

Promozione Salute

Notiziario del CIPES Piemonte

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

Ambiente, economia e salute

La tragedia ambientale provocata dall'affondamento, al largo della Galizia, di una delle tante sgangherate "carrette" adibite al trasporto del petrolio, rappresenta un indicatore emblematico di un'antinomia che sta diventando drammatica emergenza.

Gli ecologisti la riassumono così: l'attuale modello di sviluppo, con i suoi forsennati ritmi di crescita, assorbe le risorse del pianeta più velocemente di quanto possano rinnovarsi.

Ne deriveranno conseguenze irreversibili per l'ambiente e per l'umanità che ne è parte. I rischi legati alla contaminazione di aria, acqua e terra, alle modificazioni climatiche, all'impoverimento del patrimonio genetico animale e vegetale, stanno disegnando una prospettiva angosciante.

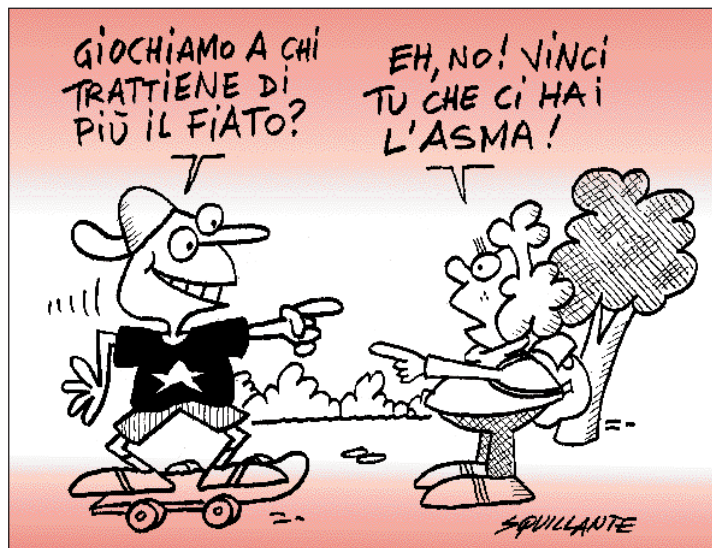
Le componenti più responsabili della medicina sono da tempo consapevoli di questa situazione ma si presta scarsa attenzione agli appelli di chi avverte della necessità che, per tutelare efficacemente la salute, tutte le politiche di sviluppo debbano passare al vaglio della loro ricaduta sanitaria. Perché, senza la capacità di governare, a livello mondiale, la dialettica tra profitti privati ed economia di sistema, renderemo la terra in-

vivibile. Ed i più esposti ai danni immediati, in omaggio al vecchio assunto che la malattia discrimina attentamente tra popoli e classi sociali, saranno gli abitanti dei Paesi più poveri e sfruttati, verso cui da tempo vengono convogliate le industrie più nocive e di smaltimento dei rifiuti tossici.

Ma gli effetti dell'inquinamento sulla disponibilità di acqua potabile e di alimento avranno ricadute pesanti anche sulle aree sviluppate, inizialmente con maggiori vittime tra le fasce socialmente più fragili. Un quadro previsionale fosco che la difficoltà di quantificare in modo esatto danni e ricadute sulla salute induce la classe politica a sottovalutare. In realtà la stessa OMS, che non può certo essere accusata di catastrofismo pregiudiziale sui rapporti tra ambiente e salute, ha già valutato (cito da un testo di Giovanni Berlinguer) che "entro il 2020 ci saranno 700 mila morti (evitabili) in più solo a causa dell'esposizione aggiuntiva a particelle prodotte da combustibili fossili".

Appare quindi criminoso, sul piano etico e su quello delle responsabilità generazionali, non tentare di ridurre il tasso di sviluppo a livello sostenibile. O, peggio, proporre la vecchia ricetta della mercificazione del rischio, all'insegna di "chi inquina, paghi". Non tanto perché nessuna industria potrebbe provvedere agli enormi risarcimenti necessari ma perché si tratterebbe di un deterrente del tutto inefficace. Quello che serve è la presa d'atto che il problema ecologico (con le sue pesanti ripercussioni sulla salute) è una delle tante contraddizioni di un modello di sviluppo senza limiti e senza regole che, pur con sempre minor credibilità, viene presentato come la più avanzata e libera forma di organizzazione sociale. Finché si continuerà ad idolatrare il feticcio mercato, dimenticando che, da solo, non è mai stato in grado di garantire la regolazione sociale della produzione, i disastri ambientali continueranno implacabilmente a scandire il cammino dello sviluppo tecnologico, non sempre sinonimo di progresso.

Mario Valpreda



Tratto da "in riso sanitas" edizioni il pennino. A pagina 2 il bando di concorso per vignettisti, fumettisti,... Inviare le vostre opere!

**Disegni bene?
hai un talento artistico nascosto ?
sei folgorante nelle battute
e nei giochi di parole?
le vignette ti fanno impazzire?
ti senti un fine umorista incompreso?
ti piace ridere e far ridere i tuoi amici?
ma soprattutto,
hai il senso dell'umorismo ?**

**ed inoltre senti che e' importante
partecipare in prima persona alla difesa
della tua salute e di quella dei tuoi cari
anche in forme bizzarre e divertenti?**

ALLORA QUESTO È SICURAMENTE IL CONCORSO
CHE FA PER TE.

PROVACI !!!!!!!!!!!!!!!

Il CIPES PIEMONTE indice un Concorso per la satira e
l'umorismo dedicato ai seguenti temi:

- Promozione della Salute
- Educazione sanitaria
- Prevenzione

La partecipazione è aperta a tutti gli umoristi,
professionisti e non
professionisti singoli, in coppia, in comitiva, alle scuole,
alle associazioni e quant'altro.
Non ci sono confini

La tecnica da utilizzare è quella che preferite,
dalla vignetta, al fumetto, dai collages al computer.

La giuria sarà composta da
Claudio Mellana, Dino Aloï, Dario Mairano.

INVIO OPERE

Il termine ultimo per far avere i disegni al
CIPES PIEMONTE

Via San Agostani 20 – 10122 TORINO
Tel. 011.4310762, fax 011.4310768
e.mail: cipes@cipespiemonte.it

è improrogabilmente il 31 dicembre 2002.

Tutte le opere segnalate dalla giuria saranno pubblicate
sul sito CIPES Piemonte
e/o pubblicate sulla rivista Promozione Salute

CONSIGLIO UTILE

Ricordati che è indispensabile che le tue opere
facciano ridere ma è altrettanto indispensabile
che facciano riflettere perché l'umorismo,
quello intelligente, è un formidabile strumento
per veicolare idee in forma sintetica e a tanta gente.
E', come diciamo noi, un importante principio attivo.

Promozione Salute

anno 8, n°5 novembre-dicembre 2002

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

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

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

Segreteria: Domenico MINGRONE

Hanno collaborato a questo numero:

ASL 16 UOA Psicologia, ASO S. Croce e Carli Endocrinologia, Giovannella
ANTONIOLI, Sante BAJARDI, Nadia BENNI, Lorenza CARELLI Marina CAR-
RE', Carmen CASSUTTI, Giuseppe CERVETTO, Enrico CHIARA, Mariella
CONTINISIO, Fiorella COPPOLA, Paolo FERRERO, Mario FRUSI, Paolo LAU-
RENTI, Lia MALORZO, Piera MARCARINO, Giuseppe MARESCOTTI, Clau-
dio MELLANA, Domenico MINGRONE, Dario ORTOLANO, Silvana PATRITO,
Guido PIRACCINI, Luigi RESEGOTTI, Angela SARGIAN, Elena SARTOR, Ma-
ria SIGNORELLO, Renata SIMONOTTI, Pier Carlo SOMMO, Squillante, Ma-
ria Grazia TOMACIELLO, Mario VALPREDA, Piero ZAINA.

Fotografie: Archivio CIPES Piemonte

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

INVITO AI COLLABORATORI

Le notizie, gli articoli per il prossimo numero devono pervenire entro il **10 gen-
naio 2003**, anche via FAX: 011.4310768, via E-Mail: cipes@cipespiemonte.it
(possibilmente in formato Word 6 o 7) su cartelle da 30 righe per 60 battute.

SONO GRADITI FOTO, DISEGNI, GRAFICI.

SOMMARIO

- | | |
|------------|--|
| pag. 1 | Ambiente, economia e salute |
| pag. 2 | Concorso vignette, fumetti, |
| pag. 3-4 | Conferenza Nazionale Rete HPH |
| pag. 5-6 | Aria pulita a Torino |
| pag. 7-8 | La Salute in Provincia di Torino |
| pag. 9-10 | Il "peso" dei determinanti della Salute |
| pag. 11 | Salute e Territorio |
| pag. 12-13 | ASL2, ASL3, ASL4, ASL16, ASO S.Croce,
Arcivescovado e Don.Bosco |
| pag. 14 | Scuola e salute |
| pag. 15 | dai Soci: CePSI, 2 Circ. |
| pag. 16 | DoRS., News |
| pag. 17 | Centro documentazione, Atti della Regione
Piemonte |
| pag. 18 | Associazioni: Area Anziani UISP, |
| pag. 19 | IV Conferenza Nazionale Volontariato |
| pag. 20-22 | CIPES Cuneo, |
| pag. 23 | CIPES Campania |
| pag. 24 | Conferenza Regionale Anziani e Disabili |

6° Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute

**Interventi basati sulle prove di Efficacia, Programmazione e Qualità in un Ospedale per la Promozione della Salute
Castelfranco Veneto (TV) 25-26 novembre 2002**

Ha aperto il Convegno Simone Tasso, coordinatore della Rete Veneta HPH, efficiente organizzatore di una macchina che con il passare del tempo diventa sempre più complessa e ricca di nuovi apporti: ha trattato il tema della valutazione dell'efficacia negli interventi sanitari analizzando il metodo sperimentale applicato alla Medicina e gli studi controllati randomizzati, considerando i diversi punti di vista della Promozione della Salute, da parte del ricercatore, degli operatori della Promozione della Salute, della popolazione, dei politici e dei managers. Ognuno di questi punti di vista ha come obiettivo il miglioramento dei determinanti la salute, che si può perseguire mediante un lavoro di *mediazione*, evidenziato dalla Carta di Ottawa. L'intervento dei grossi calibri stranieri ha portato una ventata di sano pragmatismo britannico: *Don Nutbeam*, dirigente del Dipartimento della Salute della Gran Bretagna, ha affrontato il tema dell'utilizzo in politica e nella pratica sanitaria della "Evidenza Scientifica", che viene a dimostrare l'esistenza di un fatto ancora ignoto ottenuto con la ricerca sistematica. L'evidenza comporta un processo decisionale in una visione politica: ad es. la scoperta di un farmaco, mediante una corretta informazione può portare ad un cambiamento di politica sanitaria.

Il relatore si pone parecchi interrogativi sul concetto di HPH in cui non è espresso chiaramente il concetto di "Evidenza", che possiede forti potenzialità. Non esiste cioè ancora una chiara evidenza sulle possibilità della Promozione della Salute, ad es. nel migliorare la qualità dell'assistenza, non vi sono evidenze che confermano il miglioramento dell'assistenza e della salute aumentando il personale, non vi sono evidenze che attestano minor numero di infezioni negli Ospedali che praticano l'HPH. La critica dell'autore diviene positiva lanciando tre sfide - 1) nell'Ospedale che adotta il concetto di HPH l'Evidenza deve presentare *esiti positivi* (volano economico, migliore collegamento con il territorio) - 2) l'Ospedale deve dimostrare che questa pratica può essere trasferita in tutti i Centri - 3) l'Ospedale deve essere abile nella *comunicazione*.

Il relatore conclude che le tecniche di comunicazione con i politici (al fine di persuaderli) sono molto *deficitarie*.

Segue l'intervento di *Dominic Harrison*, Direttore dell'Agenzia dello Sviluppo della Salute Inglese sul tema della "Programmazione degli interventi di Promozione della Salute nell'esperienza britannica". Negli anni "70" solo l'1% del Bilancio Nazionale veniva investito nella Promozione della Salute, venendo considerato il rischio individuale, non collettivo.

Il S.S.N. inglese non ha avuto un grande impatto sulla Salute, non essendo diminuita la mortalità. Negli anni "90" è risultato evidente *non esservi rapporto tra investimenti in Sanità e miglioramento della Salute*. La salute si può considerare *l'esito di varie attività* (scuola, città, ospedale, casa, fabbrica, università). *È la struttura sociale dell'individuo a determinare lo stato di salute*.

Le diversità nei livelli di istruzione sono importanti determinanti della salute. Ecco la necessità di prospettive intersettoriali con interventi tra Cultura e Sanità, con il coinvolgimento di vari settori tra loro integrati a tutti i livelli. *Obiettivo del governo*: ridurre le disuguaglianze sociali (usando vari indicatori), inserendo l'elemento "Salute" negli Enti Governativi, specie negli Enti Locali.

Conclude con un messaggio agli Ospedali: la spesa è sempre enorme quindi bisogna utilizzare le leve del mercato. Gli Ospedali possono dare impulsi e contributi attraverso l'HPH agli altri settori della vita sociale.

Il Direttore dell'Istituto Boltzmann di Vienna *Juergen Pelikan* affronta l'argomento dell'"Approccio HPH": dalla teoria alla pratica". Gli Ospedali rispondendo ai bisogni delle comunità locali si nutrono di informazioni globali mediante la conoscenza e la gestione della Qualità implica *processi organizzativi*: cioè l'approccio non è più individuale come nel rapporto medico-paziente e gli esiti si misurano in modo sistematico. Il ruolo della Promozione della Salute implica principi nuovi: in primis *il ruolo attivo del paziente*, come collaborazione responsabilizzata e la conoscenza specifica di ciascuno (operatori e comunità) come presenza di *tutti* (sistema di supporto). Naturalmente nascono robuste contraddizioni in quanto si devono operare delle scelte diversificate: per es. dove devono essere collocati i vari servizi, in Ospedale o nel territorio? Le opportunità offerte agli Ospedali in questa ottica sono l'adozione di logiche ambientali, apportando miglioramenti non solo all'interno dell'Ospedale, ma nel territorio di competenza.

Strategia ed obiettivi: 1) responsabilizzare il paziente (autoguarigione) quale comunicazione positiva tra medico e paziente. 2) paziente come co-produttore della Salute: aumentando la soddisfazione del paziente minori saranno le richieste di farmaci. 3) ricovero ospedaliero centrato sul paziente: aiuto negli stili di vita. 4) Ospedale come buon ambiente di lavoro per gli operatori. Il relatore non si nasconde quale compito enorme sia realizzare queste strategie, per cui realistico diventa l'approccio segmentato, servendosi delle reti di supporto necessarie, *avanzando passo dopo passo*.

Altra importante relazione quella di *Erio Ziglio*, Dirigente dell'Ufficio Europeo OMS di Venezia, sui "Determinanti sociali ed economici della salute: nuove prospettive in tema di Qualità".

I governi stanno incominciando a porsi la domanda se si può produrre Salute nella società contemporanea in maniera sostenibile ed equa. Il campo dell'evidenza scientifica legata ai determinanti sociali ed economici della salute della popolazione può giocare un ruolo chiave nel dare risposta alle sopra citate domande. È dimostrato statisticamente che la speranza di vita è direttamente legata ai fattori economici, in quanto se aumentano le disuguaglianze economico-sociali ridotte sono le speranze di vita in termine di anni. Non possiamo quindi illuderci di influire sui determinanti della salute rimanendo *solo nel settore Sanità*. È necessario estendere il dibattito sulla Qualità ai problemi sociali ed economici, considerando l'Europa come un Laboratorio eccezionale su cui si può agire nella Promozione della Salute: il miglioramento dello stato di salute aumenta l'impatto sul PIL e ne deduciamo che *ogni operatore sanitario è anche un operatore economico*.

Segue l'interessante esperienza HPH dell'Azienda provinciale di Trento illustrata da *Paolo De Pieri*, Responsabile dello Staff del Direttore Generale, che ha coinvolto tutti gli 11 presidi ospedalieri provinciali più strutture private. Il punto critico di fondo è posto dalla domanda se il miglioramento della Qualità (professionale, organizzativa, relazionale) è in grado di promuovere la salute. La risposta non poteva che essere *globalizzante* cioè la Promozione della Salute deve modellare un'intera organizzazione, potenziando la qualità dei singoli. Si è proceduto allo sviluppo di un sistema di gestione coordinato e diffuso, non solo di qualche gruppo di lavoro isolato. Alla base è stato posto il *budget*: oltre agli obiettivi di qualità con gli indicatori di tipo clinico e alla Carta dei Servizi è stata inserita nei budget l'adesione alla rete HPH e lo sviluppo dei progetti connessi. Tra i progetti prevalgono *attività di carattere trasversale*: problemi legati al fumo, alcol-correlati, di sicurezza oltre alla revisione partecipata alla Carta dei Servizi. Sono state coinvolte ben 190 Associazioni. In conclusione la I° fase della rete trentina HPH è stata positiva, essendosi integrate le attività di Promozione della Salute nel più ampio filone del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

La Conferenza si conclude con una Tavola Rotonda sui "Risultati attuali e sfide future" ove *S. Bajardi, L. Briziarrelli, C. Favaretti, M. Martini, P. Scandaletti* hanno portato il loro qualificato contributo di esperienze. Sono state denunciate le difficoltà dell'operare nel cam-

⇒ Segue da pag. 4

po sanitario Nazionale e Regionale, con l'aumento delle differenze tra le Regioni e al loro interno e con la caduta del solidarismo. Proposta come modelli di buona pratica la costruzione di una serie di indicatori *specifici*.

Dopo avere affrontato il perché della Promozione della Salute ora è necessario affrontare il *come*. Determinante è risultato il concetto del *riorientamento* dei Servizi Sanitari, definendo lo spazio degli Ospedali ed affrontando il grande tema della *continuità assistenziale*. Nell'operare il miglioramento dell'organizzazione delle Reti il fattore *Comunicazione* è risultato decisivo: è solo apparentemente paradossale l'affermazione "I Fatti senza Comunicazione non esistono". Imparare ad informare diviene un requisito indispensabile ad ogni livello professionale con la conseguenza che la scarsità di informazione è l'esito di un deficit professionale.

- Una buona notizia per la nostra Rete HPH che ha risposto alla mia accusa di eccessiva... riservatezza tutta piemontese inviando ben 20 comunicazioni tra cui 6 presentate da un referente ciascuno nelle sessioni parallele e 14 presentate come posters già pubblicate negli abstracts.

Mi piace ricordare i 6 progetti presentati dai referenti:

- 1) Ospedali liberi dal fumo in Piemonte: referente Reviglioni G.
- 2) Umanizzazione dell'assistenza attraverso le procedure ed i protocolli: referente Grigolo S.
- 3) Ospedale e Territorio: Evoluzione e risultati di un progetto: referente Ponzetti C.
- 4) Come facilitare la Comunicazione tra Ospedale e Territorio e tra Sanità e Servizi sociali: referente Leporati M.
- 5) Organizzazione dei Piani di Emergenza e di evacuazione nelle strutture sanitarie: referente Milanese U.
- 6) Il Dietetico Regionale: referente Gervino D.

A conclusione della "Due giorni tosti" del Convegno tra i 4 migliori posters è stato premiato il numero 39 di Tartaglia B. & C "Dimissioni protette, attivazione ADI: protocollo operativo ASO S. Giovanni Battista e ASL 1 di Torino".

Complimenti a tutti!

Piero Zaina



I partecipanti alla tavola rotonda conclusiva



Il Prof. Resegotti conclude la sessione poster

Una Rete che cresce alla ricerca della sua identità

E' stata importante questa 6° conferenza nazionale HPH perché ha messo in evidenza, in una rete che cresce, tre anime che convivono, dal confronto delle quali dovrà scaturire il modello destinato a improntare gli ospedali nel prossimo decennio. Per la prima volta, sul modello delle Conferenze Internazionali, la Conferenza Nazionale si è strutturata come un vero Congresso, con sessioni plenarie, relazioni di esperti esterni e sessioni parallele, con una quota di iscrizione non trascurabile, con un consistente programma sociale.

Il modello internazionale era pensato a misura di partecipazione istituzionale: ogni rete partecipava alla riunione pre conferenza dei coordinatori e ai lavori della Conferenza con interventi rappresentativi della attività delle singole reti più che dei singoli Centri o operatori. Le Conferenze nazionali erano state finora centrate più sulla partecipazione individuale degli operatori dei singoli Centri che appartenevano alle varie reti, favorita dall'assenza di una quota di iscrizione, finalizzati più a confrontarsi sugli strumenti per produrre un guadagno di salute negli ospedali e nelle comunità in cui essi sono inseriti, che a particolari azioni di eccellenza messe a punto da singoli gruppi. Prima anima quella organizzativa.

Nei contributi presentati nelle sedute tematiche emergono poi le altre due anime, due visioni diverse di cosa debba essere un ospedale per la promozione della salute: quella di un ospedale che fa cose diverse per produrre più salute e quella di un ospedale che fa le cose abituali in modo diverso perché il risultato non sia solo la diagnosi e la cura dei malati che ad esso afferiscono, ma la costruzione del benessere per tutti.

Anche il target delle azioni varia restando per alcuni all'interno dell'ospedale che si vuole più attento ai determinanti di cattiva salute quali il fumo, alla accoglienza dei pazienti ricoverati dei quali si cerca di cogliere il bisogno anche con un approccio interculturale, alla sicurezza di chi nell'ospedale vive momenti importanti della propria vita come operatore o come paziente, mentre per altri l'ospedale si fa promotore della salute nella comunità aprendosi alla collaborazione con la scuola, gli enti locali, i servizi sociali, il volontariato ed il terzo settore e diventa strumento per la costruzione del benessere anche per chi, forse, nell'ospedale non metterà mai piede.

Emerge in molti dei contributi l'attenzione per l'empowerment delle singola persona, il rispetto della sua capacità decisionale e la tutela della sua dignità anche in momenti critici come quello del termine della vita. Ma nello stesso tempo si affacciano nuove professionalità che ripercorrono la strada fatta in passato dagli operatori sanitari centrata sulle loro conoscenze e sugli strumenti in loro possesso che impegnano a favore dei medici e dei malati, ma con una autocentratura che è quella che abbiamo conosciuto nei nostri ospedali in passato.

La ragione di essere delle conferenze nazionali è proprio il confronto fra le diverse mentalità e i diversi approcci nei confronti dei diversi stakeholders interni ed esterni e delle varie problematiche. E' bene evidenziare queste differenze per trarre dal confronto un vantaggio per tutti. Ed è bene favorire la partecipazione più ampia degli operatori ognuno dei quali è portatore di esperienze e di messaggi, sacrificando anche qualcosa dell'organizzazione, ma evitando quote di iscrizione troppo gravose che molte Aziende Ospedaliere e Sanitarie nelle attuali ristrettezze economiche sono restie a sostenere, che nessuna azienda farmaceutica è disposta a sponsorizzare e che restano a carico di operatori che hanno abbracciato la filosofia di HPH con entusiasmo, senza ritorni di carriera con spirito volontaristico che non è giusto soffocare col carico economico.

Luigi Resegotti

Aria pulita a Torino

Intervista all'assessore all'ecologia
del comune di Torino Dario Ortolano

La Città di Torino ha promosso nei giorni 25 e 26 ottobre scorso il convegno "Progetto aria pulita. Città e cittadini insieme per migliorare la qualità dell'aria a Torino" per dibattere i grandi temi di politica ambientale: la promozione dei carburanti a basso impatto ambientale, dei piani per il traffico, del teleriscaldamento, dell'uso della bicicletta e di tante altre misure che possono fare della nostra città una grande capitale europea impegnata nella lotta per la tutela dell'ambiente. Una politica che diventa promozione di un diverso modello di sviluppo sociale ed economico e di vivibilità urbana.

Due giornate di confronto con i cittadini, gli operatori, la comunità scientifica, le istituzioni per parlare della qualità dell'aria a Torino e delle politiche che si stanno attuando e si definiranno per migliorare la qualità dell'aria e, quindi, della salute dei torinesi.

Si è anche parlato di Agenda 21 locale, un processo che cerca di "trasferire a livello locale politiche di sviluppo che possono agevolare il raggiungimento di obiettivi di sostenibilità attraverso un processo di partecipazione del territorio". Tale processo è richiamato nel capitolo 28 dell'Agenda 21, un documento sottoscritto da 178 paesi durante la Conferenza ONU "Earth Summit" svoltasi a Rio nel 1992, che definisce cosa bisogna fare nel XXI secolo a livello planetario per "rendere sostenibile lo sviluppo del nostro pianeta. La Città di Torino con deliberazione della Giunta Comunale del 19 novembre 2001 ha adottato il proprio documento per il Piano d'Azione Ambientale, uno strumento di lavoro per l'avvio del processo di costituzione dell'Agenda 21 per la nostra Città e per la sua applicazione. Il documento precisa gli obiettivi e le azioni che soggetti pubblici e privati devono attuare, attiva gli indicatori economici e ambientali per il monitoraggio e la verifica dello stato di attuazione del piano.

Sono state presentate le esperienze di altre realtà urbane italiane come Roma, Napoli, Genova, Firenze e straniere: Colonia, Oslo, Copenhagen per fare un parallelo sul terreno delle politiche messe in campo. In ultimo, al termine della IV sessione, è stato presentato dagli Assessori comunali all'Ecologia Dario Ortolano e alla Viabilità e Trasporti Maria Grazia Sestero il "Protocollo preliminare d'Intesa per la tutela della qualità dell'aria nel territorio del comune di Torino". Il documento, di seguito pubblicato, illustra quali saranno le misure da attivare programmaticamente per l'anno 2003, gli impegni della Città di Torino e quelli dei sottoscrittori. Tra questi troviamo: l'Unione Industriale di Torino, l'Api di Torino, la Confartigianato - Unione Artigiana, l'ASCOM, la Camera di Commercio di Torino, CGIL, CISL, UIL Provinciali, le Associazioni ambientaliste, Trenitalia, ATM, Satti O

Chiediamo all'Assessore Ortolano, promotore dell'iniziativa, quali erano gli obiettivi del convegno.

R. Abbiamo organizzato il convegno su "Aria Pulita" per verificare la qualità dell'aria nella nostra Città, discutendone con tutti i cittadini, le associazioni ed i diversi livelli istituzionali e formulare proposte per determinarne il miglioramento.

D. Sono state due giornate intervallate da numerose relazioni ed interventi: erano presenti, tra gli altri, anche rappresentanti di grandi realtà urbane italiane e straniere. A quali risultati si è giunti?

R. Il convegno ha visto la partecipazione di centinaia di cittadini (oltre 600) che per due giorni hanno discusso appassionatamente dei temi in questione, facendo proposte e critiche che saranno raccolte nello schema di "Protocollo d'Intesa" che si siglerà nei prossimi giorni con le diverse organizzazioni sociali della Città.

D. Quali sono le previsioni per il futuro?

R. Le prospettive future comprendono misure a breve, medio e lungo

termine che sono inserite nel Protocollo d'Intesa presentato nel corso del convegno e che costituiranno l'intelaiatura fondamentale dell'azione sociale della Città di Torino sul tema della Tutela ambientale e della qualità dell'aria.

Mariella Continsio

Protocollo preliminare di intesa

Per la tutela della qualità dell'aria nel territorio del Comune di Torino e per il progressivo allineamento agli obiettivi di qualità fissati dal DM 02/04/2002, n. 60

PREMESSO CHE:

- con decreto ministeriale del 2 aprile 2002 n. 60, "Recepimento della direttiva 1999/30/CE del Consiglio del 22 aprile 1999 concernente i valori limite di qualità dell'aria ambiente per il biossido di zolfo, il biossido di azoto, gli ossidi di azoto, le particelle e il piombo" e della direttiva 2000/69/CE relativa ai valori limite di qualità dell'aria ambiente per il benzene ed il monossido di carbonio", ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 4 agosto 1999 n. 351, tra il resto, sono stabiliti:
 - i valori limite e le soglie di allarme;
 - il margine di tolleranza;
 - il termine entro il quale il valore limite deve essere raggiunto;
- sul territorio del Comune di Torino è attivo un sistema di rilevamento della qualità dell'aria ambiente, costituito da una rete di monitoraggio dei diversi inquinanti comprendente n. 8 stazioni gestite dall'ARPA Piemonte;
- dai dati sulla qualità dell'aria rilevati dall'ARPA risulta che, nel corso degli ultimi anni, mentre per alcuni tipi di inquinanti vi è stata una costante riduzione e/o stabilizzazione delle concentrazioni medie (biossido di zolfo, piombo, benzene, monossido di carbonio), per altri la situazione rimane ancora critica (biossido di azoto, Pm10, ozono) con valori medi annuali costantemente superiori ai valori limite da raggiungere nel 2005, secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- il traffico stradale, il riscaldamento e la produzione industriale costituiscono le principali fonti di inquinamento atmosferico;
- al fine di tutelare la salute dei cittadini e delle cittadine, la normativa vigente impone l'adozione di misure volte a ridurre le emissioni degli inquinanti sopra citati, almeno fino al valore limite stabilito dal DM n.60/2002;

**TUTTO CIÒ PREMESSO
IL COMUNE DI TORINO E GLI ENTI.....
STIPULANO il seguente
PROTOCOLLO PRELIMINARE DI INTESA**

ART. 1 OGGETTO

Il presente PPI (Protocollo Preliminare d'Intesa) individua misure da realizzare per il risanamento della qualità dell'aria e per il progressivo allineamento agli obiettivi di qualità fissati dal DM 02/04/2002, N. 60.

Le misure e i provvedimenti indicati ai successivi articoli del presente PPI saranno integrati sulla base dei Piani di risanamento e tutela della qualità dell'aria adottati dalla Regione Piemonte e dalla Provincia di Torino, in attuazione del

⇒ Segue da pag. 5

d.Lgs. n. 351/99 e del D.M. n. 60/2002.

Le misure e i provvedimenti individuati nel presente PPI hanno carattere generale e potranno essere integrate in relazione a specifiche categorie di fonti di inquinanti e/o di zone del territorio del comune di Torino.

ART. 2

MISURE DA ATTIVARE IN MODO PROGRAMMATO PER L'ANNO 2003

1. Provvedimenti da attivare in modo programmato e permanente dal 07/01/2003 al 31/03/2003 e dal 1/10/2003 al 07/12/2003 relativi alla circolazione privata;

1.1. limitazione della circolazione privata a targhe alterne il mercoledì e il giovedì dalle 07,30 alle 19,00. Possono quindi circolare nei giorni pari i veicoli con ultimo numero di targa zero o pari e nei giorni dispari i veicoli con ultimo numero di targa dispari;

1.2. nelle medesime giornate e fasce orarie indicate al punto precedente istituzione del divieto totale di circolazione per i veicoli non catalizzati (anteriori alla Direttiva 91/441/CE), non eco-diesel (anteriori alla Direttiva 94/12/CE);

1.3. divieto di circolazione dal lunedì al venerdì dalle 07,30 alle 19,00 nella ZTL per i veicoli non catalizzati (anteriori alla Direttiva 91/441/CE), non eco-diesel (anteriori alla Direttiva 94/12/CE).

2. Provvedimenti da attivare in modo programmato e permanente dal 07/01/2003 al 31/03/2003 e dal 1/10/2003 al 07/12/2003 relativi ai veicoli per il trasporto merci;

2.1. Divieto di circolazione dei veicoli adibiti al trasporto merci non catalizzati (anteriori alla Direttiva 91/441/CE) non eco-diesel (anteriori alla Direttiva 93/59/CE per veicoli inferiori a 3,5 ton e anteriori alla Direttiva 91/542/CE per veicoli superiori a 3,5 ton) dal lunedì al venerdì dalle 07.30 alle 09.30 e dalle 17.30 alle 19.30 nell'area centrale della città delimitata da corso Vittorio, corso Inghilterra, corso Principe Eugenio, corso Regina, corso Casale, corso Moncalieri. Per i veicoli adibiti al trasporto merci ammessi a circolare restano vigenti le limitazioni allo scarico e carico merci precedentemente emanate.

I provvedimenti di limitazione della circolazione di cui ai precedenti punti 1 e 2 non si applicano alle auto elettriche, a quelle alimentate a gas metano e GPL, alle auto con almeno 3 persone a bordo (car pooling) nonché all'auto condivisa (car sharing).

I provvedimenti di limitazione della circolazione saranno oggetto di specifiche ordinanze, secondo le esenzioni elencate nell'allegato A, fatta salva la possibilità, da parte della Città, di individuare ulteriori categorie esentate dal divieto.

I suddetti provvedimenti di limitazione (punti 1 e 2) **potranno essere sospesi qualora le condizioni atmosferiche determinino un abbassamento dei livelli degli inquinanti, con particolare riguardo al PM10.**

3. Ampliamento territoriale graduale e progressivo della Zona a Traffico Limitato in modo da estendere in un arco di tempo ragionevolmente breve le limitazioni dall'attuale ZTL a tutta l'area delimitata da corso Vittorio, corso Inghilterra, corso Principe Eugenio, corso Regina, corso Casale, corso Moncalieri, fatti salvi gli accessi ai principali parcheggi.

4. Riscaldamento. Richiamo al rispetto della normativa vigente che prevede un massimo di 14 ore giornaliere di accensione degli impianti e un massimo di 20 gradi della temperatura ambiente nel periodo dal 15 ottobre al 15

aprile.

5. Emanazione di apposita ordinanza sindacale per sanare l'obbligo del controllo annuale dei gas di scarico (bollino blu) di tutti i veicoli di proprietà di residenti nel territorio del comune di Torino ai sensi della L.R. 43/2000;

ART. 3

IMPEGNI DELLA CITTÀ DI TORINO

La Città di Torino si impegna :

- a comunicare tempestivamente a tutti i sottoscrittori del presente PPI l'adozione delle misure e dei provvedimenti indicati nel precedente art. 2;
- a curare una puntuale ed efficace comunicazione ai cittadini e alle cittadine delle misure di volta in volta adottate secondo quanto indicato al precedente art. 2;
- a informare la cittadinanza sullo stato della qualità dell'aria;
- a incentivare l'uso del mezzo pubblico un organico piano di misure interdipendenti;
- a realizzare nuovi parcheggi di interscambio per incentivare l'uso del mezzo pubblico;
- a incentivare l'uso della bicicletta attraverso il potenziamento e la manutenzione delle piste ciclabili e delle rastrelliere nonché con la promozione di iniziative di sensibilizzazione;
- a favorire il Mobility management nelle maggiori Aziende cittadine specialmente quelle della Pubblica Amministrazione incentivando innanzitutto il car pooling perché permette di eliminare dalla circolazione un grande numero di auto a costo zero;
- ad organizzare le domeniche ecologiche, finalizzate a sensibilizzare la cittadinanza sulle problematiche dell'inquinamento atmosferico e in generale sulle tematiche ambientali da definirsi, per quanto riguarda numero e modalità, in relazione alle risorse disponibili e ad eventuali accordi con altre città;
- a noleggiare a prezzi calmierati motorini elettrici e biciclette a pedalata assistita;
- a potenziare il numero dei mezzi pubblici a metano;
- a razionalizzare gli orari della pubblica amministrazione, delle scuole e delle attività commerciali per permettere un utilizzo differenziato e più efficiente del mezzo pubblico;
- a promuovere politiche di risparmio energetico con particolare attenzione agli edifici di proprietà comunale;
- a promuovere e sostenere l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili;
- Promuovere, di concerto con gli altri livelli istituzionali competenti, l'eliminazione delle caldaie a carbone e a olio combustibile e la progressiva estensione del metano e del teleriscaldamento.

ART. 4

IMPEGNI DEI SOTTOSCRITTORI

I soggetti sottoscrittori del presente PPI si impegnano :

- ad adoperarsi, ciascuno nel proprio ambito di competenza, per favorire l'applicazione delle misure e dei provvedimenti di cui al precedente art. 2, anche attraverso specifiche campagne di informazione/sensibilizzazione fra i propri iscritti e/o associati;
- a collaborare con la Città nella formulazione di ulteriori e specifiche misure da adottarsi in relazione a specifiche categorie di inquinanti e/o di zone del territorio comunale, così come indicato nel precedente art. 1 del presente PPI.

ART. 5

PROVVEDIMENTI CONTINGIBILI E URGENTI

Il Sindaco, in attuazione della legislazione vigente, adotta i provvedimenti contingibili e urgenti che si rendano necessari per la tutela della salute pubblica.

La Provincia di Torino per la salute della popolazione: politica, strumenti e progetti

La Provincia di Torino, a partire dal 2002, sta operando per creare un rapporto sulla situazione dei servizi e dei bisogni di salute della popolazione in vista di nuove scelte e strategie mirate al miglioramento della qualità di vita sul territorio provinciale. I primi risultati sono stati presentati e discussi nel corso di un convegno a Villa Gualino il 6 novembre u.s. al quale hanno partecipato la presidente Mercedes Bresso e l'assessore alla Sanità, Maria Pia Brunato che abbiamo intervistato.

Presidente Bresso, la Provincia si è posta un obiettivo ambizioso: coniugare ambiente e salute per il benessere dei cittadini. Con quali strumenti?

La Provincia di Torino ha una lunga tradizione di impegno nel promuovere e sperimentare politiche che mirino al miglioramento della qualità della vita della popolazione. Nell'ottica di allargare la progressiva integrazione socio-sanitaria, anticipando alcuni principi insiti nella stessa riforma dell'assistenza, la Provincia, anche grazie alla sensibilità e competenza dell'allora Assessore Miletto, già nel maggio del 1999 ha promosso la costituzione della Conferenza Provinciale sulla Salute (CPS), composta da alcuni esponenti delle principali e più qualificate organizzazioni sanitarie e sociali che si occupano, a vario titolo, di salute nel territorio provinciale. La Conferenza provinciale sulla Salute, e' stata istituita come strumento importante per ottenere risultati in questa direzione.



La Presidente Mercedes Bresso

Quali gli obiettivi della conferenza?

Gli obiettivi sono: offrire ai Comuni e agli Enti del territorio strumenti tecnici per orientare le scelte nella prospettiva della salute; disegnare modelli ed esempi percorribili; condividere le implicazioni culturali ed organizzative connesse ad un approccio di politica per la salute. Attraverso il lavoro del Comitato tecnico scientifico della Conferenza e con l'apporto di competenze e professionalità interne ed esterne al nostro Ente, abbiamo costruito alcuni progetti strategici (Progetto Giano. Gestione dell'ipertensione in ambulatorio – Ambiente e malattia: interventi informativi per i medici di famiglia – Progetto Montagna Viva – Progetto pilota "Timoteo" per il monitoraggio e la riduzione dell'incidentalità) da mettere a disposizione dei Comuni, delle Comunità Montane, delle Aziende Sanitarie, e degli Assessorati della Provincia di Torino come modelli di riflessione eventualmente riproducibili ed espandibili.

La conferenza sulla salute ha già predisposto gli strumenti tecnici, da Lei citati, per orientare le scelte dei comuni e degli enti territoriali?

Questo è stato fatto: oggi infatti possiamo offrire uno strumento di lavoro, organico e indispensabile per conoscere nella sua globalità la popolazione in quanto abbiamo promosso la realizzazione di due lavori: la Prima Relazione sullo stato di Salute nella Provincia di Torino, elaborata con la collaborazione del Servizio sovrazonale di Epidemiologia – ASL 5 Grugliasco, e la Prima Ricerca sull'offerta dei servizi, realizzata con l'Ires Morosini, al fine di offrire elementi di conoscenza utili ad operare le scelte nelle politiche di promozione della salute e nella programmazione degli interventi. Con la prima si è voluto dare un quadro, dettagliato per territorio, della salute della popolazione della provincia di Torino e dei suoi determinanti; con la seconda ci si è mossi dal lato dell'offerta di servizi, sia sanitari che socio assistenziali.

Il significato di salute non è più legato soltanto all'assenza di patologie ma alla ricerca del benessere totale. Partendo da questa considera-

zione che cosa significa per la Provincia perseguire una politica per la salute?

La Conferenza e' stata voluta poiche' le richieste di "salute" che vengono dalla popolazione sono sempre più pressanti e non possono essere ignorate e, nel contempo, le risposte esclusivamente di tipo "sanitario" non sono sufficienti poiche' lo strumento più aggiornato per intervenire sui meccanismi che sostengono lo stato di salute, in un sistema sociale complesso come il nostro, e' centrato sui "determinanti della salute" cioè quell'insieme di fattori che interagiscono nell'impostare, mantenere, alterare le condizioni di salute nel corso della vita. Alcuni si riferiscono a caratteristiche strettamente individuali (sesso, età, patrimonio genetico), altri rimandano a condizioni socio-economiche, oppure sono connessi alla qualità dell'ambiente, ai comportamenti e stili di vita, all'organizzazione e accessibilità ai servizi pubblici. Il perseguire una "politica per la salute" deve quindi produrre un cambiamento profondo nell'approccio al problema sanitario allargando i confini delle competenze e della partecipazione alle decisioni: la salute va progettata a livello locale sulla base della situazione demografica, epidemiologica, socioeconomica che caratterizza ciascun ambito territoriale.

Assessore Brunato, l'Ufficio Sanità ha promosso due indagini, una sullo stato di salute dei cittadini, l'altra sull'offerta dei servizi. Quali sono i principali dati emersi?

I dati sulla popolazione indicano che, su 2 milioni di abitanti, il 33% risiede in pianura, il 20% in collina e il 6% in montagna. Le donne sono in leggera maggioranza a causa della mortalità più elevata e più precoce degli uomini. Il 19% ha un'età superiore ai 65 anni, tuttavia la popolazione e' più giovane rispetto al resto del Piemonte. Nella sezione riservata ai determinanti della salute risulta che oltre 500.000 persone fumano (26%). L'abitudine al fumo e' in lenta diminuzione fra gli uomini, in crescita fra le donne. Meno della metà della popolazione si alimenta in modo corretto, in montagna l'uso di grassi animali e' tre volte superiore alla pianura. Risultato: sopra ai 17 anni gli obesi sono oltre 147.000, i soggetti in sovrappeso sono più di 500.000. Le malattie dell'apparato circolatorio causano oltre 9000 decessi l'anno con valori più alti nelle aree di montagna; i tumori sono responsabili di oltre 6000 decessi; le malattie respiratorie causano 1400 decessi. La tossicodipendenza da eroina e' la seconda causa di morte, dopo gli incidenti stradali, tra i giovani fra i 15 e i 44 anni. L'alcool viene consumato in modo eccessivo da 100 mila persone sopra ai 14 anni. Sullo stato di salute complessivo degli abitanti influisce in modo rilevante la condizione sociale e culturale: mortalità e morbosità aumentano linearmente con il crescere dello svantaggio sociale. La ricerca sui servizi ha tracciato una mappa dettagliata delle strutture sanitarie, suddivise per ASL e per specializzazione: offerta dei posti letto e i ricoveri in pediatria, medicina generale, ostetricia, unità coronarica."



L'assessore Maria Pia Brunato

Come saranno utilizzati questi dati che ben individuano i problemi di salute sul territorio provinciale?

Tutti i dati dovranno ora essere studiati e comparati per intervenire a livello locale predisponendo un piano adeguato alle esigenze di salute della popolazione. Nei comuni di Claviere e Cesana, Pinerolo e Ivrea sono già sorti laboratori permanenti nei quali si cerca di avviare un lavoro di individuazione delle criticità locali in ambito di "salute" nell'accezione globale del termine: salute intesa come qualità della vita, offerta di servizi, condizioni economiche ecc.. A Cesana, in particolare, il progetto di "montagna viva" sta riportando gli abitanti in valle di Thures dove sono in corso opere di risanamento ambientale e promozione turistica. I comuni infatti, supportati dalla Provincia e dalla Regione, dovranno essere i protagonisti delle azioni finalizzate al benessere del

La CIPES a Bolzano: una svolta verso il futuro

**Conferenza Nazionale CIPES 3-5 Ottobre 2002,
Fiera di Bolzano**

La Conferenza nazionale appena conclusa a Bolzano non è stata solo un'occasione di riflessione e approfondimento per la CIPES su alcuni dei temi caldi che investono il settore delle politiche sanitarie ma ha anche costituito un'opportunità per la Confederazione per riflettere sulla sua natura associativa e sul proprio futuro.

Il tema della Conferenza: "Salute e sviluppo" ha colto uno dei caratteri strategici delle politiche per la salute oggi in Italia e cioè la possibilità (necessità?) che "pensare alla salute" non debba più essere considerata un'attività legata alla sfera individuale o al più grupale ma come una strategia di sviluppo comunitario. Nulla di nuovo, a ben vedere, se si considerano gli orientamenti internazionali – da Jakarta (OMS) al recente Piano di Azione per la Sanità Pubblica varato a Maggio dall'UE – ma certo innovativo punto di vista per il nostro Paese dove la spinta impressa dal PSN 98-00 "Patto di Solidarietà per la Salute" e da alcuni PSR pare essersi quasi esaurita. La Conferenza, al contrario, ha voluto ribadire che la salute può essere – a pieno titolo – considerata come un fattore di sviluppo in una società altamente differenziata come quella in cui viviamo. A questo stimolo hanno risposto le tre relazioni fondamentali succedutesi nella prima giornata. Quella di Ivan Cavicchi che ha posto al centro una "strana" contraddizione in corso nel nostro Paese dove, a fronte di un momento economico non certo favorevole, pare si faccia ogni sforzo per penalizzare che della salute fa un fattore – anche economico - di crescita del Paese. E' il caso del settore farmaceuti-

⇒ Segue da pag. 7

territorio."

Quali altri progetti intende promuovere la Provincia?

Riteniamo che solo quando il profilo di salute di una popolazione in una determinata area geografica sarà completo, si potrà passare alla analisi e alla scelta delle priorità e costruire un vero e proprio piano di salute con i suoi obiettivi. Un piano attuabile con azioni coerenti e prevedendo sempre un sistema di valutazione adatto a comprenderne i risultati. La Provincia di Torino si è impegnata anche in questo campo poiché siamo convinti che sia tra i suoi compiti presidiare l'equità di accesso alle cure ed includere la salute nelle scelte politiche verificando l'impatto che ciascun progetto dell'Ente possa avere sulla salute medesima. Decifrare nuove e vecchie domande sociali, organizzare le risorse disponibili attivabili e orientabili, individuare e coinvolgere i tanti attori del sociale, istituzionali e non, attivare strategie di prevenzione, definire obiettivi, integrare le diverse competenze, in un quadro di "bilancio allargato" comporta, per questa Provincia, il raggiungimento di un obiettivo ambizioso quale quello della realizzazione, nei prossimi mesi, del primo Piano regolatore sociale provinciale.

Quali sono le caratteristiche del piano?

Il Piano regolatore sociale provinciale, si pone come sfida professionale e organizzativa per l'Ente. Esso scaturisce da una approfondita analisi dei dati quali-quantitativi delle esigenze e delle stesse percezioni che il territorio esprime nonché del complesso delle risorse disponibili, attivabili e orientabili in ambito sociale. L'analisi adeguatamente concertata con il territorio, risulta in grado di riposizionare strategicamente gli obiettivi, le priorità e la stessa visione delle politiche sociali in ambito di salute globale della cittadinanza. Gli esiti del piano si traducono sia in termini di processo che di prodotto perché la sua implementazione nel territorio tenta di coniugare fortemente lo sviluppo con un rinnovato ruolo organizzativo e metodologico dell'Ente Provincia stesso.

co che – dopo la bufera di qualche anno fa – viene trattato come un elemento di diseconomia trascurando completamente la sua potenzialità di innovazione endogena.

Su un altro versante si è posta la relazione di Carla Collicelli la quale ha mostrato con una doviziosa elencazione di dati quanto una maggiore attenzione al "femminile" della salute potrebbe favorire un arricchimento del Paese nei termini di incremento del capitale sociale disponibile per lo sviluppo comunitario. Infine, sul tema della Valutazione di Impatto per la salute come metodologia a servizio del governo delle politiche sanitarie locali si è soffermato Giancarlo Pocetta nella terza relazione introduttiva.

La riuscita di un appuntamento quale la Conferenza Nazionale tuttavia non può essere giudicata solo attraverso la qualità delle relazioni fondamentali. Anzi, la qualità più importante è senz'altro costituita dalla partecipazione degli associati. E, da questo punto di vista, si può dire certamente che la Conferenza ha segnato un punto di svolta. Oltre 250 presenze e più di 100 tra comunicazioni orali e poster hanno animato due giorni di intensa discussione su temi caldi nel campo della promozione della salute. Un aspetto su tutti è da sottolineare. Vi è ormai anche in Italia un settore professionale per la promozione della salute e per l'educazione sanitaria che ha superato il periodo più "movimentista" sul piano culturale e della sperimentazione sul piano operativo. La qualità metodologica degli interventi presentati nelle 10 sessioni tematiche della Conferenza ha mostrato un ambiente professionale qualificato, aggiornato e consapevole del contributo che, al raggiungimento di obiettivi di salute, può dare un approccio promozionale all'educazione sanitaria. Due i tratti che ci sono parsi più interessanti. Il primo l'apertura all'innovazione per quanto riguarda gli approcci di comunicazione con gli utenti. E' stato molto interessante osservare come gli educatori sanitari stiano sempre più interessando ad ambiti operativi non tradizionali quali quello degli interventi nel campo delle sostanze d'abuso o quello dell'immigrazione e come a ciò corrisponda la ricerca di metodologie e strumenti di comunicazione innovativi come ad esempio l'animazione teatrale. Il secondo aspetto da notare è quanto proficuamente la sperimentazione delle nuove metodologie contaminino anche ambiti di lavoro più tradizionale per l'educazione sanitaria come l'educazione alimentare o l'educazione all'affettività.

Tutto ciò è indubbiamente da considerare indice di una maturazione complessiva del settore dell'educazione sanitaria che ha definitivamente incluso nel suo universo concettuale la filosofia e la strategia della promozione della salute. Su questo si innesta anche una sempre più forte consapevolezza del ruolo professionale degli educatori sanitari nei diversi contesti in cui essi sono chiamati ad operare, in particolare quello sanitario. Questo è certamente un dato che interpella la CIPES nella sua dimensione associativa così come la consorella AIES. In questa direzione, si è colta a Bolzano la richiesta degli operatori dell'educazione sanitaria di avere un più stabile luogo di confronto e di crescita professionale a fronte di un certo grado di insoddisfazione per la risposta offerta finora dalle due associazioni. In questo quadro vanno lette la discussione e le decisioni prese dall'Assemblea generale CIPES che si è tenuta nei giorni della Conferenza. Un'Assemblea che ha tenuto a sottolineare come sia giunto il momento di superare le divisioni tra CIPES e AIES per mettere le potenzialità e le risorse di ciascuna a disposizione dei professionisti dell'educazione alla salute, del settore sanitario e di tutti gli altri settori nei quali l'approccio educativo alla salute trova una sua formale collocazione. Questa richiesta è stata prontamente, e con grande sensibilità, colta dagli organismi dirigenti della CIPES e di in particolare dal Presidente Briziarelli, i quali si sono fatti carico di avviare e condurre a compimento in tempi brevi un processo di federazione della CIPES e dell'AIES. Nei prossimi mesi quindi si darà luogo, anche nel nostro Paese, ad un'associazione professionale – su base federativa – che riunirà gli operatori dell'educazione sanitaria e che potrà costituire un interlocutore visibile per coloro che – a titolo scientifico e politico – si occupano di promozione della salute.

Bolzano ci consegna perciò una grande opportunità di sviluppo per l'educazione sanitaria italiana ma anche la certezza che vi sono, nel nostro Paese, le forze – gli educatori sanitari – in grado di sostenerla.

Gianni Pocetta

Il “peso” dei determinanti della salute

Caro Bajardi,

Ti scrivo in merito agli interessanti spunti emersi nel convegno organizzato dalla Provincia di Torino il 6/11/2002, a Villa Gualino, su “politica, strumenti e progetti per promuovere la salute della popolazione” ed in particolare ad alcune considerazioni contenute nel Tuo intervento.

Con queste poche righe intendo sottolineare alcuni aspetti e fornire alcune interessanti note bibliografiche.

1) Come Tu stesso hai ben enunciato è risaputo, e generalmente ormai accettato, che lo stato di salute della popolazione è influenzato da una moltitudine di fattori.

I Sistemi Sanitari hanno la possibilità di contribuire soltanto in parte ad influenzare in senso positivo lo stato di salute, in particolare operando per contrastare le patologie.

Per quanto riguarda la stima sul contributo che l'assistenza sanitaria ha avuto sul declino della mortalità generale e sull'aumento della speranza di vita alla nascita, Ti cito un lavoro (1) che, dopo approfondita analisi dei dati riferiti alla popolazione olandese, giunge alle seguenti conclusioni:

Declino della mortalità generale (%)		Aumento della speranza di vita alla nascita (anni)	
Limite Inferiore	Limite superiore	Limite Inferiore	Limite Superiore
4,7	18,5	1,91 uomini	5,86 donne

Un secondo lavoro (2) riporta la stima fatta, alcuni anni fa, da esperti in sanità pubblica sull'importanza dei 4 principali fattori nel determinare lo stato di salute della popolazione e quindi la loro possibilità di contribuire alla riduzione delle patologie più frequenti:

Queste considerazioni rafforzano la convinzione che il miglioramento dello stato di salute della popolazione può solo derivare da uno sforzo orientato a perseguire “politiche intersettoriali per la salute”. In tal senso l'iniziativa della Provincia di Torino, di promuovere esperienze di “piani zonali per la salute” è interessante e meritevole di essere caldamente sostenuta. Ti segnalo, a tale proposito, un interessante studio recente che focalizza l'attenzione su un metodo, semplice e rapido, per aiutare a valutare la fattibilità di un intervento di politica intersettoriale per la salute (3).

2) Nel dibattito al convegno di Villa Gualino è stato, inoltre, abbozzato il tema di quali attori debbano necessariamente essere coinvolti nelle scelte sulle politiche per la salute. A questo proposito è necessario tenere presente che, in una società, i punti di vista dei cittadini sono diversi non solo perché questi ultimi si aggregano in gruppi politici (es. partiti) in base a diversi interessi da difendere, diverse letture ed interpretazioni della società stessa, diversi progetti per il futuro, ma anche perché le “condizioni in cui si trovano” sono diverse e generano “esigenze” diverse. Ti segnalo, a questo proposito, tre interessanti lavori (4) (5) (6) in cui viene messa a confronto l'opinione di gruppi particolari di popolazione in merito all'importanza che essi attribuiscono a diverse tipologie di servizi sanitari. Gli studi mettono in evidenza come l'importanza data ai diversi servizi cambi profondamente a seconda della condizione di “sano”, di “malato”, di “operatori”, di “gestore di servizi”, ecc. Per esempio (studi 4-5) la proposta di un “servizio o consulenza per aiutare a combattere il dolore” viene collocato, in una scala di priorità, al 2° posto dai soggetti “malati”, al 6° posto dai soggetti “potenziali utenti (cioè coloro che hanno bisogno di un particolare servizio)”, scivola al 12° posto nella “popolazione aperta” e finisce al 24° posto nei “soggetti sani”. In genere i soggetti che non sono in buono stato di salute tendono ad aumentare il numero di servizi ritenuti utili e le risposte dei soggetti malati risentono della gravità del bisogno e sono quasi l'inverso di quelle della popolazione aperta. Nel terzo studio (6), ad un campione di gruppi diversi di popolazione (“medici di famiglia”, “medi-

⇒ Segue a pag. 10

<i>Importanza* attribuita da esperti ai 4 più significativi determinanti dello stato di salute nella riduzione (massima percentuale) dei casi delle 10 principali cause di morte</i>				
Cause di morte (ICD)	Eliminazione completa dei fattori di rischio			Contributo dovuto alla Assistenza Sanitaria
	biologici e genetici immateriali	Comportamenti (stili di vita)	Ambientali materiali ed	
1 - Tumori (B 19)	30	40	20	10
2 - Cardiopatia ischemica (B 28)	20	50	10	10
3 - Cerebrovasculopatie acute (B 30)	25	40	20	5
4 - Altre forme di cardiopatia (B 29)	32,5	32,5	17,5	7,5
5 - Bronchite, enfisema, asma (B33)	25	35	30	10
6 - Polmonite (B 32)	15	25	35	20
7 - Tutti gli Incidenti (BE 48)	5	52,5	35	10
8 - Incidenti automobilistici (BE 47)	5	60	20	5
9 - Diabete mellito (B 21)	50	30	5	10
10- Suicidi (BE 49)	15	50	20	5

* Mediana delle risposte

⇒ Segue da pag. 9

ci specialisti”, “pazienti”, “studenti”, “impiegati pubblici”, “assicuratori”) è stato chiesto di pronunciarsi in merito alla scelta di opportunità di finanziare o meno alcune tipologie di servizi con fondi pubblici. Di seguito riporto due esempi di risposte fornite dai diversi gruppi (nell'articolo si trovano più esempi di servizi indagati):

Bibliografia

- 1 - MacKenbach JP: *The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited.* J Clin Epidemiol 1996, 49,1207-13
- 2 - Gunning-Schepers LJ -Hagen JH: *Avoidable burden of illness: how much can prevention contribute to health?* Soc. Sci. Med. 1987,24,945-51
- 3 - Van Herten LM, Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ: *Rationalising chances of success in intersectorial*

Tipo di servizio	Gruppi intervistati					
	Medici di famiglia	Medici specialisti	Pazienti	Studenti	Impiegati pubblici	Assicuratori
Cure domiciliari	Parzialmente: soltanto per le cure mediche	Parzialmente: sostegno economico più alto + riduzione costi in funzione dell'aumento dell'efficienza	Parzialmente: soltanto per le cure di lunga durata	Parzialmente: soltanto per le cure mediche	SI	Parzialmente: soltanto per le cure di breve durata
Assistenza in strutture per anziani	SI + riduzione costi limitando l'accesso alle persone più bisognose	SI + riduzione costi limitando l'accesso alle persone più bisognose	SI + riduzione costi limitando l'accesso alle persone più bisognose	SI + riduzione costi limitando l'accesso alle persone più bisognose	Parzialmente: soltanto per le cure mediche	NO

Il commento che si può fare è che occorre sempre chiedersi “quali servizi?”, “per chi?” e “decisi da chi?” e ricordare che le differenti risposte della popolazione, a seconda della situazione di salute, non permettono (se non con rischi di demagogia) di determinare le necessità assistenziali basandosi solo su pure ricerche di sondaggi di opinione, seppur condotti in modo scientificamente corretto.

Le scelte di priorità devono, perciò, essere integrate con i “filtri” di natura professionale (epidemiologi, operatori sanitari, managers di aziende sanitarie, ecc.) e sociale (politici, amministratori).

Paolo Laurenti

health policy making. J Epidemiol Community Health 2001 May; 55(5): 342-7

- 4 - Hopton JL - Dlugolecka M: *Patients perception of need for primary health care services: useful for priority setting?* BMJ 1995, 310, 1237-40
- 5 - Hopton JL - Dlugolecka M: *Need and demand for primary health care: a comparative survey approach.* BMJ 1995, 310, 1369-73
- 6 - Karien Stronks, Anne-Margreet Strijbis, Johannes F Wendte, Louise J Gunning-Schepers: *Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care.* BMJ 1997; 315:92-96 (12 July)



Nella sessione “Salute e territorio”, presieduta dal Dr. Zaina il Dr. Ponzetti e il Dr. Leporati presentano le loro relazioni alla Conferenza HPH

Dal governo della sanità al governo della salute: il quadrante un'occasione possibile

PREMESSA - Con la fine del 2002 alcuni fatti importanti interesseranno la nostra Regione. In particolare è in corso di discussione un Decreto Regionale che stabilisce con una certa precisione un nuovo ambito territoriale di competenza sanitaria (il Quadrante) che vede aggregate più ASL fra loro. Può sembrare cosa insolita l'occuparcene in questa rubrica dedicata all'argomento "Salute" più che non a quello "Sanità". Tuttavia sia per le manifestazioni occorse in molte parti della nostra regione aventi per capifila Sindaci e Presidenti di Comunità Locali, garanti dello stato di salute dei Cittadini, che per il nostro interesse a seguire ogni evento che può incidere in maniera complessa, anche al di là delle intenzioni formali di una Legge sulla Salute delle popolazioni, daremo qui un resoconto di quanto è sino ad ora accaduto sperando di attivare su queste pagine un futuro, proficuo, dibattito.

IL FATTO - Con il DGR 8 luglio 2002 "Definizione dei budget e azioni di recupero di efficienza gestionale delle AA.SS.RR. nell'anno 2002", la Regione Piemonte ha dato applicazione, per ora sperimentale, a tutta una serie di atti legislativi precedenti (in particolare la legge 12 dicembre 1997 n. 61 e la deliberazione di Giunta n. 85-25270 del 5 agosto 1998) con cui vengono ad essere definiti i "Quadranti". Il Quadrante (da ora in poi abbreviato con QE) è da intendersi come momento di programmazione locale aggregato per area vasta sulla base di un criterio di omogeneità territoriale in cui i Direttori Generali (DG) delle aziende sanitarie in esso comprese riuniti in "Conferenza" assumono le "occorrenti decisioni" tenuto conto dei "bisogni da soddisfare" e delle "risorse disponibili". Questa scelta operativa va intesa come una logica conseguenza del "modello piemontese di servizio sanitario regionale" proposto dall'Assessorato oltre un anno or sono ed in cui la Regione, esclusa l'adozione di due altri modelli possibili affermava, tra l'altro, di voler procedere ad una rideterminazione degli ambiti territoriali delle ASL e ad una riconversione dei presidi ospedalieri. Il QE dovrebbe consentire di sviluppare il processo di coordinamento interaziendale in attesa di quel nuovo Piano Sanitario di cui il DGR 8 luglio verrebbe a costituire non un annullamento ma un'anticipazione. A differenza della Regione, cui competerebbero funzioni di tutela generale della salute collettiva, alle ASL ed alle Aziende Sanitarie Integrate (ASI) sarebbero riservate sia funzioni di tutela del percorso clinico assistenziale sia funzioni di erogazione, queste ultime attuate essenzialmente tramite le Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO). Il territorio regionale è stato suddiviso in 4 QI di cui il primo includente la sola provincia di Torino ed a sua volta ulteriormente ripartito in tre sottoquadranti (o sub-aree, di qui in poi "SA"). Coerentemente al titolo del DGR, uno dei compiti principali del neo-QE è quello di perseguire l'equilibrio economico come "risultato dell'aggregazione dei conti economici delle singole aziende sanitarie regionali" nel rispetto dell'assegnazione di 18milioni di quale ulteriore finanziamento 2002 ripartiti su base capitaria in modo differente fra i vari QI.

LE CRITICITÀ - Rispetto al DGR sono state sollevate diverse osservazioni sia da parte di amministratori locali che di varie componenti politiche e sociali. In sintesi le criticità sono: 1) la mancanza di un PSR che renda meno "contingente" il DGR ed attribuisca precise funzioni ai vari nodi gerarchici del sistema; 2) la mancanza di riferimenti ad una forte integrazione sociosanitaria; 3) la non sottolineatura del ruolo distrettuale (residuale? centrale?) nell'ambito delle scelte di QE; 4) il venir meno della "competizione" fra ASL come elemento qualificante il sistema; 5) la mancata creazione di servizi territoriali che compensino la riduzione dei presidi ospedalieri con conseguente riduzione sia dei posti-letto (circa 1.200) che dei servizi in essi compresi; 6) il venir meno della responsabilità oggettivabile del singolo DG. nei confronti dei bisogni di salute delle comunità; 7) l'assenza dei rappresen-

tanti della comunità (Sindaci, Comunità Montane, Presidenti di circoscrizione) nell'ambito della Conferenza; 8) il basare le modalità di erogazione dei servizi solo su considerazioni capitarie-popolazionistiche e non su un bisogno differenziato di domanda (caratteristiche di popolazione, territori, prevalenza di criticità di malattia); 9) l'imminenza dell'applicazione del c.d. "Decreto Sirchia" sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che, riducendo l'impegno regionale su molte forme di spesa sino ad ora in carico alla sanità ne affida l'onere ai Cittadini od ai Comuni, resi così sempre più assenti dai livelli decisionali ma allo stesso tempo sempre più tenuti a coprire le inefficienze del sistema sanitario; 10) il ridursi del DGR ad un Decreto che, al di là degli enunciati, si esaurisce in finalità di esclusivo contenimento di spesa in questo caso su area vasta anziché per ASL.

ALCUNE RISPOSTE - In sede di Conferenza dei Sindaci (20 sett. 2002) l'Assessorato regionale ha evidenziato a) l'anomalia tipica del sistema sanitario pubblico dove la competizione è comunque "controllata" e non può prescindere da politiche di integrazione; b) l'esigenza di un maggior trasferimento di risorse dall'ospedale al territorio ottenibile non con l'erogazione di fondi aggiuntivi ma con una riallocazione di risorse che abbia nella riduzione dal 49-50% del livello ospedaliero piemontese (contro il 42-43% nazionale) la fonte di trasferimento di un 7-8% di fondi verso il territorio; c) il non delegare da parte della Regione la funzione programmatrice ai DG per la presenza in sede di Conferenza dell'Assessore o di un Direttore Regionale; d) il permanere di un livello ASL con cui la Conferenza dei Sindaci potrà comunque confrontarsi anche nell'esame di ciò che i DG del QE avranno eventualmente deciso in modifica a quanto previsto dal piano delle attività aziendali.

UNA RIFLESSIONE FINALE - *Fra i vari rappresentanti delle Cittadinanze quelli che per primi si sono attivati sono stati alcuni Sindaci e rappresentanti di Comunità Locali del Quadrante 1.2 che, dopo una serie di riunioni assembleari in Venaria ed Avigliana, sono convenuti ad una prima riunione plenaria alla 5° Circoscrizione di Torino. Ciò che ci pare interessante notare è l'evoluzione "naturale" che si è andata affermando e che ha visto il passaggio da un momento di sola critica per la possibilità di forte ridimensionamento di alcuni ospedali (Avigliana, Giaveno, Venaria e, per altre ragioni, Lanzo) ad un ulteriore, successivo, momento in cui una discussione più complessa condotta in termini "di Salute" ha trattato in modo più articolato alcuni fra gli aspetti più critici dei vari territori. È emersa così con chiarezza l'attenzione "globale" che i rappresentanti delle comunità locali hanno nei confronti della Salute delle popolazioni, sollevando questioni sanitarie, socioassistenziali, di educazione sanitaria, prevenzione, intersectorialità ed interistituzionalità degli interventi con attenzione all'ambiente, al lavoro, all'istruzione, alle possibili ragioni di diseguità, disagio, marginalizzazione. Potremmo dire che a fronte di un modo parziale e datato di intendere la salute (un modello di divisione territoriale centralizzato nelle competenze e limitato nelle finalità) si è generato una risposta che si configura come altamente integrata e complessa, in cui un confronto fra pari condotto insieme alle cittadinanze via via coinvolte sta portando a nuove consapevolezze e conducendo a nuove partecipazioni. Dobbiamo qui ancora ricordare come sia nelle Leggi di Riforma sanitaria tutt'oggi in vigore così come nell'ultimo PSSR e nelle varie espressioni formulate in sede regionale si intenda il termine "Salute". Riportiamo, fra tutti, il titolo I, art. 1 (principi e finalità) del disegno di legge con cui la Regione si era proposta di avviare il PSR 2002-2004 e che recitava: "la regione Piemonte organizza il servizio sanitario ed i servizi socio-sanitari integrati al fine di garantire in concreto il diritto alla salute degli individui e della comunità..." secondo principi di "a- pari dignità delle persone e salvaguardia dello stato di salute della popolazione quale interesse collettivo",... "c- interventi di promozione della salute e di educazione alla stessa". Purtroppo queste ed altre buone intenzioni non hanno sino ad ora trovato terreno di sviluppo e ciò che da ogni parte va emergendo è soprattutto la tendenza a ridurre l'impegno di spesa nei confronti di un Sistema Sanitario già poco sostenuto rispetto a quelli dei Paesi più evoluti nel mondo ed a settorializzare sempre più gli interventi convinti che, così facendo, si riesca a fornire un'adeguata risposta al reale bisogno di salute delle popolazioni.*

Enrico Chiara

A.S.L. 2 - Torino**Un Centro Adolescenti per l'ASL 2**

Dal 4 febbraio 2002 è aperto in **Via Moretta 55 bis** il **Centro Adolescenti del D.M.I. dell'A.S.L. 2**, come riferimento unico Aziendale per gli interventi sanitari e per i progetti a favore degli adolescenti.

Si rivolge:

- ai ragazzi e alle ragazze, che hanno tra i 12 e i 21 anni, che intendano essere ascoltati e aiutati su problemi personali, familiari, psicologici, sanitari, scolastici, ecc.
- ai genitori, agli insegnanti e agli operatori socio-sanitari che necessitano di consulenza sui problemi e sui percorsi adolescenziali, o che richiedano un intervento di mediazione nella relazione adolescente-adulto.

Possono fare riferimento al Centro Adolescenti:

- tutti i residenti nel territorio dell'ASL 2 corrispondente alle Circostrizioni Comunali 2 3;
- gli studenti e gli insegnanti delle Scuole Medie inferiori e superiori collocate sul territorio A.S.L. precisando che, anche ai non residenti che frequentano dette scuole, sarà dato un ascolto e le successive indicazioni possibili: invio all'A.S.L. di residenza, contatti con operatori Sociali, Educativi, Sportivi, ecc.

Il Centro di Via Moretta raccoglie e integra i singoli spazi preesistenti nei diversi Servizi territoriali dell'ASL: Spazio Giovani del Ser.T, Ascolto Adolescenti della NPI, Gruppo Adolescenza del D.S.M., Ascolto Adolescenti del Consultorio Familiare, Ambulatorio Adolescenti dell'U.O.A. Pediatria dell'Ospedale Martini.

Offre spazi di libero accesso il Lunedì ed il Mercoledì dalle ore 15 alle ore 18 e il Venerdì dalle ore 14,30 alle ore 16,30, dove chiunque si presenti riceve un ascolto immediato e un primo orientamento rispetto alla problematica portata.

L'accesso è libero e gratuito, l'adolescente può, se vuole, mantenere l'anonimato.

La prima accoglienza è fatta da Psicologi con particolare formazione sulle problematiche adolescenziali che si fanno carico della domanda portata attingente al Disagio Adolescenziale.

Responsabile del Gruppo Multidisciplinare e del Centro Adolescenti è la Dott.ssa Amalia Chirico, Psicologo dell'U.O.A. Neuropsichiatria Infantile (N.P.I.) diretta dalla Dr.ssa Laura Jarre.

A.S.L. 3 - Torino**Centro Regionale per i disturbi dell'alimentazione e due nuove Comunità protette per pazienti psichiatrici**

Alla presenza dell'assessore regionale alla Sanità, dott. Antonio D'Ambrosio, dell'assessore ai Servizi Sociali della Città di Torino, dott. Stefano Lepri, del Pro-Rettore dell'Università di Torino, prof. Angelo Garibaldi, e del Direttore Generale dell'ASL 3 Torino, dott. Giuseppe De Intinis, venerdì 15 novembre alle 11,30, in corso Vigevano 60, IV piano, è stata presentata la nuova Struttura Complessa Universitaria Unità Modulare di Psichiatria del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) "Giulio Maccacaro" dell'ASL 3 di Torino, diretto dal dott. Elvezio Pirfo.

Particolarmente innovativo per la sanità torinese e regionale sarà l'inserimento presso questa nuova Unità Universitaria, che è diretta dal prof. Secondo Fassino, del Centro Pilota Regionale per la Cura, Ricerca e Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Università di Torino, che avrà sede presso il Comprensorio Ospedaliero Amedeo di Savoia - Birago di Vische.

I Disturbi del Comportamento Alimentare (anoressia nervosa, bulimia nervosa e obesità) rappresentano oggi una vera epidemia sociale, specie in ambito giovanile. Si calcola che colpiscono dal 2% al 7% delle donne tra 14 e i 25 anni; in Piemonte ogni anno sono oltre 600 i nuovi casi di anoressia e bulimia mentre l'obesità, nei diversi tipi, colpirebbe circa il 30% della popolazione maschile e femminile, con conseguenti gravi patologie mediche associate e disfunzionalità socio-lavorative. Per accedere al Centro Pilota Regionale per la Cura, Ricerca e Prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'Università di Torino sarà sufficiente prenotare al numero telefonico 011.439.3857 e presentare la richiesta del medico di medicina generale o di uno specialista.

Durante lo stesso incontro di venerdì 15 novembre sono state inaugurate ufficialmente due nuove comunità protette per pazienti psichiatrici del Dipartimento di Salute Mentale "Giulio Maccacaro" dell'ASL 3 situate, rispettivamente, al secondo

e terzo piano di corso Vigevano 58/60. A prendere la parola, accanto a medici ed operatori sanitari e ai rappresentanti delle associazioni dei familiari, sono stati gli stessi pazienti. A dimostrazione dell'attività svolta dal Dipartimento di Salute Mentale "Maccacaro" - che punta innanzi tutto ad un lavoro riabilitativo che possa restituire il paziente ad una vita il più possibile normale ed autonoma - sono state presentate direttamente dalla voce dei protagonisti alcune storie di pazienti che, pur essendo molto malati, riescono a vivere una normale vita di relazione, impegnandosi in varie attività, artistiche, sportive o di studio.

Una poetessa, un cantante, un calciatore e uno studente hanno raccontato esperienze vissute e descritte anche sulle pagine di "Tam Tam", (il foglio informativo che, dal 1997, viene redatto e pubblicato da utenti e operatori del Dipartimento di Salute Mentale "Maccacaro" e che è stato distribuito ai presenti).

Ufficio Stampa ASL 3
Pier Carlo SOMMO
Piera MARCARINO

A.S.L. 4 - Torino**Day Surgery al Giovanni Bosco**

L'Ospedale Giovanni Bosco di Torino ha attivato dal marzo 2001 uno dei primi reparti di Day Surgery centralizzata, afferente al Day Hospital Multidisciplinare (Responsabile Dr. Giuliano Saroglia), che accoglie il day hospital medico, chirurgico e riabilitativo.

In conformità all'attuale orientamento nazionale e regionale di convertire progressivamente parte della chirurgia tradizionale in "chirurgia di giorno", in un anno la Day Surgery del San Giovanni Bosco ha raddoppiato il volume di attività, passando dai circa 550 interventi ai quasi 1000 previsti per fine anno, relativi a chirurgia generale, urologia, otorinolaringoiatria, ortopedia e chirurgia vascolare.

Gli interventi chirurgici in DS al San Giovanni Bosco costituiscono, quest'anno, quasi il 20% del totale dei ricoveri chirurgici.

In particolare, per alcuni interventi di riferimento come l'ernioplastica, il San Giovanni Bosco, con il 75% dell'attività effettuata in DS, ha superato le percentuali richieste dalla Regione per quest'anno.

La possibilità di effettuare il pernottamento, quando necessario, in letti dedicati ha oltretutto consentito di elevare la complessità dei casi trattati in DS.

La day surgery, effettuata con le giuste modalità, rappresenta innanzitutto un vantaggio per il paziente, diminuendo il rischio delle complican-

ze, legate soprattutto alle infezioni nosocomiali, l'impatto psicologico del ricovero, significativo soprattutto nel paziente anziano, e consentendo un più rapido ritorno alle attività abituali.

Per l'azienda la DS rappresenta un'ottimizzazione delle risorse e un'opportunità di snellire le liste d'attesa, grazie al maggior numero di pazienti operabili a parità di posti letto.

La centralizzazione del servizio, inoltre, permette di aumentare la qualità del servizio, con spazi e personale dedicati ed efficienti e di utilizzare percorsi organizzativi che garantiscono elevati livelli di efficacia e una maggiore soddisfazione per il paziente.

Questi dati sono stati presentati nell'ambito del recente congresso "La Day Surgery di Qualità", organizzato dall'ASL 4 Torino sotto l'egida della SICADS (Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery) e presieduto dal Dr. Renzo Leli. Il Congresso è stato un momento altamente qualificato di confronto tra specialisti, che hanno dibattuto gli aspetti organizzativi e le più attuali tecniche e problematiche in Day Surgery.

Dr.ssa Silvana Patrito

A.S.L. 16 - Torino

Ambulatorio di Psiconcologia

Collaborazione asl 16/lega italiana contro i tumori

Da alcuni mesi all'interno del Servizio di Psicologia, presso il Day Hospital Oncologico di Mondovì, è stato attivato un servizio di supporto psicologico rivolto ai pazienti affetti da patologia tumorale e ai loro familiari per aiutarli ad affrontare il difficile momento della diagnosi e dell'intero iter terapeutico.

La Dottoressa Franca Acquarone, Responsabile del Servizio di Psicologia dell'Azienda Sanitaria, spiega il significato dell'iniziativa: "La diagnosi di cancro è un evento destabilizzante, scatena reazioni emotive quali negazione, rabbia, non accettazione, paura del dolore, depressione. Ha un effetto dirompente sia sul malato sia su tutta la sua famiglia che risente di un alto livello di preoccupazione, di un senso di impotenza, di incertezza sul futuro.

Ci si chiede se è opportuno o meno informare il malato rispetto alla diagnosi e quale sia la modalità migliore per farlo. La malattia si configura pertanto come momento di crisi acuta, spesso difficile da gestire.

L'intervento psicologico può essere utile per accompagnare il paziente e la sua famiglia nelle varie fasi della malattia."

La nuova attività è prevista da un Progetto articolato, redatto grazie ad una convenzione sti-

polata tra ASL 16 – Servizio di Psicologia e Lega Italiana contro i Tumori – Delegazione di Mondovì, che ha istituito:

- sia l'Ambulatorio di Psiconcologia, affidandolo ad una Psicologa messa a disposizione dalla Lega, e che lavora in contatto con il Servizio di Psicologia dell'ASL;

- sia momenti di supervisione psicologica rivolti a gruppi di operatori sanitari (medici ed infermieri) che operano a contatto con i malati oncologici, poiché l'attività richiede un notevole coinvolgimento professionale, che genera ripercussioni emotive spesso difficili da gestire.

L'ambulatorio di Psiconcologia, aperto a pazienti e famiglie di tutta l'ASL 16, è attivo il mercoledì pomeriggio dalle ore 15 alle 17.

Per l'appuntamento è sufficiente telefonare al numero 0174/550319, dalle 9 alle 16 dal lunedì al venerdì.

**U.O.A. di PSICOLOGIA ASL 16
Mondovì – Ceva**

ASO - S. CROCE

Giornata mondiale del diabete

Il 14 Novembre 2002 è stata la giornata mondiale del diabete. In tale data ha avuto inizio una campagna di informazione sul diabete in Italia promossa dalla Società Italiana di Diabetologia e dall'associazione Medici Diabetologi con le associazioni italiane dei diabetici.

Domenica 17 Novembre nelle piazze Italiane sono stati organizzati presidi ove sono state fornite indicazioni sulla malattia, materiale illustrativo e misurazione gratuita della glicemia.

Tali iniziative hanno avuto il patrocinio anche della Organizzazione Mondiale della Sanità.

Anche il servizio di Diabetologia dell'Azienda Ospedaliera di Cuneo con il suo personale medico specialistico, infermieristico nonché l'associazione dei pazienti diabetici, ha partecipato all'iniziativa.

Nella giornata di Domenica 17 Novembre in Corso Nizza angolo Corso Dante l'equipe diabetologica e l'associazione diabetici di Cuneo ha fornito e divulgato materiale informativo sul Diabete Mellito con particolare riguardo alla retinopatia, argomento del 2002, e più in generale ha risposto ai quesiti dei cittadini sul "problema diabete";

E' stato possibile eseguire gratuitamente una misurazione estemporanea della glicemia, eventualmente associata alla misurazione della pressione arteriosa.

Ulteriori informazioni si possono avere sul sito www.diabeteitalia.it

O telefonando ai numeri :
Ambulatorio – Day hospital
Tel 0171/642072/642073
Reparto Tel 0171/642030
e-mail: endocrinologia@scroce.sanitacn.it

Educare è colorare il domani

L'Arcidiocesi di Torino e Don Bosco Insieme organizzano, Sabato 1° Febbraio 2003 presso i padiglioni di Torino Esposizioni, "EDUCARE è COLORARE il DOMANI", una giornata di seminari, conferenze, percorsi tematici e guida ragionata attorno alle tematiche di interesse per famiglie, nuclei familiari e loro componenti proponendosi da un lato una particolare attenzione ai Ragazzi, in sintonia con il programma diocesano di lavoro che coinvolge attualmente la città di Torino nella "Missione Ragazzi", dall'altro alle necessità che si presentano alle altre componenti nei diversi momenti di formazione e crescita.

La giornata di lavoro si svilupperà dalle ore 10.00 alle 24.00 attraverso un susseguirsi di momenti, spazi informativi e di confronto favoriti dalla struttura stessa dei padiglioni atti ad ospitare seminari a tema e significativi interventi in assemblea plenaria, così come stands espositivi e workshop messi a disposizione di enti pubblici, privati ed associazioni.

L'obiettivo è quello di dare visibilità alle grandi risorse che si propongono intorno al nucleo familiare nella sua ricchezza e complessità di legami e relazioni, sviluppate all'interno e all'esterno della famiglia.

La manifestazione è una proposta che Arcidiocesi di Torino e Don Bosco Insieme rivolgono alle realtà che fanno riferimento non solo alla città di Torino, ma anche al territorio regionale, secondo direttrici tematiche di comune interesse per la Chiesa locale proseguendo una consolidata collaborazione con il Comune di Torino, la Provincia e la Regione Piemonte.

Il Comitato organizzatore invita ad essere presenti nelle aree espositive della manifestazione - per le cui modalità saranno fornite informazioni più dettagliate - con l'obiettivo di fornire a tutti i partecipanti una occasione di convegni, seminari e punti di incontro fra le maggiori realtà pubbliche e private che operano nel settore.

Segreteria Informativa

P.za Maria Ausiliatrice, 9 - 10152 TORINO
Tel. 011/5224.404 - Fax 011/5224.681

Coordinamento organizzativo
Paolo Ferrero – Elena Sartor
e-mail: infoDBI2003@libero.it

Da venerdì 8 a domenica 10 novembre a Lingotto Fiere ha avuto luogo il periodico Salone rivolto a chi si occupa di disabilità in termini di offerta di servizi e di soluzioni tecnologiche. Univol-CSV ha organizzato un'intera giornata di confronti, nel corso della quale sono particolarmente da segnalare:

- la presentazione dei risultati di una ricerca sul disagio nell'area torinese, promossa dall'autorevole Fondazione Paideia, di cui forniremo una sintesi nel prossimo numero;
- la presenza di numerosi studenti di Torino impegnati in esperienze di integrazione in istituti superiori;
- una tavola rotonda - della quale Univol-CSV pubblicherà gli atti - alla quale ha partecipato anche l'Assessore alla Solidarietà Sociale della Provincia di Torino Maria Pia Brunato.

In anteprima, pubblichiamo il testo della relazione predisposta dalla prof.ssa Lorenza Carelli, pedagoga, docente di sostegno presso l'Istituto di Istruzione Superiore "G. Giolitti" di Torino.

I giovani ci insegnano

Vorrei partire dall'esperienza vissuta questa mattina con gli studenti delle scuole (ITIS "P. Levi" di Torino, IIS "G. Giolitti" di Torino e Liceo Scientifico "G. Galilei" di Ciriè) che hanno partecipato alle attività di laboratorio promosse dall'UNIVOL-CSV.

I ragazzi oggi, ancora una volta, ci hanno insegnato qualcosa: li ho visti attenti e partecipi a tutto ciò che tendeva a mettere in discussione la loro identità in favore di una visione più ampia e più accogliente dell'Essere. In particolare è emerso che il nodo centrale del loro vivere in una scuola che integra non è legato alla cultura della diversità (che si presta a letture anche contraddittorie) ma a quello della solidarietà, che significa riconoscimento e sostegno reciproco tra persone che convivono. Allora, l'integrazione diventa integrazione di tutti e la solidarietà diventa l'impegno principe della scuola così come dovrebbe diventarlo per ogni altra istituzione, dal Governo centrale a quello regionale, provinciale e comunale.

Nessuna società può dirsi veramente civile se non fa della solidarietà il suo impegno principale, perché è l'unica possibilità reale per rendere pari i cittadini, al di là di ogni connotazione psicofisica, etnica o culturale.

Tornando al tema centrale di oggi, che è quello della disabilità, il ruolo della scuola è stato straordinario al di là di tutte le valutazioni politiche che se ne possono fare ed è l'unica istituzione che affronta quotidianamente in maniera massiccia il problema, senza respiro, perché non può concedersi tregua e perché il numero degli inserimenti aumenta tutti gli anni in maniera vertiginosa.

Al proposito cito la Relazione alla Commissione Bicamerale Infanzia del 22 ottobre scorso della senatrice Aprea dal titolo "Inserimento e integrazione delle persone handicappate nella scuola", che conferma come il numero degli inserimenti nella scuola pubblica sia in crescente aumento. Per la precisione, si è avuto, dall'a.s. 1993/94 ad oggi, un incremento del 36,30%. La progressione ha interessato tutti gli ordini di scuola; negli ultimi anni sta maggiormente investendo la scuola superiore che, nello stesso lasso di tempo, ha registrato un incremento del 267,8%. Volendo ragionare sullo spettro dei numeri, attualmente il totale nazionale degli studenti con deficit è di 140.478 contro i 104.303 del 1993/94. In particolare, nella scuola dell'infanzia sono 10.616, nella scuola elementare 56.810, nella scuola media 47.513 e nella scuola secondaria superiore 25.539 (il che la-

scia prevedere un'onda di forte richiesta alla scuola superiore entro i prossimi tre anni!).

A fronte di tutto questo, però, riscontriamo che a distanza di più di trent'anni:

- stiamo ancora a disquisire sui termini inserimento-integrazione;
- non è stato ancora elaborato un documento di verifica del progetto di integrazione, che ne saggi e sostanzi i vantaggi pedagogici e sociali e promuova una politica di merito più adatta;
- ancora dibattiamo su ruolo, funzione, utilità del docente di sostegno, rimettendo in discussione il rapporto docenti/numero allievi con deficit secondo l'ottica penalizzante dei tagli anziché quella della solidarietà e degli investimenti.

E l'elenco potrebbe ancora continuare se solo si avesse più tempo e questa fosse la sede giusta. E' però importante ribadire che le risorse stesse di personale a disposizione della scuola sono progressivamente diminuite e non mi riferisco esclusivamente agli insegnanti di sostegno ma anche a tutti quegli operatori che Provincia e Comune mettevano a disposizione per l'assistenza dei disabili.

Ad evidenziare il ruolo forte della scuola è che dopo di essa si percepisce un vuoto istituzionale preoccupante. Dopo la scuola quasi tutti gli allievi in situazione di handicap non hanno possibilità di inserimenti lavorativi. Per molti di loro il progetto di vita si interrompe bruscamente, per molti di loro le competenze cognitive e sociali acquisite si bloccano fino ad annullarsi. I più fortunati riescono a trovare qualche risposta integrativa nelle associazioni di volontariato come il CEPIM, l'ANFFAS, l'Unione Italiana Ciechi, solo per citarne alcune.

E' urgente che oltre alla scuola anche le altre Istituzioni pubbliche e private riflettano e si assumano il carico e la responsabilità di offrire opportunità concrete alle esigenze di crescita e di sviluppo dei nostri allievi e aiutino le famiglie ad immaginare un futuro per i loro figli che possa continuare anche senza di loro.

Stamattina, a conclusione delle attività, gli studenti, gli stessi che a scuola vivono quotidianamente a stretto contatto con i compagni disabili, hanno chiesto agli adulti di assolvere ad alcune richieste:

- maggiore disponibilità ad aiutare i disabili;
- incremento dei finanziamenti per creare nuove infrastrutture;
- maggiore considerazione del disabile in ambito lavorativo;
- abolizione di tutte le barriere architettoniche ancora presenti;
- sostegno medico e psicologico ai disabili e alle famiglie dei disabili;
- inserimento dei disabili in attività sportive e ricreative;
- incremento di personale qualificato, come i docenti di sostegno.

Lorenza Carelli

Quali politiche per l'handicap nella nostra regione?

La riformulazione del titolo quinto della Costituzione, assegna alle Regioni e agli Enti locali compiti nuovi in campo scolastico.

Sono superati i limiti che circoscrivevano le competenze degli EELL all'erogazione di finanziamenti e servizi. Diventa quindi molto importante capire quali sono oggi gli orienta-

Dalla 2° Circostrizione

L'associazione IO STO BENE... E TU?
C.I.P.E.S. e A.N.PE propongono:

IO STO BENE... E TU ?
IO CELO, TU CELI, IO SVELO, TU SVELI, ALLA RICERCA
DELLA VERITÀ NASCOSTE
Incontri di educazione alla salute fisica e mentale

mercoledì dalle 15.30 alle 17.30 presso la Sala
Consiglio della Cascina Giamone, Via G. Reni 102
fino al 9 aprile 2003

- 11 dicembre **Basta tabù, silenzio e segreti, la vita funziona allo scoperto (nelle libertà e nel dialogo).**
Dott.ssa Giovannella Antonioli, Ginecologa
- 18 dicembre **Vita appagata e serena in vecchiaia illusione o realtà.**
Dott. Maurizio Rocca, Geriatra
- 15 gennaio **Le funzioni sconosciute dell'addome.**
Dott. Franco Santi, Dentista
- 22 gennaio **Il teatro svela il personaggio che è lui.**
Dott. Graziano Melano, Direttore del "Teatro dell'Angolo"
- 29 gennaio **Non nasconderti, sorridi.**

- Dott. Alberto Leo, Odontoiatra
- 5 febbraio **Realtà latente dell'immagine.**
Dott.ssa Donatella Carpentieri, Architetto
- 19 febbraio **Ecologicamente parlando, chi ci nasconde qualcosa?**
Dott. Domenico Filippine, Fisico
- 26 febbraio **I dieci punti che possono far funzionare la pace.**
Dott. Giovanni Salio, Pres. del Centro Studi Sereno Regis
- 5 marzo **Noi e la matematica.**
Prof.ssa Alba Di Carlo, Insegnante
- 12 marzo **Il trucco per coprire.**
Mauro Audello, Truccatore
- 19 marzo **Il funzionamento del conscio e dell'inconscio.**
Dott.ssa Paola Mollo, Psicologa
- 26 marzo **Su la maschera.**
Dott.ssa Donatella Carpentieri, Architetto
- 2 aprile **Riti, funzioni e verità.**
Dott.ssa Delia Di Lazzaro, Esperta in storia delle religioni
- 9 aprile **Lasciamo fiorire tutto ciò che di positivo è in noi e non si è mai manifestato.**
Dott.ssa Marina Carrè, Psicopedagogista

INGRESSO LIBERO

⇒ Segue da pag. 14

menti della Regione Piemonte in questo campo e quali saranno i passi che gli Assessorati interessati compiranno per ricevere i contributi di idee e di esperienze che si sono sedimentati anche a livelli di eccellenza nel tessuto vivo del territorio regionale.

Come saranno consultati Scuole, Associazioni, Enti locali e Servizi Socio Sanitari ?

Non arrivano segnali di una consultazione integrata, cioè proposta insieme dai tre Assessorati competenti cioè Istruzione, Sanità e Politiche Sociali.

Nello stesso tempo, dal governo nazionale arrivano messaggi sconcertanti: nella finanziaria è esplicitamente prevista la riduzione del numero degli insegnanti di sostegno e addirittura per i Servizi di NPI è prevista l'emanazione di una direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri che indicherà come e chi certificare.

Poiché anche in materia di handicap Stato e Regioni hanno potestà legislativa concorrente, ci sembra urgente che la nostra Regione avvii una vasta azione consultativa per arrivare a linee programmatiche integrate, capaci di corrispondere ai bisogni. Tra questi, sta assumendo particolare importanza il rispetto della Legge 104/92. E' una buona legge, con alcuni limiti certamente superabili quando esiste una volontà politica sorretta da quella che è ormai nota in tutto il mondo come la cultura italiana dell'integrazione. Ma quando questa cultura viene bypassata, l'assenza di vincoli nel testo della 104 consente inerzie e disinvestimenti, ad esempio nell'assegnazione di fondi agli Enti locali perché assicurino il personale "per l'autonomia e la comunicazione"; nella definizione delle competenze terapeutiche per i disabili ultradiciennari (cessate le prestazioni dei Servizi di NPI, con la maggiore età i disabili sono in genere privi di assistenza specialistica); nella mancata impostazione di un programma che affronti "che cosa fa un disabile dopo la scuola e al termine della fase scolastica" e del problema "quale è il destino di un disabile quando la sua famiglia non ce la fa più".

Ci sembra proprio che non ci sia tempo da perdere.

Guido Piraccini

Dormire in modo salutare

Gentile Direttore,

La nostra attività ci ha portato a conoscere quanto di meglio offre il mercato mondiale nel campo del dormire ergonomicamente. Abbiamo individuato un modo nuovo di riposare! Confrontando la rete e il materasso tradizionale con il nuovo sistema letto ergonomico pronatura si notano differenze sostanziali - dice Teifreto Ersilio titolare Della Max soluzioni Camerette di Torino via Duchessa Jolanda 25. Con il sistema letto tradizionale è il corpo che si adatta subendo malformazioni alla schiena; il sistema ergonomico, invece, permette di adeguarsi alla nostra struttura corporea, agevolando la circolazione del sangue e rilassando la muscolatura durante la notte; quando noi non controlliamo i nostri movimenti, il sistema ergonomico si adatta ad ogni posizione che assumiamo.

Tutti i medici specialisti del sonno e della riabilitazione un tempo consigliavano di dormire sui sistemi letto rigidi. Oggi, invece orientano i loro pazienti verso l'utilizzo di sistemi letto ergonomici naturali e anallergici.

Il vero problema è che quando si fa l'acquisto del materasso e della rete non si confrontano i prodotti, ma solo i prezzi, nonostante si tratti di prodotti per la salute.

Molte persone (adulti e bambini) dormendo su sistemi letto tradizionale, si svegliano il mattino stanchi e con dolori vari.

L'errore che spesso molti genitori commettono è quello di acquistare per i loro ragazzi materassi poco buoni, pensando che trattandosi di corporatura media non necessitano di un valido sostegno.

Invece no! Tutto parte da quando i ragazzi sono piccoli.

Solo così possiamo prevenire vari disturbi!

PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE

Distinti Saluti
Teifreto Esilio

Via Duchessa Jolanda, 25
tel. 800-903719

Le Aziende Sanitarie sulla strada della qualità in Promozione della Salute

Molti degli operatori delle ASL che si dedicano ad attività di Promozione e Educazione alla Salute ricorderanno che nel marzo scorso la regione Piemonte ha dato il via alla **sperimentazione del Manuale di autovalutazione delle attività di promozione ed educazione alla salute (PEaS)** nelle Aziende Sanitarie. Dopo la fase di addestramento e l'impiego del manuale, sono state individuate quelle criticità, riguardanti gli aspetti professionali ed organizzativi di questa funzione, suscettibili di miglioramento, e da queste hanno tratto origine **progetti di Miglioramento Continuo di Qualità (MCQ)** a livello aziendale ed inter-aziendale.

In particolare, nel corso dell'estate, il quadrante di Cuneo ha approfondito, attraverso una indagine estesa a tutte le ASL piemontesi, gli aspetti che riguardano la **collocazione organizzativa della funzione educazione sanitaria a partire dall'analisi dell'Atto Aziendale**. L'intero progetto e i risultati di questo lavoro hanno fatto parte di una comunicazione presentata alla recente **Conferenza Nazionale sulla Promozione della Salute di Bolzano**.

Martedì 5 novembre, promossa dalla Direzione 29 - Controllo Attività Sanitarie (Dott. C. Ferro) - Settore Personale, Organizzazione e Formazione delle Risorse Umane - (Dott.ssa P. Camandona) e dall'Ufficio Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria (Dott. M. Carzana), presso la Sala Celli della CIPES a Torino, si è tenuto un incontro, organizzato dal gruppo di Coordinamento Regionale sulla Sperimentazione, a cui hanno partecipato, in rappresentanza di 17 ASL piemontesi, numerosi Referenti per l'Educazione Sanitaria, alcuni colleghi responsabili degli Uffici Qualità e il Direttore generale della ASL 4, Dr. Giulio Fornero.

La riunione è stata aperta dai saluti di Sante Bajardi, presidente della CIPES, che nei confronti di questa iniziativa è sempre stato di sostegno e di stimolo, specie nei riguardi di quei soci che, attraverso al gruppo di lavoro GOES (Gruppo Operatori in Educazione Sanitaria), sono stati gli ispiratori della sperimentazione del manuale, poi accolta e promossa dai dirigenti regionali.

L'incontro ha poi permesso di ripercorrere le tappe storiche del progetto e di fare il punto della situazione rispetto ai principali nodi organizzativi che caratterizzano la funzione dell'educazione sanitaria nelle ASL. L'analisi è partita dall'esame dell'Atto Aziendale in 14 su 22 ASL e ha messo in luce come l'Educazione Sanitaria venga chiaramente individuata come funzione in poco più del 50% delle Aziende, senza contare che la sua denominazione e collocazione organizzativa sono risultate estremamente eterogenee e difformi.

Sulla base di queste considerazioni si è aperto un dibattito e un confronto che ha evidenziato come l'educazione sanitaria possa considerarsi, a pieno titolo, tra le funzioni trasversali e di supporto alla direzione strategica dell'azienda, e che pertanto il modello organizzativo più coerente con questo ruolo è quello a staff della direzione medesima.

Le conclusioni a cui si è giunti, con la speranza che esse rappresentino dei veri passi avanti nella direzione di un riconoscimento e di un miglioramento di competenze degli operatori sanitari che si occupano di Promozione della Salute, possono essere così riassunte:

- Necessità di meglio definire gli ambiti, i confini e le opportunità delle iniziative di Promozione della Salute che vedono coinvolte le strutture sanitarie;
- Necessità di qualificare ruoli e competenze degli operatori sanitari delle ASL addetti alle attività di Promozione della Salute;
- Importanza degli aspetti legati alla valutazione di efficacia delle iniziative in questo campo;
- Utilità di produrre una lista di raccomandazioni per migliorare assetti organizzativi, pratica professionale e prospettive della Promozione della Salute, attuata dalle ASL in Piemonte, da sottoporre all'attenzione dei decisori regionali.

Mauro Brusa

NEWS:

Sulla stampa Internazionale:

Il fumo in gravidanza aumenta il rischio di morte in culla. E lo stesso vale per il fumo inalato passivamente in epoca fetale e neonatale. Ciò è quanto è stato indicato nel congresso della Società Europea di Cardiologia tenutosi a Berlino nello scorso settembre.

50 anni in compagnia dello smog. Era il 1952 quando Londra fu coperta per una settimana da una nube nera che uccise 4.000 persone.

A Torino da gennaio **targhe alterne** tutte le settimane, fino al 31 marzo, Il provvedimento è in fase di definizione.

Malati oncologici in Italia: solo 9 strutture su 100 sono adeguate; ben 30 su 100 mancano anche dell'attrezzatura di base. Ogni anno 270.000 italiani si ammalano di cancro e 160.000 muoiono. Al nord Italia ogni 1000 persone l'11% sono malati oncologici, mentre al sud la percentuale è del 4,5 per mille. Nonostante ciò la mortalità al sud risulta superiore del 50% rispetto al Nord. Ciò è dovuto al diverso contesto socio-sanitario. Al sud mancano le cliniche specializzate e ci sono carenze di specialisti, infermieri, letti e le liste d'attesa sono lunghissime.

Il "bisturi" del governo uccide la sanità. Sono tutti scontenti, anche perché al di sotto di un certo limite (già molto basso) non si può andare. Contestano tutte le regioni, comprese quelle del centro destra.

Vivono in Italia i bambini più grassi d'Europa. troppe merendine frettolose, le mamme italiane sono caricate dal troppo lavoro. In famiglia in generale c'è troppo poco tempo per i figli e ciò crea scompensi psicoaffettivi che si pensa di poter compensare con il cibo

Figlio unico, asmatico e molto occupato è il piccolo italiano. Il ritratto del bambino italiano che emerge dai risultati della prima indagine condotta nel nostro Paese dai Pediatri di famiglia che si sono riuniti a Grado per il congresso nazionale della Fimp dimostra che le condizioni di salute dei bambini e adolescenti rivelano il disagio di una famiglia e di una società che vivono troppo convulsamente.

Renata Simonotti

Atti della Regione Piemonte

- DGR 5 novembre 2001, n. 12-4308 BU 43

Approvazione delle attività dei Laboratori Territoriali della Rete regionale di servizi per l'educazione ambientale ed erogazione dei contributi per l'anno 2002. Spesa Euro 246.181 (cap. 15640/02). - LR 24 ottobre 2002, n. 24 BU 44

Norme per la gestione dei rifiuti.

- LR 24 ottobre 2002, n. 25 BU 44

Regolamentazione delle pratiche terapeutiche e delle discipline non convenzionali.

- DGR 7 ottobre 2002, n. 65-7303 BU 44

Variatione al bilancio di previsione per l'anno 2002, per il finanziamento di interventi ed edilizia sanitaria (art. 20 della legge 67/88).

- DGR 28 ottobre 2002, n. 89-7545 BU 44

Interventi urgenti per il contenimento e la razionalizzazione della spesa farmaceutica.

- DGR 14 ottobre 2002, n.15-7336 BU 45

Approvazione delle nuove linee guida regionali inerenti l'applicazione delle cure palliative in Piemonte, la formazione degli operatori e l'attuazione del Programma Regionale per le Cure Palliative. - DGR 5 novembre 2001 n. 12-4308 BU 39

Iniziativa di documentazione, informazione, sensibilizzazione ed educazione in campo ambientale per l'anno 2002. Ammissione a contributo.

- DGR 23 settembre 2002, n. 8-7117 BU 42

Accantonamento a favore della Direzione Sanità Pubblica della somma di Euro 14.500,00 sul cap. 12292/2002, necessaria per la prosecuzione del programma di attività motoria nell'ambito del progetto regionale "Invecchiare in salute".

- BU 46 del 14 novembre 2002

Istituzione dell'Agenzia Interregionale per il Fiume Po (Aipo). Insediamento del comitato di indirizzo e nomina del Presidente Fiume Po (Aipo)

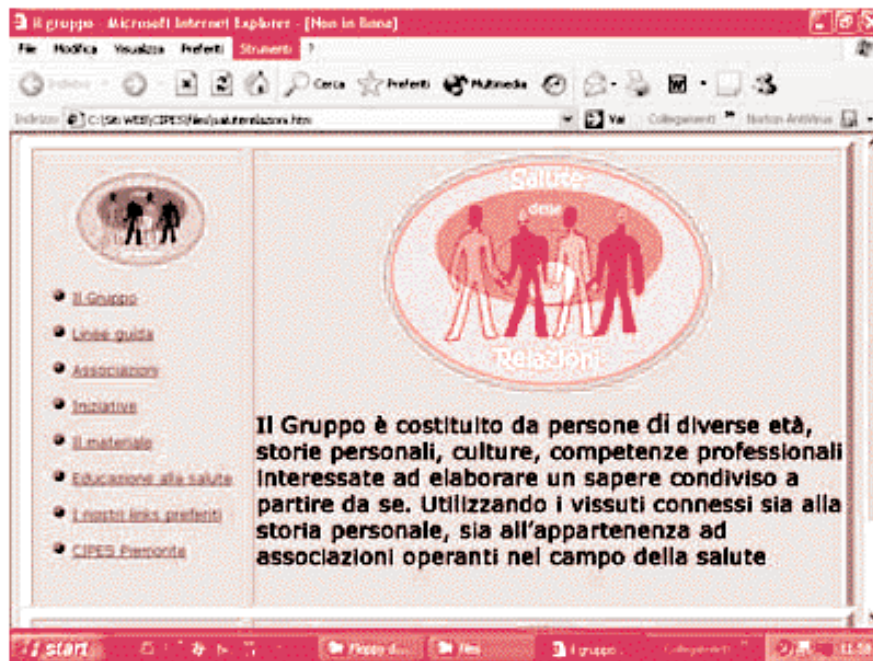
- DD 29 maggio 2002, n. 150 BU 38

Promozione Salute Piemonte. Corso di formazione per insegnanti ed istruttori di Autoscuole. Impegno di spesa di Euro 54.042,04 sul cap. 12250/2002.

- DGR 5 agosto 2002, n. 35-6871 BU 37

L.R. 8/8/1997 n. 51, art. 17 - Individuazione di attività in materia socio-assistenziale - Qualificazione risorse destinate alla Direzione Politiche Sociali. - DGR 2 settembre 2002, n. 36-7011 BU 37

Progetto di ricerca sulla presenza naturale di amianto, identificazione delle risorse e prenotazione di impegno.



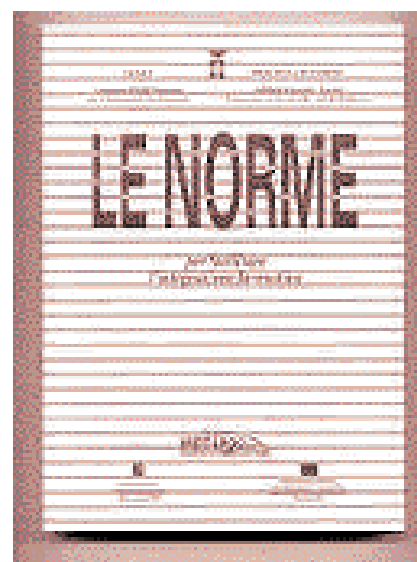
Questo è il sito del Gruppo "Salute delle relazioni", visitatelo!
www.cipespiemonte.it/files/saluterelazioni.htm



Da pochi mesi è stato emanato il D.L.vo 151/01: "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità", nel quale sono riunite e coordinate le disposizioni vigenti in materia,...

La presente pubblicazione si inquadra nell'ottica di voler dare dei precisi messaggi ai Datori di lavoro, alle lavoratrici ed ai lavoratori, affinché in tutte le aziende - grandi e piccole, pubbliche e private - vengano sempre più e meglio definite delle procedure operative di prevenzione e protezione volte a tradurre in pratica quelli che sono i principi sanciti dalle Norme citate.

Prof. Antonio Paoletti
 Università de L'Aquila



Prosegue con questa pubblicazione la collana "Quaderni Mediafor: un ponte per l'impresa" per fornire agli operatori ed ai cittadini interessati strumenti di lavoro e argomenti di riflessione.

Tra gli strumenti che si ritengono indispensabili per perseguire gli obiettivi di integrazione lavorativa delle persone con disabilità rientrano senza dubbio le leggi e le numerose disposizioni applicative che, a mano a mano, sono state emanate.

E' un materiale vasto che necessita competenza e attenzione per un uso efficace.

La normativa è in continua evoluzione e pertanto questa pubblicazione dovrà in futuro essere aggiornata anche alla luce delle diverse esperienze applicative.

Mercedes Presso
 Presidente Provincia di Torino

L'area anziani UISP in una giornata

Sabato 9 Novembre 2002, l'Area Anziani in Movimento Uisp ha vissuto una giornata intensa, nell'ambito della manifestazione ABILITY, organizzata al Lingotto.

Nel corso della mattinata è stata resa visibile la proposta motoria per tutti i cittadini (nessuno escluso). Alcuni gruppi di anziani, infatti, si sono esibiti, sotto la guida dei loro istruttori, in esercizi di ginnastica posturale, danze, balli di gruppo e shiatsu, con semplice ed allegra partecipazione, coinvolgendo con la loro vitalità anche il pubblico. La presentazione è stata curata dall'Associazione Tai Atari, dal Coordinamento l'Altra Danza Uisp Torino, dalle Polisportive Età Libera, Marchesa, Non solo sport, Rubino e Circolo Monastir.

Nell'intervallo pranzo, "ginnasti" e pubblico si sono ritrovati per una colazione di lavoro (circa 120 persone). Nel pomeriggio si è riunita l'Assemblea Regionale dell'Area Anziani Uisp, nel corso della quale si sono discusse le problematiche e le difficoltà affrontate dai diversi dirigenti nella regione. Al tavolo della presidenza, presieduto da Giuliano Verlatto, Segretario Regionale Uisp Piemonte, erano presenti Patrizia Alfano, Presidente Uisp Torino, Prospero Ciancia, Presidente Uisp Biella e Bruna Guarino, Presidente Regionale Area Anziani uscente. Giuliano Verlatto ha letto un saluto/intervento ricco di spunti e riflessioni del Presidente della Uisp Piemonte, Filiberto Rossi, assente giustificato per motivi di salute. Questi spunti sono stati poi ripresi e condivisi da Bruna Guarino, in un'introduzione assai mirata. Al termine si è proceduto all'elezione del Consiglio Direttivo Regionale e del Presidente Regionale. Bruna Guarino è stata riconfermata all'unanimità per acclamazione, nella sua carica di Presidente Regionale.

In una sala gremita di pubblico, di addetti ai lavori, tra cui numerosi operatori, si è svolta la tavola rotonda "Le disabilità dell'anziano. Quali strategie, quali risorse", tematiche stimolanti trattate da esperti di grande prestigio, introdotti dal Presidente Regionale Area Anziani Uisp, Bruna Guarino. Fiori all'occhiello di questa tavola rotonda, moderata con grande sensibilità da Daniela Rossi, Dirigente Nazionale Uisp, sono stati: il Prof. Fabrizio Fabris, Direttore dell'Istituto di Medicina e Chirurgia Geriatrica dell'Università di Torino, con la sua presenza costante e preziosa, percepita da noi affettuosa, ci ha parlato dell'oggi dell'anziano, che attraverso il suo impegno nel dare, vivacizza i suoi anni rubati alla vecchiaia. Da qui la necessità da parte dell'anziano di mantenersi attivo fisicamente e mentalmente per garantirsi un "buon invecchiamento" lo psicologo Prof. Fabio Lucidi con il suo intervento ha permesso a noi, soggetti del suo dire, di seguire la chiara analisi della difficoltà dell'anziano nei confronti della socialità; della difficoltà psicologica di farsi carico della propria salute, preferendo a volte assumere una pastiglia piuttosto che trovare la forza di volontà per seguire un corso di attività motoria. Il Presidente del CIPES Piemonte Sante Baiardi, ha toccato aspetti pratici e progetti di cooperazione tra diverse

associazioni, ripresi anche in un intervento del Presidente dell'AUSER, Renzo Giardino. Il Prof. Pietro Passerin D'Entreves, Direttore della Scuola Interfacoltà di Scienze Motorie dell'Università di Torino ha illustrato gli orientamenti della nuova facoltà di Scienze Motorie, ribadendo l'impegno del SUIISM ad essere coinvolto nella formazione degli operatori e nella ricerca nel campo dell'attività motoria rivolta alla grande età in collaborazione con la UISP. L'Assessore allo Sport della Provincia di Torino Silvana Accossato ha illustrato l'impegno del suo Assessorato nel rendere più accessibili a diverse fasce di utenza gli impianti sportivi esistenti e futuri nel nostro territorio.

L'intervento di alcune persone presenti ha scatenato un'accesa discussione al dibattito sulla problematica della certificazione medica che abilita alla pratica motoria. Argomento questo che ricorre da diversi anni e per la soluzione del quale, si potrebbe prendere spunto dalla Regione Toscana, laddove una legge regionale ha abolito il pagamento della prestazione del medico di famiglia. Marisa Suino Consigliere Regionale Piemonte, Bruna Guarino, Fabrizio Fabris, Sante Bajardi hanno concluso il dibattito con l'impegno di ritrovarsi per studiare le strategie più idonee per risolvere il problema "certificato medico", problema che potrebbe facilitare la pratica motoria nella grande età promuovendo la prevenzione e il diritto alla salute.

**Lia Malorzo e Angela Sargian
del Direttivo Area Anziani Uisp Torino**



Bruna Guarino, Presidente Regionale presenta la sua relazione



L'Assemblea Regionale dell'Area Anziani UISP

La IV Conferenza Nazionale del Volontariato

Per le modifiche alla legge 266/91 tempi lunghi e prospettive incerte

L'argomento focale e che creava le maggiori attese alla IV Conferenza Nazionale del Volontariato, tenutasi ad Arezzo dall'11 al 13 ottobre scorso, era sicuramente quello relativo alle modifiche della legge 266/91, "Legge quadro sul Volontariato".

A distanza di 11 anni dalla sua emanazione, la legge sul volontariato, una pietra miliare della nostra legislazione sociale, mostra alcune incongruenze che necessitano di correzioni.

Fin dalla III^o Conferenza di Foligno dal 1998 si erano manifestate idee e proposte di modifica, oltre che da organizzazioni rappresentative del volontariato, anche dallo stesso Osservatorio Nazionale.

In questi quattro anni che hanno diviso Foligno da Arezzo, gli argomenti sono stati approfonditi, la legislazione collaterale si è arricchita, basti pensare alla Legge 328/2000 sui "Sistemi Integrati dei Servizi" (o Legge sull'Assistenza), alla 383/2000 sull' "Associazionismo di Promozione Sociale", e soprattutto alla Legge Costituzionale n. 3/2001 sulla modifica del Titolo V della Costituzione e che assegna competenza legislativa esclusiva in materia socio-assistenziale e sanitaria alle regioni; maggiori necessità di intervento si sono verificate (ad es. per quel che riguarda le competenze dei Centri di Servizio) per cui si rende sempre più inderogabile por mano a delle innovazioni.

L'osservatorio Nazionale del Volontariato - organismo di emanazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali - tramite una commissione, ha elaborato un insieme di proposte di modifiche, largamente condivise da più organizzazioni, e che sono state oggetto di studio in un apposito "Gruppo di lavoro" all'interno della Conferenza stessa.

Le principali modifiche riguardano i seguenti punti ed articoli:

- all'art. 1 si chiarisce che le finalità del volontariato sono... "di carattere sociale, civile e culturale". Innovando rispetto alla legge che stabiliva che le finalità erano individuate dallo "Stato, dalle Regioni, dalle province autonome di Trento e Bolzano e dagli Enti locali";

- all'art. 3 vengono riconosciute come organizzazioni di volontariato anche gli Enti di coordinamento delle associazioni più complesse: quelle per intenderci che sono strutturate in vari livelli - comunali, provinciali, regionali e nazionali - o che sono federate; la legge riconosceva solo i volontari soci delle strutture di base (o di primo livello); vengono anche precisate le organizzazioni che non possono essere di volontariato: partiti politici, sindacati, associazioni professionali, associazioni di promozione sociale; sempre per codesti enti di coordinamento, specialmente quelli a carattere nazionale più complessi, viene prevista - su autorizzazione del Ministro del Welfare - la deroga sulla democraticità delle strutture il che significa - per le strutture di 1° livello - elezione degli organismi e approvazione dei bilanci nelle assemblee con delegati e non direttamente dai soci;

- all'art. 5, si prevede una maggior gamma di possibilità di

entrate per le organizzazioni;

- è previsto un art. 5 bis per l'istituzione di un registro per le organizzazioni di volontariato a carattere nazionale;

- viene innovato anche l'art. 12 sull'Osservatorio Nazionale del Volontariato, sia sulla composizione: 20 rappresentanti anziché 10 come stabilisce ora la legge, sia nelle competenze: "esprimendo pareri e formulando proposte sulle normative che coinvolgono il volontariato", "stabilendo raccordi con altri Organismi Istituzionali...";

- anche all'art. 15 sui centri di servizio, viene aggiunto un 15 bis che ne amplia le competenze prevedendo, tra l'altro, finanziamenti di progetti e l'avvio e la realizzazione di specifiche attività.

Queste, in sintesi, le proposte dell'Osservatorio; dalla discussione nello specifico gruppo di lavoro, e dal documento che ne è scaturito, sono emerse però anche altre richieste e considerazioni quali:

- a) sia ulteriormente allargata la composizione dell'Osservatorio con la presenza di un rappresentante dei Centri di Servizio e uno dei Comitati di Gestione e, come osservatore, un rappresentante dell'Agenzia sulle ONLUS (proposta del prof. Ornaghi presidente della stessa Agenzia e avallata dal Ministro Maroni nella replica);
- b) che l'IVA passiva se non la si può eliminare (per la direttiva europea), possa essere almeno ridotta al 4%;
- c) ci sia una maggior defiscalizzazione sulle liberalità e sulle donazioni;
- d) il volontariato deve avere un peso maggiore all'interno dei Comitati di Gestione;
- e) i Comitati di Gestione devono essere dotati di uno status giuridico certo e riconosciuto;
- f) i Comitati di Gestione devono avere durata almeno triennale e non più biennale com'è l'attuale norma;
- g) ci deve essere un fondo di perequazione nazionale relativo ai fondi regionali delle Fondazioni Bancarie, per andare incontro alle regioni che hanno fondi esigui.

Altre proposte che hanno trovato pareri discordi sono state quelle relative ai finanziamenti dei progetti delle associazioni di volontariato da parte dei Centri di Servizio, che i rappresentanti delle Fondazioni Bancarie avocano alle stesse fondazioni o almeno ai Comitati di Gestione, prospettando altrimenti un conflitto di interessi tra chi chiede, chi eroga e chi fa il monitoraggio sui progetti stessi; è stato anche chiesto un "distacco", come quelli sindacali, per i dipendenti che occupano le massime cariche dirigenziali a livello nazionale nelle grandi associazioni; ed infine è stato fatto notare che la legge 266/91 è ancora inapplicata - a distanza di 11 anni - in alcune regioni quali la Campania, la Calabria e la Puglia, che non hanno ancora istituito i Centri di Servizio.

Nella sua replica finale il Ministro per il Welfare Maroni non si è molto sbilanciato, non ha dato risposte e certezze né sul merito, né sui tempi delle eventuali modifiche. Ha polemizzato sulle rappresentanze, non riconoscendo al Forum nazionale del Terzo Settore un potere di interlocuzione particolare; il ministro ha fatto capire che intende guardare con interesse alle piccole organizzazioni, che con esse vuole dialogare, impegnandosi a fare una Conferenza Nazionale annuale; si è detto d'accordo sull'aumento dei limiti alle liberalità; non si è pronunciato sull'IVA.

Non si sa se, quando e quali saranno le modifiche alla 266/91, una cosa però è certa: a tutt'oggi non esiste in Parlamento alcuna proposta di legge in tal senso.

Giuseppe Marescotti

Asterischi di vita

Le iniziative e le attività significative che la CIPES promuove o a cui partecipa, direttamente o tramite propri associati, sono, tra un numero e l'altro di Promozione & Salute, tantissime; tentiamo con questa nuova rubrica di darne una almeno parziale informazione. Ricordiamo però che, chi ritiene opportuno fornire notizie più complete di iniziative, che valuta importanti per un territorio, un gruppo, una struttura, un'associazione, può farlo inviando articoli o note al nostro notiziario, che, nei limiti consentiti dalla tirannia dello spazio, li pubblicherà.

Nella nuova rubrica ci sembra opportuno per l'informazione continua di soci, simpatizzanti e collaboratori, riferire anche di alcuni momenti significativi di vita interna (commissioni, direttivi, ecc.) sia come trasparenza sia come sostegno alla partecipazione democratica.

Tralasciamo ovviamente tutte quelle attività che trovano spazi appositamente dedicati in altre parti di Promozione & Salute. Coerentemente con quanto detto riportiamo l'elenco delle iniziative dalla chiusura in redazione del numero ultimo scorso:

- martedì 8 ottobre: riunione della commissione organizzazione CIPES in preparazione del Direttivo della Federazione piemontese;

- giovedì 10 ottobre: partecipazione della CIPES, tramite il proprio coordinatore della Consulta delle associazioni Michelangelo Petrolo, al Forum del Terzo Settore;

- martedì 15 ottobre: riunione del Consiglio direttivo della CIPES, che, oltre alle comunicazioni del Presidente, ha affrontato con particolare attenzione l'avvio di alcuni progetti: Strada sicura, Casa sicura e Lavoro sicuro, coordinati dal dott. Acquafresca, "Salute nelle relazioni" coordinato dalla ginecologa Giovannella Antonioli, che ha anche riferito sulle prospettive di avvio del programma di conferenze della sala Celli, le cui attività verranno coordinate da un gruppo formato dalla stessa Antonioli, da Elena Coffano e da Giovanna Bodrato, che garantisce, oltre il proprio impegno, il prezioso raccordo con l'associazione Alma Mater. Il direttivo ha provveduto a cooptare, così come consente il nostro Statuto, il dott. Mario Valpreda, che ci arricchirà di una preziosa collaborazione particolarmente sul progetto "Ambiente di lavoro".

Il direttivo ha infine nominato le redazioni di Promozione & Salute e del sito Web, composte dai tecnici e dai responsabili delle principali attività e funzioni della CIPES.

- giovedì 24 ottobre: alla Cascina Marchesa, con il patrocinio della sesta Circoscrizione di Torino, Convegno sul tema "Invecchiamento tra salute e partecipazione", promosso dalle associazioni Uisp-Anziani in movimento ed Auser, entrambe aderenti alla CIPES;

- venerdì 25 ottobre: sala Celli incontro della Consulta delle associazioni aderenti alla CIPES;

- martedì 29 ottobre: riunione del gruppo di lavoro "Salute nelle relazioni" coordinato da Giovannella Antonioli, che si occupa dell'arricchimento degli apporti tecnico-relazionali, ipotizzando approcci innovativi tra personale medico e pazienti, che non si limitino alla umanizzazione e tanto meno alla psicologizzazione, ma che mettano in relazione tra loro i vari saperi della salute, porgendo attenzione anche a nuovi modi "non occidentali" di curare (preziosa in questo senso la collaborazione con l'Alma Mater);

- martedì 5 novembre: riunione del coordinamento GOES, gruppo operatori di educazione alla salute;

- mercoledì 6 novembre: il Presidente CIPES Sante Bajardi è intervenuto con la comunicazione "I profili di salute" al Convegno "La Provincia di Torino: politica, strumenti e progetti per promuovere la salute della popolazione", tenutosi a Villa Gualino. Oltre all'apertura del Presidente Mercedes Bresso ed alle conclusioni dell'Assessore Maria Pia Brunato, si sono registrate, tra le altre, le partecipazioni del dott. Giuseppe Costa del

Servizio Epidemiologico Regionale e del dott. Mario Nejrotti Coordinatore del Comitato tecnico-scientifico della Conferenza Provinciale sulla Salute; sono state presentate inoltre significative schede informative ed esperienze locali (Ivrea, Chieri, Pinerolo, Cesana, Clavière), particolarmente apprezzato è stato l'intervento del dott. Marco Biocca dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna;

- giovedì e venerdì 7/8 novembre: partecipazione del Prof. Giacomo L. Vaccarino del CISO (Centro Italiano di Storia Sanitaria ed Ospedaliera) al Convegno "Passato e presente della psichiatria a Torino", indetto da "Casa Bordino" e tenutosi al Centro congressi Torino Incontra;

- sabato 16 novembre: incontro d'avvio dell'anno accademico 2002/2003 dell'Antenna di Torino del Campo Freudiano. L'intero anno accademico è dedicato a "Il rovescio della vita contemporanea: la psicoanalisi di fronte alla civiltà"; il primo seminario dell'anno è intitolato "Sigmund Freud e la scoperta della psicoanalisi" e continuerà con altri due incontri sabato 23 novembre e sabato 21 dicembre. L'Istituto Freudiano, di cui "l'Antenna" è sezione clinica, fa parte del CEPIS (Centro Psicoanalitico di trattamento dei malesseri contemporanei) aderente alla CIPES.

- Volendo dare continuità alla rubrica, scusandoci per le eventuali imprecisioni ed omissioni, è opportuna e necessaria la massima collaborazione circa la comunicazione di iniziative, attività, partecipazioni, di cui si ritiene che, al di là dei limitati spazi di Promozione & Salute, venga perlomeno data notizia.

Giuseppe Cervetto

Antenna di Torino del Campo Freudiano

anno accademico dell'Istituto Freudiano per la Clinica, la Terapia e la Scienza
(abilitato ai sensi dell'art.3. legge 18.2.89, n° 56 - D.M. 31.12.93)

2002 2003 e-mail: manzetti@iol.it 13 via Bogino 10123 Torino
tel.011.817 88 90 fax 011.817 02 02

Il rovescio della vita contemporanea: la psicoanalisi di fronte al disagio nella civiltà

1 Seminario Sabato 16 novembre 2002, 23 novembre 2002, 18 gennaio 2002

Sigmund Freud e la scoperta della psicoanalisi
Docente: Rosa Elena Manzetti

2 Seminario Sabato 7 dicembre 2002, 11 gennaio 2003, 15 febbraio 2003, 15 marzo 2003, 12 aprile 2003, 24 maggio 2003

Fondamentale

Letture e commento del seminario di Jacques Lacan *Il rovescio della psicoanalisi (1969-70)*, ed. Einaudi.

Esthela Solano (Parigi) Marie-Hélène Brousse (Parigi) Massimo Recalcati (Milano) Mercedes De Francisco (Madrid) Alexandre Stevens (Bruxelles) Pierre Naveau (Parigi)
Casi clinici presentati da Maria Laura Tkach, Silvia Morrone, Gian Francesco Arzente, Daniele Maracci, Maria Teresa Dolfin, Sergio Caretto

sotto gli auspici del Département de Psychanalyse Université de Paris VIII, Institut du Champ Freudien
con la collaborazione della Scuola Lacaniana di Psicoanalisi

con il patrocinio di Città di Torino, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino
E' stato richiesto accreditamento ECM

Boves: giornata di studio sulla Agenda 21

Alla giornata di studio sull'Agenda 21, organizzata a Boves (Cuneo) lo scorso 17 novembre, erano presenti circa 30 persone fra cui alcuni assessori di Cuneo e comuni limitrofi.

Il relatore Giuseppe Gamba, assessore alla pianificazione ambientale e allo sviluppo sostenibile della Provincia di Torino, ci ha spiegato la genesi, alcuni contenuti e la sua esperienza riguardo all'Agenda 21.

Questi, a grandi linee, i concetti che l'assessore ci ha proposto per confrontarci e riflettere insieme nel corso della giornata:

1. L'Agenda 21 è un articolato documento che è stato elaborato 10 anni fa in occasione dell'incontro internazionale di Rio: esso fornisce agli amministratori le indicazioni su come avviare localmente "piani di sviluppo sostenibile". Da allora, secondo un censimento fatto a Joannesburg, l'Agenda 21 è stata assunta da 6480 comuni (5000 dei quali sono in Europa) o per decisione degli amministratori o per sollecitazioni dal basso.

2. L'Agenda 21 è sicuramente uno strumento di partecipazione e democrazia diretta: in Italia il movimento per l'Agenda 21 si è sviluppato solo negli ultimi 5 anni e oggi c'è anche una associazione che ne assume e sostiene in modo specifico principi e scopi.

3. Attualmente si annoverano almeno 550 realtà, comprendenti Comuni e Province, che ci stanno lavorando, anche se in modo non del tutto efficace (come invece sta avvenendo nel Nord Europa).

A tutt'oggi il problema vero per un concreto sviluppo dell'Agenda 21 resta la creazione e l'animazione dei Forum, i quali dovrebbero essere alla base del processo, consentendo la opportunità per prendere le decisioni necessarie e fare un piano di azione che raccordi all'ambiente risorse locali e mercato del lavoro, in un'ottica di "sviluppo sostenibile". In pratica non si tratta infatti di giungere a nuove spese in bilancio, ma di riorientare quelle che già sono considerate.

4. oggi sono aperti in Italia 456 Forum (erano appena 6 nel 1999): piani di azione però non ne sono stati approvati molti e la partecipazione continua ad essere un problema: purtroppo ci si scontra tuttora tra logica della rappresentanza per delega e logica della partecipazione diretta. Inoltre difficile è la mediazione degli interessi dei partecipanti al Forum, interessi che oltretutto non è detto coincidano con quelli di tutta la comunità.

Resistenze ci sono anche nelle Pubbliche Amministrazioni, che si mostrano restie spesso a rimettere tutto in discussione. Specialmente nei Forum italiani c'è notevole conflittualità, oltre al fatto che essi sono più spesso frequentati dagli ambientalisti che non da altre figure sociali ed economiche: questo rende meno realizzabili i piani, perchè non si creano le condizioni ottimali che li rendono frutto di veri momenti di concertazione.

5. L'Agenda 21 non deve essere un mero strumento per la tutela dell'ambiente, ma deve piuttosto attraversare tutti i campi: non deve significare "fare qualcosa per l'ambiente", ma deve poter significare "riorganizzare tutto il processo economico e sociale in funzione di un ambiente sostenibile", coinvolgendo tutti i settori delle politiche del territorio con al centro la responsabilità del Sindaco.

Non esiste comunque una ricetta: ciascun Comune deve avviare il processo secondo il proprio contesto e procedere per tentativi ed errori. Oggi il Ministero prevede finanziamenti in proposito: naturalmente però quello di presentare progetti non deve essere solo un modo per ottenere risorse e mettere poi il piano in un cassetto.

L'Assessore per l'Ambiente del Comune di Cuneo Allario ha poi spiegato che a Cuneo e dintorni, grazie anche alla battaglia sostenuta contro il progetto di centrale a Borgo S. Dalmazzo, si è creato un clima propizio all'avvio del processo per l'Agenda 21, giungendo alla determinazione di partecipare al bando per i finanziamenti, tenendo conto che localmente è necessario partire dai problemi del bacino idrografico della Valle Stura nonché dalla creazione di un piano energetico territoriale che coinvolga le vallate. La domanda di finanziamenti avverrà attraverso la partecipazione della Provincia, la quale affiderà ai Comuni la gestione di una parte delle risorse eventuali.

Il dibattito è poi continuato con interventi dell'assessore di Borgo S. Dalmazzo, di membri della Rete Lilliput, della Lega ambiente e del WWF.

L'interessante giornata si è conclusa con la decisione di produrre una ri-

chiesta alla Pubblica Amministrazione, formulata da parte delle Associazioni, finalizzata alla apertura di un Forum sui rifiuti: si è orientati a ad invitare degli esperti sulla situazione locale e generale oltre che a presentare un documento-proposta. L'obiettivo è di riuscire a procedere in questo intento non oltre gennaio 2003.

La prossima riunione per la progettazione delle iniziative sopracitate si svolgerà ai primi di dicembre (il 2 dicembre alle ore 21) presso i locali dell'ARCI.

Articolo a cura di Nadia Benni (rete Lilliput -Cuneo)

Piano ASL 15 – Scuole

Collaborazione per le attività di educazione sanitaria e promozione della salute Anno Scolastico 2002/2003

Presentato lo scorso 16 ottobre 2002, presso il salone del Provveditorato agli Studi di Cuneo, il piano collaborativo tra ASL 15 e scuole per il corrente anno scolastico.

Il documento è stato elaborato dalla Unità Operativa di Educazione alla salute della ASL 15 in collaborazione con:

- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Salute Mentale
- Servizio Dipendenze
- Servizio Neuropsichiatria Infantile
- Servizio Assistenza Sanitaria Territoriale
- Servizio Psicologia
- Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione
- Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro
- Servizio Veterinario
- Servizio Immunoematologia Trasfusionale ASO "S.Croce e Carle"
- Servizi Socio-Assistenziali
- Associazioni AVIS, FIDAS, ADMO

Le proposte educative, su cui Scuole e Servizi socio-sanitari si impegneranno nei prossimi mesi, sono centrate soprattutto sullo sviluppo di progetti in rete con altri Enti, sulla formazione degli adulti e sull'accudimento degli adolescenti.

Questi per sommi capi sono i progetti elaborati (chi volesse saperne di più, può fare riferimento alla Unità Operativa di Educazione Sanitaria della Asl 15 - dr.ssa M.Grazia Tomaciello - tel. 0171/267608 o visitare il sito del Provveditorato agli Studi di Cuneo):

SCUOLE CICLO dell'OBBLIGO

- modulo 1** - Progetto Territorio Alimentazione Salute: Incontri con alunni
- modulo 2** - Progetto Territorio Alimentazione Salute: sostegno a progetti svolti dai docenti
- modulo 3** - Prevenire il disagio – Sostegno a progetti svolti dai docenti
- modulo 4** - Progetto HPS – Fumo "Scuola libera dal fumo"
- modulo 5** - Progetto "Prevenire il maltrattamento e l'abuso"
- modulo 6** - Orientamento all'uso dei servizi consultoriali per adolescenti
- modulo 7** - Promuovere la gestione dell'handicap a scuola
- modulo 8** - Progetto "Il veterinario per la salute"

SCUOLE MEDIE SUPERIORI

- modulo 9** - Progetto Territorio Alimentazione Salute: incontri con studenti
- modulo 10** - Progetto CIC: promuovere i Life Skill a scuola
- modulo 11** - Progetto CIC: formazione tra pari su Dipendenze - Sessualità
- modulo 12** - Progetto CIC: orientamento all'uso dei servizi consultoriali per adolescenti
- modulo 13** - Progetto CIC: sportello ascolto intrascolastico

⇒ Segue da pag. 21

modulo 14 - Progetto "Al 34": Gruppo di Auto Mutuo aiuto per adolescenti

modulo 15 - Promuovere la cultura della donazione

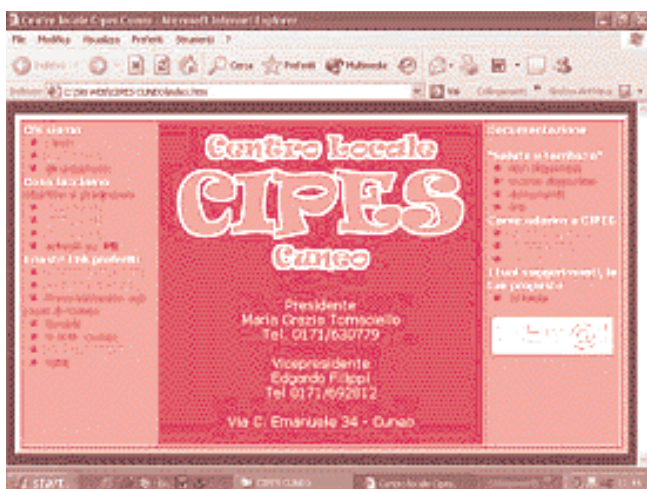
modulo 16 - Contrastare lo stigma della follia

Particolare rilevanza assume quest'anno lo sviluppo del progetto Alimentazione, che sarà riaccompagnato sia al progetto provinciale interistituzionale "Territorio, Alimentazione, salute" sia al progetto "Portale Scuola" della Regione Piemonte.

Significativo rilievo assume anche l'impegno della Asl nello sviluppo del progetto "Prevenzione del maltrattamento e dell'abuso", che tende a consolidare un raccordo permanente con il mondo della scuola nell'ambito della operatività della Equipe multidisciplinare Abuso, costituitasi lo scorso anno.

Infine, la Asl 15 anche per questo anno continua a porre una attenzione particolare al mondo degli adolescenti, concentrandosi in modo costante e articolato nelle scuole medie superiori, per rendere concreti gli obiettivi del progetto CIC: sostenere i giovani in percorsi di sensibilizzazione ai servizi, di formazione tra pari, di ascolto e consulenza sia in ambito scolastico che in ambito extrascolastico.

Articolo a cura di Maria Grazia Tomaciello



Visitate il sito del Cipes di Cuneo
<http://web.tiscali.it/cipescuneo>

Comportamento dei Medici di Medicina Generale nei confronti dei mezzi di trasporto

Progetto promosso da ISDE Italia e FIMMG in occasione della Giornata Internazionale del Medico per l'Ambiente, 25 novembre 2002

Con questo articolo la sezione ISDE di Cuneo e la CIPES Centro Locale di Cuneo, nel ritenere la iniziativa una importante opportunità di confronto e dialogo per promuovere salute insieme ai medici di famiglia, propone il testo che è stato elaborato dall' ISDE- Italia e dalla FIMMG insieme al questionario rivolto ai MMG. In entrambi questi documenti infatti si ritrovano gli orientamenti strategici e gli obiettivi cui fanno attualmente riferimento sia il programma Promozione Salute della Regione Piemonte

(PSP) sia il Progetto della Rete Piemontese delle Città Sane.

Importante dunque sarà saper trovare i possibili punti di raccordo tra queste diverse azioni, in modo da poterle tradurre localmente in programmi fondati su sinergie e alleanze per la salute del territorio e dei cittadini.

IL DOCUMENTO ISDE ITALIA – FIMMG

Gli effetti del trasporto

Le politiche del trasporto hanno molteplici effetti, che non dovrebbero essere affrontati separatamente: inquinamento atmosferico, rumore, attività fisica, incidenti stradali, effetti psicosociali, inquinamento alimentare.

L'inquinamento atmosferico urbano è associato ad importanti effetti sulla salute. In uno studio condotto nel 1998 dall'OMS Centro Europeo per l'Ambiente e la Salute, Divisione di Roma, in collaborazione con Agenzia Nazionale per la Protezione dell'Ambiente, nelle otto maggiori città italiane, i danni sulla salute da inquinamento atmosferico sono stati stimati complessivamente in 3500 decessi, 1900 ricoveri per disturbi respiratori, 2700 ricoveri per disturbi cardiovascolari, e nei bambini 31.500 casi di bronchite acuta e 30.000 casi di attacchi di asma.

Altre indagini dimostrano un aumento di leucemie in bambini che vivono in zone con molto traffico.

I rumori che superano i 55 decibel sono correlati a disturbi del sonno e della comunicazione e possono interferire con la capacità di concentrazione.

L'obesità e il sovrappeso sono in aumento, siamo sempre più disabituati ad andare a piedi o in bicicletta: stili di vita che possono dimezzare il rischio di malattie cardiovascolari.

Durante l'estate, a causa dello smog, i nostri bambini, devono rimanere in casa con danno allo sviluppo psicosociale, mentre le auto circolano liberamente.

Nei paesi europei gli incidenti stradali rappresentano la prima causa di morte tra i 15 e i 35 anni.

Il ruolo del medico

L'inquinamento atmosferico da traffico è quasi emergenza quotidiana nelle nostre città. Gli incidenti stradali, soprattutto per la popolazione sotto i 50 anni, sono una causa di morte notevole e sempre in crescita, con enormi conseguenze socio-sanitarie. E' d'altra parte indubbio ormai che molte lesioni da incidenti potrebbero essere prevenute sia dall'uso delle cinture di sicurezza, sia dall'uso più limitato dell'auto, spesso sostituibile da mezzi di trasporto alternativi come la bicicletta in città pianeggianti o il treno per la percorrenza di tratte extra-urbane.

I medici considerano il loro ruolo professionale in genere lontano da qualsiasi responsabilità in tema di incidenti e di inquinamento atmosferico. Certo le cause sono spesso extra-cliniche, ma non si può negare che il medico possa dare utili consigli e possa rappresentare un esempio di comportamento. Per questo motivo l'Associazione Medici per l'Ambiente e le Associazioni di Medicina Generale hanno approntato un questionario per indagare meglio abitudini personali e professionali dei medici in questo delicato settore al fine di ridurre la mortalità e morbosità evitabile da traffico.

IL PROGETTO SU COMPORTAMENTO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE NEI CONFRONTI DEI MEZZI DI TRASPORTO

(Questionario per i medici di famiglia elaborato da Del Zotti F, Blengio GS, Romizi R.)

Gli incidenti da traffico sono un'importante causa in crescita di morte soprattutto per le fasce di età sotto i 50 anni, con enormi conseguenze familiari e sociali. D'altra parte è indubbio ormai - dati alla mano - che molti incidenti con feriti potrebbero essere prevenuti sia dall'uso in auto delle cinture di sicurezza, sia dall'uso più limitato dell'auto stessa in certi contesti, ad esempio con mezzi di trasporto alternativi in città pianeggianti o per la percorrenza di tratte extra-urbane.

I Medici di Medicina Generale (MMG) considerano il loro ruolo professionale in genere lontano da qualsiasi responsabilità in tema di incidenti. Certo le cause sono spesso extra-cliniche, ma non si può negare che il MMG sia anche medico della persona oltre che clinico. Con il seguente questionario vogliamo indagare meglio abitudini e credenze personali e professionali dei MMG italiani in questo delicato settore. Il vostro contributo potrà servirvi a presentare meglio seminari ed iniziative nel settore.

IL QUESTIONARIO (anonimo)

Classe di età: a) Meno di 40 anni b) da 41 anni a 55 anni c) più di 55

Sesso: M F

Grandezza comune di residenza: a) >5000 ab. b) da 5 mila a 20000; c) da 20 mila a 100 mila; d) >100 mila

Tipo orografico del comune in cui lavori: a) zona montana; b) pianeggiante; c) collinare

Classe numero pazienti: a) meno di 500; b) da 500 a 1000; c) più di mille

Sezione I - Proprietà dei diversi mezzi

Auto

- 1) Quante auto possiedi? a) 1 b) 2 c) >2
- 2) Quale è la cilindrata massima tra quella delle tue auto?
.....

Bicicletta

- 1) Possiedi una o più bicicletta personali? a) sì b) no
- 2) Se sì, puoi indicare il numero delle bicicletta da te adoperate: a) 1 b) 2 c) >2

Motocicli

- 1) Possiedi una moto personale? a) sì b) no
- 2) Se sì puoi indicare la cilindrata:

Sezione II - Uso dei diversi mezzi: bicicletta, moto, auto, treno

1) Qual è il mezzo di trasporto che usi di più durante le ore di lavoro come MMG? (una sola risposta)
a) auto b) moto c) bicicletta

2) Durante le ore di reperibilità e condizioni meteorologiche permettendo (per recarsi all'ambulatorio o per le visite domiciliari) usi la bicicletta?
a) mai b) qualche volta c) spesso

2) Quando ti rechi a Congressi Professionali o Sindacali in sedi per distanze maggiore di 60 km adoperi il treno?
a) mai b) raramente c) spesso d) molto spesso

4) Hai figli in età scolare che almeno qualche volta accompagni a scuola?
a) sì b) no

Se si rispondi alla 5-6 e 7. Se no vai alla sezione III.

5) Quanto disti dalla Scuola dei tuoi figli

a) meno di 1 Km ; b) da 1 a 5 km; c) oltre 5 KM

6)Accompagni a piedi il tuo/i tuoi figli ?

a) mai b) raramente c) spesso d) molto spesso

7) Accompagni in bicicletta il tuo/i tuoi bimbi?

a) mai b) raramente c) spesso d) molto spesso

Sezione III - Uso extra-professionale della bicicletta

1) Usi la bicicletta per scopi sportivi (almeno 30 km nel weekend)? a) sì b) no

2) Al di là dell'uso sportivo, nel tuo paese/città adoperi la bicicletta per

uso personale e ricreativo? a) quasi mai b) qualche volta c) spesso d) molto spesso

Sezione IV - Uso delle cinture di sicurezza

1) In città usi le cinture di sicurezza? a) mai o quasi mai a) qualche volta c) spesso d) sempre

2) Fuori città usi le cinture di sicurezza? a) mai o quasi mai b) qualche volta c) spesso d) sempre

Sezione V - Informazioni ai pazienti

1) Ti capita di informare i tuoi pazienti sui rischi dell'uso dell'automobile?

a) mai o quasi mai b) qualche volta c) spesso d) sempre

2) Raccomandi ai tuoi pazienti l'utilizzo della bicicletta come mezzo 'sano' ed 'ecologico'? a) mai o quasi mai b) qualche volta c) spesso d) sempre

3) Ti capita di consigliare l'uso delle cinture di sicurezza ai tuoi pazienti?

a) mai o quasi mai b) qualche volta c) spesso d) sempre

4) Informi i tuoi pazienti riguardo ai benefici in termini di salute (esercizio fisico) dell'uso della bicicletta? a) mai o quasi mai b) qualche volta c) spesso d) sempre

5) Secondo te è difficile parlare di mobilità e mezzi di trasporto ai pazienti?

a) sì b) no 6) Se sì, quali potrebbero essere i motivi? (scegli una sola risposta) a) non ho tempo b) è fuori dai miei compiti

c) è un po' invadente d) non trovo modo di parlarne

7) Quali potrebbero essere i momenti più idonei per un medico di famiglia per parlarne? (Dare un punteggio da 4 - massima possibilità - a 1 - minima possibilità)

a) Alla richiesta di certificati di attività sportiva non agonistica: _____

b) Alla richiesta "Dottore, mi scriva tutte le analisi": _____

d) Discutendo di un incidente subito dal paziente o da familiari: _____

e) Parlando di problemi familiari e/o lavorativi: _____

Sezione VI - Conoscenza e valutazione dei rischi da traffico

1) Sai dire qual è il rapporto tra morti da traffico fuori città ed in città?

a) da 15 a 40 volte b) da 2 a 10 volte c) pressappoco uguale d) circa la metà e) circa un quarto

3) Qual è il rapporto tra morti da auto e morti da treno (per km percorsi)? (Scegli 1 sola risposta).

a) 30 a 1 b) 10 a 1 c) 3 a 1 d) 2 a 1

3) Sei mai stato coinvolto in incidenti stradali di una certa gravità?

a) sì b) no c) preferisco non rispondere

Commenti liberi su tue sensazioni, abitudini, ruolo, ecc:

Articolo a cura di M.Grazia Tomaciello e Gianfranco Porcile - ISDE Cuneo

Cipes Campania

Convegno e assemblea soci

Il 25 giugno 2002 si è tenuto nella sala S.Chiera di Napoli il primo convegno della Cipes campana: un primo passo nella definizione dello stato dell'arte della promozione di salute nella nostra regione con il contributo di autorevoli esponenti del mondo della sanità, della giustizia minorile, della scuola. Sono intervenuti infatti, il dott. Sante Bajardi, presidente della Cipes Piemonte, il dott. Paolo Giannino, presidente del tribunale dei minori di Salerno, il dott. Vincenzo di Nardi, referente per l'educazione alla salute del Provveditorato agli Studi di Salerno. L'apertura dei lavori è stata affidata alle sempre efficaci e chiare parole del nostro presidente nazionale, prof. Lamberto Briziarelli.

Nel corso del convegno si è dato spazio alle esperienze dirette in promozione di salute di alcuni operatori. Abbiamo ascoltato i contributi molto significativi relativi ad attività svolte nella scuola rispetto a campagne di educazione alimentare, di esperienze fatte nell'ambito della sanità

pubblica per la tutela dei consumatori, di attività volte alla tutela della salute della donna in un contesto sociale di particolare degrado quale la periferia napoletana.

Un particolare spunto di riflessione è venuto dalle esperienze di promozione di salute rispetto alle popolazioni immigrate; è stato affrontato il tema della salute sia nei loro luoghi di provenienza (in tal senso l'intervento del presidente di Medici senza Frontiere), che nell'ambito delle realtà di accoglienza.

Alla conclusione dei lavori del convegno è seguita l'assemblea dei soci nell'ambito della quale è stata, tra l'altro, ratificata la nomina del presidente. Sono state discusse ed approvate le linee programmatiche dell'associazione che hanno portato alla definizione di tre macroobiettivi: la divulgazione della cultura della salute dal mondo sanitario agli altri settori della società civile, la creazione di alleanze con organizzazioni già impegnate nella tutela della salute, il supporto agli operatori sanitari e non rispetto alla metodologia ed agli strumenti della progettualità nella promozione di salute. L'assemblea si è sciolta con l'impegno di un nuovo incontro per la definizione delle proposte attuative degli obiettivi definiti.

Il Presidente - Fiorella Coppola

POLITICHE E STRATEGIE PER GLI ANZIANI E I DISABILI

CONVEGNO REGIONALE

24 GENNAIO 2003

CENTRO INCONTRI DELLA REGIONE PIEMONTE - CORSO STATI UNITI 23

Presentazione

A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, si osserva un progressivo miglioramento della qualità di vita fisica degli anziani e una riduzione della disabilità, cui non si accompagna sempre un miglioramento della salute sociale per il persistere di atteggiamenti che talora emarginano l'anziano visto come oggetto di cure più che come soggetto portatore di risorse per la società.

Lo stesso avviene per i disabili il cui valore positivo non è sempre considerato. In un caso e nell'altro occorre porre adeguata attenzione alla centralità della persona e alla necessità di presentare all'anziano e al disabile varie opzioni per il soddisfacimento dei suoi bisogni e la realizzazione dei suoi desideri, lasciando però a lui la scelta, tenendo ovviamente conto delle risorse disponibili, della sostenibilità delle azioni e del bene comune.

Il Convegno si propone di analizzare la situazione delle persone anziane e disabili in base alle più recenti acquisizioni, di discutere le motivazioni che portano a determinate scelte

quale quella dell'istituzionalizzazione che spesso non rispondono ai desideri della persona, le risorse umane ed economiche che sono presenti nella comunità e i costi delle varie soluzioni proposte al fine di condurre a scelte con rapporto costo/benefici vantaggioso per la società e che producano un effettivo guadagno di salute.

Le riflessioni sono guidate dal cammino che è stato fatto in questi anni.

- Per le politiche sociali: dalle istituzioni caritative dell'800 alla Legge Crispi sull'assistenza pubblica alla legge 328 sul riordino dei servizi sociali
- Per la Sanità: dalla cura delle malattie alla lotta ai determinanti della cattiva salute
- Per il Comune: dalla tutela, nel medioevo, degli interessi dei cittadini, alla promozione, oggi, della loro dignità
- Per il CIPES: dall'educazione sanitaria alla promozione del benessere della persona
- Per Videoscienza: dall'interesse personale al partenariato con le Istituzioni pubbliche per l'interesse di tutta la comunità.

9,00 - Saluti delle Autorità: Le politiche della Regione Piemonte e di Torino per gli anziani e i disabili

Moderatore: Dr. Bruno Manzone – Videoscienza

9,30 - Dr. Sergio Di Giacomo: Dalla Carta di Madrid al Documento di Berlino – perché l'anziano sia una risorsa e non un carico per la società

9,45 - Dr.ssa Raffaella Vitale: Lavorare oggi per l'anziano di domani – Prevenzione, promozione, stili di vita: il ruolo della Sanità, partner-protagonista per le politiche sociali

10,00 - Ing. Ruggero Teppa: Strutture residenziali per gli anziani: efficienza, qualità, trasparenza

10,15 - Prof. Luigi Resegotti: Bisogni, desideri, motivazioni, risorse e costi – I doveri di ciascuno per garantire i diritti di tutti.

10,30 - Discussione generale

11,00 - Coffee Break

11,15 - Dr.ssa Domenica Genisio: Dall'assistenza ai disabili alla parità di diritti per i disabili

11,30 - Dr.ssa Monica Lo Cascio: Una Città accogliente che conosce i bisogni di ciascuno

11,45 - Dr. William Liboni: Privato sociale e cooperazione – Dare significato alla propria vita dando significato a quella degli altri

12,00 - Dr. Ciriaco Ferro: Promozione del benessere di tutti i cittadini come mission della Regione Piemonte

12,15 - Discussione generale

12,45 - Conclusioni

In occasione dell'anno dei disabili il Convegno è indirizzato ai Direttori Generali delle ASL, ai Sindaci dei Comuni Piemontesi, ai Presidenti e ai Direttori dei Consorzi, alle Organizzazioni di Volontariato, alle IPAB, alla cooperazione sociale e a tutti i cittadini che hanno a cuore il benessere di tutti