

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 10 / n. 1
gennaio/febbraio
2004

Promozione Salute

Notiziario del CIPES Piemonte

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

Si avvia la fase congressuale per il 2004 della Federazione del Piemonte della CIPES

Alleanza per la salute! Non c'è alternativa!

Con il 2004 inizia il 15° anno di attività di CIPES Piemonte. Il gruppo dei soci fondatori aveva chiaramente in mente che non si intendeva insegnare ai medici e operatori sanitari e sociali come curare i malati e quanti altri meno fortunati sin dalla nascita.

L'esperienza ci aveva insegnato quotidianamente che sanità e salute erano cose connesse ma profondamente diverse. E condividevamo l'indicazione della OMS da Ottawa che la "promozione della salute", che interessa ogni campo della vita sociale e produttiva, avrebbe ridotto molte sofferenze ed anche creato condizioni più favorevoli alla sanità per fare meglio il proprio mestiere. Eravamo consapevoli che la salute è il risultato dei nostri comportamenti individuali e collettivi.

Le soluzioni a singoli problemi o necessità sociali (trasporti, scuola, abitazione,...) possono essere rispettose del bisogno di salute oppure no. Questa è la discriminante da individuare e rispettare. La cosa non è semplice e non è risolvibile all'interno del singolo settore. La intersectorialità, ossia competenze diverse, può trovare equilibrate risposte a problemi di settore.

Sono profondamente convinto della esistenza di una scala di valori e che il riferimento va ad alcuni principi etici: uguaglianza, equità, solidarietà,...; che vi sono delle concrete priorità: il lavoro, il salario, la pensione e che queste sono largamente condizionate dalla istruzione e dalla cultura.

D'altro canto il disoccupato, il sottopagato, l'anziano con la pensione al minimo hanno il diritto di sorridere quando entriamo nel merito di tutti gli altri problemi: gli stili di vita, le politiche di settore. Questi i nodi prioritari e poi viene il resto.

Ed a fianco di queste che chiamo le "grandi ingiustizie" ci sono le tante altre minori ingiustizie, inefficienze, incompetenze che pesano su tutti. E so bene che la ricaduta negativa sarà sempre più pesante su chi ha meno risorse materiali e culturali, ma lo sarà anche su tutti gli altri.

Ed è a questo punto che la politica deve fare il suo mestiere nel senso più alto. **L'alleanza per la salute non ha alternativa**, è la strada che valuta i risultati delle decisioni con l'unico metro accettabile: quello della coerenza con il

bisogno di salute individuale e collettivo. Attorno a questo obiettivo l'alleanza per la salute è necessaria ma anche possibile, l'alleanza delle categorie sociali, della cultura, delle istituzioni, delle forze politiche, di tutti quanti sono consapevoli che la salute, sebbene non sia il fine della vita, è uno strumento, una premessa indispensabile di essa.

Questa è l'ottica principale della verifica delle varie attività che avvieremo nei prossimi giorni e che approderà in autunno anche al rinnovo delle cariche sociali.

Possiamo essere fieri dei risultati ottenuti nel rilancio della Rete HPH Piemonte, delle prime esperienze della Rete Città Sane, dell'impegno sulla incidentalità stradale e domestica ed in molti altri campi. Ma dobbiamo e possiamo fare di più e meglio, organizzando meglio la nostra attività interna in gruppi dotati della più ampia autonomia, realizzando la "Federazione" piemontese di CIPES: ossia la sede in cui cittadini, associazioni, enti e istituzioni possano insieme operare proficuamente per la promozione della salute nel rispetto delle reciproche autonomie.

Anche con nuovi Soci che ci portino nuove competenze. Ossia con quanti sono disponibili a divenire dei "Benemeriti della Promozione della Salute" in ogni angolo del nostro Piemonte.

Sante Bajardi



2

“Allegrì e longevi” mostra itinerante

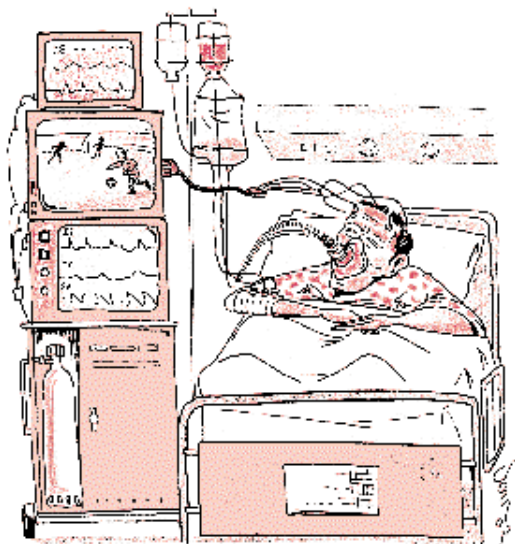
Sala Celli colma il 16 gennaio per la presentazione della mostra di vignette “ALLEGRI E LONGEVI” realizzata per il CIPES da un manipolo di umoristi della matita.

Testimonial, accattivante e ben compreso nella parte di promotore della salute, Bruno Gambarotta che ha regalato agli interventi istituzionali della Presidente della Provincia, Mercedes Bresso, e dell'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Torino, Stefano Lepri, piú di un argomento lepido, ma non per questo meno rigoroso, per evidenziare la volontà e l'impegno degli Enti Locali a tutela della salute dei cittadini.

Tra il dire e il fare si sa cosa ci sta di mezzo ma in questo caso l'impegno della Provincia e del Comune, dopo aver espresso apprezzamento sia per lo strumento scelto che per la qualità della mostra, è stato chiaro e concreto.

La mostra diventerà itinerante, sia in città che in Provincia e sarà così uno degli strumenti a disposizione, nei prossimi mesi, per catturare l'attenzione, in particolare dei giovani che sono senza dubbio piú sensibili al tipo di linguaggio proposto, su temi che di volta in volta potranno essere scelti come maggiormente significativi per un ripasso sui temi della educazione sanitaria e della prevenzione dall'handicap, agli stili di vita individuali, alla sicurezza stradale e via inventando.

Agli artisti che gratuitamente hanno offerto le loro opere va il grazie della CIPES e l'attestato di “Benemeriti Promotori della Salute” che è un titolo piú sicuro di molte obbligazioni.



Promozione Salute

Anno 10, n°1 gennaio - febbraio 2004

Notiziario bimestrale della 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 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, Elena COFFANO, Michelangelo PETROLO, Mariella CONTINISIO, Anna Rita MERLI, Domenico MINGRONE Segreteria

Rubriche:

Rete HPH: Piero ZAINA, Luigi RESEGOTTI;
Città Sane: Michelangelo PETROLO, Enrico CHIARA;
Scuola e salute: Guido PIRACCINI;
ASL e GOES: Mauro BRUSA
Associazioni: Michelangelo PETROLO
Centro Documentazione: Tommaso CRAVERO;
DoRS: Claudio TORTONE, Elena COFFANO
NEWS: Renata SIMONOTTI;
Vita CIPES: Giuseppe CERVETTO;
Sala Celli: Giovannella ANTONIOLI;
CIPES Cuneo: Maria Grazia TOMACIELLO;
CIPES Campania: Fiorella COPPOLA;
CIPES Sicilia: Salvatore CACCIOLA
Vignette: Claudio Mellana

Hanno inoltre collaborato a questo numero:

ASL 19, ASO S.CROCE, Maria Rita BARBERIS, Maria Vittoria BOSSOLASCO, Daniela CANTU', Renato CELESTE, Amalia CHIRICO, Elena COMETTI, Mario CORRADO, Carmelo DEL GIUDICE, Edgardo FILIPPI, Rocco GRAZIADEI, KJ onlus, Domenico INAUDI, Luciano JOLLY, Giuseppe MARESCOTTI, Eugenia MONZEGLIO, Ugo PALOMBA, Silvana PATRITO, Gianfranco PORCILE, Grace RABACCHI, Franco RIPA, Maria SIGNORELLO, Mario SILVESTRO, Marisa TOSO, Elena VALLANA, Giuseppina VIOLA, Maria Grazia ZAINA

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 **20 marzo 2004**, 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 Alleanza per la salute! Non c'è alternativa
pag. 2 Allegrì e longevi: mostra itinerante
pag. 3-4 L'incidente stradale non è una fatalità. Un morto un milione di euro: riflessioni sul costo della sicurezza stradale
pag. 5-6 Le Reti HPH: Anno nuovo: cresce la rete piemontese; Ospedale senza dolore. Umanizzazione dei Servizi Sanitari. Progetto fasce deboli
pag. 7-9 Progetto Città Sane: Costituito il Comitato Regionale; 6° Circonscrizione; Città Sane a Cuneo; Profili di salute in Provincia di Alessandria; Progettare per tutti
pag. 10 Rete di Medici Sentinella con ARPA Piemonte
pag. 11 Opinioni a confronto: "Saper essere" un capo ideale
pag. 12-14 ASL 2ASL4, ASL9, ASL13, ASL19, ASL 20, ASL21 ASO S.Croce
pag. 15-16 Scuola e salute: un'esperienza di peer education a scuola. Disabilità e salute: un nuovo modello OMS; Anche la Regione Piemonte si è dotata dei LEA
pag. 17 Centro Documentazione: la Banca dati bibliografica; CeDo. Schede libri. Atti della Regione Piemonte
pag. 18 Sala Celli: L'amico ritrovato. Allegrì e longevi
pag. 19 Vita Cipes: asterischi di vita
pag. 20 Ipab per anziani: una politica di corto respiro. KJ onlus
pag. 21 L'azione volontaria nella comunità solidale. NEWS
pag. 22-23 Dire, fare, donare! Attori di solidarietà. Assoc. Magau
pag. 24 Città Sane: Convegno a Bologna 9-10 marzo 2004. Potenza a Potenza 22-23 aprile 2004

7 aprile: Giornata mondiale della sanità 2004

L'incidente stradale non è una fatalità!

La giornata mondiale della salute 2004, dedicata alla sicurezza stradale, segna il lancio di una campagna globale per prevenire le lesioni da incidenti stradali. Ogni anno gli incidenti stradali nella regione Europea dell'OMS :

- uccidono circa 120.000 persone
- feriscono circa 2,4 milioni di persone, e
- uccidono più persone di età fra 15 e 44 anni di qualsiasi altra causa di morte

(Fonte: Database di Salute per tutti in Europa, OMS Europa)

Il settore sanitario può giocare un ruolo importante nell'affrontare tale grave problema di salute pubblica: non solo la cura e la riabilitazione delle vittime degli incidenti, ma anche la sorveglianza del problema e la promozione di strategie preventive basate sulle prove

Azioni nella regione Europa

In Europa, la giornata mondiale della salute 2004 si centerà sulla prevenzione delle lesioni da incidenti stradali come componente chiave di una strategia sanitaria integrata per trasporti sostenibili. Misure preventive efficaci comprendono misure per gestire e controllare la velocità sulla strada, lo sviluppo di infrastrutture più sicure e l'impiego di attrezzature di sicurezza quali le cinture di sicurezza, il casco e i seggiolini per i bambini.

Aiutare a prevenire le lesioni da incidenti stradali contribuisce ad entrambi gli aspetti della strategia sanitaria integrata dell'OMS per trasporti sostenibili:

- riducendo gli effetti negativi sulla salute dei trasporti: lesioni e malattie causate da inquinazione acustica e atmosferica e inattività fisica, e
- aumentando i benefici sulla salute di mezzi di trasporto quali la bicicletta, il camminare e i trasporti pubblici: riduzione della inquinazione e aumentata attività fisica.

In parallelo col lancio del primo rapporto mondiale sulla prevenzione delle lesioni da incidenti stradali, l'OMS Europa lancerà un rapporto che fornirà una visione Europea approfondita. Il rapporto mondiale dimostrerà che le lesioni da incidenti del traffico sono un problema importante, ma trascurato di salute pubblica che richiede un lavoro concertato multisettoriale per una prevenzione efficace e sostenibile. I Governi, le organizzazioni, la società civile e altri gruppi sono stati invitati a contribuire a organizzare eventi a livello nazionale e locale.

Un morto un milione di euro: riflessioni sul costo della sicurezza stradale

La sicurezza stradale sta, faticosamente, diventando un problema riconosciuto a tutti i livelli sociali; la preoccupazione per il numero degli incidenti, la consapevolezza del rischio, e l'attivazione delle misure preventive sono oggetto di dibattito e di interventi mirati. La "negazione del rischio" quel sottile ed inconscio fenomeno che ci porta a non valutare con la dovuta rilevanza un fenomeno tragico è stato in parte superato. Tuttavia se andiamo ad approfondire le analisi ci troviamo di fronte a situazioni che faticano ad emergere, come possiamo infatti spiegare la generale reticenza a parlare di "costo" dell'incidentalità, al di là di una giustificabile ritrosia verso la delicatezza e l'emotività del tema trattato.

Questo atteggiamento ha però portato ad una generale sottovalutazione del fenomeno, anche sotto il profilo economico, e prodotto un approccio verso il contenimento degli incidenti più dettato dalla emotività che da una seria analisi del rischio. Un approccio più pragmatico è stato seguito da altri Paesi, soprattutto quelli di origine Anglosassone, che grazie ad una consolidata tradizione nel settore della pianificazione ed ad una concomitante organizzazione statistica, ha prodotto da tempo accurate analisi quantitative e stime qualitative dei costi degli incidenti. Queste elaborazioni stanno alla base di due necessità importanti: individuare il costo sociale degli incidenti quindi, in base a questa valutazione ed alla efficacia delle diverse misure di intervento, valutare gli interventi (infrastrutturali o regolatori) da eseguire in modo da massimizzare il beneficio ricavato. In questo modo gli interventi seguono un percorso economico che, in presenza di risorse limitate, privilegia gli interventi a maggiore efficacia.

La valutazione quantitativa parte dalla definizione dell'incidente e si basa sul livello di dettaglio dei dati rilevati e si articola in diverse voci di costo. Prendendo come riferimento la metodologia adottata dal *National Highway Administration* degli Stati Uniti abbiamo i seguenti elementi di valutazione:

⇒ Segue a pag. 4



⇒ Segue da pag. 3

- l'“incidente” viene definito in modo più ampio rispetto al contesto italiano, tiene infatti in conto anche gli eventi che producono solo danni materiali; questo aspetto è importante sotto il profilo della prevenzione perché molto spesso l'incidente “grave” è preceduto da diversi incidenti “lievi” che fungono da segnali di avvertimento;
- il “livello di dettaglio” della rilevazione delle lesioni degli incidentati è molto elevato poiché attraverso l'impiego della classificazione A.I.S. (*Abbreviated Injury Scale*) vengono prodotti sei raggruppamenti;
- le “voci di costo” utilizzate appartengono a due classi: la prima è legata ai feriti e comprende: i costi sanitari, i servizi di emergenza, la perdita di produttività legata sia al mercato che al lavoro svolto in casa, le assicurazioni, gli effetti prodotti sul posto di lavoro, le spese legali; la seconda è legata a componenti esterne e comprende: i ritardi nei trasporti prodotti dagli incidenti e i danni prodotti ai beni mobili ed immobili.

Negli Stati Uniti, che riporta 5.5 milioni di incidenti nel 2000 con 41.800 morti, il costo complessivo dell'incidentalità è stato valutato pari a 230.000 milioni di dollari. Questo importo si suddivide in tre parti che fanno riferimento alla gravità dell'incidente: 40 milioni sono imputati agli incidenti con persone decedute, 130 a quelli con feriti ed infine 60 a quelli con soli danni materiali; la figura che segue riporta invece l'articolazione di questo importo in termini di quote delle diverse voci di costo. La componente preponderante è la perdita di produttività seguita dai danni alle cose, le spese sanitarie costituiscono la terza componente con un peso pari al 14% circa.



I valori complessivi sono sempre numeri enormi che sfuggono alla comune capacità di analisi, allora riportiamo questi valori a livello dei singoli individui per meglio apprezzare le quantità in gioco. Il dato di costo di una persona deceduta è pari a 977.000 dollari, mentre i valori che si riferiscono ai feriti variano tra i 1.960 dollari per un ferito con lesioni leggere (MAIS 0) ad 1.096.000 dollari per una lesione invalidante (MAIS 5). La figura 2 riporta le quote percentuali delle voci di costo di un deceduto.

Dalla figura emerge che la componente principale del costo va imputata alla mancata produttività dell'individuo sia sul lavoro che a casa (81%). Per i feriti la ripartizione è significativamente diversa la perdita di produttività pesa il 29% mentre le spese sanitarie salgono al 25%.

Questi calcoli non tengono conto degli elementi intangibili che sono la parte più rilevante delle conseguenze degli incidenti, gli affetti, le emozioni, la vita non hanno costo. Tuttavia esistono tecniche quantitative (e.g. la *Quality Adjusted Life Years*) che stimano questi fattori e che, applicate nel caso americano hanno portato la stima di una persona deceduta da 977.000 dollari a 3.400.000 dollari!

Le valutazioni fatte in Italia (fonte ISTAT 2002) forniscono un costo dell'incidentalità complessiva annuale pari a 34.108 milioni di euro (circa 2.7% del PIL), il valore per una persona deceduta è pari a 1,1 milioni di EURO, dato che comprende anche il risarcimento dei “danni morali”.

Queste valutazioni, pur effettuate in ambiti diversi e comparate anche con quelle effettuate in altri Paesi portano ad importi tutto sommato simili tanto che in ambito Ue si è diffuso un messaggio semplice e lapidario: un morto un milione di euro.

Le analisi sopra descritte hanno fornito dati ingenti, generalmente poco noti, che al primo impatto generano diverse reazioni: la prima è una domanda esplicita: chi sostiene questi costi? La risposta dipende ovviamente dall'ordinamento sociale in vigore nel Paese. Negli USA i costi sono ripartiti nelle seguenti quote: 9% l'Amministrazione Pubblica, il 50% le assicurazioni, il 27% le vittime degli incidenti, il 14% le altre persone coinvolte negli incidenti. Questa ripartizione non è nota per il caso italiano, ma sicuramente la quota a carico dell'Amministrazione è quella più rilevante.

La seconda reazione riguarda la necessità urgente di generare consapevolezza e sensibilità sulla sicurezza stradale quindi attivare piani efficaci. Diverse iniziative sono state recentemente avviate: in Europa è stato individuato l'obiettivo ambizioso della riduzione del 50% del numero degli incidenti entro il 2010; nel contempo sono state avviate diverse iniziative “zero incidenti” e l'OMS ha indetto il 7 aprile 2004 la giornata mondiale della sicurezza stradale. In Italia è stato varato il Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale ed attivati i primi interventi distribuiti sul territorio con particolare attenzione alla generazione degli “osservatori” della sicurezza considerati come primo mattone conoscitivo sul quale poggiare i successivi interventi. Nel complesso, dopo anni in cui il problema è stato rimosso, si inizia ad intervenire ad ampio raggio, la speranza e l'augurio è che i flussi finanziari siano coerenti con le necessità, anche alla luce di una certezza economica: questi investimenti produrranno benefici di gran lunga superiori ai costi.

L'ultima considerazione, che conclude questa breve riflessione, riguarda l'atteggiamento di stupore e quasi incredulità di fronte alla dimensione del costo individuale di una persona deceduta, forse perché, inconsciamente, si continua a pensare che gli incidenti riguardino gli “altri” e la vita degli “altri” ha un valore diverso dalla nostra.

Domenico Inaudi, Centro Studi sui Sistemi di Trasporto



Anno Nuovo: cresce l'attività della Rete HPH piemontese

Innanzitutto mi sento in dovere di porgere, con mio sommo piacere unitamente agli amici del Cipes, le più sentite congratulazioni al Dr. Clemente Ponzetti, nominato direttore Sanitario presso l'ASL della regione autonoma della Valle d'Aosta. Responsabilità ampiamente meritata per le sue qualità di organizzatore, proiettato oltre la burocratica gestione dell'esistente, sensibile alle necessarie innovazioni nel campo sanitario, come ha dimostrato nel coordinare nel corso di 5 anni il Progetto regionale HPH "Ospedale e Territorio", facendo propria, con razionale determinazione, la filosofia della "Promozione della Salute".

Mi ha confermato di voler continuare nel lavoro di organizzazione del Progetto regionale "Integrazione tra Ospedale e Territorio", in ciò facilitato dalla Convenzione di collaborazione stipulata tra la Rete HPH piemontese e l'ASL Valle d'Aosta e dall'attivo contributo, sempre generosamente prestato, del Dr. Massimo Leporati (ASL 21 Casale M.)

Nella recente 7° Conferenza Nazionale HPH abbiamo presentato l'attività quinquennale di 4 progetti regionali ("Ospedale e Territorio", "Ospedale liberi dal fumo", "Umanizzazione dei Servizi Sanitari", "Abuso e violenza sulle donne e minori") a cui abbiamo aggiunto 2 progetti iniziati a livello aziendale, ma che hanno assunto attualmente rilevanza di Rete regionale ("Alimentazione e Salute", "Sicurezza dei Lavoratori")

Le linee di sviluppo dei 6 progetti regionali per i prossimi 5 anni (2003-2007) vengono illustrate qui di seguito dai referenti responsabili di ciascun Progetto.

Per il 2004 è in fase di avvio un nuovo progetto in rete regionale, "l'Ospedale senza dolore": nell'adesione ormai plebiscitaria di tutte le aziende sanitarie piemontesi alla rete HPH per il 2003-2007, sono già 7 le aziende (compresa l'ASL Valle d'Aosta) che hanno scelto come progetto locale "l'Ospedale senza Dolore". Su questo tema, indicato dall'OMS, è stato creato un coordinamento interregionale (responsabile il Dr. Predonzani - Rete Ligure) per cui si è avvertita l'opportunità che pure la nostra rete si occupi di tale problematica: essendone stato moderatore nelle Sessioni Parallele della 7° conferenza Nazionale HPH il Dr. Franco Ripa (insieme al Dr. Predonzani) il Coordinamento della Rete HPH piemontese lo ha invitato a costituire un gruppo di lavoro tra le 7 aziende interessate e di convocarlo presso l'ASO S. Giovanni Battista di Torino entro il mese di gennaio.

Auguro a tutti buon lavoro ed un felice anno nuovo!

Piero Zaina

"Ospedale senza dolore": in fase di avvio la Rete Piemonte e Valle d'Aosta

Nella conferenza HPH di Torino del novembre 2003 una sessione molto articolata è stata dedicata ad un tema particolarmente attuale: l'Ospedale senza dolore. La rete HPH Piemonte e Valle d'Aosta, prendendo spunto anche da significative esperienze già sviluppate in alcune Aziende (ASL 1 Torino, ASL 4 Torino, ASL 7 Chivasso, ASL 21 Casale, ASL Valle d'Aosta, Ospedale Gradenigo Torino, ASO San Giovanni Battista Torino) sta avviando lo specifico progetto

regionale coordinato dal dott. Franco Ripa e dalla dott.ssa Anna De Luca dell'ASO San Giovanni Battista di Torino.

Le Aziende che si sono trovate in un primo incontro preliminare presso l'ospedale Molinette lo scorso 23 gennaio hanno condiviso le reciproche esperienze, sottolineando alcune dimensioni centrali relative in particolare alla "consapevolezza" del dolore da parte dei vari attori in campo, al ruolo che può rivestire in tale ambito la "formazione/informazione", all'esigenza di definire sotto il profilo più squisitamente tecnico "standard" di riferimento per gli Ospedali e, più in generale, per i sistemi aziendali in una logica generale di integrazione. Tali dimensioni, peraltro, possono rappresentare altrettanti stimoli per la ricerca di specifiche azioni da sviluppare nelle Aziende.

In tal senso è in fase di definizione lo specifico progetto che porterà un contributo importante nei prossimi cinque anni allo sviluppo della rete HPH anche sul tema del dolore e, in generale, sulla centralità della persona nello specifico ambito.

Franco Ripa

Umanizzazione dei Servizi Sanitari

Il presente articolo ha lo scopo di illustrare le modalità operative riferite al Gruppo Umanizzazione dei Servizi Sanitari.

Come già evidenziato nell'incontro regionale del 19 settembre 2003 il gruppo ha deciso di lavorare per il prossimo quinquennio sul tema del "miglioramento dell'accoglienza alla persona straniera che affrisce ai Servizi Sanitari". La scelta di tale tematica è legata alla comune conoscenza della criticità d'accesso e di utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri sempre più presenti in tutte le realtà rappresentate.

Il gruppo riunitosi il 27 ottobre '03 risultava composto da: Marisa TOSO PRESIDIO GRADENIGO - TORINO; Tania RE RICERCATRICE; Giordina GIOLITO PRESIDIO S. CAMILLO - TORINO; Giuseppina VIOLA ASL 4 TORINO; Cristina TORGANO, ASO MAGGIORE CARITÀ - NOVARA; Patrizia MARTINOLI, ASO MAGGIORE CARITÀ - NOVARA; Tiziana RAVERA ASL 10 PINEROLO; Majid NEJAD ASL 2 TORINO; Anna PERSICO ASO OIRM - S. ANNA - TORINO

In sede di riunione si sono discusse le iniziative presentate a livello aziendale in riferimento al tema enucleato. Dal dibattito è emersa l'articolazione del lavoro da svolgere sottolineando l'importanza di supportare gli operatori (amministrativi e sanitari) che lavorano a diretto contatto con gli utenti stranieri.

Stimolati ed arricchiti dalla 7° Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute, i partecipanti al gruppo si sono ritrovati in data 3 dicembre '03 iniziando ad elaborare un'ipotesi di progetto sulla base della griglia suggerita per la redazione dei progetti HPH revisione 9/03.

Per ridurre le criticità dell'accesso al Servizio Sanitario da parte del cittadino straniero, gli obiettivi individuati dal gruppo risultano essere:

- **verso gli operatori:** renderli consapevoli ed informati del loro ruolo nell'accoglienza (ipotesi di corso di formazione)
 - **verso il cittadino straniero:** renderlo informato sugli aspetti di utilizzo dei Servizi Sanitari (predisposizione di materiale informativo multilingue)
 - **verso gli operatori e i cittadini stranieri:** migliorare la comunicazione e l'integrazione culturale (mediazione culturale).
- Nell'incontro del 13 gennaio '04 il gruppo continuerà a lavorare sul progetto con lo scopo di produrre una traccia più articolata e contestualizzata definendo le priorità degli interventi da attuare.

L'entusiasmo e l'interesse non mancano!

Giuseppina Viola, Marisa Toso

Progetto HPH

Fasce deboli

Nel Convegno HPH di Torino del 21-22 Novembre 2003 è stata prevista una Sessione Parallela relativa a: "Integrazione e Promozione della salute delle donne e dei bambini in Ospedale" – Moderatori Fabrizio Simonelli – Grace Rabacchi.

Nel corso della Sessione sono state presentate relazioni delle Aziende Sanitarie di Reggio Emilia – Valle D'Aosta – Imperia – Cremona – Milano Ospedale Sacco e della Rete Lombarda HPH.

Inoltre, hanno presentato comunicazioni alcune Aziende Sanitarie afferenti alla Conferenza Permanente degli Ospedali Pediatrici e Materno Infantili italiani, costituitasi a Firenze a Gennaio 2003, nell'ambito dell'area prioritaria HPH: Ospedale Bambin Gesù di Roma, Ospedale Salesi di Ancona, ASO O.I.R.M. – S.ANNA di Torino.

Le tematiche sviluppate hanno riguardato i servizi di mediazione culturale, l'accoglienza alle donne immigrate, i gruppi di lavoro sull'abuso sessuale ed il maltrattamento dei minori, il Centro Soccorso Violenza Sessuale di recente attivazione presso l'Ospedale S.ANNA di Torino.

Nell'ambito del Gruppo Tecnico HPH della Conferenza Permanente degli Ospedali Pediatrici Italiani sopracitata, troverà continuità il lavoro di coordinamento e coprogettazione nazionale sulle tematiche di comune interesse.

Per quanto riguarda il Centro SVS (Centro Soccorso Violenza Sessuale) dell'Ospedale Ostetrico – Ginecologico S.ANNA di Torino, si rende noto che:

Il Centro S.V.S. dell'Ospedale Ostetrico Ginecologico S.ANNA di Torino, ha avuto avvio nel maggio 2003, come centro medico specialistico integrato e multidisciplinare per fornire appropriata assistenza nei casi di violenza sessuale nei confronti delle donne.

Questo progetto sperimentale si sviluppa grazie ad una cooperazione interistituzionale (Azienda Sanitaria Ospedaliera O.I.R.M.-S.ANNA – Aziende Sanitarie della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità – Assessorato alle Politiche Sociali – Commissione Regionale Pari Opportunità – Università degli studi di Torino – Coordinamento Cittadino Contro la Violenza alle donne del Comune di Torino), che ne rappresenta il valore aggiunto.

Il Progetto S.V.S. è inserito nella rete dei progetti HPH (Health Promoting Hospital).

Le caratteristiche del Centro S.V.S.

Per garantire assistenza appropriata alle donne che hanno subito violenze, si attiva un Centro di Soccorso Violenza Sessuale, prevedendo, nell'ottica dello sviluppo di sinergie fra i diversi livelli istituzionali, la cooperazione fra interventi sanitari e sociali, con integrazione Ospedale - Territorio.

Nell'elaborazione del progetto, si è tenuto conto della necessità di un avvio graduale, a titolo sperimentale per un periodo di due anni, con costante monitoraggio nel tempo, e di contenere al massimo i costi, per i noti vincoli finanziari.

1) L'intervento nell'emergenza.

Si prevede una accoglienza con regole di comportamento appropriate e condivise, con tempi variabili a seconda della situazione, un intervento tecnico che segua un protocollo prestabilito, la compilazione di una scheda che sia utilizzabile sia per la raccolta dati sia per un eventuale referto e iter giudiziario.

2) L'intervento di più lungo periodo.

Alla donna vittima di violenza viene offerta la possibilità di un follow-up medico presso il Centro e, qualora si ritenga oppor-

tuno, un intervento di tipo psico-sociale e legale, in stretta interconnessione con il territorio e con il volontariato sociale.

La violenza sessuale è un fenomeno drammatico e complesso che richiede un lavoro professionale di carattere multidisciplinare:

- Fondamentale, soprattutto nella fase di emergenza, è il ruolo della Ginecologa che offre una prima accoglienza e raccoglie la storia della violenza e l'anamnesi sanitaria e socio-familiare. Inoltre effettua la visita ginecologica, gli esami batteriologici e infettivologici, la profilassi per le malattie sessualmente trasmesse, l'intercezione post-coitale, la raccolta delle prove ai fini medico-legali, l'eventuale denuncia di reato se procedibile d'ufficio. Se lo ritiene necessario, può attivare la consulenza del Medico Legale.

Il Centro S.V.S. può quindi essere sempre utilizzato come risorsa non solo dalle vittime di violenza ma anche dagli Ospedali, dalle Forze dell'Ordine, dalla Magistratura.

La Ginecologa, inoltre, programma i successivi momenti di follow up per i controlli sanitari e infettivologici. In tali momenti di incontro è presente anche l'Ostetrica e l'Assistente Sociale.

Il Centro fornisce quindi:

- Il servizio di pronto intervento
- Il servizio telefonico di informazioni e di appuntamenti
- Il follow-up medico-ginecologico
- La consulenza Medico-Legale
- La consulenza psicologica di prima valutazione
- L'assistenza sociale iniziale

Si prevede il coinvolgimento delle seguenti figure professionali:

- Medici specialisti in Ostetricia - Ginecologia
- Medici specialisti in Medicina Legale
- Psicologa
- Ostetrica
- Assistente Sociale

La modalità organizzativa ottimale, già sperimentata in Italia presso il Centro S.V.S. (Centro Soccorso Violenza Sessuale) della Clinica Mangiagalli dell'ICP di Milano, prevede l'attivazione di un ambulatorio con presenza attiva di un Medico Ginecologo nelle ore feriali diurne e, per le restanti ore, con un Servizio di Pronta Disponibilità.

La valutazione dell'intervento.

Il progetto prevede la periodica valutazione dell'intervento con indicatori quali - quantitativi predefiniti, e la predisposizione di una relazione annuale sull'andamento del progetto.

Si prevede una domanda di circa 80 casi di violenza sessuale all'anno, e si precisa che da maggio 2003 al 31/12/2003, sono stati presi in carico 44 casi di violenza.

Conclusioni

Il Centro S.V.S. trova la sua collocazione presso l'ASO O.I.R.M.- S.ANNA, sperimentando un modello di organizzazione e di gestione interistituzionale innovativo eventualmente trasferibile in altre strutture sanitarie, in funzione della missione aziendale di fornire prestazioni di alta specializzazione nel campo della diagnosi e cura, gestire programmi di prevenzione, svolgere attività di ricerca e didattica, essendo inoltre sede di Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetrica e del Corso di Laurea in Ostetrica.

Al fine di avviare un coordinamento Regionale delle Aziende interessate a sviluppare il Progetto HPH "Fasce deboli", si chiede di voler comunicare la propria disponibilità a:

Dott. Grace RABACCHI

Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero S.ANNA

C/so Spezia, 60 10126 - TORINO

Tel. 011/3135960 - 011/3134200 - Fax 011/3134238

E-mail: dirsanna@oirmsantanna.piemonte.it

Costituito il Comitato Regionale del Piemonte

Al termine del primo anno di attività si è convocata presso la sede CIPES la riunione costitutiva Comitato Regionale di Città Sane Piemonte.

Erano presenti, tra gli altri, Eleonora Artesio presidente e Rocco Graziadei coordinatore di IV Commissione della Circo-scrizione 6, Vincenzo Costantino per il Comune di Alessandria, Edgardo Filippi del CIPES di Cuneo, Giovanni Giannuzzi presidente del Forum Salute della VII Circo-scrizione, una importante delegazione del Comune di Torino (il consigliere comunale Lucia Centillo ed i responsabili della Divisione servizi Sociali, Monica Lo Cascio, Patrizia Ingoglia, Carlo Mastrogia-como), Nicola Massobrio dell'Ospedale Evangelico Valdese, Giuseppe Acquafresca (rappresentante dell'ARPA presso la CIPES), Tania Re (consulente in progetti Comunitari).

Le Circo-scrizioni 5 (in quella sede rappresentata dal Vice-presidente CIPES E. Chiara anche Presidente del locale Forum Salute), 6 e 7 erano presenti in quanto socie della CIPES e sedi di Forum della Salute.

Assente Mario Carzana per la regione Piemonte in quanto impegnato fuori sede, il tavolo della Presidenza era rappresentato da Enzo Demaria, vicepresidente ANCI, e, per la CIPES, da Sante Bajardi, Michelangelo Petrolo, Beppe Signore. Nel corso dell'incontro sono stati presentati gli Atti del Convegno tenutosi a Torino (Sala Carpanini) nel giugno 2003 e la cui stesura ha implicato non solo un lavoro di semplice raccolta dei testi ma di riflessione del Relatori rispetto all'intero processo.

L'elemento giudicato dagli intervenuti come una dei principali "motori" della promozione locale di salute è stato quello *politico*. L'azione verso le Amministrazioni piemontesi dovrebbe essere finalizzata ad evidenziare le attività di buona pratica per la salute già originariamente attuate.

Agli amministratori dovrebbe essere chiesto di investire in salute sin da subito, basando il proprio giudizio, almeno in una fase iniziale, sulla base di elementi non necessariamente fondati su evidenze scientifiche. Il "sentito" dei Cittadini, il bisogno così come percepito, può essere già un buon punto di partenza. È cioè opportuno che la politica adotti sin da subito fra i suoi obiettivi programmatici locali prioritari un'impostazione esplicitamente orientata alla promozione della salute.

Un'organizzazione più tecnicamente corretta che preveda la stesura di profili e piani di salute basati su data base di mortalità e deprivazione e l'utilizzo di indicatori specifici richiede una disponibilità di tempo, risorse, consapevolezza non sempre immediatamente disponibili. L'adozione di profili di salute fondati su indicatori riconosciuti resta comunque un obiettivo. La promozione di azioni intersettoriali ed interistituzionali dovrà comunque avvalersi dell'ausilio di tecnici esperti, pos-



Un momento dell'incontro

sibilmente di diversa provenienza. Questo per evitare la "sanitarizzazione" dell'approccio alla Promozione della Salute come, al contrario, di solito succede.

I rappresentanti degli enti e associazioni presenti hanno dichiarato la loro disponibilità a far parte del Comitato Regionale assieme ai rappresentanti di CIPES Piemonte. A questi si affiancheranno quanti saranno designati dai costituenti Comitati di distretto. Tra i presenti è stato nominato un Comitato Esecutivo che coordinerà le varie attività.

E.C.

6° Circo-scrizione e salute

La sesta Circo-scrizione del Comune di Torino ha istituito nell'autunno 2001 il Forum della Salute. Questa decisione nasce dalla consapevolezza che la condizione di salute di un territorio è prodotta dalla combinazione dei fattori ambientali, economici e culturali che influenzano l'esposizione al rischio e l'adozione di stili di vita adeguati o meno a presentare e ricercare il benessere. Il tema salute è quindi trasversale a tutte le politiche e può essere adeguatamente valorizzato solo in una ottica partecipativa che coinvolga tutti gli attori.

L'attività del Forum si è orientata verso il target adolescenti nella preoccupazione di non enfatizzare gli aspetti estremi di esposizione al rischio, quanto piuttosto di esaminare i percorsi di normalità (la scuola, il tempo libero, lo sport) affinché ogni esperienza conosca l'apprendimento libero e consapevole di un sano stile di vita. Di qui gli incontri con le scuole, volti a promuovere la cultura della solidarietà come nel caso delle conferenze sui trapianti; le relazioni con gli enti di promozione sportiva rispetto alla tutela della pratica sportiva dalle degenerazioni indotte dall'uso di sostanze volute ad enfatizzare le prestazioni individuali; la collaborazione con le scuole per favorire la relazione tra adulti e giovani attraverso gli sportelli di ascolto e di consulenza psicologica.

Rocco Graziadei, Coordinatore IV Commissione

Rete Città Sane a Cuneo

Nella prosecuzione del viaggio teso a dare concretezza al progetto Rete Città Sane a Cuneo, si stanno avviando i contatti con i comuni limitrofi compresi nell'ambito del Distretto Sanitario.

I criteri che ci stanno muovendo in questo senso, per auspicare la condivisione sia per la stesura del progetto che per il suo successivo sviluppo concreto, sono rappresentati dalle affinità geografiche, climatologiche, culturali, sociali e produttive.

Il lungo cammino, finalizzato ai contatti ed alla informazione, ci porterà nei prossimi mesi al completamento del triangolo virtuoso: conoscere, condividere, collaborare.

E, benché ancora in fase di gestazione, pensiamo di presentare questa ipotesi di lavoro ai candidati della ormai prossima tornata elettorale per il governo della Provincia di Cuneo.

Riteniamo infatti che nelle loro proposte e dichiarazioni di impegno, che andranno a formulare a tutti i cittadini, essi debbano assumere responsabilmente anche i principi e gli obiettivi su cui si fonda il progetto Rete Città Sane, che rappresenta per la comunità provinciale una opportunità strategica di programmazione dello sviluppo del territorio nell'ottica di una concreta produzione della Salute individuale e collettiva. Un progetto in cui si chieda ai cittadini di essere non solo oggetto ma soprattutto il soggetto di buone pratiche per una vita sostenibile ed equa.

Edgardo Filippi

I profili di salute in evidenza nella provincia di Alessandria

L'amministrazione provinciale, attraverso l'assessore ai servizi sociali Armando Pagella, ha stipulato una convenzione, finanziata nel bilancio 2004 recentemente approvato, col servizio sovrazonale di epidemiologia dell'ASL 20 di Alessandria per avviare una ricerca sui profili di salute della popolazione provinciale.

Questa importante iniziativa conferma una scelta fatta all'inizio legislatura dall'amministrazione provinciale di Alessandria di introdurre la tutela della salute dei cittadini tra i temi da affrontare e sostenere pur non avendo una competenza gestionale specifica.

Seguendo questa scelta è stato:

- Costituito il patto per la salute con la presenza dei livelli istituzionali, sociali, del volontariato, delle aziende sanitarie provinciali;
- Svoltata una presenza attiva nel settore quadrante sanitario;
- Avviato un confronto col CIPES e con gli enti locali.

Attraverso la costruzione dei "profili di salute" intesi come strumento che consente di indagare diverse aree tematiche con importanti ripercussioni sullo stato di salute, sul benessere, sulla qualità della vita delle persone, agevoleranno la definizione di obiettivi di salute della provincia di Alessandria, dei suoi distretti delle principali città. Non a caso il comune di Valenza componente della rete "città sane", ha iniziato il suo percorso in stretta collaborazione con l'amministrazione provinciale.

I profili di salute influenzeranno le scelte "di Salute" non solo nel settore sanitario ma in tutte quelle politiche che direttamente o indirettamente hanno ripercussioni sullo stato di salute.

I principali obiettivi dei profili saranno:

- Offrire informazioni sullo stato di salute nella provincia di Alessandria;
- Identificare problemi di salute;
- Individuare aree prioritarie di intervento;
- Fornire idee per possibili soluzioni;
- Monitorare l'efficacia di quanto sarà intrapreso.

Il percorso, ovviamente, considerata la complessità non potrà concludersi nei sei mesi della convenzione ma dovrà proseguire come, del resto, evidenziato all'unanimità della commissione consiliare provinciale competente.

In prima approssimazione le criticità che investono il territorio alessandrino riguardano:

- Anziani (la provincia è al secondo posto in Italia);
- Stili di vita;
- Infortunistica (incidenti stradali prima causa di morte in età giovanile superiore alla media regionale);
- Ambiente;
- Malattie cardiovascolari;
- Tumori;
- Malattie respiratorie (problema rilevante);
- Diabete mellito (superiore alla media nazionale);
- Malattie genito/urinarie;
- Salute mentale.

Si prevede un primo momento pubblico di confronto, in collaborazione col CIPES, entro marzo 2004.

Mario Corrado

Progettare per tutti

L'abolizione delle barriere architettoniche e la progettazione degli spazi urbani fruibili da tutti i cittadini sono i temi trattati in questo e nel prossimo numero di Promozione Salute per verificare che cosa è cambiato nel modo di concepire lo spazio e le opere che su esso si possono realizzare per soddisfare le esigenze dell'uomo e nei comportamenti sociali.

Per vivere l'uomo ha dovuto "inventarsi" l'architettura e quindi le città, speciali contenitori costruiti in funzione ed a favore dell'essere umano, per proteggerlo dalle sollecitazioni ambientali, permettendo e favorendo lo svolgimento delle attività sociali e lavorative, alleviando le tensioni del vivere: la casa come strumento prioritario per ricostruire la propria forza lavoro ed il proprio benessere fisico e psicologico.

Le città però sono state progettate per l'uomo "normale", con caratteristiche fisiche, motorie e sensoriali assolutamente nella media, così le città si sono sempre più riempite di barriere di ogni genere.

La prassi progettuale corrente ha, finora, scarsamente considerato il fatto che una persona attraversi, durante la vita, diverse fasi evolutive e differenti condizioni di salute e di efficienza. Questa scarsa o inesistente considerazione è una delle cause che ha contribuito e ancora contribuisce ad emarginare e a segregare.

Ma quali e quante sono le barriere che troviamo nelle nostre città?

Lo chiediamo ad Eugenia Monzeglio, docente del Politecnico di Torino, Dipartimento Casa-città, socia del CERPA Italia (Centro Europeo di Ricerca e Promozione dell'Accessibilità), Centro che sviluppa la sua attività in più ambiti: iniziative promozionali, elaborazione di strategie che favoriscono una maggiore crescita e sensibilità culturale verso il problema della mobilità, accessibilità e fruibilità dell'ambiente da parte di tutti gli individui, di tutte le categorie sociali con particolare attenzione per quelle ritenute più deboli; studio e applicazione di nuove tecnologie che possano condurre ad una progettazione e realizzazione della qualità nel settore architettonico, urbanistico ed oggettivo. Monzeglio, inoltre, è membro del comitato direttivo dell'ULCES (Unione lotta contro l'emarginazione sociale) e collabora con altre associazioni, tra cui la CPD di Torino (Consulta per le persone in difficoltà) e l'associazione IDEA di Alessandria.

La presenza di barriere rende invivibile o vivibile con grandi difficoltà lo spazio urbano, determinando l'insorgere dell'handicap: una patologia fisica non è sufficiente a rendere un individuo "handicappato", ma questa condizione si manifesta per effetto dello scontro tra le capacità funzionali e le richieste dell'ambiente costruito e del contesto sociale.

Si può definire *barriera architettonica* qualsiasi *ostacolo o impedimento al libero svolgimento delle azioni ed all'evoluzione personale del soggetto considerato*. Oggi nelle nostre città coesistono diversi "tipi" di barriere: *barriere fisiche evidenti, barriere fisiche nascoste, barriere latenti, barriere percettive*.

Le prime comprendono scalini troppo alti o troppo bassi e non associati a scivoli, marciapiedi troppo stretti, attraversamenti non segnalati, pavimentazioni sconnesse o scivolose, rampe di scale non affiancate da ascensori, corridoi angusti, servizi igienici impraticabili, ingressi negati, edifici e spazi aperti di difficile o impossibile utilizzo da parte di molte persone anche se esenti da vistose disabilità.

Le barriere fisiche nascoste non sono evidenziate da nessun disposto normativo ed emergono nella pratica corrente

⇒ Segue a pag. 9

⇒ Segue da pag. 8

come veri e propri ostacoli: un parapetto che non permette di vedere bene all'esterno o che invita a sporgersi, l'eccessiva altezza di un davanzale, che non impedisce o ostacola nessun movimento, ma che limita la visuale, costituiscono vere e proprie barriere architettoniche.

Situazioni di scarsa o inesistente accessibilità non imputabile a barriere fisiche precise, ma di fatto aventi lo stesso effetto costituiscono le barriere latenti come la mancanza di parcheggio riservato in luoghi di larga affluenza di pubblico, eccessiva lontananza della zona di parcheggio dal percorso pedonale, grande distanza superabile solo a piedi per raggiungere il luogo al quale si è diretti.

Le barriere percettive, infine, sono determinate da difficoltà di ricezione ambientale di un segnale (*barriere sensoriali*) o di interpretazione dello stesso (*barriere cognitive*), che coinvolgono l'orientamento, la localizzazione, la possibilità di deambulare in sincronia con gli altri e limitano in particolare le capacità di comunicazione e di relazione delle persone con disabilità sensoriali e difficoltà intellettive, o semplicemente distratte, ansiose, vivaci.

Esistono altri ostacoli non visibili, ma più profondi e più difficili da superare: le barriere psicologiche, relazionali, sociali e culturali. Qual è il loro peso in una società che sembra più aperta e sensibile ai problemi di chi è più debole ed in difficoltà?

Fra queste possiamo comprendere anche quelle etniche, religiose, razziali e comunicative ancor più discriminanti ed emarginanti delle barriere fisiche perché non eliminabili tramite l'applicazione di provvedimenti legislativi, ma richiedenti un processo di evoluzione della mentalità, degli usi e dei costumi, sostenuto dalle istituzioni educative e formative. La globalizzazione, poi, avrebbe dovuto cambiare qualcosa, soprattutto in termini di apertura mentale e culturale, ma a tutt'oggi nulla è mutato. Viviamo in un clima culturale solo apparentemente più sensibile ed aperto ad istanze che chiedono sia il rispetto dei diritti di tutti (abili e disabili, efficienti e non produttivi, autosufficienti e dipendenti), sia il superamento di mentalità e di condizioni di vita emarginanti e segreganti, nel quale in realtà la diversità fa ancora paura perché mette in discussione le sicurezze dell'ordinaria normalità.

Il problema però non è solo etico, ma ha evidenti risvolti economici: una città piena di barriere è una città diseconomica, che rende "handicappati". Pertanto nel bilancio delle scelte progettuali, è bene tenere presenti anche i costi sociali ed economici, che si pagano progettando solo per una fetta di popolazione, quella ritenuta normale o, con un termine di cattivo gusto, "normodotata", impedendo l'utilizzo dello spazio a una parte dell'utenza.

Come operare affinché si riduca sempre più lo scarto tra possibilità/abilità della persona e le offerte dell'ambiente nel quale si vive per trasformare la città globale distante e gelida in un contesto sociale solidale?

La risposta è piuttosto semplice. E' possibile creare un contesto solidale lavorando in due direzioni: progettare per tutti e diffondere la cultura della diversità a partire dalle istituzioni educative, che devono porre al centro dei programmi di studio il concetto di "progettare per tutti". Solo così si potrà cominciare a cambiare il modo di vedere, di concepire e di creare un nuovo edificio, un nuovo spazio, una nuova città... Per diffondere la cultura dell'integrazione, della pari dignità e del rispetto delle persone cosiddette "diverse", del loro diritto alla libera mobilità ed autonomia è inoltre fondamentale che non vengano più in alcun modo eluse le disposizioni normative a tutti i livelli di emanazione (locale, regionale, statale, comunitaria), che da tempo sanciscono la soppressione e la non costituzione delle barriere architettoniche.

Che cosa significa progettare "per tutti"?

Si progetta "per tutti" quando a partire dalla fase iniziale di definizione del progetto, nella mente e nel cuore del progettista c'è la volontà di "dare forma" a spazi utilizzabili da ogni essere umano, privi di ostacoli o fonti di pericolo, senza sottoporsi a sforzi, senza richiedere l'aiuto di altri, con l'obiettivo di realizzare spazi, edifici, oggetti utilizzabili da qualsiasi persona, ricorrendo anche a modalità di utilizzo diversificate ed al supporto della tecnologia. Ancor meglio se tali spazi sono anche confortevoli, psicologicamente accettabili, gradevoli e piacevoli sotto il profilo estetico. "Tutti" significa che gli utenti di un spazio devono poter essere indistintamente bambini, ragazzi, giovani, adulti, anziani senza escludere a priori alcuno. Come può essere educativo e culturalmente formativo per un bambino vedere che il proprio compagno accede alla scuola tramite un ingresso posteriore, o che la propria mamma in carrozzina deve aspettarlo fuori dal negozio, non può entrare con lui in gelateria, non può accompagnarlo ai giardini, in chiesa, al catechismo, in spiaggia? Inoltre, nessuno ha bisogno di pavimentazioni sconnesse, ingressi difficilmente identificabili, porte e corridoi stretti, ascensori impraticabili, lunghe scale, servizi igienici simili a gabbie!

In questa nuova modalità progettuale come si caratterizza la segnaletica?

Gli elementi di segnaletica sono importanti per indirizzare, indicare un percorso, per orientarsi; naturalmente devono essere di facile comprensione e riconoscibilità. Caratterizzazioni cromatiche, pittogrammi possono senz'altro agevolare chi ha limitazioni intellettive, chi ha problemi di orientamento, chi ha confusione mentale, dovuta magari al fisiologico invecchiamento, ma renderanno comunque più immediato e confortevole la fruizione degli spazi per qualsiasi persona. Allo stesso modo un servizio igienico ben dimensionato e ben attrezzato (senza ricorrere a speciali e costosi sanitari o a un eccesso di strumentazione di sostegno) con vaso, lavabo, specchio, appendiabito, piano di appoggio, che può diventare fasciatoio per i neonati, non solo sarà fruibile per chi deambula con carrozzina, ma senz'altro andrà bene per l'adulto con bambini piccoli e in definitiva per qualunque persona.

Mariella Continisio

Il Centro Psicoanalitico di trattamento dei malesseri contemporanei offre accoglienza e ascolto a genitori, educatori, insegnanti, medici, avvocati, operatori sociali..., che segnalino una disagio in relazione al mondo dell'infanzia.

Capita a volte che un bambino manifesti, nel linguaggio e nel comportamento, disagio, sofferenza, malessere

Capita a volte che la convivenza con un bambino desti preoccupazione perplessità, vergogna. Che cosa gli sta accadendo? Che cosa fare con lui? Che ne è del suo desiderio?

Il disagio di un bambino difficilmente può arrivare ad esprimersi nella parola e a tradursi in una richiesta d'aiuto.

Occorre nella maggior parte dei casi che un adulto lo interpreti e, lasciandosene interrogare, se ne faccia carico

CEPSI Via Guastalla 13 bis Torino
Tel. 011/8170959, 8158643 - Fax 011/8170202
E-mail: info@cepsi.it www.cepsi.it

Rete di Medici Sentinella con ARPA Piemonte

Una nuova iniziativa dei medici per l'ambiente

Ricordate la vicenda dei bambini di Augusta, non lontano da Siracusa, quando ci si accorse dopo molto tempo, troppo tempo, che malformazioni, aborti, malattie e tumori, che avevano una strana incidenza in quella zona, erano collegati con l'inquinamento causato da un insediamento industriale i cui scarichi finivano in mare? Ricordate pesci al mercurio, arsenico, nichel e piombo? Certo che lo ricordate perché ne ha parlato tutta la stampa, ma forse quello che non ricordate è che le prime segnalazioni di devono ad un pediatra della zona che volle capire la causa di quelle cardiopatie infantili tanto frequenti e di quelle malformazioni all'apparato urogenitale con una percentuale 4 volte superiore all'atteso.

Ricordate la brutta storia della chimica a Mantova, emblematica di una vera e propria crisi ambientale di tutta la chimica italiana, quando ci si accorse di un'incidenza di sarcomi con un tasso di percentuale molto superiore all'atteso? L'indagine epidemiologica era iniziata nel luglio 1998 a seguito della segnalazione - pubblicata su Epidemiologia e Prevenzione da parte di Gloria Costani, medico di medicina generale convenzionato con la ASL di Mantova, presidente provinciale di Legambiente e membro dei Medici per l'Ambiente - di un cluster di sarcomi dei tessuti molli, cioè un addensamento spazio-temporale di una rara forma di tumori maligni in corrispondenza dell'insieme delle frazioni del comune di Mantova site a ridosso del polo industriale della città (Chimica Enichem, Metalmeccanica Belleli, Raffinerie IES) e degli insediamenti industriali di Valletta Valsecchi.

Partendo da questi due esempi, ma se ne potrebbero citare ancora mille altri, abbiamo pensato ad un progetto che riconoscesse ai medici, in particolare a quelli di medicina generale, un ruolo codificato di "piccola vedetta lombarda" di deamicisiana memoria.

Va aggiunto che negli ultimi anni abbiamo assistito ad una rapida crescita di reti di medicina generale (RMMG) particolarmente in Gran Bretagna ed Olanda. Ciò riflette una serie di bisogni che vanno dall'informazione sulle malattie che si presentano nell'area delle cure primarie, ad una aumentata esigenza di ricerca strutturata nella stessa area, fino ad una definizione di contenuti della medicina generale in forme accettabili anche da parte del mondo accademico. Caratteristica comune delle RMMG, intese come gruppo di ricerca e di lavoro insieme, è il fatto di essere un'entità che opera nell'area delle cure primarie e che coinvolge medici di medicina generale (MMG). La rete permette successivamente anche lo sviluppo di iniziative e di altre attività sempre e comunque nell'ambito della medicina generale, e consente altresì lo sviluppo delle abilità e della fattibilità della ricerca che nasce e si sviluppa tra i MMG, e generalmente funziona con un meccanismo non gerarchico tra i suoi componenti.

Si possono considerare due tipi di reti: una in cui le iniziative nascono e si sviluppano all'interno della RMMG e un'altra in cui i MMG sono coinvolti nella raccolta dati da parte di un ente esterno per motivi di ricerca o di sanità pubblica. Nonostante questa distinzione, l'obiettivo principale in entrambi i casi è quello di ottenere una specifica precisa tipologia di informazione.

Il termine di "medico sentinella", o meglio di "rete di medici sentinella", deriva principalmente dalla funzione di "guardia" messa lì per proteggere la popolazione dai rischi legati alla salute e di osservatorio privilegiato per le istituzioni sanitarie. La funzione dei medici sentinella è quella di monitorare l'incidenza e la prevalenza e la progressione di una malattia o di una serie di patologie nel tempo in gruppi di popolazione oppure in zone geografiche prestabilite.

Con queste premesse l'Area di Epidemiologia Ambientale ARPA Piemonte, con sede a Grugliasco (Torino), e la sezione regionale del Piemonte dell'ISDE (International Society of Doctors for

Environment)-Italia hanno presentato un progetto di ricerca alla Regione Piemonte, che è stato approvato e finanziato, dal titolo "Una rete regionale di medici sentinella per le segnalazioni di patologie con eziologia ambientale".

Quali sono le finalità del progetto?

Strutturazione di una rete di medici finalizzata:

1. al rilevamento dei bisogni sanitari della popolazione
2. al monitoraggio dello stato di salute della popolazione, stili e qualità di vita, consumo delle risorse, incidenza e prevalenza di malattie legate a inquinamento ambientale;

con un doppio meccanismo di informazioni:

1. in senso centripeto: i medici segnaleranno in tempo reale eventuali noxae patologiche dimostrate o anche solo sospettate a livello delle loro realtà periferiche, identificando eventuali connessioni tra ambiente e problemi di salute presenti nel territorio di loro competenza. Anche semplici impressioni potranno essere inviate al centro, dove verranno controllate, assemblate, valutate, verificate, catalogate, ecc.

2. in senso centrifugo: il centro invierà dati, informazioni, pubblicazioni scientifiche relative a cause ambientali di malattie, che possano in qualche modo aumentare il rischio di eventuali patologie nella zona di competenza del medico/terminale periferico sia di base che ospedaliero. In questo senso importante sarà la collaborazione di strutture piemontesi come DO.R.S. (centro di Documentazione bibliografica e fattuale su tutti i settori della salute) e come il Centro di Prevenzione Oncologica (CPO), nella sua componente di centro di documentazione sui cancerogeni.

Nel maggio scorso si è svolto il primo incontro preparatorio in cui si sono tracciate le prime indicazioni relative alla prima fase del programma che ovviamente prevede una formazione specifica dei medici coinvolti. All'incontro hanno partecipato una decina di persone tra cui Benedetto Terracini, epidemiologo, Ennio Cadum, responsabile del progetto, Mario Frusi, segretario della sezione di Cuneo dell'ISDE-Italia, rappresentanti di DO.R.S., di ARPA Piemonte, ed il sottoscritto.

I successivi appuntamenti sono stati a settembre ed ottobre. Chi fosse interessato può richiedere informazioni a:

- ISDE. Gianfranco Porcile, tel. 0173.316455 (lavoro) o 0173.293422 (casa) o 348.5600035

- ARPA. Ennio Cadum tel. 0114017693; fax 0114037125; e.cadum@arpa.piemonte.it

In particolare rivolgiamo un caldo appello a tutti i medici del Piemonte, in particolare ai medici di Medicina Generale, perché è necessario coprire tutto il territorio della regione e i colleghi che hanno dato finora la propria disponibilità sono ancora in numero troppo carente per coprire tutte le varie necessità e tipologie geografiche: si è calcolato che come minimo sono indispensabili 40 MMG sparsi in maniera omogeneamente diffusa sul territorio piemontese. Una importante collaborazione che si potrà instaurare è quella con la CIPES, Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria - Federazione del Piemonte, in particolare con Sante Baiardi, che ne è il Presidente e che recentemente è stato nominato anche socio onorario dell'ISDE-Italia: tra l'altro il CIPES Piemonte ha creato un importante Centro di Documentazione, che potrà essere molto utile per l'attività di formazione dei medici sentinella di domani.

Le prospettive per il futuro sembrano incoraggianti: tale progetto è stato l'ispiratore di un progetto analogo che presto sorgerà in Emilia-Romagna grazie a Paolo Lauriola dell'ARPA di Modena e forse potrebbe crescere fino a diventare una specie di progetto su scala nazionale, grazie all'impegno e alla favella toscana di Roberto Romizi.

La strada è lunga, ma la direzione imboccata è quella giusta.

Concludiamo questa breve carrellata su un progetto che ha cominciato a muovere proprio adesso i primi passi con il motto dei Medici per l'Ambiente: "Per l'ambiente siamo tutti responsabili. I medici lo sono due volte".

Gianfranco Porcile, Referente sezione Cuneo ISDE-Italia, Via Cadorna 49, 12051 Alba (Cuneo) Tel.0173.293422, Fax 0173.316222 - gporcile@asl18.sanitacn.it

“Saper essere” un capo ideale nelle aziende sanitarie... mito o realtà?

Fin dai tempi passati, un capo autorevole, umano, disinteressato è sempre stata una prerogativa indispensabile e determinante per il buon funzionamento delle Aziende.

Una prerogativa che anche nell'attuale business world si rinnova e si fortifica con vigore.

Oggi, all'alba del terzo millennio, numerosi studi e altrettante ricerche sociologiche hanno infatti dimostrato con evidenza che anche le organizzazioni hanno un'anima, in quanto caratterizzate dalla presenza di individui, di processi di gruppo, di relazioni interpersonali.

Le aziende sanitarie rappresentano peraltro un esempio eclatante in tal senso.

Questo pone l'accento sul fatto che l'insoddisfazione, la demotivazione professionale e l'inefficienza produttiva del personale sanitario a volte sono frutto di un anomalo rapporto con il “Capo”, sia esso Dirigente medico, Dirigente Infermieristico, o altra figura imputata a ricoprire un ruolo di coordinamento. Egli spesso risulta infatti scarsamente sensibile e poco solerte a sviluppare un “saper essere” attento all'elemento umano, all'ambiente informale dell'organizzazione, alle relazioni interpersonali, alla comunicazione. Poco incline ad incoraggiare i lavoratori ad accrescere il proprio potenziale, a sostenerli nel realizzare i propri bisogni di riconoscimento e di appartenenza. Tutti elementi da tenere in debita considerazione, considerato che l'uomo per sua natura è un insieme inscindibile di fattori razionali ed emotivi e non può quindi essere trasformato in una macchina razionalizzante, come ampiamente dimostrato dal movimento delle “human relations”, iniziato negli anni '40 in reazione all'indirizzo della scuola classica che aveva posto l'attenzione sull'ambiente fisico senza considerare l'elemento umano.

Cosa significa essere Capo (ideale)

Molteplici sono le volte in cui ci si domanda chi è un “Capo”? Letteralmente parlando la sua definizione consiste in “persona investita di specifiche funzioni di comando” e pertanto in grado di far svolgere oggettivamente dei compiti agli altri, ovvero ai suoi collaboratori, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati in una determinata situazione. Ma pur riconoscendo questo suo nobile ruolo, una tale definizione collocata nel presente contesto socio-sanitario risulta alquanto deficitaria, poco esauriente, insomma incompleta.

Oggi nelle aziende sanitarie è tempo di un capo/leader che non si accontenta della buona esecuzione lavorativa dei suoi subordinati, ovvero di fare eseguire le cose agli altri, ma è capace di mobilitare il loro impegno. Un capo/leader che dai suoi collaboratori vuole anche il “cuore” e li conduce ad appagare così anche l'autorealizzazione personale.

Quello di cui si anela nell'ambito delle organizzazioni sanitarie è quindi la presenza di un capo/leader carismatico, ben accettato dai collaboratori, provvisto quindi di autorevolezza e non solo di autorità. È il caso di sottolineare, a tal proposito, che l'autorità conferita da un ruolo non implica direttamente l'autorevolezza. L'autorevolezza comporta infatti la stima e la fiducia riconosciuti al modo di comportarsi e di agire di una determinata persona, la quale sia a livello personale che nei rapporti sociali, provoca una influenza “positiva” sulle persone che quotidianamente incontra, in virtù delle sue caratteristiche personali, quali: equilibrio dinamico, capacità di comunicazione, consapevolezza delle difficoltà, non arrendevolezza, apertura al nuovo.

Azioni positive per essere un Capo autorevole (ideale)

Il Capo che adotta uno stile direttivo ed uno stile di comportamento volti a rispondere sia alle situazioni contingenti sia ai biso-

gni di coloro che dipendono da lui, sarà più efficiente e potrà così raggiungere i suoi obiettivi e quelli dell'organizzazione.

Detto ciò, a prescindere da formule “magiche” da applicare per divenire il Capo ideale che ogni collaboratore auspica di incontrare lungo la strada del suo percorso professionale, di certo va detto che esistono delle azioni positive, delle combinazioni essenziali di facile attuazione che, attuate nel quotidiano, possono facilitare il ruolo di Capo e consentono di ottenere buoni risultati anche in termini di collaborazione efficiente da parte dei lavoratori.

Volendo spiegare il concetto con un esempio, si può prendere come riferimento un'orchestra di musicisti, dotata di un maestro che scandisce i ritmi, i tempi, le pause. Poiché l'obiettivo consiste nel suonare una sinfonia melodiosa, il maestro d'orchestra deve accertarsi che tutti i musicisti seguano lo spartito, suonino in modo regolare, senza stonature, con la stessa forza e la stessa tecnica impartita. Solo così il successo ed il trionfo sono assicurati!

Lo stesso succede in un'azienda ospedaliera che ha per finalità l'assistenza, la cura, la prevenzione. La qualità del servizio ed il suo effettivo rendimento dipende dal fatto che l'attività di ogni dipendente venga proiettata verso l'obiettivo globale stabilito.

Quindi tra le azioni positive che un Capo-leader deve applicare in ambito sanitario, non possono essere escluse le seguenti:

- Non perdere il contatto con la realtà. Acquisire quindi la capacità di essere flessibili, di ascoltare, di sviluppare una significativa sensibilità nei confronti di tutto quanto l'ambiente in via.
- Essere in grado di cambiare approccio a seconda delle situazioni e del personale.
- Impegnarsi a potenziare l'abilità e la capacità dei propri collaboratori, a favorire la loro crescita professionale, ad accrescere la loro motivazione, a concretizzare i loro bisogni di riconoscimento, di realizzazione, di senso di appartenenza attraverso il coinvolgimento e la partecipazione nello sviluppo e nello svolgimento delle attività di lavoro, in un “clima” dinamico, produttivo ed accogliente.
- Chiarire quali sono gli obiettivi, l'attività da svolgere, le modalità ed i tempi di realizzazione del piano lavorativo, i riconoscimenti previsti. Fare quindi in modo che gli obiettivi identificati vengano fatti propri dai collaboratori. Ogni collaboratore deve infatti avere dei compiti ben definiti, precisi e soprattutto compresi.
- Favorire il rapporto interpersonale, cercando di fare in modo altresì che i membri del gruppo integrino le loro diverse personalità. Deve quindi essere incoraggiata la cooperazione, la coesione e lo spirito di gruppo.
- Elogiare i collaboratori quando svolgono un buon lavoro in modo da gratificarli per l'attività svolta. Troppo spesso vengono accennati solo i biasimi.
- Fornire possibilità di carriera, non solo con incentivazioni economiche, ma anche con avanzamenti di responsabilità, con deleghe, ecc. Sono opportunità che spingono a fare sempre di più.
- Adottare una comunicazione empatica, trasparente, chiara e comune che consenta una situazione favorevole alla collaborazione ed all'intesa.

Queste sono alcuni degli aspetti organizzativi e relazionali di cui ogni Dirigente deve adottare per concretizzare in maniera efficiente e completa il suo mandato di responsabile, coordinatore.

CONCLUSIONE

Concludendo si può affermare che nelle Aziende ospedaliere vi è sempre più la necessità di un Capo capace di scuotere i propri collaboratori, di innescare in loro sentimenti positivi, di accendere il loro entusiasmo, facendo leva sulle loro emozioni nella giusta direzione. La figura del Dirigente autoritario (autocratico) che non si preoccupa dei suoi collaboratori e si limita ad esercitare la propria autorità è out. Oggi lo sguardo è rivolto ad un Coordinatore motivazionale, che compie un servizio con competenza tecnica e con un saper essere assertivo, dotato di una spiccata intelligenza emotiva e propenso a stimolare e mantenere alto l'impegno dei collaboratori facendo leva: sulla comunicazione efficace, sull'aiuto vicendevole, sulla reciproca stima, sulla soluzione dei conflitti mediante aperta e leale spiegazione delle parti.

Barberis Mariarita

A.S.L. 2 Torino**Progetto di RETE
“Sono qui per te, ti ascolto”**

Si è realizzato, ed è al terzo anno di attività, un progetto di RETE che vede coinvolti l'ASL 2, la Circoscrizione 3 e tutte le scuole dalle Materne alle Medie Inferiori del territorio corrispondente alla Circoscrizione 3.

Obiettivo del Progetto è quello di dare risposte condivise al Disagio espresso dai bambini fra i 3 e i 14 anni. A tal fine è stato attivato un servizio di Sportelli di Ascolto Psicologico per i bambini, i ragazzi, le loro famiglie e gli insegnanti.

La RETE ha operato a tre livelli:

- Il livello dei Responsabili delle scelte di intervento: Coordinatori della IV e V Commissione della Circoscrizione 3, Direttori del DMI e della NPI dell'ASL 2, Direttori delle Scuole.

- Il livello del coordinamento: Coordinatore delle Scuole, Coordinatore per il DMI e la NPI dell'ASL 2, Insegnanti Referenti di ogni singola Scuola.

- Il livello dell'intervento tecnico: Psicologi degli Sportelli, Referenti scolastici. Nel corso della Conferenza organizzata il 16 ottobre si è parlato di interventi di Rete e sono stati illustrati sia i dati relativi all'utenza che ha utilizzato il servizio nell'a.s. 2002/2003, sia i risultati dell'indagine svolta dalla scuola relativa all'immagine del servizio dato.

Il lavoro dei tecnici è stato preceduto dall'intervento del Direttore generale dell'ASL 2 Dr. Brambati, del Presidente della Circoscrizione 3 Dr. Paolino, dei coordinatori della IV e V Commissione Prof. Scariatelli e Prof. Buccioli, del Rappresentante del D.M.I. Sig.ra Centillo, dell'Assessore all'Istruzione della Provincia di Torino Dr. Oliva, del Rappresentante dell'Assessorato all'Istruzione del Comune di Torino Dr.ssa Campini, del Direttore del Comprensorio scolastico M.L. King Prof. Sarritzu e del Direttore della scuola Toscanini Prof. Dino.

Questa larga rappresentanza da parte dei Responsabili degli Enti preposti alle scelte sanitarie, politiche, educative e sociali, ha permesso di rendere visibile l'importanza di un progetto di Rete e l'attenzione a questo posta quando si tratta di soggetti in età evolutiva.

È stata questa, infatti, la sottolineatura di ciascun intervento che ha accomunato i diversi punti di vista.

I tecnici che hanno operato nei due anni già trascorsi hanno potuto così constatare come l'efficacia dell'intervento diretto con l'utenza dipenda non solo dalla qualità tecnica e dalla formazione professionale dei singoli operatori, ma anche, e talvolta in modo con-

sistente, dal funzionamento della Rete a tutti i livelli, da quello decisionale a quello operativo.

Tutti i contributi hanno evidenziato la necessità di un intervento di Prevenzione Primaria fin dalla Scuola Materina e il Prof. Oliva ha sottolineato la necessità di estendere il Progetto alla Scuola Media Superiore.

Questa affermazione trova risonanza nelle indicazioni della Regione Piemonte che, nelle linee guida sull'Adolescenza, evidenzia la necessità di aprire spazi di ascolto psicologico nelle scuole medie superiori, e nel progetto del Centro Adolescenti dell'ASL che individua la fascia 14-18 anni come prioritaria per gli interventi di sostegno psicologico alla crescita.

Chi si rivolge allo Sportello di Ascolto, infatti, porta una domanda che rispecchia un disagio, un malessere percepito all'interno delle relazioni familiari, scolastiche e con i coetanei; aspetti non necessariamente connotati sul versante della patologia ma che evidenziano uno star male che può non essere ancora chiaro e definito, che fa ancora parte dell'evoluzione fisiologica, ma che può virare in una futura patologia se non affrontato nel qui ed ora della fase di crescita in atto.

Il Dr. Brambati nel suo saluto ha sottolineato l'importanza di un intervento precoce, utile per favorire una crescita sana e per individuare i primi segni di un possibile malessere, che motiva l'utilizzo di risorse tecniche proprie della Sanità, in ambito diverso dai luoghi istituzionali deputati all'intervento sanitario, in questo caso la scuola.

L'attenzione all'intervento precoce ed al rispetto della globalità della persona nelle diverse fasi dello sviluppo dei bambini e dei ragazzi, sono stati evidenziati allo stesso modo dal Dott. Paolino e dai Proff. Sarritzu e Dino trasmettendo così un messaggio di condivisione di un progetto che è maturato attraverso un lavoro costante di confronto che ha contribuito alla definizione della Rete.

Rete che la sig.ra Centillo ha ribadito essere metodo e scelta organizzativa per il D.M.I. perché, "in qualsiasi nodo della rete, la persona che rappresenta il suo bisogno di salute sia in grado di trovare tra le molteplici offerte dei servizi una risposta personale adeguata ed immediata o venga accompagnata nel suo percorso assistenziale presso il servizio di competenza per soddisfare in modo efficace la domanda di salute".

Amalia Chirico,
D.S.S.D. Centro Adolescenti

A.S.L. 4 Torino**Pet therapy: un'amica a quattro zampe per gli anziani**

L'ASL 4 ha intrapreso un progetto di Pet Therapy per migliorare la qualità della vita degli anziani ospiti che vivono il disagio di una malattia mentale o che non sono autosufficienti, con l'inserimento di un cane residente. L'arrivo di un cucciolo assicura, infatti, affetto costante e continuo, e la creazione di un forte legame emotivo fra cane e pazienti.

Un'esperienza che in Italia conosce ancora poche forme applicative. Gilda – così si chiama – è una meravigliosa cucciola di sette mesi di Golden Retriever, di grande dolcezza e sensibilità. È stata introdotta presso la RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) di via Botticelli 130 e presso il Centro diurno per malati di Alzheimer Aurora di via Schio 1 dell'ASL 4: in pochissimo tempo ha conquistato tutti, pazienti e personale sanitario!

La realizzazione del progetto – ideato dal Servizio Veterinario dell'ASL 4, diretto dal dr. Leonardo Surico, e dalla Geriatria territoriale, diretta dal dr. Pietro Landra, si avvale della collaborazione della dr. Anna Maria Cavallero, punto di riferimento per l'inserimento del cane.

L'attuazione del progetto è seguita da una valida équipe di medici, veterinari, etologi, psicologi ed infermieri e prevede che sei persone con ruoli specifici, di cui quattro dipendenti della struttura sanitaria, si occupino direttamente di Gilda.

Il cane risiede all'interno della RSA stessa dove è stato creato uno spazio in cui sono garantite tutte le esigenze dell'animale. Il personale che si occupa di lei sta già partecipando ad un corso di formazione di base per la riuscita del progetto, interagendo tutti e in egual misura con Gilda affinché possa avere costantemente vicina una figura di riferimento essenziale per il suo equilibrio.

In seguito il gruppo di lavoro accederà ad un corso di specializzazione necessario per l'abilitazione brevettata.

Il progetto, cui partecipano anche le cooperative KCS caregiver e Valdocco, gode del sostegno del Rotary Club Torino Mole Antonelliana, di alcuni dipendenti del San Paolo Imi e della collaborazione del Laboratorio di Etologia del Dipartimento di Biologia Animale e dell'Uomo dell'Università degli Studi di Torino.

I risultati raccolti ad oggi dimostrano che la convivenza pazienti-Gilda funziona bene: gli Ospiti delle strutture sono affettuosi, protettivi, "teneri" nei confronti della cucciola e, oltre a prendersi cura di lei, di sicuro sono felici di avere "il loro cane".

⇒ Segue a pag. 13

⇒ Segue da pag. 12

Il dr. Guido Massimello e il dr. Pietro Landra, corresponsabili del progetto insieme al dr. Leonardo Surico e al caposala Franco Cirio, sottolineano inoltre che l'ingresso di Gilda nella Residenza Sanitaria aprirà le porte ad un'altra iniziativa: la futura creazione di una piccola area dedicata ad ospitare gli animali di proprietà dei pazienti ricoverati temporaneamente, qualora sia documentata l'assenza di congiunti che non possano occuparsene: *"In un momento in cui i cani sono stati portati tristemente alla ribalta delle cronache noi rimaniamo un gruppo di romantici che continuano a credere che il cane sia il migliore amico dell'uomo"*.

A cura dell'Ufficio Stampa ASL 4
Dr. Silvana Patrito

A.S.L. 9 Ivrea**Progetti di educazione alla salute attivati dall'asl 9**

Sono al via, nelle scuole canavesane che hanno aderito, alcuni progetti di educazione alla salute attivati dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL 9 con il suo settore di Educazione Sanitaria.

Un primo progetto, denominato BIP-BIP e proposto alle terze classi delle scuole medie inferiori, è rivolto alla prevenzione del trauma cranico e spinale. Il percorso educativo è attivato in stretta collaborazione con l'Azienda Ospedaliera C.T.O. di Torino, che è il centro di riferimento regionale del progetto. L'importanza dell'iniziativa è evidente se si considera che il trauma cranico è la prima causa di morte e di grave invalidità nella fascia di età 15-25 anni. L'intervento di sensibilizzazione nelle scuole prevede un confronto tra gli studenti sulla base dei temi proposti da un cd-rom che illustra le conseguenze delle lesioni del sistema nervoso centrale causate dagli incidenti stradali, evidenzia i comportamenti a rischio da evitare e incentiva l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza.

Un secondo progetto, finanziato con i contributi del Fondo nazionale per la lotta alla droga, è rivolto a prevenire le dipendenze attraverso il potenziamento delle life skills, cioè delle abilità di vita (l'autoefficacia, la comunicazione efficace, la capacità di risolvere i problemi, la comprensione e condivisione delle regole). Il percorso educativo è realizzato in collaborazione con il Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo dell'Università di Torino e la Fondazio-

ne Ruffini Onlus di Ivrea. L'iniziativa coinvolge i docenti e gli studenti di alcune classi delle scuole elementari e medie inferiori.

Un terzo progetto, attivo da anni e rivolto agli studenti del biennio delle scuole medie superiori, è centrato su tematiche relative alla sessualità. L'iniziativa si propone di aumentare le conoscenze degli studenti sulle principali problematiche connesse alla contraccezione e alle malattie sessualmente trasmesse per promuovere appropriati comportamenti preventivi. Inoltre, di informare sui servizi offerti dall'ASL 9, con particolare riferimento agli spazi di accoglienza per gli adolescenti individuati all'interno dei consultori familiari.

Il Direttore Generale
(Dott. Carmelo DEL GIUDICE)

A.S.L. 13 Novara**Continuità assistenziale per il paziente oncologico**

L'Azienda Sanitaria Locale n° 13 di Novara ha presentato, venerdì 12 dicembre 2003, il **progetto integrato di continuità assistenziale ospedale – territorio per il paziente oncologico nei Distretti di Novara e Galliate**, che sarà operativo dal mese di febbraio 2004.

Il progetto si pone l'obiettivo di erogare interventi che siano fra di loro integrati e che abbiano al centro il malato oncologico e la sua famiglia, cercando di soddisfarne i bisogni.

Obiettivo perseguito anche dalle Associazioni di Volontariato ed in particolare dalla Lega Italiana per la lotta contro i tumori che da anni opera sul territorio e, nel progetto, garantisce l'assistenza sanitaria tramite una convenzione con personale infermieristico.

Il percorso tipo del paziente, destinatario delle cure palliative domiciliari, prevede l'individuazione del suo bisogno presso il Centro Accoglienza e Servizi (CAS) dell'ASO Maggiore della Carità di Novara, fino alla definizione di un piano assistenziale.

L'Unità di Cure Palliative rappresenta la struttura specialistica che coordina le cure palliative ai fini di una gestione unitaria in continuità assistenziale dei malati dall'ospedale, alle cure domiciliari, al ricovero in Hospice e garantisce, inoltre, con il Servizio delle Cure Domiciliari, con il Coordinamento di Polo e con la Struttura Complessa di Oncologia Medica la continuità terapeutica, assistenziale e organizzativa.

L'attività di cure domiciliari è svolta da un Team multidisciplinare formato da medici, infermieri, psicologi, assistenti

sociali, volontari – in particolare della Lega Italiana per la lotta contro i tumori - e altri specialisti che lavorano in modo univoco per il raggiungimento di un obiettivo comune: qualità di vita del paziente e della famiglia.

Il Team deve essere inserito e perfettamente integrato nella rete dei servizi di cure palliative e deve offrire risposte tempestive, efficaci e continue fino all'ultimo istante di vita degli assistiti.

Il Medico di Medicina Generale (medico di famiglia), responsabile dell'assistenza al singolo paziente, attiva le cure domiciliari per i pazienti a domicilio o su richiesta di un Medico ospedaliero in caso di dimissione protetta (con il consenso del MMG).

Elena Vallana, URE ASL 13

A.S.L. 19 Asti**Sicurezza stradale**

L'ASL 19, attraverso la sua struttura di Promozione ed Educazione alla Salute e con il cospicuo contributo dei Lyons di Asti, ha promosso un progetto sperimentale di sensibilizzazione sulla sicurezza stradale, rivolto agli studenti che frequentano gli Istituti Superiori di Asti e provincia, da svolgersi in due anni scolastici (2002/2003 e 2003/2004).

Al momento si sono svolti i vari focus group, condotti dai due psicologi, che hanno coinvolto una ventina di studenti per ognuno dei 5 Istituti aderenti alla fase sperimentale (Giobert, IAL-Formazione, Manzoni, Marelo, Monti).

Tra le proposte concrete di intervento emerge una netta prevalenza di richieste di interventi di prevenzione secondaria, cioè centrati proprio sulla limitazione del comportamento a rischio e sui suoi effetti, soprattutto in ambito extrascolastico: regole più severe dentro le discoteche e maggiori controlli fuori, aumento di frequenza dei controlli da parte delle forze dell'ordine soprattutto nel rispetto o inasprimento delle leggi già esistenti (multe più salate, ritiro sistematico della patente), miglioramento della viabilità, diminuzione della velocità delle automobili e responsabilizzazione dei genitori in tal senso, rendere l'esame per la patente più efficiente e più utile (meno teoria e più pratica).

Attualmente sta iniziando la 2° fase del progetto: negli Istituti che aderiscono si terrà il corso di formazione degli studenti che hanno dato la loro disponibilità a diventare dei "peer educator", cioè a portare avanti interventi educativi nei confronti della popolazione scolastica del proprio Istituto.

Alla fine del progetto è previsto un convegno per la diffusione dell'iniziativa.

A.S.L. 20 Alessandria**I farmaci non sono ciliegie**

Un progetto di educazione sanitaria nelle scuole relativo alla farmacovigilanza e all'uso corretto dei farmaci

Il Servizio Farmaceutico Territoriale dell'A.S.L. 20 ha promosso, per l'anno 2003 - 2004, un progetto di educazione sanitaria denominato "I farmaci non sono ciliegie", approvato e finanziato dalla Regione Piemonte.

Il suddetto progetto consta di un piano di educazione al farmaco rivolto agli studenti dei primi anni della Scuola Media Superiore, al fine di favorire l'uso consapevole ed appropriato dei farmaci fin dall'adolescenza, in modo tale da creare nelle future generazioni una diversa coscienza verso il "bene" farmaco.

Le Dott.sse Eliana Spinelli e Silvia Pernigotti - personale specializzato del Servizio Farmaceutico Territoriale -, coordinate dalla Dott.ssa Daniela Cantù - Responsabile del Servizio - hanno tenuto un ciclo di tre lezioni per classe presso il Liceo Scientifico, Liceo Classico e Liceo Linguistico G. Peano di Tortona, con i seguenti obiettivi:

- Favorire l'adozione di sani stili di vita ed insegnare ai ragazzi cos'è un farmaco, come averlo, conservarlo, quando scade, come eliminarlo se scaduto
- Evidenziare che la prevenzione alla malattia deve essere attuata mettendo in atto stili di vita corretti, anziché ingerendo medicine
- Spiegare l'importanza del foglietto illustrativo, il significato della farmacovigilanza, sensibilizzando i giovani al problema delle reazioni avverse da segnalare al medico curante o al farmacista
- Evidenziare il ruolo essenziale del medico e del farmacista nell'assunzione dei farmaci, sottolineando i rischi dell'autoprescrizione
- Contrapporsi al consumismo stimolando un'interpretazione critica dei messaggi pubblicitari sui medicinali
- Coinvolgere i giovani studenti in piani di informazione preventiva destinati a tutta la popolazione

Al termine delle lezioni gli alunni, dopo aver compilato un questionario da cui è emersa la loro particolare interesse agli argomenti trattati, dovranno creare uno slogan o disegno relativo alla farmacovigilanza, capace di riassumere gli insegnamenti acquisiti.

Il lavoro migliore, giudicato da una Commissione esaminatrice costituita presso l'A.S.L., verrà premiato con un personal computer. Tutte le Scuole

Medie Superiori di Tortona hanno aderito all'iniziativa, per un totale di circa 340 alunni.

Per ulteriori informazioni:

Dott.ssa Daniela Cantù

Responsabile Servizio Farmaceutico Territoriale - ASL 20, Tel. 0131865357

A.S.L. 21 Casale**Progetto ospedale senza dolore**

Ottanta sono stati i partecipanti del ruolo medico e di quello sanitario, per acquisire una cultura ed una formazione sempre più qualificata per i pazienti.

Si è appena concluso il progetto formativo per il personale dell'Asl 21 coinvolto nel Progetto Ospedale Senza Dolore, che già si pensa ad un altro percorso per l'anno appena iniziato.

A darne notizia è lo stesso responsabile della terapia antalgica dottor Roberto Bellini che, insieme al direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione dottor Francesco Ricagni, ha messo a punto e realizzato, il progetto descritto.

Come si ricorderà nello scorso anno, nei mesi di maggio, ottobre e dicembre, sono stati realizzati tre stage aventi per oggetto il problema del dolore nelle sue diverse angolazioni.

I corsi sono stati molto seguiti e hanno suscitato interesse tra i partecipanti che sono stati ottanta, ripartiti tra personale medico, infermieristico e tecnico del ruolo radiologico.

Anche i docenti sono stati scelti tra il personale medico e non medico appartenente alle varie specialità: questo allo scopo di migliorare l'attuale stato culturale in campo algologico e di elevare le conoscenze specifiche teoriche e pratiche nel campo.

L'iniziativa che si è rilevata positiva, porterà ad una prossima e precoce attuazione di un protocollo di valutazione e trattamento del dolore postoperatorio.

Conferma Bellini: "vi sarà una stretta collaborazione tra le unità operative chirurgiche e quella di anestesia e terapia antalgica. Ciò permetterà di ridurre le complicanze, di comprimere i giorni di degenza e di qualificare le unità operative stesse".

Il progetto che, come detto è stato concepito ed elaborato dal Direttore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, dottor Francesco Ricagni e dallo stesso dottor Roberto Bellini allinea in realtà l'Asl 21 con quella formazione e quel "trend" culturale più avanzato in materia che, tra l'altro, la

legge stessa prevede e regola.
Renato Celeste, Uff. Stampa Asl 21

ASO S. CROCE**Interventi sul cuore in toracosopia**

Presso il reparto di cardiocirurgia dell'Ospedale Santa Croce di Cuneo diretto dal dr. Claudio Grossi è iniziato l'utilizzo della tecnica "Heart Port Access".

Tale sistema consente di eseguire interventi sul cuore con piccole incisioni toraciche con l'ausilio della toracosopia. Con questo termine si definisce un sistema ottico con telecamera che viene inserita all'interno del torace e consente la visione ingrandita del campo operatorio all'interno del cuore. Alla metodica contribuisce in modo efficace la collaborazione con l'anestesista che partecipa attivamente completando, con il monitoraggio pressorio ed ecocardiografico, le informazioni necessarie all'espletamento dell'operazione.

Con tale metodica è possibile lasciare intatto lo scheletro della gabbia toracica, senza tagliare lo sterno o le coste, viene inoltre significativamente ridotta l'estensione delle incisioni cutanee.

La tecnica d'intervento rimane sostanzialmente invariata, mediante l'utilizzo della circolazione extracorporea che è indispensabile in caso d'interventi di questo tipo a cuore aperto.

I vantaggi sono pertanto funzionali, con un più rapido recupero postoperatorio, ed estetici con cicatrici che, nel caso di giovani donne, possono essere facilmente mimetizzate nel solco mammario.

I malati operati hanno avuto un decorso senza complicazioni e alcuni hanno già lasciato il nosocomio.

Questi interventi sono i primi eseguiti in Piemonte e mantengono la qualità delle prestazioni dell'Azienda Santa Croce e Carle e del Dipartimento Cardiovascolare, diretto dal prof. Uslenghi, all'avanguardia tecnica e tecnologica

La diffusione di questa metodica è tuttora abbastanza limitata per la complessità degli interventi cardiaci; tuttavia in alcune patologie, rappresentati soprattutto da malattie della valvola mitralica ed alterazioni congenite del setto interatriale, si sono raggiunti, in gruppi selezionati per le idonee caratteristiche, risultati comparabili quelli ottenibili con la tecnica tradizionale con sternotomia.

Questi interventi sono i primi di un programma che prevede l'impiego di questa tecnica in tutti i casi in cui le condizioni lo renderanno possibile.

Un'esperienza di "peer education" a scuola

Prevenzione dell'A.I.D.S. e delle malattie sessualmente trasmesse

Dati recenti acquisiti dalla rete nazionale di rilevazione dell'Istituto Superiore di Sanità evidenziano una diffusione delle malattie sessualmente trasmesse superiore al 20% nella popolazione al di sotto dei 25 anni. È perciò fondamentale che la scuola dia continuità agli interventi di prevenzione anche nei confronti di queste patologie. Purtroppo, soprattutto negli ultimi anni, gli interventi in tema di educazione alla salute incontrano una diminuzione d'interesse e di partecipazione da parte degli studenti, con il rischio di un mancato o modesto raggiungimento degli obiettivi educativo-formativi.

Non sempre la lezione frontale da parte dei docenti o la conferenza da parte di esperti esterni rappresentano modalità comunicative efficaci a causa dell'episodicità degli interventi, del loro taglio prevalentemente informativo più che formativo, e nell'unidirezionalità della comunicazione "verticale" dagli adulti agli studenti che può veicolare non poche incomprensioni e pone i destinatari in un ruolo prevalentemente passivo e comporta uno scarso coinvolgimento dell'intelligenza emotiva.

La convinzione che l'impiego di metodologie alternative rispetto a quelle tradizionali potesse migliorare la ricaduta degli interventi ha spinto alcuni docenti del nostro Istituto alla ricerca di nuove modalità didattiche. In particolare l'interesse era rivolto all'individuazione di metodologie che integrando l'informazione e la formazione rendessero gli stessi studenti non solo destinatari ma anche attori principali, favorendo sia i processi di *empowerment* che una maggiore continuità dell'intervento. La risposta alla nostra esigenza è stata individuata nell'anno 2000/2001 nella proposta offerta dal C.E.S.E.D.I. della Provincia di Torino, in collaborazione con l'Istituto Analisi delle Dinamiche di Relazione (A.D.R.) e con l'Associazione Dire A.I.D.S., di costituire nel medio e lungo termine un Centro Risorse per la *peer education*.

Attraverso questa metodologia i ragazzi diventano soggetti attivi della conoscenza e della propria formazione, e quindi individui capaci di scelte e comportamenti informati, supportati dai formatori e dagli insegnanti che devono creare le condizioni affinché essi acquisiscano responsabilità ed una capacità progettuale autonoma e possano confrontarsi tra loro e con gli stessi adulti in un processo di arricchimento reciproco.

Dopo un percorso di formazione, che ha coinvolto tre docenti del nostro Istituto, insieme ad altri insegnanti in servizio in diverse scuole medie superiori, abbiamo individuato un nucleo iniziale di una decina di allievi motivati alla *peer education*, e li abbiamo formati sugli aspetti tecnico-scientifici dell'A.I.D.S. e delle M.S.T. mentre gli esperti dell'Istituto A.D.R. hanno curato la formazione sui temi della comunicazione e della relazione, sullo sviluppo dell'autostima, della capacità di parlare in pubblico e di lavorare in gruppo. Il team di lavoro costituito da docenti *tutor* ed esperti ha inoltre predisposto le opportunità affinché gli studenti potessero sperimentarsi nella progettazione di attività di vario genere da proporre ai coetanei nelle rispettive scuole d'appartenenza.

Gli interventi di *peer education* progettati, organizzati e gestiti dai *peer educator* nella propria classe o in altre classi dell'Istituto, e coordinate da noi insegnanti *tutor*, sono state oggetto di monitoraggio e di supervisione in occasione di incontri periodici seminariali con l'équipe allargata costruita dagli esperti e da docenti *tutor* e *peer educator* delle altre scuole coinvolte nel progetto. Questo ci ha consentito di realizzare interventi di valutazione dell'intervento formativo, attraverso il confronto

sugli aspetti di forza ma anche sulle difficoltà emerse nelle varie scuole, e di predisporre gli opportuni correttivi al progetto. Durante gli interventi in classe i nostri *peer educator* hanno somministrato ai coetanei un questionario in ingresso e in uscita, e dalla comparazione delle risposte è emerso un significativo grado di acquisizione delle informazioni, già messo in evidenza dagli stessi *peer* nella comunicazione al XVI Convegno Nazionale "A.I.D.S. e sindromi correlate" organizzato dall'A.N.L.A.I.D.S. a Torino nel mese di Novembre 2002, e recentemente riproposto al Convegno Nazionale sulla *peer education* che si è tenuto recentemente a Verbania nel mese di Ottobre 2003. La valutazione degli atteggiamenti e dei comportamenti, non è altrettanto agevole ed immediata, ma siamo lusingati dal grado di partecipazione e dall'interesse che i compagni hanno dimostrato, non solo durante gli incontri in classe ma anche successivamente, in momenti e sedi informali.

In conclusione, il bilancio ormai triennale conferma la potenzialità innovativa di questo approccio che lo fa risultare una strada privilegiata da percorrere per la costruzione di percorsi di prevenzione primaria nei confronti dell'A.I.D.S. e delle M.S.T. e ci induce alla prosecuzione dell'attività. Nel corrente anno scolastico 2003/2004 daremo corso alla formazione dei *peer educator* di terza generazione ed è nostra intenzione coinvolgere come destinatari dell'intervento non solo classi dell'Istituto, ma anche alcune Scuole Medie, come abbiamo previsto nel Progetto recentemente presentato al Concorso bandito dall'A.N.L.A.I.D.S. nazionale e A.N.L.A.I.D.S. Lombardia, risultando tra gli Istituti vincitori in sede nazionale.

In base al percorso svolto possiamo sostenere che la *peer education* ha i requisiti adatti per produrre salute intesa non solo in senso preventivo nei confronti dell'A.I.D.S. e delle M.S.T., obiettivo primario, ma nelle varie accezioni di benessere in senso fisico, psichico e sociale. Questa metodologia, infatti, valorizzando non solo la dimensione cognitiva ma anche quella affettiva, e veicolando *life skills*, produce un forte coinvolgimento sia dei *peer educator* che dei coetanei destinatari dell'intervento. In entrambi i ruoli gli adolescenti assumono un atteggiamento attivo e protagonista, e accade che si possano liberare potenzialità destinate a rimanere inespresse con un diverso approccio metodologico.

Maria-Vittoria Bossolasco

Docente Referente Commissione Educazione alla Salute I.P.S.I.A. "A. Gobetti Marchesini" - Torino

Disabilità e salute: un nuovo modello OMS

Un importante Seminario organizzato dagli Assessorati alle Politiche Sociali e alla Sanità della Regione Piemonte ha dato inizio ad un piano di formazione integrata degli operatori sanitari e sociali che si svilupperà nel corso di tutto il 2004 e consentirà l'utilizzazione generalizzata dell'ICF, cioè del modello elaborato dall'OMS per sostituire il vecchio strumento di diagnosi delle disabilità, l'ICDM 80.

L'evoluzione del concetto di salute - che questa rivista ha collocato al centro della sua analisi fin dal suo primo numero - ha imposto in questi anni anche un approfondimento del concetto di disabilità, che ha dato luogo ad un approccio culturale del tutto nuovo e originale rispetto ai precedenti. Infatti, la classificazione internazionale ICF contribuisce al superamento della disabilità come categoria a sé, e quindi dei disabili come gruppo sociale a sé stante, in quanto parte dal presup-

⇒ Segue a pag. 16

Anche la Regione Piemonte si è dotata dei LEA

Nell'ultimo giorno del 2003, sul BUR n° 53, veniva pubblicata la D.G.R. n° 51-11389 recante d p c m 29 novembre 2001, allegato 1 punto 1. c. Applicazione livelli Essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria. La Regione Piemonte arriva tra le ultime in Italia a dotarsi dei LEA (livelli essenziali di assistenza); dopo una lunga gestazione costellata da raccolta di firme (35000) da parte di un comitato apposito che vedeva impegnate alcune organizzazioni di volontariato (AVO, SEA, UTIM, LPD; DIAPSI, CSA, AIMA; gruppi di volontariato Vincenziano, società di san Vincenzo De Paoli, con l'adesione del forum per il volontariato e del Forum del forum del terzo settore) al fine di addivenire ad un Tavolo di concertazione con la Giunta Regionale e stabilire i criteri di attuazione dei LEA stessi; dopo un presidio organizzato dallo stesso Comitato davanti alla sede del Consiglio Regionale (21-10-2003); a seguito di una lunga e serrata trattativa che ha visto coinvolti oltre alla Regione Piemonte (Assessorato alla Sanità e Assessorato alle Politiche Sociali e della Famiglia) e al Comitato, pressoché tutta le parti sociali e istituzionali (CGIL - CISL - UIL - Piemonte, FENASCOP, Coordinamento case alloggio HIV, ANCI Piemonte, Federsanità ANCI Piemonte, Lega Autonomie Locali, Consulta Piccoli Comuni, Unione Province Piemontesi, UNCEM), anche in Piemonte si è arrivati alla definizione della normativa di attuazione dei LEA.

La DGR consta di tre allegati:

All.1, che tratta l'Accordo degli indirizzi, linea guida e percorsi per l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sull'area socio sanitaria;

All.A, che fissa "L'articolazione delle cure domiciliari nella fase di lungo-assistenza";

All.B, che stabilisce "L'articolazione dei servizi e degli inter-

⇒ Segue da pag. 15

posto che ogni persona, in qualunque momento della sua vita, può trovarsi in condizioni di salute che, in un ambiente negativo, possono diventare disabilità.

A scampo di equivoci, nello stesso acronimo ICF si parla di classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Il valore di questa impostazione, che è stata definita biopsicosociale, è di facile intuizione: abbiamo di fronte un modello universale, integrativo, interattivo, dal quale possono scaturire orientamenti per l'integrazione scolastica e lavorativa anche in altri paesi, con la conseguente fuoruscita dell'Italia dall'attuale posizione di isolamento, che consente ai nemici dell'inclusione sociale prevista dalla nostra legislazione di porre in essere ostacoli quotidiani sulla strada dell'integrazione. Per fare un esempio, dopo l'introduzione della cultura dell'ICF, a Salamanca gli Assessorati all'Istruzione, agli Affari Sociali e alla salute hanno messo insieme i loro budget per realizzare interventi in modo che i principali aspetti della vita delle persone non rimangano in ombra nel momento in cui si imposta un progetto mirato.

Nei prossimi mesi, dunque, nelle diverse realtà territoriali della nostra regione avrà luogo la formazione sull'ICF degli operatori sanitari e degli operatori sociali. E gli operatori delle scuole?

Certo potranno leggersi per conto proprio i 1490 codici che costituiscono l'ICF, certo potranno organizzarsi una formazione separata, certo potranno cercare "ICF in Italia" sul sito del Ministero del Lavoro e della Politiche Sociali, ma un'occasione di formazione integrata assume di solito un peso e un significato ricchi di potenzialità. Si può rimediare?

Guido Piraccini

venti Socio Sanitari per persone con disabilità".

L'atto regionale conclude l'iter normativo nazionale che parte dal D.Lgs N° 502/92 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale", già modificato e integrato, seguito a distanza dalla L. 328/2000 "Norme per la realizzazione del sistema integrato di intervento e servizi sociali," DPCM del 14/2/2001" Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-assistenziali," dall'Accordo Stato-Regioni dell'agosto dello stesso anno, ed infine dal DPCM 29/11/2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza."

La normativa piemontese arriva quasi ultima rispetto alle altre regioni, ma, forse per questo motivo, avvalendosi cioè dell'esperienza di chi era partito prima, il risultato del documento può ritenersi soddisfacente.

L'applicazione dei LEA in Piemonte si rende necessaria non solo e non tanto per l'adempimento di normative nazionali, ma soprattutto per arrivare a quella interpretazione delle prestazioni e dei servizi in ambito socio sanitario, calate nella realtà territoriale piemontese, di cui da sempre i cittadini ne sentono il bisogno.

Vi è una notevole necessità di chiarezza anche in previsione dei Piani di Zona (che stentano a diventare realtà operative), sulle competenze tra le aziende sanitarie e i comuni e per essi gli enti gestori dei servizi socio assistenziali in relazione a quelle prestazioni di carattere sanitario ma a rilievo sociale, dove non esiste un confine definito tanta è la connessione, per cui il sistema integrato è l'unica soluzione ai problemi del cittadino utente.

L'allegato 1) prevede l'attuazione dei LEA, omogenea su tutto il territorio regionale, per le prestazioni socio sanitarie riguardanti:

- 1) assistenza programmata a domicilio (Cure domiciliari) ad esclusione delle prestazioni rivolte ai soggetti per cui il decreto non prevede compartecipazione alla spesa da parte degli stessi /comune;
- 2) assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale a favore dei disabili;
- 3) assistenza territoriale residenziale a favore delle persone con problemi psichiatrici in strutture a bassa intensità assistenziale;
- 4) assistenza territoriale residenziale nella fase di lungo assistenza a favore di persone affette da HIV;
- 5) assistenza territoriale residenziale a favore di anziani non autosufficienti.

Questo primo impatto dei LEA ha carattere sperimentale della durata di tre anni, durante i quali ci vorrà un continuo monitoraggio da parte del tavolo della concertazione, con le eventuali correzioni lungo il percorso, in modo che alla fine del triennio entrino a regime.

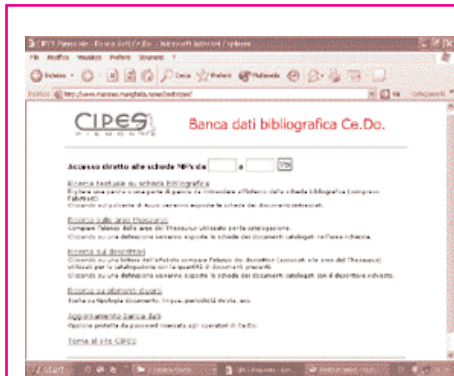
In questa fase di sperimentazione rientra anche la parte economica che è completamente a carico della ASL, per le prestazioni strettamente sanitarie, mentre per quelle socio sanitarie sono per metà a carico della ASL stessa e per l'altra metà a carico dell'utente (se ha un reddito sufficiente) oppure del Comune.

Nell'accordo non mancano comunque alcune necessarie puntualizzazioni da parte del Comitato promotore della raccolta delle firme che possono così essere individuate:

- a) il S S N mantiene la titolarità delle prestazioni per i soggetti affetti da malattie invalidanti e non autosufficienti;
- b) il reddito per la compartecipazione al costo eventuale della prestazione dovrà essere quello dell'utente (e non dei familiari);
- c) sostegno alle famiglie (500 euro al mese??), che si fanno carico di tenere in casa un congiunto gravemente non autosufficiente.

Pertanto le ASL devono incentivare le cure domiciliari come diritto dei cittadini; gli enti locali devono avere le risorse necessarie per garantire gli interventi non solo domiciliari ma anche nei centri diurni assistenziali e nelle strutture residenziali. Il momento della normativa, seppur lungo e sofferto è superato: si tratta ora di esaminare e verificare la pratica attuazione che, probabilmente non avrà minori ostacoli e difficoltà.

Giuseppe Marescotti



Per ulteriori informazioni o per segnalare l'invio di materiali si prega di avvalersi della e.mail cedocipes@cipespiemonte.it

Tommaso Cravero

Quanti intendono arricchire CeDo con il contributo delle proprie esperienze e/o degli enti in cui operano sono pregati di trasmetterci copia dei materiali con la scheda, recuperata dal sito www.cipespiemonte.it, debitamente compilata. Quanti ci trasmetteranno anche il **file del materiale**, anche solo per la parte più significativa, esso sarà allegato al relativo record e quindi accessibile e recuperabile dagli utilizzatori della Banca Dati CeDo.

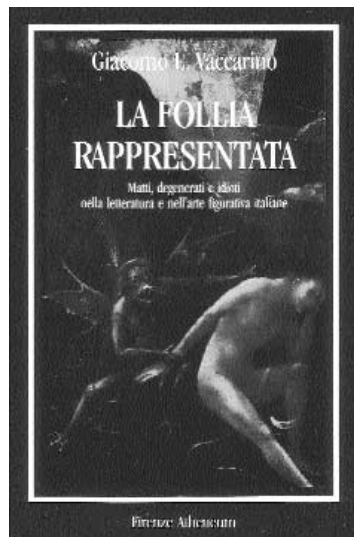


L'Amministrazione Comunale di Grugliasco ha prodotto e diffuso l'opuscolo "TUTTI HANNO DIRITTO ALLE CURE SANITARIE" al fine di fornire alle famiglie con persone affette da malattie croniche e invalidanti tutte le informazioni necessarie per affrontare le difficoltà che sovente incontrano nel far curare i propri famigliari dal Servizio Sanitario.

Non sempre i cittadini conoscono quali sono i loro diritti alle cure sanitarie e non sempre i Servizi forniscono le dovute informazioni sulle leggi vigenti.

Nell'opuscolo vengono riassunte le principali norme sulle quali si basa il diritto alle cure sanitarie, con particolare riferimento ai malati cronici non autosufficienti ed alle persone gravemente disabili.

Inoltre vengono forniti i recapiti dei Difensori Civici e dalle Associazioni di Volontariato a cui è possibile rivolgersi per ottenere tutte le informazioni necessarie sulle procedure da seguire per il rispetto del diritto alle cure sanitarie.



Giacomo L. Vaccarino, LA FOLLIA RAPPRESENTATA. Matti, degenerati e idioti nella letteratura e nell'arte figurativa italiana, Firenze Atheneum 2001, pagine 157. Pubblicato con il contributo della Regione Piemonte e del CISO Piemonte.

Il tema della follia, già molto analizzato in sede storiografica e nell'ambito delle scienze sociali, viene affrontato in quest'opera da una prospettiva diversa è abbastanza originale, quella della produzione letteraria ed artistica ottocentesca. La letteratura e anche la pittura presentano uomini e donne che escono dalle regole morali, sociali e politiche di una società borghese ordinata e benpensante, ai quali vengono contrapposti personaggi ben integrati, laboriosi, moderati, mogli e mariti esemplari, senza grilli per la testa, senza sogni e passioni "esagerate". Arte, scienza e senso comune, rafforzandosi reciprocamente, denunciano in tal modo la completa estraneità della follia, la sua negatività di fronte alla razionalità della società borghese, la sua improduttività di fronte all'etica del lavoro e all'economia del profitto, il disordine arrecato dal pazzo contrapposto all'ordine sociale borghese.

Atti della Regione Piemonte

Proseguiamo la segnalazione di Atti della Regione Piemonte (leggi, Delibere, Determinazioni, ecc...), che a nostro giudizio possono avere un certo interesse per quanti si interessano di Promozione della Salute. Presso la nostra sede sono a disposizione dei soci, delle Associazioni, ecc... I bollettini ufficiali che contengono gli atti citati DGR-17 novembre 2003, n. 79-11035 BU n. 50. approvazione linee d'indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati di intervento in materia di affidamenti famigliari e di adozioni difficili di minori in attuazione della legge 149/2001 "diritto del minore ad una famiglia" (modifica L.184/83) D.D. 8 settembre 2003, n. 303 BU 48 Promozione Salute Piemonte, Istituzione Gruppo di lavoro tecnico scientifico Fumo.Anno 2003 D.P.C.M. 29 novembre 2001, BU n. 53 Allegato 1.c Applicazione livelli Essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria D.G.R. 23 dicembre 2003, n. 64-11402. BU n. 53. Ordinanza del presidente del consiglio dei ministri 20 marzo 2003, n. 3274 ("Primi elementi in materia di criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e di normative tecniche per le costruzioni in zona sismica") Disposizioni attuative dell art. 2 D.G.R. 27 ottobre 2003 n. 13-10773 BU n. 49 Costituzione dell'organismo di coordinamento delle attività sanitarie svolte nell'ambito della città di Torino; modificazioni e integrazioni alla DGR 20-10006 del 21 luglio 2003 D.D. 28 novembre 2003, n. 446. BU n. 2. Promozione della salute. Convenzione MIUR per lo svolgimento di attività di educazione scolastica. Legge Regionale 8 gennaio 2004, n. 1 BU n. 2. Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento. D.G.R. 27 ottobre 2003 n. 12-10772 BU n. 47. Accordo quadro sulla collaborazione istituzionale tra la Regione Piemonte e le Aziende sanitarie Regionali per lo studio e approfondimento delle problematiche sanitarie. D.G.R. 17 novembre 2003, n. 57-11013 BU n. 47 supplemento n. 2. Protocollo di intesa tra Regione Piemonte e Ordine Mauriziano di Torino. Provvedimenti correlati all'autorizzazione dei ministeri Vigilanti sull'Ordine Mauriziano.

“L'amico ritrovato”

Correva l'anno 1947 quando incontrai il timido studente Gigi Resegotti nelle aule austere della Facoltà di Medicina e Chirurgia; non che io fossi meno timorosa di quanto saremmo stati in procinto di affrontare.

Fu una discreta e simpatica frequentazione di studio che alla fine divise le nostre strade: Gigi divenne un valido Ematologo con una cultura internazionale, io un semplice Medico Internista inserito in una struttura sanitaria dove si curavano pazienti affetti da malattie professionali, oltretutto moglie e madre, attività altrettanto gratificante e piena di soddisfazioni.

Ma non solo questa fu l'attività di Gigi, che solo recentemente ho scoperto attraverso il suo delizioso libro “Ricordi di un Ematologo Gourmet”, presentato nel caldo ambiente della CIPES, accompagnato da un simpatico rinfresco preparato dalle sue esperte mani e geniali neuroni! Gradevole e piacevole la lettura del libro del Nostro, in quanto disinvolatamente descrive la sua vita di ricercatore alternata a quella di gourmet: esperto quindi ormai nella scienza medica e nella altrettanto appassionante scienza gastronomica.

Nutrirsi per l'uomo non significa semplicemente mangiare, gusto e piacere del cibo hanno un valore psicologico che lega l'alimentazione agli stati d'animo e allo stile di vita di ciascuno.

Prendendo in prestito un'idea della saggezza popolare “Noi siamo quello che mangiamo”, il cibo diventa energia ma anche pensiero.

Concludo riportando qui uno scritto del grande Pellegrino Artusi, rivolto alla STAMPA dell'epoca (1897), poco incline alla divulgazione, a quei tempi, di Edizioni culinarie: “Dunque anche Lei, perché questo lavoro sa di STUFATO, sdegnava forse di prenderlo in considerazione? Sappia però e lo dico a malincuore che con le tendenze al materialismo e ai godimenti della vita, verrà giorno e non è lontano che saranno maggiormente ricercati e letti gli scritti di questa specie cioè di quelli che recano diletto alla mente e danno pascolo al corpo, a preferenza delle opere, molto più utili all'umanità, dei grandi scienziati!”

Maria Grazia Lunel Zaina



Luigi Resegotti, Ricordi di un ematologo Gourmet, Daniela Piazza editore



Da sinistra: Anna Provana, Ernesto Bodini, Luigi Resegotti, Sante Bajardi

Allegrì e longevi

Disegni, vignette strisce umoristiche in mostra alla Sala Celli

Molto opportunamente Sante Bajardi che conosce bene la gente, ha fatto stampare un opuscolo che verrà inviato a tutti i lettori di Promozione e Salute, in cui sono riportate le vignette che ieri facevano bella mostra di sé tutto intorno alla Sala Celli e che nessuno dei numerosi intervenuti all'inaugurazione della mostra ha degnato di uno sguardo. Ai vernissages, si sa, si va per vedere e per farsi vedere. Vedere non ciò che viene esposto, ma gli ALTRI, e quanto è avvenuto nella Sala Celli non ha fatto eccezione tanto più che gli ALTRI, erano esponenti politici di primo piano che non si sono limitati a portare il saluto “personale e dell'Istituzione che ho l'onore di rappresentare” ma hanno cercato di calarsi nell'atmosfera con commenti spiritosi sulla situazione del momento. La satira e l'ironia sono strumenti di promozione della salute o di lotta politica a seconda di come vengono usati e ognuno li legge dal suo punto di vista. Ma certamente sono un efficace strumento di comunicazione e la scelta della CIPES è sicuramente stata una scelta felice. Castigat ridendo mores, dicevano i romani e pochi più di loro avevano ragione di farlo.

La CIPES non deve castigare i costumi, ma deve aiutare le persone a ritrovare il loro valore anche in mezzo alle difficoltà, perché è questo l'empowerment e deve farsi voce di chi voce non ha, magari con una vignette centrata, perché questa è l'advocacy. Non ha deluso l'attesa Bruno Gamba-rotta sempre spiritoso, mai polemico, attento a promuovere la persona con un sorriso, capace di dare voce alle attese di tutti, anche a quella del buffet, molto apprezzato e gustoso, che ha concluso la riunione.

Claudio Mellana ha condotto la riunione al cui successo hanno contribuito largamente la Presidente Bresso e l'Assessore Lepri. E sono sicuro che la sera molti avranno finalmente visto le vignette di cui si parlava, nella loro poltrona di casa grazie all'opuscolo e le avranno apprezzate.

Luigi Resegotti



Uno sguardo sulla sala



Da sinistra: Enrico Chiara, Mercedes Bresso, Claudio Mellana, Stefano Lepri, Bruno Gamba-rotta

Asterischi di vita

Il nostro consueto "report" sulla promozione della salute e dintorni è questa volta relativamente meno ricco di attività ed iniziative per gli effetti della pausa natalizia e di fine anno; elenchiamo come sempre schematicamente:

- Martedì 25 novembre 2003, presso il SER.MI.G., su iniziativa dell'Associazione di Volontariato per l'Inserimento e la Professionalità degli Handicappati (AVIPH), della Regione Piemonte, dell'I.P.S.S.C.T.S. "C.I. Giulio" si è svolto un convegno regionale dal titolo "Il disabile promotore di progresso sociale: scelte politiche e strategie"; i lavori si sono articolati in tre sessioni: "Disabilità e formazione culturale", "Disabilità e legislazione", "Disabilità e strutture territoriali e socio-sanitarie". L'apertura del convegno è stata caratterizzata dai saluti di Giampiero Leo, Assessore alla cultura della Regione Piemonte, Don Giuseppe Trucco, Vicario Episcopale della città di Torino, Luigi Catalano, Direttore Regionale MIUR, Ernesto Olivero, presidente del Sermig; essendo impossibile riferire le numerose comunicazioni delle tre ricche sessioni di lavoro, sottolineiamo gli interventi di Gianni Oliva, Assessore al Sistema Informativo educativo della Provincia di Torino, di Tiziana Nasi, Presidente regionale FISD (Sport disabili), di Paolo Ferrero, Presidente della Consulta delle persone in difficoltà, di Stefano Lepri, Assessore ai Servizi socio-assistenziali di Torino; importanti esperienze sono state portate dai presidi Piero Nicosia, IPS Boselli, Marco Masuelli del Giulio, che ha anche presieduto la seconda sessione, Laura Vercelli della Scuola media Manzoni e da numerosi Amministratori locali della cintura torinese. Collateralmente al convegno la Rete di Associazioni "Un passo insieme" ha presentato un progetto relativo alla realizzazione di un Centro di formazione di gruppi operativi sulla disabilità e sulle opportunità territoriali per la riabilitazione neuro-motoria.

- Sabato 29 novembre 2003 su iniziativa del Comitato di gestione del Fondo speciale per il Volontariato in Piemonte, unitamente ai nove Centri di servizio provinciali per il Volontariato della nostra regione, si è svolto un convegno su: "Sostegno e promozione del Volontariato: un sistema articolato", in cui si è approfondito il ruolo e l'attività del Comitato e dei Centri di servizio; particolare attenzione è stata dedicata ai servizi, idee e progetti per il Volontariato, ai compiti delle Fondazioni bancarie, ai rapporti Enti locali Volontariato ed alle novità per il Volontariato emergenti dalla nuova legge regionale "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali" (legge applicativa della legge 328 Turco).

- Martedì 2 dicembre 2003, la Polisportiva Marchesa in collaborazione con la CIPES e la SUIISM Torino (Scuola Universitaria Interfacoltà di Scienze Motorie) ha tenuto un convegno su "Gli inconvenienti della terza età: i piccoli e grandi mali del corpo non più giovane"; hanno relazionato Antonella Eskenazi, geriatra e fisiatra dell'Ospedale Maria Adelaide, Rosanna Macchiarulo, medico anestesista specializzato in agopuntura dell'Ospedale Giovanni Bosco, Piero Boscarato, maestro Shiatsu, ha moderato l'incontro Claudio Zignin, docente SUIISM Torino.

- Giovedì 4 dicembre 2003 una rappresentanza della CIPES ha partecipato alla VII Conferenza dei Servizi dell'Asl 4 presieduta dal Direttore Generale Dott. Giulio Fornero.

- Mercoledì 10 dicembre 2003 presso il Centro Congressi Torino Incontra è stato presentato "Il piano dei servizi sociali 2003-2006 della Città di Torino", illustrato da Stefano Lepri, Assessore alla famiglia ed ai servizi sociali di Torino, Michele Paolino, Coordinatore dell'Assemblea dei Presidenti di Circostrizione, Domenico Gallo, Presidente della IV Com-

missione consigliare permanente, Rappresentanti del Terzo Settore e Organizzazioni Sindacali, Dirigenti della Divisione Servizi sociali; sono intervenuti alla presentazione Sergio Chiamparino, Sindaco di Torino, il Vicesindaco Marco Calgareo, Mariangela Cotto, Assessore alle politiche sociali della Regione Piemonte, Maria Pia Brunato, Assessore alla solidarietà sociale della Provincia di Torino.

- Sabato 13 dicembre 2003 l'Associazione Arcobaleno Onlus, che si occupa di problemi connessi alle dipendenze ed emarginazione ha presentato il proprio calendario "via dei matti numero 04". Nella simpatica manifestazione, svoltasi al Basic Village di Torino, sono state esposte le tavole originali del calendario; i partecipanti sono stati allietati da una performance di danza organizzata da Mariachiara Raviola, il tutto si è concluso con aperitivo e caldarroste.

- Mercoledì 17 dicembre 2003 la CIPES ha partecipato alla Conferenza Stampa indetta dalla Provincia di Torino in cui sono state presentate le proprie iniziative nel campo della Sicurezza stradale.

- Giovedì 18 dicembre 2003 presso la Prefettura di Torino, in occasione della presentazione del Rapporto annuale INAIL 2002, sono stati illustrati i dati INAIL relativi al territorio piemontese; tale evento è stato lo spunto per una riflessione sulla sicurezza nel mondo del lavoro e sulla collaborazione tra le Istituzioni interessate.

- Giovedì 8 gennaio 2004 il gruppo torinese di Emergency ha promosso un affollato incontro pubblico al Teatro Nuovo sul tema "Medici di guerra, inviati di Pace" con gli interventi di Gino Strada e Teresa Sarti. La CIPES e il CISO hanno volentieri collaborato alla diffusione della notizia dell'incontro.

- Sabato 24 gennaio 2004, su iniziativa della Comunità Montana Val Pellice unitamente al Centro Coordinamento Volontariato Val Pellice e La Bottega del Possibile, si è svolta una giornata di lavoro sul tema "Costruire insieme un modello di welfare locale: gli strumenti per lo sviluppo del territorio e del sistema de servizi"; i lavori sono stati condotti da Franco Dalla Mura, avvocato amministrativista ed esperto di politiche sociali. Nella seduta mattutina sono stati toccati alcuni temi fondamentali, quali le politiche sociali ed il welfare locale, la sussidiarietà orizzontale nel sistema dei servizi, il ruolo degli Enti locali nel sistema dei servizi e degli interventi sociali. Nella seduta pomeridiana sono stati toccati temi prevalentemente gestionali, quali la distinzione tra i concetti di acquisto, esternalizzazione e sussidiarietà, le normative in tema di gestione dei servizi pubblici locali e le implicazioni nel sociale con particolare riferimento ai Piani di Zona, il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali alla luce della "legge Turco" e della relativa legge regionale applicativa N° 1/2004.

- Lunedì 26 gennaio 2004 il Servizio di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro dell'Asl 1 di Torino ha tenuto un seminario su "Analisi degli accadimenti infortunistici nella città di Torino negli anni 1999, 2000, 2001, 2002". I lavori, articolatisi in numerose e qualificate comunicazioni, sono stati conclusi dal Direttore Regionale Mario Valpreda.

Concluso il nostro excursus cronologico, vogliamo dare la buona notizia che il Centro Psicoanalitico di trattamento dei malesseri contemporanei offre accoglienza ed ascolto a genitori ed educatori, medici, avvocati, operatori sociali, che segnalino un disagio in relazione al mondo dell'infanzia, mediante colloqui clinici, trattamenti psicoterapeutici, gruppi clinici, accoglimento e trattamento per il bambino affinché possa dare voce alla propria storia.

Più dettagliate notizie possono essere ottenute presso il Centro stesso, Via Guastalla 13 bis Torino, tel. 0118170959, 0118158643, e-mail info@cepsi.it.

Beppe Cervetto

Ipab per anziani: una politica di corto respiro

Il 9 gennaio 1995 la Giunta Regionale del Piemonte, con deliberazione n. 41-4233, definì, tra le altre cose, i requisiti, minimi, strutturali e di personale delle RSA e delle RAF e si spinse oltre.

Determinò anche quanto sarebbe stato il rimborso dovuto alle strutture, pubbliche o private, ovvero i costi a carico del SSN e dei cittadini.

Così per una RSA fu prevista una tariffa giornaliera di 150.000 Lire (pari agli odierni € 77,47) di cui Lire 91.000 a carico del SSN e 59.000 di quota a carico dell'assistito.

Per le RAF la tariffa venne determinata in Lire 122.000 al giorno, ovvero € 63,01.

A 9 anni di distanza le tariffe rimborsate non si discostano da quelle cifre pur in presenza di modificazioni significative sia sotto il profilo delle spese correnti sostenute dalle IPAB, sia sotto il profilo della tipologia di ospiti oggi presenti nelle residenze.

Cosa è avvenuto in questi anni?

Innanzitutto la spesa sanitaria nella nostra Regione che sembrava non dover avere freni si è scontrata con la dura realtà dei fatti e dei deficit delle ASL e ASO.

Se una delle modalità di risparmio che le ASL hanno attuato per rientrare dai deficit è stata quella di limitare il numero dei ricoveri di anziani nelle RSA e nelle RAF, l'altra è stata quella di bloccare la tariffa giornaliera a quella definita dalla DGR del 1995.

Eppure da allora il contratto nazionale di lavoro dei dipendenti delle IPAB, ovvero quello stesso dei dipendenti degli Enti Locali, è stato aggiornato per ben 4 volte e se la spesa per il personale incide, mediamente, per il 70% circa della spesa complessiva di ogni ente, si può immaginare quanto ciò abbia già pesato sui costi generali.

Va da sé poi che anche le utenze, i beni e i servizi in questi anni hanno subito rilevanti incrementi.

Si può tranquillamente stimare tra il 20 e il 25% questa maggior spesa complessiva.

Come hanno dunque fatto le IPAB pubbliche in questi anni a sopravvivere?

In parte erodendo, per chi ne disponeva, il patrimonio, in parte procrastinando sempre di più i pagamenti ai fornitori, quindi mascherando il deficit con una sorta di diluizione che non può certamente reggere oltre un certo periodo.

Alcuni hanno intrapreso la strada di subappaltare a cooperative l'assistenza diretta, sia quella infermieristica che quella assistenziale.

Certamente questa ultima scelta assicura un certo risparmio sulla spesa per il personale, in cambio però di una qualità non certo brillante, anzi di una qualità incerta.

La "flessibilità" del personale nel campo della cura alle persone è ormai accertato che riduce drasticamente la soglia della qualità delle prestazioni erogate.

E non perché il personale delle cooperative sia composto da soggetti poco professionalizzati ma perché fruendo di una retribuzione e di diritti normativi molto inferiori a quelli dei dipendenti degli Enti locali, la mobilità tra loro è molto alta.

In una certa misura è quello che accade per quanto riguarda gli infermieri che non hanno interesse a lavorare, neppure come dipendenti, nelle IPAB, in quanto la retribuzione che queste sono in grado di offrire, rispetto agli enti del SSN, è nettamente meno appetibile.

Così nelle case di riposo per anziani, bisogna avere il coraggio di dirlo, l'assistenza infermieristica è ormai pressoché affidata a infermieri di nazionalità non italiana, che spesso

parlano e comprendono con difficoltà l'italiano (proprio con gli anziani!) o a infermieri che lavorano anche 16 ore al giorno, con un livello di attenzione che si rappresenta da solo.

E non vi è chi non comprenda l'importanza di avere personale profondamente motivato a lavorare con gli anziani.

Ma se le IPAB pubbliche sono in difficoltà pur non perseguendo la logica del profitto come fanno le RSA e le RAF private a sopravvivere in un contesto così definito?

È quello che incuriosisce ogni buon amministratore pubblico.

Applicando rigorosamente, e non si vede perché non dovrebbe essere così, le norme esistenti a fronte delle tariffe rimborsate da ASL e cittadini, o Comuni in loro vece, non si capisce come si possa, non dico guadagnare, ma non perdere.

Il dubbio è che gli amministratori pubblici delle IPAB, che vale la pena ricordare non ricevono nessuna indennità per la loro attività, siano considerati amministratori di serie B ai quali non viene in realtà richiesto di amministrare i loro enti ma di traghettarli con un poco di buon senso, oltre alla indispensabile onestà, alla inevitabile estinzione degli enti.

Ma per questo sono più che sufficienti i dirigenti, i responsabili della gestione ai quali non è chiesto di dare risposata alle esigenze della collettività ma di gestire al meglio le risorse esistenti.

Sarebbe dunque importante avere qualche risposta da parte di chi, più bravo di noi, spighi come si possa amministrare oggi come le regole e le tariffe di 9 anni fa.

Sarebbe anche interessante sapere l'esito dei controlli delle commissioni di vigilanza nei confronti delle IPAB pubbliche e nei confronti delle RSA e delle RAF private.

Recenti, clamorosi, avvenimenti hanno fatto parlare chiaramente i mezzi di informazione di "insufficienza" nei controlli sulle strutture private che erogano prestazioni sanitarie.

Comunque è del tutto evidente che siamo ormai giunti all'estremo della politica della lesina. Esauriti o quasi i patrimoni, le IPAB pubbliche dovranno innalzare bandiera bianca e gli amministratori non potranno far altro che consegnare le chiavi dei loro enti ai comuni i quali si dovranno accollare così i loro deficit, passati e futuri.

Sarà la dimostrazione di come si sia perseguita una politica di corto respiro.

Claudio Mellana, Presidente Opera Pia Lotteri

KJ + O.N.L.U.S.

Viviamo meglio la cecità

Ciclo d'incontri con i famigliari dei non vedenti

La KJ + (ONLUS) (Associazione di Volontari che si occupa di sostegno ai disabili visivi) con il Progetto "Viviamo meglio la cecità" ha realizzato un'iniziativa rivolta ai famigliari di persone non vedenti o ipovedenti. Oculisti, Psicologi, Genetisti, Pedagogisti ed altri esperti del settore, nel corso di un ciclo di 6 seminari a partire dal 10 gennaio 2004 incontreranno le famiglie per aiutarle ad affrontare le difficoltà del rapporto. Gli incontri si svolgeranno il sabato con orario 15-18 e saranno conclusi da incontro finale nel mese di giugno 2004.

L'associazione: KJ + (ONLUS) è formata da un gruppo di

⇒ Segue a pag. 21

L'azione volontaria nella comunità solidale

Spesso il rapporto solidaristico, basato sul principio del dono che si istaura tra volontari e persone in difficoltà, tende ad assumere le caratteristiche di una relazione di aiuto e di assistenza. Questa cornice, in qualche modo sostenuta e spesso rafforzata dalla propria organizzazione o dai servizi pubblici con i quali, necessariamente, i volontari si devono rapportare, impedisce all'azione volontaria di uscire dalla logica degli interventi disarticolati ed esclusivamente interpersonali (volontario/persona in difficoltà).

Se, viceversa, l'etica del dono viene intesa come etica della reciprocità e della responsabilità che convive con i diritti di cittadinanza sociale, allora l'azione volontaria acquista una dimensione più ampia ed entra in un'ottica di lavoro di rete che valuta progettualità ed obiettivi, in termini di relazioni e d'impatto sull'insieme della comunità.

E agire in una logica di lavoro di Comunità, significa favorire lo sviluppo di processi di crescita, individuali e collettivi in cui i singoli, i gruppi e le stesse persone in difficoltà, possono più facilmente divenire risorsa per sé e per gli altri.

Partendo da queste premesse e riconoscendo il valore della formazione come spazio indispensabile per conoscere, ricercare, costruire, il Centro di Servizi per il Volontariato, IDEA SOLIDALE, in collaborazione con l'ARCI, propone un percorso di formazione sulla conoscenza e l'uso degli strumenti del lavoro di comunità. L'obiettivo del corso è favorire il passaggio dei soggetti coinvolti a livelli più alti di autonomia e di consapevolezza per costruire, attraverso i comportamenti quotidiani, contesti di vita più "sani" e solidali e ridare un senso alla vita comunitaria.

Il corso, rivolto a volontari del Terzo Settore e a cittadini attivi che operano o prestano il proprio servizio volontario nell'ambito territoriale delle Circoscrizioni 9 e 10 di Torino e nei Comuni di Moncalieri e di Nichelino, si terrà presso il Circolo M. Dravelli di Moncalieri, a partire da sabato 7 Febbraio 2004.

Per le iscrizioni rivolgersi alla Segreteria di IDEA SOLIDALE - CESVOL Corso Novara 64 Torino (h. 9.00 - 17.00).

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla segreteria ARCINA, Via Cernaia 14 Torino, tel. 011/5613113 (h. 15.00 - 19.00); referente progetto: Emanuela Russo.

Maria Signorello

⇒ Segue da pag. 20

volontari che nel 2000 ha deciso di riunirsi in associazione per aiutare il disabile visivo ad integrarsi più facilmente nella società.

Il principale scopo dell'Associazione è quello di sostenere il disabile nella scoperta delle sue qualità, dei suoi talenti, del suo reale potenziale e farlo divenire artefice consapevole della propria vita, agevolandone fin dove è possibile la piena integrazione.

La KJ + ha organizzato, in questi anni un corso di formazione per tutti coloro che intendevano svolgere attività di volontariato in questo campo. Ha inoltre organizzato gite culturali o di puro svago, accompagnamenti individuali e presso un corso di yoga rivolto a non vedenti ed ipovedenti.

Questi ed altri progetti ancora sono stati possibili grazie al contributo delle Istituzioni (Regione, Provincia e Comune) che hanno autorizzato e finanziato le varie iniziative.

Sede operativa: C.so Monte Grappa 42
Tel. 347 0570300 - 335 6608036

NEWS:

Sulla stampa Italiana:

La Sanità Pubblica all'ultimo stadio. Il sistema nazionale è a pezzi, dal letterale decadimento strutturale di strutture obsolete, insane e deprimenti alla mancanza di risorse per un funzionamento minimo dei servizi. Ricerca nulla unico vantaggio ai privati.

L'Italia non manterrà gli impegni di Kyoto: Avremmo dovuto ridurre del 6,5% le emissioni di Gas, invece sono aumentate del 7,3%, nella migliore delle ipotesi, senza peggiorare ulteriormente, nel 2010 produrremo lo stesso tasso di inquinamento del 1990. I paesi ricchi non sono disposti a diminuire i profitti, ma vogliono imporli ai Paesi Poveri. (È follia omicida e suicida). Intanto i ghiacci si sciolgono e il futuro sarà un alternarsi di siccità e alluvioni. (Giustamente ogni causa produce il suo effetto, quindi perché lamentarci?)

L'effetto serra spazzerà via un milione di specie, questa almeno è una delle tante probabilità che gli studiosi stanno valutando, e tutti, comunque, concordano su un punto: il cambiamento del clima globale è di gran lunga la minaccia più seria e urgente che incombe sull'umanità.

OMS: cresce il divario tra nord e sud del mondo in materia di salute. Questo è quanto denuncia l'ultimo rapporto annuale dell'OMS. Una bambina in Giappone ha speranza di vivere fino a 85 anni, in Sierra Leone fino a 36. Il decesso prima dei 5 anni è di 4 per 1000 in Giappone e di 303 per 1000 in Sierra Leone. L'AIDS ha inoltre ridotto di 20 anni la speranza di vita in Africa. L'OMS ritiene urgente procedere alla ricostruzione dei sistemi sanitari.

Più malati i veterani della guerra del Golfo. Questo è quanto ha verificato e pubblicato il British Medical Journal. Sono necessari ulteriori approfondimenti ma, comunque la sindrome del Golfo continua ad essere una malattia vera, anche se sfuggente.

L'influenza quest'anno pare essere più "cattiva" del previsto. Gli USA prevedono il doppio delle vittime e la Francia ha già gli ospedali pieni. Ecco come distinguere da altri malanni di stagione. Secondo l'OMS devono presentarsi contemporaneamente i seguenti sintomi: febbre superiore a 38°, ad esordio brusco, dolori muscolari o articolari, malessere generale, mal di testa, tosse e mal di gola.

AIDS allarme crescente. Aumento di casi sia tra etero che omosessuali, ogni giorno 10 nuovi casi in Italia. Nel nostro Paese sono stati diagnosticati, nel primo semestre 2003, 848 casi. I casi di malattia conclamata dal 1982 al 2003 sono 51.968. I decessi, per lo stesso periodo, sono stati 33.564.

I bambini malati fino a giugno 2003 sono 725. La maggior fonte di contagio sono i rapporti sessuali non protetti.

Un rapporto dell'UNICEF sulla situazione africana denuncia che entro il 2010 saranno 20 milioni gli orfani da HIV.

Renata Simonotti

Dire, fare, donare!..... Attori di solidarietà

L'Associazione "MenteInPace" avvia a Cuneo il progetto formativo per un teatro che sia veicolo di comunicazione tra "mondi diversi", per un obiettivo che è comune a tutti: la solidarietà sociale

IL CONTESTO del PROGETTO

In seguito alla positiva esperienza della "Festa per il Benessere psichico" organizzata dall'Associazione "MenteInPace" a Cuneo nel giugno 2003, imperniata sull'evento teatrale animato dai volontari dell'Associazione, che ha coinvolto positivamente e attivamente numerosi fruitori dei Servizi di Salute Mentale dell'ASL 15 di Cuneo, si è voluto proseguire nel percorso con un progetto teatrale che sta partendo proprio in queste prime settimane del 2004.

Il progetto, che è stato patrocinato dalla CIPES Piemonte ed è stato finanziato con i fondi del Centro di Servizi per il Volontariato "Società Solidale", è stato messo a punto partendo dalla considerazione che l'attività teatrale, in virtù delle sue qualità formative, educative e socializzanti, è risultata centrale e vincente per il raggiungimento dei principali obiettivi dell'Associazione MenteInPace: superamento dello stigma psichiatrico, sensibilizzazione intorno alla sofferenza emozionale, attivazione di una rete che coinvolga l'intero tessuto sociale e (soprattutto) le Associazioni di Volontariato, nell'ottica della formazione di nuovi volontari capaci di relazionarsi proficuamente con le persone psichicamente sofferenti.

Pertanto l'Associazione MenteInPace, volendo utilizzare e valorizzare la risorsa interna costituita dai soci già formati ai linguaggi espressivi del teatro, con il progetto "Dire, Fare, Donare! Attori di solidarietà" ha inteso creare le condizioni affinché anche altre persone (in particolare i propri soci), possano usufruire di un percorso formativo dimostratosi efficace nel favorire le capacità introspettive, socializzanti e relazionali della persona: qualità che sono indispensabili sia per affrontare e gestire il rapporto con la problematicità psichica sia per animare attività ricreative in un'ottica di benessere anche in contesti di disagio.

Va sottolineato che, a tal proposito, l'Associazione MenteInPace ha già coinvolto come suoi volontari alcune persone che soffrono o hanno sofferto emozionalmente: adeguatamente formate, esse costituiscono una risorsa particolarmente preziosa nell'affrontare ed aiutare altri a superare il problema della sofferenza psichica.

Il percorso è iniziato dunque nelle prime settimane di gennaio 2004 e vede coinvolte circa 25 persone: alcune sono operatori dei Servizi di Salute Mentale, altre sono fruitori degli stessi, altre ancora sono volontari, alcuni dei quali già formati (sono quelli individuati all'interno del progetto come animatori e come osservatori ma comunque partecipanti!), altre infine sono persone che affrontano per la prima volta l'esperienza di crescita umana e relazionale attraverso il teatro. Sono questi ultime i principali destinatari del progetto.

Dalle fasi preliminari finora condotte e in base all'esito del primo incontro teatrale, è già emerso quanto il progetto abbia fatto presa sul tessuto sociale cittadino, coinvolgendo numerosi giovani, soprattutto universitari, desiderosi di avvicinarsi all'arte teatrale, che confluiranno nel gruppo volontario dell'Associazione MenteInPace.

Tutto il lavoro è curato da Elena Cometti (ideazione, progett-

azione e conduzione del laboratorio teatrale) e da Pina Gonzalez (conduzione del laboratorio teatrale) con il qualificato apporto dell'Associazione MenteInPace e la collaborazione dei Servizi di Salute Mentale dell'ASL 15 di Cuneo, del CIPES, della Cooperativa Proposta 80 e dell'Associazione culturale e teatrale THEES.

Dalla metà di gennaio alla metà di giugno 2004 è previsto dunque il percorso formativo vero e proprio (fase teorico-pratica). Mentre dalla metà di settembre alla fine di dicembre 2004 avrà luogo la fase di allestimento scenico che darà esito alla rappresentazione teatrale nell'ambito della programmazione annuale dell'Associazione (fase applicativa). Di seguito illustriamo sommariamente la strutturazione del progetto "Dire, Fare, Donare. Attori di Solidarietà"

I DESTINATARI del PROGETTO

Il progetto è destinato a:

- soci dell'Associazione "MenteInPace" (gli utenti e gli operatori dei Servizi di Salute Mentale, le persone che non hanno un rapporto diretto con i Servizi sopra citati ma che già si sono ampiamente coinvolte nella precedente iniziativa dell'Associazione, con particolare attenzione agli studenti della Scuola Secondaria Superiore e dell'Università);
- soci di altre Associazioni che concorrano al raggiungimento delle medesime finalità (per esempio quelli delle Associazioni che hanno collaborato alla "Festa per il Ben - essere psichico": AICE, AVIS, CIPES, DIAPSI, THEES).

GLI OBIETTIVI GENERALI del PROGETTO

In generale si intende mettere in grado i destinatari, attraverso un percorso introspettivo e socializzante, di approfondire e migliorare le proprie capacità relazionali e comunicative nell'ottica di favorire l'incremento della qualità nella pratica dell'attività di volontariato.

Si intende perseguire il raggiungimento di tale obiettivo attraverso:

1. miglioramento della qualità della relazione in un contesto di disagio;
2. acquisizione di competenze per gestire momenti di animazione sociale.

GLI OBIETTIVI SPECIFICI del PROGETTO

Si tratta di obiettivi tesi soprattutto alla acquisizione di competenze di tipo comunicativo:

- effettuare un percorso di autoconoscenza psico-fisica
- favorire l'autoascolto
- imparare ad ascoltare gli altri
- aprirsi alla relazione con "l'altro"
- formare un gruppo
- imparare a esprimersi e a mettersi in gioco in uno spazio protetto
- proporsi come gruppo all'esterno e verificare, attraverso una rappresentazione teatrale nel più ampio contesto sociale, le competenze acquisite
- favorire la collaborazione, il coordinamento e la condivisione di principi fra realtà territoriali, in particolare il mondo scolastico, quello universitario e le associazioni che si occupano delle tematiche affrontate dall'iniziativa proposta
- creare attenzione intorno al disagio psichico
- sviluppare il dibattito inerente la diversità, l'alterità e la differenza
- favorire l'inserimento degli utenti dei servizi, attraverso l'apporto dei volontari, nella realtà sociale circostante
- superare il pregiudizio psichiatrico e incentivare la comunicazione della sofferenza emozionale

I CONTENUTI FORMATIVI del PROGETTO

In considerazione degli obiettivi, questi sono i contenuti su cui si è cominciato a lavorare concretamente e su cui continueranno a lavorare per alcuni mesi le 25 persone coinvolte

nella formazione:

- lavoro sul corpo
- lavoro sulla voce
- acquisizione di maggiore consapevolezza circa le proprie capacità comunicative verbali e non verbali
- potenziamento delle qualità e attitudini personali
- acquisizione di maggiore fiducia in se stessi e sicurezza nei rapporti interpersonali
- sviluppo di capacità organizzative, mnemoniche e percettive
- lavoro sulla concentrazione e sull'attenzione
- accrescimento della consapevolezza di sé
- espressione e riconoscimento delle proprie emozioni
- lavoro sull'ascolto interiore e sull'ascolto degli altri
- espressione personale al fine di superare la paura della propria unicità ed originalità
- accettazione di sé nella propria globalità (fisica, emotiva e mentale)
- dialogo fra identità differenti per arrivare alla reale conoscenza dell'altro
- verifica pragmatica della diversità come norma

LA VALUTAZIONE del PROGETTO

Questi gli strumenti e gli indicatori che saranno utilizzati per valutare il processo ed i risultati del progetto:

- test preliminare e test di gradimento finale
- interviste all'inizio, in itinere e finali;
- schede di osservazione.
- presenze e partecipazione
- n° di volontari partecipanti al corso formativo che si attiveranno in una esperienza di animazione sociale

LE RISORSE ed i LUOGHI per realizzare il PROGETTO

Il percorso formativo vede impegnati 7 operatori di cui 2 con funzioni di conduttori del laboratorio, almeno 2 con funzioni di animatori (personale già formato in precedenti percorsi di cui sopra), 2 con il ruolo di osservatori ed 1 addetto alla segreteria amministrativa.

Le attività formative si svolgono presso strutture comunali (palestra di Via Piave, 4 e Civico Teatro Toselli): l'Associazione ha infatti voluto individuare degli spazi al di fuori dei Servizi di Salute Mentale, che fossero ben inseriti nella realtà sociale cittadina, allo scopo di favorire l'integrazione sociale delle persone emozionalmente sofferenti.

Articolo a cura di: Elena Cometti, Ugo Palomba, Mario Silvestro, Maria Grazia Tomaciello. (recapito dell'Associazione MentelInPace: Cuneo, Viale Angeli n. 21 - 0171/66303)

"Il concetto di un ospedale come promotore di salute non significa che l'ospedale abbia cambiato la sua funzione principale da quella curativa a quella di promuovere la salute, ma che ha incorporato nella propria cultura e nel lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie"
(dott.sa Mila Garcia Barbero).

Nasce l'Associazione "Magau" il volontariato nel campo della cultura

Si è costituita in Cuneo una nuova associazione, che intende operare nell'ambito specifico del volontariato culturale. Ne fanno parte un nutrito gruppo di operatori nel campo della pittura, del teatro, della scultura, della danza, della letteratura, della critica, della fotografia ecc.

L'associazione ha preso simbolicamente il nome di MAGAU da un antico strumento agricolo, capace di scavare nella terra per prepararla alla fertilità.

Magau intende infatti contribuire alla diffusione della cultura nella nostra provincia, suscitando le capacità creative del cittadino. La cultura è intesa da Magau non solo come "sapere", ma anche e soprattutto come capacità di "relazionarsi in modo nuovo con gli altri".

L'associazione desidera essere uno stimolo per migliorare i rapporti dell'individuo con se stesso, quelli del cittadino con la società e con l'ambiente.

Magau esprime uno spirito laico, ma di una laicità orientata verso la solidarietà, l'aiuto reciproco, la comunità e la collaborazione tra gli individui. Vuole essere attenta a cogliere i valori spirituali della nostra epoca per il progresso della comunità.

La porta di Magau è aperta a tutte le persone di buona volontà che hanno desiderio di esprimersi creativamente.

Per informazioni e iscrizioni è possibile fare riferimento a Luciano Jolly presso la sede provvisoria di Magau in via Luigi Negrelli 35 - Cuneo (tel. 0171- 634 573)

8ª Conferenza Nazionale
degli Ospedali
per la Promozione
della Salute

HPH
Health Promotion Hospital

Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari
PROVINCIA AUTONOMA DEL TESSINO

Nuova governance
in una rete
di comunicazione

Riva del Garda
24-25 settembre 2004

www.apss.in.it
www.retehpitalia.it

24



Rete Italiana Città Sane - OMS
Associazione senza scopo di lucro

CONVEGNO NAZIONALE CONOSCENZE PER LA DECISIONE: LA VALUTAZIONE D'IMPATTO DI SALUTE



Organizzazione Mondiale
della Sanità

BOLOGNA, MARTEDÌ 9 MARZO 2004
PALAZZO D'ACCURSIO
CAPPELLA FARNESE, PIAZZA MAGGIORE, 6

- 8.45 Registrazione dei partecipanti
9.15 Saluti autorità
9.45 **Le nuove metodologie di programmazione nel campo della salute pubblica** Giuseppe Cosenza, *Direttore Comune di Bologna*
10.00 Titolo (?) Gabriele Cavazza, *Direttore sanitario, AUSL di Bologna*
10.15 **La Valutazione d'Impatto di Salute (VIS/HIA)** Marco Martuzzi, *Resp. Programma VIS - OMS Roma*
10.30 Coffe Break
11.00 **Il Progetto Città Sane - OMS e la valutazione d'impatto di salute** Fulvia Signani, *Coordinatore Associazione 'Rete Italiana Città Sane - OMS'*
11.15 **Il progetto PHASE OMS e CE** Leah Janss Lafond, *Project Manager, Progetto Phase, OMS Europa*
11.30 **Il significato della VIS/HIA nei Piani per la Salute** Marco Biocca Angelo Stefanini, *Reg. Emilia-Romagna*
11.45 **Come tradurre la VIS/HIA nelle decisioni del governo locale:** Intervengono: Paolo Pascucci, Abramo Guerra, Umberto Parisi, Alberto Caldana, Massimo Maria Molinari, Aldo Bacchiocchi, Maria Teresa

- Fabbi, Sergio Cecotti,
13.00 **Sintesi degli elementi emersi** Gian Paolo Salvioli,
13.30 Lunch

Training di formazione sulla Valutazione d'Impatto di Salute

- 15.00 **Il Manuale per l'applicazione della VIS/HIA del Progetto 'PHASE'**
16.00 Coffe Break
16.15 **Esperienze nel contesto europeo ed italiano**
18.30 Sintesi dei lavori pomeridiani

Mercoledì 10 marzo 2004
Oratorio S.Maria della Vita, Via Clavature, 8
(numero chiuso)

- 9.00 **Un caso di applicazione:** il libro bianco del Welfare della Comunità Europea (momento esperienziale)
12.30 Conclusioni del momento formativo

Modalità d'iscrizione: è richiesto l'invio per fax 051.4293451 o via e-mail: retecittasaneoms@comune.bologna.it entro il 20 febbraio 2004.

La mattina del 10 è momento esperienziale a numero chiuso, verranno privilegiate le iscrizioni di persone rappresentanti o legate a Comuni aderenti all'Associazione Rete Italiana Città Sane - OMS.

CITTÀ SANE: COSTRUIRE LA GOVERNANCE PER LA SALUTE

TERZO MEETING NAZIONALE
POTENZA, 22, 23 APRILE 2004

PROGRAMMA

Gli investimenti per la salute, le politiche dei Comuni, i bisogni dei cittadini

22 aprile 2004

- 9.00 Saluti della Presidenza della Rete, del Responsabile del Progetto Città Sane Europa e di Autorità Nazionali
10.00 Città Sane nella politica della salute
11.00 La salute è un guadagno? (Tavola rotonda)
Pausa pranzo
15.00 I fattori sociali determinano la salute
15.30 Avvio sessioni parallele
- Profili di salute per Piani per la salute
- Fonti informative per la salute (Centri di documentazione, Osservatorio Nazionale)
- Progetti di formazione per Città Sane
- Esempi di progetti su popolazioni estese
- Setting di salute: le Città, le Scuole, gli Ospedali
- Comunicare la salute: nuovi linguaggi per nuovi metodi

- Le buone pratiche: progetti a confronto

- 18.00 Assemblea dell'Associazione

Gli strumenti per la salute

23 aprile 2004

- 9.00 Restituzione in plenaria delle considerazioni delle sessioni
10.00 Pianificazione Urbana e Salute
10.30 Pausa caffè
10.45 La Valutazione d'Impatto di Salute (VIS)
11.15 Un manuale per il Progetto Città Sane
11.45 Dibattito
12.30 Sintesi e conclusioni

Tempi per abstract:

possono inviare abstract soggetti sia iscritti alla Associazione Rete Italiana Città Sane-OMS che no entro il **29 febbraio 2004** a retecittasaneoms@comune.bologna.it con l'indicazione della Sessione nella quale intendono presentare l'esperienza.

La valutazione degli elaborati, inviati conformemente allo schema previsto, avverrà a cura della Coordinatrice e del Comitato Tecnico della Rete