

Verbale della Riunione dei Comitato Provinciali di CIPES Piemonte Del 12 dicembre 2007

La riunione dei Comitati Provinciale di CIPES Piemonte è stata convocata per il giorno **mercoledì 12 dicembre, alle ore 10**, presso la nostra sede di Via S. Agostino 20, Torino

- per esaminare come i Comitati Provinciali CIPES possono contribuire alla elaborazione sperimentale dei Profili di Salute a livello dei distretti "volenterosi";
- per esaminare le prime proposte di aggiornamento dello statuto sociale in connessione alla presenza dei Comitati provinciali CIPES.

Sono presenti:

Bajardi Sante, Chinello Mario, Bottasso Franco, Barozzino Gelsomina, Dalmasso Mauro, Romano Giovanni, Faudon Alex, Vescovi Walter, Coue Nathalie, Carzana Mario, Olmi Franca, Barcucci Paolo, Basili Elsa, Sturlese Ugo, Piliago Aldo, Ardizio Claudio, Rivetti Daniela, Allocco Marisa, Palumbo Paola, Clarici Laura, Sacco, Coffano M. Elena, Cravero Tommaso, Marescotti Giuseppe, Resegotti Luigi, Signore Giuseppe, Tomaciello M. Grazia, Mingrone Domenico, Bajardi Marco, Auddino Rosa.

Alle ore 10,00 si procede all'esame dei punti all'Ordine del Giorno

Comunicazioni del Presidente:

Sperimentazione per la elaborazione dei Profili di Salute

1 Riprendiamo oggi il discorso iniziato il 29 marzo 2007 con **l'invito ai comuni capoluogo di distretto a manifestare il proprio interesse a partecipare alla sperimentazione nella elaborazione dei profili i salute. Hanno risposto 22 comuni.**

Da allora siamo stati presenti anche in molte altre località e forse numerosi altri comuni si sarebbero aggiunti se non avessimo posto un limite, doveroso in qualsiasi sperimentazione. Questo era il primo obiettivo.

2 Il secondo obiettivo era la **prosecuzione del lavoro allora presentato di una banca dati facilmente accessibile a tutti, amministratori e cittadini, capace di restituire le informazioni "non sensibili" esistenti nei vari livelli della pubblica amministrazione ed aventi la "granularità" comunale.** Il programma che oggi sarà presentato dal CSI - Rete per la Salute - organizza il principio di permettere il confronto del dato locale (comune o distretto), articolato nelle annualità esistenti e da aggiornare in continuità, con le altre realtà territoriali esistenti in Piemonte (ASL, Province, Comunità montane, aree industriali, ...). Sono uso a dire che qualsiasi dato, connesso e derivato dalla concreta gestione di una politica e articolato nel tempo e nello spazio è il punto di partenza di qualsiasi processo di valutazione e utile per le successive decisioni, ovviamente accompagnate dalla verifica confronto con la società nelle forme localmente consolidate.

3 La Regione aveva **assunto l'impegno di aiutare - sostenere questo processo con la messa a disposizione dei Comuni capoluogo di distretto di risorse, assegnate alle ASL con destinazione vincolata, per avviare questa attività "localizzandola" al massimo.**

Si era ipotizzato di dare vita ad una sorta di **"laboratorio della salute"**, un momento di incontro e di lavoro/riflessione comune per recuperare il massimo di conoscenze e competenze e della loro valutazione delle informazioni provenienti dalla Rete per la Salute. Un lavoro in "progres", in evoluzione continua, ma capace di fissare momenti di riflessione, capace di fare il punto su singoli aspetti. Non sono di certo cose "nuove" ma oggi hanno il ruolo di collegare le politiche locali alla salute e ad una "autorità" insufficientemente valorizzata: il Sindaco od il collegio dei sindaci di distretto.

La Regione ha nel frattempo svolto un lavoro di **formazione di "facilitatori"**, personale delle ASL che sarà chiamato ad aiutare i Comitati di distretto ad assolvere ai compiti

fissati dalla legge. Non dobbiamo ignorare che il termine PePS individua due distinte fasi: la elaborazione dei Profili di Salute e dei successivi Piani di Salute. La legge prevede la messa a disposizione di "Linee Guida" Il lavoro sperimentale che stiamo avviando si pone anche l'obiettivo di trarre dalla pratica di sperimentazione utili indicazioni per la stesura delle linee guida che saranno vincolanti per tutti i Comitati di Sindaci di distretto.

L'ARESS ha inoltre avviato in questi giorni un ciclo di **incontri con i Sindaci** per informare sulle nuove competenze e responsabilità previste dalla legge di piano.

4 Prendiamo atto della avvenuta approvazione a fine luglio 2007 della legge di piano ed a novembre del documento di piano la cui pubblicazione è in corso.

Mi interessa evidenziare uno scadenziario possibile:

- i comuni interessati possono richiedere di fare parte di ASL diversa da quella provinciale o sub provinciale;
- le ASL definiranno l'assetto distrettuale;
- si costituiranno le Associazioni di comuni di distretto che nella più parte dei casi non sono mai stati formalmente costituiti;
- le associazioni di distretto si daranno le regole di attività;
- le linee guida permetteranno l'inizio formale della attività.

L'adempimento di questa successione di scadenze comporterà tempi diversi nelle singole realtà. Potrà essere di circa un anno. Un tempo in cui la sperimentazione potrà fornirci utili indicazioni.

Le ASL sono tenute a garantire il massimo supporto tecnico e finanziario che potrà essere formalmente organizzato con atti di indirizzo da parte della Regione.

Mi preme precisare che il ruolo di CIPES Piemonte è contenuto nella fase elaborazione "Profili di Salute".

5 Ciò riepilogato mi preme sottolineare / ricordare alcuni aspetti di ordine più generale.

Noi utilizziamo come **indicatore di salute** il dato degli **anni di speranza di vita alla nascita**, derivato di una formula che analizza i decessi per ogni coorte di età.

E' un dato che ha avuto grandi modificazioni negli anni di pace, successivi alla seconda guerra mondiale. Si è passati dai 60 agli 80 anni nella speranza di vita. Hanno giocato un grande ruolo le conquiste della medicina, i vaccini, la vittoria su epidemie, su malattie quali la tubercolosi in un intreccio con conquiste sociali storiche quali pensioni, servizio sanitario universale e gratuito, una casa migliore, le conquiste della democrazia e della partecipazione. Ora i ritmi si sono rallentati ed emergono anche le contraddizioni dello sviluppo (ambiente, risorse energetiche, consumismo, sicurezza alimenti, ...) ed il persistere o il riaffiorare di disuguaglianze con effetti sulla salute. Il peso specifico della sanità sulla salute si è ridotto ed è cresciuto il danno di stili di vita scorretti e di politiche non sempre rispettose della salute.

Devo dire che esistono anche altri indicatori più raffinati e/o più complessi quali ad esempio **l'Indice di sviluppo umano - ISU**, che tiene conto della speranza di vita ma anche del livello di alfabetizzazione, del PIL per abitante.

Altri indicatori considerano le spese per abitante per la salute, il n°. dei medici ogni mille abitante, la percentuale della popolazione che ha accesso all'acqua, la disponibilità di calorie per abitante/giorno, la percentuale di malati di AIDS nella fascia di età 4-59 anni, ...

Tra gli indicatori alternativi ricordo la **FIL - Felicità Interna Lorda**, con evidente ammiccamento al PIL, che è utilizzato nel mondo Asiatico; il **GPI - Genuine Progress Indicator** che si pone l'obiettivo di misurare l'aumento della qualità della vita di una nazione.

Vorrei infine dire che il PIL nominale può essere diversamente valutato da Enti quali il Fondo Monetario Internazionale, la Banca Mondiale od anche la CIA.

Ho voluto fare questi sommari riferimenti per sottolineare che il giudizio sui livelli di salute considera anche delle informazioni derivate dal funzionamento dei servizi sanitari ma che sempre più come ci indica l'OMS con Salute 21, chiama in causa politiche e stili di vita che oggi hanno incidenza di oltre il 70% sui livelli di salute. Da qui deriva la scelta di piano che distingue tra sanità e salute ed individua nei comuni associati a livello di distretto lo strumento per l'avvio di una fase nuova e di lungo periodo.

6 Ciò detto vorrei richiamare la vostra attenzione su alcuni dati relativi al 2006 (ma non solo) nella speranza di vita alla nascita :

- **a livello mondiale** l'Italia rispetto ai 217 paesi censiti occupa il **17 posto** nella graduatoria con anni 79,94. , Stati Uniti al 43 posto con 78,00 anni.

- **nella europa continentale** (48 paesi censiti) l'Italia occupa l' **8 posto**. Ci precedono Andorra anni 83,52; San Marino 81,8 ; Svezia 80,63 ; Svizzera 80,62 ; Francia 80, 59 ; Guernsey 80,53 ; Islanda 80,43 ; **Italia anni 79,94**. seguono: Spagna 19 posto con 79,78, Germania 32 posto con 78,95, Gran Bretagna 36 posto con 78,7
Ultimi : Ucraina 67,88 ; Russia 65,87

- **in Italia** 2006 anni 83,9 per le donne, 78,3 per gli uomini,
nel 1999 anni 82,96 per le donne, 77,10 per gli uomini
in sei anni l'aspettativa di vita è cresciuta di 1 anno o poco più

- **Piemonte** 2006 anni 83,6 per le donne, 77,9 per gli uomini
nel 1999 anni 81,8 per le donne, 75,6 per gli uomini
in sei anni per le donne 1,8 anni in più, per gli uomini 2,3 anni in più
Ma attenti e prudenti nel giudizio sui dati

Ho presentato questi dati (che avete a vostre mani nella loro interezza) per fare alcune considerazioni:

- qualsiasi attività è indispensabile **possa essere misurata**, bisogna attrezzarsi affinché ciò sia possibile per sfuggire al soggettivismo acritico;
- solo in casi particolari i dati hanno un carattere assoluto o definitivo. **Nella maggioranza dei casi il dato ha un carattere relativo e per valutarlo bisogna poterlo considerare nella sua evoluzione temporale e spaziale**. Da queste diversità **emerge uno stimolo al processo di valutazione, la ricerca delle cause alla base delle diversità, la identificazione dei rimedi e dei loro costi, la individuazione delle priorità;**
- però attenti: il dato medio nasconde la media dei polli di Renzo nel Manzoni. Il confronto del dato di settore con i dati di altri settori (istruzione, livelli di reddito, ...) fanno emergere differenze da ridurre/eliminare. **Equità nella salute vuol dire accrescere per tutti la speranza di vita;**
- in questo contesto si afferma **il ruolo della politica, del confronto con la società, della decisione nelle varie sedi istituzionali** come risposta più corretta o meno errata ad un bisogno collettivo. La pratica ci dimostrerà la bontà di quella "buona pratica" che abbiamo perseguito e se non sarà tale come speravamo, adottare i correttivi;

Questa è la filosofia che sta alla base **del processo** proposto di elaborazione del Profilo di salute come premessa di Piani di Salute intersettoriali ed interistituzionali.

Il Presidente passa la parola a Walter Vescovi, rappresentante e responsabile del gruppo di lavoro del Cipes per la rete della salute e i laboratori per la salute che illustra la sua relazione (allegato 2).

Interventi:

Bajardi S.- la chiave di lettura dei lavori avviati è a più livelli, si discute senza avere dei documenti, senza l'approfondimento di singole cose e non derivate dalle attività formali scelte dai vari territori. Dobbiamo portarci avanti sul cammino e non attendere che ci vengano imposte delle linee guida a tavolino. Crescere insieme, mettere ordine nel lavoro svolto e da qui creare le linee guida per poter concludere qualche cosa.

Sturlese – parte da quello che si è discusso al Convegno di Federsanità sugli incidenti sul lavoro, bisogna riflettere sulla perdita della cultura sindacale e del controllo della salute da parte dei lavoratori negli ambienti di lavoro, dei pericoli che oggi sono presenti nelle fabbriche. Il modello di impostazioni degli anni 70 si dovrebbe trasferire a livello di profili e piani di salute inteso come luogo di lavoro. Partendo dalle problematiche e dalle esigenze di salute, che in un territorio si manifestano nei cittadini. Cercare segnali chiari da parte delle amministrazioni regionali, per poter di conseguenza dare segnali chiari ed espliciti ai cittadini. Come riuscire a coinvolgere i cittadini competenti al di là delle istituzioni, creare un processo dialettico che vede non linee guida ma il confronto con i cittadini da considerare indispensabile come elemento significativo di questo piano.

Chinello – credo che si possa prendere per buono tutto quello che è stato detto fino ad ora. Come Cipes dobbiamo spingere gli altri, noi che siamo in veste di amministratori, quindi abbiamo la possibilità di dare la spinta. Creare dei percorsi veloci nell'ambito territoriale, passare alle azioni con metodi operativi e relativi supporti. Sollecitare i 22 Distretti con delle linee guida di base comuni a tutti e aventi come indicazioni la somma dei lavori svolti. Agire in tempi rapidi, possibilmente dopo l'arrivo della lettera da parte dell'Assessore regionale solo

allora possiamo intervenire. La nostra presenza è importante per dare supporto, dobbiamo entrare attraverso forme comparate, coinvolgere le associazioni, sensibilizzare gli amministratori. Ripeto in tempi rapidi.

Ardizio – pone l'attenzione sul fatto che gli indicatori sono 31.

C'è da avviare il percorso di formazione ad Arona, ma solo dopo l'arrivo della lettera da parte dell'assessorato, soltanto però se si ha l'autorizzazione dei sindaci. Dobbiamo però, prima di tutto, imparare noi ad usare la rete per la salute.

Altri suggerimenti per il CSI : integrare i dati sulle case popolari , agire sulle fasce deboli.

Bajardi M. –portare queste discussioni nelle scuole perchè è un problema culturale.

Olmi F. – oltre le scuole tentare di coinvolgere altri organi, ad esempio noi abbiamo coinvolto il Coni provinciale.

Bajardi – gli stili di vita si acquisiscono negli asili nidi e nelle scuole materne. Il punto focale non è la scuola in genere ma le scuole materne di cui la responsabilità spetta ai comuni. Gruppo di lavoro da costituire con gli esperti dei settori, fuori dal servizio Sanitario per non discutere nell'ottica della sanità. Autonomia.

Resegotti – rileva che c'è poco coinvolgimento delle scuole. Per alcuni aspetti sarebbe importante usare la scuola come indicatore. Far passare le richieste tramite i bambini per coinvolgere le famiglie. La sensibilità dei bambini è un aspetto importante. Se si riuscisse a coinvolgere le scuole si valorizzerebbero queste informazioni.

Romano – si conviene che si deve fare di più e più in fretta, accelerare i processi, incrementare la qualità degli indicatori, sia come metodo che come contenuti. In rete, troverete i miglioramenti che abbiamo già apportato.

Passa la parola al suo collaboratore Alex Faudon per presentare lo stato dell'arte della rete.

Faudon – espone attraverso delle diapositive il livello a cui sono arrivati .

C'è una maggiore funzionalità, la rete è resa più flessibile grazie ai miglioramenti suggeriteci dalla dot.ssa Rivetti. Gli indicatori si aggiungono in base alle esigenze che il gruppo di lavoro ci propone.

Bottasso – comunica che stanno arrivando le adesioni degli assessorati che hanno ricevuto la lettera della Presidente Presso per costituire il gruppo di lavoro interassessorile che rappresenta, in modo strutturale, quello che è la più volte metodologicamente reclamata esigenza assoluta di multi-intersectorialità. Non sa dire ancora quanti assessori hanno risposto, comunque lo verificherà oggi pomeriggio. Sono già pronti altri due provvedimenti, questi a firma molto probabilmente, del solo Direttore regionale Demicheli che costituirà: il primo formalizzerà il gruppo dei segnalati che comincerà a lavorare e qui nasce subito il problema specialisti e non specialisti, il secondo quello chiamato il costituendo gruppo degli ermenenti, cioè quelli che fanno le interpretazioni. Informa poi su un corso di formazione per operatori interni chiamato in modo ben augurante dei "facilitatori". Insiste poi sulla multisettorialità e intersectorialità che è stata istituzionalmente acquisita con vari provvedimenti che costituiranno la prosecuzione del lavoro e che sono in via di formalizzazione.

Le linee guida dovranno essere fatte sulla sperimentazione vera, evitando le reciproche invasioni di campo, i tentativi fatali degli operatori, siano essi epidemiologi o promotori della salute o capi di distretto o altro. La tendenza a sentirsi titolari di qualsiasi espressione che assomigli al profilo è alta, non bisogna nasconderselo.

Bajardi – un ringraziamento a Franco Bottasso, ricorda che la nostra attività è limitata, non entriamo negli aspetti decisionali della ASL. E' tutto competenza di più Enti. Ricorda che l'ARESS sta svolgendo degli incontri con i sindaci e che noi, come Cipes siamo presenti in tutte queste riunioni. Spera di avere già in giornata delle risposte da parte degli assessorati. Ricorda che per Torino città l'organizzazione è differente.

Per quanto riguarda il secondo punto all'Ordine del Giorno "proposte di aggiornamento dello Statuto", sarà discusso in altra data, sarete contattati dal vicepresidente T. Cravero per fissare nuova data.

Ringrazia ancora tutti i presenti e chiude la riunione alle ore 12,45

Il Presidente
Sante Bajardi

Il segretario verbalizzante
Rosy Auddino