

Promozione Salute

Notiziario del CIPES Piemonte

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

SALUTE: diritto primordiale da garantire

Nel 1978, in un mondo apparentemente globalizzato dalla politica in sede ONU, ai primi passi nell'economia dopo la fine del colonialismo e per nulla nel sociale, la Conferenza di Alma Ata, cogliendo la drammaticità della situazione, chiamava la Comunità mondiale a garantire il bisogno elementare di salute di due terzi del mondo evidenziando alcune necessità elementari: acqua pulita, un minimo di alimenti e l'attenzione sui servizi di base. Qualcosa è stato fatto, ma in molti casi la situazione è più grave di allora. Illuminante è quello che è accaduto in questi giorni a Monterrey alla Conferenza dell'ONU sui finanziamenti per lo sviluppo dei paesi poveri: alle parole non seguono i soldi. La realtà drammatica è che un sesto della popolazione mondiale vive in estrema povertà.

Nel 1986 da Ottawa, dal Canada all'avanguardia nello Stato sociale, veniva l'appello ad affrontare il problema salute in modo nuovo anche nelle realtà più evolute. A ricollegarlo alla globalità delle politiche e non solo alla sanità, pena il sorgere di nuove divaricazioni collegate all'evolversi complessivo di una società non sufficientemente attenta al problema salute in modo prioritario. A Ottawa era nata la Promozione della Salute.

I successivi obiettivi strategici dell'OMS: "Salute per tutti nel XX secolo", rilanciati dall'OMS Europa nel 2000 come "Salute 21", colgono la drammaticità del problema nel momento in cui la internazionalizzazione dei commerci e della produzione portando la competizione al livello mondiale, offuscano la necessità di considerare la salute come il diritto primordiale da garantire a tutti come impone la Carta dei Diritti dell'uomo. Certo diritti ed anche doveri

Siamo diversi gli uni dagli altri e più ancora i meno fortunati geneticamente, ma è la diversità sociale che fa una nuova classifica capace di aggravare le diversità genetiche. La risposta sta in una nuova solidarietà, arricchita da comportamenti individuali responsabili, ma fondati su politiche statali ed internazionali consapevoli della nuova dimensione dei problemi. Non sono cose che cadono dal cielo, che devono essere volute e tenacemente perseguite.

La solidarietà è un bene prezioso. Anche nel nostro come in altri paesi gli strati sociali più deboli si sono dati forza associandosi: le cooperative e mutue nate nell'800 sono le progenitrici di un modo diverso di produrre, più attento al bene salute, e di una solidarietà nuova espressasi poi in Italia nel Servizio Sanitario Nazionale diventato diritto per tutti.

Dalla lettura della Relazione sullo stato di salute in Italia

ed anche in Piemonte, lo abbiamo ricordato nei numeri precedenti, rileviamo il progressivo miglioramento della attesa di vita, ma registriamo però che chi fa un lavoro più pesante, chi ha meno istruzione, chi ha meno strumenti culturali, chi abita in una casa non adeguata, chi ha meno risorse economiche, ...ha anche meno salute. Se la salute è il bene primordiale dobbiamo ridurre queste disuguaglianze sociali assieme agli altri determinanti della salute, di certo gradualmente ma con tenacia e determinazione. Questo in Italia ma anche altrove per quanto ci possa essere possibile favorire. Fare il rovescio o a ciò anteporre altre priorità fa passare dallo stato di diritto allo stato basato sul censo ed il conto in banca e si finisce nella beneficenza e nella carità. Queste ultime anche nobili, ma sono un'altra cosa. Di certo profondamente diversa da quello che ci invita a fare la Organizzazione Mondiale della Sanità e "Salute 21".

Sante Bajardi

1ª Conferenza Regionale HPH "Umanizzazione dei servizi" 19 aprile 2002 - Torino

IL PROGRAMMA
A PAG. 24



La rete HPH

Cresce la Rete HPH italiana: anche la Valle d'Aosta

La Famiglia HPH nazionale si è accresciuta di un altro componente, la Regione Autonoma Valle di Aosta, che si aggiunge alla neonata Rete Trentina: quasi completo così l'arco delle Reti HPH dell'Italia settentrionale, dal Nord Ovest aostano al Nord Est trentino.

Scelta spontanea dettata soprattutto dalla sentita esigenza di inserirsi nel crogiolo culturale ed organizzativo delle Reti HPH regionali, operatori sanitari aostani, sensibilizzati dall'attività del Gruppo del Progetto "Ospedali liberi dal Fumo" della nostra Rete, hanno chiesto di essere inseriti nel lavoro del gruppo ma soprattutto di aderire al Progetto HPH europeo iniziando una collaborazione con la Rete piemontese.

Plaudendo all'iniziativa, a nome del Comitato Tecnico Scientifico HPH piemontese porgo il benvenuto ai nuovi "Promotori di Salute" della vicina Regione, in attesa dell'ufficializzazione dell'evento.

Piero Zaina

10° Conferenza Internazionale degli Ospedali che Promuovono Salute

"Il contributo di HPH al riorientamento dei servizi sanitari: migliorare il guadagno di salute sviluppando la collaborazione e la qualità"

**Bratislava, Slovacchia
15-17 Maggio 2002**

per informazioni:

<http://www.univie.ac.at/hph>
<http://www.arpnet.it/cipes>

Promozione Salute

anno 8, n°2 marzo-aprile-maggio 2002

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

Sede: CIPES Piemonte, Via S. Agostino 20, 10122 TORINO, tel. 011/4310.762 - fax 4310.768 - E-mail cipes@arpnet.it, www.arpnet.it/cipes
Versamenti quote adesione: C/C Postale n.22635106, C/C Cassa di Risparmio di Torino, Ag. 9, n. 1692993, (ABI 06320, CAB 01009) -
Codice Fiscale 97545040012

Redazione: Mirella CALVANO Direttore Responsabile, Sante BAJARDI Direttore, Carla BENA, Barbara CHIESA, Elena COFFANO, Mariella CONTINISIO, Paolo DEL PRETE, Rita FOTI, Anna Rita MERLI,

Segreteria: Domenico MINGRONE

Hanno collaborato a questo numero:

MG. ALBERICO, ASL 16, Sante BAJARDI, Didia BARGNANI, L.BIANCO, Mario BRUSA, Salvo CACCIOLA, Roberto CARDACI, Mario CARZANA, Ce.PSl., Giuseppe CERVETTO, Enrico CHIARA, Mariella CONTINISIO, Gerardantonio COPPOLA, B. DURBANO, Luca GENTILE, P. LA CIURA, Simonetta LINGUA, Suor MARIA GRAZIA, Claudio MELLANA, Massimo MICCOLI, Domenico MINGRONE, Ersilia PALOMBI, Franco PERLA, Michelangelo PETROLO, Bruno PIACENZA, Guido PIRACCINI, Luigi RESEGOTTI, Cristiana ROLLINO, P. RUTA, G. SICILIANO, Maria SIGNORELLO, Renata SIMONOTTI, Pier Carlo SOMMO, I. TALLONE, Maria Grazia TOMACIELLO, Mario VALPREDA, A. VIALE, Piero ZAINA.

Fotografie: Archivio CIPES Piemonte

Stampa: Tipografia Sarnub Srl Via De Gubernatis 21/A Torino, Tel 011.2297935

INVITO AI COLLABORATORI

Le notizie, gli articoli per il prossimo numero devono pervenire entro il **10 maggio 2002**, anche via FAX: 011.4310768, via E-Mail: cipes@arpnet.it (possibilmente in formato Word 6 o 7) su cartelle da 30 righe per 60 battute.

SONO GRADITI FOTO, DISEGNI, GRAFICI.

SOMMARIO

- pag. 1 Salute: il diritto primordiale
- pag. 2 La Valle d'Aosta nella Rete HPH
- pag. 3 Sperimentazione accreditamento PEaS
- pag. 4 Promozione Salute Piemonte
- pag. 5 Trapianti da animali
- pag. 6 Parere sulla proposta Piano S.S. Regionale
- pag. 8 Pensare positivo: i LEA
- pag. 9 "Piano di sgombero"
- pag. 10 Scuola e salute: Progetto A. Frank, UnivoI-CSV, Notizie in breve
- pag. 11 Territori e salute: Alla guida di un processo, Ricerca sulle povertà
- pag. 12-13 Formazione addetti stampa, ASL3, ASL4, ASL8, ASL16, ASO S. Croce
- pag. 14 Sicurezza e lavoro alla ASL 8
- pag. 15 La scuola che promuove salute
- pag. 16 Comitati etici al Mauriziano
- pag. 17 DoRS: Laboratorio valutazione
- pag. 18 NEWS, Direttivo CIPES
- pag. 19 Nominato Comitato Scientifico. Consulta Associazioni
- pag. 20-21 CIPES Cuneo
- pag. 22 CIPES Campania
- pag. 23 CIPES Sicilia
- pag. 24 Conferenza Umanizzazione dei Servizi

Avviato in Piemonte il progetto sperimentale di accreditamento professionale della Promozione e Educazione alla Salute

Lunedì 11 marzo presso il DO.R.S. di Grugliasco, sede del Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte, si è tenuto il primo **Seminario di addestramento all'uso del "Manuale per la valutazione tra pari della qualità dei servizi di promozione e educazione alla salute delle aziende sanitarie"**.

Primo in Italia ad avviare l'iniziativa, come sperimentazione a carattere regionale, il **Piemonte ha aderito con quasi tutte le sue Aziende Sanitarie Locali (18 su 22)** a questo progetto che fa parte del programma operativo dell'**Osservatorio Nazionale per la Promozione della Salute** (Direzione Generale Studi, Documentazione Sanitaria e Comunicazione ai cittadini del Ministero della Salute), e che è coordinato dallo **C.S.E.S.i. dell'Università di Perugia** (Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria interuniversitario). All'incontro hanno inoltre preso parte alcuni visitatori, esterni alla nostra regione, interessati a questa esperienza e provenienti dalla **Liguria** (provincia di Imperia), dalla **Lombardia** (presente con il suo referente regionale per l'educazione sanitaria, Dr.ssa Lucia Scrabbi, oltre che con referenti e operatori delle province di Milano, Brescia, Mantova e Lecco), dalla **provincia autonoma di Trento** (con il dirigente del Servizio di Educazione alla Salute della Azienda provinciale dei Servizi Sanitari, Dr. Enrico Nava), dalla **Toscana** (con il Dirigente dell'U.O. Educazione Sanitaria, Comunicazione e Informazione dell'Azienda USL di Massa e Carrara, Dr. Antonio De Angeli).

Tra i graditi ospiti di questa giornata anche il Dr. Salvatore Russo, dell'Azienda Usl di Palermo, in qualità di esponente della Rete Nazionale dei Valutatori in educazione sanitaria, ma soprattutto come rappresentante del Comitato Scientifico per la sperimentazione del manuale, essendo assente per impegni accademici il Dr. Giancarlo Pocetta dello CSE-Si, coordinatore della Rete dei Valutatori e del Comitato Scientifico stesso.

La sperimentazione di questo **progetto di miglioramento della qualità** è stata promossa, organizzata ed avviata, attraverso la costituzione di un Gruppo di Lavoro regionale, espressione di svariate "anime" di tipo istituzionale, scientifico e culturale, che hanno dato vita ad un impegno ed a una collaborazione tra Aziende Sanitarie Locali del Piemonte e i seguenti soggetti: la **Regione Piemonte** – Direzione 29 Controllo Attività Sanitarie e Ufficio Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria, il **Do.R.S.** – Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, la **C.I.P.E.S.** – Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria - Federazione del Piemonte, e la **S.I.QU.A.S.- V.R.Q.** – Società Italiana Qualità Assistenza Sanitaria.

Veniamo dunque a quelli che sono stati i **temi affrontati** nella prima delle due giornate di lavori in programma. Partendo proprio dal titolo stesso del manuale, che contiene le parole chiave e i pilastri fondamentali di tutta l'architettura del progetto: **qualità**, intesa come un processo di **valutazio-**

ne tra pari, cioè da attuarsi tra professionisti della Promozione e Educazione alla Salute (PEaS), **le attività di PEaS dei servizi**, ovvero l'oggetto della valutazione, e **il manuale**, che è lo strumento attraverso il quale si vuole effettuare la valutazione.

Ma perché fare questa cosa? **Qual è la strategia sottesa ad una iniziativa del genere?**

Su questa parte è intervenuto, nella fase iniziale dei saluti, il Dr. Mario Carzana, Responsabile dell'Ufficio Promozione e Educazione Sanitaria della Regione Piemonte, portandoci il suo messaggio di augurio e di incoraggiamento a proseguire sulla strada intrapresa, nonostante il grande cambiamento in atto sullo scenario delle politiche e degli assetti organizzativi della sanità a livello nazionale e regionale.

Nel suo discorso egli ha sottolineato che a fianco dell'importanza riconosciuta alle strategie di promozione della salute per migliorare benessere e qualità della vita dei cittadini, è determinante la presenza di operatori sanitari con un bagaglio culturale e professionale basato su teorie, strumenti e metodi di intervento di dimostrata **efficacia**, ovvero fondati su basi scientifiche e accreditate in letteratura, e nel contempo capaci di migliorare la propria **efficienza** lavorativa attraverso l'acquisizione di competenze di tipo organizzativo.

Si è quindi entrati nelle parti più tecniche, che hanno articolato la giornata di seminario, attraverso comunicazioni e dibattiti sui seguenti argomenti:

- **La qualità, la sua valutazione e gli strumenti di miglioramento** con il Dr. Domenico Tangolo, presidente regionale della S.I.QU.A.S.- V.R.Q., il quale ha presentato un interessante excursus storico sulla evoluzione del concetto di qualità, fino ad arrivare a considerare la centralità dell'utente/cittadino rispetto alla individuazione dei suoi bisogni (di salute e qualità della vita) ed alla capacità/possibilità di soddisfarli. Sono stati poi forniti alcuni concetti riguardanti gli assi portanti sui quali muoversi e orientarsi per valutare la qualità di un bene o servizio, in questo caso rivolto alla persona. Infine, tra i numerosi stimoli e spunti di riflessione, presentati con estrema capacità di sintesi, chiarezza e profondità di discorso, sono stati indicate le basi su cui fondare un progetto di valutazione tra pari, **condizione, esplicitazione e misurazione** come criteri per procedere sulla strada della valutazione del proprio modo di operare.

- **Qualità e Promozione della salute**, il tema della sintesi presentata con la consueta originalità e incisività dal Dr. Claudio Tortone del DO.R.S.. Come già in precedenza utilizzate dal Dr. Tangolo per calibrare il suo intervento, anche in questo caso il relatore è partito dalle idee e dalle argomentazioni suggerite dai partecipanti al seminario, attraverso la compilazione e l'invio, da parte loro, di una scheda di indagine preliminare sui temi in discussione. E' stato così possibile ricostruire, in maniera efficace e suggestiva, un percorso di avvicinamento a tutte le grandi aree che rappresentano e definiscono la qualità, ovvero quella manageriale, tecnico-professionale e della soddisfazione percepita, contestualizzandole al discorso sulla PeaS. In questo senso il Dr. Tortone ha presentato, per ciascuna di queste dimensioni della qualità, la documentazione disponibile in letteratura per confrontarsi con degli standard di qualità: valga per tutti l'esempio della pubblicazione, curata dalla Regione Europea dell'OMS, "Evaluation in health promotion – principles and perspectives". La conclusione è stata che anche la PeaS può indossare l'abito della qualità e che esistono precise raccomandazioni, a cura di organismi **soprattutto internazionali come lo IUHPE (www.iuphe.org)**, per riuscire a confezionarlo da parte di tutti gli addetti ai lavori.

Al momento della ripresa pomeridiana i partecipanti hanno potuto esprimere a caldo le loro prime impressioni e sono emersi contributi davvero interessanti, specie riguardo al

⇒ Segue da pag. 3

ruolo ed alle funzioni dell'operatore sanitario che si dedica alla PeaS. In sostanza è stato riconosciuto che la Promozione della Salute si gioca fra tanti attori ed essenzialmente fuori dalle mura della sanità, e che al di là delle figure istituzionali e dei diversi settori della società che con le loro decisioni hanno un evidente impatto sulla salute, occorre considerare come prima risorsa, in un'epoca di risorse sempre minori ed in competizione tra loro, proprio i cittadini. Sono loro ad essere chiamati in prima linea, e noi come operatori sanitari dediti alla PEaS siamo i facilitatori, i catalizzatori di questo processo che deve permettere alle persone sempre più di riconoscere i propri bisogni, individuare e se necessario richiedere opportunità e risorse affinché, le persone, possano intraprendere consapevolmente un cammino che le porterà ad aumentare la loro capacità di decidere e agire per soddisfare i loro bisogni e migliorare il loro livello di salute e di benessere.

Se questo è vero allora tra i nostri compiti non può non esserci l'attenzione alla valutazione del nostro operare, al punto che deve diventare una forma mentis che ci accompagna in ogni fase del nostro lavoro quotidiano e non solo nel momento della verifica dei risultati raggiunti. Questo anche perché le attività di PEaS non incidono a breve tempo sui classici indicatori di salute, ma dal momento che le associazioni tra comportamenti, stili di vita e numerose patologie e forme di malessere e disagio delle persone, sono ormai ampiamente dimostrate in letteratura, a noi compete dimostrare l'efficacia ed il conseguimento di obiettivi che riguardano gli aspetti di informazione, comunicazione ed educazione alla salute. A maggior ragione quindi dobbiamo interrogarci su dove stiamo andando e cosa stiamo facendo in ognuna delle fasi che implementano i nostri disegni progettuali e durante tutte le tappe di attuazione dei progetti.

Finalmente, dopo aver sviluppato fin qui il ragionamento, si è passati, nell'ultima parte del seminario, a "prendere in mano" il manuale, lo strumento che dovrebbe guidarci durante tutto questo percorso di autovalutazione. Per illustrare la struttura dei capitoli e dei requisiti, veri e propri items, di cui si compone il manuale e soprattutto per chiarire quali aree del nostro ambito lavorativo il manuale avrebbe esplorato, a partire dall'analisi del CONTESTO in cui si colloca la nostra azienda sanitaria, piuttosto che l'U.O. o il Dipartimento in cui il nostro gruppo di lavoro è collocato, e che riguarda tutti quei fattori che condizionano dall'esterno il funzionamento e la produzione di beni e servizi, perché, legati ai piani sanitari, ai mandati, alle strategie, alla allocazione delle risorse, ecc. è stato presentato il **modello di analisi organizzativa sistemica di R. Vaccani**, tratto dal testo "La Sanità incompiuta".

In breve si è passati ad analizzare la semplificazione (la famosa "caramella") che viene presentata da Vaccani nei riguardi di un qualsivoglia sistema organizzativo, sovrapponendo ad essa i capitoli e le domande specifiche contenute nel manuale.

Ci si è dunque soffermati sulla **parte più statica dell'organizzazione** (molto poco per la verità, come è intuibile stante la difformità e precarietà degli assetti organizzativi presenti attualmente un po' ovunque), definita in genere, nel linguaggio organizzativo, la **STRUTTURA**, e che risponde alle domande CHI FA, COSA, DOVE e CON CHE COSA FA.

Ma soprattutto ci si è concentrati sulla **parte dinamica**, quella dei **MECCANISMI OPERATIVI**, che rispondono soprattutto alle domande COME e QUANDO FA, cioè attraverso quali procedure si arriva poi ad erogare i nostri PRODOTTI FINALI (interventi informativi, formativi, educativi, ecc.).

Infine sono state fornite le indicazioni e le modalità con cui procedere alla autovalutazione delle proprie realtà lavorative e alla restituzione delle schede di analisi al Gruppo di Lavoro regionale. La prossima giornata seminariale, che si

terrà lunedì 25 marzo, consentirà una restituzione delle informazioni su base aggregata e singola per ogni azienda partecipante. Questo consentirà di individuare punti di forza e criticità, diffuse su tutto l'ambito piemontese o specifiche di una data realtà. Sulla base di questa fotografia, che segue ed integra quelle effettuate nello scorso anno, dall'Osservatorio Nazionale sulla promozione della Salute con il 2° questionario Hic sunt (sull'analisi dell'assetto organizzativo dei servizi impegnati in attività di PeaS) e dal Gruppo di Lavoro GOES della CIPES, sarà pertanto possibile interrogarsi e confrontarsi circa l'esistenza di buone pratiche professionali ed organizzative, eventualmente riproducibili in altre realtà aziendali, e al contempo individuare criticità comuni o specifiche che meritano di essere affrontate con un **progetto di miglioramento continuo di qualità**.

Tutto questo lavoro ed i possibili sviluppi successivi consentiranno di raccogliere e fornire ai decisori dei vari livelli, aziendali e regionali, utili informazioni per approntare eventuali piani strategici di sviluppo delle attività di PEaS e formazione degli operatori.

Questo il futuro dunque! Senza contare che questo progetto consentirà di raccogliere critiche e suggerimenti utili per revisionare, in sede di Gruppo di Lavoro nazionale e di Coordinamento Scientifico, proprio il manuale e quindi di migliorarlo.

Per concludere, il progetto non ha lo scopo di promuovere o bocciare nessuno, trattandosi di **accreditamento professionale e non istituzionale**, bensì quello di condividere un percorso, individuare criticità e spazi di miglioramento possibile per un miglioramento continuo della qualità del nostro lavoro, per contribuire a:

- far crescere l'educazione alla salute come disciplina;
- promuovere la salute della popolazione;
- favorire uno sviluppo sostenibile;
- ridurre le disuguaglianze sociali esistenti sulla salute.

Per il gruppo di Lavoro Regionale
Progetto Manuale di autovalutazione
Dr. Mauro Brusa

Promozione Salute Piemonte

Si può dire che Promozione Salute Piemonte, in quanto programma di interventi che sviluppa negli anni azioni di formazione, comunicazione e educazione rivolte ai cittadini e agli operatori della salute, si sia stabilizzato, a 3 anni dal suo avvio, su una quota di interesse e di attese che invita la Regione a proseguire sulla strada intrapresa. La vocazione esplicita di Promozione Salute Piemonte può essere descritta nell'azione per creare reti e alleanze tra soggetti che operano a livello economico, sociale e culturale e non solo sanitario, soggetti che influenzano con le loro attività, la salute dei cittadini; per mettere insieme cioè spaccati di realtà indirizzando l'attenzione verso i problemi di salute.

Come descritto nel volume La Salute in Piemonte 2000, l'obiettivo finale del programma è quello di ottenere nella popolazione del Piemonte, e in particolare nelle fasce svantaggiate, modificazioni apprezzabili dei determinanti delle malattie cardiovascolari e oncologiche legati agli stili di vita. Sono previste, per l'appunto, azioni concertate fra tutti gli attori sociali e l'impiego di strategie individuali, di setting e comunitarie. Fumo, gestione dello stress, attività fisica e alimentazione sono comportamenti sui quali si concentrano le azioni della regione e in particolare una grande attenzione è rivolta alla costruzione di un piano regionale di lotta contro il fumo. Come i lettori hanno avuto modo di constatare, è stato confermato lo slogan ama te stesso: la dimostrazione di gradimento del messaggio ha indotto la regione a non abbandonare uno slogan entrato in circolazione rapidamente e efficacemente.

Numerose sono state nel 2001 le iniziative svolte in regione. La campagna di comunicazione ha utilizzato numerosi mezzi e si è avvalsa dei principali quotidiani e periodici locali del Piemonte. E' stato assicurato un grande impatto visivo dei messaggi mediante il coinvolgimento dei tutti principali mezzi pubblici dei capoluoghi di provincia e in Torino l'attenzione è stata monopolizzata anche da grandi cartelli situati agli incroci dei principali corsi. Stazioni e altre situazioni di rilevante passaggio di pubblico sono state utilizzate per la diffusione di materiali di prevenzione.

Nell'ambito del Piano regionale antifumo, Promozione Salute Piemonte ha diffuso prima regione in Italia a farlo in modo così capillare, i cartelli antifumo che questo giornale ha pubblicato nel numero scorso. Il rapporto di collaborazione con la cooperativa di produttori di latte Abit ha portato sulle tavole delle famiglie piemontesi confezioni di latte con messaggi antifumo mentre tutti gli ipermercati Coop sono stati coinvolti in un'azione di educazione alimentare rivolta ai giovani intitolata "A scuola al supermercato" - impariamo fin da piccoli a mangiare frutta e verdura - con la collaborazione dei Medici Pediatri. Nel 2001 sono anche state poste le basi per il proseguimento dell'azione di formazione rivolta, attraverso i Nuclei Operativi Aziendali, ai Medici di Medicina Generale, con l'obiettivo di perfezionare le capacità dei Medici di Medicina Generale nel praticare un'efficace azione di counselling breve nei confronti dei loro pazienti. I corsi, accreditati in ECM, cominceranno a maggio, si concluderanno entro un mese e mezzo e saranno successivamente trasferiti in ogni ASL.

Promozione Salute Piemonte, proprio perché ha ormai ottenuto una così importante quota di risorse e di attenzione merita la messa a punto di efficaci strumenti di valutazione. Il periodo è particolarmente critico per ciò che riguarda la spesa sanitaria; i cittadini verranno con ogni probabilità chiamati a contribuire alla spesa mentre, d'altro canto, l'entrata in vigore dei Livelli Essenziali di Assistenza farà chiarezza sul ruolo della Sanità Pubblica e sui livelli di spesa possibili. Per questa ragione ogni quota del Fondo Sanitario Regionale che non sia destinata direttamente all'organizzazione di servizi sanitari, deve provare la propria efficacia e la propria indispensabilità nel concorrere al miglioramento, in prospettiva, delle condizioni di salute dei cittadini e del coinvolgimento degli operatori sanitari. Questo, a parere di chi scrive, può essere un tema importante per il 2002.

Mario Carzana

Trapianti da animali donatori: un percorso difficile tra problemi scientifici ed interrogativi etici

Il progressivo affinamento delle tecniche e la disponibilità di presidi farmacologici sempre più efficaci per contenere i rischi del rigetto hanno impresso, negli ultimi anni, un forte impulso ai trapianti d'organo. Ma l'ampliarsi delle disponibilità determinato dai crescenti successi negli interventi ha evidenziato ancor più la carenza di donatori umani di organi e tessuti, con le conseguenti angosciose attese, spesso frustrate, di pazienti in condizioni disperate. Per correggere questa situazione di drammatico squilibrio tra domanda ed offerta si sta lavorando su due fronti: da un lato si promuovono campagne per la donazione, cercando di superare le numerose riserve, anche di ordine culturale, che

ancora si frappongono alle possibilità di espianto tempestivo dai cadaveri, dall'altro intensificando gli studi sugli xenotrapianti. Con questo termine si intende il trasferimento nell'uomo di organi provenienti da specie diverse. Si tratta di una tecnica che i ricercatori stanno esplorando da tempo. Risalgono infatti agli anni '60 i trapianti di organi di babbuini su esseri umani, tutti deceduti per crisi di rigetto acuto. Attualmente, su questo fronte, la ricerca scientifica ha compiuto notevoli progressi ed il rischio immunologico appare più contenuto. Sempre alto è invece il rischio infettivo ed in particolare la possibilità che il paziente che ha subito il trapianto sia aggredito da agenti virali, sconosciuti alla specie umana. Sotto osservazione sono soprattutto retrovirus endogeni porcini (PERVs = Porcine Endogenous Retrovirus), ampiamente diffusi in molte razze suine e già isolati in milza, rene, cuore, polmoni, cellule endoteliali aortiche ed epatociti. Questi patogeni, difficilmente eliminabili dagli allevamenti perché non esistono test diagnostici preventivi, si sono già dimostrati capaci di replicare in vivo, infettando linee cellulari umane. Va poi rilevato che il rigetto e l'immuno soppressione costituiscono potenti stimoli per attivare microrganismi latenti mentre lo xenotrapianto può costituire, di per sé, il punto di partenza di una nuova infezione. Inoltre la migrazione di cellule dal trapianto ad altri organi del ricevente può diffondere infezioni cellulose associate. Un pericolo che viene aggravato dal fatto che le capacità di risposta immunitaria da parte di chi ha ricevuto uno xenotrapianto possono essere sensibilmente inferiori rispetto a chi ha ricevuto un organo da un donatore della sua specie.

Ma, prescindendo dal rischio infettivo, la scienza ha già compiuto notevoli passi in avanti per rendere più compatibili gli organi (cuore, fegato, reni, pancreas) di alcuni animali: i primi suini umanizzati sono già stati ottenuti in laboratori inglesi e la possibilità di creare banche per i trapianti appare ormai un traguardo concretamente realizzabile. Ma a questo punto subentrano numerosi interrogativi etici che, oltre a vedere dure prese di posizione della chiesa e delle associazioni ambientaliste, dividono gli stessi scienziati. Fino a che punto è legittimo manipolare la vita? E' proponibile una visione antropocentrica così esasperata da stravolgere la stessa essenza biologica degli altri viventi? E l'uomo che riceverà gli organi animali quanto diverrà esso stesso animalizzato? Non mancano nemmeno quesiti di ordine più squisitamente fisiologico. Tipo: qual'è la progressione dell'invecchiamento di un organo animale nel corpo umano? Un quesito non da poco visto che, poiché il suino (in testa all'elenco dei potenziali animali donatori) rispetto all'uomo ha una durata di vita notevolmente inferiore, l'organo donato si potrebbe rapidamente usurare. Infine ci sono implicazioni che trascendono la fisiologia e sconfinano nella metafisica medica: l'organismo umano è un semplice contenitore che assembla organi sostituendoli con pezzi analoghi o costituisce un'unità complessa che influenza in modo determinante il funzionamento delle singole parti?

Da questi interrogativi scaturisce evidente la necessità di individuare regole giuridiche che orientino le stesse ricerche prevenendo l'insorgenza di degenerazioni aberranti, senza che troppo insofferenti scienziati denuncino questa indispensabile regolamentazione come inaccettabile attentato alla libertà di ricerca. Dall'altra parte il cammino della scienza non può essere arrestato e le regole adottate per un doveroso controllo sui presupposti etici che devono essere alla base di ogni applicazione scientifica non devono essere condizionate da irrazionali cedimenti all'emotività o alle pressioni ideologiche.

Mario Valpreda

Il parere della Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio Sanitaria della Regione Piemonte sul disegno di legge regionale: "Nuovo ordinamento del Servizio Sanitario: il modello del Piemonte. Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 2002-2004"

Partecipazione delle autonomie locali.

E' noto quanto sia ampio il coinvolgimento delle autonomie locali nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari, socio-sanitari, tanto che i Sindaci sono individuati come garanti della tutela della salute e ancora i Sindaci sono i titolari dei servizi socio-assistenziali che nella nostra Regione sono gestiti tramite i consorzi di Comuni. Inoltre ai sensi della L. 328/2000 e della L.R. 5/2001 è assegnato alle Province il compito di "promozione del coordinamento" dei servizi locali, da realizzare attraverso conferenze con gli Enti gestori e gli altri soggetti coinvolti.

Le istituzioni locali devono essere chiamate pertanto a partecipare alla elaborazione del nuovo ordinamento del servizio sanitario regionale e del piano socio-sanitario, non potendosi limitare ad esprimere parere.

In particolare, occorre rilevare che nel disegno di legge la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale non è chiamata nemmeno ad esprimere parere sui provvedimenti di Giunta Regionale previsti dal disegno di legge e riguardanti:

- le risorse assegnate alle ASR e gli obiettivi che esse debbono conseguire;
- l'individuazione delle ASL e i rispettivi ambiti territoriali;
- la individuazione delle ASL cui sono assegnati i presidi ospedalieri e specialistici (ASI) e i rispettivi ambiti territoriali;
- la individuazione delle ASO e i rispettivi presidi ospedalieri e specialistici;
- l'attuazione del Piano Socio-Sanitario Regionale;
- la classificazione dei presidi ospedalieri;
- la riconversione dei presidi ospedalieri;
- i rapporti tra dipartimenti di prevenzione, province e AR-PA;
- i punti nascita ospedalieri e le strutture organizzative dedicate all'assistenza pediatrica;
- la eventuale individuazione di nuovi presidi ospedalieri;
- le sperimentazioni gestionali di progetti ASR relative alla costituzione di società a capitale misto pubblico - privato ovvero totalmente privato e ad altre forme innovative di gestione;
- l'individuazione delle prestazioni assicurate dalle ASL;
- l'articolazione delle Residenze Sanitarie Assistenziali in due tipologie, specializzate e di base;
- la composizione, l'organizzazione e il funzionamento del Comitato dei Sindaci di distretto;
- lo schema tipo di convenzione con gli enti gestori dei servizi socio-assistenziali per le attività integrate socio-sanitarie;
- la rete integrata dei servizi alla persona ai sensi della L. 328/2000;
- l'ambito territoriale dei "Piani di zona" ai sensi della L.

328/2000;

- la verifica dei risultati dei provvedimenti adottati.

Si ritiene comunque che i provvedimenti sopra richiamati dovrebbero costituire, con le scelte conseguenti, parte integrante del disegno di legge.

La promozione della salute e i piani per la salute

La promozione della salute è semplicemente richiamata tra i principi generali.

Non vi è riferimento specifico agli obiettivi nazionali e regionali specifici definiti dalla OMS per la promozione della salute, quali tra gli altri:

- riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute;
- partecipazione della comunità;
- collaborazione tra autorità sanitarie, autorità locali ed altre istituzioni e figure che possono avere impatto sulla salute;
- priorità alla prevenzione e all'assistenza sanitaria primaria.

Non vi è riferimento a piani per la salute, guidati dagli Enti Locali, con il supporto tecnico delle competenze delle Aziende Sanitarie Regionali e il coinvolgimento di organizzazioni e gruppi, dentro e fuori il Servizio Sanitario Nazionale, finalizzati a:

- miglioramenti del livello di salute e della qualità dei servizi prestati, oltre che della loro efficienza economica;
- modificazione dei fattori sociali, economici ed ambientali responsabili della perdita della salute, attraverso iniziative intersectoriali nei campi di istruzione, occupazione, trasporti, ecc.
- riduzione della disuguaglianza in salute e della esclusione sociale.

Si segnala altresì l'opportunità di una revisione del comma 2 art. 1, escludendo che il diritto alla salute sia strettamente vincolato alla compatibilità economica delle risorse assegnate.

Il nuovo ordinamento

La Giunta Regionale propone un profondo riordino dell'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale piemontese basato sulla separazione dei presidi ospedalieri dalle ASL, salvo casi limitati di Aziende Sanitarie Integrate.

La necessità del nuovo ordinamento non appare motivata, anche perché non è presentato il documento di relazione sulla realizzazione del Piano Sanitario Regionale 1998-2000, sui risultati, sulle questioni aperte, sulle difficoltà.

Le ASL con presidi ospedalieri integrati a garanzia della continuità assistenziale

Nel disegno di legge è proposto l'obiettivo condivisibile della continuità assistenziale tra le attività territoriali ed ospedaliere: la continuità è favorita dalla gestione integrata all'interno della Azienda Sanitaria Locale delle attività di prevenzione e di diagnosi, cura e riabilitazione sia primarie, sia specialistiche nonché dalla rete integrata dei servizi alla persona così come previsto dalla L. 328/2000.

Anche per quanto riguarda il conseguimento di economie, la recente esperienza dimostra aumenti di costo di centinaia di miliardi all'anno in più per i presidi ospedalieri autonomizzati nelle Aziende Ospedaliere, rispetto ai presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali, ove l'integrazione delle attività sanitarie ospedaliere, ambulatoriali e domiciliari (con sviluppo di queste ultime) può consentire rispar-

mi consistenti.

Si propone pertanto il mantenimento delle ASL con presidi ospedalieri integrati (non prevedendo alcuna ASL senza presidi ospedalieri), tenendo conto della positiva esperienza italiana (il S.S.N. italiano è considerato dagli organi di controllo internazionali il più efficace nel trasformare la spesa sanitaria in aumenti di salute e nel raggiungimento di obiettivi di uguaglianza di risposta a tutta la popolazione, oltre che di equità della contribuzione finanziaria), delle attuali tendenze internazionali europee e nord-americane allo sviluppo di prestazioni domiciliari e ambulatoriali, integrate strettamente dal punto di vista gestionale con quelle ospedaliere e dei ricordi negativi relativi al decennio 1968 – 1978, con il crollo del sistema mutualistico, per la crescita dei costi degli ospedali, autonomi negli Enti ospedalieri.

Si conferma comunque la disponibilità al confronto in merito alla revisione, anche quantitativa, degli attuali assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Regionali.

I distretti

E' condiviso l'obiettivo di valorizzare il ruolo del distretto.

A tal fine è necessario che:

- i distretti continuano a esercitare le competenze attuali rispetto alle attività di salute mentale, per la tutela materno-infantile, per le dipendenze, di medicina legale;
- siano esplicitati i criteri di tutela delle aree disperse o montane, in considerazione della particolarità geografica della realtà piemontese;
- sia adeguato in aumento lo standard di posti in residenze sanitarie assistenziali e sia definito lo standard di sviluppo dei servizi domiciliari, con riferimento al quadro demografico e alle patologie croniche;
- sia definito con precisione il ruolo che il distretto deve sviluppare, in rete con gli altri servizi, rispetto ai percorsi di prevenzione e agli obiettivi e ai piani per la salute;
- siano definite le risorse necessarie, per l'autonomia economica e operativa, con criteri generali di programmazione della spesa, non lasciati alla semplice individuazione in sede di programmazione aziendale e distrettuale;
- siano definite con chiarezza le competenze e le responsabilità crescenti cui è chiamato il Comitato dei Sindaci di Distretto nella promozione, nella programmazione, nello sviluppo e nella verifica dei risultati della organizzazione territoriale.

La classificazione e la riconversione dei presidi ospedalieri

Il criterio di classificazione proposto, basato sulla diversa dotazione di specialità mediche e chirurgiche, potrebbe favorire la rincorsa dei presidi per dotarsi di nuove specialità, al fine di conseguire il livello superiore, con risultato di aumento dei costi.

Rispetto a tale criterio, esistono anche problemi individuati dagli Ordini dei Medici, in termine di immagine, di qualificazione e di accreditamento dei professionisti operanti nei presidi con diversa classificazione.

Quanto alla riconversione, innanzitutto è evidente che i criteri proposti devono riguardare in modo identico i presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati.

Poiché la riconversione è fonte di estrema preoccupazione per le comunità locali, è necessario che siano preventivamente predisposti servizi distrettuali adeguati ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini e che siano definiti con precisione:

- le previsioni di evoluzione o contenimento della spesa ospedaliera,
- i criteri guida di raccordo tra rete ospedaliera e attività territoriali,
- i percorsi per l'individuazione e l'organizzazione dei servizi di eccellenza,
- i modelli di riconversione e i parametri che consentono di rimanere nella rete ospedaliera pubblica e privata accreditata, garantendo la qualità dei servizi,
- la specifica funzione dei presidi ospedalieri al servizio di territori montani, considerando collegamenti in rete con ospedali sede di DEA, parametri differenziati, autonomia gestionale, finanziamenti adeguati per le caratteristiche dei presidi e lo sviluppo della qualità delle prestazioni.

Il Piano Socio-Sanitario 2002-2004

Si ritiene che il disegno di legge debba contenere principi, indirizzi e strumenti attuativi della programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale e una chiara esplicitazione degli obiettivi economici, non limitandosi al semplice elenco dei titoli dei progetti obiettivo e delle azioni programmate e al rinvio alla legge di attuazione della legge 328/2000.

Livelli essenziali di assistenza

Con riferimento alla definizione dei livelli di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, semiresidenziale e residenziale e, in particolare, della percentuale di costi a carico dell'utente o del Comune, occorre ridefinire in modo adeguato i fondi regionali destinati al comparto socio-assistenziale per le attività ad integrazione socio-sanitaria e procedere di concerto alla elaborazione di un atto applicativo per la tutela e lo sviluppo del sistema integrato di servizi socio-sanitari.

Abrogazione norme

Con riferimento alla proposta di modificazione di quattro leggi regionali e di abrogazione di cinquantotto leggi regionali, si propone di procedere alla individuazione di norme di salvaguardia, nelle more dell'adozione dei successivi provvedimenti normativi.

Conclusioni

Il Disegno di legge deve consentire un progetto globale di tutela della salute dei piemontesi e livelli di assistenza sanitaria e socio-sanitari, adeguati alle nuove domande espresse dalla comunità piemontese. Il disegno di legge deve inoltre consentire la razionalizzazione dei costi di gestione del Servizio Sanitario Regionale ed essere occasione e volano di un rilancio dell'economia piemontese.

Il disegno di legge deve prevedere conferenze con gli enti locali (comuni, province, comunità montane), con gli enti gestori e con tutti i soggetti coinvolti (terzo settore, volontariato, associazioni, ecc) così come previsto dalle leggi nazionali.

A tal fine, non si può concludere il dibattito, ma occorrono ulteriori ampi approfondimenti, che sinora non ci sono stati.

Tutto ciò premesso, **la Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio-sanitaria della Regione Piemonte chiede di svolgere ulteriori ampi approfondimenti sul disegno di legge e sulle modalità di attuazione e, in caso di non accettazione, dichiara che il parere non è favorevole.**

Pensare positivo

I livelli essenziali assistenziali – una opportunità

Il Decreto Sirchia sui Livelli Essenziali di Assistenza ha sollevato un coro di proteste e una viva preoccupazione fra i Sindaci e i Consorzi Socio-assistenziali perché è vissuto come una manovra che mira a risolvere il problema della spesa sanitaria fuori controllo facendo ricadere i costi sugli utenti e sugli Enti locali che ad essi devono sostituirsi quando l'utente stesso non ha risorse economiche sufficienti a far fronte ai suoi bisogni.

Possibile che un Ministro che per primo ha avuto la sensibilità di cambiare la denominazione del suo dicastero da Sanità a Salute, cogliendo l'indicazione dell'OMS che il dovere è quello di promuovere la salute, benessere fisico, psichico, sociale e spirituale, e non solo quello che si intende per Sanità, prevenzione, diagnosi e cura delle malattie, si disinteressi poi nei fatti di tutto ciò che non è sanitario?

Ogni accadimento può essere visto in ottica negativa o positiva. E' il solito problema del bicchiere mezzo vuoto. Proviamo a pensare positivo.

Il Decreto stabilisce che oltre a svolgere tutte le attività di prevenzione, diagnosi e cura che sono compito istituzionale, il Servizio Sanitario Nazionale e la Aziende Sanitarie che ne sono il braccio operativo, debbano obbligatoriamente intervenire sul piano assistenziale facendosi carico di una quota della spesa di tutte quelle azioni che pur essendo svolte dai Comuni e dai Consorzi Socio-assistenziali con propri operatori mirano a sostenere e rendere efficaci le azioni della Sanità. Riconosce un diritto, non pone un limite. Se vi sono risorse e progetti condivisi si potrà andare oltre.

Quando è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale superando la logica delle mutue che erano fonte di disuguaglianze, si è guardato ad esso come una fonte inesauribile di servizi, tutti e per tutti gratis. Di qui una serie di sprechi senza fine, da farmaci ed esami prescritti oltre ogni necessità, ai ricoveri di comodo e di durata eccessiva, per ricordare solo i principali, ma soprattutto non si è pensato a promuovere la salute, non ci si è resi conto che povertà, emarginazione, stili e ambienti di vita e di lavoro pericolosi erano le cause maggiori di malattia e di disabilità e che su queste occorreva intervenire.

Ma quel che è più grave di tutto ci si è dimenticati del principio della responsabilità individuale. Pensa a tutto lo Stato. Non è vero. Ognuno di noi deve contribuire col suo comportamento e con le sue risorse a costruire il benessere suo e di tutti.

Dalla Dichiarazione di Alma Ata, al Progetto "Salute per tutti nel 21° secolo" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ai più recenti documenti sulle "Prove di efficacia della Promozione della Salute" dello IUHPE vi è stata in questi anni una presa di coscienza di alcuni fatti fondamentali:

- La Salute è un diritto universale dell'uomo
- La promozione della Salute è compito e responsabilità di tutti e ognuno deve svolgere la propria attività nei settori sociali, della produzione, della scuola, della comunicazione in modo tale da promuovere salute
- La promozione della salute ha una efficacia per produrre benessere maggiore di ogni intervento riparatore e ha costi di gran lunga inferiori.

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato visto allora come la messa a disposizione di risorse illimitate per dare risposta a tutti i problemi in qualche modo connessi con la Salute. Ma le risorse non sono illimitate e i compiti non sono così aspecifici. E' giunto il momento del risveglio. Ogni cosa va chiamata col suo nome e deve trovare risposta adeguata da parte di operatori con specifica professionalità e con specifiche risorse economiche ed umane. Ognuno deve assumersi le proprie responsabilità, ma tutti insieme siamo chiamati a dare risposte adeguate ai bisogni di tutti attraverso progetti integrati.

Individuare con chiarezza le competenze, le risorse, le responsabilità può permettere di avviare progetti integrati mirati a costruire benessere sgombrando il campo da sospetti di sfruttamento di una parte sull'altra.

Il cammino di questi anni è stato in questa direzione. Si è passati dalle USSL che avevano competenze sanitarie e sociali e

risorse indistinte per cui di fronte al peso preponderante della spesa sanitaria ben poco restava per il sociale, alla distinzione fra attività sanitarie di competenza di Aziende Sanitarie e Ospedaliere con l'obbligo di produrre servizi efficaci in rapporto ai costi e con budget predeterminati, e attività sociali di competenza dei Comuni che per svolgerle secondo criteri di equità ed economicità si riunivano in Consorzi. Poiché Aziende Sanitarie e Consorzi agiscono sullo stesso territorio e sulle stesse persone con lo stesso obiettivo che è quello di creare benessere è evidente la necessità di una stretta integrazione che non deve essere il ritorno a un modo di agire indistinto, ma deve valorizzare le specificità delle diverse professionalità,

La Legge 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali è stato il passo successivo nel senso del riconoscimento della specificità dell'azione sociale per promuovere la salute e della necessità di creare un fondo nazionale sociale per garantire l'equità e l'efficienza.

E' ovvio che non ci si può fermare a questo punto. L'Istituzione del Fondo Sociale Nazionale è irrinunciabile ed urgente.

Il Decreto sui livelli essenziali di assistenza ha in questo ottica un valore positivo perché fa chiarezza su cosa debba intendersi per attività sanitarie fornite dalle Aziende sanitarie e finanziate dal FSN e cosa debba intendersi per socio-assistenziale senza contenuti sanitari di cui gli utenti e per loro i Comuni e i Consorzi debbono farsi carico. Non è interesse né della persona, né della comunità perpetuare equivoci e far pagare alla Sanità interventi non sanitari fornendo l'alibi per non istituire il Fondo Sociale che è doveroso.

Nell'attesa di questo è corretto analizzare per ogni azione il contenuto sanitario e quello sociale e ripartire la spesa in proporzione del rispettivo peso. Se è scorretto imputare alla Sanità costi per interventi a scarso o nulla significato sanitario, per una malinteso senso di supponenza, del pari è scorretto dimenticarsi che gli interventi socio-assistenziali hanno per il benessere della persona e quindi per la sua salute un peso sempre almeno pari, ma spesso assai maggiore di quelli sanitari propriamente detti.

Se è stato giusto negli anni '60 superare le ineguaglianze legate alle mutue, con la creazione del fondo sanitario nazionale, è certamente giusto oggi superare le ineguaglianze legate alle diverse disponibilità di risorse delle persone e dei Comuni creando un fondo socio-assistenziale, da cui attingere, istruiti dalle esperienze della Sanità, non a piene mani, ma solo per intervenire nei casi in cui le persone e le comunità non sono in grado di farcela da soli.

Ben vengano i livelli essenziali di assistenza se essi sono strumenti di chiarezza e se non sono visti come difesa di interessi di una parte e barriera fra ambiti diversi che devono operare insieme.

Scuola, servizi sociali e servizi sanitari sono i pilastri su cui si regge una società sana. Credo che nessuno possa dubitare del fatto che la scuola, come luogo in cui si riceve l'informazione e si formano gli stili di vita, abbia un significato pari alla Sanità e al Socio-assistenziale per costruire il benessere di tutti. Ma nessuno penserebbe che la scuola debba trarre finanziamenti dal Fondo Sanitario Nazionale. La scuola ha un suo finanziamento statale che non esclude quello privato; del pari il socio-assistenziale deve avere il suo finanziamento statale che non esclude l'obbligazione dei privati.

Pensare positivo vuol dire valorizzare quanto di buono vi è in ogni accadimento, vedere con chiarezza quanto è necessario e agire in modo giusto.

La responsabilità di tutti investe le Aziende sanitarie e i loro operatori, i Comuni e i Consorzi socio-assistenziali e i loro operatori, le singole persone e le loro famiglie. E' ineludibile l'esigenza di normare con chiarezza le responsabilità famigliari per fornire le risorse necessarie con uno strumento quale l'ISEE la cui applicazione è da lungo attesa. Non si può pensare che il Comune, la comunità, debba, per il principio di solidarietà, intervenire per garantire al singolo utente il soddisfacimento dei suoi bisogni quando egli non è in grado di farlo da solo e la famiglia, prima forma di sostegno sociale, sia esonerata dal farlo anche quando sarebbe in condizione di intervenire efficacemente, se non richiesta dall'interessato. Il Comune e i Consorzi debbono sempre intervenire, ma solo dopo che la famiglia abbia risposto nei limiti delle sue risorse ai bisogni del congiunto.

Questo è pensare positivo.

Luigi Resegotti

“Piano di sgombero”

In questi giorni un sottile senso di inquietudine percorre molti pubblici amministratori e molti utenti di servizi ed è stato argomento di grande rilevanza giornalistica. Anche gli operatori, specie del socioassistenziale e tutti coloro che a vario titolo operano sul territorio, si interrogano con una certa preoccupazione su quali ricadute (negative visto che di positive se ne vedono poche) avrà il DPCM Sirchia che istituisce i LEA.

Cerchiamo ora di mettere insieme alcuni argomenti che, almeno a mio modo di vedere, fanno dei LEA un terreno quanto mai vischioso per chiunque operi per la Salute.

a) I livelli non sono più “uniformi” ma “essenziali”. Questo significa che non vige più un criterio di prestazioni efficaci egualmente fruibili da tutti i cittadini del nostro Paese. Tant'è che alle Regioni sono demandati ampi spazi di autonomia nel decidere su cosa è o non è, appunto, essenziale. Di quanti sistemi sanitari si popolerà l'Italia?

b) Prevale un criterio, quello di “essenzialità” che, a sua volta non necessariamente si richiama a quello di efficacia. Cosa sono i livelli essenziali? Per chi lo sono? Da chi sono decisi? Quali sono i criteri su cui si basa questa “essenzialità”? Una risposta compiuta il DCPM non ce la offre, il che ci fa pensare che questa “essenzialità” sia più un concetto economico-politico che realmente scientifico.

c) Se i LEA sono una manovra di “contenimento della spesa” e se questa riuscirà nel suo intento non lo possiamo sapere. Vero è comunque che se dei meccanismi pur criticabili di “compartecipazione” e “responsabilizzazione” alla spesa erano già stati tentati (tickets, note CUF), consentendo dei margini di scelta e basandosi su considerazioni di equità (per reddito o patologia), oggi non vi è più scelta e, quindi, possibilità di responsabilizzazione. Quando si dice che un tipo di fisioterapia è a totale carico non si lasciano margini. Si è insomma sostituito il termine di equità con quello di eguaglianza, ma non alla luce di un'eguaglianza positiva (come quella dei diritti fondamentali di cui tutti devono poter godere) ma di un'eguaglianza del “mal comune mezzo gaudio”.

d) I LEA tendono quindi ad indurre una selezione “dal basso”, selezionando i più poveri che non potranno curarsi allo stesso modo dei più ricchi. Si introduce un criterio di esclusione che apre le porte ad un privato in sostituzione di un sistema pubblico che non soltanto non viene potenziato, ma addirittura sfavorito.

e) Gli aspetti burocratici. Anziché diminuire aumenteranno. Basti l'esempio dei farmaci. Prima vi erano tre fasce (A,B,C) poi ridotte a due (A, C). Ora ve ne saranno quattro (A, B1, B2, C). Anzi, le fasce “B” non si chiameranno più “fasce” ma “allegati” (1 e 2). La differenza è che nelle due fasce “B” si stabiliva un criterio distintivo legato alla diversa “non essenzialità” che a sua volta si traduceva in un diverso sistema di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino (0-20% per la B1, 20-50% per la B2). Gli “allegati 1 e 2”, invece, non fissano dei criteri di spesa percentuali prestabiliti ma un “maggior” o “minor” costo a carico del paziente tutto da definirsi dalle singole regioni. Quindi un'ulteriore possibilità di differenziazione fra regioni ed una fonte di minor chiarezza per tutti.

f) I Comuni e le prestazioni che il sistema sanitario non intende più ricoprire per intero (area di integrazione socio-sanitaria a carico di utente o comune). Appare piuttosto ovvio che i Sindaci non possono che opporsi ad un decreto che “scarica” il servizio sanitario di tutta una serie di prestazioni (diagnostico terapeutiche e socioriabilitative) tipicamente utili ai più svantaggiati (disabili gravi, non autosufficienti, pazienti psichiatrici, etc...) che dovranno in misura diversa provvedere da soli al proprio bisogno di cure specifiche o sperare nelle municipalità (le quali a loro volta dovranno incrementare le loro tasse per reperire i fondi necessari). Traspare un certo “fastidio” verso le cronicità o verso le situazioni più marginali od a rischio di marginalità. Noi non possiamo considerare un servizio sanitario nazionale come “solo per acuti”, come piace invece ai sistemi assicurativi privati. La prevenzione compete alla sanità così come le cronicità o quelle patologie “lievi” che, se non curate adeguatamente, possono dare origine a quadri morbosi senz'altro più gravi. La sanità, inoltre, non può neppure pretendere di correggere il proprio disavanzo rifilandolo all'assistenza. Inoltre è concettualmente sba-

gliato proporre una sanità “che cura” ed un servizio socioassistenziale “che si prende cura”: Una quota di assistenza compete pur sempre anche alla sanità, sin dalle sue origini (che etimologia avrebbe, se no, il termine “ospedale”?) e che significato “di salute” una sanità tutta organicistica? Vi sono prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria, e questo il decreto Bindi lo diceva chiaramente, parlando del Distretto.

Quest'ultima considerazione mi fa concludere che il Prof. Sirchia abbia usato il bisturi del chirurgo più che non il buon senso del vecchio medico di famiglia. La sensibilità del dotto ospedaliero più che non quella di chi sta vicino (anche territorialmente) a chi vive la quotidianità del proprio esistere. È molto più semplice pensare ad un essere umano da trattare “per funzioni” affidandolo in modo brusco a questo o quel servizio a seconda che superi anche solo di un poco un certo (ma perché quello e non un altro) confine. E la dimensione “olistica”? E la nuova sanità che si inchina ad un concetto più integrato di salute? E se vi deve essere un' “essenza” su cui fondare un' “essenzialità” non è forse l'interezza dell'essere umano, i cui vissuti sociali, culturali, ambientali possono divenire eventi sanitari - e viceversa - a dover costituire questa “essenza”?

E, per concludere, un'ultima domanda: perché si continuano a confondere “stato sociale” e “welfare society” con “stato assistenziale”?

Questa confusione sembra prolungarsi anche nelle prime linee di indirizzo a cui il nuovo Piano Sanitario Nazionale pare volersi ispirare. Fissati i 10 obiettivi fondamentali, pur condivisibili sotto il profilo generale, occorre però notare come, andando nei particolari,

a) si vari un PSN 2002-2004 quando è ancora in vigore il Piano-Venonesi (2001-2003) adducendo, quali ragioni della diversità, la devoluzione del sistema (ma il federalismo sanitario era già stato introdotto dai ministri precedenti, semmai tenendo in più conto della necessità di garantire una sostanziale uniformità di prestazioni a tutti) ed il cambiamento della situazione sanitaria (peraltro per nulla mutata dalla Bindi in poi, in quanto le due ragioni che spingerebbero al cambiamento –l'invecchiamento della popolazione e l'innovazione tecnologica- erano già ben presenti nelle intenzioni degli estensori del Patto di Solidarietà per la Salute);

b) si propongano riconversioni azzardate, come il trasferimento di competenze ospedaliere “residenziali” in competenze domiciliari (la chiusura dei piccoli centri ospedalieri potrebbe dare origine, in sostituzione, ad iniziative di ospedalizzazione a domicilio, ma con quale rispetto, ci chiediamo, delle attività domiciliari già operanti quali l'ADI, i cui costi sono di fatto, tra l'altro, più bassi di un sistema di ospedalizzazione domiciliare?);

c) ci si proponga di ridistribuire i “carichi” tra sanitario ed assistenziale dando però l'impressione di voler affidare al sanitario ed all'ospedalità il trattamento dell'acuzie ed al socioassistenziale il trattamento delle cronicità (ma la sanità territoriale, il sistema di cure primarie, dove troverà collocazione, diverrà un fratello sempre più povero del sistema ospedaliero o un'appendice sanitaria del socioassistenziale?);

d) si vengano a moltiplicare gli erogatori, con l'ammissione di soggetti privati (in una sanità pubblica che già usa con ampiezza il privato convenzionato) con quale impatto sulle condizioni di salute dei cittadini nel venire, il privato, a congiungere in una miscela pericolosissima fatta di LEA e “devoluzione” sia fiscale che sanitaria;

e) si indichi una moltiplicazione dei centri di spesa il che causerà una presumibile impennata di costi su chi, dobbiamo chiederlo, andranno a gravare, forse mille servizi privati che verranno a sostituirsi a quello pubblico, ripetendo i fatali errori delle vecchie “mutue” molte delle quali non avevano abbastanza “clienti” per poter garantire dei sufficienti livelli assistenziali ai propri soci?;

f) tutta questa frammentazione che vedrà coinvolte le singole regioni, disparati servizi, vari attori (pubblici, privati no-profit, privati commerciali, volontariato...), diversi utilizzatori, diversificati obiettivi, quale azione concreta di monitoraggio-informazione- controllo-verifica di qualità potrà mai consentire?

E dire che l'obiettivo “qualità” rientra negli intendimenti primari del Ministro. Ma forse si pensa solo a quella tecnologica e strutturale e non , quella ultima, per molti più importante, della Salute e della sua Promozione.

Enrico Chiara

Direzione didattica "Anna Frank" – Torino

Progetto personale e educazione alla salute

Un gruppo di ricercatori e di docenti dell'Università di Ferrara ha pubblicato recentemente un'analisi delle attività di promozione della salute nelle scuole italiane in questa fase (Gramigna, Ingrosso, Spaggiari e Vaira, Salute a scuola tra mutamento organizzativo e nuovi media, in Animazione Sociale n° 12/01).

Gli autori rilevano: primo, l'assenza di un'opzione strutturale in materia di promozione alla salute nei testi ministeriali di riforma della scuola; secondo, l'incorporazione "cerimoniale" di riferimenti alla salute nei testi elaborati dalle scuole, come ad esempio nei piani dell'offerta formativa, e addirittura in numerosi accordi di programma con ASL, Comuni e Associazioni; terzo, l'assenza di una cultura e di una sensibilità da parte della maggioranza dei capi d'istituto e dei docenti su tale aspetto della vita personale e sociale. Su quest'ultimo problema gli autori rinviano alla seconda ricerca IARD sul mondo della scuola (G. Cavalli, Gli insegnanti nella scuola che cambia, il Mulino, Bologna 2000).

Alla luce di una situazione "inerziale" di questo tipo, acquistano spessore ulteriore le esperienze in atto, in cui singoli insegnanti cercano di costruire stili di vita sani, innanzi tutto come progetto personale, e in secondo luogo come progetto culturale e educativo. Marco Ingrosso, docente di sociologia dell'educazione, insiste particolarmente sulla relazione tra progetto personale del docente e progetto educativo.

Richiamando l'Health promotion glossary dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Ingrosso ricorda che per educazione alla salute non si può che intendere un processo orientato non soltanto a dare informazioni, "ma piuttosto a fornire sostegno alle motivazioni degli studenti, allo sviluppo delle loro capacità all'acquisizione di una fiducia in se stessi adeguata ad assumere decisioni rispetto alle scelte di salute".

In altri termini, soltanto un adulto che si è misurato e si misura costantemente con il proprio progetto personale può creare situazioni in cui il soggetto in formazione sviluppa "un set adeguato di abitudini, capacità di scelta, apprendimenti ad apprendere che gli permettano di sviluppare comportamenti positivi ed efficaci rispetto alle domande e alle sfide della vita quotidiana".

Per contro, un adulto che non si pone come persona che ripensa i propri percorsi, che non problemizza, che non consente a se stesso e ai suoi allievi "differenti modalità di approccio ai paradigmi della conoscenza", si colloca oggettivamente dentro alla dimensione del disagio, del malessere, del disequilibrio, anche se si occupa di tematiche proprie dell'educazione alla salute.

Guido Piraccini

UNIVOL - CSV mette in scena la rete. Protagonisti gli studenti

Ormai è sperimentato: la rete può funzionare, pur nella complessità del quadro di riferimento.

Passare dall'appartenenza alla condivisione è un salto qualitativo, sia dal punto di vista individuale che collettivo, in quanto l'adozione di comportamenti ed atteggiamenti cooperativi ha come conseguenza flussi comunicativi consistenti e carichi di significati che travalicano l'agire quotidiano.

Ne sono convinti i soggetti partner pubblici e privati - UNIVOL - CSV e associazionismo, ANPAS, CIPES, CITS, COOP, Amministrazioni Comunali, Aziende Sanitarie, Consorzi socio-assistenziali - che, in una logica di network, han-

no concorso a costruire, ognuno con le proprie competenze specifiche e in stretta collaborazione con la scuola, percorsi modulari nei quali obiettivi strategici di salute vanno a coniugarsi con scelte valoriali, saperi e conoscenze con sentimenti ed emozioni, in un'ottica di apertura dalla scuola, "luogo chiuso" alla "scuola aperta" del territorio.

L'obiettivo è intrecciare in un'unica cornice operativa, informazione, formazione, impegno sociale concreto, per favorire l'acquisizione della identità personale e promuovere stili di vita sani, essendo salute e malattia, agio e disagio, fatti individuali ed insieme collettivi, poiché si determinano e si inseriscono nel contesto sociale di appartenenza.

Il 22 Maggio prossimo, dalle h. 9.00 alle h. 12.30, nell'aula magna dell'I.T.I. "Levi" di Torino, le parole racconteranno la "rete" nei fatti. Studenti di diverse scuole presenteranno alcune delle esperienze realizzate sia nelle classi, con il concorso di uno o più soggetti della rete, sia sul territorio, nei più svariati ambiti del sociale, con il supporto dei soggetti istituzionali.

Più specificatamente,

- Gli alunni dell'Istituto Comprensivo "Caffaro" di Bricherasio presenteranno alcuni dei giochi, desunti dall'immaginario delle leggende locali e dei racconti dei nonni, raccolti insieme agli insegnanti, con la collaborazione dell'Auser di Luserna San Giovanni, del Centro Anziani di Bricherasio, della Compagnia Teatro del Canto di Torino e dell'Amministrazione Comunale.

- Gli alunni della Scuola Media "Manzoni" di Nichelino ci racconteranno la loro partecipazione alle trasmissioni radiofoniche su R.N.C., curate dal Consorzio Intercomunale Torino Sud ed incentrate sulle tematiche ambientali, trasmissioni cui hanno partecipato anche ANPAS e COOP, laddove la presentazione esauriente di una tematica richiedeva l'approfondimento di più aspetti, in una logica di complementarietà.

- Gli studenti dell'I.T.C. "Rotterdam" di Nichelino ci racconteranno la loro esperienza di "pony della solidarietà", a supporto di anziani e/o persone bisognose, sviluppata in collaborazione con l'Auser di Nichelino e con il Consorzio Socio Assistenziale locale.

- Un altro gruppo di studenti ci parlerà della loro scelta di aiutare, mediante corsi di recupero in varie discipline, alunni delle scuole medie inferiori in difficoltà, creando ponti e rapporti umani tra scuole di diverso ordine e grado e dello stesso ambito territoriale.

- Altri ancora presenteranno il loro impegno sul territorio a favore di una convivenza multietnica pacifica oppure lo sforzo di indossare la maschera di "clown" per portare il sorriso e l'allegria dove c'è sofferenza e disagio, sempre in stretto rapporto con associazionismo e istituzioni pubbliche.

Lavorare in questi termini è complesso e richiede un grosso sforzo organizzativo ma rappresenta, a nostro avviso, la prima tappa di un viaggio che ha come approdo finale la comprensione dei territori e degli ambiti nei quali si potrebbero attivare altre politiche di rete, per creare realmente contesti di vita "sani" dal punto di vista fisico e relazionale.

Maria Signorello

Notizie in breve

Autismo

L'ASL 16 Mondovì - Ceva ha organizzato un'importante conferenza nazionale sul tema "Servizi per l'autismo - Supporti alle famiglie - Scuola - Tempo libero".

Nella elegante cornice del Teatro Baretto di Mondovì le tematiche in programma sono state affrontate il 6-7 marzo dai più importanti esperti del nostro paese sull'autismo, con la parteci-

Alla guida di un processo

Nel corso di tutti gli anni del dopoguerra l'Italia ha vissuto un periodo che, seppur non privo di contraddizioni, ha tuttavia permesso ai suoi cittadini di crescere in cultura, reddito, quantità e qualità di vita. In una parola, in Salute.

Le conquiste sociali della seconda metà del '900 ci avevano ormai abituato a vivere nella sicurezza, resi tranquilli da un sistema di garanzie che pareva così consolidato da sembrarci divenuto ormai indistruttibile.

I tempi di oggi sembrano però animarsi di nuove tensioni (o rianimarsi di antiche) che di giorno in giorno vedono sempre più coinvolti coloro che soprattutto in quelle garanzie potevano sperare di trovare risposta ai propri bisogni, i meno favoriti, i protagonisti in negativo di perduranti diseguità che in quel sistema solidaristico ed universalistico potevano sentirsi comunque inclusi, partecipi, in una parola, titolari di una cittadinanza attiva e consapevole.

È in corso un nuovo processo, si stanno affermando nuove logiche e nuove parole. Deregulation non significa solo decentramento. E neppure solo deburocratizzazione. Significa anche e soprattutto deregolamentazione che, se condotta ai suoi termini estremi, può giungere a ridursi alle regole più elementari della sopravvivenza biologica, al trionfo della selezione contro l'integrazione.

Noi che ci occupiamo di Salute non possiamo sentirci indifferenti, non possiamo "chiamarci fuori" da un impegno che deve essere ancora più forte e tempestivo.

Questa piccola "rubrica" di Promozione Salute può essere

⇒ Segue da pag. 10

pazione di alcune centinaia di famiglie, operatori della sanità e della scuola. Il Servizio di NPI dell'ASL 16, diretto dal dott. Franco Fioretto è diventato in questi anni un importante punto di riferimento per il trattamento delle patologie dello spettro autistico, in collegamento con i principali centri italiani ed europei impegnati in questo campo. Il dott. Giuseppe Maurizio Arduino, dell'U.O.A. di Psicologia della stessa ASL, in collaborazione con l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte, ha anche curato la realizzazione di un sito internet di fondamentale importanza per rispondere ai bisogni di informazione e formazione sull'autismo: www.alihandicap.org/ali

Nel prossimo numero del Notiziario entreranno nel merito degli importanti contributi forniti alla Conferenza Nazionale di Mondovì da Michele Zappella (Azienda Ospedaliera Senese), Franco Nardocci (ASL Rimini), Paola Visconti e Roberta Truzzi (Ospedale Maggiore di Bologna), Dante Besana (Ospedale Infantile di Alessandria) e da altri relatori.

Lotta al tabagismo precoce

Nel quadro delle iniziative concordate tra Direzione Regionale del MIUR e CIPES-Piemonte per azioni educative in alcuni istituti comprensivi pilota per contenere il fenomeno del tabagismo precoce, il 15 marzo ha avuto luogo presso il Centro Servizi Amministrativi di Cuneo la prima riunione di lavoro. Alla presenza dei dirigenti dell'ex Provveditorato, delle Scuole, del Comune di Cuneo, dell'ASL, del Movimento Consumatori e della CIPES, si sono tracciate le linee delle azioni future, che si svilupperanno muovendo da importanti esperienze locali di collaborazione proprio sul campo della dissuasione all'uso del tabacco.

Ancora una volta, il lavoro integrato della prof.ssa Muscolo del CSA e della dott.ssa Tomaciello dell'ASL 15 nonché essenziale punto di riferimento della CIPES in provincia di Cuneo, ha creato le premesse di un'azione importante nel campo della promozione della salute nelle scuole.

un segno ed un luogo.

Un segno per chi lavora nei servizi sociali ed assistenziali, per chi opera nella scuola, nella sanità, nei servizi di prevenzione, per chi vive l'ambiente come un problema di tutti, per chi è più vicino ai Cittadini là dove si divertono, dove lavorano, dove imparano, dove crescono. Città Sane è un progetto in cammino. Una nuova Circostrizione ha aderito alla CIPES. Altre iniziative stanno lentamente maturando.

Ma questo non basta.

Territori e Salute deve poter divenire soprattutto un luogo della CIPES, un momento di socializzazione e partecipazione, deve poter aggregare intelligenze e capacità che vogliono confrontarsi e lavorare insieme per continuare a sostenere la solidarietà come valore essenziale di ogni vivere civile e la partecipazione come sostegno di ogni libertà.

Stiamo formando il gruppo di lavoro. Chi volesse offrire un proprio contributo di collaborazione lo potrà segnalare sull'e-mail della CIPES o direttamente alla mia (hchiara@tin.it) o telefonarmi al 335-7158894.

Enrico Chiara

Riceviamo e volentieri pubblichiamo

Ricerca sulle povertà "non conclamate", "nuove" ed "estreme" nella Provincia di Torino

Per incrementare la conoscenza dei fenomeni sociali che interessano il territorio e realizzare, nell'ambito degli obiettivi strategici del piano nazionale degli interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003, interventi mirati al contrasto ed alla prevenzione della povertà, è stata avviata, negli ultimi mesi del 2001 una ricerca sulle povertà "non conclamate" "nuove" ed "estreme" a cura dell'Assessorato alla Solidarietà Sociale, Politiche Giovanili e Sanità della Provincia di Torino.

Nell'ottica di coniugare la ricerca con gli interventi, gli elementi di conoscenza che emergeranno saranno finalizzati ad ottimizzare gli interventi già in atto e dotare di ulteriori strumenti gli enti gestori per programmare e sostenere con concrete opportunità di miglioramento della vita soggetti deboli che vivono questa condizione di disagio.

La ricerca si prefigura come analisi "pilota" di tipo qualitativo. Pertanto, la ricerca costruirà una morfologia sociale dei "nuovi poveri" e dei "poveri estremi" presenti nel territorio considerato utilizzando una duplice modalità di osservazione: quella oggettiva di studiosi, esperti, "addetti ai lavori", testimoni privilegiati, interpellati mediante intervista in profondità, e quella soggettiva delle persone che vivono la condizione di poveri "nuovi" od "estremi", che verranno interpellati mediante un questionario strutturato.

Inoltre si indagheranno anche le "povertà non conclamate", che si manifestano in occasione d'interventi critici particolari che conducono le persone od intere famiglie al di sotto della soglia di povertà.

Le aree territoriali considerate sono quelle di pertinenza dei Consorzi di Chieri, Ivrea, Susa, Chivasso, Moncalieri, Nichelino, Pinerolo, Orbassano e Collegno-Grugliasco e la Comunità Montana Valli Chisone e Germanasca.

Roberto Cardaci

A.S.L. 3 - Torino**Web dedicato ai malati di Alzheimer**

Un sito dedicato ai malati di Alzheimer (circa 500 mila in Italia secondo stime del Ministero della Sanità), ai loro familiari e a quanti operano nell'assistenza di questi pazienti. Attivo dal 1° marzo all'indirizzo www.cda-asl3.it, il sito fa riferimento alle attività del Centro Diurno Alzheimer dell'ASL 3 in via Valgioie 39 (uno dei tre centri attualmente esistenti a Torino e unico in Italia a potersi fregiare della certificazione Iso 9002) ed è stato realizzato dalla Re.S.A., la Rete servizi anziani dell'ASL 3 diretta dal dott. Sergio Cabodi, grazie ad un finanziamento dell'Assessorato regionale alla Sanità che ha patrocinato il progetto. Obiettivo primario dell'iniziativa è costituire un punto di riferimento per i Centri Diurni Alzheimer che operano in Italia ospitando gli interventi, costruendo un data base con indirizzi e caratteristiche e offrendo un'occasione per mettere a confronto diverse esperienze. Contemporaneamente il sito si propone di raggiungere e informare i familiari delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer, fornendo informazioni riguardo al Centro Diurno dell'ASL 3 (con l'ausilio di immagini, piantine, indicazione dei mezzi pubblici per raggiungerlo), ma anche offrendo attraverso un "forum utente" uno spazio per contattare rapidamente gli operatori sanitari, conoscere le strutture specifiche esistenti, scoprire le procedure di accesso ai centri e le loro attività, le iniziative riguardanti il sostegno psicologico, i progetti per un aiuto concreto.

Ufficio Stampa A.S.L. 3 - Pier Carlo SOMMO, Piera MARCARINO

A.S.L. 4 - Torino**Congresso su embolia colessterinica**

L'ateromobismo colessterinico si sviluppa con il distacco di materiale colessterinico da placche aterosclerotiche. Tale materiale raggiunge, attraverso il circolo, organi diversi, occludendo vasi di piccolo diametro e determinando una reazione infiammatoria. Su questo tema la **Divisione di Nefrologia dell'Ospedale San Giovanni Bosco (Direttore Dr. Francesco Quarello)** ha organizzato un congresso che si terrà al

Centro Congressi "Torino Incontra" il **16 Aprile 2002**, dove specialisti in neurologia, chirurgia vascolare, cardiologia, pneumologia, angiologia, nefrologia presenteranno la loro esperienza clinica e discuteranno le diverse manifestazioni cliniche. Gli studi epidemiologici evidenziano che le malattie cardiovascolari rappresentano la maggior causa di mortalità e morbilità nella popolazione generale del mondo occidentale. Le patologie che possono determinare un danno cardiovascolare e i fattori favorevoli sono molteplici: diabete, ipertensione, obesità, dislipemia, insufficienza renale, fattori genetici, fumo, iperomocisteinemia. L'embolia colessterinica rappresenta una delle cause di più recente identificazione: si manifesta in pazienti sottoposti a manovre angiografiche (arteriografia, coronarografia, interventi angiografici e di chirurgia vascolare) con un intervallo di tempo variabile, della durata anche di diversi mesi, tra evento scatenante e manifestazioni cliniche. L'incidenza di ateroembolismo colessterinico varia in funzione della consapevolezza dei medici, dell'aumentata longevità dei pazienti con malattia aterosclerotica, del maggior numero di manovre angiografiche, dell'impiego di farmaci anticoagulanti e trombolitici nella pratica clinica.

Le manifestazioni più caratteristiche sono la livido reticularis, il "dito blu", l'insufficienza renale. Tuttavia, molti possono essere gli organi coinvolti, con manifestazioni cliniche estremamente variabili.

Dal punto di vista diagnostico, non esistono elementi sicuramente indicativi di embolia colessterinica, oltre alla storia, ai segni clinici e ai parametri di funzionalità renale. In molti casi soltanto la biopsia di cute, muscolo o rene permette di giungere a una diagnosi di certezza (studi bioptici hanno mostrato un'incidenza dell'1,1-1,9% nei pazienti nefropatici)

Il Congresso promosso dall'A.S.L. 4 permetterà di ampliare le conoscenze relative a questa patologia, che non è ancora conosciuta in modo capillare dai medici che vengono in contatto con pazienti che ne sono affetti. Spetta soprattutto ai medici di base la sorveglianza dei pazienti che presentano fattori di rischio per embolia colessterinica, terminate le procedure ospedaliere. Anche gli specialisti ospedalieri dovrebbero conoscere i molteplici risvolti clinici della patologia.

Un congresso dedicato a questo problema di grande attualità si prospetta dunque di interesse multidisciplinare, trova risvolti pratici immediati sia in ospedale sia sul territorio e pare quindi molto importante per la formazione del personale sanitario; infatti, la prevenzione di questa malattia e il suo riconoscimento precoce limiterebbero la gravità delle complicanze e le relative procedure terapeutiche, impegnative anche sotto il profilo economico. Informazioni presso Dott.ssa Cristiana Rollino nefro.gbosco@libero.it - Tel 011 2402287-0112402274 Fax 0110112402458

Formazione e aggiornamento Addetti Stampa

Si è da poco concluso il primo Corso di Formazione e aggiornamento dedicato agli Addetti Stampa delle A.S.L. e delle A.S.O. L'obiettivo dell'Assessorato alla Sanità è stato quello di offrire un'adeguata preparazione agli operatori della Comunicazione ai quali spetta il compito di valutare, elaborare e diffondere le notizie di tipo sanitario.

Tra i docenti del corso, diviso in cinque giornate di studio, alcuni noti professionisti della Comunicazione: **Francesco Giordana** (Libera Università Lingue e Comunicazione IULM, Milano), **Giuliana Bertin**, esperta di Pubbliche Relazioni, **Giuliano Lonardi** (Pres. Club Comunicazione d'Impresa) e **Bruno Geraci** (caporedattore TG 3 Piemonte).

I concetti più ampiamente ribaditi durante lo svolgimento delle lezioni sono stati sostanzialmente due: distinzione netta tra Ufficio Stampa e U.R.P. e rapporto Direttore Generale - Addetto Stampa.

L'Ufficio Stampa rappresenta lo snodo tra l'A.S.L. ed il sistema dei Media, l'U.R.P. deve interpretare e capire i bisogni dei cittadini, indagare, ricercare le necessità degli utenti prima che questi ne abbiano bisogno, in sintesi l'U.R.P. è organizzazione e non comunicazione.

"Uno dei primi compiti di un Direttore Ge-

nerale - ha spiegato **Giordana** - è quello di tenere informato l'Addetto Stampa, sempre e comunque, nel bene e nel male, altrimenti non potrà crescere professionalmente e non sarà quindi in grado di promuovere l'Azienda".

Giordana ha insistito sul fatto che "è necessario per l'Addetto Stampa avere libero e completo accesso alle politiche generali dell'Azienda, non per conoscerne i segreti, ma per sapere come muoversi e cosa dire perché il compito dell'Addetto Stampa non finisce con lo scadere dell'orario di lavoro. Essere a capo di un ufficio dove ogni tanto arrivano delle sterili comunicazioni da diffondere non è lavoro da Giornalisti".

Anche per **Lonardi** "è superfluo dire che l'Addetto Stampa va messo a conoscenza dei progetti passati, presenti e futuri dell'Azienda per non essere colto di sorpresa da eventuali domande o considerazioni di giornalisti, politici e personaggi esterni che, spesso ne sanno più di lui proprio a causa della totale carenza di cultura della Comunicazione, in particolare di quella Interna".

Giuliana Bertin ha spiegato la necessaria collaborazione tra alcune figure che operano all'interno dell'A.S.L. e l'Addetto Stampa, "senza questa collaborazione diventa impossibile il rapporto con i Media e il mondo esterno. Una buona Comunicazione Esterna nasce da un'ottima Comunicazione Interna".

Didia Bargnani Resp. Ufficio Stampa A.S.L. 1

A.S.L. 8 - Chieri**Palestra attrezzata per l'Ospedale di Moncalieri**

Da oggi una palestra completamente attrezzata a disposizione di tutti i pazienti dell'Ospedale S. Croce di Moncalieri. Lettini di trattamento, stazione di lavoro informatica, attrezzatura sanitaria per la rieducazione nelle attività di vita quotidiana, della comunicazione e dei disturbi respiratori e per il confezionamento di ortesi per la mano, oltre agli arredamenti, sono stati donati dalla Sig.ra G. B., una cittadina di Moncalieri.

"Il mio vuole essere un gesto di riconoscimento nei confronti del personale dell'Ospedale S. Croce di Moncalieri, in particolare della Medicina e della Riabilitazione, che con professionalità, non soltanto tecnica, ma anche e, soprattutto, relazionale, hanno assistito mia mamma durante la malattia. - afferma la Sig.ra G. B. - Ho avuto modo di constatare di persona che il processo di umanizzazione dei servizi sanitari, di cui spesso si parla, all'Ospedale di Moncalieri è ormai una realtà."

"Con la palestra all'interno dell'Ospedale possono essere migliorate le prestazioni riabilitative nei confronti dei pazienti ricoverati affetti da disabilità ortopediche e neurologiche, in modo da ottenere il massimo recupero possibile delle funzioni, al fine di garantire una migliore qualità della vita. - afferma il Primario della Struttura Complessa di Recupero e Riabilitazione Funzionale dell'Ospedale di Moncalieri, dott. Andrea Gaffuri - Possiamo così disporre di un ulteriore importante strumento operativo, che è attivo da due anni e va ad arricchire il progetto "Moncalieri Stroke Service", che l'anno scorso ha seguito oltre 300 pazienti ricoverati affetti da ictus."

"Il gesto della Signora G. B. è stato colto da tutto il Personale come uno stimolo a migliorare non solo gli aspetti tecnici del proprio lavoro, ma soprattutto quelli di umanità e di solidarietà verso chi soffre nel fisico, nella mente e negli affetti. - afferma Giorgio Rabino, Commissario dell'Azienda Sanitaria Locale n. 8. - I nostri operatori sono spesso a contatto con chi è considerato "debole" e "non più abile", ma che in realtà nella sofferenza della malattia e della disabilità, è modello di forza e di coraggio!"

Il Responsabile Ufficio Stampa ASL 8
Gerardantonio Coppola
Tel. 011.9719327

A.S.L. 16 - Mondovì**Prevenzione dei tumori della pelle****Ottimi risultati dalla collaborazione tra Lega Tumori ed ASL 16**

Già 2009 persone dal maggio 2001 hanno fruito presso le strutture dell'ASL 16 delle opportunità garantite dalla "Campagna di Prevenzione dei Tumori della Pelle", che si basa sul controllo dei nei.

In essa si sta dispiegando una delle aree di collaborazione fra l'ASL 16 e la Sezione Provinciale di CUNEO della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, e si regge su un Progetto finanziato con fondi derivati dalla maratona televisiva "30 ore per la vita".

Si ricorda che il Progetto contempla in questa fase:

- 1) visite completamente gratuite, effettuate da un medico dermatologo con la collaborazione di un'infermiera, entrambi messi a disposizione dalla Lega Contro i Tumori, nelle sedi ambulatoriali dell'ASL 16 di MONDOVI' e di CEVA. Queste visite sono in grado di evidenziare eventuali problemi più gravi;
- 2) su richiesta del Dermatologo, che ha praticato la 1ª visita, l'accesso all'Ambulatorio specialistico Dermatologico con sede presso l'ASL 15 in via Carlo Boggio 14 a Cuneo, che dispone di un Dermatoscopio, apparecchio acquistato nell'ambito del Progetto Provinciale, con le funzioni d'un ecografo, e scende in profondità per valutare l'eventuale estensione della macchia cutanea. Non è uno strumento "invasivo" e consente la mappatura dei nei e delle imperfezioni della pelle di una persona, così da tenere sotto controllo nelle visite di richiamo l'evoluzione dei problemi;
- 3) l'eventuale effettuazione nell'ambulatorio di dermatocirurgia presso la Chirurgia dell'ASL 16 di Mondovì di piccoli interventi;
- 4) l'utilizzo delle sale operatorie dell'A.S.O. S.CROCE di CUNEO per interventi chirurgici di maggior impegno (allargamento linfonodo sentinella);
- 5) l'utilizzo di ambulatorio oncologico dell'ASL 16 per i casi di melanoma, che richiedono terapia coadiuvante e/o follow-up clinico strumentale;
- 6) la collaborazione del Servizio di Anatomia Patologica dell'ASL 16 per esami istologici e raccolta dati;
- 7) la raccolta della casistica presso la sede della Lega Tumori e di Via Meucci 34 a Cuneo.

Le prenotazioni per le visite di cui sopra sono raccolte esclusivamente dalla LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI, DELEGAZIONE DI MONDOVI', VIA I ALPINI, 10 - MONDOVI', (0174/41624, con il seguente orario settimanale:

LUNEDI' e GIOVEDI' dalle 14.30 alle 16.30;
MARTEDI' - MERCOLEDI' - VENERDI'
dalle 9.00 alle 12.00

A.S.O. - S. Croce - Cuneo**Centro Sclerosi Multipla sede di sperimentazione**

Il Centro Sclerosi Multipla dell'A.S.O. Croce e Carle di Cuneo è stato individuato dalla Giunta regionale piemontese quale sede di sperimentazione di un nuovo modello organizzativo del Servizio sanitario nazionale, volto ad assicurare continuità delle cure nella fase successiva ad un ricovero attraverso prestazioni ambulatoriali e ricoveri di sollievo in strutture residenziali idonee.

La scelta è avvenuta nell'ambito di un progetto regionale di interventi a favore delle persone affette da tale patologia, che prevede anche la costituzione di una Commissione regionale di studio, destinata ad elaborare azioni e progetti di intervento specifici, e di un Centro di riferimento presso l'Ospedale S. Luigi di Orbassano.

Il Centro Sclerosi Multipla di Cuneo è attivo da oltre 15 anni all'interno del Dipartimento Neuroriabilitativo dell'Azienda Ospedaliera cuneese, diretto dal dr. Enzo Grasso, e segue attualmente circa 200 pazienti provenienti dal nord Italia.

"La Sclerosi Multipla è una malattia cronica, - spiega il dr. Grasso - progressivamente invalidante, che colpisce il giovane adulto e per la quale non esistono cure risolutive. Tuttavia, negli ultimi anni, ha beneficiato di nuovi trattamenti, come l'Interferon, in grado di modificare il suo decorso clinico, migliorandone la prognosi. La varietà della sintomatologia, la cronicità della malattia e l'accumularsi del deficit neurologico evidenziano però molteplici bisogni sanitari ed assistenziali, con costi piuttosto elevati, che si attestano sui 25.000 euro annui per paziente, escluse le terapie più recenti".

All'interno del Centro cuneese operano due neurologi dedicati, il dr. Franco Perla e la dr. Gabriella Rosso, coadiuvati da altri specialisti: fisiatra, neuroradiologo, psicologo, neurofisiologo, algologo, urologo ed oculista per percorsi diagnostici e terapeutici preferenziali.

"L'attività del Centro viene svolta nella S. C. di Neurologia - spiega il dr. Perla - ed è in grado di soddisfare le necessità diagnostiche e terapeutiche dei pazienti sia con terapie tradizionali che sperimentali. Particolare attenzione è stata dedicata al trattamento sintomatico per la spasticità, utilizzando sia la tossina botulinica che le pompe al "baclofen" e, di recente, è stato avviato un protocollo di riabilitazione neuropsicologica".

Info: dr. Franco Perla - S. C. Neurologia - tel. 0171/641236

La sicurezza e il lavoro: i cambiamenti dopo la 626

*A colloquio con l'Ing. Giorgio Rabino
Direttore Generale della ASL 8 di Chieri*

La sicurezza nell'ambiente di lavoro in tutte le attività produttive dall'industria, all'agricoltura, al commercio e nelle strutture pubbliche è un continuo processo di miglioramento nel campo della sicurezza e della formazione. Nonostante le norme sancite dalla L. 626 in tema di prevenzione e sicurezza resta elevata la percentuale di incidenti sul lavoro, basti pensare al settore agricolo o edilizio. Così ogni anno si discute su come fare, quali piani predisporre per evitare o ridurre tale incidenza. Un'importante attività di prevenzione degli infortuni sul lavoro e di monitoraggio è svolta dal febbraio del 1996 dal Servizio Interno di Prevenzione e Protezione dai Rischi dell'ASL 8 di Chieri. Il Servizio ha il compito di individuare i fattori di rischio e le misure di sicurezza per la salubrità degli ambienti di lavoro, svolge programmi di formazione e di informazione per i lavoratori ed elabora le procedure di sicurezza relative alle attività antincendio, emergenze e pronto soccorso. Grazie alla costante attività di formazione ed informazione sulle tematiche dei rischi rivolti a tutti i propri dipendenti e ad un costante impegno nella eliminazione e nella riduzione dei fattori di rischio, si sono registrati i primi risultati in termini di miglioramento, nelle segnalazioni e nel monitoraggio della sicurezza, delle condizioni lavorative degli operatori.

Abbiamo chiesto al Direttore Generale dell'ASL 8 ing. Giorgio Rabino come sta continuando l'attività del Servizio Interno di Prevenzione e Protezione dai Rischi della sua Azienda, se sono state avviate nuove iniziative ed interventi.

"Il campo di applicazione della legge 626 comprende diversi aspetti: la formazione, la segnaletica, la preparazione delle strutture, la formazione degli operatori che vengono a contatto con l'azienda, la formazione esterna, che rientra tra i compiti assegnati all'ASL nella formazione di operatori esterni, estranei all'Azienda. Sono due i filoni fondamentali lungo i quali si snoda la nostra attività: la prevenzione degli incidenti di lavoro all'interno dell'Azienda (L. 626) e la sicurezza in generale dei luoghi di lavoro. A questo proposito la nostra ASL ha avviato una campagna di insegnamento sui comportamenti da adottare per evitare i rischi di incidenti per il mondo dell'agricoltura, assunta come riferimento dalla Regione Piemonte. Sono stati distribuiti volantini ed opuscoli, sono stati organizzati incontri rivolti a tutti gli agricoltori, che operano nel nostro territorio di competenza. Analoga azione di prevenzione è stata effettuata nel settore dell'alimentazione, della sicurezza degli impianti elettrici ed agli imprenditori edili con la distribuzione di opuscoli. Non bisogna dimenticare che nel settore agricolo come in quello edilizio si registra la più alta percentuale di incidenti, spesso mortali o fortemente invalidanti. L'uomo della campagna, avvalendosi della propria esperienza, si avvicina al lavoro con troppa sicurezza, convinto che nulla possa accadere. Siccome nella realtà questo non accade, abbiamo il dovere di ridurre questi incidenti e gli strumenti per raggiungere l'obiettivo sono la repressione e la formazione".

Storicamente le ASL hanno privilegiato la repressione cioè intervengono ad incidente avvenuto oppure quando si effettuano sopralluoghi, ma si tratta di interventi tardivi. L'ASL di Chieri ha invertito l'approccio al problema, verificando prima di tutto qual'è l'incidenza degli incidenti che accadono, avviando una formazione mirata attraverso conferenze, studi, sopralluoghi, volantinaggio, affinché chi opera in un determinato settore non solo venga a conoscenza dei rischi, ma faccia propri i comportamenti necessari ad evitare gli incidenti.

"Per esempio l'Azienda, dice Rabino, svolge un'attività di forma-

zione e di prevenzione nelle scuole tecnico-professionali, ubicate nell'area di nostra competenza, che avviano e specializzano i ragazzi al mondo del lavoro. In queste scuole i nostri tecnici addetti alla prevenzione, grazie ad un accordo stipulato con il Presidi, svolgono alcune ore istituzionali per insegnare ai ragazzi come prevenire gli incidenti nel loro settore di attività futura. In questo modo la prevenzione diventa patrimonio culturale del singolo che si allena ad un certo tipo di comportamento attraverso il confronto con chi è istituzionalmente preposto alla prevenzione e quindi anche alla formazione ed alla repressione".

Quali sono le azioni di repressione delle ASL?

"La repressione avviene in due circostanze: la prima si attua quando l'incidente è avvenuto, la seconda è un'azione d'ispezione che si fa autonomamente, su segnalazione, su denuncia, su mandato della magistratura. In questo caso si va sull'ambiente di lavoro, e se si individuano dei comportamenti non conformi alla legge sulla sicurezza, si comminano le sanzioni. Purtroppo la carenza di organi nei dipartimenti di prevenzione delle ASL del Piemonte ha portato ad un dimensionamento dell'organico, oggi non più a livello ottimale, perché, da sempre, si è posto maggiore attenzione ai problemi cui bisogna dare una soluzione immediata, anziché fare azione di prevenzione necessaria ad evitare i disastri successivi". Nelle ASL i Dipartimenti di prevenzione che si occupano di questo aspetto dovrebbero avere una spesa che si aggira sul 5% del bilancio, statisticamente si è su una media del 3,5-4%. Questi uffici si occupano di una serie di incombenze obbligatorie oltre la sicurezza negli ambienti di lavoro quali la veterinaria, l'igiene degli alimenti, l'igiene pubblica. Tutto questo riduce significativamente i margini per la prevenzione. "Ciò nonostante, spiega Rabino, abbiamo cercato di far passare, con una certa difficoltà, nei nostri operatori la 'cultura della prevenzione'. Questa situazione non è stata registrata nell'ASL di Chieri, perché si era già creata una sensibilità negli operatori attraverso la formazione. A questo si aggiunge un altro problema di politica aziendale: noi stiamo pagando le conseguenze di una confusione venutasi a creare per quegli operatori che hanno il compito di effettuare il controllo negli ambienti di lavoro e dispongono di un patentino di polizia giudiziaria. La loro attività è sempre fortemente connotata dall'aspetto istituzionale di polizia, pertanto quando un imprenditore si rivolge all'ASL per avere informazione sulle procedure da effettuare per rientrare nei termini di legge, l'unica risposta che gli sappiamo dare è che deve essere multato poiché è fuori norma. Risultato: l'operatore non verrà più a chiedere informazioni su come adeguare il suo comportamento. Questo succede perché non c'è una distinzione tra chi fa prevenzione e chi fa repressione, compiti da sempre istituzionalmente assegnati all'ufficiale di polizia giudiziaria. Non si risolve il problema affidando la repressione ed il controllo ad un soggetto e la prevenzione ad un'altro perché si andrebbe incontro a scontri istituzionali. La soluzione è fornire istituzionalmente "consulenza per la prevenzione", affidata ad una figura che dovrà dare informazioni a chi vuole mettersi in regola, imporre le regole ai più riottosi, e, se necessario, comminare le sanzioni. Per arrivare a questo si potrebbe pensare ad una rotazione: un anno il dipendente riveste la carica di ufficiale di polizia giudiziaria, l'anno successivo lo stesso riveste la carica di addetto alla prevenzione su tematiche conosciute, facendo anche l'ufficiale di polizia giudiziaria, ma senza quel dovere repressivo che impedisce di costruire in termini di prevenzione".

Per quanto riguarda la sicurezza all'interno di una struttura sanitaria la legge 626 prevede compiti di una certa complessità perché spazia dagli ambienti, ai settori dei vigili del fuoco, quelli del trattamento dei materiali a rischio come gli antiplastici, fino ad arrivare al male alla schiena degli infermieri, causato dall'aver sollevato un malato o al bucarsi con l'ago dopo aver fatto un'iniezione ad un sieropositivo. "Quando si fa un prelievo o un'iniezione, continua Rabino, e poi si ripone l'ago, si deve avere un comportamento formato ed una serie di attrezzature tali che riducano o annullino il rischio di bucarsi. Anche per il comporta-

mento di un infermiere, che continua a sollevare di peso il paziente nel letto e dopo cinque anni gli viene il mal di schiena, c'è una responsabilità del datore di lavoro perchè non ha formato il dipendente. E' necessario formare tutto il personale, anche per la parte di prevenzione e per i rischi incendio, creare ogni anno un programma delle attività di prevenzione da attuare, riunire la commissione dei lavoratori referenti la sicurezza dei dipendenti all'inizio dell'anno per comunicare cosa sarà fatto e nel corso dell'anno per sentire i loro consigli e suggerimenti, stilare il programma e, alla fine dell'anno rispondere sui fatti che sono stati compiuti in attuazione di questo progetto".

L'ASL 8 ha pubblicato varie guide, le ultime in ordine di tempo: per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti ai farmaci chemioterapici, sulle caratteristiche dei dispositivi di protezione individuale presenti in ambito sanitario ed una mappatura dei rischi relativi ai prodotti per la pulizia utilizzati all'interno dell'ASL. Per quanto riguarda quest'ultima guida quali indicazioni fornite? Quali sono state le ragioni che vi hanno indotto a realizzare questa pubblicazione?

"Molteplici sono le fonti a cui fare riferimento per la prevenzione: la legge, le circolari, le disposizioni, la casistica degli incidenti che sono capitati all'interno dell'ASL e la casistica per attività simili, infine ci sono i rischi connessi ad ogni attività. Tornando alla figura dell'infermiere gli incidenti più tipici sono il mal di schiena e le punture dell'ago delle siringhe, ma può anche capitare che l'infermiere trasportando con il carrello carico di fiale o di medicine trovi sul suo percorso una barriera all'ingresso dell'ascensore poiché le rotelle del carrello troppo basse rispetto allo scalinetto situato tra l'ascensore ed il piano, rendono difficoltosi gli spostamenti con tutti i rischi che ne derivano. In questo caso, come in altri, uno studio appropriato eliminerà il problema. Altro aspetto è quello del materiale per la pulizia. E' necessario verificare se il materiale in vendita e che si trova in commercio abbia un contenuto di cloro compatibile con le inalazioni di chi lavora in quel luogo. Sicuramente non avrà problemi la caposala che passa e sente un buon profumo, magari questo profumo non è compatibile con il paziente, che lo sente per pochi minuti al giorno mentre è in camera, e soltanto per i giorni che resta in ospedale. Ma è pericoloso per gli addetti alla pulizia che lo inalano otto ore al giorno? E' necessario fare degli approfondimenti per verificare l'eventuale pericolosità?" Quindi pensate al paziente che si ferma qualche giorno in più in corsia?

"Innanzitutto l'oggetto della nostra attività è finalizzata al benessere del paziente: la legge 626 ci ricorda che il paziente è il nostro prodotto, ma ci ricorda anche che la salute del dipendente deve essere tutelata in tutte le forme. Inoltre il materiale di pulizia, saltuariamente a contatto con il paziente, è già garantito per questo utilizzo dalle leggi che tutelano la produzione di quel prodotto, ma chi lavora tutto il giorno a contatto con la conegrina non ha più la tutela della fabbrica che l'ha certificata come prodotto idoneo perché si sta utilizzando il prodotto in modo difforme da quello per cui è stato fabbricato ed autorizzato. Allora ci sono prodotti alternativi che tutelano la salute della persona? Ci sono norme di cautela che devono essere usate? Il personale è informato? Ecco questo è lo scopo della nostra attività di protezione del dipendente a tutti i livelli. Pensiamo ai piani di evacuazione in caso di incendio, due volte all'anno sono previste delle prove per verificare se il personale sia a conoscenza di cosa deve fare, alla formazione delle squadre antincendio, abbiamo programmato dei corsi con i vigili del fuoco certificando i nostri dipendenti come idonei e facenti parte delle squadre di emergenza, che sono sempre presenti ad ogni cambio di turno". State elaborando nuovi progetti?

"La nostra attività è un continuo progresso, che ci porta ad entrare sempre di più nel dettaglio della quotidiana attività di lavoro perché ogni posizione, ogni attività ha le sue "regole", i suoi rischi. Il nostro compito è quello di informare e formare entrando sempre di più nel cuore di ogni attività".

Mariella Continisio

La scuola che promuove la salute – una visione positiva

La Promozione della Salute è per definizione un processo positivo. Eppure nella maggior parte dei documenti che ad essa si riferiscono l'approccio proposto è di tipo negativo.

I discorsi sugli stili di vita sono incentrati sulla abolizione di comportamenti considerati svantaggiosi: il fumo, la droga, l'alcool, l'eccesso di grassi animali e di calorie nell'alimentazione, la guida troppo veloce e senza l'impiego del casco o delle cinture di sicurezza, il sesso non sicuro.

Sono tutte cose importanti, ma basta tutto ciò a promuovere la Salute?

Gli adulti che pretendono di fornire modelli di vita sana ai giovani, basati su tutti questi divieti, non si rendono conto che l'adolescente non può recepire un tale messaggio.

L'adolescente che sta costruendo la propria vita deve affrancarsi dai vincoli che i genitori e gli educatori gli hanno imposto. Molti atteggiamenti sicuramente pericolosi sono adottati come sfida, come affermazione della propria personalità. Un giovane non diventa maturo se non sa fare liberamente le sue scelte e costruire la sua personalità e la sua capacità di far fronte alle sfide della vita.

Imparare a guidare, a sciare, a fare sport, a gareggiare comporta pericoli, ma è necessario per diventare un uomo.

Allora l'approccio alla promozione della Salute deve essere differente, tutto giocato sul positivo. Il punto centrale è la libertà per la costruzione di un progetto di vita. I divieti servono poco o nulla.

Un giovane che ha fatto il progetto di primeggiare in uno sport si priva del fumo, degli eccessi alimentari, del sesso ad ogni costo. Chi ha fatto un progetto di carriera professionale o artistica si impone sacrifici in vista della meta che liberamente ha scelto. In campo di salute è essenziale che il giovane faccia il suo progetto per costruire il proprio benessere fisico, psichico, sociale e spirituale e che si senta libero di perseguirlo.

Ma una scelta non è libera se manca l'informazione e la capacità di utilizzarla correttamente, vale a dire la formazione. Ecco perché è così importante fornire l'informazione corretta attraverso tutti i media di cui oggi disponiamo, dei quali la scuola è solo uno, anche se è lo strumento essenziale per la formazione in quanto è il luogo in cui ci si confronta fra pari sulle stesse informazioni e si matura, sotto la guida degli insegnanti e degli educatori, la capacità di critica e di scelta che è l'essenza della formazione.

Vigilare sulla qualità dell'informazione e della scuola nel suo insieme, rifiutare autoritarismi, luoghi comuni, divieti non motivati, promuovere il confronto e la discussione senza pregiudizi è almeno altrettanto importante che vietare il fumo, stabilire limiti di velocità (e farli rispettare) e richiedere l'uso del casco.

Se il progetto deve costruire benessere non solo fisico, ma anche psichico, sociale e spirituale, poiché altrimenti non sarebbe un progetto di salute, è necessario che l'informazione e la formazione vadano al di là della semplice fenomenologia fisica per fornire elementi sulle dinamiche del pensiero, sul significato del patto sociale che lega fra loro gli individui e sui valori spirituali che devono guidare una scelta di vita.

Una vita senza ideali, senza traguardi, senza attenzione a chi cammina al nostro fianco non è una vita sana. Chiedersi chi siamo, cosa facciamo su questa terra, come contribuiamo al bene di tutti, come cerchiamo di realizzare la felicità per noi e per gli altri è essenziale se vogliamo evitare la depressione e i disturbi mentali che il recente documento dello IUHPE riferisce affliggere oggi il 20% dei giovani.

Non basta combattere i determinanti della cattiva salute, occorre vivere in positivo, sentendoci protagonisti e responsabili del benessere nostro e degli altri.

Luigi Resegotti

Comitati etici: finalmente?!

Da più parti si sostiene che l'Italia, con la pubblicazione dei tre decreti del 18.3.1998 del Ministero della Sanità (G.U. del 28.5.98) sui Comitati etici ha "agguantato" l'Europa e quindi permesso al Nostro Paese di fare un salto altamente qualitativo in materia di sperimentazione.

Tutti sono stati ben felici di dare il benvenuto (industrie farmaceutiche, sperimentatori, tecnici ed altri...) ai citati provvedimenti, per due principali motivi:

a) hanno riallineato i tempi "burocratici" delle autorizzazioni al resto dell'U.E. (60-90 gg.)

b) hanno favorito lo sviluppo della ricerca scientifica in Italia e la partecipazione a progetti multicentrici europei ed extraeuropei.

Quale "operatore" amministrativo del Comitato etico dell'Ordine Mauriziano, auspico che "gli addetti ai lavori" non diano eccessiva o maggior valenza alla riduzione dei tempi burocratici (accelerazione delle pratiche amministrative), perché questo sarebbe alquanto riduttivo del vero segnale e significato delle norme emanate.

I decreti invece, a mio modesto avviso, devono principalmente essere valutati per quello che effettivamente di nuovo pongono all'attenzione degli operatori tutti, cioè: le condizioni essenziali perché "finalmente" in Italia si sviluppi una ricerca di buona qualità, che questa sia effettivamente la risposta ai bisogni reali di salute e che la conduzione della stessa avvenga nel rispetto delle norme e delle regole.

E' pur vero che sarebbe alquanto riduttivo dar peso ai soli precedenti motivi, se non si affermasse che i Comitati etici, in contestualità, devono poter sviluppare ed affinare le proprie competenze attraverso scambi di esperienze, più strette collaborazioni anche mediante la "formazione" degli stessi membri (peraltro quest'ultima già in atto).

In tal modo non si svilirebbero sia gli alti compiti di valutazione etico-scientifica dei protocolli, che i non meno rilevanti aspetti tecnico-amministrativi, già di competenza ministeriale.

La non breve, ma essenziale premessa mi dà ora il modo più agevole [anche se irrituale rispetto ai canoni d'impostazione tecnica giornalistica] di rappresentare alcuni elementi relativi all'origine, alla definizione ed ai compiti dei Comitati etici.

Perché sono sorti e perché si stanno diffondendo i Comitati etici?

Gli esperti della materia affermano che i motivi sono vari e talvolta non facilmente individuabili.

Entrano in causa, da una parte, le biotecnologie con i loro molteplici effetti e dall'altra la carenza delle leggi e la complessità delle strutture.

Vari e di più facile individuazione sono invece le ragioni alla base della "nascita" dei Comitati etici. A prescindere dalle motivazioni di chi afferma che sono sorti per "una accresciuta sensibilità etica" o di chi afferma che essi siano un rimedio (più o meno efficace) allo smarrimento etico della società pluralistica, si può certamente affermare che il compito richiesto oggi ai Comitati etici è di definire una linea di comportamento operativo negli Ospedali o Istituti di ricerca a favore della persona, sia essa sana che malata.

In altri termini per dirla molto in breve, vengono convocati attorno ad un problema tutti coloro che sono competenti per portare un contributo alla decisione da prendere.

Studiosi della materia hanno individuato tre principali aree

funzionali di attività dei Comitati etici:

- 1) funzione culturale;
- 2) funzione consulenziale;
- 3) funzione di verifica.

In questa sede tratterò della funzione di verifica in quanto afferisce all'esame dei protocolli di ricerca e di sperimentazione clinica, vale a dire ad una funzione che oggi sembra essere la più urgente e più richiesta, vuoi per i molteplici interessi che si muovono nell'ambito della ricerca clinica, vuoi per la complessità delle competenze richieste e vuoi per ultimo, per le nuove frontiere che nel campo della sperimentazione farmacologica, medica e chirurgica oggi sembrano aprirsi.

I primi organismi di tale genere hanno visto la luce nei primi anni ottanta.

Larga diffusione dei Comitati etici, posti a difesa dei pazienti, ha luogo a partire dall'inizio degli anni novanta.

Con il decreto del 15.7.1997 sono stati individuati i primi requisiti minimi caratterizzanti i nuovi Comitati etici.

Si deve arrivare al marzo 1998 per vedere emanati i tre decreti ministeriali.

Con il primo vengono disciplinate le linee guida per l'istituzione ed il funzionamento dei Comitati etici (composizione, funzione ed operatività).

Con il secondo viene consentito un decentramento delle decisioni riguardanti i farmaci di non nuova istituzione (per questi sarà sufficiente sottoporre le richieste di autorizzazione al Comitato etico locale, senza più "rivolgersi" al Ministero della Sanità), viene istituito un Osservatorio sulla sperimentazione, comprendente il registro nazionale dei Comitati, il registro dei giudizi di notorietà e quello di tutte le sperimentazioni.

Con il terzo decreto, infine, vengono prescritti i requisiti minimi di cui devono essere dotate le strutture sanitarie "private" che intendono compiere sperimentazioni cliniche.

Una volta costituiti, i Comitati dovranno valutare tutti gli aspetti etici e scientifico-metodologici sugli studi proposti, con particolare attenzione al "consenso informato ed all'uso del placebo".

Per tutto questo ai Comitati viene conferita "la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in uno studio".

Il Comitato Etico dell'Ordine Mauriziano (iscritto al n° 2 del registro regionale), è stato costituito sin dal settembre 1995 e successivamente adeguato nel settembre 1998 sia nella composizione che nei compiti istituzionali, in conformità ai decreti ministeriali. Esso esplica la sua attività su tutte le sperimentazioni dei propri presidi ospedalieri, ed, a richiesta, anche su sperimentazioni di altri enti o strutture privati, mediante riunioni periodiche con in media 7-8 riunioni all'anno, fino al 2001.

Le sperimentazioni autorizzate sono state:

Anno 1996	n° 23	Anno 1999	n° 36
Anno 1997	n° 21	Anno 2000	n° 39
Anno 1998	n° 19	Anno 2001	n° 43

Considerato quanto predetto, sottopongo all'attenzione ed alla riflessione di tutti gli addetti ai lavori la pesante ed inedita responsabilità che, a giudizio dello scrivente, il decreto ministeriale ha attribuito, in un modo non molto chiaro, ai componenti dei Comitati etici.

Recentemente (fine novembre 2001) la Regione Piemonte ha provveduto a regolamentare il funzionamento dei Comitati Etici ponendo finalmente le basi per una più snella gestione decentrata della ricerca farmacologica (e non solo).

Dr. Massimo MICCOLI Dirigente Servizio Affari Generali e Legali, Coordinatore Comitato Etico Ordine Mauriziano



REGIONE
PIEMONTE
Assessorato alla Sanità

Nel Laboratorio "Valutazione in Promozione della Salute" un *Corso d'Informazione ai lavoratori. (DL 626/94 articolo 21)*

Il **Laboratorio della Valutazione** è un percorso di riflessione e crescita sul tema della valutazione in educazione e promozione della salute, rivolto e costruito insieme con gli operatori sanitari e quanti siano interessati professionalmente o culturalmente al tema, attraverso un processo di valutazione tra pari.

Chi partecipa?

I partecipanti sono operatori, responsabili e ricercatori che appartengono al mondo della Sanità, della Scuola, dei Comuni, delle Cooperative sociali, del privato sociale e sono impegnati concretamente in interventi di educazione e promozione della salute.

In ogni incontro i partecipanti, ascoltata la presentazione di un progetto, si suddividono in piccoli gruppi, analizzano e discutono l'impianto progettuale, la pertinenza e la validità del piano di valutazione, le possibili alternative e i cambiamenti da apportare.

Chi presenta il progetto?

In ogni seduta un gruppo di operatori presenta un proprio progetto-esperienza ad altri colleghi ed interessati e tutti i partecipanti possono presentarne uno: non ha importanza se l'intervento è in fase di progettazione, è in corso di realizzazione oppure è già concluso... ogni momento è "buono" per valutare i risultati del proprio lavoro e per migliorarli. Chiunque desideri presentare il proprio progetto, **può contattare DoRS ed inviarci il progetto via fax o via e-mail.**

Dove trovo le informazioni e la documentazione?

Le osservazioni emerse durante i gruppi di lavoro vengono presentate dai singoli gruppi e discusse in plenaria con la formulazione di raccomandazioni per il miglioramento del progetto. Un conduttore facilita il lavoro dei partecipanti e fornisce a conclusione della seduta un dossier di documentazione bibliografica su evidenza di efficacia e buona pratica tratta da paragonabili esperienze nazionali ed internazionali reperibili nelle banche dati.

Dopo ogni incontro DoRS si occupa di redigere un verbale per rendere conto delle valutazioni emerse dai gruppi di lavoro. Il verbale stesso, gli annunci mensili degli appuntamenti e gli indici dei dossier di documentazione dei progetti già presentati **sono disponibili sul sito www.dors.it per quanti vogliono essere** aggiornati o non possono partecipare agli appuntamenti del Laboratorio.

Un valido esempio di applicazione di questa metodologia di valutazione tra pari è rappresentato dalla presentazione del **Corso d'informazione ai lavoratori. (DL 626/94 articolo 21)**, un progetto ideato e realizzato dal Servizio Prevenzione e Protezione ASL 9 di Ivrea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Obiettivo didattico principale del corso di informazione è "far acquisire conoscenze teoriche di base, sui rischi connessi all'attività svolta in un'azienda sanitaria e le misure di protezione da adottare, al fine della salvaguardia della salute del lavoratore." La metodologia didattica prevede un corso di tre ore, nel quale viene utilizzato un cd-rom informativo predisposto appositamente e illustrato nel corso di una lezione frontale a circa venti partecipanti. Essendo infatti impossibile annullare completamente il rischio infortunistico, occorre valorizzare al massimo il fattore umano attraverso la diffusione della cultura sui problemi della sicurezza dei soggetti coinvolti, nella certezza che la conoscenza del rischio sia l'elemento indispensabile per il contenimento e la riduzione degli infortuni sul lavoro.

La valutazione tra pari e la discussione in plenaria tra partecipanti ha rilevato punti di forza e punti di debolezza del progetto e ha proposto alcune

raccomandazioni che riportiamo:

1. per poter valutare meglio l'efficacia dell'intervento, l'analisi dei bisogni dovrebbe prevedere, oltre all'indice di infortunio, anche dei sopralluoghi per individuare gli ambienti strutturati in modo non idoneo e i comportamenti errati (che sono occasioni di infortunio), la cui diminuzione nel lungo termine diventa un possibile indicatore di efficacia;
2. per sopperire alla disomogeneità dei partecipanti, si potrebbe prevedere la strutturazione del progetto su due livelli: il primo rivolto a sensibilizzare i lavoratori al tema della sicurezza e della prevenzione, il secondo riferito a dei precisi rischi di categoria;
3. per sopperire alla mancanza di tempo per dedicarsi ad attività di formazione come questa, si potrebbe cercare di incentivare le occasioni di collaborazione con i tecnici SPRESAL che possono ricoprire anche ruoli diversi da quelli sanzionatori. In tal caso, sarebbe importante prevedere una formazione dei formatori a livello regionale;
4. per raggiungere un maggior numero di operatori e permettere una maggior continuità al progetto, sarebbe opportuno coinvolgere anche le figure aziendali preposte ad occuparsi dei temi di sicurezza, quali gli RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza).

Simonetta Lingua

Convegno su:

Il corpo, la diagnosi, la cura

Aspetti etici e clinici della comunicazione medico-paziente

Venerdì 12 aprile 2002

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Via Caboto 55 Torino

Programma:

ore 9,30: Apertura

ore 9,45 -11,15: - Comunicazione medico-paziente:
quale insegnamento? - Elena Maria Brach del Prever

Il corpo nella pratica clinica - Miquel Bassols

Una relazione di cura - Rosa Elena Manzetti

ore 11,15-11,30: pausa

ore 11,30-13,00: dibattito

ore 14,30-16,30: Lavoro a gruppi su esperienza clinica,
guidati dai docenti

ore 16,30 - 17,00: Conclusioni a partire dai lavori nei gruppi
Rosa Elena Manzetti, Miquel Bassols

Iscrizioni 80 euro

Per informazioni: tel. 011 668 9410

e-mail: corpo.diagnosi@libero.it

Consiglio direttivo

Il Consiglio direttivo del 12 marzo u.s. ha assunto importanti decisioni:

- ha esaminato il bilancio consuntivo 2001 e preventivo 2002, approvandone la presentazione all'Assemblea dei soci del 9 aprile 2002; il consuntivo 2001 chiude senza scostamenti rilevanti dalle previsioni a suo tempo fatte, mentre il preventivo 2002 prevede, grazie all'incremento delle Convenzioni, maggiori introiti per circa cinquanta milioni di lire, che si propone di investire sul sito Web, su Promozione Salute e sulle spese di personale;
- ha tracciato le attività per il 2002, che prevedono tra l'altro il rinnovo del protocollo d'intesa HPH con l'OMS in scadenza con la fine del primo quinquennio; la prima Conferenza nazionale HPH sul progetto di umanizzazione dei servizi (19 aprile), importanti impegni internazionali e nazionali per la rete HPH, che si possono sintetizzare nell'iniziativa di rilancio della rete per il secondo quinquennio;
- l'intensificazione delle collaborazioni della rete HPS e la formazione già in corso di un sito "scuola e salute", a questo si collega anche un ancora maggior impegno del centro locale di Cuneo, che su questo tema già opera;
- l'implementazione del progetto "Città sane" con l'ANCI e con l'apertura di una collaborazione con la Regione, attraverso la formazione di "reti locali";
- una funzione di supporto alla Regione, per quanto possibile,

sulla rete RHN (Regioni per la Salute).

Per quanto riguarda i gruppi di lavoro, sono state giudicate encomiabili le attività del gruppo di educazione sessuale, coordinato da Stura, e del gruppo GOES (degli educatori alla salute), coordinato da Brusa, mentre è stata ritenuta molto positiva la prima fase di lavoro del gruppo incidenti domestici e l'avvio dei gruppi: salute e Europa, salute al femminile, salute e territorio; questi nuovi gruppi suggeriscono momenti di aggregazione di soci e non, di tipo non tradizionale.

Questa vasta attività pone la necessità per il 2002 di un rafforzamento mediante specifici progetti degli strumenti di comunicazione, informazione e formazione.

Funzionale a queste esigenze ed a queste ipotesi di lavoro è la formazione, che è stata approvata e di cui si tratta specificatamente in altra parte di Promozione Salute, del Comitato scientifico.

Il Consiglio direttivo ha approvato la nomina di Michele Petrolo a coordinatore della Consulta delle Associazioni, la composizione del gruppo di lavoro formata, oltre che da Petrolo, da Giardino, Guarino, Marescotti, Rampone, Cervetto e le prime linee di lavoro della Consulta stessa.

Sono stati anche comunicati i dati definitivi del tesseramento 2001, che registra un andamento positivo in valore assoluto e come nuovi soci 26 su 190.

Il Consiglio direttivo ha infine confermato l'Assemblea dei soci per il 9 aprile 2002.

Giuseppe Cervetto

NEWS:

Sulla stampa Italiana:

Utero artificiale: Allarme, da non sottovalutare, lanciato dalla psichiatria. Il dott. Parietti avverte: il feto in scatola, privato degli indispensabili stimoli derivanti dalla simbiosi con la madre, potrebbe essere proiettato in un mondo terribile e sconosciuto, e sarebbe, sul piano psichico una tabula rasa; non potrebbe strutturarsi un apparato psichico e per lui nascere sarebbe l'inizio di un incubo tra i più terrificanti.

La scure si abbatte sull'assistenza sanitaria. Si ipotizza di abbassare del 30-40% anche la quota a carico del servizio pubblico per l'acquisto di protesi per l'attività riabilitativa. Ecco alcuni tagli proposti e per i quali è previsto un costo a carico del paziente, o del comune, del 50%: assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare, assistenza farmaceutica e protesi, IVG, trattamenti palliativi per malati terminali, prestazioni socio e psico-riabilitative in regime semiresidenziale, programmi riabilitativi per anziani.

La Regione Piemonte ha fissato, in base al decreto del governo Berlusconi i nuovi parametri per la spesa sanitaria a carico dei comuni. In questo modo i conti possono quadrare ma il carico sui cittadini diventa un carico insopportabile. Alla fine tutto ricadrà sugli utenti.

Sirchia: **Giusto il ticket per avere carne sicura.** Ecco una nuova tassa per quello che dovrebbe essere un diritto implicito.

L'ambiente inquinato fa strage di bimbi. L'OMS denuncia che ogni anno 3 milioni di bimbi sotto i 5 anni di età muoiono nel mondo a causa della cattiva qualità dell'ambiente. L'Europa ha ratificato il testo, già demolito da Bush, definito nel trattato di Kioto, ora però è necessario procedere a misure concrete e significative.

Un ricettario di base di cibi "sani". Per prevenire malattie quali l'obesità, il diabete, l'ipertensione o l'osteoporosi, il CNR ha messo a punto un ricettario che, seguendo i modelli dell'alimentazione mediterranea, fornisce un'alternativa semplice ma sana ai cibi preconfezionati. I cibi scelti sono gradevoli ma a basso contenuto di acidi grassi saturi. Le ricette, una per giorno della settimana descrivono il pasto principale della giornata. Per infor-

mazioni si può consultare l'almanacco della scienza del CNR all'indirizzo: www.almanacco.rm.cnr.it

La prevenzione ai tumori avviene a tavola. L'epidemiologo Franco Berillo spiega i meccanismi per cui alcuni alimenti possono proteggerci: aglio, contiene zolfo che fa bene al cuore, riduce il colesterolo, rende il sangue più fluido, è inoltre antibatterico e fungicida. Deve però essere cotto poco; **broccoli, cavolini di Bruxelles e cavoli**, ricchi di betacarotene, fibre e vitamina C, riducono il rischio di tumore al seno, al colon e allo stomaco; **pomodori** cotti con un po' di olio producono il licopene, un potente antiossidante, che riduce il rischio di cancro alla prostata e al tratto digestivo; **vino rosso** contiene il polifenolo, antiossidante che previene dall'indurimento delle arterie e previene quindi le malattie cardiovascolari; **salmone, aringhe e pesce azzurro**, ricchi di grassi chiamati omega 3, che prevengono la formazione di placche nelle arterie, abbassano il colesterolo e i trigliceridi; **avena**, assorbe il potenziale colesterolo e abbassa la pressione negli ipertesi; noci, il grasso contenuto nelle noci è buono e abbassa i trigliceridi e il colesterolo nel sangue, contengono inoltre acido allagico che induce al suicidio le cellule tumorali; mirtilli, contengono sostanze antiossidanti più di ogni altro frutto, prevengono il cancro, l'infarto e pare che possano aumentare le capacità cerebrali (almeno nei ratti); **Té verde** inibisce la crescita di nuovi vasi sanguigni e quindi deprime il tumore del suo nutrimento. Sembra che un'assunzione quotidiana allontani il rischio di cancro allo stomaco.

Un sogno del futuro: **Libera circolazione dei malati in Europa.** I cittadini dei 15 paesi potranno farsi curare e operare in tutti paesi dell'Unione europea. Tuttavia i problemi da risolvere sono ancora molti a causa delle diversissime normative e del livello di strutture esistenti nei diversi paesi dell'unione.

Ennesima, e divertente "americanata": **Chi dorme troppo si accorcia la vita.** Lo rivela una ricerca svolta su oltre un milione di americani. Meglio dormire 5, massimo 7 ore, e si vivrà più a lungo. Lo studio sostiene che chi dorme 8 ore ogni notte ha il 12% in più di probabilità di morire prima rispetto a chi ne dorme solo 7. Il rischio sale a 1% per chi supera le 8 ore. Stessi rischi corre chi dorme meno di 4,30 ore. Le cause di morte per chi esagera in un senso e nell'altro sono: attacchi di cuore, ictus e cancro.

Renata Simonotti

Nominato il Comitato Scientifico di Cipes-Piemonte

Nella riunione del Direttivo della CIPES Piemonte del 12 marzo 2002 si è proceduto alla nomina del Comitato Scientifico che dovrà provvedere a formulare proposte per la realizzazione di promozione della salute nei vari ambiti della vita civile. Per tale motivo al nucleo promotore costituito dal Prof. Resegotti, presidente, Dr. Fornero, Segretario. Prof.ssa Lemma, Dr.ssa Coffano e Ing. Villa sono stati affiancati il Dr. Valpreda, il Dr. Ostino, il Dr. Bono, il Dr. Bianco il Dr. Sardi e la Prof. Dirindin che si incontreranno il 22 marzo p.v. per avviare il programma di lavoro. Il primo atto sarà quello di esaminare il Documento dello IUHPE "Prove di Efficacia della Promozione della Salute", che è stato tradotto in Italiano e inserito nella pagina Web del CIPES Piemonte. Si tratta del "Core document" destinato fondamentalmente ai decisori politici che è stato inviato alla Commissione Europea come strumento per disegnare la Salute Pubblica nella nuova Europa. Esiste anche un documento più esteso con ricca documentazione bibliografica che è disponibile in Inglese per consultazione presso la nostra sede.

L'importanza del documento risiede dal fatto che vengono analizzati separatamente obiettivi politici sanitari e sociali. Appare da esso che la promozione della salute è uno strumento efficace e più vantaggioso del potenziamento delle cure mediche agli effetti di garantire il benessere della popolazione in Europa.

Frutto di 12 anni di ricerca e di studi di efficacia, mirava a saldare la frattura che oggi ancora esiste fra coloro che devono decidere le politiche di salute e il mondo accademico e dei professionisti della salute.

Il documento risente evidentemente dell'Organismo a cui è indirizzato, organismo politico e non tecnico, per cui le riportate affermazioni della esistenza di prove a favore dell'efficacia della promozione della salute in vari ambiti non sono basate su dati statistici sottoposti ad analisi della significatività delle differenze a cui sono abituati i ricercatori.

E' significativa l'affermazione che misurare la promozione della salute non è come prendere la temperatura di un paziente.

Nutbeam, Professore di Salute Pubblica all'Università di Sidney, fa osservare che mentre uno studio randomizzato sull'efficacia del by-pass coronarico per il benessere dei cardiopatici può a breve termine fornire chiare prove di efficacia ciò non può avvenire per i programmi di educazione sanitaria e di promozione di stili di vita idonei che a lungo termine producono un uguale impatto sul benessere dei cardiopatici.

Il problema della promozione della salute non può essere affrontato secondo i criteri della sperimentazione scientifica. E' come seminare un campo: occorre molto tempo per veder crescere il grano, ma l'abbondanza del raccolto è di per se prova dell'efficacia della semina. Inoltre il confronto fra diversi comportamenti può trovare ostacoli etici.

Promuovere la salute richiede risorse umane e finanziarie. E' un buon investimento?

Prolungare la durata di vita delle persone non porterà ad un aumento enorme della popolazione anziana con costi insostenibili per la società e impossibilità di garantire a tutti una pensione coi contributi di una popolazione di giovani lavoratori che è invece in continuo calo?

La promozione della salute non può essere vista come un'attività avulsa del contesto sociale. Norme pensionistiche adottate quando l'attesa di vita era di 65 anni, non possono restare valide quando l'attesa di vita è di 10, 15 anni maggiore. Non a caso la nuova definizione di anziano adottata in campo internazionale è quella di persone la cui attesa di vita è ancora di 10 anni, quindi 73 anni per gli uomini e 78 per le donne.

Oggi a 65 anni una persona è generalmente in condizioni fisi-

che migliori di un cinquantenne di mezzo secolo fa e può continuare a svolgere una attività lavorativa.

D'altro lato il problema della salute mentale degli anziani diventa ineludibile. La depressione della persona che si sente emarginata dalla vita produttiva e sociale è un fenomeno sempre più rilevante. Mantenere una occupazione agli anziani, spostandoli magari ad altri campi di attività, come quello sociale in cui il bisogno è in crescita, per liberare posti di lavoro per i giovani è un modo di promuovere la salute degli anziani che continuano così ad essere considerati un valore.

Il conservatorismo spinto di alcune forze sindacali non è sostenibile in un'ottica di promozione della salute per tutti in Europa. E' veramente essenziale il confronto fra decisori politici e studiosi di problemi sociali introdotto dalla IUHPE e va auspicato che la Commissione Europea dia il giusto rilievo a questo documento.

Luigi Resegotti

Rilancio della Consulta delle Associazioni

Le Associazioni rappresentano per la collettività uno straordinario potenziale di cultura e solidarietà che dobbiamo essere in grado di riconoscere e valorizzare pienamente. In particolare nella promozione della salute le Associazioni svolgono un ruolo fondamentale che può estrinsecarsi in ambiti svariati e che mette insieme esperienze, sensibilità, conoscenze di grande rilievo e di notevole efficacia specie quando, attraverso la definizione di obiettivi e progettualità comuni, si mettono in campo sinergie e si supportano la motivazione e gli interessi generali.

Per questo, ponendo a riferimento i 21 obiettivi di salute per il XXI secolo della OMS Europa, la CIPES individua nella Consulta delle Associazioni uno strumento organizzativo e operativo di rilevanza strategica sia sul piano culturale che sul piano della diffusione e del radicamento territoriale.

L'Art. 19 dello Statuto della CIPES prevede che "La Consulta delle Associazioni si compone di non più di venticinque membri. Essi sono designati dal Consiglio Direttivo anche sulla base delle indicazioni delle Associazioni, sia aderenti sia non aderenti, ma disponibili ad operare in modo coordinato per la realizzazione delle finalità comuni".

L'esigenza di rilanciare la Consulta delle Associazioni comporta quindi un lavoro di rete e di coinvolgimento che trae radici nella storia della CIPES e che necessita del più ampio coinvolgimento dei soci e delle Associazioni sia quelle già iscritte, sia quelle che comunque sono presenti nella realtà sociale e che possiamo pensare di contattare incrementando ulteriormente quanto già siamo in grado di esprimere.

Attualmente alla CIPES sono collegate 55 associazioni: possiamo porci sicuramente gli obiettivi di rinnovare tutte le iscrizioni e di allargare il numero delle associazioni aderenti. Contatteremo tutte le Associazioni aderenti inviando un documento che propone il rilancio della Consulta e invieremo a tutte le Associazioni una scheda per promuovere nuove collaborazioni e raccogliere proposte e suggerimenti.

Il lavoro che dovremo svolgere è sicuramente intenso. L'obiettivo che ci poniamo è però molto stimolante perché ci permette di estendere la nostra rete investendo sulla promozione della salute primaria, proprio in un momento in cui occorre con forza riaffermare la valenza fondamentale delle politiche per la tutela della salute perseguite credibilmente a livello interistituzionale e intersettoriale con il contributo attivo del volontariato, dell'associazionismo delle professioni.

Michelangelo Petrolo

"Sotto lo stesso cielo"..... Attraverso il Comitato territoriale i cittadini di Borgo San Dalmazzo spiegano le ragioni del loro NO all'insediamento della Centrale termoelettrica

QUESTI I FATTI....

L'Italgen S.p.A., azienda del gruppo Italcementi S.p.A., sta portando avanti un progetto di costruzione di una Centrale Termoelettrica che produrrà circa 800 MW di elettricità per ora, a ciclo continuo, 24 ore su 24, per 365 giorni l'anno.

Essa brucerà metano ed immetterà nell'aria almeno 5 milioni di metri cubi di aria per ora dai due camini alti 50 metri (se autorizzata sarà una delle più grandi d'Europa).

Il sito prescelto è collocato a 1 km dal centro dei paesi di Borgo S. Dalmazzo (12.000 abitanti) e Roccavione (5.000 abitanti) ed è a ridosso delle strutture sanitarie dell'ASL 15 e di tre scuole (asilo, elementari e medie) dove quotidianamente frequentano circa 800 bambini.

Per contrastare questo progetto si è costituito un "Comitato territoriale contro la centrale", che in pochi mesi è riuscito a sensibilizzare il territorio attraverso incontri pubblici, dibattiti, raccolta firme ecc.; voglio sottolineare come i cittadini che partecipano a questo Comitato non sono degli "ambientalisti integralisti".

A seguito di questo lavoro si è registrata una contrarietà compatta (enti locali, organizzazioni del mondo produttivo, enti di controllo e cittadini) e politicamente trasversale forte di un ampio consenso dei cittadini oltre che dalle relazioni tecniche dell'ARPA e dall'ASL che evidenziano i gravi rischi relazionabili.

Purtroppo gli enti locali nell'iter autorizzativo di impianti di questo tipo hanno unicamente un ruolo consultivo e quindi la loro contrarietà non è assolutamente sufficiente, l'autorizzazione definitiva verrà infatti rilasciata a Roma dai Ministeri dell'Ambiente e delle Attività produttive; quest'ultimo Ministero con il decreto "sblocca centrali", ha recentemente evidenziato la volontà di autorizzare il maggior numero di centrali per far fronte ad un fantomatico black-out elettrico che metterebbe a rischio l'intera Nazione nei prossimi anni.

Alle Associazioni ed Enti collettivi

La CIPES Piemonte mette a disposizione dei Soci collettivi relatori per illustrare alcuni dei principali documenti di salute:

- Salute 21 dell'OMS Europa
- Stato di Salute del paese (Ministero della Sanità)
- La Salute in Piemonte 2000 (Regione Piemonte)

Dei singoli documenti sono possibili approfondimenti degli aspetti settoriali.

Sono a disposizione sintesi dei rispettivi documenti ed anche copia dei testi integrali.

Per concordare: Tel. 011.4310762 - Fax 011.4310768
e-mail: cipes@arpnet.it

Il rischio che il progetto presentato sia approvato è quindi elevato e concreto in quanto vi sono interessi economici importanti (l'investimento è stimato in circa 600 - 700 miliardi di lire).

E' necessario quindi che **si sollevi il caso a livello Nazionale**, in modo da spingere gli Enti competenti a prendere delle decisioni non basandosi unicamente su valutazione di tipo economico, ma valutando in modo approfondito quella che è la realtà socio economica locale e le caratteristiche del sito prescelto.

La prossima manifestazione pubblica promossa dal Comitato territoriale contro la Centrale Termoelettrica si terrà a Borgo S. Dalmazzo sabato 6 Aprile, alle ore 14,30, presso il piazzale antistante l'ex Bertello in via Vittorio Veneto. Enti e i cittadini sono caldamente e cordialmente invitati.

E QUESTI I NOSTRI MOTIVI PER DIRE "NO"

Le centrali termoelettriche di questo tipo hanno una serie di impatti ambientali molto significativi che vanno dalla emissione di gas inquinanti, dal rumore, al cambiamento del microclima, ecc.; in più il territorio prescelto per la costruzione risulta già ampiamente compromesso in quanto nell'arco di pochi chilometri vi sono due cementerie, una cartiera, una discarica, un impianto di lavorazione della silice, ecc..

Gli inquinanti emessi dalla centrale andrebbero quindi a sommarsi a quelli presenti, aggravando ulteriormente una situazione giudicata dagli enti di controllo al limite.

Un altro motivo di inidoneità del sito è la sua dislocazione alla confluenza della Valle Vermentagna e della Valle Gesso nella piega delle Alpi, circondato dalle anticime e cime del Massiccio dell'Argentera superiori ai 3000 metri. Si tratta di valli strette con assenza di venti al di là del fenomeno delle brezze di valle e di monte al mattino ed alla sera utili per il volo degli uccelli ma inidonee ad evitare il ristagno degli aereodispersi.

L'aria emessa dai camini conterrà, ingenti quantità di ossidi di azoto (NOx), uno degli inquinanti atmosferici più pericolosi in quanto irritante delle mucose delle vie respiratorie oltre che responsabile delle piogge acide, di monossido di carbonio (CO) e di biossido di carbonio (CO2), quest'ultimo stimabile per difetto in almeno 400 mila kg l'ora.

A titolo di esempio, per compensare il degrado della qualità dell'aria che si avrà nel nostro territorio, si dovrebbero spegnere almeno 180 mila caldaie a metano per uso individuale da 30 mila Kcal./ora, che funzionino 8 ore al giorno per 365 giorni all'anno!

Gli inquinanti non scompariranno nel nulla, ma verranno, prima o poi, respirati dagli abitanti con stimabile detrimento sanitario in primis per l'incremento delle malattie dell'apparato respiratorio.

Sono previsti inoltre prelievi di acqua, pari a 864 mila litri al giorno dal torrente Gesso (in secca per parecchi mesi all'anno!) oltre ad una sottrazione di circa 8000 l per anno per cittadino di Borgo SD di acqua potabile dall'acquedotto municipale.

Più della metà dell'acqua prelevata dalla centrale sarà immessa in seguito nell'atmosfera sotto forma di vapore acqueo. Il progetto stima tale quantità in 24,4 metri cubi l'ora. Proviamo ad interpretare il dato: 24,4 metri cubi sono pari a 24400 litri di acqua.

Ciò significa che in un giorno saranno immessi nell'atmosfera almeno 585 mila litri d'acqua. Quali cambiamenti indurrà il vapore acqueo sul microclima locale? Il vapore, per essere tale, deve essere riscaldato ad almeno 100° C e che verranno immessi nell'atmosfera almeno 5 milioni di metri cubi di aria a tale temperatura dai due camini della centrale.

Sicuramente si avrà un riscaldamento dell'aria, inevitabile, visti i numeri in gioco. Si può anche ipotizzare il fenomeno della nebbia nel periodo invernale ed un aumento dell'umidità (afa) nel periodo estivo.

Questo in sostanza il pessimo biglietto da visita che i cittadini delle valli presenterebbero nel prossimo futuro ai turisti e soprattutto.... ai propri figli.

Articolo a cura di Luca Gentile
Per il Comitato territoriale contro la centrale termoelettrica
(chiunque volesse saperne di più può contattare
Luca Gentile: 0171/66165)

Tra umanizzazione ed efficienza: il percorso assistenziale del paziente oncologico nella fase avanzata di malattia

Esperienza dell'Unità Operativa di Oncologia Clinica e Cure Palliative della A.S.L. 15 di Cuneo in un'ottica di HPH

Il paziente affetto da neoplasia è esposto, lungo tutto il percorso della malattia, a bisogni complessi e di diversa natura. L'evoluzione della patologia tumorale provoca, infatti, l'alterazione di ogni connotazione personale: identità corporea, ruolo sociale e familiare, status economico, equilibrio psicofisico, sfera spirituale.

Nel percorso ideale di un paziente oncologico, per la complessità della situazione che egli si trova ad affrontare, un intervento corretto non può essere settoriale, né standardizzato e non può prescindere dalla globalità del malato.

Dall'analisi dei modelli esistenti e dall'osservato in molte realtà emerge come, nonostante le risorse esistenti, la scarsa umanizzazione spesso derivi dalla frammentazione dei servizi offerti e dalla non continuità delle risposte erogate e come, agli stessi Medici di Base, per l'inadeguata modulazione dei percorsi, non sia data l'opportunità di usufruire appieno delle opzioni assistenziali.

Infatti i modelli ospedaliero e territoriale, se non adeguatamente integrati, forniscono prestazioni settoriali e non assolvono ai reali bisogni delle persone.

Tenendo conto di queste preliminari considerazioni, la nella ASL 15, attraverso la Unità Operativa Oncologia e Cure palliative che ha sede a Busca, ci stiamo impegnando per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. definire e realizzare un piano di cure personalizzato e orientato a migliorare la qualità di vita;
2. fornire una risposta globale ai bisogni del pz e della sua famiglia;
3. favorire l'autonomia decisionale e l'autocura;
4. accompagnare la persona assistita nell'ultima fase della vita;
5. supportare i familiari nell'assistenza e nel lutto.

Il nostro modello organizzativo vede la creazione del Centro Oncologico Diurno (C.O.D.) che è stato messo in essere, sotto l'egida del Polo Oncologico di Cuneo, dall'integrazione dell'U.O.A. di Oncologia Medica dell' A.S.O. S. Croce e Carle, l'U.O. di Oncologia e Cure Palliative dell'A.S.L. 15 e altri servizi ospedalieri e territoriali, pubblici e no profit.

Le sue caratteristiche lo inseriscono di forza nell'ambito territoriale, mantenendo una facile accessibilità e fruibilità da parte di pz e operatori.

E' caratterizzato dalla possibilità di fornire risposte a situazioni complesse, ma che non necessitano di sorveglianza continua e non richiedono l'impiego di tecnologie altamente sofisticate, per le quali è necessario ricorrere alle strutture proposte (Azienda Ospedaliera).

In questo contesto l'attenzione viene spostata dalla prestazione alla presa in carico del soggetto, che diviene partecipe del processo di cura e vengono fornite risposte anche ai suoi bisogni inespresi. Gli specialisti presenti, infatti, non

forniscono prestazioni tecniche, ma formano il paziente e la famiglia e si interfacciano con altri professionisti non medici. Il servizio è marcatamente orientato alla palliazione, poiché circa il 50% dei pazienti che vi accedono evolvono verso un esito infausto della loro malattia.

Sono stati individuati e posti in essere i seguenti criteri:

1. individuazione dei bisogni emergenti di ogni singolo individuo e conseguente pianificazione per obiettivi;
2. valutazione costante della qualità di vita perché la soggettività e multidimensionalità di questo dato permettono di fornire interventi mirati;
3. attuazione di terapie di supporto finalizzate al miglioramento della stessa;
4. possibilità di accesso ad ambulatori plurispecialistici (oncologia, palliativologia, algologia, dietologia, fisioterapia, psiconcologia), orientati ai bisogni;
5. interventi di natura infermieristica, esplicitati anche attraverso l'addestramento alla gestione di specifiche procedure e vari dispositivi per valorizzare le risorse dell'assistito e assicurarli la possibilità dell'autocura;
6. comunicazione circa le opzioni praticabili durante tutto l'iter e autonomia del pz per le relative scelte;
7. creazione di gruppi di auto-aiuto.

E' offerta la possibilità di ottenere in tempo reale risposte a bisogni di natura organizzativa o sanitaria attraverso la presenza di un punto informativo gestito da operatori amministrativi ed infermieri.

Lo strumento informativo utilizzato è una cartella multidimensionale, orientata per problemi, che ben fa emergere l'integrazione dei diversi professionisti che si avvicendano nell'assistenza, evitando la frammentazione dei dati e favorendo la sintesi della situazione di ogni persona assistita.

Il C.O.D. rappresenta il collegamento tra l'assistenza domiciliare (Medici di Base, Assistenza Domiciliare Integrata, Enti no profit) e l'Hospice (sede residenziale di cure palliative) tramite l'équipe di terapie palliative dell'U.O. e si integra con le strutture esistenti nell'A.S.O. per accompagnare la persona lungo tutto il percorso di malattia.

Dall'analisi della casistica prodotta a partire dall'attivazione del servizio, emerge come le attività predominanti si configurino in addestramento, terapie di supporto ed interventi volti al soddisfacimento di bisogni psicologici.

Il C.O.D. svolge, inoltre, la funzione di collegamento tra le diverse realtà assistenziali con cui il paziente viene in contatto, facendo propri i loro modelli organizzativi e modulando i percorsi di ciascuna persona assistita.

Articolo a cura di

Dr. G. Siciliano*, Dr. P. La Ciura*, Dr. B. Durbano*, I.P. I. Tallone*, I.P. A. Viale*, I.P. L. Bianco*, Dr. M.G. Alberico°, Dr. P. Ruta*

* Direzione Sanitaria ASL 15- Cuneo

* Unità Op.va Oncologia e Cure palliative ASL 15 Cuneo

Soci, lettori,

Inquinamento dell'aria e delle acque, rifiuti non riciclati, incidenti sul lavoro, stradali e domestici oltre l'accettabile, ecc. sono solo i titoli di grandi e gravi problemi, di minacce alla salute che molti sottovalutano. Ciò ci impone un impegno individuale maggiore, anche verso la società e le istituzioni.

Tutti ci potete aiutare ad essere più numerosi e più forti, per far crescere una nuova cultura della salute che risponda alla realtà ed ai bisogni del 21° secolo.

Alimentazione e sport

Progetto pilota di educazione alimentare - motoria in un istituto scolastico della Asl BN1 - Anno Scolastico 2001/2002

Poiché l'obesità del bambino, è attualmente il problema nutrizionale più frequente nel nostro Paese, e poiché il bambino obeso non ha solo diversi problemi immediati, ma pone anche un'ipoteca su una serie di rischi durante l'età adulta, poiché è difficile curare l'obesità, una volta che questa si sia instaurata, un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta alla Prevenzione, specie durante l'età evolutiva. Ciò non significa spingere i ragazzi a digiuni forzati, oppure creare schiere di atleti fortemente impegnati nella ricerca di un fisico eccezionale; anzi, la prevenzione, se seriamente interpretata dovrebbe dare degli stimoli affinché siano modificati gli "stili di vita", che tanto contribuiscono a creare situazioni negative.

La scelta di una sana alimentazione rappresenta naturalmente la prima regola di prevenzione dell'obesità, occorre introdurre il concetto di moderazione nell'alimentazione che è ben diverso dalla restrizione.

Infatti, nessun alimento va demonizzato ed eliminato dalla dieta, tutti i cibi possono essere presenti in quantità moderata, e con equilibrio.

E' importante però decidere quali scelte privilegiare, quali alimenti preferire.

L'intervento preventivo nella scuola rappresenta una strategia cui spetta un'indiscussa priorità. Un programma di educazione sanitaria scolastica tuttavia non può funzionare se non si inserisce una strategia più articolata, che coinvolga tutte le componenti della società. Indispensabile quindi il coinvolgimento dei genitori e delle istituzioni, per instaurare una corretta informazione e formazione.

ATTIVITA' FISICA

Per quanto una dieta corretta possa giovare ai fini del mantenimento di un peso - forma, non si deve pensare che si possa mantenere l'equilibrio energetico a scapito solo delle entrate. E' necessario anche un incremento dell'attività fisica. Tra i vari provvedimenti preventivi l'esercizio fisico rappresenta un alto numero di effetti positivi ed anche importante ai fini della prevenzione delle ricadute dell'obesità dopo il calo ponderale.

Poiché la tendenza ad una vita attiva si apprende precocemente, è essenziale che il bambino venga motivato sin dai primi anni di vita attraverso il gioco, compatibilmente con il grado di destrezza raggiunto. Se si vuole che il soggetto conservi per sempre la tendenza alla vita attiva, occorre che l'esercizio fisico, durante l'esperienza infantile, venga abbinato ad una sensazione piacevole.

L'adulto che pratica jogging esclusivamente per motivi di salute, senza tuttavia divertirsi, tornerà in breve tempo alle precedenti abitudini sedentarie. Un ruolo importante nella promozione dell'attività fisica spetta alla scuola, nella quale dovrebbero essere privilegiate le attività di gioco che consentono la partecipazione di tutti gli alunni. Purtroppo spesso la scuola fornisce invece, le prime opportunità di competizioni agonistiche che servono forse a selezionare il "campioncino", ma che al tempo stesso allontanano, talora definitivamente, molti ragazzi dal piacere di svolgere l'attività fisica.

Tra le attività da incoraggiare figurano il camminare, l'andare in bicicletta, il gioco all'aria aperta con i compagni, la palestra, la partecipazione ad attività sportive di squadra (es. calcio, basket, pallavolo), ed a campi estivi. E' importante che tutti i bambini possano svolgere attività motoria, compatibilmente con le loro capacità, attitudini e condizioni di salute.

I benefici della promozione dell'attività fisica in età pediatrica ed adolescenziale potrebbero rendersi manifesti solo nell'età adulta, quando l'attitudine alla vita attiva rappresenterà un mezzo efficace di preven-

zione dell'obesità, dell'aterosclerosi e delle loro complicanze.

Nel D.S. 24 della ASL di BN, la percentuale di bambini obesi, è risultata particolarmente elevata, pertanto si ravvisa la necessità di tentare un programma in cui al progetto sull'alimentazione se ne associ uno volto ad incrementare l'attività fisica.

Il "progetto pilota" sarà applicato all'Istituto Comprensivo di "Sant'Angelo a Cupolo", istituto diretto dalla dott.ssa Norma Pedicini, nell'anno scolastico 2001-2002, ed interesserà 15 delle 30 classi, per un totale di 240 allievi di scuola elementare e media.

Esso richiederà il coinvolgimento di bambini, genitori, insegnanti, professori di educazione Fisica, operatori ASL e medici del territorio.

I ragazzi di IV e V elementare saranno divisi in due gruppi, un gruppo di 56 alunni, svolgerà attività fisica anche nelle ore pomeridiane; con tutti i 240 alunni sarà invece svolto solo il progetto di Educazione alimentare; ciò al fine di poter confrontare, a fine anno scolastico, eventuali differenze fra il gruppo di controllo che ha praticato più ore di attività motoria, e quello che ha applicato solo il progetto di educazione alimentare.

Obiettivo principale: l'instaurarsi di una abitudine allo svolgimento dell'attività fisica che non sia fanatismo, ma semplice consuetudine, (non saranno infatti selezionati solo bambini obesi).

Gli argomenti trattati saranno:

Alimentazione: come alimentarsi

Ginnastica: Suggerimenti per una attività fisica personalizzata.

Partecipanti al Progetto:

dott.ssa Ersilia Palombi – Medico nutrizionista del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della ASL BN1

dott.ssa Nicolina Glielmo – Responsabile della U.O.M.I. del Distretto Sanitario n. 24

dott. Luca Milano – Medico del territorio

15 Insegnanti dell'Istituto comprensivo di S. Angelo a Cupolo, coordinati dalla Referente alla salute Ins. Iannace Lidia

Materiali e metodi

Nella prima fase del programma i ragazzi compileranno una scheda relativa alle abitudini alimentari ed all'attività fisica praticata (la scheda viene distribuita in classe e compilata a casa con l'aiuto dei genitori)

Saranno pesati e misurati tutti gli scolari partecipanti al progetto (dott.ssa E. Palombi, dott.ssa N. Glielmo) e sarà praticata una valutazione della composizione corporea tramite impedenziometria computerizzata (dott.a Palombi SIAN) su tutti i 240 scolari di IV e V elementare, I e II media.

Contemporaneamente si avvicineranno le scolaresche con incontri frontali, proiezioni di video, somministrazione di questionari, che gli operatori ASL svolgeranno a supporto dell'attività didattica degli insegnanti, i quali invece applicheranno il progetto di educazione alimentare relativo alle diverse età dei bambini.

Gli argomenti trattati saranno esposti in:

Lezioni di fisiologia della digestione – (dott.ssa N. Glielmo)

Lezioni sulla Corretta Alimentazione - (dott.ssa Ersilia Palombi)

Lezioni sull'attività fisica : - Anatomia dei muscoli; Benefici dell'attività fisica per la salute umana; - Sport di potenza e sport di resistenza. (dr Luca Milano)

Applicazione pratica: programma coordinato dai Professori di Educazione Fisica (L. D'Agostino, e L. La Peccerella) 5 ore a settimana (giochi, programmi di passeggiate, gare) con relativi consigli dietetici ed allestimento di merende comuni, per 56 ragazzi (previo certificato medico)

A fine anno scolastico sarà ripetuta la rilevazione del peso e dell'altezza di tutti i ragazzi e l'esame impedenziometrico per confrontare il gruppo di controllo con il resto dei partecipanti.

I dati, saranno elaborati dai medici della ASL partecipanti al progetto, ed i risultati comunicati alla scuola presentati ai genitori, nel corso di una manifestazione alla quale parteciperanno attivamente i ragazzi.

Risultati attesi:

Azioni di genetica comunitaria

L'Unità Operativa di Educazione alla Salute dell'Azienda U.S.L. n.3 di Catania, l'AIES Sicilia e l'Università di Catania, al fine di avviare un programma pluriennale di prevenzione sulle malattie genetiche, sta realizzando un progetto che prende il nome di "Azioni di Genetica Comunitaria".

Il progetto trae spunto da una collaborazione tra Le Unità Operative di educazione alla Salute delle AUSL di Catania e di Caltanissetta al fine di promuovere tra gli adolescenti una cultura della prevenzione attraverso la consapevolezza e la responsabilità nei confronti della maternità e paternità.

Col nome Genetica Comunitaria si intende quella branca della genetica che recentemente ha assunto le caratteristiche di una vera e propria disciplina. Essa si avvale di principi e metodi che consentono il confronto tra azioni di politica sanitaria e i risultati ottenuti nei vari paesi del mondo in ordine di prevenzione delle malattie genetiche. Tale disciplina oltre alle azioni sanitarie con finalità specifiche, come ad esempio quelle della ricerca dei portatori del gene affetto della beta-globina, sviluppa azioni informative e formative le cui finalità sono educative e hanno come obiettivo la diffusione della conoscenza delle malattie genetiche, attraverso strumenti di varia natura, che vanno dai progetti educativi per la scuola, come appunto il nostro, alle campagne informative attraverso i media.

Il primo anno del progetto è rivolto agli insegnanti delle scuole medie superiori della provincia di Catania e promuove un percorso finalizzato alla formazione in educazione alla salute attraverso la promozione della conoscenza e della comprensione dei fattori di rischio riproduttivo.

La presentazione del progetto è avvenuta tramite due seminari di sensibilizzazione:

• Al primo seminario sugli "Aspetti epidemiologici delle malattie genetiche", sono intervenuti i seguenti relatori:

Prof. G. Giammanco, Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Catania

Prof.ssa S. Pignato, Cattedra di Igiene, Università degli Studi di Catania

Dott. Salvatore Cacciola (Responsabile Unità Operativa per l'Educazione alla Salute, A.USL n. 3 Catania)

• Al secondo seminario (del 28 gennaio c.a.) su "Azioni di Genetica Comunitaria: educare alla prevenzione", sono intervenuti:

Prof. F. Mollica, Direttore della Clinica Pediatrica I, Università degli Studi di Catania

Dott. G. Lombardo, Unità Operativa per l'Educazione alla Salute, A.S.L.2 Caltanissetta

Dott.ssa G. Garofalo, Centro di Genetica Medica "M. Averna" Associazione Casa Famiglia Rosetta

Dott.ssa A. Di Luca, Responsabile E. S. Provveditorato agli Studi di Catania

Prof.ssa T. Mattina, Cattedra Genetica Medica degli Studi di Catania

Dott.ssa C. Falduzzi, Studio associato Thesaurus

Prof. F. Mollica, Direttore della Clinica Pediatrica I, Università degli Studi di Catania

Dott. S. Siciliano, Servizi di Prevenzione Diagnosi e Cura della

Talassemia A.O. "Cervello" Palermo

Il corso di formazione, che è stato articolato in quattro incontri seminari per gli insegnanti di scuola media superiore di II grado, intende raggiungere i seguenti obiettivi specifici:

- riconoscere i meccanismi che stanno alla base della trasmissione delle malattie genetiche;
- riconoscere la differenza fra le malattie sessualmente trasmesse e malattie genetiche;
- riconoscere le tecniche preventive delle malattie genetiche in epoca prezigotica e prenatale.
- favorire lo sviluppo del senso di responsabilità personale e della personale capacità decisionale nei confronti della procreazione;
- consentire una riflessione sui propri comportamenti e sulle proprie credenze e modificare le credenze errate;

Per individuare atteggiamenti e conoscenze sulle tematiche da sviluppare è stato proposto ai partecipanti un questionario conoscitivo diviso in quattro sezioni:

1. Scheda d'ingresso (che è stata somministrata solo durante il primo incontro);
2. Parte del questionario relativo agli obiettivi informativi;
3. Relativa agli obiettivi educativi;
4. Scheda di gradimento.

Inoltre è stato utilizzato il CD ROOM multimediale "Genetics" realizzato dall'Associazione Casa Famiglia Rosetta – Centro di Genetica Medica "Michele Averna".

Il progetto è stato realizzato grazie alla collaborazione della 1° Clinica Pediatrica e dalla Cattedra di Genetica Medica della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Catania, dell'Associazione Italiana Educazione Sanitaria, dell'Associazione Casa Famiglia Rosetta – Centro di Genetica Medica "Michele Averna", del Provveditorato agli Studi di Catania

Scuola in forma – Generazione Futura

Le iniziative promotrici dell'educazione alla salute, particolarmente nel campo delle malattie genetiche e dei difetti congeniti non sono mancate e non mancano nella nostra regione.

A tal proposito la Casa Famiglia Rosetta ha organizzato a Caltanissetta un progetto "Scuola in forma – Generazione Futura", curato dal dott. G. Lombardo e dalla dott.ssa G. Garofalo.

L'obiettivo principale è stato quello di puntare l'attenzione sulla riflessione riuscendo ad occasionare l'apprendimento.

I due relatori si sono soffermati soprattutto sull'aspetto valutativo del progetto. In particolare sono stati sottoposti a valutazione il grado di apprendimento, di gradimento e della conduzione delle unità di lavoro mostrando le varie metodologie. Dai risultati si evince che i ragazzi mostrano per i problemi della salute in genere, e della prevenzione in particolare, un grandissimo interesse. Interesse certamente superiore a quello dei loro insegnanti e dei nostri amministratori e politici. Ma il vero problema consiste nella valutazione a distanza: il fatto che i ragazzi abbiano appreso non significa che abbiano modificato il loro atteggiamento.

Le azioni realizzate nell'ambito del progetto pilota "Scuola in forma – Generazione Futura" hanno posto in evidenza l'importanza di sviluppare un percorso formativo rivolto agli insegnanti che garantisca lo sviluppo e l'applicazione delle metodologie e degli strumenti utilizzati, nella prospettiva della diffusione del progetto. Sono infatti in corso le "linee - guida" per lo sviluppo di programmi finalizzati alla prevenzione delle malattie genetiche ed è stato creato un CD-ROOM, "Genetics" che è stato presentato dalla dott.ssa Falduzzi e che si è proposto come strumento utilizzabile nelle scuole della provincia di Catania.

Alla fine dei lavori si è manifestata da parte degli insegnanti presenti al seminario un grande interesse nel voler partecipare al corso di formazione che è iniziato il 28 febbraio.

Salvatore Cacciola

⇒ Segue da pag. 22

*Presenza di coscienza da parte dei genitori e dei ragazzi delle scorrette abitudini alimentari.

*Maggiore attenzione all'attività fisica, sia da parte delle famiglie che della scuola.

*Benefici per la salute dei bambini (soprattutto per quelli obesi)

dott.a Ersilia Palombi Responsabile Settore Nutrizione

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

Via dei Mulini- Pal. Paflo-82100 Benevento

Tel 0824/322241- Fax 0824/23154

1^a CONFERENZA REGIONALE H.P.H.

Health Promoting Hospitals



**Progetto
UMANIZZAZIONE
dei
SERVIZI SANITARI**



**OSPEDALI
PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE
Una rete dell'OMS**



**Presidio Sanitario
GRADENIGO**

**TORINO, 19 aprile 2002
Centro Congressi
TORINO INCONTRA
Via Nino Costa, 8**

PROGRAMMA

ore 8.30 - Registrazione dei partecipanti

ore 9.00 - Saluto delle autorità

ore 9.15 - Apertura dei lavori:
suor M. Grazia Tirelli, *Ospedale Gradenigo*
**PERCHÉ UN PROGETTO SULLA UMANIZZAZIONE DEI SERVIZI
SANITARI**

I^a SESSIONE

ore 9.30 - dr. Giorgio Lovera
Psichiatra Psicoterapeuta Centro Regionale Trapianti Ospedale Molinette
UMANIZZAZIONE E TECNO-MEDICINA: SONO CONCILIABILI?

ore 10.00 - dr. Giuliano Guareschi
Medico di Direzione Sanitaria, O.I.R.M.-S.Anna, Torino
**UN PROGETTO PER GLI OPERATORI SANITARI:
ORIGINE E SVILUPPO**

ore 10.20 - dr. Massimo Leporati
Referente Rete H.P.H., A.S.L. n° 21- Casale M.to
LAVORARE PER OBIETTIVI: SINTESI DI UN PERCORSO
Moderatore dr. Roberto Sacco,
Direttore Sanitario, Ospedale Gradenigo

ore 10.40 - Coffee Break

ore 11.10 - dr.ssa Paola Sguazzi
Medico di Direzione Sanitaria, A.S.O. S. Luigi, Orbassano
dr.ssa Anna Roga - *Psichiatra di Direzione Sanitaria,
Ospedale di Vercelli*
**IL "QUESTIONARIO" COME STRUMENTO DI LAVORO:
UN SINTOMO IN CIFRE**

ore 11.30 - Sig.ra Silvana Viviani

Area formazione, A.S.L. n° 7

**LA COMUNICAZIONE COME FATTORE DI QUALITÀ:
IL PERCORSO DEGLI OPERATORI**

ore 11.50 - Sig.ra Marisa Toso
Segretariato Sociale, Ospedale Gradenigo,
**PROTOCOLLO DI ACCOGLIENZA: UNA PROPOSTA
DA SPERIMENTARE**
Moderatore dr. Sebastiano Castellano,
Direttore Sanitario, A.S.L. n° 16, Mondovì - Ceva

ore 12.10 - Dibattito

ore 13.00 - Pausa pranzo

II^a SESSIONE

PRESENTAZIONE PROGETTI LOCALI

ore 14.30 - ESPERIENZE DI ACCOGLIENZA:

- **IN CHIRURGIA PEDIATRICA** - *Sig.ra Anna Persico, A.S.O. O.I.R.M. - S. Anna*
- **PER GLI ADULTI** - *Sig.ra Elisabetta Ferrando, A.S.L. n° 21*
- **PER GLI UTENTI STRANIERI**
Sig.ra A. Maria Borgarello, A.S.O. O.I.R.M. - S. Anna

ore 15.15 - **LA DIMISSIONE PROTETTA**
Sig. Claudio Tarricone, A.S.L. n° 4

ore 15.30 - **ALTRI PROGETTI.....**
Moderatore Sig.ra Carla Repetto,
*Dirigente Docente Scienze Infermieristiche e referente
di progetti per l'Educazione Sanitaria - ASL n°22*

ore 16.00 - Dibattito

ore 16.30 - Conclusione dei lavori

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

- Sabrina Grigolo - Area Formazione, Presidio Sanitario Gradenigo - tel. (011) 8151.222 - e-mail: formazione@h-gradenigo.it
- Paola Repetti - Relazioni aesterne, A.S.L. n. 22 - tel. (0143) 332241 - e-mail: p.repetti@asl22.it

Per motivi organizzativi si prega di comunicare la partecipazione alla Conferenza, via fax o via e-mail, fax (011) 8151281 - e-mail: segretariato.sociale@h-gradenigo.its