

Promozione Salute

Notiziario del CIPES Piemonte

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

La salute in piemonte

Quando c'è la salute c'è tutto. Lo dicevano i nostri vecchi ben prima che gli Organismi Internazionali riconoscessero che la salute non è solo assenza di malattie, ma benessere fisico, psichico, sociale e spirituale della persona.

Non stupisce quindi che la Sala Celli della CIPES Piemonte fosse gremita il 30 ottobre u.s., per ascoltare la relazione del prof. Giuseppe Costa, cattedratico della nostra università e coordinatore dei servizi di epidemiologia del Piemonte sulla Salute in Piemonte nel 2000.

Una accurata analisi della situazione è la premessa indispensabile per ogni azione rivolta a migliorare la salute della gente, ma questa non può esprimersi in una fredda fotografia di fatti, ma deve da un lato sforzarsi di riconoscere le cause di perdita di salute, vale a dire i determinanti della salute, e dall'altra riconoscere l'esistenza di disuguaglianze nello stato di salute di differenti gruppi di persone che possono suggerire delle azioni efficaci per migliorare la salute di tutti intervenendo sui fattori responsabili dello svantaggio per alcuni gruppi di persone.

Il confronto è lo strumento più utile che l'epidemiologo ci offre per la soluzione di problemi: un confronto che tenga conto di fattori geografici, politici, culturali e sociali.

A differenza della semplice rilevazione dei fatti che si limita a porre in luce i bisogni di salute, il confronto ha un valore operativo in quanto permette di stabilire delle priorità. Il punto centrale della relazione del Prof. Costa è stata l'individuazione dei criteri di priorità sulla base della frequenza, gravità e riserva di salute per ogni voce presa in considerazione, determinanti, malattie e gruppi vulnerabili.

Un primo confronto che deve essere fatto è quello fra la situazione in Piemonte e in Italia nel suo complesso e in zone geograficamente omogenee, quale ad esempio il Nord Italia. Molto opportunamente il Servizio di Epidemiologia ha abbinato

due strumenti di valutazione, quello oggettivo della speranza di vita alla nascita e quello soggettivo della salute percepita. L'attesa di vita in Piemonte è solo di poco inferiore ai valori medi italiani ed è al pari che nel resto del Paese inferiore di 5 anni negli uomini rispetto alle donne, mentre la salute percepita è inferiore per le donne in confronto agli uomini ma con differenze assai minori di quelle rilevate in Italia meridionale.

Un secondo punto è il confronto all'interno del Piemonte fra le varie aree di residenza da cui risulta uno svantaggio per le aree montane per quanto riguarda l'attesa di vita. Ma per quanto riguarda la salute percepita l'abitare al di fuori delle grandi aree urbane non sarà forse un vantaggio? La scritta che contorna lo stemma della Royal Society of Medicine di Londra recita "non est vivere sed valere vita": alcuni dati della relazione sottolineano la saggezza di tale motto.

Il terzo punto di confronto è quello relativo ai principali determinanti della salute, fumo, alimentazione, attività fisica, all'ambiente di vita, alla condizione lavorativa, alle patologie, in primo luogo quelle cardiovascolari e ai tumori, agli incidenti domestici, stradali e sul lavoro.

Il rilevante vantaggio delle classi a più elevata istruzione appare chiaramente legato all'adozione di stili di vita più sani e ciò

⇒ Segue a pag. 2

Il Prof.
Giuseppe
Costa
ed il Prof.
Luigi
Resegotti



⇒ Segue da pag. 1

dimostra da un lato l'elevata riserva di salute disponibile perché quello che oggi è il benessere di una classe è a portata di mano di tutti quelli che vorranno adottare lo stesso comportamento di fronte ai determinanti di salute, e dall'altra l'importanza dell'educazione e della corretta informazione come strumento efficace per creare salute e come priorità fra i vari interventi possibili.

Va naturalmente osservato che quando più fattori possono entrare in gioco nel determinare un vantaggio di salute per una classe di individui si impone un approfondimento dello studio con l'analisi multivariata per evitare di dare valore a condizioni non significative come ben sanno in particolare gli epidemiologi dei tumori.

L'ampia difformità di comportamenti fra i SerT delle varie ASL in Piemonte nei confronti del problema delle tossicodipendenze, che vanno da un uso generalizzato del metadone a un trattamento quasi esclusivamente psicosociale dimostra l'opportunità di un confronto dei risultati ottenuti in rapporto alle caratteristiche dei soggetti e al loro ambiente di vita per fornire linee guida condivise e di efficacia basata sulle prove.

La molteplicità dei problemi e l'eterogeneità delle popolazioni interessate impongono da un lato il coinvolgimento di varie professionalità nella ricerca delle soluzioni (e la costituzione delle reti OMS delle Città Sane, Regioni Sane, Luoghi di Lavoro Sani, Ospedali per la promozione della salute, Scuole per la Salute è la risposta a queste sfide) e dall'altro una particolare attenzione ai gruppi vulnerabili che sono i bambini, gli anziani e gli immigrati. In questo campo è essenziale la definizione degli ambiti e l'analisi dei fattori in gioco: abitudine, alimentazione, abitudini voluttuarie, rapporti sociali, attività.

Valga per tutti il superamento dei vecchi criteri di definizione degli anziani in favore di quello attuale di aspettativa di vita di 10 anni che portava già nel 1990 l'età di ingresso nella fascia anziani a 73 anni per gli uomini e 77 per le donne. Non per nulla L'OMS ha creato la categoria dei pensionati giovani, da 65 a 75 anni, considerati una risorsa e non un carico per la società.

I numerosi interventi "istituzionali" al termine della relazione, primi fra tutti quelli dell'Assessore Provinciale Dott.ssa Brunato, dell'Assessore di Torino, Dott. Lepri e del Presidente dell'Ordine dei Medici Dr. Bianco hanno delineato il ruolo che le istituzioni da loro rappresentate intendono svolgere per migliorare la salute di tutti i cittadini partendo proprio dai dati epidemiologici e dalle priorità da questi suggerite. Anche la CIPES Piemonte riconosce di aver un ruolo da svolgere in questo ambito, enucleando dalla grande massa di dati forniti dalla relazione del prof. Costa alcuni elementi che meritano di essere approfonditi in ulteriori riunioni presso la sala Celli, alle quali sarà cura del neo-costituito comitato scientifico della CIPES e del suo segretario invitare le persone maggiormente coinvolte nei vari problemi.

La sanità non è un elemento statico, ma dinamico, alla sua promozione siamo tutti chiamati e chi, come la CIPES ha in essa la sua ragione di essere, non può essere escluso.

Luigi Resegotti

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

Promozione Salute

anno 7, n° 5 novembre - dicembre 2001

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

Registrazione del Tribunale di Torino N°4686 del 3/9/1994

Sede: CIPES Piemonte, Via S. Agostino 20, 10122 TORINO, tel. 011/4310.762 - fax 4310.768 - E-mail cipes@arpnet.it, www.arpnet.it/cipes

Versamenti quote adesione: C/C Postale n.22635106, C/C Cassa di Risparmio di Torino, Ag. 9, n. 1692993/52, (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, Domenico MINGRONE Segreteria.

Hanno collaborato a questo numero:

Sante BAJARDI, MariaRita BARBERIS, E. BERTOLUCCI, Mariella BONELLO, Salvo CACCIOLA, Centro Maderna, Ce.PSl., Giuseppe CERVETTO, Enrico CHIARA, Mariella CONTINISIO, Gerardantonio COPPOLA, Giuseppe DI MAURO, Roberta DOTTO, Mario FULCHERI, Daniela GABUTTI, Massimo MARIGHELLA, Domenico MINGRONE, Anna MIRONE, Maria Vittoria MONTEMURRO, Germana MUSCOLO, Silvana PATRITO, Guido PIRACCINI, Luigi RESEGOTTI, Graziella ROMANI, Renata SIMONOTTI, Pier Carlo SOMMO, Maria Grazia TOMACIELLO, URP ASL 10, URE ASO S.Croce Cuneo, Piero ZAINA.

Fotografie: Archivio CIPES Piemonte

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

INVITO AI COLLABORATORI

Le notizie, gli articoli per il prossimo numero devono pervenire entro il **10 gennaio 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 | La Salute in Piemonte |
| pag. 3 | Rete HPH: Ila Conferenza Reg. Ospedale e territorio. Ospedale e territorio: lo stato dell'arte |
| pag. 4 | Nuovi assetti della Sanità piemontese |
| pag. 5 | Continuità assistenza farmaceutica |
| pag. 6 | Unione Europea e sanità pubblica |
| pag. 7 | Uno sguardo alle medicine non convenzionali |
| pag. 8 | Territori e salute |
| pag. 9 | Scuola e salute, News |
| pag.10-12 | ASL3, ASL4, Asl 8, ASL10, ASL16, ASL20, ASO S,Croce, ASO OIRM S.Anna |
| pag. 13 | DoRS |
| pag. 14 | Centro Documentazione. Atti Regione |
| pag. 15 | Tre giorni volontariato |
| pag. 16 | La salute lavoratori è a rischio di stress |
| pag. 17 | dalle Associazioni: Promozione trapianti, Centro psicoanalitico, Centro Maderna |
| pag.18-19 | CIPES Cuneo, CIPES Campania |
| pag. 20 | CIPES Sicilia |

IIa Conferenza Regionale Progetto HPH Ospedale e Territorio

Ivrea, 9-10 novembre 2001



Il Dr. Carmelo Del Giudice, Commissario della ASL, apre i lavori della Conferenza

Per la IIa volta, a distanza di un anno, ci siamo trovati al Centro Congressi "La Serra" di Ivrea in un pubblico confronto sui temi sviluppati dal Progetto "Ospedale e Territorio", uno dei 4 progetti regionali della Rete HPH piemontese.

La sensibilizzazione ai programmi del Progetto HPH dimostrata dal precedente Direttore generale è stata fatta propria dall'attuale commissario, dott. Carmelo Del Giudice, permettendo la continuità del lavoro dei vari gruppi, iniziato nel 1998, durante il quale hanno potuto riscontrare l'impegno ed il sostegno della Direzione generale e Sanitaria. La promessa fatta, durante la I Conferenza regionale, di ripetere la Conferenza per una valutazione del lavoro prodotto è stata mantenuta: basta scorrere il programma del Convegno per notare la ricchezza e la varietà degli argomenti trattati a dimostrazione che dalle proposte programmatiche teoriche si è arrivati a produrre "sul campo" per iniziare quel processo divenuto l'imperativo categorico del Progetto europeo dell'OMS cioè la trasformazione del modo di lavorare e di collaborare tra le strutture sanitarie, in primis l'ospedale, e le strutture, servizi ed attività assistenziali, sociali e di volontariato del territorio.

Il sindaco di Ivrea, nel saluto introduttivo, ha subito toccato il punto dolente del Piano Sanitario Regionale in gestazione, non nascondendo le sue perplessità sullo scorporo dei presidi ospedalieri dalle ASL in quanto foriero di duplicazione burocratica e di servizi, pur tenendo conto che un serio processo di riforma non può ignorare l'esistenza di "rami secchi" trasformandone le funzioni.

A questo proposito ho ricordato la recente pubblicazione della "Relazione sullo stato di salute in Piemonte, anno 2000" che fornisce le basi epidemiologiche per l'identificazione di problemi e priorità e per la definizione di obiettivi per il P.S.R., a cui serve riconoscere se nel quadro epidemiologico si evidenziano "differenze di salute" che segnalano possibili priorità di salute, di sanità e di solidarietà sociale da indicare per il sistema sanitario e sociale piemontese.

Il tema dominante del Convegno non poteva che essere l'integrazione, la continuità assistenziale e la comunicazione tra Ospedale e territorio con esempi concreti di operatività quale la deospedalizzazione ed il decentramento nel monitoraggio della terapia anticoagulante orale (ASL 21), quale una RSA funzionante in 2 Distretti torinesi (ASL 4) con 95 posti letto di cui 80 per anziani e 15 per ricoveri transitori gestiti dai MMG e dal geriatra dell'Unità di valutazione con collegamento con gli specialisti dell'Ospedale con termine e con servizi di rieducazione funzionale e attività di socializzazione.

Viene presentato un esempio di Dimissione protetta come dimostrazione di continuità assistenziale, attivata dall'ospedale al momento delle dimissioni con scheda coinvolgente il MMG e la figura di un "custode vigilante" con il risultato di ridurre gli stati di ansia e di senso dell'abbandono proprio del paziente dimesso (ASL 4: osp. G.Bosco, Gradenigo, Cottolengo).

Accenno ancora a due altri esempi di continuità assistenziale:

l'ospedalizzazione a domicilio, sperimentazione avviata dall'Istituto di Geriatria dell'Università con la Collaborazione della figura del MMG ed il Country Hospital, esperienza piemontese di Santhià con la trasformazione di un Ospedale per acuti in una struttura sociosanitaria assistenziale soprattutto per anziani, anello di congiunzione tra l'ospedale e l'Assistenza domiciliare con ruolo centrale di Medici di Medicina generale volontari.

Non posso dimenticare fra tanti meritevoli interventi la relazione presentata da un'equipe dell'ospedale S.Giovanni Battista di Torino su "Inserimento del Medico di Famiglia nel DEA di II livello", concreta, difficile, iniziale realizzazione di "responsabilizzazione" del MMG nel "farsi carico" del paziente.

Piero Zaina

Ospedale e territorio: lo stato dell'arte

La 2ª Conferenza Regionale HPH, che si è svolta ad Ivrea il 9 e 10 novembre 2001 sotto l'egida della Regione Piemonte, del Cipes Piemonte, dell'Health Promoting Hospital network, con il patrocinio del Comune di Ivrea, dell'Amndò Piemonte, dell'ASL 13 di Novara, dell'ASL 19 di Asti, organizzata dall'ASL 9 di Ivrea, ha fatto il punto, ad un anno di distanza dalla 1ª Conferenza, sullo stato dell'arte, in Piemonte, del progetto "Ospedale e Territorio" su quanto è stato effettivamente realizzato nell'ottica dell'obiettivo di fondo del progetto riassumibile in una sempre maggiore integrazione fra i vari attori che si muovono nello scenario del servizio sanitario nazionale nell'accezione più ampia del termine: ospedale, strutture, servizi assistenziali e sociali territoriali.

Lo sviluppo delle due giornate si è articolato su quattro sessioni incentrate sugli aspetti che caratterizzano l'approccio totale al problema "salute" inteso come coinvolgimento trasversale dei vari settori che svolgono un ruolo nel percorso assistenziale, tema sviluppato in tre punti fondamentali:

- **La clinica**, come continuità operativa terapeutica, esplicitata nello studio e nell'applicazione di modelli organizzativi, presentati dai relatori partecipanti alla 1ª sessione, finalizzati alla gestione distrettuale, territoriale e domiciliare, di terapie per patologie croniche con l'obiettivo di garantire al paziente sia la continuità puntuale delle cure e dell'assistenza a lungo termine sia di promuovere una deospedalizzazione più precoce finalizzata al reinserimento del paziente nel contesto familiare e, per quanto possibile, sociale.

- **L'integrazione**, nel senso di favorire ed organizzare interventi coordinati tra le varie strutture sanitarie per creare una rete socio-sanitaria adeguata con l'obiettivo, da un lato, di diminuire la dispersione di informazioni e le incomprensioni fra i vari professionisti dei servizi interessati nella gestione del paziente e, dall'altro, con l'obiettivo di ridurre al minimo gli stati di disagio del paziente e dei propri familiari derivanti da una non puntuale continuità assistenziale. Le relazioni presentate in questa sessione hanno evidenziato come la continuità assistenziale rappresenti un fattore di appropriatezza e qualità della prestazione sanitaria nel principio, da un lato, del rispetto della dignità della persona umana e, dall'altro, nella sempre più necessaria razionalizzazione nell'impiego delle risorse nel senso che il settore dell'appropriatezza dell'ospedale è quello delle acuzie mentre per un paziente cronico esiste un doppio settore di appropriatezza in relazione alla condizione sociale in cui esso si trova: se è cronico e svantaggiato socialmente è eleggibile per la residenza assistenziale mentre se è cronico ma avvantaggiato socialmente allora è indicata l'assistenza domiciliare, a condizione che esista una rete che si faccia carico a domicilio di questa situazione.

- **Il Nursing, La Comunicazione**, sessione dedicata alla continuità assistenziale infermieristica. I progetti presentati hanno avuto

to come obiettivo comune l'implementazione di procedure qualificate e l'impiego di semplici strumenti, quali la scheda di rilevazione dati, per ovviare alla carenza di scambi di informazioni tra Presidi Ospedalieri e Territorio con lo scopo, da un lato, di un effetto di qualità percepita dall'utente e, dall'altro, con obiettivi educativi per gli operatori intesi come coinvolgimento nell'utilizzo di una modulistica rispetto ai pazienti presi in carico ed agendo quindi sui comportamenti del singolo e dell'equipe nel senso della conoscenza di una determinata procedura da parte di tutto il personale che opera assistenza nei servizi coinvolti.

La quarta sessione, svoltasi sabato 10 Novembre 2001, ha avuto come tema di fondo i **Nuovi assetti della Sanità piemontese**. Dall'intervento del prof. Sandrucci, a nome dell'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, è emerso che la riduzione del numero di aziende sanitarie rappresenta la condizione per realizzare economie di scopo e di scala che possano consentire di destinare maggiori risorse alle strutture operative attraverso:

- Separazione amministrativa non tra acquirente e produttore, ma tra enti dedicati alla prevenzione e all'assistenza primaria (le ASL) ed enti dedicati all'assistenza specialistica (le A.O.).
- Integrazione, non amministrativa, ma funzionale tra AA.SS.LL e AA.OO e tra Servizi Sanitari e Servizi Socio-Assistenziali attraverso la definizione e la gestione dei percorsi assistenziali.
- Centralità, non delle strutture amministrative, ma delle strutture operative del Servizio Sanitario Regionale (Dipartimento di Prevenzione, Distretto, Ospedale).
- Ruolo forte, ruolo di governo, della Regione che definisce direttamente accordi contrattuali con le AA.OO e gli erogatori privati e finanzia, per quote capitarie, le AA.SS.LL. perché forniscano Servizi di Prevenzione e di Assistenza Primaria.

La parola chiave diventa il **percorso assistenziale** in cui, una volta definito chi fa che cosa, come lo fa, dove lo fa, quando lo fa (a prescindere dalle caratteristiche giuridico amministrative del modello che deve soltanto consentire di realizzare economie di scopo e di scala), il cittadino viene accompagnato lungo il cammino della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, formato da tanti anelli di una catena dove l'ospedale è uno degli anelli, altamente qualificato, ma non è la catena intera.

Ciò è stato ribadito anche nell'intervento dell'architetto Robino, Direzione Generale Programmazione Sanitaria, Assessorato alla Sanità Regione Piemonte, che ha messo in evidenza come non sia in realtà da attribuire all'Ospedale l'incremento dei costi sanitari ma la causa maggiore è da ricercarsi nell'incremento della spesa farmaceutica; da qui la necessità di un intervento di educazione sanitaria: i farmaci vanno usati quando l'evidenza clinica ne dimostri la necessità di somministrazione e non vanno riposti nella dispensa in attesa di un eventuale impiego. Ha quindi sottolineato il ruolo di programmazione della Regione per allocare al meglio le risorse disponibili nelle varie tappe del processo di assistenza.

Il Direttore Generale dell'ASL 19 di Asti ha sottolineato come già nell'azienda sanitaria da lui condotta è stato messo in atto un percorso di integrazione fra cure primarie e secondarie - ha parlato di catena di montaggio nell'accezione metaforicamente più positiva del termine inteso come una verifica del processo con l'obiettivo di correggere in itinere eventuali disfunzioni che si osservano - realizzando, almeno in parte, quello che la Regione Piemonte indica "come modello piemontese" della sanità dove i vari presidi e servizi dell'Asl sono dotati di autonomia gestionale e rispondono al bisogno del territorio, inteso come specifiche variabili epidemiologiche che lo compongono.

L'intervento del dott. Costa, medico di Medicina Generale, in rappresentanza del Segretario Regionale FIMMG dott. Giacomo Milillo, ha sottolineato, nel suo intervento, come i medici di medicina generale gestiscano una domanda di primo livello che si esprime in maniera autonoma vale a dire con rapporto diretto tra assistito e medico, nel senso che gli assistiti possono rivolgersi al proprio medico per qualsiasi problema di salute. Il rapporto con il medico di medicina generale è infatti un rapporto fiduciario (si parla spesso, come ha sottolineato il dott. Costa, di medico di famiglia). L'accento è stato poi posto sui compiti professionali del medico di medicina di base sottolineando che, per quanto possibile in tempi di

limitazioni di risorse economiche, la direzione da seguire è quella di gestire autonomamente la maggior parte dei problemi clinici selezionando, in maniera puntuale e critica, i casi da inviare al secondo livello, vale a dire agli specialisti ospedalieri.

Il Dottor Mario Minola, Direttore Sanitario dell'ASL 13 di Novara, ha sottolineato che le analisi e le esperienze condotte in molti settori suffragano l'evidenza di come la continuità assistenziale comporti un miglioramento dell'appropriatezza e della qualità della prestazione sanitaria.

Si tratta di adeguare i processi organizzativi per interpretare in maniera equa e razionale i bisogni dei pazienti e di riaprire il dialogo tra operatori ospedalieri e territoriali con una giusta rivalutazione delle competenze di ciascuno, poiché il successo di nuove iniziative dipende anche dal livello di gradimento riscosso tra gli operatori e gli utenti del servizio.

E' impensabile però ipotizzare un'azienda pubblica o un network locale siano in grado di introdurre ed applicare nel breve periodo contemporaneamente tutti gli strumenti disponibili per costruire la continuità assistenziale.

Al momento forse conviene accontentarsi di ottenere dei successi attuativi parziali, piuttosto che avviare un percorso con obiettivi troppo impegnativi e quindi a forte rischio di insuccesso nel processo di implementazione.

Il nuovo modello assistenziale, da costruire insieme con tutti gli attori interessati ai vari livelli, dovrà porsi come obiettivo di attivare progetti assistenziali continuativi sia a "lungo termine", sia "globali", sia "flessibili".

L'organizzazione assistenziale infatti dovrà prevedere la presenza di una rete di servizi e strutture territoriali ed ospedalieri, funzionalmente correlate tra loro, in grado di gestire gli stati di cronicità, prevenire o stabilizzare la disabilità, con obiettivi di intervento non sulle singole malattie, ma sull'uomo capace di adattarsi ai bisogni di questi pazienti continuamente mutevoli nel tempo.

Un particolare ringraziamento va a chi ha organizzato questa seconda conferenza e precisamente:

Leporati Massimo - Dirigente Medico Responsabile Uff. di Epidemiologia e Qualità ASL 21 Casale Monferrato

Patrizia Lenzi - Struttura Operativa Complessa Comunicazione e Qualità ASL 19 Asti

Carla Bena - Referente Locale HPH ASL 7 Settimo Torinese

Marinella Alberganti - Coordinatore Servizio Infermieristico Territoriale ASL 13 Novara

Mirella Frattini - ASV UOA AST ASL13 Novara

Dott. Clemente PONZETTI,

Direttore Sanitario Ospedali Riuniti del Canavese

Dott. Lorenzo Brusa, Dirigente medico UOA AST ASL 13 Novara

Nuovi assetti della sanità piemontese

Le attese per le novità che la proposta di Legge Regionale 22.10.2001 dovrebbe introdurre sono vivissime come testimoniato dalle discussioni che da mesi hanno avuto luogo nei vari ambiti del mondo socio-sanitario. E' stata quindi una scelta felice del Dr. Ponzetti quella di dedicare i lavori della seconda giornata della Conferenza interamente a tale tema che è stato introdotto dalla chiarissima relazione del Prof. Sergio Sandrucci a nome dell'Agenzia regionale per i Servizi Sanitari.

Formazione universitaria, visione clinica e precisione chirurgica nel giungere al cuore dei problemi sono le caratteristiche dell'oratore, che dopo aver precisato i due ambiti di competenza della Regione, quello giuridico-amministrativo e quello operativo, ha chiarito che è errata la visione delle ASL come braccio strumen-



La presidenza della Tavola Rotonda

tales della Regione. Nel sistema attuale, nella sua autonomia gestionale l'ASL deve sostenere con risorse indifferenziate 4 aree, quella amministrativa unitaria e quelle della prevenzione, delle cure primarie e dell'Ospedale, col rischio di squilibri nell'attribuzione delle risorse per l'uso improprio dell'Ospedale per compensare carenze di attività sul territorio come dimostrato dall'elevato tasso di ospedalizzazione degli ultrasessantacinquenni in presenza di un numero insufficiente di posti in RSA. Questo modello comporta un ostacolo alla integrazione per il contrasto fra l'esigenza di evitare il ricorso all'Ospedale e quella di potenziare l'Ospedale stesso come struttura centrale dell'ASL.

Il modello lombardo della distinzione fra acquirente e produttore di servizi comporta difficoltà di governo del processo col rischio di sottostime a livello provinciale e diseguaglianze all'interno della Regione e non è coerente con le specificità della Sanità Piemontese.

La terza via, il modello piemontese alla base della Legge 22.10.2001, è centrato sulla persona e mira alla integrazione fra pubblico e privato, fra medici di famiglia e medici di ospedale, fra sanità ed assistenza. Esso prevede lo scorporo dei presidi dalle ASL, che vengono articolati in vari livelli in base alla complessità delle strutture e alla capacità di dare risposte a specifici problemi, sono dotati di autonomia gestionale e rispondono ai bisogni delle aziende territoriali, mentre a queste viene fatto carico della tutela globale della salute dei cittadini secondo percorsi assistenziali che valorizzano la cultura degli operatori, le risorse e la capacità di utilizzare in modo corretto le strutture. In tale sistema il ruolo della Regione è quello di governo, mentre quello delle Aziende è quello funzionale a livello capillare.

La presentazione del Prof. Sandrucci è stata completata dall'analisi dell'Architetto Robino, Direttore generale della Programmazione Sanitaria, che ha precisato che più che di aziende ospedaliere si dovrà parlare di aziende di servizi in quanto ad esse compete un ampio spettro di copertura dei percorsi assistenziali.

Il ruolo della Regione è da un lato la contrattazione nel mercato delle prestazioni sanitarie aperto a pubblico e privato, per la definizione dei budget intesi come prodotto delle prestazioni per le relative tariffe, e dall'altra la tutela della qualità dei servizi. In questa impostazione, il ruolo centrale è assunto dal distretto che si configura come tavolo di concertazione in cui si decide il percorso migliore per utilizzare meglio le risorse nelle fasi di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione e tutela della invalidità.

L'arch. Robino ha contestato la diffusa credenza che l'Ospedale sia la causa delle levitazioni dei costi della Sanità in quanto negli ultimi tre anni la spesa ospedaliera si è stabilizzata, mentre quella farmaceutica aumenta ancora del 20% all'anno. Ciò dimostra la necessità di una migliore educazione sanitaria della popolazione e il compito in gran parte ricade sui medici di famiglia.

Il dr. Costa, segretario provinciale della FIMMG ha riaffermato la piena disponibilità dei medici di famiglia a promuovere un miglior uso delle risorse ben consci del loro ruolo per realizzare la ottimizzazione del ricorso ai servizi e la razionalizzazione della spesa. Chiaramente l'ostacolo maggiore è costituito dall'isolamento in cui operano i medici di famiglia. L'integrazione fra di essi è la premessa per l'integrazione fra medici di famiglia e ospedalieri e il Distretto si propone come sede privilegiata per tale integrazione. Il passaggio dalla guardia medica, ora definita continuità assistenziale, a un sistema gestito direttamente dai medici di famiglia all'interno del distretto potrebbe essere il primo passo per la costruzione di

un sistema di cure primarie integrato con le strutture e i servizi, orientato alla centralità della persona secondo lo spirito delle proposte di Legge 22.10.01.

L'esperienza della ASL 19 di Asti che in gran parte ha anticipato e sperimentato alcune delle proposte del nuovo Piano socio-sanitario della Regione Piemonte è positiva, tanto da permettere al Direttore generale Dr. Di Santo di parlare di Sistema Asti. La collocazione geografica della città e l'impostazione data ai rapporti fra servizi e territorio dimostrano la percorribilità dei percorsi delineati dal nuovo Piano.

L'esperienza operativa del Dr. Minola Direttore Sanitario dell'ASL 13 di Novara, che comprende al suo interno importanti ospedali quali quelli di Arona, Borgomanero e Galliate, conferma la validità del modello Asti in cui separazione di ruolo e di budget dei servizi e del territorio non ha compromesso in alcun modo, ma ha favorito l'integrazione, anche se questa è stata massima fra Ospedali e Servizi sul territorio e un po' meno fra medici di famiglia e ospedalieri, forse ancora un po' trascurata nella pianificazione operativa più orientata ai servizi che alla persona.

Concludendo il Dr. Ponzetti ha rilevato l'opportunità di passare dalle annuali Conferenze che hanno valore soprattutto documentativo a una conferenza permanente che coinvolgendo i principali attori, Direzioni Ospedaliere e territoriali, Distretti, Medici di famiglia con la presenza del CIPES permetta di svolgere un ruolo maggiore operativo.

Credere in quel che si fa è comunque la premessa per il successo di qualsiasi azione e il Dr. Ponzetti ha dimostrato chiaramente di credere nel suo impegno.

Luigi Resegotti

La continuità dell'Assistenza Farmaceutica: Ospedale – Territorio

La società Italiana di Farmacia Ospedaliera (SIFO) ha tenuto il XXIII Congresso Nazionale a Torino organizzando un incontro pubblico al Centro Congressi Lingotto il 1 ottobre 2001.

Il tema proposto è abbastanza innovativo e reclama maggiore dignità professionale da parte del Farmacista, specie Ospedaliero, non più solo quale distributore di farmaci, ma esperto di farmaci, consulente specifico, dispensatore di informazioni precise.

La domanda che si è posto il Congresso è quale ruolo nel processo assistenziale può e deve assumere il Farmacista Ospedaliero.

Le risposte sono state dettate dalle diverse esperienze nel campo dei relatori ma tutte confluenti nella necessità da loro avvertita di completare la grande scacchiera dei rapporti tra Ospedale e Territorio con la figura del Farmacista Ospedaliero, quale garante della "vigilanza sul farmaco" iniziandosi il suo coinvolgimento professionale in un lavoro di equipe con il medico ospedaliero e continuandolo nei rapporti con i servizi di Medicina primaria del Distretto, specie con i Medici di Medicina Generale.

Tognoni (Istituto Mario Negri di Milano) quale esperto affronta di petto il problema affermando che chi lavora sui farmaci è posto nel centro dello scontro tra i diritti delle merci (mercato) ed i diritti delle persone! È ovvio che la direzione deve essere di porre il farmaco, senza arroganza impositiva, al servizio del cittadino e non proposto dall'alto.

Sempre più è avvertita la necessità del lavoro multidisciplinare (costante ormai obbligata!) tra medici, farmacisti ed operatori sociosanitari specie sul tema della "farmaco-vigilanza".

A proposito del consumismo dei farmaci, piaga cronica della Sanità, Tognoni afferma che di fronte al controllo assoluto, ormai acquisito, delle ricette non viene sfruttato l'enorme materiale di dati a disposizione, proponendo indagini sui farmaci aumentati nella prescrizione, sulla corresponsabilità formale dei medici prescrittori e, un po' provocatoriamente, di stimolare nel Comune di Torino la sperimentazione di farmaci da parte delle farmacie Comunali, seguendo i pazienti interessati.

Ferro (Direttore Direzione 29 Assessorato Sanità) pone il problema del governo della spesa, dovendo i Piani socio-sanitari essere ancorati alle risorse.

La maggior parte delle Regioni italiane ha accumulato un grosso disavanzo che per la Regione Piemonte è di 700 miliardi. Per evitare di mettere a rischio determinati servizi oltre alla necessità di una loro maggiore razionalizzazione, si deve ammettere che il Fondo Nazionale è sottostimato. Ferro dichiara che si è aperto un duro confronto con le aziende Farmaceutiche: sono avviate procedure per contratti aperti cioè aste per acquisto pubblico di farmaci.

Lepri (Assessore Assistenza Comune di Torino) ricordando che l'Amministrazione Comunale ha il compito di controllo e indirizzo sulle Farmacie Comunali constata che è cresciuto il ruolo delle Farmacie come presidi sanitari: controlli pressori, esami diagnostici di sangue, prenotazione di visite ambulatoriali presso le Aziende Sanitarie, aprendo queste ultime prestazioni un circuito operativo tra Medico di Medicina generale, Farmacista ed Azienda Sanitaria.

È stata siglata recentemente una convenzione per la presa in carico di disabili, mentre non è ancora risolto il problema della consegna dei farmaci a domicilio.

Rabino (Presidente Federsanità Piemonte) ribadisce il ruolo del Farmacista ospedaliero quale "esperto del farmaco" e di fronte alla stortura del mercato (conflittuale per definizione) si pone in primo piano anche un problema culturale oltre che etico. Viene stimolata, mediante l'avvio di progetti sperimentali, una collaborazione effettiva tra Medici e Farmacisti al fine della continuità terapeutica, del prendersi carico del paziente con suo gradimento e con risparmio economico della collettività.

Don Ciotti (Gruppo Abele): impietosa critica della società attuale con l'accusa di essere "un po' tutti analfabeti" di fronte alla comparsa di soggetti nuovi nella comunità che ci mettono in discussione cioè malati di AIDS, drogati, handicappati, extracomunitari.

Il pericolo è costituito dalla "aziendalizzazione della vita" o burocratizzazione assistenziale, perdendosi di vista la centralità della persona, con i vari bisogni specifici per ogni soggetto. Di fronte al consumismo farmacologico (la pillola risolve i problemi) vi è il rifiuto al farmaco che si manifesta in gravi quadri morbosi quali la depressione nelle sue varie forme e l'AIDS, cioè in pazienti che hanno assoluto bisogno di una terapia farmacologica, ma viene a mancare il loro totale coinvolgimento, un rapporto umano tra il curante ed il paziente.

Scroccaro (Presidente SIFO) pone l'accento sul contenimento della spesa nel S.S.N.. È un problema di scelte: i nuovi farmaci oncologici aumentano la speranza di vita, ma hanno un costo elevato. Di qui la necessità di definire con maggiore chiarezza quali sono le terapie che hanno dimostrato benefici, di contro ricordandoci di esami diagnostici carissimi non validati da studi seri.

In genere di un nuovo farmaco si hanno conoscenze limitate, in quanto testato su pochi pazienti e per un breve periodo. Ecco la necessità del monitoraggio del farmaco accompagnando il paziente nella sua assunzione e consumo nel tempo. Questo compito è reso più facile in una Farmacia Ospedaliera.

Il Congresso mi stimola a configurare, come logica conseguenza, la presenza attiva e partecipata del Farmacista Ospedaliero, da solo o nelle sue varie forme organizzative, nella rete dell'OMS degli "Ospedali per la Promozione della Salute".

Piero Zaina

Unione europea e sanità pubblica

La Commissione europea ha reso ufficiale la propria proposta di un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica. Avrà una durata di sei anni (2001-2006) e dovrebbe avvalersi di uno stanziamento globale di 300MEUR.

Assumendo il principio che la salute deve essere una priorità al di là dei compromessi politici o finanziari e che - in virtù dell'articolo 152 del trattato - la Comunità deve svolgere un ruolo attivo nel settore, seppure conformemente al principio di sussidiarietà, il programma assume un approccio orizzontale e politico in base ad un'ampia visione della sanità pubblica. Una vasta prospettiva che abbraccia aspetti relativi ai determinanti sanitari, allo stato di salute e ai sistemi sanitari, piuttosto che concentrarsi su malattie o condizioni specifiche.

L'obiettivo complessivo del programma nel campo della sanità pubblica è contribuire al conseguimento di un elevato livello di salute fisica e mentale e benessere e di maggiore equità in materia sanitaria in tutta la Comunità, impostando le azioni sul miglioramento della sanità pubblica, per combattere la morbilità e la mortalità prematura, sulla prevenzione delle malattie e disfunzioni umane e sull'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute, tenendo nel contempo conto del genere e dell'età. Per raggiungere questo scopo, le azioni devono essere ispirate alla necessità di prevenire i decessi prematuri, di allungare la speranza di vita senza disabilità o malattia, di promuovere la qualità della vita e il benessere fisico e mentale, nonché di ridurre al minimo le conseguenze socioeconomiche della cattiva salute tenendo conto della dimensione regionale, riducendo in tal modo le disparità sul piano sanitario.

Infatti, anche le crescenti differenze di stato di salute e di risultati sanitari registrate negli Stati membri e fra essi richiedono rinnovati e coordinati sforzi a livello nazionale e comunitario, obbligano a collocare le azioni di promozione della salute e prevenzione delle malattie in una strategia intersettoriale.

In questo senso, la Commissione europea prevede che i requisiti in materia di salute siano incorporati in altre strategie ed azioni comunitarie e corroborati da una politica intersettoriale suscettibile di garantire un elevato livello di tutela della salute umana in fase di definizione e attuazione di tutte le politiche e azioni comunitarie. Saranno così assicurate la coerenza e la complementarità tra le azioni da attuarsi nell'ambito del programma e quelle previste o attuate nell'ambito di altre politiche e attività, in particolare alla luce dell'esigenza di garantire un elevato livello di protezione della salute umana nella definizione e attuazione di tutte le politiche e attività comunitarie. Verrà alimentata una stretta cooperazione e consultazione con gli organismi comunitari responsabili della valutazione dei rischi, del monitoraggio e della ricerca nel campo della sicurezza degli alimenti e dei mangimi, della tutela dell'ambiente e della sicurezza dei prodotti.

Di grande rilievo figura, tra i capisaldi d'azione, quello di migliorare l'informazione e la conoscenza in materia di salute. In questo caso, uno dei principi ispiratori è che tutte le attività della Comunità aventi attinenza alla sanità devono avere un elevato grado di visibilità e di trasparenza e consentire la consultazione e la partecipazione di tutti gli interessati in modo equilibrato, onde promuovere una migliore conoscenza e comunicazione e consentire un più ampio coinvolgimento delle persone nelle decisioni riguardanti la loro salute. La Comunità dovrebbe tenere conto del diritto delle persone di ricevere informazioni semplici, chiare e scientificamente attendibili sulle loro malattie, le cure disponibili (e in subordine a ciò, contribuire alla definizione di un minimo di livelli qualitativi da applicare alla sanità come pure di un minimo di diritti garantiti ai pazienti) e la possibilità di miglio-

rare la propria qualità di vita.

Inoltre, il programma può fornire un significativo valore aggiunto alla promozione della salute nella Comunità mediante sostegno a strutture e programmi che rafforzino le capacità di individui, istituzioni, associazioni, organizzazioni e organismi del settore sanitario, agevolando lo scambio di pratiche corrette e di formazione e costituendo una base di analisi comune dei fattori che influiscono sulla sanità pubblica.

Perciò, viene incoraggiata la cooperazione con i paesi terzi e con le competenti organizzazioni internazionali nel campo della sanità, quali l'OMS e l'OCSE, non solo nella raccolta e analisi dei dati ma anche nel campo della promozione intersettoriale della salute. Particolare attenzione è data alla cooperazione con l'OMS al fine di garantire il rapporto costo/efficacia, evitare i doppi di attività e programmi e alimentare le sinergie e l'interazione, garantendo un elevato livello di coordinamento fra le azioni e le iniziative di livello europeo, promuovendo la cooperazione fra gli Stati membri e curando l'efficacia delle reti attuali e future nel campo della sanità pubblica.

Il Consiglio europeo di Feira del giugno 2000 ha approvato il 'Piano d'azione e-Europe 2002 su una società dell'informazione per tutti' che con Salute Online chiede agli Stati membri di sviluppare un'infrastruttura di sistemi di facile uso, convalidati e interoperabili di educazione alla salute, prevenzione delle malattie e assistenza medica. Per il programma è fondamentale che non solo la nuova tecnologia, ma tutti i canali attivabili dell'informazione, siano potenziati e messi a disposizione dei cittadini europei con equità, in maniera da consentir loro di svolgere un ruolo attivo nella gestione della loro salute individuale e collettiva.

Uno sguardo alle medicine non convenzionali

Per capire qualcosa più delle MnC, nello scorso numero abbiamo pubblicato il parere della dottoressa **Rebuffi**, membro dell'Associazione "Società Italiana di Omeopatia" (Società scientifica), della Scuola Medica Omeopatica Hahnemanniana di Torino e dell'European Committee for Homeopathy che ha sede a Bruxelles. Ora pubblichiamo l'opinione del dr. **Giacomo Milillo**, componente della Commissione Medicine non convenzionali dell'Ordine dei Medici di Torino e rappresentante della Federazione Italiana Medici Medicina Generale (FIMMG).

Si tratta di un confronto interessante, che, ci auspichiamo, consenta una migliore comprensione di quella parte delle medicine, definita MnC, che per molti cittadini ha ancora contorni poco definiti se non sconosciuti.

IL PUNTO DI VISTA DELL'ALLOPATA

Dopo anni di chiusura dell'Ordine dei Medici di Torino nei confronti delle medicine non convenzionali, solo da qualche tempo ci sono dei segnali di apertura.

Dr. Milillo quali sono le ragioni?

"Dovere istituzionale dell'Ordine quale organo ausiliario dello Stato a tutela del cittadino, è garantire il rispetto del codice deontologico dei propri iscritti nell'esercizio della professione medica.

Fino ad ora questo compito è stato assolto con unico riferimento alla medicina allopatrica, non considerando altre forme di diagnosi e terapia fondate su presupposti metodologici diversi, tanto da classificarle genericamente come medicine non convenzionali e qualche volta medicine alternative.

La incontestabile diffusione che queste pratiche mediche oggi hanno raggiunto, anche a compensazione dei limiti oggettivi della medicina tradizionale e della sua pratica, pone l'Ordine di fronte alla necessità di verificare il rispetto dei principi contenuti nel

codice deontologico da parte dei medici cultori di tali metodiche".

Qual è la posizione della medicina tradizionale nei confronti delle medicine non convenzionali?

"Fermo restando che qualsiasi pratica diagnostico terapeutica è di esclusiva competenza di professionisti abilitati all'esercizio della professione medica, fondata su conoscenze e competenze comuni, cui deve corrispondere un minimo linguaggio comune, si ritiene che una pratica per essere compatibile con il codice deontologico debba possedere la seguente fondamentale caratteristica: la sua efficacia deve essere provata quantomeno con una misurazione dei risultati, certificata da un soggetto terzo, che consenta una valutazione comparativa.

Quando questo criterio sia rispettato le medicine non convenzionali possono assumere un ruolo complementare a quello della medicina tradizionale, a patto che il medico nel proporre osservi due fondamentali principi del codice deontologico: l'obbligo del consenso informato, fondato sulla conoscenza da parte del paziente della metodologia e dei risultati dimostrati dalla pratica medica proposta: l'obbligo di non sottrarre il paziente a terapie di dimostrata maggiore efficacia".

Ci sono rapporti nuovi tra l'Ordine ed i medici che esercitano le medicine non convenzionali?

"L'attuale Consiglio dell'Ordine ha chiesto ai colleghi che rappresentano le diverse medicine complementari di contribuire ad una corretta informazione dei singoli Consiglieri sulle singole discipline. L'attuale Ordine ha voluto accantonare qualsiasi posizione preconcepita per aprirsi ad un confronto costruttivo, orientato alla tutela del cittadino che si avvale dell'opera dei medici".

Sono emersi dei problemi nell'individuazione dei criteri per stabilire l'evidenza scientifica delle medicine non convenzionali?

"Certamente le diverse medicine non convenzionali hanno tradizioni e metodologie diverse fra loro. Va sottolineato però che non è compito dell'Ordine verificare e certificare l'evidenza scientifica delle diverse medicine, siano esse convenzionali che non convenzionali, ma di garantire al cittadino che le conoscenze e le pratiche da queste definite siano correttamente impiegate nel suo prioritario interesse.

L'evidenza scientifica della medicina è compito del mondo della ricerca che trova la sua più naturale collocazione nelle Università e nelle Società scientifiche. Certamente l'Ordine guarda positivamente e per quanto gli è possibile intende favorire, l'instaurarsi di canali di comunicazione e confronto fra gli ambienti che coltivano le diverse medicine".

La Regione Piemonte ha deciso di disciplinare alcune medicine non convenzionali: omeopatia, agopuntura, fitoterapia. A tutt'oggi sono al vaglio del Consiglio Regionale quattro proposte presentate dal Polo, dalla Lega, dai Verdi, dai DS. La proposta avanzata dai Verdi segue quella del dr. Galletti, già esaminata dalla Camera ed ora ferma in Parlamento.

L'Ordine è a conoscenza dei contenuti di questa proposta e cosa ne pensa al riguardo?

"L'Ordine non è stato consultato da nessuno dei gruppi che ha espresso tali proposte. Ha conoscenza comunque dei vari progetti, di cui naturalmente non è possibile parlare dettagliatamente in questa sede. Il principio fondamentale che l'Ordine chiede al legislatore di rispettare è che la diagnosi e cura, a qualsiasi disciplina sia ispirata, resti esclusiva competenza del medico, perché solo la complessa formazione del laureato in medicina o in odontoiatria ed il rispetto del codice deontologico da parte di tale professionista possono offrire sufficienti garanzie di sicurezza al cittadino".

Ci auspichiamo, allora, che il dibattito avviato in questi mesi continui sereno e costruttivo, altrimenti a pagare il prezzo per una situazione confusa ed incerta sarebbero i cittadini fruitori, che continuerebbero ad essere disorientati nel grande mondo delle medicine non convenzionali.

Mariella Continisio

Inizia con questo numero di Promozione Salute una nuova sperimentazione nell'ambito delle nostre iniziative editoriali: La rubrica "Territori e Salute" intende evidenziare tutte quelle attività e professionalità di promozione ed educazione alla Salute che interessano elettivamente i territori. In particolare il Progetto Città Sane, le attività delle Circoscrizioni torinesi, il sistema di Cure Primarie ed il Distretto, le Comunità montane, etc... Crediamo che, in questo modo, saranno più facilmente individuabili e confrontabili i progetti ad alta valenza territoriale, là dove di fatto la Promozione della Salute viene ad essere in concreto attuata con il coinvolgimento diretto delle popolazioni.

Enrico Chiara

"Città sane" in cammino

Esaurita la fase delle prime consultazioni e verifiche il Programma Città Sane Piemonte è passato alla stesura di un percorso progettuale capace di promuovere la creazione di reti locali (almeno una per Provincia) nel territorio piemontese, di produrre profili locali di Salute e di avviare un'attività formativa rivolta ai pubblici amministratori e, più in generale, a tutti gli interessati. Nel prossimo numero di Promozione Salute potremo essere maggiormente esaurienti. Ricordiamo che i Comuni interessati al Progetto per come già descritto, potranno rivolgersi alla CIPES in modo da poter ricevere una sollecita informazione una volta terminato questo secondo momento progettuale. A chi ci ha già scritto chiediamo pertanto di pazientare ancora un poco.

La Consulta intercircostrizionale per la Salute

La V Circoscrizione, conclusa la fase preliminare che nel 2000-2001 condusse all'istituzione del Forum della Salute ed all'elaborazione di un primo Profilo di Salute del territorio circoscrizionale, si è fatta promotrice di un'iniziativa finalizzata a coinvolgere nella costituzione di analoghi Forum tutte le altre Circoscrizioni torinesi sino alla costituzione di una Consulta intercircostrizionale per la Salute. Gli incontri preliminari conclusi nel settembre hanno consentito di verificare la disponibilità di tutte le Circoscrizioni torinesi al Progetto ed in particolare alcune Circoscrizioni (I-II-III-IV-V-VI-X) hanno raggiunto l'accordo su un protocollo d'intesa per l'avvio di attività concordate e comuni. Allo stato attuale ci risulta siano in fase di realizzazione Forum presso le Circoscrizioni IV, VI, X mentre è in corso di rinnovo il Forum della V Circoscrizione. Alla V Circoscrizione, in quanto promotrice, è stato affidato un compito di sostegno tecnico-organizzativo dell'iniziativa: come Presidente della nascente Consulta intercircostrizionale è stata nominata Eleonora Artesio, attuale Presidente dei Presidenti delle Circoscrizioni torinesi. L'obiettivo principale è che ciascuna Circoscrizione si impegni ad elaborare una propria Relazione sullo Stato di Salute da cui derivare iniziative sia intra- che inter-circoscrizionali, attivando un'azione di concreto coinvolgimento dei territori cittadini nella attività per la Salute.

E. Chiara

V Circoscrizione. I Progetti per la Salute

Grazie alla disponibilità ad un lavoro intersettoriale dimostrata dai Coordinatori delle Commissioni Circoscrizionali che ha visto in questa fase coinvolti in particolar modo il Coordinatore di IV Commissione, Alessandro Mazza e la coordinatrice di II Commissione Paola Berzano, la V Circoscrizione ha approvato o ha in corso di approvazione alcune iniziative congiunte finalizzate alla Promozione della Salute nel proprio territorio. L'attenzione si è soffermata in prima istanza sulle tematiche di genere, grazie anche alla sperimentata collaborazione con l'Associazione Retedonna che in un recente passato ha condotto al progetto

"Spazio Donna V" con apertura di sportelli di sostegno psicologico e legale. La CIPES partecipa attivamente al progetto "Salute Donna" che si concretizzerà in un primo momento con quattro incontri (Donna e sanità, principali malattie, loro cura e prevenzione; alimentazione nelle età della vita, problemi collaterali, anoressia, bulimia; la terza età, menopausa, osteoporosi, depressione; donna chi sei, chi vuoi e chi devi essere, percezione dell'essere femminile, risvolti psicologici e comportamentali nelle situazioni della vita). È inoltre prevista la distribuzione di un questionario e di una brochure illustrativa dei temi trattati.

Nell'ambito delle attività del Forum della Salute si avvierà un'iniziativa sempre su una tematica "di genere" per portare a conoscenza una problematica della c.d. "area grigia". Il Progetto vede coinvolto un gruppo di fisioterapiste attive nella prevenzione e cura dell'incontinenza urinaria femminile che, pur se socialmente rilevante, risulta essere altrettanto misconosciuta nonostante coinvolga non solo le persone anziane ma anche moltissime donne giovani o giovanissime. Sono il pudore o la vergogna a non far sollevare l'argomento ed a non chiedere aiuto finché la situazione non diviene ingestibile. La donna incontenente a lungo andare tende a ritirarsi dalla vita sociale, preferisce la sicurezza delle pareti domestiche all'imbarazzo dell'esterno. Il progetto che sta per partire ha lo scopo di informare le donne, ed a scopo preventivo tutte le donne anche se non incontenenti, rendendole coscienti del loro corpo ed aiutandole a capire ed eventualmente ad accettare ed affrontare una situazione che incide sicuramente sulla loro qualità di vita. Verranno formati gruppi non troppo numerosi che seguiranno alcune serate condotte da fisioterapiste che si occupano di questo argomento e da psicoghe per affrontare il disagio psicologico che questa condizione scatena.

È previsto che nel prossimo futuro si avviino inoltre iniziative su "alimentazione sicura e consapevole", sulla "menopausa maschile" e sul "disadattamento maschile nel postpensionamento, sulla partecipazione e demotivazione giovanile connessa al più vasto e complesso argomento del "disagio" nella multiforità dei suoi aspetti.

Tutte queste iniziative verranno progressivamente accompagnate da progetti di monitoraggio sulle problematiche sollevate e da proposte di intervento concreto da avviare anche grazie ad una cooperazione interistituzionale (ASL, scuole, volontariato)

E. Bertolucci, E Chiara

Per tutte le Circoscrizioni che partecipano alle iniziative di Salute si intende mettere a disposizione uno spazio apposito nella nostra rivista. Questa iniziativa intende promuovere l'adesione alla CIPES delle varie Circoscrizioni in modo da favorirne il coordinamento con le altre attività dell'Associazione dai livelli locali a quelli nazionali e sovranazionali.

Per comunicare i propri Progetti o suggerimenti si può indirizzare una e-mail od un documento a:

CIPES: cipes@arpnet.it, FAX:011/43.10.768

Enrico Chiara: hchiara@tin.it (cell. 335-7158894)



Uno sguardo sulla sala della 2^a Conferenza Regionale Ospedale e Territorio

Donazione sangue e midollo osseo

L'esperienza di un operatore ASL e di un volontario Avis sul progetto regionale nel Liceo G. Bruno

Nel mese di Aprile e Maggio 2001 si sono effettuati incontri di Educazione Sanitaria presso le classi V del Liceo Scientifico Statale "G. Bruno" di Torino, con tema la donazione del sangue e del midollo osseo.

Il progetto regionale finalizzato all'incentivazione delle donazioni di sangue e midollo osseo è stato avviato e perseguito nell'ASL Torino 4 da un operatore del volontariato sociale (AVIS) e da un operatore sanitario afferente alla Pediatria di Comunità.

Il Liceo Scientifico "G. Bruno" ha aderito all'iniziativa, forte dell'esperienza avuta negli anni precedenti su progetti congiunti con l'ASL 4 di educazione sanitaria e grazie alla precedente conoscenza delle tematiche in oggetto fornita dall'attività del volontario AVIS.

Si sono tenuti 3 incontri di due ore ciascuna con gli studenti delle classi V (123 alunni), seguendo le indicazioni regionali sia per quanto riguarda la metodologia (presentazione questionari, presentazione del video predisposto, dibattito, distribuzione del materiale informativo), sia riguardo ai contenuti.

L'interesse e la partecipazione degli studenti è stata favorita anche dalla precedente attività svolta dal corpo docente a livello delle singole classi.

E' emerso che in questa fascia d'età la tematica in oggetto è conosciuta da tutti, grazie ai mezzi d'informazione ed alla scuola, ma il diventare donatore, so-

prattutto di midollo osseo, non è mai stato preso in considerazione almeno dalla metà dei ragazzi.

Nonostante l'intervento educativo svolto, 37 ragazzi su 123 continuano a temere l'esperienza della donazione di midollo osseo.

Nei giorni successivi all'intervento educativo, il volontario AVIS si è recato con l'autoemoteca presso il Liceo. Rispetto all'anno precedente, sono aumentate le adesioni sia per la donazione del sangue che per la 1^a tipizzazione del midollo osseo. Dott.ssa Daniela Gabutti, Pediatria di Comunità, ASL 4 ~ Team di educazione alla Salute, via Botticelli 130, 10134 Torino, tel. 011.2461115 Fax 0112461127

NEWS:

Sulla stampa Italiana:

Buona **Gravidanza**: conferme sull'utilità dell'acido folico per prevenire le malformazioni del feto. Senza ricorrere a integratori chimici, che comunque possono essere assunti ma con controllo medico, è bene assicurarsi una dieta con alimenti ricchi di tale sostanza, ecco una tabella indicativa (in microgrammi) per etto di alimento:

• Germe di grano	331
• Indivia e scarola	140
• Asparagi	135
• Carciofi	123
• Broccoli	78
• Spinaci	75
• Ceci (bolliti)	78
• Fagioli (bolliti)	39
• Kiwi	37
• Arance	37

Se tale dieta è indispensabile per le madri in attesa è consigliata a tutti e in particolare alle persone anziane per la prevenzione delle malattie cardiovascolari

Ricerca: Tante storie di **cervelli in fuga**. L'associazione dottorandi italiani denuncia una anomalia che danneggia il paese. In Italia abbiamo una università malata di provincialismo, lo dimostrano le baronie fondate su giochi di potere e raccomandazioni. A farne le spese sono la qualità dei servizi offerti e i giovani più bravi sono costretti a riparare all'estero per avere possibilità di esprimere le loro capacità. E' una storia che si ripete da sempre. Il formalismo è sempre il fattore più importante, ma, nella sostanza i cer-

velli e premi nobel come Rita Levi Montalcini e Renata Dulbecco, (solo per citarne 2 recenti) hanno dovuto svolgere la loro ricerca in altri Paesi con un'apertura mentale indubbiamente più favorevole

Il governo demolisce **la riforma sanitaria**: Il maxiemendamento sulla spesa comporta una ricaduta negativa sulle spalle dei cittadini, più tasse, servizi più scadenti e assistenza farmaceutica ridotta. Si apre in questo modo la porta alle assicurazioni private.

AIDS: I ricchi non vogliono curare i poveri. Irrisorie le cifre del fondo Internazionale, eppure alcuni progetti pilota dimostrano l'efficacia dei farmaci, peccato che non possano essere attivati a causa della non disponibilità finanziaria.

Il ministero alla salute annuncia con orgoglio che anche l'Italia dà il via libera alla clonazione animale (per ora, e, no comment!.....).

Alzheimer In Italia sono colpite più di seicentomila persone, senza contare un imponente sommerso di casi non denunciati. Dato il decorso abbastanza lungo e progressivo della malattia, il dramma coinvolge, oltre al malato, i parenti che sono completamente abbandonati a loro stessi. Non esistono strutture e forme di supporto adeguato da parte della sanità.

Allarme **Terrorismo** con bombe biologiche che potrebbero essere usate provocando un incontrollabile epidemia mortale Tragico, ma... (osservazione personale: chi le ha pensate, costruite e distribuite?...)

Renata Simo-

Prima e dopo l'11 settembre

Viviamo momenti di grande tensione. Anche quando non ci soffermiamo con la mente sulla tragedia dell'undici settembre, sulla tragedia della guerra, sulle prospettive oscure che abbiamo di fronte, viviamo come sommersi in un grande campo elettromagnetico in cui basta un nonnulla per provocare scintille, esplosioni, corto circuiti personali e interpersonali. Già prima dell'undici settembre tutti noi, adulti, ragazzi e bambini vivevamo in contesti carichi di tensioni difficili da governare: nelle scuole di ogni ordine e grado, infatti, gli insegnanti più consapevoli avevano da tempo attivato strategie personali o di gruppo per alleviare tensioni e inquietudini, in particolare quelle del lunedì, quando gli allievi ritornano a scuola dopo un week-end trascorso dentro alle problematiche familiari o dentro a quelle forme di svago-non svago che caratterizzano il sabato sera di molti ragazzi. Ma agli insegnanti più attenti non sfuggono neppure le tensioni del venerdì, cioè quelle che spesso si accumulano anche all'interno delle convivenze scolastiche meglio gestite. Se tutto questo era presente - dove più, dove meno - prima dell'undici settembre, ora s'impongono ulteriori riflessioni intorno ai grandi temi dello "star bene" a scuola, della promozione della salute nelle classi. Ancora una volta sembra tornare di attualità l'incontro tra chi si occupa di salute all'interno dei contesti scolastici e chi si occupa di salute in ambiti sociali e/o sanitari. Anche di questo parleremo nel corso del seminario di lavoro su "scuola e salute" che comincerà giovedì 13 dicembre alle ore 17 presso la sala Celli della CIPES Piemonte.

Guido Piraccini

A.S.L. 3 - Torino**Endoscopia digestiva
del Maria Vittoria:
certificazione ISO 9002**

E' il primo servizio del Piemonte e tra i primi in Italia ad ottenere questo importante riconoscimento della qualità delle prestazioni tecniche ed umane.

Il Servizio, diretto dal Primario dr. Arnaldo FERRARI, ha perseguito l'obiettivo di soddisfare i suoi Clienti fornendo un prodotto ed un servizio rispondente alle loro necessità, allineandosi ai massimi livelli di competitività in quanto a qualità, tempi di risposta e costi. Per migliorare il rapporto di fiducia con i pazienti e in vista di una sempre maggiore efficienza, il Servizio di Endoscopia Digestiva ha aperto le porte dell'Azienda, sottoponendosi spontaneamente ad audit e verifiche per la certificazione ISO 9002. Il "quality team" che ha collaborato alla realizzazione dell'importante obiettivo è stato coordinato dal responsabile assicurazione qualità dr.ssa Antonietta GARRIPOLI.

L'endoscopia digestiva consiste in una serie di tecniche e procedure specialistiche che consentono l'esplorazione diretta dei vari segmenti dell'apparato digerente con l'impiego di strumenti flessibili (fibre ottiche o video elettronici), introdotti attraverso le vie naturali (bocca, ano), che consentono sia la diagnosi delle diverse patologie, che l'esecuzione di molteplici procedure terapeutiche operative. Circa il 70% delle malattie dell'apparato digerente nel loro decorso richiedono l'Endoscopia, bisogna considerare che tali patologie si collocano ai primi posti tra le cause di ricovero ospedaliero e di terapie farmacologiche.

Il modernissimo reparto ha una notevole potenzialità produttiva, il Servizio è grado di effettuare circa 6000 prestazioni annue, ponendosi allo stesso livello degli altri grandi Centri endoscopici della regione. Per il pronto soccorso è garantito il servizio Endoscopico d'urgenza 24 ore su 24.

Pier Carlo SOMMO - 348/430.32.33

A.S.L. 4 - Torino**Limitazione dei
danni e operatività
di bassa soglia**

L'A.S.L. 4 Torino, unitamente alla Società Italiana Tossicodipendenze e al Coordinamento degli Operatori dei Servizi di Bassa Soglia Piemontesi ha organizzato sabato 20 ottobre al Museo dell'Automobile di Torino la II Convention

Nazionale delle Unità di Strada.

Dopo alcuni anni di sperimentazione, le strategie di limitazione del danno sono entrate a far parte del sistema di intervento sulle problematiche connesse alla tossicodipendenza.

Lo strumento inizialmente utilizzato è stato l'Unità di Strada; successivamente sono stati approntati i Centri a Bassa Soglia (Drop In) che intervengono con operatività simili.

Il primo confronto delle molteplici esperienze sviluppate sul territorio nazionale in questi anni è avvenuto a Bologna, nel marzo 1999; a distanza di due anni viene proposto un secondo incontro, per una riflessione sui risultati raggiunti, la ricerca di un modello comune e ulteriori sviluppi progettuali.

All'incontro erano presenti ben 80 Unità di Strada operanti nelle diverse città italiane e si è aperto un reale dibattito sui punti centrali in questa fase evolutiva dei servizi per le dipendenze.

In particolare sono stati dibattuti i seguenti temi:

- 1) Valorizzazione degli interventi di Bassa Soglia, che devono essere ormai considerati parte del sistema dei servizi operanti nel settore delle Tossicodipendenze: evidenziando cosa essi possono offrire e ricevere dal sistema stesso.
- 2) Evidenziazione di finalità ed obiettivi comuni, prescindendo dalla molteplicità degli strumenti, allo scopo di proporre un modello metodologico nazionale ed europeo più omogeneo.
- 3) Facilitazione del passaggio dalla sperimentazione, sinora realizzata con finanziamenti specifici, all'inserimento delle Attività di Bassa Soglia nell'organizzazione del sistema dei servizi: piano socio-sanitario, linee guida, criteri di accreditamento, elementi organizzativi.

Nel contesto della Convention sono state descritte le esperienze europee relative alle Sale di Consumo (User's Room), e al Progetto di Somministrazione Controllata di eroina, e si è dibattuto sulle opportunità e scenari relativi alla loro possibile collocazione nel contesto italiano.

Dr. Silvana Patri-

A.S.L. 8 - Chieri**Nuova tecnica
mini invasiva per la
resezione del colon**

All'Ospedale S. Lorenzo di Carmagnola l'équipe chirurgica diretta dal dott. Di Roma, in collaborazione con il Servizio di Anestesia diretto dal dott. Francone, da quasi 10 anni esegue interventi laparoscopici e da 4 anni

ha attivato il servizio di Day-surgery.

Dopo più di 1000 laparoscopie per calcolosi della colecisti, appendicectomie, patologie dell'utero e delle ovaie, da alcuni mesi e, dopo aver seguito corsi specifici e aver fatto pratica in centri specializzati, si è iniziato il trattamento mini-invasivo delle resezioni del colon. Vengono trattate le patologie benigne (infiammatorie e diverticolari) e maligne (polipi degenerati e tumori) sia del colon che del retto.

I vantaggi di tale metodo sono molteplici ed evidenti

- a) per il malato: precoce mobilizzazione, minore dolore postoperatorio, rapido inizio dell'alimentazione e quindi precoce dimissione e ripresa delle normali attività lavorative
- b) per il chirurgo: minori complicanze specie quelle tardive quali sventramenti e sindromi aderenziali non infrequenti nella chirurgia cosiddetta maggiore.

Gli svantaggi sono dati dal costo elevato dello strumentario chirurgico e da una maggiore difficoltà tecnica dell'intervento.

I risultati finora avuti sono stati più che positivi. Per tale motivo questa tecnica è entrata a far parte della routine del Reparto.

"La Day - surgery è uno strumento di grande efficacia per il rimodellamento dei processi e degli interventi in campo chirurgico all'interno della nostra Azienda - sostiene l'ing. Giorgio Rabino, Direttore Generale dell'ASL 8 - , che consente un'assistenza sanitaria razionale in quanto tende all'ottimizzazione dei risultati clinici, dell'impiego delle risorse e, non ultimo, della qualità di vita del paziente".

Gerardantonio Coppola
tel. 011/9719.327

A.S.L. 10 - Pinerolo**Farmaci generici:
dal 1° novembre
si può risparmiare
di più**

Dal 1° novembre 2001 il cittadino (informato) può risparmiare qualcosa in più sul prezzo di numerosi farmaci: coincide infatti con tale data l'entrata in vigore del nuovo DPR approvato dal Consiglio dei Ministri il 14 settembre scorso in materia di spesa sanitaria.

Com'è noto gli stessi principi attivi contenuti nei farmaci sono prodotti dalle industrie farmaceutiche sia con nomi commerciali "griffati" (ad esempio l'"Aspirina") dal costo solitamente più elevato, sia come farmaci generici dal costo molto più contenuto e con il solo nome del principio attivo (es Nimesulide). Entrambi hanno la stessa precisa efficacia.

Dal 1° novembre i medicinali non più coperti da brevetto (in quanto di pro-

duzione ultraventennale) sono rimborsati al farmacista soltanto fino alla concorrenza del prezzo del corrispondente farmaco generico meno costoso sul mercato.

Pertanto se il Medico di famiglia nelle prescrizioni farmaceutiche non indicherà **espressamente** che il farmaco indicato non può essere sostituito, il farmacista ha l'obbligo di avvertire il cittadino che, al posto del farmaco prescrittogli, può consegnargli il corrispondente "farmaco generico" non richiedendo in tal caso nessun esborso. Il Direttore Generale Dr. Massa, presentando la nuova normativa all'ASL 10, ha sottolineato: "**E' importante che ognuno per quanto di competenza, Medici di famiglia da una parte e Farmacisti dall'altra, colga questa occasione informando i cittadini per evitare un ulteriore, inutile spreco di risorse**".

URP della ASL 10

A.S.L. 16 - Mondovì

Incontinenza urinaria femminile: nuove tecniche per affrontarla

Dal 21 al 24 ottobre si è svolto a Roma il Congresso Nazionale AOGOI-AGUI, le Associazioni dei Medici Ostetrici-Ginecologi ospedalieri ed universitari italiani.

Nella seconda giornata il Primario Dr. Carlo ALOVISI ha presentato una comunicazione relativa alle varie terapie chirurgiche per il trattamento dell'incontinenza urinaria femminile.

"La nostra esperienza" spiega il Dr. Alovisi "deriva dal mio particolare itinerario professionale. Provengo da una "scuola" torinese che affronta l'incontinenza urinaria, così come tutte le altre patologie ginecologiche, per via laparoscopica, cioè attraverso piccole breccie addominali. Ho trovato a Mondovì i modi per correggere i problemi urinari con una via ancora meno aggressiva, per via vaginale, la cosiddetta T.V.T. Abbiamo così a disposizione una gamma di metodologie: la tradizionale, la laparoscopica e la T.V.T., da utilizzare scegliendo la più efficace secondo le caratteristiche del caso specifico. Di questo confronto" prosegue il Primario "abbiamo raccolto la casistica completa dei risultati conseguiti: si evidenzia come i vantaggi legati alla T.V.T. (ad esempio non si effettua in anestesia generale; l'intervento dura poche decine di minuti; la degenza è di soli 1-2 giorni) e specialmente l'ottimo recupero della corretta funzione della vescica così ottenuto, la indichino in come il futuro dell'uroginecologia.

Per la vasta esperienza maturata il Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Mondovì è stato proposto come centro-pilota per il Piemonte della nuova tecnica: un fiore all'occhiello per la Sanità monregalese e per tutta l'A.S.L. 16."

Dr. Marco Fulcheri, responsabile URP

A.S.L. 20 - Tortona

Servizio ADI: precisazioni dell'ASL 20

L'Azienda Sanitaria Locale n. 20 di Alessandria e Tortona ha fornito alcune precisazioni a proposito della presunta soppressione del Servizio di Assistenza Domiciliare e del trasporto dei pazienti. Pubblichiamo ampi stralci della lettera del Dott. Bruno Vogliolo, Direttore Generale dell'A.S.L. 20: "Pare doveroso informare che nessuna soppressione di alcunché è stata prevista da questa Azienda nell'ambito dell'attività di Assistenza Domiciliare Integrata.

Per meglio intendersi sul contenuto del Servizio in questione, si ritiene opportuno chiarire il contenuto di un complesso di attività che presso la nostra A.S.L. vengono espletate con grande professionalità ed abnegazione da tutti gli operatori coinvolti, tanto da poterlo ritenere un fiore all'occhiello, uno dei più articolati ed estesi in Piemonte.

Si tratta infatti dell'assistenza di cui una svariata tipologia di pazienti usufruisce (anziani impossibilitati a muoversi, malati in trattamento chemioterapico, pazienti temporaneamente inabili alla deambulazione che necessitano di cure riabilitative, pazienti appena dimessi dall'ospedale che necessitano ancora di un'intensa assistenza sanitaria, ecc.).

Questi interventi si sostanziano nella visita ripetuta del medico di famiglia che decide la terapia e segue l'andamento del paziente, nel servizio di personale infermieristico per la somministrazione delle varie terapie, ed eventualmente nell'intervento di medici specialisti, o di fisioterapisti a seconda dei casi. Ciò che rende tutto questo di grande valore assistenziale è che avviene A CASA dei pazienti, che quindi non sono costretti a muoversi per i controlli, e per ogni loro esigenza medica e specialistica.

Nell'intera attività descritta non si è provveduto ad alcuna riduzione delle prestazioni erogate, comprese le consulenze specialistiche.

I dati relativi al 2000 e le previsioni per il 2001 evidenziano una razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse, visto che se nel 2000 i casi trattati sono stati 1256, con un costo di 4.800.000.000 di lire, la prospettiva per il 2001 è quella di raggiungere i 1500 casi con una spesa di circa 4.500.000.000.

Si sono limitati invece, per un periodo molto circoscritto (un mese, circa, a settembre) i trasporti destinati ad accompagnare i pazienti presso i Centri per l'effettuazione di accertamenti diagnostici o di interventi terapeutici.

Questo è accaduto nel tentativo di perseguire un certo contenimento dei costi senza peraltro minimamente intaccare il livello di tutte quelle prestazioni a carattere squisitamente sanitario, tant'è vero che sono rimaste invariate le ore di attività infermieristica, nonché gli accessi degli specialisti e dei medici di famiglia.

È inoltre stato possibile ridiscutere gli accordi economici riguardanti i trasporti, in un'ottica di risparmio da parte dell'A.S.L., tanto che ora risultano attivi sul territorio non solo i trasporti in favore delle categorie previste dalla normativa vigente (es. i dializzati, ecc.) - mai sospesi -, ma anche per altri pazienti ad alta gravità. Di ciò ringraziamo sinceramente le Associazioni che gestiscono i trasporti in ambulanza sul nostro territorio, per la sensibilità sempre spiccata verso le esigenze delle fasce deboli, nonché per la grande disponibilità dimostrata nei nostri confronti".

A.S.O. - S. Croce

Centro Multidisciplinare di Medicina del Sonno

Importante riconoscimento per il Centro del sonno, operante nella Struttura Complessa di Neurologia e Neurofisiopatologia, diretta dal dott. Enzo Grasso: primo in Piemonte ha ottenuto il prestigioso accreditamento dell'Associazione Italiana di Medicina del Sonno, che lo colloca tra le sedici strutture multidisciplinari specialistiche in materia di disturbi del sonno presenti in Italia.

Questo risultato è stato ottenuto attraverso l'analisi di una serie di requisiti necessari che coinvolgono personale, attrezzature e attività per garantire uno standard qualitativo ottimale delle prestazioni.

Il Centro del sonno, da anni attivo all'interno dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle, opera attraverso un ambulatorio specialistico, gestito da medici e tecnici appositamente preparati e costantemente aggiornati.

Tra le varie forme di patologia del sonno, sulle quali interviene l'equipe del Centro, risultano più diffuse le apnee da sonno (OSAS) che colpiscono il 2 - 4% della popolazione, la narcolessia (30 - 70 casi su 100.000 abitanti) e l'insonnia nelle sue varie espressioni (18 - 20% della popolazione).

URE ASO S. Croce e Carle

ASO - OIRM

Dipartimento emergenza per i bambini

Anche Torino ed il Piemonte hanno un nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) per i bambini.

E' il terzo in Italia dopo il Gaslini di Genova ed il Bambin Gesù di Roma, è stato inaugurato il 25 ottobre scorso nei nuovi locali di via Zuretti 21 dell'Ospedale Infantile Regina Margherita.

Contemporaneamente alla nascita del nuovo DEA sono state presentate altre quattro Unità Operative completamente rinnovate: "Chirurgia neonatale", "Pediatria Generale Universitaria", "Centro di Medicina Nucleare" e "Malattie Infettive -Immunologia- Reumatologia".

Si tratta di servizi all'avanguardia in fatto di qualità, efficienza e capacità di offrire ai piccoli degenti la migliore assistenza.

Un'operazione di rinnovamento che ha comportato un grande sforzo finanziario (8 miliardi).

Ma torniamo al DEA, struttura all'avanguardia, diretta dal prof. Ferdinando Canavese, che permette all'Ospedale Infantile di allinearsi ai Centri più avanzati disponendo di servizi e tecnologie completamente rinnovate.

Il nuovo Dipartimento è composto da una camera calda per il trasferimento dei bambini dall'ambulanza alla barella, spaziosi ambulatori (due per la chirurgia, tre per la pediatria), una sala gessi, una rianimazione, oltre ad un locale dedicato al triage

Ma la vera novità è rappresentata dalle 3 camere di degenza temporanea (6 letti) che consentiranno di ridurre i ricoveri di breve durata.

Gli accessi al Dea sono in continuo aumento, nel duemila sono stati registrati 54.156 passaggi con 5.710 ricoveri.

E adesso vediamo le altre strutture.

La Chirurgia neonatale, è un Reparto ad alta specializzazione la cui qualità del servizio, in linea con i migliori standard europei, permette di aumentare del 50% la capacità ricettiva dell'ospedale per i neonati affetti da patologie di interesse chirurgico.

E' composto da due sale di degenza con 6 incubatrici e 10 lettini. Grande importanza è stata riservata al filtro ambientale ed alla sterilità per ridurre al minimo il rischio di contaminazione esterna.

Questa struttura, unitamente alla professionalità degli operatori sanitari, assicura la miglior assistenza possibile nelle complesse patologie malformative neonatali.

La Pediatria Generale Universitaria, diretta dal prof. Giancarlo Mussa, è stata completamente ristrutturata secondo i più attuali concetti di ottimizzazione del servizio, ri-

servando particolare cura ed attenzione all'umanizzazione per garantire tranquillità, discrezione ed il massimo comfort ai piccoli degenti.

Il Centro di Medicina Nucleare, diretto dalla dott.ssa Leandra Sivestro, ha subito una radicale ristrutturazione per uniformarsi alle nuove normative per l'utilizzo di sorgenti radioattive a scopi diagnostici e terapeutici. Il Centro, l'unico in Italia dedicato in modo specifico ai bambini, è Riferimento Regionale per la diagnostica scintigrafica in età pediatrica e aderisce al Gruppo di Studio Interdipartimentale Torinese sul Linfonodo Sentinella.

Infine l' Unità Operativa Autonoma "Malattie Infettive-Immunologia- Reumatologia"

che è composta da un Day Hospital (8 posti letto) e da un Reparto di degenza (19 posti letto).

Una zona filtro isola le stanze dal corridoio. E' possibile attivare un sistema di pressione positiva o negativa, nel caso sia ricoverato un bambino con deficit immunitario o con patologia infettiva.

L'UOA, diretta dal prof. Pierangelo Tovo, è Centro Regionale per l'AIDS pediatrico, Centro di Riferimento per le malattie infettive in genere e per le patologie immunologiche, Centro di Coordinamento Nazionale del "Registro Italiano per le infezioni da HIV in pediatria" e Centro di Coordinamento per lo studio europeo per l'infezione da epatite C nel bambino. **Roberta Dot-**

Professione infermieristica e Piano Sanitario Regionale

Un'opportunità di condivisione strategica.

Il 23 ottobre 2001, gli infermieri piemontesi si sono dati convegno al Lingotto di Torino per ospitare un momento di confronto tra professionisti e istituzioni sul Piano Socio Sanitario Regionale.

L'obiettivo della manifestazione consisteva nel favorire l'analisi, la discussione e la successiva presa di posizione del gruppo professionale sul PSSR, rendendo disponibili solide linee di indirizzo sulle quali il Coordinamento dei Collegi infermieristici piemontesi potrà costruire il confronto con il Governo Regionale.

Si è voluto, insomma, offrire il punto di vista critico degli infermieri sul fondamentale documento di programmazione strategica della sanità piemontese prima della sua definitiva approvazione, in modo da evitare tardive prese di posizione dal sapore inevitabilmente recriminatorio.

Un'opportunità quindi per coinvolgere la professione nella messa a punto delle strategie di Piano, determinante per responsabilizzare i 20.000 infermieri piemontesi verso il raggiungimento degli obiettivi di Piano.

La tempestività dell'iniziativa (il PSSR è stato approvato in Giunta la sera del 22 ottobre) ha fatto sì che il convegno rappresentasse il primo momento di discussione pubblica su un documento definito, dopo che numerose e successive bozze avevano determinato un clima di crescente insicurezza e preoccupazione. Che fosse giusto preoccuparsi è parso subito evidente:

- Il documento rappresenta nei fatti una delega in bianco alla Giunta Regionale, tutto sarà deciso in decine di successive DGR senza che un voto di Consiglio possa avallare o discutere i contenuti del Piano.

- La costituzione delle nuove ASO viene prevista in palese violazione dell'art. 4 D. Lvo.229 (legge Bindi). Questo, probabilmente, è significativo della volontà del Governo centrale di procedere col maglio allo smontaggio dell'attuale sistema normativo, senza cercare un confronto nel Paese ma procedendo a colpi di maggioranza. Coe-

rentemente la Giunta fa come se la 229 già fosse carta da macero. Tutto ciò è preoccupante.

- Viene fatto notare che separare l'assistenza territoriale da quella ospedaliera sotto due distinte Amministrazioni, potrebbe ostacolare gli sforzi di ridurre l'uso improprio dei posti letto ospedalieri: evitare un ricovero, ritardarlo o anticipare il più possibile la dimissione attraverso la presa in carico territoriale, andrebbe a costituire semplicemente un maggior costo per l'ASL mentre, nell'Azienda integrata, un maggior costo dell'assistenza territoriale viene ampiamente compensato, anche economicamente, dalla riduzione del costo delle giornate di degenza nel presidio ospedaliero.

- Altra chicca: contrariamente alle bozze precedenti, nella versione approvata manca ogni riferimento alla dirigenza infermieristica prevista dalla l.251 del 2000. Che si tratti anche qui del desiderio di anticipare, sul piano regionale, un cambio di rotta a livello nazionale sulla questione infermieristica, sull'indipendenza e sull'autonomia dell'assistenza? Tutto ciò è molto preoccupante.

- Questo PSSR ha la prima "s" molto piccola, di "socio" non c'è quasi nulla. In compenso nella stessa ASL si potranno avere livelli di assistenza differenziati in relazione alla ricchezza dei singoli Comuni e, quindi, a quanto ciascuno potrà integrare (con proprie risorse) dell'offerta sanitaria pubblica, con buona pace dell'art.32 della Costituzione.

Questo ed altro è stato osservato nei numerosi e qualificati interventi che si sono susseguiti. Sempre in un clima di attenta e corretta partecipazione, i duecento infermieri presenti in sala hanno dimostrato di essere ormai maturi per assumersi il pieno carico dell'assistenza sanitaria in questo Paese, senza timorosi atteggiamenti ancillari verso chicchessia. Altri sapranno superare quest'anacronistico pregiudizio?

Michele Piccoli

Presidente Collegio IPASVI di Torino



Do.R.S.
CENTRO REGIONALE DI DOCUMENTAZIONE
PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
Via Sabaudia, 164 - 10095 GRUGLIASCO (TO)
Tel. (011) 40.17.653/684 Fax (011) 40.17.687
e-mail dors.piemonte@tin.it
sito WEB <http://spaspiemonte.it/salute/itccpp>

DoRS: una attività positiva, da estendere e sostenere

Eravamo numerosi, rappresentanti di Enti e Istituzioni. Il 9 ottobre scorso al seminario organizzato da DoRS per fare un bilancio della attività finora svolta e prospettare delle ipotesi per il futuro.

A suo tempo gli Assessori Maccari e Vetrino accolsero la proposta di sperimentare per tre anni presso il Cies la possibilità di dare vita ad un Centro di Documentazione in Educazione Sanitaria la scelta si dimostro possibile e utile ma il Cies non ritenne giusto proseguire nel suo ruolo di supplenza. La soluzione successivamente accolta dall'Assessore D'Ambrosio, di proseguire la sperimentazione direttamente come regione ed in convenzione con la ASL 5, offre qualche ulteriore ragione di riflessione proprio alla luce dei risultati raggiunti in questi ultimi tre anni.

Di quello che fa DoRS ne parliamo in ogni numero di Promozione Salute ma mi preme ricordare alcuni momenti: la presenza nel gruppo nazionale di valutazione delle attività di Promozione della Salute e di Educazione Sanitaria (la valutazione della efficienza e della efficacia, dei costi e dei benefici), il contributo portato nella costruzione dell'Osservatorio nazionale sulle attività di PES e i due prodotti ultimi, due CD ROM, l'uno "Progettare a la carte" e l'altro "PrIMA - Progetti, interventi e materiali di Promozione della Salute in Piemonte" due ipertesti frutto del lavoro di DoRS e della collaborazione degli operatori delle ASL piemontesi, per tentare di passare dalle parole ai fatti.

Tutto qui? Si ed è moltissimo per quanti lavorano in questo campo e guardano al futuro.

Importante è cosa si produce, ma più ancora come si produce e con quali finalità. In questo caso si tratta di un lavoro che tendeva a costruire i protagonisti della nuova fase che sta attraversando la Promozione della Salute, la sua dimensione intersettoriale e interistituzionale senza delle quali non si compiono passi in avanti per transitare dalla sanità alla salute. Dall'OMS Europa ci viene l'invito a valutare le politiche ed i programmi in rapporto al contributo che danno alla soluzione del problema salute. E ciò è compito di tutte le attività economiche e produttive. Il problema è non solo di ridurre sofferenze e lutti, ma di risparmiare risorse da usare diversamente e meglio ed in ragione dei risultati riorganizzare anche la sanità.

E' una operazione politica e culturale: vanno privilegiate le attività di medio e lungo periodo, con investimenti strategici che devono interessare le attività di formazione ed in particolare l'Università nella molteplicità delle sue competenze. Aggiungere alle attività di eccellenza che DoRS ha dimostrato di saper svolgere anche questo ruolo mi pare utile e possibile. Questo mi sento in dovere di proporre.

Sante Bajardi



Il CD-ROM denominato PrIMA (ovvero Progetti, Interventi e Materiali) di Promozione della Salute contiene un estratto della banca dati documentale di DoRS.

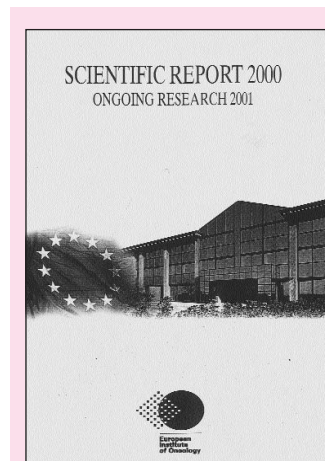
Si tratta di alcuni documenti progettuali di produzione piemontese che ci è parso valesse la pena di diffondere in modo "integrale" attraverso l'utilizzo di questa tecnologia, oramai alla portata di tutti. Questa idea non è nuova, in quanto già nel primo progetto di Centro di Documentazione redatto in collaborazione fra Regione e Cies Piemonte compariva ed era anzi un punto fondamentale; all'epoca però le difficoltà tecniche erano maggiori (non tanto nell'acquisizione quanto nella diffusione e nell'utilizzo da parte degli utenti) e si era riusciti faticosamente a realizzarne una sola versione.

Con l'evolversi delle soluzioni software il CD-ROM è oggi leggibile da un comune PC su cui sono installati strumenti gratuiti come un browser per la navigazione in Internet (Internet Explorer o Netscape Navigator) e il lettore per i documenti full-text in formato PDF (Adobe Acrobat Reader, disponibile anche sul CD-ROM stesso).

Quindi attraverso un semplice percorso di ricerca tramite descrittori bibliografici, aree thesaurus e autori/curatori dei progetti, l'utente ha disponibile la "fotografia" integrale del documento visualizzabile e stampabile.

Siamo certi che la strada è finalmente imboccata e, se vi sarà utilità e gradimento, nei prossimi mesi aumenteremo la quantità di documenti per una nuova pubblicazione.

Massimo Marighella



E' uscito in questi giorni il Rapporto Scientifico dell'Istituto Europeo di Oncologia per l'anno 2000 che porta la data del mese di maggio, ma che fornisce la notizia che dal 1 luglio 2001 il prof. Veronesi, Direttore Scientifico, che aveva lasciato la direzione per assumere l'incarico di Ministro della Sanità, ha ripreso le sue normali funzioni.

Il Rapporto è un volume di circa 150 pagine in cui vengono fornite informazioni assai dettagliate sulla struttura e sul personale che opera nell'Istituto e su tutte le ricerche che sono state condotte nel 2000 e sulla pubblicazioni relative ai risultati, nonché sugli indirizzi della ricerca in corso.

E' una relazione assai puntuale in cui gli specialisti possono trovare utilissime informazioni, ma che certamente non si presta ad essere suntuosa. Compito del CIPES Piemonte è solo quello di fornire una idea dell'impegno dell'Istituto e delle linee lungo le quali si svolge in esso la ricerca.

Il rapporto dell'Istituto Europeo di Oncologia delinea il profilo di un centro in cui la diagnostica e la terapia convenzionale hanno poco spazio; un centro di eccellenza non a favore di pochi privilegiati, ma in cui si costruisce l'esperienza che in un prossimo futuro non mancherà di risultare in un vantaggio per tutti i malati.

Atti della Regione Piemonte

Proseguiamo la segnalazione di Atti della Regione Piemonte (leggi, Delibere, Determinazioni, ecc...), che a nostro giudizio possono avere un certo interesse per quanti si interessano di Promozione della Salute. Presso la nostra sede sono a disposizione dei soci, delle Associazioni, ecc... I bollettini ufficiali che contengono gli atti citati.

-Com. P.G. BU 37-2001

Programma di attività relativo agli adempimenti in materia ambientale per la realizzazione del programma olimpico

- Del G.R. 6 agosto 2001, n°49-3767 BU 40-2001

Promozione della Salute, Educazione Sanitaria. Individuazione degli obiettivi 2001. Accantonamento di L.2.600.000.000 Cap. 12250/2001 alla Direzione 29 – Controllo delle Attività Sanitarie

- Del G.R. 6 agosto 2001, n°87-3804 BU 40-2001

Misure organizzative, procedurali e di adeguamento delle strutture riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori all'interno delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere

- Del G.R. 3 settembre 2001, n°27-3865 BU 40-2001

Realizzazione obiettivo Piano Sanitario Regionale. Studio sugli effetti dell'attività fisica e di un adeguato apporto alimentare sull'osteoporosi e sull'efficienza fisica in soggetti della terza età. Accantonamento ed assegnazione di L. 100.000.000= Cap. 12180/2001 alla Direzione Controllo delle Attività Sanitarie

- Del G.R. 11 giugno 2001, n°57-3226 BU 41-2001

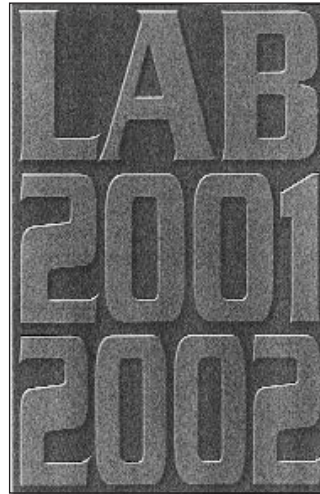
Approvazione linee guida regionali per l'attività di Day Surgery

- Del G.R. 8 ottobre 2001, n°22-4083 BU 43-2001

Modalità di fornitura e nuovi prezzi di rimborso dei presidi diagnostici e terapeutici erogabili a carico del Sistema Sanitario Regionale (S.S.R.) alle persone affette da diabete mellito

- D.D. 14 giugno 2001, n°232 BU 43-2001 Impegno della somma di L. 400.000.000 sul cap. 12396/01 ed approvazione delle convenzioni allegate per l'attuazione del progetto "Prototipo di procedura per la redazione di relazioni sanitarie regionali o aziendali utili ai piani di salute"

- D.D. 14 agosto 2001, n°285 BU 43-2001 D.P.R.27.3.92 – Sistema per le emergenze sanitarie connesse al numero nazionale 118 – Costituzione del coordinamento regionale delle Centrali Operative Provinciali



77 nuove proposte didattiche che spaziano dall'educazione al linguaggio musicale al progetto d'impresa, dalla Peer Education all'ingegneria naturalistica, dalla globalizzazione alla bioetica: dopo vent'anni (le prime proposte risalgono all'anno scolastico 1982/83) il CeSeDi mantiene il suo carattere di riferimento innovativo per le scuole superiori della nostra provincia.

Un impianto collaudato e consolidato sul quale si innestano le innovazioni suggerite dal rapido trasformarsi della nostra scuola superiore: è questa la strada sulla quale cammina il CeSeDi., raccogliendo e cercando di ottimizzare i suggerimenti che giungono da tanti docenti coinvolti nei percorsi didattici.

A tutti l'augurio di un anno scolastico proficuo e l'invito a contribuire in modo attivo al continuo miglioramento dei servizi offerti dal Ce.Se.Di.

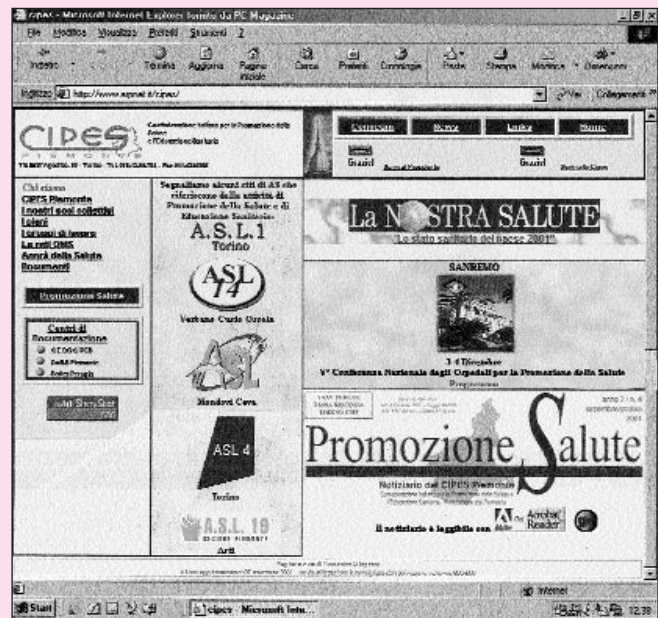
L'Assessore al Sistema Educativo e Formativo Prof. Gianni Oliva

www.arpnet.it/cipes

Pubblichiamo la nuova "home page" del sito della Cipes Piemonte realizzata grazie alla abnegazione del nostro socio Domenico Mingrone con la supervisione di Massimo Marighella. L'aver messo la specificazione dei contenuti nell'elenco di sinistra ci ha permesso di utilizzare lo spazio centrale per le novità e le segnalazioni.

Questa volta segnaliamo i web delle Aziende Sanitarie che dedicano spazio alla Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria, i Convegni ed i principali documenti che sono stati di recente inseriti: la sintesi della relazione sullo stato di salute del paese e, ci sarà sempre, il testo integrale dell'ultimo numero di Promozione Salute.

Potremo fare di più e meglio. Innanzitutto completandolo nelle previsioni non ancora realizzate. Più in generale penso che nel 2002 si possa costituire una Redazione più ampia, che coinvolga i vari gruppi di lavoro affinché riferiscano meglio delle loro attività settoriali ma anche nella preparazione dei materiali o creando siti collegabili. Se qualche socio o lettore è disponibile ad aiutarci, anche con critiche e suggerimenti, si faccia vivo e ci cerchi al 011.4310762 (fax 011.4310768) o ci invii una



La Cipes alla tre giorni del volontariato, della solidarietà, della cittadinanza

L'esordio della CIPES alla Tre Giorni del Volontariato, della solidarietà, della cittadinanza, che quest'anno si è svolta venerdì 28, sabato 29 e domenica 30 settembre nella splendida cornice di Piazza Castello, è stato quanto mai positivo.

D'altra parte il nostro trovarci "in sintonia" con la simpatica e partecipata manifestazione sembra quasi ovvio e conseguente allo slogan della manifestazione stessa "Agire nel quotidiano e progettare", così vicino al nostro modo di essere ed al mestiere di ogni giorno della CIPES.

Non nascondo che prima di decidere di partecipare, se molti erano gli stimoli, molte erano anche le perplessità, se non altro perché era la prima volta che la CIPES "scendeva in piazza" con una sua iniziativa di diffusione dei programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che è ben diverso dall'operare per progetti, coinvolgendo certo anche la popolazione, ma operatori e strutture attraverso seminari, convegni, lavoro in rete per filoni tematici, ecc.

L'impatto diretto con i cittadini ed i volontari si è manifestato in modi molto differenziati, che ci hanno anche permesso di sempre meglio comprendere cosa vuol dire "operare" su progetti complessi e nello stesso tempo gestirne il significato, spiegare e far capire a chi non è addetto ai lavori, usando una pluralità di strumenti che va dal volantino che spiega chi siamo nel modo più divulgativo possibile alla partecipazione ad un significativo convegno, dalla diffusione del programma dell'OMS sui 21 obiettivi di salute per il XXI secolo all'illustrazione dei progetti che in questo ambito stiamo portando avanti: HPH, HPS, Ospedali amici dei bambini, Città sane, ecc.

Parlando di attività divulgativa, viene spontanea una considerazione più interna: il plauso che meritano i nostri "quadri", i nostri responsabili di progetto, abituati a gestire e coordinare attività di alto profilo, reti di ospedali, di scuole, di centri urbani, che non hanno disdegnato di venire al "banchetto" a spiegare il nostro operato alla gente con il linguaggio della gente.

Possiamo affermare che i contatti con le centinaia di persone con cui abbiamo parlato (domenica non si riusciva a circolare tra i banchi per l'affollamento) non sono stati di mera propaganda; senza ovviamente potere e volere approfondire, la gente è andata via, sapendo cos'è l'OMS, il significato del progetto sui 21 obiettivi di salute per il XXI secolo, che cosa è la CIPES, come lavora, con chi lavora, con quali obiettivi. Praticamente nessuno è sfuggito al dialogo, tanto che il capannello davanti al nostro stand costituiva spesso un "blocco stradale" alla circolazione dei visitatori. Ci è stato di grande gratificazione che decine e decine di persone ci abbiano fornito, nonostante la legge sulla privacy, il loro indirizzo, alcuni anche il numero di telefono, per ricevere Promozione Salute, per stabilire con noi un contatto più diretto e continuativo. Secondo l'azzeccato mix di iniziative di piazza, animazione e convegni, patrimonio ormai acquisito dagli organizzatori di Radionotizie, diretti dallo sperimentatissimo e capace Carlo De Giacomi, la Tre Giorni si è espressa ad alto livello.

In questo ambito si sono realizzati incontri particolarmente qualificati ed un seminario centrale, che ha aperto la Tre Giorni del volontariato, della solidarietà, della cittadinanza, venerdì 28 settembre dalle ore 9,30 alle 16 al cinema Massimo dal titolo "Il metodo della pluralità dei soggetti per la promozione del benessere: l'applicazione della legge sull'assistenza (328), riflessioni ed esperienze".

Il seminario è stato di grande interesse per il livello del confronto, per il rilievo dei relatori, per le Istituzioni e strutture coinvolte, per le esperien-

ze portate.

Tutti gli intervenuti hanno convenuto sul significato epocale della legge 328 sull'assistenza, che si può dire apra la fase dei Welfare locali (secondo linee omogenee a livello nazionale dettate dalla legge), che chiude la fase, si può dire il secolo, in cui l'assistenza agli indigenti ed ai disabili era, con la centenaria legge Crispi, la cui gestione era affidata al Ministero degli Interni, considerata un problema di ordine pubblico.

Generale è stata quindi la convergenza sulla necessità che ad ogni livello si dia rapidamente corso alle norme attuative necessarie, perché la legge 328 diventi operativa in tutti i suoi aspetti. In proposito particolarmente interessante è stato l'intervento del prof. Resegotti, presidente del Consorzio per i servizi sociali "Monviso", che ha chiarito le modalità con cui stanno già operando nella direzione attuativa della legge, nei limiti concessi dalla mancanza di gran parte della normativa applicativa e come, in questo impegno, si ponga il problema del coinvolgimento del volontariato, della cooperazione, della società civile.

Non si può però ignorare che pur impemmando il convegno sull'esempio della 328, legge da difendere applicandola, gli organizzatori molto intelligentemente gli abbiano dato un respiro generale assai più ampio, appunto quello della promozione del benessere. Proprio questo infatti, come ha detto Bajardi a nome della CIPES nel suo intervento, è il nocciolo del problema: intervenire sul disagio, la povertà, la disabilità è intervenire, nei limiti del possibile, in un'ottica riparatoria, che per quanto sia gestita con appropriate tecniche e sensibilità, coinvolgendo la società civile, anche come rafforzamento dell'umanizzazione dell'intervento pubblico, non può che conseguire risultati, per quanto positivi ed apprezzabili, per loro natura limitati. Ciò non deriva spesso da un limite degli interventi in sé, ma è insito nella logica dell'intervento che si colloca dopo l'evento o gli eventi dannosi.

A questo punto del suo intervento Bajardi ha fatto una serie di esemplificazioni: progetti e campagne, come strada sicura, casa sicura, ospedali liberi dal fumo, ecc. intervengono a monte della produzione del danno alla salute, evitando sia sofferenze a molti cittadini sia spese sanitarie spesso elevate, perché l'intervento sanitario è sempre molto più dispendioso dell'intervento di promozione della salute di natura conoscitiva e preventiva.

La conclusione positiva del convegno è stata proprio nel confermare come l'applicazione della legge 328/2000 nella sua positività, come quella di tutte le leggi che intervengono sul danno, non contrasti affatto con la promozione della salute riguardando ambiti interconnessi, ma diversi.

Queste constatazioni, espresse in termini più analitici di quanto lo spazio a disposizione lo consenta, sono state proprio il nocciolo forte del convegno, che ha rappresentato un avvio qualificato della Tre Giorni del volontariato, della solidarietà, della cittadinanza.

La Tre Giorni è così partita bene e possiamo dire con soddisfazione che lo svolgimento è stato altamente positivo: molta gente, molto interesse, senza mai assumere il patetico aspetto, e questo era il rischio, della fiera del buon cuore a poco prezzo.

Beppe Cervetto



Lo stand della CIPES alla Tre Giorni del volontariato, della solidarietà, della cittadinanza, punto di contatto con centinaia di cittadini, associazioni, operatori sociali ha permesso un'informazione di massa sulle attività e sui progetti della CIPES. Sono state raccolte molte e significative adesioni a Promozione Salute. Nella foto Domenico Mingrone e Matteo Albanese

La salute dei lavoratori e' a rischio di "stress psico-fisico"

1 - Lavoratori ad alto rischio di stress

Recentemente, l'Agencia Europea per la salute e la sicurezza sui posti di lavoro ha pubblicato un rapporto dove viene evidenziato che nei Paesi della UE 41 milioni di lavoratori soffrono di stress psico-fisico, correlato ad una inadeguata gestione ed organizzazione dell'ambiente di lavoro.

In particolare, tra le cause che influiscono sulla salute dei lavoratori emergono:

- la mancanza di possibilità di fare carriera
 - la scarsa considerazione delle mansioni svolte
 - le basse retribuzioni
 - gli squilibri fra le esigenze familiari e quelle del lavoro e gli orari.
- L'Agencia UE segnala quindi un incremento delle malattie provocate da "stress sul lavoro", quali: mal di testa, ulcera, problemi coronarici, artriti fino a disturbi più gravi come malattie mentali, tiroidee o della pelle. Dal rapporto si evince altresì che lo stress ha anche effetti psicologici con ripercussioni sul comportamento. Oltre alla classica irritabilità e perdita di memoria, disturba il sonno e incita al vizio: si fuma e si beve di più. "Vi sono prove - si legge nel rapporto - che lo stress ha un effetto negativo su comportamenti favorevoli alla salute, come l'esercizio o una buona dieta, aumentando quelli a rischio: fumare e bere. Anche altri comportamenti, come quello sessuale, possono essere indeboliti dallo stress e questo indebolimento diventa a sua volta una causa secondaria di tensione".

La vastità e la criticità di questo fenomeno vanno incidere negativamente:

- Sul benessere psico-fisico dell'individuo.
- Sulla spesa sanitaria, dal momento che si incrementa il numero dei Soggetti cui erogare assistenza sanitaria.
- Sulla qualità della vita familiare
- Sul rendimento lavorativo
- Sul costo che genera sulle aziende in termini di giorni di lavoro persi (nei Paesi dell'Unione si stimano 600 milioni di giorni di lavoro all'anno persi)

Secondo la Commissaria Europea all'occupazione, "lo stress sul lavoro deve essere riconosciuto come un reale rischio collegato all'occupazione ed i datori di lavoro, gli impiegati e i governi dovrebbero intensificarne la prevenzione. Inoltre, per far fronte al problema, è necessario cercare dei metodi di gestione efficaci".

2 - Condizioni di salute precarie anche per gli Operatori Sanitari

Si respira un clima pesante anche nell'universo sanità, dove si evidenziano forme di stress psico-fisico e di disagio lavorativo tra gli Operatori Sanitari.

Tra le cause più frequenti vengono indicate le seguenti:

- non avere spazi e tempi istituzionalmente prefissati per la propria crescita personale
- essere scarsamente retribuiti
- essere sovraccarichi di lavoro
- l'esercitare la propria attività in branche della medicina non affini ai propri interessi e/o alle proprie competenze
- avere rapporti insoddisfacenti con i colleghi
- avere una insufficiente autonomia decisionale
- non avere buoni rapporti con i superiori
- avere problemi personali di tipo familiare o relazionale.

Ovviamente il disagio professionale vissuto dagli Operatori Sanitari si ripercuote negativamente anche sulla loro salute. Ne è testimonianza la sindrome di Burn-out, che rappresenta nel nostro Paese un fenomeno in continua crescita.

A questo proposito, vale la pena evidenziare l'esito di una recente

indagine condotta da un'équipe di psichiatri del Dipartimento di salute mentale di Ferrara, su un campione di 271 medici e 734 infermieri, ai quali sono stati somministrati questionari contenenti alcuni test psicometrici e una checklist per misurare sintomi somatici e psichici relativi allo stress occupazionale.

Dai risultati della ricerca si sono rivelati: "discretamente "bruciati" il 56 per cento dei medici e il 70 per cento degli infermieri. Con una differenza notevole di sesso (più stressate le donne) e di età fra i due gruppi professionali: mentre infatti i medici sono più esauriti da giovani (65 per cento) e progressivamente meno al crescere dell'anzianità, per gli infermieri avviene il contrario (risultati pubblicati su Sanità Management -marzo 2001-).

3 - La sindrome di burn-out

La sindrome di Burn-out (il cui termine tradotto dall'inglese significa: "corto-circuito") è stata definita come "vera e propria malattia professionale, forma di grave tensione provocata dall'eccessivo accumulo di fattori stressanti". Il burn-out è un processo che non esplose improvvisamente, ma che comincia con i primi episodi di sconfitta, con una lunga serie di aspettative frustrate, progetti falliti, ricompense mancate.

La sindrome di disaffezione e disimpegno al lavoro si manifesta con veri e propri **sintomi** di diversa natura, quali:

- forte aumento delle malattie nervose psichiche:
- insonnia, insicurezza, depressione, artrite, ulcera, cefalea, affezioni cardiovascolari, stanchezza, aumento o diminuzione di peso;
- abuso di alcol, farmaci, fumo;
- Incapacità di concentrarsi, disistima, isolamento sociale
- Conflitti con i familiari
- allontanamento precoce dal lavoro

E' importante precisare che nel burn out è facile entrare ma assai difficile uscire, se non vengono adottate idonee strategie di soluzione dei problemi che alimentano lo stress.

4 - Conclusione

Dal breve panorama fin qui tracciato, appare chiaro che per prevenire l'insoddisfazione e gli atteggiamenti negativi nei confronti del lavoro, l'azienda deve offrire ai lavoratori le condizioni necessarie per raggiungere un equilibrio tra "fattori igienici" (retribuzione, condizioni di lavoro, sicurezza sul lavoro, ecc.) ed i "fattori motivanti" (opportunità di avanzamento, responsabilità, realizzazione, ecc.) -rif. teoria di F. Herzberg- In tal senso risulta essenziale l'introduzione di approcci gestionali, metodi e culture organizzative che permettano di prevenire le cause e i problemi del disagio professionale e che, contemporaneamente, consentano di creare le basi per una efficiente capacità di soddisfare i bisogni del "cliente interno".

Alcuni di questi strumenti e metodi fanno riferimento:

al **marketing interno** che può diventare la risposta più efficace per raggiungere l'ambito equilibrio nel rapporto uomo/organizzazione;

alla **Total Quality Management (TMQ)** che prevede un modello lavorativo ispirato alla responsabilizzazione dei lavoratori -empowerment -;

alla **formazione del personale** intesa come strumento globale, collettivo, che permea l'intera struttura delle risorse umane a tutti i livelli, salvaguardando i lavoratori da sentimenti di abbandono e disagio professionale;

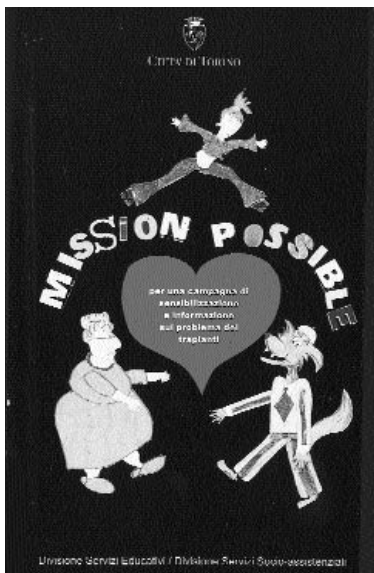
ai **gruppi di supporto**, composti da figure professionali psico-sociali, quali: sociologo, psicologo, ecc., che svolgono attività di monitoraggio del clima lavorativo e delle varie criticità esistenti, ricercando un continuo miglior equilibrio tra le aspirazioni e le attitudini delle risorse umane e le esigenze aziendali.

Si ribadisce infine che lo stress lavorativo interessa tutte le professioni, dalle più semplici a quelle più complesse e limita il rendimento e le potenzialità del lavoratore.

Questo comporta che alla guida delle organizzazioni ci siano uomini rispettosi della dignità umana, sensibili al problema di adattamento/disadattamento degli Operatori al lavoro e capaci di mobilitare le risorse intellettuali di tutto il personale. Senza di ciò sulla strada restano solo i buoni propositi.

L'impegno delle associazioni per la promozione dei trapianti

Nuovo video per i giovanissimi della Scuola dell'obbligo. Com'è noto, il programma trapianti presenta, rispetto ad altri settori della sanità, una peculiarità: per il suo sviluppo non bastano strutture ospedaliere efficienti ed esperti qualificati, ma è indispensabile la solida-



rietà consapevole di cittadini responsabili di una società civile. In tale consapevolezza, in mancanza di campagne istituzionali di sensibilizzazione a livello nazionale, ci impegniamo da anni per una corretta informazione sulle problematiche inerenti alla donazione del sangue e del midollo osseo nonché al consenso al prelievo di organi e tessuti post mortem, per contribuire a dare vita e salute alle persone malate. La legislazione del settore molto rigorosa e garantista, il progresso scientifico e tecnologico, il miglioramento dell'organizzazione dei servizi ospedalieri, il lento ma progressivo diffondersi di una maggior solidarietà nei confronti delle persone malate hanno consentito di raggiungere risultati qualitativi ottimi e di aumentare il numero annuale di prelievi e trapianti, ma non ancora in misura sufficiente a soddisfare il fabbisogno. In considerazione della presenza sul territorio regionale di Centri di trapianto di eccellenza, negli ultimi anni, operando in collaborazione con Enti pubblici e privati, abbiamo intensificato le iniziative di informazione, con una particolare attenzione alle giovani generazioni. L'apertura dei giovani al pro-

gresso e all'innovazione, il loro interesse per le conquiste della scienza, la loro sensibilità per i problemi sociali hanno orientato le nostre attività di sensibilizzazione e aggiornamento soprattutto nei confronti degli studenti e dei giovani delle associazioni socio-sanitarie, culturali, sportive, del tempo libero, ecc., con risultati positivi in termini di adesione e condivisione.

Dopo anni dedicati ai dibattiti con gli studenti delle Scuole medie superiori, è emersa la necessità di fornire un sussidio didattico agli insegnanti delle Scuole elementari e medie inferiori, perché nell'ambito di un program ma di educazione permanente alla solidarietà possano correttamente iniziare un percorso di informazione anche su donazioni e trapianti. Non essendo facile informare in modo semplice e chiaro su questi temi, catturando l'attenzione di ascoltatori giovanissimi, abbiamo pensato, in base alla nostra esperienza positiva di lavoro "insieme", che il successo dell'iniziativa avrebbe potuto essere assicurato da un lavoro corale di persone impegnate a diverso titolo in campo sociale, che credono negli stessi valori e perseguono lo stesso obiettivo. Il risultato è stato un video, prodotto, su proposta e con la consulenza delle nostre Associazioni, dal Laboratorio Immagine "Millelire" della Città di Torino, per incarico degli Assessori al Sistema educativo P. Pozzi e ai Servizi sociali S. Lepri, ma ideato dagli studenti della classe 3° C della Scuola media statale Meucci di Torino. I ragazzi, con la supervisione dei loro insegnanti e dei tecnici del Laboratorio, hanno deciso di non realizzare un documentario, ma di raccontare una storia divertente, prendendo spunto dal loro immaginario, dalle loro curiosità, senza trascurare i loro pregiudizi. Il film è infatti una parodia in chiave moderna della favola di Cappuccetto Rosso e vuole offrire un'occasione di riflessione e discussione sull'importanza della reciprocità e della solidarietà tra persone responsabili. L'originalità del video consiste proprio nell'essere stato pensato, scritto e realizzato dai ragazzi per i ragazzi, con il loro linguaggio e la loro immaginazione: semplici, immediati, coinvolgenti.

Il consenso unanime, espresso dagli organi di informazione e dagli insegnanti presenti alla Conferenza stampa di presentazione dell'iniziativa, ci fa sperare che la diffusione del video possa contribuire a un ulteriore futuro sviluppo della cultura della solidarietà, indispensabile per raggiungere l'obiettivo di assicurare in tempo utile un trapianto di midollo osseo, di organi e di tessuti a tutte le persone che ne hanno bisogno.

Anna Mirone

Volontaria AIDO ADMO ANED
AITF ACTI Sezioni Piemontesi

Vivere con HIV: malattia e terapia, nuove speranze e nuove

La diagnosi di sieropositività per HIV è senza dubbio un evento drammatico, destinato a cambiare la vita di un soggetto: chi vi si trova coinvolto deve trovare un modo per convivere con l'infezione, scegliere se parlarne o no con le persone che ha intorno, affrontare dei cambiamenti nelle sue relazioni personali, forse seguire terapie complesse per lungo tempo, ecc. Di fronte a tutto questo possono sorgere smarrimento, paura, rabbia, angoscia...

Il gruppo clinico offre a coloro che vivono, direttamente o indirettamente, la realtà della sieropositività da HIV, uno spazio in cui ciascuno dei partecipanti, a partire dal dolore che ha incontrato e grazie all'ascolto messo in atto da una psicoterapeuta di formazione analitica, può formulare le sue domande e cominciare a trovare nuovi strumenti per affrontare la difficoltà in cui si trova.

Questo lavoro di elaborazione è il primo passo perché ogni soggetto riesca a costruirsi una strategia soggettiva per trattare l'estraneità che ha incontrato.

Il gruppo clinico non è pertanto un'esperienza chiusa in se stessa, ma risulta per ogni partecipante un momento di apertura, grazie al quale potrà decidere se e come continuare un suo percorso personale. Il gruppo clinico viene così a costituirsi per ciascuno come "ponte" verso altre possibili esperienze: gruppi, incontri individuali, partecipazione alle iniziative organizzate da altre associazioni, ma anche semplicemente un modo nuovo di rapportarsi con la malattia. La presenza dello psicoterapeuta consente che il lavoro del gruppo non sia solo una discussione, ma un vero lavoro terapeutico; si tratta quindi di passare attraverso il lavoro nel gruppo perché ciascuno possa trovare nuove risorse per affrontare il suo disagio particolare. I gruppi clinici saranno composti mediamente da cinque persone più uno psicoterapeuta. La durata di ciascun gruppo sarà di 8 incontri a cadenza settimanale.

Il progetto ha ottenuto un finanziamento regionale.

La partecipazione ai gruppi clinici, grazie al contributo della Regione, è gratuita.

Prima dell'inizio di un gruppo, lo psicoterapeuta contatterà una per una le persone che si sono iscritte, le quali verranno invitate a un colloquio individuale informativo. Lo scopo di questo incontro è la formazione di gruppi equilibrati.

C e PSI

Riprende nella ASL 15 il programma collaborativo con le scuole per l'anno scolastico 2001/2002

Promuovere il benessere dei minori e consolidare sistemi di reti per la salute nel territorio

E' al quinto anno di avvio il lavoro collaborativo con le scuole che la ASL 15 sta sviluppando attraverso la realizzazione di progetti integrati, orientati alla costruzione di alleanze e reti per la promozione del benessere e della salute dei minori.

La esperienza infatti è resa possibile grazie sia all'impegno di operatori sanitari, di operatori sociali e di operatori scolastici sia alla sensibilità di diverse agenzie del territorio (associazioni e enti locali) che di recente cominciano a unirsi su obiettivi comuni, per rendere possibile percorsi innovativi di educazione sanitaria e di promozione della salute.

Anche quest'anno molte sono le scuole interessate a mantenere una continuità di percorso sui progetti di prevenzione avviati negli anni precedenti e risultati di particolare utilità.

Molto interessante e significativo è il fatto che ormai capita raramente di ricevere richieste frammentarie e centrate sull'esclusivo utilizzo di "esperti".

Ciò conferma il raggiungimento di uno degli obiettivi sostanziali attribuiti alla strategia collaborativa che la ASL 15 ha avviato a partire dal 1997 con tutte le scuole: riorientare la domanda di prevenzione della scuola (passare dalla cultura degli interventi informativi "a pioggia" ed estemporanei a programmi congiunti di educazione, di formazione e di alleanze permanenti su obiettivi comuni).

Pertanto la sintonia, che gradualmente si è andata costruendo tra ASL 15, scuola e altre agenzie, rappresenta oggi sicuramente un punto di forza che potrà condurre verso la condivisione di futuri programmi di prevenzione primaria che siano orientati sempre più alla evidenza di efficacia dei modelli preventivi ed ad esperienze di buona pratica per la promozione della salute.

Sono nove le aree di progetto su cui ci si sta attualmente concentrando:

Progetto scuola dell'obbligo

"EDUCARE LA SESSUALITÀ NELLA SCUOLA CHE PROMUOVE LA SALUTE"

modulo 1 - supporto/supervisione per i docenti (sui progetti di "Educazione alla sessualità" che svolgono in classe)

modulo 2 - incontri informativi per gli alunni delle terze medie inferiori (ad integrazione e a conclusione di percorsi di educazione alla sessualità svolti con i loro docenti) finalizzati alla conoscenza dei servizi consultoriali per gli adolescenti

Progetto scuola dell'obbligo

"PREVENZIONE MALTRATTAMENTO E ABUSO NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA"

modulo 3 - percorso formativo per i docenti su "Prevenire il maltrattamento e l'abuso nell'infanzia e nell'adolescenza"

Progetto scuole dell'obbligo

"LA PROMOZIONE DELLA SALUTE ALIMENTARE"

modulo 4 - supporto/supervisione per i docenti sui progetti di educazione alimentare che svolgono in classe

modulo 5 - percorso formativo per i docenti su "Promuovere la salute alimentare"

modulo 6 - percorso educativo per i genitori su "Promuovere la salute alimentare"

modulo 7 - incontri informativi rivolti agli alunni delle terze

medie inferiori su "Alimentazione e salute"

Progetto scuola dell'obbligo

"LA PROMOZIONE DELL'AGIO A SCUOLA: prevenzione, disagio e dipendenze"

modulo 8 - percorso formativo 1° livello per i docenti su "Prevenzione, disagio e dipendenze"

modulo 9 - percorso formativo 2° livello per i docenti su "Prevenzione, disagio e dipendenze"

modulo 10 - percorso di supervisione per i docenti su "Prevenzione, disagio e dipendenze"

Progetto scuola dell'obbligo

"LA GESTIONE DEI DISTURBI DEL LINGUAGGIO"

modulo 11 - percorso formativo per i docenti su "La gestione dei disturbi del linguaggio nella scuola che promuove la salute"

Progetto scuola dell'obbligo

"IL VETERINARIO PER LA SALUTE: GLI ANIMALI D'AFFEZIONE"

modulo 12 - incontri informativi per gli alunni di scuola elementare e media inferiore su "Il veterinario per la salute: gli animali d'affezione"

Progetto scuola dell'obbligo

"EDUCARE LA SICUREZZA: la prevenzione degli incidenti domestici"

modulo 13 - percorso informativi per i docenti di scuola materna su "La prevenzione degli incidenti domestici"

Progetto scuola media superiore

"IL CIC: ADOLESCENTI TRA ASCOLTO, SERVIZIO E CONSULENZA"

modulo 14 - sostegno della rete inter - scolastica tra i docenti delle scuole medie superiori che sostengono il "Gruppo di progetto CIC"

modulo 15 - progetto formativo per gli studenti delle scuole medie superiori componenti il "Gruppo di progetto CIC" (attivazione percorsi di "peer education" a scuola)

modulo 16 - progetto di ascolto intrascolastico per tutti gli studenti delle scuole medie superiori (sportello CIC)

Progetto scuola media superiore

"PROMUOVERE LA CULTURA DELLA DONAZIONE DI SANGUE e MIDOLLO OSSEO"

modulo 17 - incontri di sensibilizzazione per gli studenti quarto e quinto anno

Per richiesta informazioni fare riferimento a:

ASL 15 Dipartimento di Prevenzione - Unità Operativa Educazione Sanitaria

Dr.ssa Maria Grazia Tomaciello tel. 0171/267608

Articolo a cura di

- dr.ssa Maria Grazia Tomaciello - Responsabile Unità Operativa Educazione Sanitaria Asl 15

- dr.ssa Graziella Romani - Responsabile Dipartimento Materno Infantile ASL 15

- dr.ssa Mariella Bonello - Referente Settore Prevenzione

Convegno "L'impegno del medico per un ambiente migliore: più salute meno sanità"

Sono disponibili presso l'Ordine dei Medici di Cuneo gli atti del convegno che si è tenuto a Cuneo lo scorso 15 aprile 2001, patrocinato dalla Provincia di Cuneo e curato dall'Ordine dei Medici nonché dalla sezione cuneese dei Medici per l'ambiente.

Il testo, che testimonia una riflessione articolata sulle problematiche dell'ambiente nel territorio provinciale, raccoglie importanti e preziose informazioni che consentono la conoscenza di una cultura della qualità della vita sperimentata nella provincia Granda.

Esso pertanto costituisce un prezioso contributo nel processo di sensibilizzazione per la promozione di un ambiente salubre.

m. g. t.

Ambiente.. Alimentazione.. Salute..

Percorsi didattici per la salute alimentare proposti a tutte le scuole del territorio dal Comune di Cuneo e dal Provveditorato agli Studi

L'Assessorato all'Agricoltura del Comune di Cuneo e l'Ufficio Interventi Educativi del Provveditorato agli Studi di Cuneo si fanno promotori di un articolato percorso di sensibilizzazione, informazione ed educazione sui temi della alimentazione, che parte a novembre e continua fino al prossimo marzo.

L'obiettivo generale del percorso è quello di promuovere una più approfondita conoscenza di uno dei prodotti tipici del territorio, la carne bovina di razza piemontese, in occasione della consueta Mostra Nazionale dei Bovini di Razza Piemontese che si tiene ogni anno a Cuneo nell'area mercatale del MIAC nei giorni 10 e 11 novembre.

L'intento è quello di avviare, a partire dalla occasione fornita dalla Mostra, percorsi didattici di educazione alimentare diversificati, che consentano ad alunni, docenti e famiglie di avvicinarsi ai luoghi della tutela della salute alimentare.

Collaborano alla iniziativa la Azienda Sanitaria Locale n.15 di Cuneo, l'A.NA.BO.RA.PI (Associazione Nazionale Bovini Razza Piemontese), la COL.DIRETTI, la C.I.A. (Confederazione Italiana Agricoltori), la ConfCooperative Piemonte, l'Unione Provinciale Agricoltori, Il Movimento Consumatori, il CIPES (Confederazione Italiana Promozione Educazione Salute), l'Istituto Tecnico Industriale e l'Istituto Agrario di Cuneo, l'Istituto Alberghiero di Dronero. Tutte queste diverse agenzie metteranno a disposizione delle scuole i le proprie competenze e le proprie strutture.

Sono previsti incontri per gli alunni e per i docenti, svolti dagli esperti disponibili (zootecnici, veterinari, agricoltori, etc.) sui temi riguardanti la tecnologia agricola, la produttività alimentare e la sostenibilità ambientale, la sicurezza alimentare e la etichettatura, etc..

Saranno distribuiti materiali informativi e saranno svolte visite guidate presso cooperative agricole e cascine.

Inoltre grazie al contributo degli Istituti scolastici ITIS, Agrario ed Alberghiero, saranno incoraggiate ricerche in campo alimentare, creazione di ipertesti e di pagine web.

In sintesi tutto l'insieme di queste iniziative rappresenta un primo tentativo per creare nel nostro territorio un luogo comune, dove agenzie ed enti diversi si impegnino a promuovere processi più articolati di educazione alimentare ed ambientale e, in senso più ampio, di promozione della salute, consentendo alle scuole un raccordo con il proprio Piano di Offerta Formativa.

A cura della prof.ssa Germana MUSCOLO
Responsabile Ufficio Interventi Educativi
Provveditorato Studi Cuneo

Costituzione Cipes Campania

In data 17/10/01 a Napoli si è costituita la sezione campana del Cipes. Fiorella Coppola ne è il presidente. Il taglio del nastro è avvenuto alla presenza del prof. Briziarelli. La costituzione del Cipes avviene in un momento particolarmente importante per la Campania; si pensi alla approvazione del primo Piano sanitario regionale oramai in dirittura di arrivo, nel cui ambito è dato grande rilievo dato alla promozione di salute ed alla educazione sanitaria quali strategie per sviluppare nell'ambito regionale una cultura della prevenzione, ma soprattutto una cultura della salute. Fanno parte della neonata associazione campana operatori della sanità, della giustizia minorile, esponenti del volontariato sociale ed esponenti del mondo accademico universitario. E' in preparazione il programma delle attività per l'anno 2002.

Il segretario

Dott.ssa. Maria Vittoria Montemurro



Da sinistra la Dr.ssa Fiorella Coppola neo presidente della Cipes Campania e la Dr.ssa Maria Vittoria Montemurro

La settimana della salute a Catania

L'Unità Operativa di Educazione alla Salute dell'Azienda U.S.L. n. 3 di Catania, al fine di creare un momento di incontro e di confronto sui temi riguardanti la promozione e l'educazione alla salute, ed allo scopo di pubblicizzare i progetti di prevenzione che sono stati promossi nel corso dell'anno scolastico 2000/2001, ha organizzato anche quest'anno la "Settimana della Salute". La manifestazione è stata realizzata, con il patrocinio della Regione Siciliana, della Provincia regionale di Catania, della Facoltà di Scienze della Formazione e della Facoltà di Scienze Politiche - Corso di laurea in relazioni Pubbliche dell'Università di Catania, del Provveditorato agli Studi di Catania, del Comune di Catania, del Comune di Giarre, del Comune di Acireale, di Randazzo, del Comune di Scordia, del Comune di Caltagirone, del Comune di Acicastello, del Comune di Paternò, dell'Ordine dei Medici e dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Catania, del CEFPAS di Caltanissetta, del Comitato italiano UNICEF.

Hanno partecipato all'iniziativa quanti, nella Regione Sicilia, si occupano di educazione alla salute e di prevenzione, ed in particolar modo, i servizi Sanitari, le scuole della Provincia di Catania, le Associazioni di Volontariato, gli Operatori Sanitari e Sociali, i genitori e gli Ordini Professionali.

Nel corso e per tutta la durata dell'iniziativa sono stati esposti gli elaborati (posters, audiovisivi, etc.) realizzati dagli studenti e dai gruppi coinvolti nelle attività preventive. Inoltre sono stati organizzati 4 seminari e 12 workshops sui temi della promozione della salute.

I lavori sono stati aperti con il seminario "Promuovere la salute in Sicilia", presieduto dal Direttore Generale Dott. Giuseppe Stancanelli e dal Direttore Sanitario, Dott. Carlo Romano. Il seminario è stato coordinato dal Dr. Salvatore Cacciola, Responsabile dell'Unità Operativa di Educazione alla Salute Aziendale, AUSL n.3.

Dopo il saluto delle Autorità, è intervenuto il Prof. Lamberto Briziarrelli dell'Università di Perugia e Presidente del CIPES, che ha affrontato la problematica della sanità italiana, sottolineandone luci ed ombre. Visto l'insorgenza di nuove patologie e la ricomparsa di vecchie malattie (vaiolo, tubercolosi), gli strumenti della sanità appaiono insufficienti, occorre puntare sulla prevenzione attraverso una nuova progettualità. Per queste ragioni sono altri i soggetti chiamati in causa (Aziende USL, comuni, imprese, associazioni, cittadini organizzati) per la soluzione dei problemi che sono alla base delle nuove minacce per la salute.

Altro relatore della giornata è stato il Dott. Roberto Cardea, responsabile dell'Ufficio per la Relazione sullo stato sanitario del Paese del Ministero della Salute. Egli ha sottolineato il nuovo concetto di salute non necessariamente legato all'assenza di malattia, ma quale frutto della nuova "Comunità", di nuovi soggetti oltre la Sanità.

Il problema si sposta dunque, sulla valutazione, non più un'attività di programmazione direttiva ma propositiva che si articola in obiettivi-azioni-valutazioni. La valutazione diventa il punto centrale di questa progettualità che investe nuovi soggetti e nuovi indicatori che riguardano la nuova "comunità". Si avverte in tal modo la necessità di un nuovo strumento scardinato dalla vecchia modalità di fare valutazione, ed individuabile nell'Osservatorio sulla Promozione alla Salute. Ha fatto seguito un ampio dibattito.

Martedì 9 ottobre alle 9 si è svolto il seminario sul tema "ALIMENTAZIONE: diritti dei consumatori, stili di vita, percorsi educativi" presieduto dalla Prof.ssa Sarina PIGNATO (Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Catania e coordinato dalla Dott.ssa Elena ALONZO (Resp. SIAN Azienda USL n° 3 - Catania).

Nel pomeriggio si sono svolti tre workshops sui seguenti temi:

- "Salute e attività fisica",
- "I servizi di igiene degli alimenti",
- "Alimentazione e salute nel bambino"

I relatori dei workshops sono stati particolarmente apprezzati sia per la competenza dimostrata sia per la costante attenzione a collocare i contenuti nell'ambito di un'azione educativa e preventiva.

Mercoledì 10 Ottobre 2001 si è svolto il seminario di studi "AIDS integrazione fra i servizi e nuove strategie preventive in Provincia di Catania". Ha presieduto i lavori il Dott. Carmelo Guardo (Direttore Sanitario dell'Az. Ospedale "Garibaldi" di Catania.)

La giornata dedicata al tema AIDS è continuata nel pomeriggio alle ore 16,00 con il Workshop "Peer education e prevenzione AIDS". Questo workshop ha visto tra i relatori gli studenti e gli insegnanti delle sei scuole medie superiori della provincia di Catania che hanno partecipato alla prima annualità del progetto sulla peer education.

Giovedì 11 Ottobre 2001, si è svolto il workshop su "Nuove droghe e vecchie strategie". Ha condotto i lavori la Dott.ssa Daniela Ferrara, (SERT Sciacca Az. USL 1 Agrigento).

Contemporaneamente nella Sala Teatro, si è tenuto l'incontro sul tema "Distretto Sanitario e promozione della Salute". Tra i Relatori, il Dott. Giuseppe Serrafiore, Responsabile UOES Distretto di Agira AZ. USL n. 4 Enna.

Nel pomeriggio si è tenuto il workshop "Ospedali e promozione della salute: una rete per la qualità" che ha visto coinvolti diversi operatori sanitari dei Presidi della Regione.

Venerdì 12 Ottobre 2001 si è svolto il Seminario di Studi sul tema "Comunicare la Salute", in collaborazione con il Corso di Laurea in Relazioni Pubbliche e l'Associazione italiana della Comunicazione Pubblica e Istituzionale.

Considerato il livello della partecipazione sia ai momenti formativi che alla mostra si può affermare che gli obiettivi della settimana della salute 2001 sono stati ampiamente raggiunti.

In particolare si evidenziano alcuni aspetti significativi:

- Le scuole, le associazioni e le imprese hanno partecipato in maniera attiva e propositiva;
- La settimana della salute è diventato un evento pubblico di valenza regionale riconoscibile e caratterizzante sui temi della promozione e dell'educazione alla salute;
- I contenuti trattati nei seminari e nei workshop saranno oggetto di successivi approfondimenti torici ma, soprattutto, sono diventate delle precise occasioni per l'attivazione di progetti concreti di prevenzione e di collaborazione tra enti (Ad esempio: l'implementazione del Forum provinciale AIDS, la creazione di un nucleo promotore nella Regione Sicilia degli Ospedali promotori di Salute, la nascita di un gruppo stabile di peer educators e il proseguimento della seconda annualità dell'attività di formazione sui temi della prevenzione AIDS, l'avvio di un rapporto di collaborazione con l'Associazione dei comunicatori pubblici e con l'Università di Catania sui temi della comunicazione in Sanità);
- Il coinvolgimento attivo degli ospiti dell'Istituto per ciechi "Ardizzone Gioeni" di Catania che oltre ad aver concesso gratuitamente i locali per la settimana della salute ha vissuto la presenza delle scuole e delle associazioni presenti quale significativo momento di apertura e di integrazione dell'IPAB con il territorio;
- La presenza ed il tirocinio degli studenti della Facoltà di Scienze della Formazione e la disponibilità dei docenti della Facoltà a collaborare alla realizzazione della settimana della salute;
- Il coinvolgimento attivo dei servizi sanitari e degli UUEESS, in particolare gli UUEESS dei Distretti Sanitari di Catania 2 e 3, il SIAN, il DSM, le Aziende Ospedaliere);
- Una presenza dell'Az. USL n. 3 nei media (giornali e televisioni locali) sui temi della prevenzione primaria e dell'educazione alla salute.

I numeri della settimana della salute 2001:

- Partecipanti ai seminari, workshop, totale 1806
- Visitatori della Settimana della salute, totale 3600 (di cui 3092 studenti e 120 insegnanti)

Salvo Cacciola