiva, in cui si fondano ed interagiscono fra di loro, le tematiche medico/sanitarie con quelle ambientali e dello sviluppo sostenibile.

La trasmissione della durata di un'ora, è organizzata sotto forma di un talk show in cui gli ospiti rispondono alle domande formulate dai due conduttori, la giornalista pubblicitaria Antonella Frontani ed il medico-giornalista Giorgio Diaferia.

La sua diffusione avviene sia nel circuito regionale (Piemonte e Valle d'Aosta) sia in quello nazionale grazie alla collaborazione con il canale satellitare Videolook Chanel alla pagina 857 di SKY televisione.

Con il supporto indiretto del mondo accademico, si vorrebbe rendere partecipe il pubblico, su argomenti di interesse generale ma non sempre di facile ed immediata comprensione.

In studio si alternano, fra immagini realizzate per l'occasione ed il supporto di slide esplicative, tecnici, rappresentanti delle istituzioni locali e nazionali, medici e docenti universitari di chiara fama.

L'obiettivo è anche quello di affrontare i temi dell'epidemiologia ambientale e di parlare di ambiente inquinato, non solo al domani di una catastrofe o comunque di una situazione "limite".

Salute&Ambiente si colloca poi come strumento di diffusione ed informazione ed approfondimento per congressi ed avvenimenti di carattere scientifico, riferiti a tematiche sanitarie o ambientali ed anche per dibattiti pubblici.

Tra le collaborazioni più significative in questi anni vi è stata quella con l'Assessorato all'Ambiente della Provincia di Torino, con le Società raccolta rifiuti e trattamento rifiuti metropolitani AMIAT e TRM, con l'Environment Park di Torino in occasione ad esempio della Biennale sull'Ecoefficienza in cui si è realizzata uno speciale.

Si è altresì ulteriormente consolidata la collaborazione con la rassegna Internazionale CinemaAmbiente mentre è avviata una partecipazione ufficiale al 3° Weec (Congresso mondiale sull'educazione ambientale) che si terrà a Torino dal 2 al 6 Ottobre 2005.

Anche le attività delle varie sedi regionali di ISDE e VAS collaborano con la trasmissione inviando contributi filmati ed informazioni dalle varie zone del territorio nazionale e tali segnalazioni sono riprese nel corso dello spazio dedicato alle notizie dall'Italia.

Tra i temi affrontati con gli oltre 200 ospiti ricordiamo: Sostenibilità e sviluppo, bioedilizia, rifiuti solidi urbani loro raccolta e smaltimento, inquinamento di aria, terra ed acqua, ogm, sicurezza alimentare, alimentazione biologica, trasporti, la prevenzione delle principali patologie mediche.....

All'interno della trasmissione viene poi realizzato un piccolo angolo editoriale dedicato a libri e riviste che si occupano di sanità ed ambiente, attinenti al tema trattato nella puntata.

Per vederci : GRP TV tutti i martedì alle 20.30 canale 37 (Piemonte e Valle d'Aosta) - SKYTV pagina 857 tutte le domeniche alle ore 20.00

Per informazioni scrivere a

saluteeambiente@grp.it oppure vas.piemonte@tiscali.it

Giorgio Diaferia medici per l'Ambiente Torino e VAS Piemonte

Antonella Frontani comunicazione VAS Piemonte



Note per sanità in U.S.A.

Vale la pena osservare con una certa attenzione il sistema economico che gestisce il servizio sanitario più avanzato nel mondo, quello degli Stati Uniti dato, che prima o poi, potenti ed influenti forze politiche e sociali, lo proporranno anche nel nostro Paese.

Il complesso sistema di gestione della sanità in U.S.A. è costato lo scorso anno ai suoi 285 milioni d'abitanti la bella cifra di 1.243 miliardi di dollari pari a circa 2.300 dollari per abitante, il doppio di quanto è mediamente speso dagli abitanti della vecchia Europa.

Ma come viene ripartito il costo della sanità fra la popolazione nordamericana? Non esiste un sistema nazionale basato principalmente sul prelievo fiscale secondo il principio (teorico) in cui tutti pagano secondo la propria disponibilità per avere tutti ciò di cui hanno bisogno. Il sistema sanitario U.S.A. è finanziato principalmente dalle polizze volontarie che il cittadino sottoscrive, individualmente o collettivamente, secondo i contratti di lavoro in alcune grandi aziende.

I militari di carriera e i veterani di guerra sono assicurati a parte e, per i cittadini che le assicurazioni rifiutano perché troppo onerosi, vi sono le reti federali Medicare e Medicaid per gli anziani, i malati cronici e per i poveri aventi diritto alla pubblica assistenza.

Vi è poi una fascia pari a 44 milioni d'abitanti, il 15,2% dell'intera popolazione, che si trova nella spiacevole situazione di essere contemporaneamente troppo ricca, per essere compresa nelle reti assicurative pubbliche e troppo povera, per pagare una retta assicurativa privata e deve, di volta in volta, pagare ai Centri medici le cure di cui ha bisogno per se o per la sua famiglia.

Un recente studio di Manuela Perrone e Marzio Bartoloni pubblicato sul "Il Sole 24 ore" evidenzia come questa categoria di persone sia destinata a crescere in un Paese sempre più stretto da un disavanzo pubblico di oltre 400 miliardi di dollari e da sempre più elevate spese militari.

Le compagnie Assicurative hanno aumentato le loro polizze del 12% e hanno conseguentemente espulso una parte di popolazione dalla copertura sanitaria, non dobbiamo dimenticare che il Paese più ricco e potente del Mondo ha 34,6 milioni di suoi cittadini in condizioni d'estrema povertà.

L'attuale governo non appare orientato ad attenuare questa situazione di pesante disagio, un recente provvedimento in corso d'approvazione alla Camera e al Senato disporrà la cessione della gestione delle reti pubbliche Medicaid e Medicare a Compagnie private addebitando parte dei costi (per le medicine attualmente non comprese nella polizza assicurativa pubblica) all'assicurato.

Guido Ziniti Mutua Cesare Pozzo

Consiglio Provinciale di Novara sull'ospedale e la salute

I gruppi di minoranza del Consiglio Provinciale di Novara hanno presentato il 16 settembre una mozione per fare assumere un impegno al Presidente della Provincia per l'avvio della realizzazione del Nuovo Ospedale di Novara, per il timore che esso non si faccia proprio più. Polemicamente essi non accettavano le affermazioni rilasciate da Mercedes Bresso, il 15 giugno, proprio in un primo incontro con i Consiglieri provinciali di Novara. Nel suo intervento Bresso rinviava la revisione della rete ospedaliera alle indicazioni formulate dal PSR (Piano Sanitario Regionale), prioritario, da redigere velocemente (entro 1 anno) per esaminare bisogni e problemi di salute e i legami con la medicina territoriale, da potenziare, per definire anche i dimensionamenti del Nuovo Ospedale di Novara.

Sergio Vedovato, Presidente della Provincia di Novara, ha chiesto all'Assessore regionale alla Sanità, di intervenire al CP. Mario Valpreda ha volentieri accettato. Vedovato ha ringraziato per il metodo nuovo che ha consentito un dialogo diretto tra assessore e Consiglio Provinciale. Ciò ha avuto l'apprezzamento di tutti i Consiglieri Provinciali.

Valpreda ha iniziato il suo intervento fornendo numerosi dati e cifre sulla sanità piemontese. Ha riferito che in 2 mesi di indagine si è scoperto un disavanzo nella sanità regionale di 1.050 milioni di euro a fine 2004, con una proiezione a 1.500 milioni di euro a fine 2005. Il buco è generato da una mancanza assoluta di programmazione sanitaria della Giunta GHIGO negli ultimi 10 anni, da una mancanza di organizzazione di ASL e ASO (sprechi, duplicazioni). I Direttori di ASL e ASO sono sempre più diventati soggetti politici, che rispondevano a "padrini" politici, ma - incapaci di controlli - sperperavano e duplicavano risorse.

La giunta precedente (GHIGO, D'Ambrosio, Galante) aveva introitato 1.000 milioni di euro con l'imposizione di addizionale Irpef e con i ticket, per ripianare il deficit nella sanità, ma ne ha spesi solo 217 milioni di euro per la sanità. Il resto è stato volatilizzato in altri mille rivoli non sanitari.

Valpreda ha delineato il programma per la salute della coalizione di CS in regione. Il passo più significativo è l'eliminazione dei ticket in 5 anni. La Giunta BRESSO ha iniziato eliminando i ticket sui farmaci a brevetto scaduto con benefici per 21 milioni /anno per la regione, (dovuti al maggior consumo di questi farmaci e non quelli di "Marca", tuttora con brevetto, anche molto più costosi per i cittadini), una perdita di 17 milioni /anno, più Ticket non più introitati, e un guadagno di 4 milioni/anno per le casse regionali.

E' stata subito approvata la legge (ferma da 6 anni) per la sicurezza alimentare (definiti più compiti per istituto zoo profilattico)

La programmazione sanitaria con il PSR sarà il cardine della sanità per la Giunta regionale, con scelte che privilegiano le strutture pubbliche. Ci sarà spazio anche per l'apporto della sanità privata, accreditata, ma svolta bene con più controlli e integrata nella sanità pubblica.

Punti cardine della coalizione di CS per la salute regionale

1. Un diverso rapporto con gli Enti Locali: Province, Comuni, comunità montane, al centro della sanità. Non più solo difficili conferenze dei sindaci (coreografiche e quasi mai riunite), ma ruoli definiti per la valutazione della qualità dei servizi sanitari erogati e per rilevare necessità di interventi sanitari. Enti Locali punti di ascolto per bisogni sanitari, domanda espressa da cittadini e terminali di ascolto. Si farà una rete di largo ascolto, collegata con l'assessorato al

Welfare, per programmare interventi sociali e politiche socio assistenziali per tutelare la salute

2. Revisione della Rete Ospedaliera – Un gruppo di lavoro – è stato nominato dalla nuova Giunta subito, dopo 1 mese - curerà la collocazione dei nuovi ospedali, nonostante le difficoltà di reperire le risorse. I criteri per fare un nuovo ospedale: analisi dei bisogni non soddisfatti dalla precedente struttura. Analisi vetusta della vecchia struttura, analisi anti economica per interventi per la messa in sicurezza e ristrutturazione delle vecchie strutture. Un nuovo modello di ospedale – facilitazioni legate all'assetto territoriale – analisi ruoli e gerarchia della rete degli ospedali periferici e dei bisogni nei distretti sanitari, esame delle disponibilità finanziarie. Ciò vale anche per il nuovo Ospedale di Novara

3. Potenziare la medicina territoriale per evitare una sanità ospedale-centrica. Migliorare la medicina di base e garantire assistenza medica nel territorio

4. Potenziare la prevenzione: a cominciare dal potenziamento del servizio di prevenzione nelle ASL: più sicurezza sul lavoro = meno infortuni; più sicurezza alimentare: esempio la pandemia dovuta all'influenza dei polli si combatte non col vaccino, ma con politiche e l'informazione.

5. Spostare l'accento da sanità a SALUTE per il benessere complessivo della popolazione. Tutte le politiche ricadono sulla salute: c'è una ricaduta sulla salute di politiche per il lavoro (più reddito = più salute ;più controlli = meno infortuni), agro-alimentari, ambientali, trasporti, istruzione. Vanno convinti (con LR si definirà il percorso) gli enti locali a definire politiche attraverso Profili e Piani di Salute. Non si può espandere indefinitamente la rete dei servizi, ma attraverso centri di ascolto (per cittadini con bisogni insoddisfatti) si evidenzieranno i problemi di salute e le migliori soluzioni si attueranno con il potenziamento della programmazione sanitaria: è un processo circolare, con gli enti locali come feed back.

6. abbiamo intenzione di fare il nuovo ospedale di Novara, ma con idee più chiare. Evitare componenti propagandistiche. I soldi stanziati: 26 milioni di euro per la progettazione, si useranno, ma con un crono programma sui tempi di realizzazione. La relazione sullo STATO DI SALUTE della popolazione piemontese – pronta in pochi mesi - darà una indicazione per realizzare una degna Rete Ospedaliera per soddisfare i bisogni sanitari e una rete di controllo per valutare i servizi offerti. Governare non è comandare, ma lavorare ininterrottamente per tutta la collettività

Dopo Valpreda sono intervenuti numerosi consiglieri provinciali.

La mozione proposta dalla minoranza è stata respinta. La coalizione di CS ha proposto un Odg approvato dalla maggioranza.

IL CONSIGLIO PROVINCIALE DI NOVARA

Apprezza la disponibilità dimostrata dall'Assessore Regionale Valpreda ad illustrare le linee delle politiche regionali in materia sanitaria, che rappresenta una importante innovazione di metodo per la trasparenza e la correttezza nei rapporti istituzionali.

Condivide l'impostazione che vede nella definizione del piano sanitario regionale il quadro programmatico necessario a cui riferire realistiche valutazioni sulla disponibilità dei finanziamenti e sulle procedure per la realizzazione della nuova struttura ospedaliera di Novara.

Ritiene necessario il pieno coinvolgimento del territorio per definire i fabbisogni e le priorità di un profilo di salute a cui il piano sanitario dovrà riferirsi, tenendo conto anche dell'esigenza di rafforzare ed integrare la rete dei servizi sanitari e socio-assistenziali esistenti nell'intero territorio provinciale.

Novara, 16 settembre 2005

Claudio Ardizio

GOES: Promozione della Salute e attività di Prevenzione in Piemonte

Si è svolto giovedì 22 settembre, presso la sede della CIPES a Torino, un incontro sul tema della Prevenzione e Promozione della Salute nell'ambito delle attività svolte dalle ASL.

All'incontro, organizzato dal Gruppo Operatori Educazione Sanitaria (GOES), composto da soci che operano all'interno delle aziende sanitarie piemontesi, hanno partecipato il Dr. Mario Carzana -Area Educazione Sanitaria e Promozione della Salute - della Direzione 29 dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, il Dott. Vittorio Demicheli, incaricato dall'Assessore a dirigere il Gruppo Tecnico di Coordinamento per la prevenzione sanitaria, la Dott.ssa Elena Coffano ed il Dott. Claudio Tortone del Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute - DORS, ed un'ampia rappresentanza dei Referenti Aziendali Promozione ed Educazione alla Salute (REPES) del Piemonte.

Per i soci CIPES che vi hanno fatto parte sino ad oggi, il GOES è stato e vuole rimanere uno "spazio di pensiero", ovvero una opportunità per riflettere su ruoli e compiti che possiamo svolgere sul fronte della Promozione della Salute nella comunità, in quanto, essendo professionisti della salute, ci sentiamo anche cittadini competenti.

L'orizzonte verso cui tendiamo è quello del coinvolgimento e della partecipazione di tutti i settori della società, favorendo in particolare il ruolo attivo e responsabile dei cittadini, affinché aumenti la capacità di controllo della popolazione sul proprio stato di salute (empowerment). Per contribuire a diffondere questa cultura della Promozione della Salute a livello di Gruppi, Associazioni, Enti ed Agenzie non sanitarie del territorio, da sempre riteniamo fondamentale che si diffonda sempre più, all'interno del mondo sanitario, una cultura professionale ed organizzativa che dia valore, visibilità, efficienza ed efficacia agli sforzi che vengono compiuti in tal senso.

Proprio per queste ragioni siamo stati, in passato, tra i promotori dell'attuazione del progetto di sperimentazione del Manuale per la valutazione tra pari delle attività di Promozione ed Educazione alla Salute nelle aziende sanitarie, poi sviluppato dalla Regione Piemonte, che ha condotto alla stesura delle linee guida alle Aziende Sanitarie sulla Promozione della Salute, con Determina Regionale n° 166 del 5 giugno 2003.

A 2 anni dalla loro diffusione, e nel momento in cui la Regione, in vista del nuovo Piano Socio-Sanitario, sta conducendo una ricognizione delle attività di Prevenzione e Promozione della Salute, in funzione di un loro riordino e coordinamento, l'incontro di giovedì 22 ha voluto essere un momento di confronto e verifica sulla attuale applicazione delle linee guida, ed una opportunità per avanzare proposte ed eventuali contributi professionali in merito allo sviluppo, nell'ambito della Sanità Pubblica piemontese, di una cultura professionale ed organizzativa delle attività, dei programmi e delle politiche locali, orientata alla Promozione della Salute.

La riunione è stata introdotta da Sante Bajardi, in qualità di presidente della CIPES, dopodiché il GOES, come portavoce delle 15 ASL che hanno aderito all'iniziativa, ha documentato e richiamato l'attenzione dei partecipanti sulle seguenti due questioni:

1. dove è arrivata, a tutt'oggi, la Promozione della Salute rispetto alle indicazioni delle linee guida;
2. e, soprattutto, verso quale direzione è importante, utile, opportuno muoversi.

Gli interventi dei presenti, ed in particolare il contributo del Dott. Demicheli, hanno fatto sì che il confronto ed il dibattito lasciassero intravedere le linee principali dell'orizzonte che verrà delineato dal redigendo Piano Socio-Sanitario Regionale,



e quindi un percorso, per il futuro delle attività di Prevenzione e Promozione della Salute, basato sempre più sui seguenti principi:

- stesura di obiettivi di salute chiari e raggiungibili, suffragati e verificabili attraverso gli indicatori quantitativi e qualitativi disponibili (demografici, epidemiologici, psico-sociali, ecc.);
- definizione delle azioni da implementare per il loro raggiungimento, sulla base delle evidenze scientifiche di efficacia e di buona pratica professionale;
- adozione di modelli organizzativi di supporto innovativi, oltre a quelli esistenti attualmente.

Inoltre, lo sviluppo delle attività di Prevenzione e di Promozione della Salute potrà trovare ulteriore respiro, e giovare alla costruzione dei profili di salute prodotti dalle amministrazioni locali, con il conseguente ampliamento della rete OMS delle Città Sane, essendo questo, tra l'altro, uno dei campi di intervento in cui la CIPES svolge un importante ruolo di supporto all'azione regionale.

Come REPES potremo fare leva su quelli che riteniamo essere i punti di forza del nostro bagaglio professionale, che da tempo stiamo sviluppando, ovvero le conoscenze, le competenze e le capacità tecniche per fare sempre meglio prevenzione attraverso gli strumenti dell'informazione, formazione ed educazione. Per quanto riguarda invece gli aspetti organizzativi della funzione Promozione ed Educazione alla Salute (PEaS), da sempre critici, dovremo far in modo che siano soppesate e valorizzate le nostre esperienze e storie locali, che comunque hanno consentito, sino ad oggi, di essere presenti sullo scenario regionale con attività di PEaS sempre più qualificate, come possono testimoniare i 67 progetti, finanziati con il bando regionale di Promozione della Salute (DD 500 20.12.04 - BURP 51-23.12.04), in corso di attuazione e che ci vedono tra i protagonisti. In ogni caso la sfida che ci attende, in particolare come operatori delle Aziende Sanitarie, è quella di saper stare al passo, soprattutto sul piano etico, culturale, scientifico e tecnico-professionale, con l'esigenza di coniugare investimenti per la salute reali, sostenibili, efficaci, equi e attenti alle disegualanze sociali, ottimizzando le scarse risorse disponibili.

In conclusione, è inevitabile che solo mediante un decisivo riorientamento dei servizi sanitari, all'interno di politiche per la salute chiaramente intersettoriali, verrà dato, di fatto, un concreto segnale di avvio al tanto declamato passaggio dalla sanità alla salute ed alla altrettanto auspicata centralità del cittadino, nelle scelte e decisioni che lo riguardano in tal senso.

Mauro Brusa
Coordinatore GOES-CIPES
REPES ASL 21 Casale Monferrato

Per informazioni è possibile consultare l'area Gruppi di Lavoro del sito www.cipespiemonte.it oppure utilizzare il seguente indirizzo di posta elettronica a ges@asl21.piemonte.it

Asterischi di vita

La nostra rubrica questa volta abbraccia ben quattro mesi seppur segnati dalla pausa estiva. Daremo conto quindi di un periodo così lungo in modo forzatamente sintetico tramite il nostro consueto cronogramma:

- giovedì 19 e venerdì 20 maggio 2005, organizzato da La Bottega del Possibile, si è svolto a Torre Pellice il Punto d'ascolto 11 sulla Domiciliarità dedicato al tema "L'integrazione per far salute". Dopo i saluti delle Autorità locali e l'apertura a cura di Mariena Scassellati, i lavori si sono articolati in tre sessioni: la prima su "Principi, motivazioni e strategie per l'integrazione", la seconda su "L'integrazione tra i Servizi e nei Servizi", la terza su "L'integrazione nell'operatività di chi lavora nei Servizi socio-sanitari: esigenza etica di ogni professionista". Le tre sessioni sono state coordinate rispettivamente da Emanuele Grosso, de "La Bottega", Mauro Ferrari, Direttore del Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali della Zona di Ossola Pallanzeno Verbania e da Francesco Agli, pedagogo, ricercatore e formatore. Molte e qualificate le partecipazioni come sempre anche esterne alla nostra regione. Di livello elevato le comunicazioni che hanno fatto del punto d'ascolto una delle poche occasioni fin qui realizzate di parlare in termini sia scientifici che esperienziali dei vari aspetti dell'integrazione;

- sabato 21 maggio 2005 si è svolto a Torino, organizzato dall'Associazione Amici Porta Palatina, il convegno "Il sapore della diversità - Interventi multidisciplinari sulla malattia mentale". Molti gli interventi di rilievo tra cui quelli di Pierluigi Dovis, direttore della Caritas Diocesana di Torino, di Luigi Morello della Compagnia di S. Paolo che ha presentato il progetto "Operare in rete: progetto IL BANDOLO", di Massimo Beretta della Fondazione CRT, di Ugo Zamburru dell'Associazione VOL-PI Onlus, che è intervenuto sul tema "Lavoro di rete: organizzare dal basso la speranza";

- sabato 21 maggio 2005 il Centro Servizi Volontariato Idea Solidale ha organizzato, presso la sala Vivaldi di Torino, un interessante seminario dal titolo "Volontariato e impresa: un'alleanza possibile?" sui vari aspetti del "Fund Raising". Ai lavori, coordinati da Enzo Cucco del Segretariato Sociale RAI, sono intervenuti Lorenzo Ferreri, dell'Ordine Commercialisti, Daniele Vaccarino, Vicepresidente della Camera Commercio di Torino, Renzo Giardino, Portavoce del Forum del Terzo Settore, Luigi Sacco, Direttore Scientifico della Fund Raising School di Forlì;

- venerdì 27 e sabato 28 maggio 2005 si è svolto a Tortona, organizzato dall'ASL 20 un convegno su "Senologia: up to date. A partire da un'esperienza locale", indirizzato a medici, biologi, psicologi e infermieri professionali. I lavori si sono articolati in diverse sessioni: due tavole rotonde su "La senologia: di cosa parla?" e su "La senologia: dove guarda?", una seduta plenaria sul tema "La senologia: in che cosa consiste?" ed in una rassegna di casi clinici;

- venerdì 27 maggio 2005 è iniziato un ciclo di incontri organizzato dal Consorzio Pracatinat in collaborazione con la Regione Piemonte, la Città di Torino e l'IRRE Piemonte, con un primo incontro su "Voce sulla politica", introdotto da Marco Revelli e condotto da Maurizio Mannoni; i successivi incontri si sono tenuti martedì 7 giugno sul tema "Voce dall'antropologia" introdotto da Marco Aime ed il 21 giugno su "Voce dall'economia" introdotto dal Piercarlo Frigero e condotto da Mimmo Candito;

- martedì 31 maggio 2005, a Cuneo in un incontro promosso dall'Istituto comprensivo Borgo San Giuseppe e dall'IPPSC "Grandis" in collaborazione con la CIPES, con l'ASL15, con il Comune di Cuneo, con il Movimento Consumatori, con l'Associazione Medici per l'ambiente è stato presentato il progetto "La scuola libera dal fumo". Dopo la presentazione, a cura della dott.ssa M. Grazia Tomaciello e della dott.ssa

Beccaria, di un CD rom, realizzato dalle due scuole coinvolte, e dopo la premiazione degli studenti protagonisti del progetto, la dott.ssa Muscolo e la dott.ssa Tomaciello hanno rivolto un messaggio conclusivo sulle strategie del progetto OMS Rete delle Scuole Promotrici di salute-HPS;

- martedì 31 maggio 2005, l'Associazione per la prevenzione e la cura dei tumori in Piemonte ha organizzato, in collaborazione con il Lions Club, un simpatico recital di canzoni dialettali interpretate dall'intramontabile Roberto Balocco dal titolo "Dal '600 a le canson dla piòla". L'iniziativa, pur finalizzata alla raccolta fondi, ha dimostrato come si può sensibilizzare divertendo;

- martedì 31 maggio 2005, nell'ambito della giornata mondiale senza tabacco, l'ASL 20 di Alessandria e Tortona ha presentato il progetto "Mamme libere dal fumo" rivolto alle donne in gravidanza e predisposto dal Dipartimento di prevenzione dell'ASL stessa;

- mercoledì 1 giugno 2005, nell'ambito della campagna HPH-Ospedale senza dolore, si è svolto il convegno "Il percorso verso un ospedale senza dolore"; ha moderato i lavori il prof. Luigi Resegotti, Presidente del Comitato Scientifico CIPES Piemonte e Valle d'Aosta. Le comunicazioni sono state numerose e qualificate, nell'impossibilità di citarle tutte, ricordiamo quelle riguardanti lo sviluppo del progetto HPH "Il percorso verso l'ospedale senza dolore" del dott. Franco Ripa, coordinatore della rete HPH OSD, della dott.ssa Barbara Mitola, OSD rete HPH presidio Gradenigo, e quelle di Silvana Romano dell'ASL 21 e della dott.ssa Sabrina Gigolo del presidio Gradenigo entrambe su "L'ambito assistenziale e la formazione degli operatori". Sull'evoluzione del progetto si sono soffermati la dott.ssa Anna De Luca e il dott. Franco Ripa;

- lunedì 6 giugno 2005 l'ASL 20 ed il C.I.S.S.A.C.A. hanno presentato "Il progetto del cuore" riguardante la defibrillazione precoce diffusa su tutto il territorio per prevenire i casi di morte improvvisa da arresto cardiaco;

- giovedì 9 giugno 2005 l'ARESS Piemonte, in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione, ha promosso un seminario su "Le conoscenze epidemiologiche, il sistema sanitario e la sanità pubblica". Dopo l'introduzione di Giuseppe Costa dell'Università di Torino, nonché responsabile del servizio di Epidemiologia dell'ASL 5, sono state svolte numerose ed articolate comunicazioni aventi lo scopo di analizzare criticamente il ruolo ed il contributo dell'Epidemiologia nel Sistema Sanitario Regionale attraverso la presentazione di alcune linee di lavoro che i Servizi Regionali stanno seguendo e che coprono ambiti molto vari: dall'analisi dei bisogni alla valutazione dell'esito. La giornata ha affrontato attentamente il tema dei bisogni formativi in campo epidemiologico in Piemonte e di quali strategie di sviluppo possono essere realizzate;

- giovedì 9 giugno 2005, l'ASL 1 di Torino ha tenuto la sua annuale Conferenza dei Servizi. I lavori sono stati introdotti dal dr Mario Lombardi, Direttore generale; tra le comunicazioni si annovera quelle del Tribunale dei Diritti del Malato. Nell'occasione sono stati presentati ai rappresentanti delle Istituzioni e del Volontariato gli obiettivi raggiunti e quelli da perseguire;

- martedì 21 giugno 2005 è stato inaugurato all'Ospedale S. Luigi di Orbassano il nuovo reparto della Divisione Universitaria di Ematologia che dispone di 20 letti e costituisce, sotto la Direzione del prof. Saglio, uno dei più importanti centri clinici e di ricerca italiani in campo ematologico. Alla cerimonia hanno partecipato Mario Valpreda, Assessore alla Sanità della Regione Piemonte, Ezio Pelizzetti, Magnifico Rettore dell'Università di Torino, Giorgio Palestro, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia;

- giovedì 23 giugno 2005, a Biella, promosso dalla CIPES Piemonte, dall'ASL 12 e dalla rete HPH-Ospedali che Promuovono Salute del Piemonte-Valle d'Aosta, si è svolto il

⇒ Segue da pagina 23

convegno "Ospedale e territorio: esperienze per l'integrazione e la continuità assistenziale". Dell'importante iniziativa si riferisce più ampiamente in altra parte di Promozione Salute;

- mercoledì 29 giugno 2005 l'ASL 13 di Novara ha inaugurato la propria Residenza Sanitaria Assistenziale di Oleggio;

- martedì 5 luglio 2005 è andato in onda su "Altitalia TV" un nuovo numero del rotocalco d'informazione sanitaria realizzato a cura dell'ASL 13 in collaborazione con l'emittente stessa. La puntata ha trattato un argomento caro a chi ama gli animali: il dr Franco Tinelli, Direttore del Servizio Veterinario, ed il dr Pierluigi Rattone, Veterinario, hanno affrontato il tema "Passaporto per gli animali da compagnia". E' possibile suggerire argomenti per i futuri numeri del rotocalco televisivo all'indirizzo e-mail ure@asl13.novara.it;

- domenica 10 luglio 2005 si è svolto il III Congresso del Comitato Territoriale di Torino dell'ARCI NUOVA ASSOCIAZIONE. Le conclusioni sono state tratte dal Presidente Nazionale Paolo Beni;

- mercoledì 13 luglio 2005 a Torino Incontra è stato presentato l'Annuario Statistico Regionale "Piemonte in cifre" 2005. In tale occasione è stato trattato il tema "Il Piemonte e la trasformazione dell'economia italiana" con gli interventi, tra gli altri, di Sergio Billè, Presidente Nazionale Confcommercio, John Elkann, Vicepresidente FIAT, Savino Pezzotta, Segretario Generale Nazionale CISL, Mercedes Bresso, Presidente della Regione Piemonte, che ha concluso i lavori. L'annuario, frutto della collaborazione tra Regione Piemonte, ISTAT e Unioncamere Piemonte può essere consultato sul sito www.piemonteincifre.it, dove i dati vengono aggiornati costantemente;

- martedì 26 luglio 2005, a seguito del progetto della Regione Piemonte "Disabilità non è disparità" si è costituita una rete di donne "DISnonDIS" ed è stato elaborato un manifesto programmatico, illustrato in un convegno, in cui sono intervenuti l'Assessore Regionale Migliasso, Anna Mantini, Consigliere Regionale di Parità, Concetto Maugeri, Dirigente Regionale, Giovanni Callegari, Responsabile scientifico del progetto; la rete DISnonDIS è stata presentata dalle referenti Carla Castagna e Flavia Navacchia;

- martedì 26 luglio 2005 la V Circoscrizione di Torino, proseguendo nelle linee della Rete Città Sane dell'OMS, ha presentato le attività del Forum della Salute, caratterizzate dalla presentazione di questionari sperimentali e del corso di formazione per operatori-animatori di salute. Nell'incontro è stato anche illustrato il progetto internazionale URB-AL Europa America Latina, finanziato dall'Unione Europea ed intitolato "Boulevard. Percorsi di Salute", finalizzato alla creazione di un centro cittadino per la Promozione della Salute. Il centro, di valenza sovra zonale, prevede azioni locali ed azioni informative, formative, di raccolta e gestione dati di provenienza anche extracircoscrizionale e sarà perciò reso disponibile alla Città, ma anche a provincia, regione, università, enti pubblici e privati attivi nella promozione della salute. Soci del progetto sono le città di Bilbao, Montevideo, Ate (Perù), Rosario e Impades (Argentina). Alla presentazione ha partecipato il Presidente della CIPES, Sante Bajardi;

- martedì 6 settembre 2005 presso la sede dell'ASL 1 di Torino, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) ha illustrato le attività svolte con le Associazioni di Volontariato, rappresentate nel Comitato Misto Consultivo, formato dalle Associazioni stesse e dall'ASL 1;

- da venerdì 16 a domenica 18 settembre 2005, promosso dalle ACLI torinesi, si è svolto in Piazza Livio Bianco a Torino "UTOPICA 2005", semifestival per un mondo democratico fondato sul lavoro, articolato in vari momenti, in cui si è parlato, tra l'altro, di due temi particolarmente interessanti, quali la possibilità di un'etica globale dei diritti e quali diritti del lavoro sono necessari per una democrazia globale. Nella giornata conclu-

siva si è svolto un incontro dibattito su "Se l'economia esporta diritti-per uno sviluppo fondato sul lavoro", in cui sono intervenuti il sociologo Bruno Manghi ed in collegamento video l'inviato di Repubblica Federico Rampini.

Il prossimo numero della rubrica riguarderà ovviamente solo un bimestre, per cui speriamo di poter essere meno selettivi e di dare notizia di tutti gli eventi portati a nostra conoscenza.

Beppe Cervetto

CIPES alla 3 giorni del volontariato in piazza

Torino 27-28-29 maggio 2005

Come tutti gli anni siamo stati presenti alla 3 giorni del volontariato che, fra gli altri temi, ha affrontato quello della petizione sul disegno di legge che modifica l'articolo 15 della Legge 261/91 relativo ai Fondi per il volontariato. Questa petizione ha permesso alle Associazioni di stralciare dal Decreto Legge sulla Competitività le norme che tendevano ad utilizzare i fondi per i centri servizi del volontariato per la copertura finanziaria della nuova Legge sul Servizio Civile volontario.

Altro tema affrontato:

SABATO 28 MAGGIO - DOMENICA 29 MAGGIO - dalle ore 15 alle ore 20 in piazza Castello "VOLONTARIATO DI TUTTI I GIORNI - VOLONTARIATO OLIMPICO"

In una grande tenda viene proposto al pubblico il video "NOI CI SIAMO!" e un set video con interviste a volontari del mondo del non profit che raccontano la loro esperienza.

E' possibile realizzare in diretta interviste e lasciare testimonianze su entrambe le esperienze (a cura di TeleEma di Enrico Venditti)

Unità tra volontari: i volontari di tutti i giorni e i volontari olimpici. Una straordinaria testimonianza di come si possono unire spinte e motivazioni diverse per un obiettivo unico: fare delle Olimpiadi un'eccezionale occasione di incontro, di ospitalità, di conoscenza, di scambio. Per molti è magari la prima volta ma sarà una grande esperienza. Anche se il volontario olimpico vi impegnerà per un breve periodo, dopo le Olimpiadi potrà continuare scegliendo tra varie possibilità del volontariato esistente, oppure rendendosi disponibili a partecipare ad un'organizzazione del volontariato olimpico PERMANENTE che parteciperà all'accoglienza di altre manifestazioni. Le Olimpiadi possono lasciare un altro buon segno: più volontariato!



Fra le altre iniziative la presenza con un nostro banchetto (quest'anno collocato in via Roma) nei giorni di sabato 28 pomeriggio e domenica 29 tutto il giorno con il nostro materiale. Hanno garantito la presenza i nostri volontari Auddino Rosa, Carmen Cassutti, Domenico Mingrone e Giuseppe Signore.

Signore Giuseppe

Nuove adesioni a CIPES Piemonte

In questi ultimi mesi sono pervenute nuove adesioni: Per ragioni di privacy omettiamo quelle individuali mentre segnaliamo quelle di enti, istituzioni e associazioni:

- Provincia di Novara;
- Comune di Pianezza;
- Comune di Orbassano;
- Comune di Settimo Torinese
- CTP - Centro Territoriale Permanente - Cuneo
- FNP - CISL Piemonte
- Associazione "Un Futuro Melhor"
- AIL - Fondazione Angelino - Biella
- Associazione Amici del Cuore - Verbania

"Allegrì e longevi"

La mostra di vignette umoristiche "Allegrì e longevi" continuando il suo viaggio nelle realtà del territorio di Torino e del Piemonte, verrà allestita nelle seguenti date e luoghi:

- Presso la Parrocchia "Madonna del Rosario" Piazza Giovanni delle Bande Nere n. 20 - Torino **Sabato 8 Ottobre 2005** al pomeriggio e Domenica ottobre 2005 tutto il giorno;
- Presso la Sala S. Chiara del Comune di Cuneo - da Martedì **18 ottobre 2005** (inaugurazione e conferenza stampa per la Conferenza Salute Città di Cuneo) a **Martedì 25 ottobre 2005** - orari da definire.

Si comunica inoltre, che enti, associazioni, istituzioni interessate alla Mostra chiamando il Cipes Piemonte al n. 011/4310762 possono prenotarsi per richiedere l'allestimento della Mostra.

Giuseppe Signore

Dicembre: incontro regionale sulla promozione della salute

News letter ai Soci e lettori di Promozione Salute

Martedì 13 settembre si è riunita la Commissione esecutiva di CIPES Piemonte, composta dai responsabili della principali attività. Si è fatto il punto delle attività in corso e si è preso atto delle principali scadenze: le Conferenze della Salute a Cuneo il 20 ottobre e ad Alessandria l'11 novembre. Si prevede pertanto subito dopo, in dicembre, in accordo con i vari Enti e Istituzioni che hanno dato la loro adesione, allo svolgimento dell'incontro regionale sulla promozione della salute in collegamento alla ricorrenza del 15° Anniversario di attività di Cipes Piemonte. Alla stessa hanno garantito la partecipazione rappresentanti della OMS Europa e della UIPES Internazionale.

Si è preso atto inoltre della necessità potenziare la attività di informazione e comunicazione verificando la possibilità di affiancare a Promozione Salute, attualmente diffuso in 7500 copie, una "News letter" che nell'intervallo tra i vari numeri di Promozione Salute sia inviata a tutti soci CIPES dotati di collegamento informatico, ma anche ai lettori di Promozione Salute che saranno interessati a riceverla. Ai soli Soci privi di collegamento informatico si pensa di fare pervenire una versione cartacea. Nel prossimo numero daremo conto della sperimentazione in atto

S.B.

Antenna di Torino del Campo Freudiano

dell'Istituto freudiano per la clinica la terapia la scienza

via Bogino 13 - 10123 Torino
tel. 011 817 88 90 fax 011 817 02 02
e-mail: antennatorino@istitutofreudiano.it

Programma anno 2005-2006

Il sintomo come risorsa del soggetto

Il tragitto di un'analisi va dal sintomo al sintomo. All'entrata è un sintomo di cui il soggetto soffre, all'uscita un sintomo di cui non soffre più e persino talvolta un sintomo di cui ci si soddisfa. Non soltanto il sintomo di fine analisi è più soddisfacente del sintomo di entrata in analisi, ma la fine stessa dell'analisi implica una soddisfazione che si inserisce nel legame sociale. Al termine dell'analisi, quella che Jacques Lacan ha definito identificazione con il sintomo comporta una pacificazione della sofferenza del sintomo.

Nel corso dell'anno verranno esplorati, attraverso l'elaborazione di Freud e l'insegnamento di Lacan, questi diversi stati del sintomo in analisi, in quale stato il soggetto ne esce e quale trasformazione ha subito.

Seminario fondamentale

Lettura e commento del seminario di Jacques Lacan, *Le sinthome*, ed. Le Seuil.

Sabato 17 dicembre 2005, ore 9.30-18.00

Sabato 21 gennaio 2006, ore 9.30-18.00

Sabato 25 febbraio 2006, ore 9.30-18.00

Sabato 4 marzo 2006, ore 9.30-18.00

Sabato 1 aprile 2006, ore 9.30-18.00

Sabato 6 maggio 2006, ore 9.30-18.00

Seminario tematico 1

Il sintomo come formazione dell'inconscio

Sabato 19 novembre 2005, 26 novembre 2004, 10 dicembre 2004

Docente Rosa Elena Manzetti. Con interventi di Roberta Margiaria, Ilaria Papandrea, Davide Pegoraro, Rosanna Tremante.

Seminario ematico 2

La funzione della supplenza nelle psicosi

Sabato 18 febbraio 2006, 11 marzo 2006

Docente: Silvia Morrone, con interventi di Mariangela Biga, Maria Bolgiani, Monica Gargano, Giovanni Mierolo, Piero Parente.

Seminario tematico 3

'Costruzioni in analisi'

Sabato 20 maggio 2006, 27 maggio 2006

Docente: Maria Laura Tkach con interventi di Gian Francesco Arzente, Paola Bolgiani, Sergio Caretto, Antonella Ramassotto

Sede in cui si svolgono i seminari:

Goethe Institut, p.za San Carlo 206, Torino

Coloro che per la prima volta rivolgono domanda di iscrizione al corso dell'Antenna di Torino saranno ricevuti per un colloquio prima dell'effettiva iscrizione.

Per informazioni e domande di iscrizioni:
tel. 011 817 88 90

Asl3: educazione alimentare e promozione della salute

L'Unità Operativa di Educazione alla Salute Aziendale dell'ASL n.3 di Catania, coordinata dal dott. S.Cacciola, ha progettato interventi di educazione alimentare sin dal 1994 iniziando un rapporto di collaborazione con tutte le scuole di Catania e provincia, orientandosi soprattutto in direzione della formazione degli insegnanti e privilegiando gli interventi con reti di scuole. Ha inoltre mantenuto un costante rapporto di collaborazione con il SIAN, Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell'ASL, per l'attivazione di progetti integrati.

I Corsi di Educazione alimentare sono stati differenziati in relazione ai destinatari: insegnanti, alunni e genitori

Per le scuole elementari e medie i progetti di Educazione alimentare hanno una articolazione biennale:

- obiettivo del 1° anno è aumentare il n.° di ragazzi che consumano una corretta colazione e merenda
- obiettivo del 2° anno è aumentare il n.° di ragazzi che consumano regolarmente frutta e verdura

Nel periodo dal 1998 al 2004 sono stati coinvolti n. 24.248 studenti, n. 1236 insegnanti.

Sono stati realizzati n.79 corsi di formazione

I genitori coinvolti nei programmi di educazione alimentare negli ultimi 5 anni, sono stati n.1.162

Per gli studenti delle scuole superiori viene preferita la metodologia della "peer education", che prevede la formazione di un gruppo di "peer educators", appartenenti ad istituti diversi, capaci di trasmettere messaggi positivi su una corretta alimentazione al gruppo dei pari.

(Progetto Alimentazione ..Parliamone!)

Per i genitori sono previste due tipologie di interventi: lavori di gruppo e laboratori di cucina, nei quali attraverso la sperimentazione pratica di ricette della tradizione mediterranea si apprendono le linee di una corretta alimentazione per tutta la famiglia. (Progetto "Cucina e Salute)

I genitori sono stati altresì coinvolti sia con incontri-dibattito, sia attraverso questionari sulle abitudini alimentari, per sensibilizzarli a seguire i loro figli nei percorsi attivati dagli insegnanti nei gruppi classe. I Corsi di EDUCAZIONE ALIMENTARE, destinati agli insegnanti, sono articolati in più incontri che prevedono una parte formativa e percorsi didattici da realizzare con gli alunni durante l'intero anno scolastico, con modalità interdisciplinare e con l'uso di metodologie attive. Vengono forniti strumenti quali: il diario e il semaforo alimentare, schede di degustazione degli alimenti per una corretta colazione, percorsi sulle etichette, sulla pubblicità, igiene degli alimenti etc. Partecipano ai corsi insegnanti provenienti da scuole di Catania e provincia che si impegnano a realizzare nella propria classe o in più classi i percorsi didattici forniti dall'UOESA, che prevedono, tra l'altro, la sperimentazione in classe di colazioni e merende corrette e la degustazione di cibi sani e nutrienti della tradizione mediterranea.

L'Unità Operativa di Educazione alla Salute svolge un ruolo di formazione, consulenza, verifica e valutazione dei percorsi attuati nelle scuole dalle insegnanti che trasferiscono i messaggi ed i contenuti agli alunni utilizzando le metodologie sperimentate durante i corsi. Gli elaborati finali dei progetti di Educazione alla Salute e di Educazione alimentare in particolare, vengono presentati durante la manifestazione "Settimana della salute", organizzata dall'UOESA ogni anno, da cinque anni. Le scuole interessate hanno partecipato in modo entusiasta con notevole produzione di materiali quali cartelloni, cdrom, filmati, drammatizzazioni etc. Le valutazioni effettuate negli ultimi 5 anni hanno confermato l'efficacia di questa metodologia di intervento sia perché ogni insegnante raggiunge l'intera classe o più classi, quindi un numero di alunni superiore a quello raggiungibile dagli operatori, sia perché è stato possibile monitorare il cambiamento delle abitudini alimentari, grazie al costante rapporto di collaborazione tra

gli operatori e gli insegnanti.

Per l'anno scolastico 2005/2006 sono già in programmazione i nuovi corsi di educazione alimentare. Le insegnanti interessate possono rivolgersi all'Unità Operativa Educazione alla Salute Aziendale ai numeri 095. 2545501-02/03/05, al tel/ fax 095 322507, o presso la sede del Cortile S.Pantaleone, n.24 Catania
 Responsabile UOESA Dott.Salvatore Cacciola, sociologo
 Equipe: Dott.ssa LaCarrubba Rosanna, medico nutrizionista SIAN-UOESA
 Dott.ssa Valvo Paola, assistente sociale UOESA
 Dott.ssa Caruso Carmela, sociologa UOESA-URP
 Regione Siciliana - Azienda Unità Sanitaria Locale n.3 -
 Unità Operativa Educazione alla Salute Aziendale
 Cortile S.Pantaleone, 24 - 95124 Catania Tel. e Fax 095 322507

A Catania Terza Giornata della Peer education

Nella accogliente cornice degli spazi alberati messi a disposizione dal Liceo Artistico di Catania si è svolta il 26 maggio 2005 la Terza giornata della Peer Education, organizzata dall'U.O. Educazione alla Salute Aziendale dell'ASL n.3, responsabile dott. Salvatore Cacciola.

Erano presenti più di 100 ragazzi provenienti da istituti sia di Catania che della provincia e 50 adulti, tra insegnanti ed operatori, che durante l'anno scolastico 2004/2005 hanno utilizzato la metodologia della peer education in progetti di educazione alla salute.

La giornata ha avuto come obiettivi l'incontro ed il confronto di esperienze tra gruppi di peer educators, che hanno seguito percorsi formativi su tematiche diverse. Erano presenti studenti "peer educators" e insegnanti tutor del Liceo Artistico, del Liceo psicopedagogico "L.Radice", dell'ITI "Archimede", dell'ITI "Marconi", dell'ITI "Vaccharini", dell'ITAER "Ferrarin", dell'ITIS "Cannizzaro" di Catania, dell'IPSSAR di Nicolosi, dell'Istituto "De Sanctis" ed dell'IPAA di Paternò, dell'ITIS "Ferraris" di Belpasso.

Gli operatori dell'ASL, coinvolti nell'attività di prevenzione, oltre all'equipe dell'UO. Educazione alla Salute Aziendale appartengono al Sert Ct1 ed al Sert di Paternò.

I ragazzi e gli adulti hanno affrontato in sottogruppi tematiche riguardanti la metodologia della peer education, il ruolo dei peer e degli insegnanti tutor, le strategie più efficaci per comunicare con i coetanei su Aids, Alimentazione, Fumo, Sicurezza stradale. Gli studenti dell'IPSSAR di Nicolosi hanno curato con competenza e professionalità lo spazio ed il momento del rinfresco finale in un piacevole clima di festa e di gioiosa partecipazione.

Si coglie l'occasione per ringraziare gli istituti che hanno ospitato i corsi di formazione per i ragazzi, gli insegnanti che hanno accompagnato per tutto l'anno scolastico le attività di educazione alla salute, i dirigenti scolastici che hanno dato sostegno con fondi della scuola ed in particolare il Liceo Artistico che ha reso possibile l'attuazione della Terza Giornata della Peer Education.

Il gruppo di progetto "Peer education" dell'UOESA:

Per il progetto "Alimentazione.. Parliamone":

La Carrubba Rosanna, medico, Valvo Paola, assistente sociale, Caruso Carmela, sociologa

Per il progetto "Aids. Cosa sapere cosa fare": Mirone Giuseppe, medico, Tarditi Giovanni, educatore professionale

Per il progetto "Promozione della sicurezza stradale": Tarditi Giovanni, educatore professionale, Privitera Fulvia, infermiera professionale, Caruso Carmela, sociologa

Per il progetto "Liberi dal fumo": Valvo Paola, assistente sociale, Privitera Fulvia, infermiera professionale, Tarditi Giovanni, educatore professionale

L'Unità Operativa Educazione alla Salute dell'ASL n.3 di Catania ha sede nel Cortile S.Pantaleone, 24. Tel/fax 095.322507

Il 20 ottobre a Cuneo la prima Conferenza per la Promozione della salute

Un passo importante per tracciare nella Provincia Granda il percorso verso il Traguardo 14 auspicato in "Salute 21" dell'OMS

Il Comitato Scientifico ed Organizzatore della Prima Conferenza per la Salute, che si svolgerà a Cuneo il 20 ottobre 2005, si è riunito presso il Municipio del capoluogo cuneese lo scorso 14 settembre. Erano presenti rappresentanti della CIPES (il dr. Resegotti, il sig. Beppe Signore, la dr.ssa Tomaciello, la dr.ssa Beccaria, il sig. Filippi), rappresentanti del Comune di Cuneo (la dr.ssa Marino e la dr.ssa Chiaramello), il dr. Porcile per l'ISDE ed il dr. Sturlese per l'ASO di Cuneo.

Nel corso della riunione è stato condiviso il programma definitivo della Conferenza ed è stata rimarcata dai promotori la volontà di articolare questo evento in due momenti separati e complementari: da una parte la mattinata svolta in forma di convegno pubblico, dall'altra il pomeriggio svolto in forma di laboratorio aperto solo a un numero ristretto di attori istituzionali e sociali.

La Conferenza infatti è stata pensata come una opportunità per la Città di Cuneo, capoluogo di provincia e di Distretto Sanitario, per poter avviare insieme ad altri significativi attori del territorio un concreto passo dell'impegnativo processo finalizzato alle politiche intersettoriali per la salute, nell'ottica degli indirizzi OMS, in particolare di Salute 21 (obiettivo 14) e della rete delle Città sane.



Un ruolo importante di sostegno e di facilitazione per portare avanti questo processo viene riconosciuto alla Amministrazione della Provincia, che è tra i promotori della iniziativa, nonché alle Aziende Sanitarie del quadrante cuneese.

Per questo motivo il programma della giornata pone particolare enfasi soprattutto al momento pomeridiano, configurato come una sorta di "laboratorio", destinato ai decisori e alle rappresentanze della società civile, nel quale provare da una parte a mettere in primo piano il ruolo strategico che ciascuno svolge e potrà svolgere per la promozione della salute comunitaria, dall'altra provare a dar vita ad un confronto e ad un'analisi propositiva sui temi della salute, dall'altra ancora provare a tracciare una possibile ipotesi di lavoro comune per la costruzione del Profilo di salute e del Piano di salute, che siano il più possibile coerenti con i bisogni e le criticità proprie del territorio cuneese.

All'evento sarà affiancata la Mostra "Allegri e longevi", che sarà ospitata nella Sala S. Chiara di Cuneo e sarà aperta al pubblico dal 18 al 25 ottobre.

Maria Grazia Tomaciello

PRESENTAZIONE CONFERENZA

Questo evento si pone come una significativa opportunità di confronto propositivo tra i diversi attori del territorio cuneese, chiamati a prendere decisioni per la salute della loro comunità locale, nell'ottica di declinare localmente gli indirizzi politici tracciati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità: in particolare quelli di "Salute 21", quelli di "Città sane" e quelli della Rete delle Scuole Promotrici di Salute.

Gli obiettivi

- realizzare un confronto propositivo tra i diversi soggetti del territorio sui temi inerenti le politiche per la salute
- diffondere la cultura della "promozione della salute", sostenuta dalla CIPES Piemonte in collaborazione con gli Enti Locali, le ASL, gli Ospedali, le Associazioni, le Scuole

Le modalità

L'evento prevede momenti distinti ma complementari di riflessione e confronto:

- il Convegno della mattina (aperto al pubblico)
- il Laboratorio del pomeriggio (destinato a rappresentanze significative del territorio cuneese)
- la mostra "Allegri e longevi" (allestita per una settimana presso la sala S Chiara di Cuneo).

Si prevede un'area poster per dare visibilità alle esperienze di promozione della salute svolte nel territorio

I destinatari del Convegno della mattina sono:

- istituzioni locali
- operatori sanitari e sociali
- rappresentanze dei cittadini organizzati
- scuole
- popolazione

I destinatari del lavoro del pomeriggio sono:

- rappresentanti delle istituzioni locali
- rappresentanti dei cittadini organizzati
- rappresentanti categorie professionali

Comitato Scientifico/ Organizzatore

- S. Bajardi - CIPES
- M.G. Tomaciello - CIPES
- F. Beccaria - CIPES
- E. Jona - CIPES
- G. Porcile - ISDE
- U. Sturlese - ASO
- R. Peruzzi - Comune Cuneo
- G. Marino - Comune Cuneo

Segreteria organizzativa

- CIPES Piemonte
- Asl 15 - Servizio Educazione Sanitaria
- Comune -

- Assessorato Servizi Socio Educativi
- Provincia -
- Assessorato Sanità

Recapiti segreteria organizzativa:

dr.ssa A. Chiaramello - presso Comune Cuneo
tel. 0171/444461
fax 0171/444420
dr.ssa M.G. Tomaciello - presso ASL 15 Cuneo
tel. 0171/450608
fax 0171/450207





Prima Conferenza per la Salute

SALUTE e PARTECIPAZIONE

per promuovere informazione, responsabilità
e protagonismo del territorio in Provincia di Cuneo

CUNEO Giovedì 20 ottobre 2005

Con il patrocinio di Regione Piemonte - Assessorato Tutela della Salute e Sanità, Ordine dei Medici Provincia di Cuneo

CONVEGNO PUBBLICO

presso Centro Incontri Provincia di Cuneo - Corso Dante, 41

“Le politiche: responsabilità per una salute sostenibile”

8,30/9,00 - Registrazione partecipanti

9,00 / 9,15 - Apertura lavori

Sante Bajardi Presidente CIPES Piemonte

9,15/9,30 - Saluto delle autorità

- Raffaele Costa Presidente Provincia Cuneo
- Mario Valpreda Assessore Tutela della Salute della Sanità
- Elio Rostagno Presidente Commissione Sanità regionale
- Alberto Valmaggia Sindaco Cuneo

Moderatore: Sante Bajardi

9,30/9,45 - Maria Grazia Tomaciello - Presidente Centro Locale CIPES: “La partecipazione: espressione di democrazia e strumento di salute”

9,45/10,00 - Vittorio Demicheli - Coordinatore Settore Prevenzione Regione Piemonte: “La promozione e la progettazione della salute: il ruolo della epidemiologia nella costruzione dei Profili di salute”

10,00/10,15 - Luigi Resegotti - Presidente Comitato Scientifico CIPES Piemonte: “ Responsabilità multisettoriale per la salute: il traguardo 14 di Salute 21”

10,15/10,30 - Erio Ambrosino - Assessore Servizi Socio Educativi Comune di Cuneo “Cuneo, città sostenibile delle persone”

coffee break

Moderatore: Franco Bottasso

11,00/11,15 - Ottavio Losano - Direttore generale ASL 15 Cuneo: “Promozione della salute e fragilità “

11,15/11,30 - Ugo Sturlese - Direttore Dipartimento Emergenza. ASO S. Croce e Carle Cuneo “ Dall'emergenza sanitaria alla promozione della salute”

11,30/11,45 - Germana Muscolo – Responsabile Settore Interventi Educativi CSA Cuneo : “La promozione della salute a scuola”

11,45/12,00 - Eugenio Jona - Presidente ACAT : “ Le Associazioni protagoniste nella promozione della salute “

12,00/12,15 - Franca Beccarla - Sociologa Università.Torino : “ Lo sguardo sociologico alla promozione della salute”

12,15/13,00 - discussione, sintesi e conclusioni lavori

LABORATORIO

presso la Sala Giolitti
della Provincia di Cuneo - Corso Nizza, 21

“Salute e sicurezza: dove siamo, dove andiamo, i protagonisti”

Tavolo di lavoro tematico aperto ad un numero ristretto di rappresentanti delle istituzioni, dell'associazionismo e delle categorie professionali (con invito formale)

Moderatore: Vittorio Demicheli

14,30 - Apertura lavori con il contributo di:

- Stefano Viglione - Provincia Cuneo
- Elio.Allario - Comune di Cuneo
- Corrado Camilla - Ospedale di Comunità Asl 15
- Luciana Toselli - Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese
- Fulvio Moirano - ASO S.Croce e Carle Cuneo
- Ottavio Losano - ASL 15 Cuneo
- Luigi Cavagliani - ASL 16 Mondovì
- Antonio Fabbricatore - ASL 17 Savigliano
- Francesco Morabito - ASL 18 Alba -Bra
- Mario Frusi - ISDE Cuneo
- Gianfranco Peano - LegaAmbiente Cuneo
- Domenico Sanino - Pro Natura Cuneo
- Andrea Bruno - CGIL-CISL-UIL Cuneo
- Mario Tretola - ACLI Cuneo

16,30/18,00 - Confronto con i partecipanti al tavolo e sintesi conclusiva dei lavori

MOSTRA “ Allegri e longevi “

Sala S. Chiara
in via Savigliano a Cuneo

La mostra sarà inaugurata martedì 18 ottobre 2005 e rimarrà aperta al pubblico fino a domenica 25 ottobre.

Sarà possibile concordare eventuali visite da parte delle scuole facendo riferimento alla segreteria organizzativa .