TAXE PERCUE
TASSA RISCOSSA
TORINO CMP

Poste Italiane s.p.a.
Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n°46)
art.1, comma 2, DCB Torino

anno 16 / n. 4
Settembre - Dicembre 2010

Promozione Salute

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

1990 2010

CIPES ha 20 anni!

2010

Salute in tutte le politiche
Bruxelles 2007

Salute 21 - OMS
Milano 1999

Carta di Ottawa
1986

Dichiarazione di Alma Ata
1978

Sembra ieri...
ma pensiamo
al domani

A pagina 50 la storia del CIPES

IN CASO DI MANCATO RECAPITO INVIARE AL CMP/CPO DI TORINO NORD PER LA RESTITUZIONE AL MITTENTE PREVIO PAGAMENTO RESI.

CRIMINALI MA SANI

Una ricerca australiana ha studiato 1045 persone, scoprendo che la gran parte di loro si sentiva meglio dopo aver compiuto atti considerati riprovevoli. Il 59% di loro ha dimostrato una notevole riduzione dello stress e il 57% si è detto più felice dopo aver trasgredito. Mentre il 56% ha affermato di sentirsi più giovane e il 24% di sentirsi sano, un 38% ha detto di aver bisogno di essere "cattivo" per far fronte alla attuale situazione economica mondiale.

L'indagine elenca anche le cose "cattive" che ci farebbero sentire meglio: comprare qualcosa di inutile e costoso; saltare il lavoro dandosi malati; non pulire la casa; utilizzare Internet sul posto di lavoro per motivi personali; mangiare ad un fast food; inventarsi una scusa per non andare in palestra; flirtare con il/la partner di un amico; saltare una coda; parcheggiare dove non si può; spendere i risparmi per i bambini; guardare un reality show (da staibene.it).

Ma allora quelli che prendono tangenti dalle industrie farmaceutiche, raccontano luoghi comuni sugli ebrei, spacciano subprime o bond argentini a risparmiatori pollastri, vendono falsi permesso di soggiorno agli extracomunitari come si sentono?

Magnificamente bene, non ci sono dubbi.

E allora non perdiamo altro tempo.

Introduciamo a scuola dei corsi appropriati.

Gli studenti falsificano le firme dei genitori sul libretto delle assenze? Roba vecchia. Insegniamo loro a falsificarla sul libretto degli assegni.

Come borseggiare una pensionata all'uscita dell'Ufficio postale potrebbe essere poi il secondo step.

Per finire con un test all'esame di stato per vedere se si è in grado di far fallire una grande industria alimentare, rimanendo ricchi, e non facendo trovare alla Guardia di Finanza le opere d'arte nascoste come è successo a quell'infelice di Callisto Tanzi.

E' vero saremo così una nazione di delinquenti ma felici e e soprattutto sani.

Claudio Mellana

Promozione Salute
Anno 16 - n°4 settembre-dicembre 2010

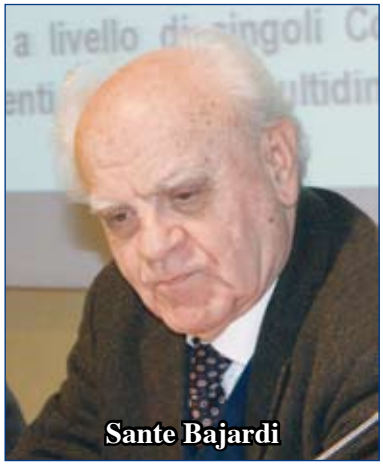
Notiziario bimestrale del CIPES Piemonte - Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria Registrazione del Tribunale di Torino N°4686 del 3/9/1994
Sede: CIPES Piemonte, Via S. Agostino 20, 10122 TORINO,
tel. 011/4310.762 - fax 4310.768,
e-mail promsalute@cipespiemonte.it;
www.cipespiemonte.it - Versamenti quote adesione bollettino c/c postale: IBAN: IT51 UO76 0101 0000 0002 2635 106 ;
UniCredt Banca: IBAN: IT 48 W 02008 01109 000001692993;
Codice Fiscale 97545040012

Redazione: *Mirella CALVANO* **Direttore Responsabile**.
Sante BAJARDI **Direttore.**
Giovanna Bodrato, Cristina Agrillo, Tania Re, Laura Clarici, Elisabetta Farina, Stefania Orecchia, Michele Piccoli, Maria Grazia Tomaciello, Mariella Continisio, Gabriella Martinengo, Claudio Mellana, Silvana Mavilla, Cristina Occelli, Domenico Mingrone, Luciana Salato, Giuseppe Santagada, Guido Ziniti, Giuseppe Signore. Rosy Auddino **Segreteria**

Rubriche:
Rete HPH: Angelo PENNA, Luigi RESEGOTTI;
Scuola e salute: Guido PIRACCINI;
Ambiente e territorio: Carlo NOVARINO;
Incidenti stradali e domestici: Pino ACQUAFRESCA;
Associazioni: Silvana MAVILLA, Guido ZINITI;
Centro Documentazione: Tommaso CRAVERO, Aldo LODI
DoRS: Claudio TORTONE, Elena COFFANO;
Vita CIPES: Giuseppe SIGNORE;
Cipes Alessandria: Domenico MARCHEGIANI;
Cipes Asti: Fabrizio MANCA;
Cipes Biella: Romano FANTINI, Giovanni SERRA;
Cipes Cuneo: Maria Grazia TOMACIELLO, Ugo STURLESE;
Cipes Novara: CHINELLO Mario, Claudio ARDIZIO;
Cipes VCO: Franca OLMI, Maria Grazia ZUCCHI;
Cipes Vercelli e Valsesia: Laura SPUNTON, Aniello D'ALESSANDRO.
Vignette: Claudio MELLANA, Danilo PAPARELLI
Webmaster, Impaginazione e grafica:
Massimo MARIGHELLA, Domenico MINGRONE

Hanno inoltre collaborato a questo numero:
Franco Blezza, Walter Vescovi, Laura Marinaro, Michele Ruggiero Chiara Masia, Carmelo Rizzo, Piera Marcarino, Michele Piccoli, Fabrizio Manca, Pier Paolo Soncin, Giuseppe Santagada, Gianni Marchetto, Giovanni La Mantia, Laura Maria Forte, Mario Chinello, Claudio Rabagliati, Renato Palmiero, Barcucci Paolo, Simonetta Coldesina, Davide Cavagnero, Marco Sganzetta, Vilmo Modoni, Valerio Brescia, Luciana Salato, Franco Blezza, Luigi Garella, Marina Carrè, Gabriella Garra, Paola Conterio, Simonetta De Maria, Antonella Arras, Giuseppe Parodi, Mario Corrado, Valeria Possi, Giulio Mellana, Paola De Angelis Carlo Mastrogiacomo,
Fotografie: Archivio CIPES Piemonte
Stampa: Tipolitografia F.lli Scaravaglio & C. Torino
Tel. 011.53.63.460

INVITO AI COLLABORATORI
Le notizie, gli articoli per il prossimo numero devono pervenire entro venerdì 14 maggio 2010, anche via fax: 011.4310768
via E-Mail: promsalute@cipespiemonte.it
SONO GRADITI DISEGNI, GRAFICI E FOTO.
Info: Mimmo Mingrone 335392891


Sante Bajardi

Continuare con maggior lena

Ventennale CIPES - Torino Incontra, sabato 4 dicembre 2010

Nel prossimo novembre CIPES Piemonte compie vent'anni ed inizia una nuova fase, quella della "maturità consapevole". Ci riuniremo sabato 4 dicembre 2010 per individuare obiettivi e nuove tappe. Abbiamo fatto molta strada per passare dalla Educazione Sanitaria alla Promozione della Salute ed alla Salute in tutte le politiche. Un cammino aperto dalla carta Ottawa che è andato avanti troppo lentamente ed approdato a "Salute 21" dall'OMS Europa nel 2000 ed a "Salute in tutte le politiche" nel 2007 dall' Unione Europea. La sanità fa molto per curare i malati e siamo tra i primi in Europa ma la "promozione della Salute" ci chiama ad un salto di qualità: individuare e rimuovere le cause delle malattie quando non sono di origine genetica.
Ciò sia con comportamenti individuali responsabili sia con azioni di quanti hanno poteri decisionali sugli individui, esigendo comportamenti e decisioni coerenti con la salvaguardia della salute.

CIPES Piemonte, in accordo con il sostegno delle Istituzioni regionali, provinciali e locali, sta portando avanti un atto ulteriore. Tentare di misurare gli effetti di questo nuovo modo di agire, di individuare la bontà e l'efficacia delle buone pratiche per farle diventare momento consapevole di impegno della comunità ai vari livelli istituzionali.
Siamo in cammino. Non è cosa facile e di breve durata. Si tratta di modificare abitudini a non considerare i diritti ed i bisogni degli altri, che sono uguali a quelli di ognuno di noi.
La ricerca ci aiuterà e dovrà essere aiutata. Questa è una partita in cui ognuno di noi è protagonista e beneficiato. Per questo ritengo che la nostra azione avrà successo.
Questo numero di "Promozione Salute" è in un certo senso speciale perché tentiamo di mettere insieme tutte le esperienze per favorire una migliore conoscenza del nostro impegno, ma anche perché pensiamo e così facendo tanti altri ci affiancheranno e ci aiuteranno.

Sante Bajardi - santeba@tin.it

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per sesso e regione - Anno 2006 - 2009

REGIONI	2006				2007				2008***				2009***			
	maschi		femmine		maschi		femmine		maschi		femmine		maschi		femmine	
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
Piemonte*	78.2	17.6	83.7	21.5	78.5	17.7	84.1	21.6	78.4	17.8	83.6	21.4	78.5	17.9	83.8	21.5
Valle d'Aosta*	78.2	17.6	83.7	21.5	78.5	17.7	84.1	21.6	78.4	17.8	83.6	21.4	78.5	17.9	83.8	21.5
Lombardia	78.5	17.7	84.3	21.8	78.9	17.9	84.4	21.9	78.7	17.9	84.1	21.8	79.1	18.2	84.4	22.0
Trentino-Alto Adige	78.7	17.9	84.6	22.2	79.1	18.3	85.0	22.3	79.0	18.2	85.0	22.4	79.6	18.6	85.3	22.6
Bolzano-Bozen	*78.8*	*18.1*	*84.6*	*22.0*	*79.3*	*18.3*	*84.9*	*22.2*	*78.9*	*18.4*	*85.1*	*22.3*	*79.7*	*19.0*	*85.3*	*22.5*
Trento	*78.6*	*17.5*	*84.7*	*22.2*	*78.9*	*17.9*	*85.1*	*22.3*	*79.1*	*18.1*	*84.8*	*22.4*	*79.4*	*18.3*	*85.3*	*22.7*
Veneto	78.8	17.9	84.8	22.2	79.0	17.9	84.7	22.1	78.9	18.0	84.6	22.1	79.3	18.3	84.9	22.3
Friuli-Venezia Giulia	78.1	17.6	83.9	21.8	78.6	17.9	84.2	21.9	78.3	17.6	83.9	21.6	78.7	17.9	84.3	21.9
Liguria	78.6	17.8	83.6	21.5	78.7	17.9	84.0	21.8	78.4	18.0	83.7	21.5	78.4	17.9	83.9	21.7
Emilia-Romagna	79.1	18.2	84.4	22.0	79.3	18.3	84.5	22.0	79.0	18.4	84.1	21.9	79.3	18.6	84.3	22.0
Toscana	79.2	18.1	84.6	22.1	79.3	18.2	84.6	21.9	79.3	18.2	84.3	21.8	79.6	18.4	84.5	22.0
Umbria	79.3	18.3	84.3	22.0	79.3	18.4	84.5	22.1	79.0	18.1	84.2	21.9	79.6	18.5	84.8	22.4
Marche	79.5	18.4	85.0	22.3	79.8	18.5	85.2	22.4	79.5	18.6	84.9	22.4	79.8	18.8	85.2	22.6
Lazio	78.1	17.7	83.6	21.3	78.6	17.9	84.0	21.6	78.8	18.2	83.9	21.6	78.8	18.2	83.9	21.5
Abruzzo**	78.5	17.9	84.4	21.7	78.8	18.0	84.4	21.8	78.7	18.1	84.7	22.0	78.8	18.1	84.3	21.7
Molise**	78.5	17.9	84.4	21.7	78.8	18.0	84.4	21.8	78.7	18.1	84.7	22.0	78.8	18.1	84.3	21.7
Campania	76.9	16.9	82.5	20.4	77.0	16.9	82.4	20.3	77.2	17.0	82.7	20.4	77.5	17.2	82.8	20.5
Puglia	78.9	18.1	83.9	21.5	78.8	18.0	83.7	21.2	79.1	18.3	84.1	21.6	79.2	18.3	84.0	21.5
Basilicata	78.1	17.7	83.3	21.4	78.5	17.9	83.6	21.2	79.0	18.5	84.2	21.8	78.8	18.3	84.5	22.0
Calabria	78.6	18.0	83.9	21.5	78.6	18.1	83.7	21.3	78.8	18.2	84.0	21.4	78.8	18.2	84.0	21.5
Sicilia	78.1	17.6	82.9	20.6	78.0	17.4	82.7	20.5	78.2	17.7	83.2	20.8	78.2	17.6	83.0	20.6
Sardegna	77.9	17.9	84.5	22.0	78.3	18.1	84.2	21.7	78.5	18.4	84.4	21.8	78.3	18.3	84.5	21.9
ITALIA	*78.4*	*17.8*	*84.0*	*21.6*	*78.7*	*17.9*	*84.0*	*21.6*	*78.6*	*18.0*	*84.0*	*21.6*	*78.9*	*18.1*	*84.1*	*21.7*
Nord	*78.6*	*17.8*	*84.3*	*21.8*	*78.9*	*17.9*	*84.4*	*21.9*	*78.7*	*18.0*	*84.1*	*21.8*	*79.0*	*18.2*	*84.4*	*22.0*
Nord-ovest	*78.4*	*17.7*	*84.1*	*21.7*	*78.8*	*17.8*	*84.3*	*21.8*	*78.6*	*17.9*	*83.9*	*21.6*	*78.8*	*18.1*	*84.2*	*21.8*
Nord-est	*78.9*	*18.0*	*84.5*	*22.1*	*79.1*	*18.1*	*84.6*	*22.0*	*78.9*	*18.1*	*84.4*	*22.0*	*79.3*	*18.4*	*84.6*	*22.2*
Centro	78.8	18.0	84.2	21.8	79.1	18.1	84.4	21.8	79.1	18.2	84.2	21.8	79.3	18.4	84.3	21.9
Mezzogiorno	78.0	17.6	83.4	21.1	78.1	17.6	83.2	20.9	78.3	17.8	83.6	21.1	78.3	17.8	83.5	21.1
Sud	*78.0*	*17.6*	*83.4*	*21.1*	*78.1*	*17.6*	*83.3*	*21.0*	*78.3*	*17.8*	*83.6*	*21.2*	*78.4*	*17.8*	*83.6*	*21.1*
Isole	*78.1*	*17.7*	*83.3*	*20.9*	*78.0*	*17.6*	*83.1*	*20.8*	*78.3*	*17.8*	*83.5*	*21.1*	*78.2*	*17.8*	*83.4*	*20.9*

* Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Piemonte e Valle d'Aosta
** Il valore della speranza di vita è relativo all'insieme di Abruzzo e Molise
***Stima

Sommario

Pag. 3	Editoriale
pag. 4-5-6	Centro Europeo IUHPE-CIPES
Pag. 7-20	La Salute in tutte le politiche
Pag. 21-23	Le Reti HPH
Pag. 24-25	Scuola & Salute
Pag. 26-31	Dalle Aziende Sanitarie
Pag 32-39	Associazioni
Pag 40-41	Fitwalking - l'Arte di camminare
Pag. 42-45	Vita CIPES
Pag 46-52	Convegni - Incontri

OMS - Salute 21 - Obiettivo 14

Dato che la Salute è prima di tutto un fatto culturale è essenziale che ciascuno si senta responsabile della sua implementazione. La valutazione dell'impatto sulla salute deve perciò essere applicata ad ogni comportamento individuale, oltre che alle politiche e programmi sociale ed economico, ai progetti di sviluppo che possono avere un effetto sulla salute.

La responsabilà ricade anche sui leaders di governo che creano la politica, allocano le risorse e attivano la legislazione. Meccanismi come audits sul valore positivo della salute e non solo sulla politica sanitaria, devono garantire che sia il settore pubblico che l'industria privata rendano conto pubblicamente degli effetti sulla salute delle loro politiche e azioni.

I Paesi dovrebbero anche mirare ad assicurare che le loro politiche di commercio e di aiuto all'estero non vadano a detrimento della salute di altri Paesi, e che essi contribuiscano il massimo possibile al progresso dei Paesi svantaggiati. Una più stretta collaborazione fra Paesi, per creare una visione positiva della salute e lo sviluppo e l' applicazione di codici internazionali di comportamento e meccanismi regolatori possono minimizzare questi problemi.

Salute, equità e sviluppo
20ª Conferenza mondiale IUHPE sulla promozione della salute

Ginevra, 11-15 luglio 2010. Più di 2200 professionisti tra medici, sociologi, antropologi, psicologi e persino architetti provenienti da 123 paesi di tutto il mondo, hanno preso parte alla 20ª Conferenza mondiale IUHPE sulla promozione della salute che si è tenuta a Ginevra. Promozione della salute, sviluppo sostenibile ed equità sociale sono state le parole chiave dell'evento. I partecipanti hanno avuto la possibilità di scegliere tra più di 2000 eventi tra sessioni plenarie, sub-plenarie e parallele, comunicazioni orali, incontri con gli autori e molto altro. Più di 1000 poster sono stati esposti nell'area poster durante i 5 giorni della conferenza. La maggior parte dei partecipanti proveniva dalla Svizzera, seguita per numero di adesioni da Canada, Stati Uniti, Australia e Giappone.

Particolarmente interessanti le sessioni racchiuse sotto lo slogan 'Take a Walk on the Wild Side' caratterizzate da metodi di apprendimento più creativi e interattivi. Eccone due esempi. Durante la sessione presieduta dal prof. Maurice Mittelmark dell'Università di Bergen in collaborazione con ISECN (IUHPE Student and Early Career Network) dal titolo "Cosa può apprendere la promozione della salute dagli altri movimenti sociali?" i partecipanti hanno avuto modo di contribuire al dibattito non solo tramite i consueti metodi di intervento ma anche tramite twitter, messaggi di testo e messaggi scritti su foglietti di carta letti in tempo reale dai giovani membri dell'ISECN. Ogni mattino prima delle sessioni plenarie sono state organizzate delle "sessioni di riflessione" per dare l'opportunità agli interessati di condividere le loro aspettative, impressioni e osservazioni sulla conferenza e di suggerire miglioramenti immediati.

LA IUHPE E LA SOSTENIBILITÀ

"Può la IUHPE diventare un'organizzazione ecologicamente sostenibile?". Porsi questa domanda era inevitabile in una conferenza centrata sul legame tra promozione della salute e sviluppo sostenibile. E cercare di dare una risposta era la scopo del workshop presieduto da Mark Dooris, Università del Lancashire centrale, e fortemente voluto dagli organizzatori della conferenza al fine di attivare tra i membri della IUHPE un dibattito in merito. La IUHPE ha le potenzialità e la responsabilità di lavorare per essere un'organizzazione ecologicamente sostenibile e per diventare un esempio. Al workshop ha partecipato il neo-eletto Presidente della IUHPE, l'australiano Michael Sparks (Università di Canberra), che ha sottolineato il suo impegno nell'assicurare che la IUHPE lavori in questa direzione. Ha parlato di "fare le cose in modo diverso" a partire da acqua, energia, rifiuti, cibo e trasporti. Rispetto alla IUHPE questo vuol dire ripensare la gestione dell'ufficio centrale, l'organizzazione delle conferenze e degli incontri interni, le pubblicazioni, la comunicazione,... Durante il workshop è stata presentata una bozza di risoluzione 'Toward making IUHPE a more ecologically sustainable organisation' (Verso una IUHPE più ecologicamente sostenibile) che verrà presentata ai membri IUHPE in autunno. La bozza contiene la proposta di creare un gruppo di lavoro incaricato di monitorare il processo di revisione delle politiche della IUHPE in termini di sostenibilità e di istituire un nuovo Vice-Presidente IUHPE responsabile di assicurare che il processo di cambiamento sia effettivo.

LIBRO BIANCO SUL SISTEMA DEL CIBO

Una sessione plenaria particolarmente stimolante è stata quella dedicata alla presentazione del Libro Bianco sul sistema cibo curato da Ilona Kickbush in coordinamento con il team della cosiddetta Healthy3 initiative promossa dall'ente svizzero di promozione della salute Health Promotion Switzerland. Healthy3 initiative prende il nome dalla visione alla base dell'iniziativa di lavorare per "una popolazione sana in società sane in un pianeta sano" (Healthy People in Healthy Societies on a Healthy Planet) passando da un approccio a compartimenti stagni ad un approccio sistemico. Tale libro è il primo di una serie di pubblicazioni volte a indagare come le comunità della promozione della salute e dello sviluppo sostenibile possono rispondere alle sfide del 21° secolo come il cibo, l'acqua, il petrolio, i cambiamenti climatici,... L'invito che viene fatto nel libro è di lavorare in modo realmente intersettoriale e di creare legami tra le agende della salute pubblica, della promozione della salute e dello sviluppo sostenibile per affrontare una questione – quella del cibo in questo caso - che per sua natura è di difficile soluzione data la molteplicità e interconnessione dei fattori che la definiscono.

COMPETENZE NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Grande attenzione per le sessioni parallele relative alla costruzione del consenso sulle competenze essenziali nella promozione della salute. Una delle due sessioni è stata organizzata dalla IUHPE in collaborazione con SOPHE (Società per l'Educazione in Sanità Pubblica) e CDC (Centro Controllo Malattie) per presentare il documento di consenso elaborato a Galway nel 2009 che definisce i valori alla base della promozione della salute e 8

aree di competenze ritenute essenziali per poter portare avanti una pratica effettiva di promozione della salute. La consultazione globale avvenuta nel 2009 proseguirà nel 2010 per includere nel dibattito anche i paesi a medio e basso reddito. La seconda sessione è stata organizzata dalle università partner del progetto finanziato dalla CE-DG SANCO dal titolo CompHP (Competences Health Promotion) coordinate dall'Università di Galway. Tale progetto mira allo sviluppo di standard basati sulle competenze e alla creazione di un sistema di accreditamento della pratica, dell'educazione e della formazione nel settore della promozione della salute al fine di aumentare la capacità della forza lavoro di migliorare la salute pubblica in Europa.

IMPRONTA ECOLOGICA

Durante la Conferenza, Health Promotion Switzerland ha offerto ai partecipanti la possibilità di calcolare la loro impronta ecologica tramite il completamento di un quiz che includeva domande relative al consumo di carne, all'utilizzo di diversi mezzi di trasporto, ... L'impronta ecologica misura di quanta terra e acqua la popolazione mondiale ha bisogno per produrre le risorse che consuma (cibo, ...) e per smaltire i suoi rifiuti (inclusa l'anidride carbonica).

L'impronta è misurata in ettari globali. L'impronta media di una persona è di circa 2.6 ettari globali, ma l'area produttiva totale disponibile è di soli 1.8 ettari globali per persona. Pertanto l'umanità usa l'equivalente di 1.4 Terre per sostenere i suoi consumi. I sintomi di questo consumo ecologico eccessivo sono: i cambiamenti climatici, la riduzione delle foreste, la scomparsa di alcune specie, la pressione sulle risorse di acqua dolce,... Se l'attuale trend continua, si prevede che avremo bisogno dell'equivalente di 2 Terre entro la metà della prossima decade. L' impegno di "Health Promotion Switzerland" nella promozione di questa iniziativa nasce proprio dalla consapevolezza che l'umanità chiede annualmente alla Terra più risorse di quante questa possa produrre e che ciò ha delle conseguenze non solo per il degrado ambientale ma anche per la nostra salute.

Da segnare in agenda il prossimo appuntamento della IUHPE: la 21ª Conferenza mondiale IUHPE sulla promozione della salute avrà luogo a Pattaya, Tailandia, nel 2013.

Da Bruxelles a Torino, nel segno della salute dei giovani

La crescente attenzione della Commissione Europea-DG Sanco nei confronti delle tematiche relative alla salute dei giovani, e la sua disponibilità a voler instaurare un dialogo con questi ultimi, ha portato alla redazione di un documento ufficiale, la Roadmap for a better youth health in Europe, che, come recita il titolo, si propone di creare un percorso le cui numerose tappe tocchino varie città dell'Unione Europea con l'intento di diffondere le conoscenze necessarie a sviluppare nei giovani uno spirito critico e di iniziativa volto a migliorare le loro condizioni di salute e benessere.

A dare impulso a questo progetto è stata l'iniziativa Be healthy, be yourself organizzata dalla DG SANCO a Bruxelles nel luglio 2009. I protagonisti delle tre giornate di lavoro sono stati giovani europei tra i 18 e i 25 anni, che hanno avuto l'occasione di confrontarsi e discutere su alcuni temi che ruotano intorno ad un'unica parola chiave: la salute. Durante la prima giornata, riservata ai soli giovani, sono stati organizzati alcuni workshop con l'obiettivo di far comprendere ai partecipanti come riuscire a prendere parte ai processi decisionali e come far valere le proprie opinioni su tematiche che li riguardano direttamente. Per le giornate conclusive di conferenza i circa duecento giovani sono stati affiancati da altrettanti professionisti che hanno ascoltato i messaggi elaborati dai giovani e hanno arricchito il dibattito contribuendo con la loro esperienza nel settore della salute.

All'interno della Roadmap europea, l'Italia ha assunto una posizione di rilievo per quanto riguarda la promozione della salute dei giovani ospitando nel solo 2010 due eventi di portata europea. Il primo è stato la "1ª Conferenza Europea Salute e Benessere dei Giovani" organizzata dal Dipartimento della Gioventù della Presidenza del Consiglio dei Ministri a Roma dal 16 al 18 giugno 2010. Anche in questa occasione i giovani provenienti da tutti i paesi dell'Unione Europea hanno potuto confrontarsi con medici, professionisti e docenti universitari di argomenti che li riguardano da vicino, quali la salute alimentare, le malattie sessualmente trasmettibili, i rischi legati ad uno stile di vita non corretto dal punto di visto della salute. Tutto questo ha permesso di creare un punto di contatto fra due voci di solito nettamente distinte: quelle dei giovani da una parte, e quella della Commissione Europea e dei professionisti dall'altra. Questo scambio è fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo che la Commissione si è posta, ovvero quello di aumentare il livello di consapevolezza sulla – e conoscenza della - salute tra i giovani.

Se i giovani sono i protagonisti indiscussi della Roadmap for a better youth health in Europe, quale migliore occasione di farli parlare di benessere se non durante i festeggiamenti che vedono Torino eletta capitale europea dei giovani 2010? Ecco dunque che Torino diventa una delle tappe del percorso europeo di cui sopra (nonché secondo evento italiano) ospitando l'evento Food for mind, mind for health, che si è tenuto dal 22 al 24 ottobre 2010. A differenza di quelle di Bruxelles e Roma, l'iniziativa di Torino è stata totalmente dedicata ai giovani, ai quali è stato dato ampio spazio per far sentire la propria voce a livello europeo. Il mandato affidato ai partecipanti è stato non solo quello di formulare delle raccomandazioni da fare alle autorità e ai decisori politici locali, nazionali ed europei, ma anche quello di pensare a come fare in modo che queste vengano effettivamente ascoltate.

La conferenza di Torino, dunque, non è un evento isolato e a sé stante, ma è parte integrante di un progetto più ampio a livello europeo che mira a raggiungere l'obiettivo di una better youth health: una migliore condizione di salute dei giovani, appunto.

Loredana Magnelli

EVENTO SALUTE GIOVANI 2010 "FOOD FOR MIND. MIND FOR HEALTH"

La voce dei giovani in Europa

Torino Capitale Europea dei Giovani 2010 è anche benessere. Sulla scia della "Youth Health Iniziative. Be healthy – Be yourself" organizzata dalla Commissione Europea-DG SANCO a Bruxelles nel luglio 2009 con la collaborazione dello European Youth Forum e dell'OMS, e della Conferenza di giugno di Roma "La salute e il benessere dei giovani" organizzata dal Ministero della Gioventù, il Centro europeo IUHPE-CIPES si è proposto di dare seguito agli sforzi della Commissione e del Ministero promuovendo un nuovo evento sulla salute dei giovani (18-30 anni). L'evento, che si è tenuto nel mese di ottobre a Torino, è stato supportato dalla Commissione Europea-DG SANCO, il Comune di Torino, il Ministero della Gioventù e il Ministero della Salute, e fa parte degli eventi di "Torino Capitale Europea dei Giovani 2010".

L'iniziativa dal titolo "Food for mind – mind for health" si inserisce nella Roadmap for a better youth health in Europe della DG SANCO e ha visto coinvolti i giovani europei in tre giornate di Youth Camp e una conferenza finale dal 22 al 24 ottobre. Lo Youth Camp era articolato in tre sessioni. Le prime due prevedevano il coinvolgimento dei giovani in un percorso teorico-esperienziale relativo a due tematiche che li riguardano in particolar modo: la relazione tra cibo e benessere e la salute sessuale. Durante le sessioni sono stati incoraggiati, tramite l'uso di metodologie attive e un approccio multidisciplinare, a sviluppare un pensiero critico e sistemico sulle tematiche proposte e sono stati dotati di strumenti per affrontare la complessità e rafforzare le competenze necessarie al miglioramento della salute a livello individuale e collettivo.

La terza sessione mirava a dare ai giovani uno spazio per far sentire la propria voce in merito alla loro salute. Le proposte che sono state elaborate sono state poi presentante durante la conferenza finale alle autorità e agli esperti locali, nazionali ed europei affinché questi potessero imparare a vedere la salute dei giovani attraverso gli occhi dei giovani stessi. Proprio per sottolineare l'affinità di intenti e per sviluppare sinergie con altre iniziative esistenti sul territorio, la conferenza è stata inserita tra i laboratori della terra di Terra Madre (24 ottobre, ore 15 – Sala A) e i partecipanti allo Youth camp hanno potuto assistere alla cerimonia di chiusura di Terra Madre il 24 ottobre al Pala Isozaki.

Per informazioni contattateci
via mail: iuhpe-cipes@**cipespiemonte.it**

Cogliamo l'occasione per ringraziare Carmelo Rizzo autore del logo dell'iniziativa.

Ben-essere giovani a Torino

La narrazione di un giovane partecipante

Cari lettori,

in questo numero vorrei presentarvi l' iniziativa "Ben-Essere giovani a Torino" rivolta alla sensibilizzazione di animatori e formatori delle associazioni giovanili presenti nel territorio sul tema della salute. In accordo con il Piano Regolatore Sociale della Città di Torino e al fine di favorire una conoscenza diffusa della tematica salute, intesa come benessere e stili di vita appropriati, nel 2009 è nato tale progetto il cui obiettivo è quello di incrementare nei giovani l'attenzione alla salute e di rafforzare le loro competenze individuali aumentando così le azioni ad impatto positivo sulla qualità della vita della collettività.

Il suo valore aggiunto è riscontrabile nel tentativo di dare risposta alle sollecitazioni e criticità evidenziate da recenti ricerche effettuate sul territorio piemontese sul tema salute, le quali sottolineano una sporadicità negli interventi, una autoreferenzialità, una mancanza di coordinamento e una prevalenza di attività nelle scuole.

Il progetto è il risultato di una serie di incontri fra diverse agenzie del territorio: AGESCI, CNGEI, Cooperativa Sociale Mondo Erre, Eclectica, Gruppo Abele – Area Giovani, Centro Europeo IUHPE-CIPES, Noi Torino, AGS per il territorio e Polo Cittadino della Salute Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le ASL, Teatro Popolare Europeo ed esperti di psicologia sociale e di comunità.

L'obiettivo era di dare avvio ad un percorso di riflessione sul tema ben-essere nei giovani finalizzato al rafforzamento di motivazioni e di competenze necessarie al miglioramento della salute a livello individuale e collettivo e di offrire agli animatori delle agenzie percorsi di sostegno nelle attività a favore dei giovani sperimentando nuove metodologie di intervento. Il target di riferimento è la popolazione giovane (18-25 anni) che frequenta le diverse realtà aggregative del territorio torinese.

Il progetto prevedeva tre tavoli di discussione su tematiche scelte dalle agenzie di cui sopra (stili di vita, dipendenze, condizionamenti), un percorso di valutazione e una seconda fase nel 2011-12. Gli incontri si sono tenuti in tre luoghi simbolici di incontro giovanile (Polo Cittadino della Salute, Hiroshima e Tedaca).

Ora ci si interroga su come dare seguito a tale progetto. Una delle proposte sulla quale si sta riflettendo è quella di coinvolgere i giovani che hanno partecipato ai tavoli nella progettazione e implementazione del nuovo percorso 2011-12.

Carmelo Rizzo

La strategia europea "la salute in tutte le politiche"

Il contributo dei Gruppi di lavoro per area tematica

Walter Vescovi
Coordinatore del Progetto

Rete per la salute nasce nel 2003 come iniziativa di Cipes-Piemonte, sotto l'egida di Regione Piemonte e Anci-Piemonte, con il mandato di avviare contatti, realizzare iniziative di sensibilizzazione, organizzare una rete di interlocuzione con gli Amministratori dei Comuni piemontesi rendendo disponibili, in modo sistematico e continuo, le informazioni sui determinanti la salute attraverso specifici indicatori descrittori. Il criterio di lavoro adottato dai curatori della rete è stato quello di privilegiare il riuso funzionale del patrimonio informativo disseminato nelle banche dati settoriali regionali in legame anche con l'impianto di indicatori previsto dal progetto OMS Città sane. Il passo successivo è stato quello di suddividere gli indicatori progressivamente selezionati (111 a fine dicembre 2009, 130 circa previsti per fine 2010) in 8 ambiti tematici distinti: agricoltura e alimentazione; ambiente; cause di morte; istruzione; sanità; trasporti, viabilità e sicurezza; welfare. Con questa suddivisione è stato possibile correlare maggiormente gli indicatori ai determinanti e alle politiche pubbliche che con gli stessi interagiscono e impattano. Molti argomenti continuavano tuttavia a restare in penombra o elucidabili con difficoltà. Si è quindi deciso di cambiare registro partendo dai problemi che impattono con la vita reale delle persone e delle comunità locali, per analizzare i diversi determinanti che interagiscono con la salute e costruire immagini informative orientate a valutare la qualità delle politiche settoriali pubbliche, l'attuazione della strategia europea la salute in tutte le politiche.

In questo contesto è stato definito uno schema di narrazione della salute articolato in XII° Macroaree tematiche: cultura e salute, capitale umano e salute, territorio e salute, ambiente e salute, agricoltura, alimentazione e salute, mobilità e salute, sicurezza negli ambienti di vita e lavoro e salute, tempo libero e salute, ambiente di contesto sociale, economico, welfare e salute, sanità e salute, ciclo di vita umana, differenze di genere, età, patrimonio genetico e salute.

Senza dimenticare che le tematiche di salute sono trasversali a ogni sistema classificatorio: riguardano la complessità del sistema che lega l'individuo alla società e all'ambiente e non un singolo elemento.

Uno schema concettuale che identifica quindi la salute umana come la risultante dell'interazione di fattori endogeni e di fattori esogeni riconducibili al contesto socio-culturale e territoriale, all'ambiente fisico, economico e sociale, e alla rete di relazioni sociali e agli stili di vita individuali.

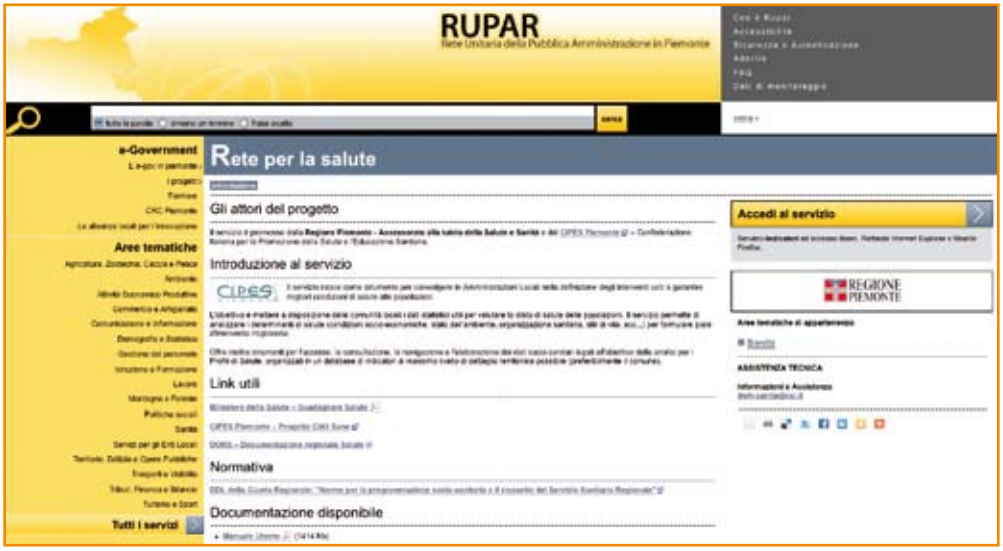
Nei mesi scorsi sono stati attivati i gruppi di lavoro per ognuna delle XII Macroaree tematiche con adesioni dei soci di Cipes-Piemonte ma aperti a contributi di idee e collaborazioni di soggetti esterni.

Il nuovo sito internet di Cipes-Piemonte con sezione di lavoro dedicata a Rete per la salute suddivisa sempre per ognuna delle XII Macroaree tematiche darà conto delle attività di analisi e valutazione realizzate.

Sono previsti anche forum di discussione e approfondimento sui singoli tematismi

Responsabili e componenti dei gruppi di lavoro dovranno verosimilmente affrontare alcune difficoltà.

La prima criticità: il patrimonio informativo e documentale necessario per definire i nessi fra determinanti e politiche pubbliche, la catena causale che lega i rischi ai danni per la salute, le opportunità ai guadagni non sempre è conosciuto, accessibile, facile da elaborare. La seconda criticità: il quadro di evidenze epidemiologiche che documentano l'impatto sulla salute dei diversi determinanti è ancora molto disomogeneo: abbastanza ricco e completo sui temi che riguardano i determinanti prossimali (stili di vita individuali) più discontinuo, incompleto e, in alcuni casi, del tutto assente per quelli distali.



http://www.ruparpiemonte.it/portal/public/rupar/RetePerLaSalute

La terza criticità: anche la composizione dei gruppi di lavoro in termini di esperienze e competenze interdisciplinari sovente è disomogenea in relazione allo spettro di tematismi da esaminare.

Per ovviare, in parte, a questi limiti operativi è giocoforza agire con sano pragmatismo: occupandosi dapprima dei tematismi scientificamente o socialmente più rilevanti ma anche sostenibili con le risorse che si possono mettere in campo.

L'acquisizione e l'integrazione nei gruppi di lavoro delle competenze necessarie favorirà la ripresa dei temi accantonati.

Walter Vescovi - Coordinatore del Progetto
walter.vescovi@fastwebnet.it

Politiche del territorio e salute

Michele Piccoli

Nell'accezione comune le politiche del territorio si occupano del rapporto tra aree urbane e aree rurali e di valorizzazione di paesaggi, culture e tradizioni ai fini turistici.
Il territorio è però principalmente il "tessuto connettivo" della vita di relazione della comunità e alcune caratteristiche possono essere misurate e restituire lo "stato di salute" di un territorio.
I 20.000 eletti nei consigli comunali del Piemonte, pubblici decisori, sono direttamente responsabili dello stato di salute del loro territorio, ma hanno le informazioni necessarie per prendere le opportune decisioni? Sicuramente i dati sull'inquinamento o sulla cementificazioni sono importanti, ma perciò facilmente accessibili. Molti altri indicatori "soft" potrebbero dare il polso immediato dello stato di salute di un territorio favorendo anche un'opportuna prospettiva di benchmarking tra i territori.
La connettività di un territorio, l'accessibilità dei servizi, l'esistenza di spazi illuminati e luoghi d'incontro sicuri, l'ospizio sotto casa, la capacità economica dell'assistente sociale del comune di supportare l'indigenza ecc. L'individuazione e la costruzione di questi indicatori potrebbe rappresentare un utile terreno d'indagine dell'area tematica "territorio e salute"

Il concetto di "salute in tutte le politiche" è una prospettiva che si può già intuire nella Costituzione dell'OMS del '48 poi ripresa dalla Dichiarazione Universale di Alma Ata del 1978, dove si rileva che la promozione della salute "*coinvolge, oltre al settore sanitario, tutti gli altri settori e aspetti dello sviluppo nazionale e comunitario".*
Nel 1986, con la Carta di Ottawa, diventa chiaro che "*I requisiti e le potenzialità della salute non possono essere garantiti dal solo settore sanitario"e si richiede "l'adozione di una politica pubblica che tuteli la salute in tutti i settori non sanitari"; nello stesso documento si auspicava "una valutazione sistematica dell'incidenza sulla salute di un ambiente di vita in rapida trasformazione - in particolare nei settori della tecnologia, del lavoro, della produzione di energia e dell'urbanizzazione-"* .
Questa volontà di andare oltre le mere affermazioni di principio con la necessità di misurare gli effetti di tutte le politiche sulla salute viene ribadita dalla dichiarazione conclusiva della Conferenza di Roma del dicembre 2007: "*La valutazione dell'impatto sulla salute è un importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche e l'evidenza disponibile suggerisce che la valutazione dell'Impatto sulla Salute può essere utilizzata con successo come uno strumento efficace non solo per valutare gli impatti sulla salute e l'equità sulla salute, ma anche per aiutare nel processo volto a renderle visibili e per farle prendere in seria considerazione in numerosi processi decisionali; inoltre, c'è bisogno di presentare meglio il valore della Valutazione dell'Impatto sulla Salute in settori diversi da quello sanitario al fine di rafforzarne l'accettazione e lo sviluppo".*

> ***La valutazione dell'impatto sulla salute è un importante strumento per l'attuazione della salute in tutte le politiche***

Chiarito così il valore strategico del concetto di "*intersettorialità*" proviamo ad esaminare in che modo questo si può declinare nelle politiche del territorio.
Innanzitutto: cosa dobbiamo intendere per "politiche del territorio"? Alcune università tengono dei corsi in "politica del territorio" (Gorizia ha un intero corso di laurea); i contenuti riguardano prevalentemente la valorizzazione turistica dei beni ambientali e culturali e la progettazione del paesaggio. Le regioni sono dotate di assessorati all'urbanistica e alla pianificazione territoriale.

> ***Nel 2005 la popolazione mondiale insediata in aree urbane ha superato numericamente quella rurale***

Un`immagine del pittoresco paese di Corneliano d`Alba, posto in posizione strategica al centro dell`area collinare del basso Piemonte

Quello piemontese si è da poco dotato di una Carta del Territorio [1] contenente "*la proposta del Piemonte per un nuovo governo del territorio regionale", dove si dichiara la volontà di governare le trasformazioni nella prospettiva della tutela, "superando la storica separazione concettuale e normativa tra sviluppo e tutela. Per esempio abbandonando la tradizionale protezione vincolistica per proiettarsi verso azioni integrate di gestione sostenibile dei paesaggi agendo contestualmente sulla loro matrice ecologia, estetica, economica e sociale."*

Nel 2005 la popolazione mondiale insediata in aree urbane ha superato numericamente quella rurale. In questa situazione ovviamente assume valore strategico il controllo del consumo di suolo, della sua "impermeabilizzazione" o, se preferite, cementificazione. La Regione Piemonte vuole mettere sotto osserva-

1 Carta del territorio. Piemonte 20101: per un nuovo governo del territorio regionale. http://www.regione.piemonte.it/programmazione/vetrina/media/files/cartadelterritorio_TESTO20CONALLEGATI.pdf

zione il fenomeno [2]attraverso l'analisi di due indicatori che ha elaborato avvalendosi delle moderne tecnologie fotografiche da satellite:

- Un indicatore di quantità dato dalla percentuale di suolo consumato da parte dei nuovi edificati;
- Un indicatore di dispersione, dato dalla percentuale di urbano "nuovo" intorno all'urbano esistente.

Secondo i dati regionali dei 25.382 kmq del territorio piemontese ne, 1991 risultavano urbanizzati 1.179 kmq; dal 1991 al 1998 si sono aggiunti 52 kmq con un consumo di territori torio pari a 0.21%

Come si vede la questione è all'attenzione delle istituzioni che attraverso le proprie agenzie sono in grado di monitorare la trasformazione del territorio determinate dall'intervento umano.

Anche la valutazione del rischio sismico, idrogeologico ed ambientale è oggetto di specifiche Agenzie Regionali di Protezione Ambientale a cui certamente il CIPES non si propone di fare concorrenza. Esiste un altro modo di intendere il territorio in riferimento alla salute? Il territorio è anche un'unità amministrativa e giurisdizionale che si scompone in aggregati minori (nazione, regione, comune) che hanno caratteristiche più o meno omogenee, oltre a quelle geofisiche, che sono rappresentate dalla densità di popolazione, dalle possibilità occupazionali, dalla distanza da poli formativi, dalla capacità di reddito.

Il Territorio è il tessuto connettivo della vita di chi lo abita e condiziona profondamente la possibilità di viverci in salute

Il Territorio è il tessuto connettivo della vita di chi lo abita e condiziona profondamente la possibilità di viverci in salute (secondo l'accezione dell'OMS) al di là dei pericoli per la vita che possono derivare da terremoti, alluvioni e inquinamento, dove si contano i morti ed i feriti. Le reti di connessione, la possibilità di muoversi nel territorio e tra territori possono allargare le comunità o creare ghetti. Le linee tramviarie protette possono dividere una comunità (sembrerà esagerato pensare alle similitudini tra la linea del 4 in c.so Giulio Cesare a Torino ed il muro a Berlino, però..) creandone delle nuove improvvisamente più a portata di mano.

Le connessioni non sono solo, reti stradali, ferroviarie o informatiche; sono anche i luoghi d'incontro frequentati e sicuri, punti di aggregazione, che siano le vasche in via Roma a Torino o lo struscio alla Villa di Terlizzi, rappresentano un indicatore di salute sociale che dovremmo imparare a misurare.

Sappiamo che buona parte della spesa sanitaria dei privati cittadini se ne va in prestazioni odontoiatriche

L'identità storica di un territorio non rappresenta un indicatore importante per la salute di chi lo abita? Un territorio forte della sua identità non è una prevenzione efficace della xenofobia? È ragionevole pensare che chi ha un'identità debole sia più preoccupato di perderla e si chiuda alle contaminazioni multiculturali. Trovo che una città come Torino, che il sindaco Novelli definì terza città meridionale d'Italia, sia molto esposta alla nascita di intolleranze etniche di Bari o Palermo, e credo che in parte dipenda proprio dalla debolezza della sua identità.

In che rapporto stanno sanità e territorio? In che modo l'assetto sanitario incide sul territorio?

In ambito sanitario si usa distinguere il "territorio"dall' "ospedale" e la tendenza attuale è quella di privilegiare l'assistenza territoriale riducendo al minimo essenziale le costose ed invasive cure ospedaliere. Quando la stessa entità amministrativa deve provvedere al finanziamento di entrambi è evidente che non vi sarà ragione alcuna per incrementare i ricoveri, se invece territorio ed ospedale fossero due diversi attori del mercato della salute si potrebbero verificare delle storture.

il reddito è il primo determinante di salute

Una capillare e sufficiente presenza di strutture di ricovero per anziani non autosufficienti evita la deportazione di queste persone e lo sradicamento dalla loro comunità

La possibilità di rivolgersi ad infermieri di famiglia e ad ambulatori infermieristici di quartiere convenzionati con la Regione può ridurre il numero di ricoveri impropri e la durata di quelli appropriati

La presenza di Hospice per le terapie palliative consente al paziente oncologico di concludere dignitosamente la propria esistenza vicino ai propri cari e non in quella sorta di limbo rappresentato dalle strutture ospedaliere, quando non c'è speranza alcuna di guarigione.

L'accessibilità alla specialistica ambulatoriale senza liste d'attesa infinite che consentano, per esempio, cure odontoiatriche tempestive senza imporre il ricorso al privato. Sappiamo che buona parte della spesa sanitaria dei privati cittadini se ne va in prestazioni odontoiatriche, oculistiche e ginecologiche.

Da tutti questi aspetti non si possono ricavare indicatori per misurare lo stato di salute del territorio?

(segue a pag. 10)

2 Le trasformazioni del territorio piemontese: http://www.regione.piemonte.it/sit/argomenti/pianifica/pubblic/dwd/folder/trasform.pdf

(segue da pag. 9)

La riduzione delle entrate comunali comporta una sostanziale incapacità dell'ente locale ad occuparsi delle povertà. Ma noi sappiamo che il reddito è il primo determinante di salute. Perché smantellare la spesa sociale per garantire quella sanitaria? Vuol dire che al disoccupato daremo da mangiare costosi antidepressivi piuttosto che più economici ed efficaci sostegni al reddito. Possiamo trovare indicatori che misurino la capacità di intervento dell'ente locale sulle povertà? Anche così si misura la salute di un territorio.
E veniamo al punto: i principali interlocutori del CIPES sono i 20.000 (tra sindaci e consiglieri comunali del Piemonte) "pubblici decisori". A questi vanno aggiunti coloro che, anche operando nel privato imprenditoriale, sono in grado di porre in essere politiche di forte impatto sulla salute del territorio. Che distanza c'è tra "quello che sanno" e "quello che dovrebbero sapere" rispetto a questi temi per poter operare correttamente le loro scelte. Questo "scarto" potrebbe rappresentare l'obiettivo informativo/formativo del CIPES attorno al quale realizzare una rete di indicatori di "salute del territorio" che rappresenterebbero un valore aggiunto rispetto a quelli già presidiati dall'ARPA e dalle altre Agenzie preposte.
In sintesi: La macroarea "Territorio e salute: territorio come teatro di esercizio delle politiche settoriali" potrebbe ragionare attorno alla costruzione di una rete di indicatori in grado di riferire delle tematiche territoriali più "soft", non inerenti i rischi di catastrofe ambientale o l'impermeabilizzazione del suolo, rilevando ad esempio gli effetti della connettività sulla qualità delle relazioni sociali, il "risparmio" di giornate di degenza, la distanza in chilometri tra l'ultima residenza e quella della casa di riposo, il numero di pazienti oncologici che riescono a morire a casa ed altre misure che possano indicarci quanto un territorio riesce ad essere permeabile alle altre politiche e quanto riesce ad essere connettivo concreto della vita di chi lo abita.

michele.piccoli@unito.it

Alimentazione e Agricoltura
Sicurezza alimentare

Fabrizio Manca

Le modalità con cui il cibo viene prodotto, trasformato, distribuito e consumato condizionano il benessere, la salute, la qualità dell'ambiente e la giustizia sociale.
L'attuale sistema di regole che riguardano la produzione , la trasformazione e la vendita del cibo non sono affatto in grado di garantire un livello soddisfacente di qualità soprattutto nel lungo periodo.

Le politiche del cibo negli ultimi decenni, sono state costruite intorno a tre soli obiettivi, quantità abbondanti, prezzi accessibili e riduzione degli occupati in agricoltura , questo sistema di regole è rimasto vittima del suo stesso successo incappando in quella che viene definita "sindrome del concorde" (1) o lock-in, tale sindrome si genera quando la impostazione scientifica data (nel caso del Concorde costruire un aeroplano in grado di andare sempre più veloce) è obsoleta e non riflette più la percezione e le esigenze della società a proposito del problema da risolvere.

A causa di questo lock-in culturale siamo arrivati ad un punto nel quale l'agricoltura viene regolata come se fosse un settore puramente economico, anche se è il settore con la più alta richiesta di investimento per addetto, il più basso ritorno economico sull'investimento e il più alto impatto ambientale per valore aggiunto prodotto e/o per addetto. Così si producono derrate alimentari che non hanno un domanda interna nei paesi ricchi e troppo costose per i poveri. I costi trascurati stanno ormai diventando enormi (1)

Questo sistema di produzione e tutta la filiera di trasformazione e vendita devono evolversi per contrastare in modo efficace:

- il progressivo aumento delle "patologie del benessere"(obesità, diabete e il preoccupante aumento delle allergie alimentari specie nei bambini)
- gli sprechi
- il consumo non necessario di risorse ambientali,
- crescenti difficoltà economiche dei produttori,
- erosione della qualità.

Tutto questo è avvenuto anche perchè il sistema ha progressivamente sottratto alle comunità, alle famiglie e ai singoli individui il controllo delle regole del cibo, delle conoscenze e conseguentemente delle relative scelte.
Per questi motivi la transizione verso nuove modalità di organizzazione dei sistemi alimentari è al centro dell'agenda politica in molti paesi, e attraversa trasversalmente schieramenti politici e ideologie.

Nel corso di questi anni abbiamo assistito ad una forte crescita dell'attenzione su queste tematiche e al fiorire di iniziative che con il concorso di produttori, cittadini, consumatori, istituzioni locali, associazioni, cercano di promuovere, anche attraverso la realizzazione di forme alternative di distribuzione, nuovi significati e nuovi comportamenti intorno al cibo.

Queste iniziative, nate da ambiti diversi e con diverse finalità, stanno progressivamente creando un sentire comune, e rappresentano le basi per quella che chiamiamo una democrazia alimentare, ovvero una forma di governo che garantisca a tutti i cittadini l'educazione, l'informazione e la partecipazione alle scelte che riguardano il cibo.

.

Fabrizio Manca
Coordinatore V AREA TEMATICA AGRICOLTURA, ALIMENTAZIONE E SALUTE
philipsino@yahoo.it

1) Di Mario Giampietro - Lo sviluppo tecnologico dell'agricoltura in relazione ai limiti biofisici e socioeconomici: attenzione alla sindrome del Concorde

Cultura e Salute

Che l'arte faccia bene allo spirito è storia antica, la tragedia greca con la sua catarsi, il carnevale nel mondo romano, la musica a cui oggi si richiama la musicoterapia e poi il cinema con i suoi forum per discutere, stare insieme e non dimenticare.
L'arte e la cultura sono legate intrinsecamente alla storia e alla memoria di un popolo, al suo sistema valoriale di cui sono espressione ieri come oggi.
Che la cultura e l'istruzione portino benessere è difficile dimostrarlo soprattutto quando gli indicatori di valutazione sono soltanto economici e non valutano altri riferimenti al capitale umano, alle relazioni e al benessere personale e di comunità.
Dall'analisi dei documenti disponibili sul settore cultura regionale di un territorio, emerge abbastanza chiaramente che la valutazione è squisitamente quantitativa, si valutano i turisti che visitano i musei, gli studenti che vanno a teatro come parte del programma formativo e poi l'indotto economico generato dal settore culturale nelle sue varie espressioni.
Di qui credo sia doverosa una riflessione soprattutto di fronte alla situazione storica e sociale che stiamo attraversando per cui la cultura, essendo ancora considerata da taluni un bene non "consumabile" oppure un settore appannaggio di poche elite, può essere il bersaglio di tagli economici accompagnati da laconici "se ne può fare a meno" oppure, ancora peggio, "ci sono altre priorità".

Sono ormai alcuni anni che sentiamo parlare di crisi economica, ambientale e valoriale che incide profondamente sulla salute del pianeta e dei suoi abitanti. Allora perché ripartire dalla cultura, perché immaginare un nuovo rinascimento, locale e globale, che possa immaginare un nuovo domani?
La cultura e l'arte di cui è espressione sono le fondamenta di un popolo, ne sono l'espressione del sé più profondo, offrono la possibilità di imparare e crescere insieme, di ascoltare la storia per immaginare un futuro diverso e forse migliore. L'arte non è soltanto fruizione estetica individuale, può esserlo, ma è nella sua dialettica comunitaria, di scambio, crescita, immaginazione e riflessione che deve essere ritrovato il suo nesso con la salute che, come ripetiamo, non è soltanto fisica ma tocca gli ambiti psichici, relazionali e sociali.

Madrid, Museo del Prado

Le esperienze di arte nel percorso di cura sono molte e anch'esse manifestano le medesime problematiche di misurazione secondo lo schema quantitativo e oggettivante che il modello occidentale ha deciso essere il migliore e per questo dominate in ogni settore della ricerca.
Le caleidoscopiche espressioni della vita, il benessere derivante dalla fruizione artistica, il capitale umano che si genera attraverso le attività teatrali che sono patrimonio del nostro inconscio collettivo, per usare un'espressione cara a Jung, la possibilità di abbattere le barriere grazie allo sport come ha detto recentemente il Commissario Europeo Androulla Vassiliou, devono essere la guida per immaginare un nuovo metodo di valutazione legata alla cultura, all'arte e ai benefici che esse danno agli abitanti di una comunità.
Se la cultura e la formazione non saranno una priorità, dovremo immaginarci persone forse non più malate nel corpo ma di certo nello spirito, mancanti di conoscenza e di storia, un popolo forse più mansueto ma incapace di assumersi la responsabilità di sé e del proprio futuro.
Di qui la sfida a chi consapevolmente vorrà occuparsi del difficile binomio cultura e salute.

Tania Re - iuhpe-cipes@cipespiemonte.it
Coordinatrice I AREA TEMATICA CULTURA E SALUTE

UNA NUOVA APERTURA DEL CIPES

I volontari per la costruzione della salute

Promuovere la salute, cioè il benessere della persona, del cittadino, richiede che nelle scelte operative non ci si fermi ai modelli collaudati dall'esperienza, ma ci si interroghi sui bisogni ai quali occorre dare risposte e su come intervenire non solo perché le Istituzioni competenti siano efficienti ed efficaci, ma perché vi sia una continua crescita culturale in tutti quelli che di promozione della salute si occupano. Il modello operativo del CIPES Piemonte è da tempo orientato verso i profili di salute con lo studio dei determinanti che su di essa agiscono e degli indicatori che permettono di valutarne il peso sulla base degli elementi statistici raccolti dalle banche dati. Un utile impegno, ma un lavoro a tavolino adatto ai soci del CIPES che in gran parte hanno la nostra età, la nostra esperienza e la nostra visione della gestione istituzionale dei problemi. Forse è giunto il momento di ringiovanire il CIPES sul modello di altre Organizzazioni di Utilità Sociale ponendo maggiore attenzione alla persona, sia a quella a favore della quale si intende operare, sia a quella di chi nel CIPES opera che nella sua crescita culturale e nella sua valorizzazione costruisce la propria salute insieme a quella degli altri a favore dei quali si impegna.
Pensiamo a un CIPES non fatto solo più di soci che pagano la loro quota e partecipano alla vita della associazione con la loro presenza alle riunioni in sede e negli incontri con le Istituzioni, ma in cui possano trovare spazio giovani volontari ai quali non verrà chiesta alcuna quota associativa, ma piuttosto un impegno personale, il dono di un po' del loro tempo, per incontrare persone, per aiutare chi ha bisogno di una mano per realizzare un minimo di benessere fisico, mentale o sociale.
Vogliamo ringiovanire il CIPES, vogliamo affiancare ai vecchi soci una nuova categoria, quella dei volontari costruttori di salute. Chiediamo a tutti di far conoscere questa iniziativa, ai giovani (o anche meno giovani) interessati di offrirsi come volontari iscrivendosi senza alcuna spesa al CIPES Piemonte indicando come e a favore di chi pensano di poter operare.
Speriamo in questo modo di poter costruire davvero una rete per la salute con la condivisione delle capacità su base volontaristica avendo ben presente che la ricchezza non si costruisce con le azioni in banca, ma con la messa in comune della povertà di ciascuno a favore di tutti.

Il rapporto tra salute e istruzione

Pier Paola Soncin
Consigliere
Comune di Grugliasco

Per definire correttamente il rapporto che intercorre tra i diversi determinanti di salute è utile ricordare che il benessere individuale è irriducibilmente multidimensionale, ossia dipende da numerosi fattori.
Tra le dimensioni più rilevanti particolare enfasi si deve attribuire al ruolo dell'istruzione, partendo dal presupposto che diversi studi[1] hanno dimostrato che gli individui con un più elevato grado di scolarizzazione tendono a godere più frequentemente di una migliore tipologia di occupazione lavorativa e di un migliore stato di salute. Tali studi dimostrano inoltre che le abitudini salutari non sono distribuite in maniera casuale: essere tendono a concentrasi tra gli individui che presentano determinate caratteristiche socio-economiche, in particolare tra coloro che possiedono un più elevato grado di istruzione.
Anche i dati epidemiologici[2] dimostrano che l'istruzione incide sullo stile di vita degli individui, in particolare aumentando la consapevolezza dell'effetto dannoso dell'adozione di atteggiamenti "a rischio" (abitudine al fumo, all'alcool, dieta non bilanciata ricca di grassi), la consapevolezza degli effetti salutari dell'esercizio fisico e della prevenzione, un'igiene migliore ed un corretto uso della prevenzione e dei servizi sanitari.
In particolare la bassa scolarità è associata a minori conoscenze delle malattie e a più scarse abilità nel gestire le informazioni di base, nell'assumere decisioni importanti per la propria salute e nel seguire correttamente una terapia. E questo a dispetto di un eventuale recupero di status economico successivo. Alcuni autori infatti mettono in stretto rapporto la capacità di lettura acquisita[3] ("reading fluency") con la capacità di ottenere più facilmente informazioni sul proprio stato di salute e sulle cure migliori.

Anche i dati Istat sulla salute "percepita"[4] confermano che sono le persone di status sociale basso a presentare peggiori condizioni di salute, sia in termini di salute percepita, che di morbosità cronica o di disabilità. La quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male è molto più elevata tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare (16,7%) rispetto ai laureati e diplomati (2,5%). Soffrono di una patologia cronica grave l'8,2%% delle persone con laurea o diploma e il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza elementare.
Dato dunque per acquisito che esiste un rapporto tra salute e istruzione, vale la pena trarre qualche spunto dalla situazione in cui si trova il sistema di formazione-istruzione della nostra regione, sulla base dei dati estratti dal Rapporto 2009 dell'Osservatorio per l'Istruzione del Piemonte, redatto dall'Ires.
A fronte di un aumento del numero di studenti iscritti ai vari ordini di scuola verificatosi dal 2000 fino al 2008, oggi assistiamo ad un calo del tasso di scolarizzazione superiore (il rapporto percentuale fra iscritti alle scuole e popolazione residente in età).

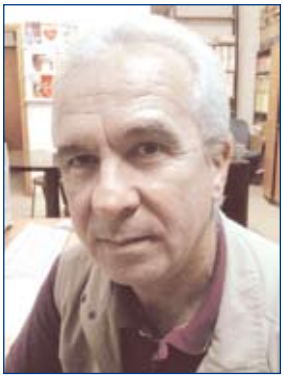
In entrambi i casi la causa potrebbe essere la presenza di studenti immigrati che frequentano le scuole dell'obbligo, che però appaiono poco propensi a continuare gli studi preferendo entrare nel mondo del lavoro (spesso sommerso ed in nero). D'altra parte gli autoctoni potrebbero essere spinti ad abbandonare gli studi a causa della crisi, che aumenta lo stato di necessità economica e spinge verso la ricerca precoce di reddito.
In questo senso si potrebbe interpretare anche l'aumento della quota di giovani dai 18 ai 24 anni senza alcun titolo tranne la scuola dell'obbligo e non più coinvolti in alcun processo di istruzione/formazione.
Un elemento positivo che dimostra l'attenzione delle famiglie verso un'istruzione orientata al mondo del lavoro è la crescita (a partire dal 2008) del numero di studenti iscritti agli istituti tecnici, precedentemente in contrazione a favore dei licei.
Vi è poi un significativo trend di crescita delle iscrizioni all'università. Tale dato però, rapportato al numero di piemontesi di età compresa tra i 19 e i 25 anni, resta uno dei meno elevati del Paese (quartultimi nel 2007/2008) e tale sembra destinato a rimanere a causa della crescita migratoria.

Nell'ambito di questa area tematica, verrà anche trattato l'aspetto della "formazione continua" rivolta agli adulti.
A maggior ragione in periodi di crisi congiunturale ed economica come quello che stiamo vivendo, è necessario estendere in modo ampio e diffuso l'offerta formativa per i soggetti adulti.
In tal senso si rende necessario un sistema di istruzione – riqualificazione, che copra un "range" di età più ampio dei normali percorsi formativi riservati ai giovani.
In tutti i casi che saranno presi in considerazione, nell'analisi dei dati attinenti i vari indicatori e sempre in relazione (se possibile) a riferimenti bibliografici e documentali accertati, si cercheranno di individuare gli elementi che maggiormente influiscono sulla qualità della vita dei cittadini a partire dal loro percorso scolastico pregresso e futuro.

Pier Paolo Soncin - pps@iol.it

http://www.piemonteincifre.it

1 J. ARKES, Does schooling improve adult health?, ...
2 E. Ferracin, C. Marinacci, L. Gargiulo, G. Costa, Lavoro precario e salute in un campione di popolazione italiana, in Atti del XXXIII Convegno Associazione Italiana di Epidemiologia, 22-24 ottobre 2009, Modena.
3 "Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons" (David W. Baker, MD, MPH; Michael S. Wolf, PhD, MPH; Josep Feinglass, PhD; Jason A. Thompson, BA; Julie A. Gazmararian, PhD; Jenny Huang, PhD)
4 "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" Rapporto Istat 2005



Giuseppe Santagada
Presidente Associazione
A.I.F.V.S Sede di Torino

Mobilità sostenibile e salute

Inquinamento ambientale e incidenti stradali sono le cause di una mobilità che ferma la vita. Dirottare il traffico di merci su rotaia; ridurre l'inquinamento; assicurare una costante manutenzione ordinaria e straordinaria della viabilità; adeguare le strade all'aumento dei mezzi in circolazione; creare percorsi sicuri per i soggetti più deboli; pedoni e ciclisti; ripensare ad una segnaletica che adegui il traffico ad una guida più responsabile sono scelte politiche non più eludibili

Ripensare le politiche della mobilità per armonizzare sicurezza economica e sociale, salvaguardare l'ambiente e garantire la salute umana, è l'obiettivo di un gruppo di lavoro allo scopo interessato. Macroarea tematica formata da tre aree a loro volta comprensive di una serie di tematismi caratterizzati da indicatori su cui monitorare la loro incidenza sul territorio e nel tempo sulla salute dei cittadini. La raccolta di dati riportati e/o richiamati, elaborati da Organismi istituzionalmente riconosciuti, siano essi di natura pubblica o privata, sono utile strumento di lettura sugli effetti della Mobilità sulla salute.

Altrettanto utili i riferimenti legislativi e normativi in materia di mobilità richiamati in ognuna delle tre aree tematiche: organizzazione delle reti di comunicazione e salute, organizzazione dei sistemi di trasporto e salute, sicurezza stradale e salute. Indicatori, strumento indispensabile di analisi, utili per indirizzare le scelte su politiche da porre in essere su una mobilità che, nel dare risposte ai bisogni socio economici, necessari per una crescita finalizzata e programmata della società, salvaguardi l'ambiente e tuteli la salute dell'essere umano.

Le rilevazioni degli effetti negativi sulla salute compromessa dall'inquinamento atmosferico, determinato dalla circolazione stradale causa di malattie invalidanti e di morte, non essendo quantificabili, non vengono valutati per la loro gravità. Gravità che esplode in faccia a tutta la collettività quando prende in considerazione i numeri, aimé sottostimati, degli incidenti stradali ed il costo che ne deriva per la collettività. In Europa il costo è stimato nel 2% del PIL in Italia raggiunge il 2,8% del prodotto lordo nazionale.

Migliaia di morti, decine di migliaia di feriti gravi, migliaia di disabili permanenti sono il dato certo, su cui la politica ha il dovere di intervenire. Le cause più note: velocità, abuso di alcool, assunzione di stupefacenti, comportamenti irresponsabili. Meno nota è la causa che determina il 30% degli incidenti stradali, in Italia sono circa 200.000 ogni anno, causati dalla inadeguatezza strutturale della viabilità, scarsamente sicura e trascurata. A tal fine è significativo richiamare il dato relativo alla incidentalità in autostrada decrescente negli anni per gli interventi sulla sicurezza delle stesse. Lo stesso dato riferito alle strade comunali e provinciali, seppur a macchia di leopardo, ha un trend di decremento molto lento. La carenza di fondi pubblici non giustifica i ritardi sugli interventi di adeguamento, manutenzione e messa in sicurezza della viabilità.

Corsie differenziate rapportate al traffico cittadino e extracittadino che garantiscono i soggetti deboli (pedoni e ciclisti), manto stradale drenante, segnaletica funzionale, dissuasori e gard-rail a norma....., sono gli interventi necessari per ridurre il 30% dei 200.000 incidenti che in media ogni anno incidono sulla salute di chi, per lavoro o tempo libero, utilizza la viabilità.

Giuseppe Santagada
alessandro_santagada@virgilio.it

Ambiente di lavoro e di vita

È evidente che fatte le dovute differenze, l'impianto è valido anche per i problemi legati ai rischi esterni ai luoghi di lavoro

NB. Per ogni capitolo vi è una altrettanta spiegazione su un documento che è stato approntato assieme ad una serie di approfondimenti a carattere scientifico e provenienti da passate esperienze.

Gianni Marchetto
Presidente della Associazione Esperienza & Mappe Grezze

Premessa

Questa vuole essere la sintesi di un ragionamento che si vuole portare avanti come progetto nell'ambito della Promozione della Salute del CIPES Piemonte.

La situazione attuale = i dati

- sulle morti da infortunio, da malattie professionali, gli infortuni, le malattie professionali riconosciute e non (indennizzate e non), le nuove malattie professionali, ecc.

La percezione del rischio

- la crisi attuale muta la percezione del rischio nella testa dei lavoratori: al posto della sicurezza sul lavoro la maggioranza dei lavoratori mette la sicurezza di avere un lavoro o di conservarlo, e in tal caso va giù per le trippe non stando sempre attenta ai rischi per la sua salute.
- il tutto aggravato dal fatto che la maggioranza delle imprese usa la crisi per torchiare i lavoratori e quei pochi imprenditori che sono impegnati sul fronte della salvaguardia della salute sono a corto di liquidi e quando vanno in prestito alle banche trovano degli strozzini.
- e intanto che diminuiscono i morti e gli infortuni sul lavoro aumentano quelli per ora lavorata.
- Gli ultimi dati: morti nel 2009 1.050 a fronte di 1.120 del 2008 con un meno 6,3%. Infortuni (quelli riconosciuti dall'INAIL) da 875.000 del 2008 a 790.000 del 2009 con un meno 9,7%. Il calo è dovuto per la maggior parte all'uso ormai estesissimo della Cassa Integrazione e dalla perdita del lavoro.

L'impianto "teorico"

- il modello di comportamento;
- caratteristiche della percezione ambientale (i 7 punti di Ittelson);
- il rapporto tra Esperienza e Scienza;

La metodologia

- "L'Osservatorio della Salute per il Territorio Comunale o Tabellone Comunale di Rischio": obiettivo;
- i periodi di una persona;
- il catasto dei rischi ambientale e delle malattie professionali;
- ruolo e compiti del sindaco, il medico e il cittadino;

Conoscere per bonificare

- Conoscere;
- Bonificare;
- Informare la cittadinanza adeguatamente:
  - SULLE CONOSCENZE (TUTTE)
  - SULLE BONIFICHE (TUTTE)

Criteri per definire le priorità

- Detto che tutti i rischi non si possono bonificare in una sola volta, occorre definire dei criteri per stabilire delle priorità. Tali criteri ci vengono dati dalla letteratura scientifica e dal meglio delle esperienze del recente passato: occorre quindi avere a mente i rischi più gravi (perché in rapporto al danno hanno delle conseguenze di non reversibilità) i più diffusi e/o frequenti (vedi es. i disturbi muscolo-scheletrici o le allergie), i più prevenibili.
- E sulla base di questi criteri andare alla produzione di "mappe di rischio" a livello del territorio (a livello comunale o di ASL), individuando per questa via le aziende (all'interno di queste i reparti) che corrispondono a tali criteri. Per fare questo è opportuno usare le banche dati esistenti (INAIL) e gli archivi e le esperienze di diversi soggetti: i sindacati di categoria, i patronati, gli RLS, le ASL, le associazioni datoriali, i medici del lavoro, gli RSPP, ecc.

La nuova Legge 81/2008

- ruolo del medico competente (di azienda) e del medico di base;
- l'archivio della aziende esemplari (le buone pratiche): obiettivo e necessità;
- quanto costa e quanto serve la nuova legge?
- il progressivo svuotamento della L. 81/2008 da parte dell'attuale compagine governativa;
- le contraddizioni dell'INAIL tra le malattie che riconosce e quelle che non riconosce, es. 5.000 tumori (professionali) a fronte di 15.000 stimati da agenzie internazionali;

Prima conclusione (nella attuale situazione)

- Conoscere: conoscenza insufficiente e non valida.
- Bonificare: nessun dato.
- Informare la cittadinanza: niente di gestibile dal cittadino.

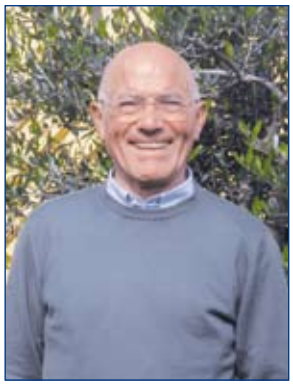
Parlare e risolvere

- I lavoratori/cittadini hanno bisogno di avere una risposta esauriente e documentata.
- In discussione tutti quelli che fanno politica, al potere o no.
- Non si tratta di parlare ma di risolvere, precisando bene come e convincendo che la prevenzione vale molto di più della cura.
- Bisogna saperlo fare e dimostrarlo.

Gianni Marchetto
marchetto.gianni@gmail.com

Welfare e Salute

Il nostro Paese e le sue leggi sono all'avanguardia in materia di welfare, con particolare riguardo al piemonte. Un welfare migliore non equivale a maggiori costi ma è condizione essenziale per la crescita di una popolazione più sana e quindi meno bisognosa di interventi e costi sanitari.



Mario Chinello
Presidente Consorzio Socio Assistenziale - Castelletto Ticino

La società in cui viviamo, così complessa e sovente così distratta, non può prescindere da un Welfare efficiente e profondamente integrato con la Sanità.
Uno Stato sociale degno di tale nome, dev'essere in grado di far fronte ai molteplici aspetti che concorrono a generare il bisogno di salute. Nel contempo, esso deve offrire una risposta adeguata ed armonica anche in riferimento alle condizioni sociali ed ambientali di un dato territorio.
La complessità della nostra società obbliga tutti noi a considerare la persona, chiunque essa sia, un patrimonio umano da tutelare, da includere e da rendere responsabile della propria condizione. Tutela, inclusione, responsabilità e servizi, sono pilastri di uno stesso edificio: essi devono porsi al centro dell'attenzione di tutti coloro che hanno compiti di responsabilità politica, sociale e amministrativa.
Occorre che i cittadini diventino sempre più consapevoli che la qualità della loro esistenza in gran parte dipende da come la vivono, da quali stili di vita conducono e dei diritti socio-assistenziali esigibili che lo Stato deve loro garantire. Si può affermare che il Governo di un Paese, quando dichiara di volere il bene dei propri cittadini, deve dotarsi di politiche attente e mirate al mantenimento di una soddisfacente qualità della vita, soprattutto per i più deboli e indifesi.

Il nostro Paese si è dato leggi che lo pongono all'avanguardia in materia di Welfare ed il Piemonte è tra le regioni che hanno raggiunto un buon livello di servizi socio-assistenziali. La crisi economica di questi ultimi anni, tuttavia, sta minando la loro qualità e la garanzia che per il prossimo futuro si possa ancora definirli, qualitativamente e quantitativamente, apprezzabili ed efficaci per la tutela dei nostri cittadini. Può sembrare semplice ed anche facile la definizione di cosa sia il Welfare, del peso sociale che riveste e del suo stretto legame con la salute di noi tutti; esso, invece, è assai indefinibile per la stretta connessione con tutto quello che, giorno dopo giorno, accade intorno a noi. Da ciò, ne discende la chiave di lettura per capire prima ed agire poi, in favore della salvaguardia della nostra salute, con particolare riferimento alle persone meno abbienti e meno istruite.

Il mantenimento dello stato ottimale, o comunque soddisfacente, di salute è influenzato da una molteplicità di fattori che sono riconducibili al Welfare, visto nella sua interezza. Molti dei determinanti che influiscono sulla nostra salute trovano origine in vari contesti: socio-economici, ambientali, stili di vita, istruzione, accesso ai servizi, occupazione, alimentazione. E' evidente che la somma di molti fattori genera bisogni e domande di interventi socio assistenziali diversi tra loro ma complementari, ai quali, uno Stato ed una Regione attenti al benessere fisico e mentale dei propri cittadini, non possono sottrarsi nell'offrire risposte adeguate.
Questi bisogni, dalle mille sfaccettature, vanno colti quale essenziale supporto al conseguimento di una qualità della vita tendente a migliorare e modificare il livello di salute dei cittadini; occorre avere la consapevolezza che un Welfare migliore non equivale a maggiori costi, ma è condizione essenziale per far crescere una popolazione più sana e responsabile e quindi, in definitiva, meno bisognosa di interventi e di costi sanitari. Servizi e strutture Socio-Assistenziali capaci e funzionanti, svolgono un'azione di reale filtro sanitario; è provato che dove non ci sono servizi adeguati aumenta la domanda di prestazioni sanitarie le quali, non essendo appropriate rispetto al bisogno richiesto, cioè quello assistenziale, oltre a non dare benefici duraturi ai richiedenti, lasciano nell'abbandono una moltitudine di persone che non possono accedervi.

La sanità non deve e non può operare da sola in un contesto Assistenziale: solo attraverso l'integrazione dei Servizi Assistenziali con la Sanità si possono garantire cure appropriate e continuative. Come abbiamo visto, gli intrecci con una varietà di determinanti contribuiscono a formare il bisogno di aiuto, sia in campo assistenziale che in quello sociale.

Dunque, non ci si deve soffermare solamente sulle cure e l'assistenza alla persona, ma serve parimenti una buona rete di servizi sociali: asili nido, scuole capaci di svolgere appieno un ruolo educativo e accessibili a tutti, strutture integrate per persone che non ce la fanno a reggere il passo e che necessitano di aiuti mirati, sia temporali che continuativi, alloggi decorosi inseriti in un contesto urbano di normalità e senza creare aree di degrado sociale, come accade sovente nelle periferie delle grandi città. Se vogliamo scongiurare una crescente domanda di assistenza, deve alzarsi il livello di informazione e di formazione della popolazione, dobbiamo infondere la piena consapevolezza che si possa star bene - non perchè ci si cura, ma perchè non si deve avere bisogno di curarsi - ne consegue uno stile di vita improntato alla sobrietà, all'attività fisica, ad una corretta alimentazione e ad un uso accorto di sostanze alcoliche e del fumo.

Il nostro futuro esistenziale deve vederci quali strenui difensori del Welfare e propugnatori di una cultura capace di espandere la rete dei servizi e l'integrazione socio sanitaria.
Il raggiungimento di questi obiettivi è condizione essenziale per stare bene e guadagnare salute, comprimendo significativamente la domanda di bisogni sanitari e relativi costi.

Mario Chinello
mariochinello@alice.it

Ciclo di vita umana, differenze di genere, età, patrimonio genetico e salute

Politiche pubbliche proattive e comportamenti individuali responsabili per ridurre la mortalità evitabile e allungare la speranza di vita in buona salute

Claudio Rabagliati
Responsabile Struttura
Coordinamento e Supporto
PePS Profili e Piani di Salute
ASL AL

I dati di mortalità presentano, da sempre, una indiscussa rilevanza epidemiologica nella descrizione e valutazione temporale dello stato di salute di una comunità.
Gli studi epidemiologici di mortalità non richiedono un intervento diretto del ricercatore sulla popolazione generale o su sottogruppi particolari di suoi individui (né un campionamento a partire dalla popolazione o da detti sottogruppi), ma si limitano ad analizzare dati già esistenti in quanto sistematicamente raccolti e pubblicati dalle istituzioni pubbliche a ciò preposte. Gli studi di mortalità permettono di valutare, in prima approssimazione, la conoscenza della distribuzione delle varie malattie (o gruppi di esse) nella popolazione generale oggetto di studio, anche se ulteriori approcci di tipo osservazionale saranno necessari per la valutazione della morbosità (prevalenza e incidenza delle varie malattie nella popolazione).

Tuttavia lo studio spazio-temporale dei dati di mortalità e soprattutto le loro comparazioni tanto sincroniche (fra ambiti diversi negli stessi tempi) quanto diacroniche (fra tempi diversi negli stessi ambiti) mantengono la loro importanza primaria nella sorveglianza dello stato di salute della popolazione e conseguentemente nella programmazione di idonei interventi di medicina preventiva.

L'applicazione del metodo epidemiologico è essenziale nel campo della programmazione e della valutazione dei servizi sanitari.
I requisiti costitutivi di un valido studio epidemiologico di mortalità sono usualmente i seguenti:
a) la conoscenza di un denominatore e di un numeratore adeguati;
b) la qualità controllata dei dati raccolti;
c) un'attenta e cauta interpretazione dei risultati, che spesso richiedono ulteriori studi ed indagini approfondite.

I dati informativi sulla mortalità se da un lato costituiscono solo una parte delle conoscenze necessarie ad un'idonea programmazione, dall'altro lato rappresentano uno dei flussi di informazione consolidati maggiormente disponibili ai diversi livelli del Sistema Sanitario Nazionale.

Tali informazioni, infatti, sono sorgenti di alcuni tra i fondamentali indicatori dello stato di salute della popolazione:
- quozienti di mortalità specifici per sesso, età e cause di morte;
- quozienti di mortalità perinatale ed infantile;
- speranza di vita.

Il primo passo da compiere consiste nell'individuazione degli obiettivi a cui far tendere l'utilizzazione orientata alla programmazione sanitaria delle informazioni relative alla mortalità.

Questi obiettivi possono sinteticamente essere riassunti in:
a) orientamento alla prevenzione;
b) allocazione delle risorse;
c) valutazione qualitativa dei servizi.

Ai fini di programmare l'orientamento volto alla prevenzione rimane prioritario:
- individuare un ristretto campo di osservazione, depurando tutta la casistica di mortalità da quei casi riferiti a cause per le quali non si conoscono i fattori di rischio e le modalità di prevenzione;
- indirizzare l'analisi su classi di età intermedie, in quanto l'andamento dei fattori di rischio si riflette, probabilmente, proprio su queste classi;
- analizzare le cause di morte prescelte esaminando l'andamento diacronico, al fine di conoscere e precisare la tendenza evolutiva del fenomeno.

Tali presupposti possono porre le basi per interventi sanitari mirati la cui efficacia sia giudicabile anche mediante lo studio della mortalità e della sopravvivenza.
Molti sono i fattori da cui dipende la qualità delle statistiche relative alla mortalità. La scheda di certificazione di morte rappresenta un documento basilare nella determinazione qualitativa delle statistiche di mortalità: il certificato di morte nosologico - oltre a costituire un atto legalmente dovuto da parte del medico curante - include un contenuto informativo-sanitario di notevole validità epidemiologica potendo costituire una fonte importante di dati utilizzabili per la costruzione di indicatori dello stato di salute di una popolazione.
A tal fine, per una corretta compilazione nosologica sono state definite precise regole di indirizzo da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), riprese dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).
Le statistiche ufficiali ISTAT essendo basate sulle schede specifiche compilate per ogni caso di decesso possono definirsi complete, pur presentando due limiti: vengono pubblicate dopo un lungo intervallo di tempo dalla raccolta del dato (latenza)

e non offrono sempre disaggregazioni utili a livello locale (compattezza).
A livello delle singole Aziende Sanitarie Locali è invece avvertita la consapevolezza della necessità di disporre dei dati relativi alla mortalità in tempi ragionevolmente brevi, utili ai fini della programmazione sanitaria e dotati del massimo grado di disaggregazione, completezza, precisione e accuratezza.
E' fondamentale comprendere se le differenze nella mortalità causate da varie caratteristiche della popolazione (come l'età, il sesso, la razza o la professione) tendano o meno a riflettere similari differenze nella frequenza della malattia: le informazioni così desumibili sono utili ai fini del monitoraggio della salute e della pianificazione della prevenzione.
Si può concludere affermando che "l'analisi delle statistiche di mortalità costituisce per molti scopi un mezzo poco costoso e conveniente per ottenere chiarimenti di ipotesi epidemiologiche, determinando la corrispondenza delle ipotesi e servendo come indice della frequenza di certe malattie nella popolazione" (Lilienfeld et al.).

La seconda metà del Novecento è stata testimone in Italia, similmente a quanto verificatosi in tutte le nazioni ad elevato sviluppo socio-economico, di profondissime modificazioni degli assetti socio-demografici e delle condizioni economico-politiche, passando dalla società prevalentemente agricola del secondo dopoguerra (con il boom demografico dei primi anni Sessanta) alla società industriale avanzata degli inizi del terzo millennio (con la stasi demografica rappresentata dalla crescita zero).
La suddetta evoluzione ha avuto come conseguenza un netto cambiamento nel tipo di patologia prevalente nel nostro Paese, con la drastica caduta delle malattie infettive (malattie trasmissibili) e l'innalzamento delle patologie cronico-degenerative (malattie non trasmissibili) comprendenti le neoplasie maligne.
L'importante riduzione della mortalità e della morbosità per malattie infettive - che in alcuni casi si è spinta sino alla eradicazione di patologie, quali il vaiolo - è stata il naturale risultato derivante dall'applicazione sistematica di misure di prevenzione immunitaria (vaccinazioni) e dal consistente miglioramento del tenore di vita e delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione in generale.

L'introduzione in chemioterapia prima dei sulfamidici e poi degli antibiotici ha ulteriormente migliorato il quadro della patologia infettiva: si è infatti raggiunto un netto miglioramento della prognosi, ottenendo così una notevole diminuzione della letalità.
Se all'inizio del Novecento la mortalità da malattie infettive - la patologia di gran lunga prevalente in Italia - assommava a 333.731 casi certificati nel 1903, alla metà del secolo scorso (1955) era già scesa a 43.890 casi, per ridursi a 21.134 casi nel 1978, a 2.263 casi nel 1985 e a 3.177 casi nel 1997.

La marcata contrazione della mortalità è stata accompagnata da un indice di natalità mantenutosi almeno per i primi due terzi del Novecento su livelli consistenti: la compresenza di questi due fenomeni demografici ha comportato sia una crescita dimensionale della popolazione italiana che un suo progressivo invecchiamento. La popolazione italiana è circa raddoppiata durante il XX secolo, la vita media è passata dai 47 anni circa del 1910 agli oltre 80 anni medi attuali (79 uomini; 84 donne).

Tutti i citati fattori hanno costituito il presupposto per un radicale cambiamento della patologia prevalente nella popolazione italiana: se un tempo, infatti, la grande diffusione epidemiologica di malattie infettive caratterizzava una mortalità elevata nelle età infantili e giovanili, si è gradualmente vissuto il passaggio a patologie di tipo cronico-degenerativo peculiari di (o preponderanti in) età avanzate quali cardiopatie ischemiche, cerebrovasculopatie, malattie dismetaboliche, broncopneumopatie croniche ostruttive e neoplasie maligne.

Un ruolo non trascurabile nell'intensificarsi dell'occorrenza di tali patologie è derivato da molteplici fattori eziopatogenetici o di rischio di tipo ambientale e comportamentale che svolgono un'azione additiva e sinergica di tipo multifattoriale, quali l'inquinamento degli ambienti di vita e di lavoro, le abitudini e gli stili di vita scorretti, le abitudini alimentari inappropriate, la sedentarietà.
Per tali motivi si assiste al progressivo incremento della patologia non infettiva: la mortalità ad essa ascritta si è più che sestuplicata dal 1903 al 1985, presentando 76.407 casi nel 1903, 170.293 nel 1955, 246.521 nel 1978, 487.176 nel 1985 e 521.614 casi nel 1997.
L'effetto conseguente più rilevante consiste nel fatto che le malattie cronico-degenerative rappresentano da anni la percentuale preponderante della patologia che affligge la nostra popolazione, sia per diffusione che gravità dei quadri clinici correlati; esse risultano difficilmente guaribili e possono indurre complicanze invalidanti determinando un'ulteriore estensione della loro prevalenza che porta a costi socio-sanitari sempre più elevati.
Questo gruppo di malattie acquista un rilievo del tutto particolare anche dal punto di vista economico-sociale: si tratta del problema presente più pressante e di difficile soluzione per la Sanità Pubblica e per la Finanza Pubblica del nostro Paese. La difficile guarigione indica nella Prevenzione Primaria l'arma più efficace per contrastare questo fenomeno.

L'evidenza consolidata dell'assoluta preponderanza delle malattie dell'apparato circolatorio seguite al secondo posto dai tumori maligni indica che gli interventi sanitari dovrebbero primariamente essere indirizzati soprattutto verso le malattie cardiovascolari e le neoplasie maligne, che da sole comprendono i quasi tre quarti della mortalità complessiva italiana.

Un forte decremento nella mortalità per malattie cardiovascolari è stato osservato in Italia, in particolare per le cardiopatie ischemiche, dal 1980 ad oggi; tuttavia tali patologie restano una delle principali cause di mortalità e di morbosità in tutte le aree del nostro Paese.

I tumori maligni sono la seconda più diffusa causa di morte e sono la prima causa di morte nella popolazione italiana di età compresa tra 0 e 64 anni: i più frequenti tumori tra gli uomini sono il tumore del polmone e quello del colon-retto, tra le donne quello della mammella, pur considerando che screening di massa specifici per le varie età della donna sono stati introdotti con successo in molti Paesi, determinando una riduzione nella mortalità per cancro mammario.

Claudio Rabagliati,
Responsabile Struttura
"Coordinamento e Supporto PePS
Profili e Piani di Salute" - ASL AL

Qualità dell'ambiente fisico come investimento in salute umana nostro e delle future generazioni

L'ambiente fisico rappresenta uno dei determinanti più rilevanti interagenti con la salute umana

L'adattamento ambientale

Agli inizi degli anni Settanta del XX° Secolo ci si accorse che, per la prima volta da quando esisteva l'uomo, a causa dello sfruttamento selvaggio delle foreste, si era rotto l'equilibrio tra produzione e consumo di ossigeno. Cioè nell'atmosfera si creava un accumulo di anidride carbonica potenzialmente in grado di alterare il clima della terra.
Non solo: i processi naturali risultavano del tutto sovvertiti dall'intenso sfruttamento delle materie prime e la Terra non sarebbe più stata in grado di autorigenerare quello che veniva consumato.

Il clima della Terra

La climatologia studia le cause che caratterizzano i diversi climi e, per conseguenza, le forme di vita nelle diverse regioni della superficie terrestre. Si determina il clima di una regione mediante la costante osservazione della forza e della direzione dei venti dominanti, delle condizioni idrometriche dell'aria, della quantità e frequenza delle piogge e, infine, della temperatura media al suolo e della misura delle sue oscillazioni, tra notte e giorno, naturalmente rapportata al variare delle stagioni.
La temperatura del fluido atmosferico varia secondo la latitudine, la direzione dei venti e la prossimità del mare.

Poiché il calore che riceve la Terra diminuisce dall'Equatore ai poli, ne consegue che più sono obliqui i raggi del sole ricevuti da un'area geografica, tanto meno sarà alta la sua temperatura e sarà tanto più bassa quanto più breve è la durata del giorno. All'Equatore, ove la durata del giorno è sempre uguale, la temperatura è quasi costante, mentre è molto variabile nei paesi nordici, dove la durata del giorno varia in relazione al mutare delle stagioni.

Poco sensibile è l'abbassamento di temperatura dovuto alla latitudine; le condizioni climatiche dei paesi aventi la stessa latitudine sono approssimativamente analoghe, se i fattori climatici sono simili.

Le acque degli oceani, essendo più calde dell'atmosfera, soprattutto ai tropici e ai poli, tendono a uniformare e ad elevare la temperatura dell'aria. Questo spiega come ad eguale latitudine i paesi interni dei continenti siano più freddi di quelli che si affacciano sulle coste.

Invece la longitudine ha grande influsso sulla temperatura; le rilevazioni effettuate indicano un abbassamento medio di ½ grado ogni 100 Km. nella zona temperata.

Il termine "desertificazione" fu coniato nel 1927 dall'esploratore francese Louis Lavauden per intendere l'espansione dei deserti esistenti causata dall'avanzamento della sabbia su ecosistemi fragili, degradati, pre-desertici, quali ad esempio le savane. Per "desertificazione" possiamo anche intendere la degradazione delle terre in zone aride, sub-aride e sub-umide secche dovuta a diversi fattori, spesso complessi, tra cui le variazioni climatiche e le attività umane. Numerosi studiosi e scienziati sono concordi nell'affermare che la desertificazione è un fenomeno ciclico, naturale. Da rilevazioni satellitari, si può osservare che, in questo momento, è in atto un regresso delle zone desertiche del Sahara o di alcune parti dell'Australia.
A livello globale la situazione però non è per niente rosea, anzi è in rapidissimo peggioramento. **Pericolose sono le conseguenze dell'effetto serra,** il fenomeno dovuto all'accumulo nell'atmosfera di numerosi gas, causato principalmente dall'uso di combustibili fossili. I principali sono: anidride carbonica (CO_2), metano (CH_4), protossido di azoto (N_2O), idrofluorocarburi (HFC), perfluorocarburi (PFC), esafluoro di zolfo (SF6

Gli effetti dell'inquinamento atmosferico

Per inquinamento atmosferico intendiamo quel complesso fenomeno che descrive la presenza nell'aria di sostanze varie definiti appunto inquinanti, dotate di un'ampia variabilità, ma la cui presenza costituisce una seria minaccia per la salute umana.
Anidride solforosa, ossidi di azoto, ossido di carbonio, ozono e il particolato sono i principali responsabili del fenomeno che comporta la cattiva qualità dell'aria che respiriamo e che è causa di morbilità e incremento della mortalità.
Il componente più studiato è il particolato che può essere originato da cause naturali oppure da fonti antropiche . La sua composizione risulta estremamente variabile e il suo monitoraggio ambientale particolarmente attento, fonte di grande preoccupazione durante la stagione invernale quando costringe gli amministratori al blocco del traffico. Maggiore attenzione dovrebbe essere riservato al monitoraggio delle PM 2,5 e delle ultrafini PM 0,1. Esistono studi che si occupano di caratterizzare il particolato fine sulla base della sua origine e composizione che hanno delle ricadute importanti sul livello di nocività.
L'attenzione particolare dei ricercatori si è incentrata sulle polveri sottili cosiddette PM 10 e PM 2,5, le cui dimensioni sono tali da potere raggiungere le vie respiratorie e nel caso delle più piccole di arrivare ai capillari polmonari per innescare fenomeni reattivi di tipo infiammatorio in grado di incrementare la mortalità per malattie cardiovascolari e polmonari. Si calcola ad esempio che l'incremento nell'aria di 10 µgr/m3 della concentrazione delle polveri sottili incrementa dello 0,4% i decessi a breve termine e del 4% a 4 anni. Le modalità con cui si realizzano gli incrementi

di mortalità sono per quelle a breve termine l'effetto harvesting cioè il rapido deterioramento delle condizioni cliniche di pazienti già malati, nel secondo caso cioè sul lungo periodo si fa riferimento ad un concorso dell'inquinante nella patogenesi.
In quest'ultimo caso tra le cause di morte sono anche da segnalare i tumori dell'apparato respiratorio cui concorrono una serie di inquinanti come i metalli pesanti , il cromo, l'arsenico, il nichel e le fibre di amianto.

A tutt'oggi viceversa non esiste ancora accordo circa la responsabilità del benzene presente nell'atmosfera come diretto responsabile delle leucemie infantili. Pertanto ben venga un più approfondito monitoraggio di questo inquinante per chiarirne le eventuali correlazioni con le patologie ematologiche.

Ancora più generiche sono le indicazioni circa gli effetti sulla salute umana dei PCB i bifenili policlorurati, presenti nell'ambiente e delle diossine, perché mancano studi sistematici. Si conoscono alcuni effetti tossici dei medesimi ma non e esistono studi di correlazione tra la loro presenza nell'ambiente e i danni sul sistema nervoso.
Della diossina si è occupata più approfonditamente la WHO che ha riconosciuto la sua nocività sul sistema endocrino,sullo sviluppo fetale e sull'apparato riproduttivo, stimando il TDI (assunzione giornaliera tollerabile) di circa 1-4 pg/kg di peso corporeo al giorno.
Sarebbe pertanto auspicabile il monitoraggio delle emissioni di questi inquinanti, che consisterebbero di testare le possibili correlazioni con le patologie indicate.
La letteratura su questi argomenti è nel complesso d'accordo nel sostenere che le misure restrittive di breve periodo sono inefficaci allo scopo di abbattere gli inquinanti e che occorrono misure strutturali, spesso impopolari.

L'inquinamento acustico

Riconosciuto finalmente da tutte le istituzioni che il rumore è un inquinante in grado di peggiorare notevolmente la qualità della vita dei cittadini anche la commisione europea ha provveduto a prendere delle iniziative per affrontare il problema.
Il Quinto programma di azione per l'ambiente del 1993 definisce gli obiettivi per la riduzione del rumore per il 2000. La revisione di questo programma nel 1995 , la Commissione ha annunciato l'istituzione di una politica per ridurre il rumore , tra cui il Libro verde è il primo passo .
La Commissione sostiene nel libro verde un approccio globale , integrando tutti i partner locali e nazionali , per motivi di efficienza. Esso offre:

- l'istituzione di una vera condivisione delle responsabilità
- la definizione di obiettivi
- rafforzare la coerenza
- l'istituzione di un monitoraggio dei progressi
- sviluppo di metodi per controllare l'inquinamento acustico.

Il Libro verde affronta per la prima volta il rumore in termini di tutela dell'ambiente. Sono esclusi , la lotta contro il rumore sul posto di lavoro , che è disciplinato dalla direttiva 86/188, sostituita dalla direttiva 2003/10/CEE il rumore detto « vicinato « .

I Rifiuit Industriali e la Salute

I composti inquinanti generati dagli scarti delle lavorazioni industriali provocano problemi alla salute sia se inalati sia se ingeriti .
Rispetto ai rifiuti urbani quelli industriali presentano livelli di tossicità assai maggiori, e si possono dividere in solidi, come le particelle di polvere o le scorie di carbone, liquidi e gassosi, tipici dell'industria chimica.
Il Piemonte produce mediamente 2.200.000 tonnellate/anno di rifiuti urbani mentre la produzione di industriali – sommata agli altri rifiuti speciali- vale circa due volte rispetto a quella dei rifiuti urbani, ma gli scarti industriali sono più facilmente controllabili perché la loro produzione è circoscritta e le industrie che li producono devono provvedere direttamente al loro smaltimento.

Renato Palmiero - rpalmiero@libero.it

I dati che seguono , relativi ai rifiuti industriali per il Piemonte, sono riferiti all'anno 2008 e sono suddivisi per categorie produttive:

Origine del rifiuto	Produzione (t/anno)
Estrazione lavorazione minerali	165.000
Lavorazione legno produzione carta	210.000
Produzione conciaria e tessile	62.000
Trattamento petrolio ,gas, carbone	3.200
Processi chimici inorganici	163.000
Processi chimici organici	79.000
Produzioni vernici, sigillanti, inchiostri	22.000
Industria fotografica	150
Rifiuti inorganici da processi termici	460.000
Lavorazione superficiale metalli e plastica	870.000
Rifiuti inorganici da trattamento metalli	10.500
Apparecchi e veicoli fuori uso	181.000
TOTALE	**2.225.850**

Escludendo i rifiuti urbani, la produzione totale dei rifiuti nel 2008 comprendeva, oltre ai sopracitati industriali anche i seguenti rifiuti speciali non pericolosi DI ALTRA ORIGINE:

Imballaggi, stracci, indumenti protettivi	513.000
Rifiuti assimilabili	268.000
Impianti trattamento rifiuti e acque reflue	1.720.000
TOTALE	**2.501.000**

Si ottiene in questo modo un dato relativo alla somma di rifiuti propriamente detti industriali (2.225.000 t/a) con quelli speciali non pericolosi (2.501.000 t/a) e con quelli pericolosi (810.000 t/a) per un totale di 5.630.000 t/anno.

I rifiuti derivanti dalla produzione agricola piemontese valgono 110.000 t/anno.

Si possono calcolare a questo punto alcuni degli indicatori parametrici richiesti.
1. quantita' dei rifiuti industriali / totale rifiuti prodotti
2.225.850 : 5.630.000 = 0,39 = 39 %
2. quantita' di rifiuti agricoli / totale rifiuti prodotti
110.000 : 5.630.000 = 0,019 = 1,9 %
3. quantita' di rifiuti di altra origine / totale rifiuti prodotti
2.501.000 : 5.630.000 = 0,44 = 44 %

Stili di vita, dipendenze e salute

Gli stili di vita, compresi quelli correlati all'uso di sostanze o comportamenti che inducono dipendenza, hanno un impatto considerevole sullo stato di salute di una popolazione, sia per l'entità dei danni correlati che per la percentuale di popolazione coinvolta.
Bisogna inoltre rilevare, che il comportamento della popolazione generale incide in modo direttamente proporzionale sul comportamento di quella fascia di popolazione che ha sviluppato o svilupperà danni correlati.
Da un punto di vista epistemologico il rilievo precedente si basa sulla presa d'atto che gli stili di vita determinano i danni, ma non sono la stessa cosa; ovvero il rischio è una condizione della vita che porta a danni con un meccanismo non linearmente determinato; tale affermazione è particolarmente vera sia nei comportamenti complessi (quale ad esempio la guida di un automezzo), che in quelli conseguenti all'uso di sostanze o di comportamenti (legali o illegali), che risentono della pressione di modelli di gruppo o sociali.
Non tutti quelli che entrano in contatto con tabacco, alcol o droghe diventano rispettivamente tabagisti, alcolisti o tossicodipendenti; non tutti quelli che scommettono alle diverse lotterie diventano giocatori compulsivi; non tutti quelli che assumono cibo diventano obesi o anoressici. Il problema vero è che è impossibile prevedere chi svilupperà danni e patologie correlate, perché tutte le situazioni sopra descritte sono multifattoriali e condizionate da modelli sociali e culturali.
Accettare che tutti siamo a rischio e che nessuno può prevedere in modo certo chi un domani svilupperà un danno, significa che se si vuole migliorare lo stato di salute della popolazione, è necessario approfondire lo studio dei comportamenti a rischio e delle frazioni danno correlate, al fine di consentire, a chi compete, di assumere politiche della salute basate su valutazioni scientifiche e non su pressioni delle lobbies di turno.
Per quanto riguarda gli interventi di popolazione, già nel 1950 Lederman aveva dimostrato la correlazione diretta tra la percentuale di consumo di alcol nella popolazione generale e il numero di alcolisti che si sarebbero individuati in quella data popolazione; questa, come altre ricerche, erano state il supporto scientifico dell'OMS, quando nel 1980 aveva varato il progetto "salute per tutti nell'anno 2000" e al target 17 aveva indicato l'obiettivo della riduzione del 25% del consumo di bevande alcoliche in tutta la popolazione, per ridurre il numero di soggetti con danni alcol correlati e i conseguenti costi sanitari e sociali che avrebbero rappresentato.
Nel 1999, il programma OMS "salute 21", aveva maggiormente differenziato gli obiettivi e per quanto riguarda il rapporto con le sostanze psicotrope (legali ed illegali) aveva definito il target 12 in sotto target: 12.1 tabacco – 12.2 alcol – 12.3 droghe illegali (si rimanda al documento completo).
Con la dichiarazione di Stoccolma del 2001, l'Organizzazione Mondiale della Sanità assumeva che le bevande alcoliche erano la prima causa di morte fra i giovani dai 15 ai 29 anni nella Regione Europea (almeno 55.000 morti l'anno).

Il passaggio importante da decisioni dell'organo di ricerca (OMS) a quello politico (UE) è avvenuto, almeno su una parte delle problematiche, nel 2006 la Commissione Europea della Salute (organo tecnico dell'Unione Europea), assumeva alcune conclusioni:

- l'alcol è un determinante di salute, responsabile del 7.4% di tutte le disabilità e delle morti premature nell'Unione Europea (almeno 195.000 morti ogni anno);
- i costi tangibili riferiti al consumo di alcol sono stati stimati in 125 miliardi di euro nel 2003, e di questi circa 59 miliardi di euro riguardano la perdita di produttività derivante da assenteismo, disoccupazione e anni di lavoro persi a causa di morte prematura;
- i costi intangibili dell'alcol (che descrivono il valore che gli individui attribuiscono alla sofferenza e alla morte) all'interno dell'Unione Europea sono stati stimati in 270 miliardi di euro nel 2003.

Da quanto sopra descritto a titolo esemplificativo, appare chiaro che il lavoro della macro area dovrà concentrarsi su più aspetti:

- recuperare ricerche specifiche che aiutino a definire le frazioni di danno correlate ai singoli rischi;
- analizzare i determinanti diretti ed indiretti dei suddetti comportamenti a rischio;
- individuare gli indicatori in grado di misurare i suddetti determinanti e verificare l'esistenza o meno della loro valutazione, nei dati raccolti ordinariamente dalle istituzioni o dagli istituti di ricerca. Tale lavoro dovrà essere svolto in stretta sinergia con le altre macro aree, per gli indicatori di specifica competenza;
- elaborare ipotesi informative, attraverso la correlazione dei dati esistenti;
- sollecitare il mondo scientifico, affinché si pongano in essere ricerche utili a confermare le ipotesi di significato;
- offrire le informazioni ai decisori, ad ogni livello operativo, affinché orientino le politiche di salute, in modo più efficace.

La macro area ha individuato due iniziali aree tematiche di lavoro, che potranno avere ulteriori articolazioni nel prosieguo del lavoro di analisi:

- Area tematica Stili di vita e Salute: che si concentrerà a valutare l'impatto sulla salute della attività fisica, dell'alimentazione, delle attività culturali e sociali, delle relazioni affettive e sessuali;
- Area tematica Dipendenze e Salute: partendo dalla presa d'atto che il termine "dipendenza" determina uno stato conseguente ad un comportamento compulsivo e non ad una malattia, l'area si concentrerà ad approfondire l'impatto sulla salute dell'uso di tabacco, alcol, droghe illegali, uso di farmaci non terapeuticamente motivati, comportamenti di gioco d'azzardo, uso di tecnologie quali internet, cellulare, ecc.

Il lavoro delle aree tematiche dovrà concentrarsi sull'individuazioni dei determinanti e sugli indicatori che li misurino, ma dovrà anche analizzare (o evidenziare gli ambiti che necessitano di analisi scientifiche specifiche) l'impatto che sui suddetti determinanti hanno le differenti culture etniche che sempre più sono rappresentate nella nostra società.

Paolo Barcucci
Coordinatore XI MACROAREA TEMATICA
STILI DI VITA, DIPENDENZE E SALUTE
barcuccipaolofausto@gmail.com

Health Promoting Hospitals

QUANDO L'UTENZA È STRANIERA

L'articolo di Gabriella Martinengo sull'attività del gruppo HPH sull'umanizzazione dei servizi sanitari- accoglienza agli stranieri merita attenzione da un lato perché denuncia la malsopportazione degli immigrati dai Paesi più poveri, ma dall'altro perché rivela anche nell'autrice un atteggiamento assistenziale molto diffuso fra i migliori operatori che contraddice la vera promozione della salute. La salute è un valore positivo solo se costruito da ognuno di noi per noi e per gli altri, non se offerto da chi ci accoglie. Non è frutto della comprensione, ma della condivisione.
Lo straniero non solo parla una lingua diversa, ma vive una cultura diversa per cui certi suoi atti che ci disturbano non devono essere tollerati, ma compresi nel loro significato. Non sono loro a soffrire di solitudine e di paura, siamo noi, benevoli nei loro riguardi, ma non capaci di condivisione, isolati nei nostri schemi che ci rendono incapaci di comprendere l'altro sia esso connazionale o straniero, che ci permettono di convivere meglio con chi condivide le nostre convenzioni, ma che in realtà non sono espressione di amore verso nessuno.
Quanto cammino ci tocca ancora fare verso una cultura della salute!

Luigi Resegotti - cipes@cipespiemonte.it

Il gruppo di lavoro umanizzazione dei servizi sanitari-accoglienza ai cittadini stranierei, coordinato dalla Dott.ssa Giuseppina Viola, nell'ambito della Rete HPH del CIPES Piemonte, da anni opera nell'ambito della sensibilizzazione degli operatori sanitari sul tema dell'interculturalità. Il lavoro di questi anni è nato dal confronto delle esperienze di varie Aziende Sanitarie e di varie professionalità oltre al contributo di Professionisti che hanno aiutato a focalizzare le criticità e i bisogni degli operatori e dei cittadini.
A tal fine sono stati creati, nel corso degli anni, dei gruppi di studio e sono stati proposti corsi di formazione a circa 500 operatori della sanità. Nel 2008 sono stati realizzati 3 spot di comunicazione sociale dal titolo "Chi cura si mette in gioco per te" che hanno ottenuto il I Premio di Federsanità 2009. Continuando questo percorso, il 12 ottobre si è svolto il Convegno annuale HPH dal titolo "Gesti di cura e l'incontro con l'altro" articola in una performance teatrale dal titolo "La magia dell'ascolto", tratta dai racconti dei partecipanti ai gruppi di lavoro e relazioni di Esperti del settore.
La performance teatrale è stata realizzata dall'associazione "Persone in Scena", che opera nell'ambito della formazione psico-sociale e che ha realizzato, partendo dai racconti degli operatori, brevi scene cercano di proporre con ironia e leggerezza alcuni momenti critici, mentre i racconti finali vogliono evidenziare i drammi di cui alcuni di questi pazienti sono portatori.
Chi sono gli stranieri che generano problemi? Il primo pensiero non va certo all'ingegnere tedesco o al ricercatore statunitense e nemmeno allo studente del Politecnico, ma sicuramente si pensa alle fasce sociali più povere dei Paesi Arabi o Africani oppure dei Paesi Slavi, Sudamericani, Cinesi. Con loro nascono malintesi, ostilità più o meno evidenti, a volte veri e propri attriti.
Sono i "parenti poveri", quelli che sopportiamo malvolentieri e che preferiremmo non avere intorno, sono quelli che non capiscono, che non capiamo e che non abbiamo tempo di ascoltare. Sono quelli che ci provocano anche problemi normativi perché spesso non sono in regola. Sono quelli che ottengono le cure gratuitamente e che passano senza rispettare il loro turno provocando la rabbia di chi è in coda.

Perché si vestono così?
Perché arrivano tutti insieme? Perché non si attengono alle regole?
E quanti altri perché non esplicitati, quanti pensieri di cui a volte ci si vergogna. Eppure all'interno dei tanti aneddoti descritti vi sono anche dei momenti di dolcezza, di umorismo, di gratitudine. Che ci piaccia o no i flussi migratori fanno ormai parte della nostra realtà quotidiana e le nascite, le malattie, gli infortuni e i decessi riguardano anche queste popolazioni, con le inevitabili conseguenze sul complesso mondo sanitario.
Oltre alle difficoltà generate da usi, costumi e lingue diverse è emerso il problema della solitudine.

Nel nostro Paese queste persone si ritrovano sole ad affrontare un contesto organizzato in maniera diversa dai loro luoghi d'origine in cui, come sempre, i più "furbetti" riescono a districarsi ma molti altri non sanno cosa fare e spesso la confusione degenera in aggressività.
Questo lungo percorso di sensibilizzazione non è terminato, non si è giunti a miracolose soluzioni, ma forse il fermarsi a fare il punto della situazione, il divenirne consapevoli, può attenuare alcuni atteggiamenti di rifiuto e far bene all'intero sistema.

Gabriella Martinengo
padupa@libero.it

L'attività della Rete HPH Piemonte nel biennio 2009-2010

Il Programma OMS "Ospedali e servizi sanitari che promuovono la salute" (HPH), mira ad incorporare i concetti, i valori e gli standard di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell'ospedale, a beneficio del personale, dei pazienti e dei loro congiunti e sostenendo un ambiente sano. La promozione della salute, che comprende l'attenzione alla sicurezza e alla qualità della vita del paziente e il perseguimento dell'efficacia ed efficienza dei servizi, è oggi considerata, a livello europeo, uno degli elementi che maggiormente influenzano la qualità dei servizi ospedalieri. Le politiche di promozione della salute rappresentano anche uno dei più importanti strumenti per contrastare il crescente impatto delle patologie cronico-degenerative. Operativamente la rete europea degli ospedali che promuovono la salute si propone di:

- Promuovere negli ospedali e nei servizi sanitari una cultura e un approccio interdisciplinare e un sistema decisionale trasparente che preveda un coinvolgimento attivo di pazienti e rappresentanti degli utenti dei servizi
- Evidenziare i risultati raggiunti dagli ospedali e dai servizi della rete in tema di promozione della salute e consentire uno scambio di esperienze tra gli ospedali partecipanti
- Valutare le attività di promozione della salute nei servizi sanitari e promuovere in questo settore un approccio basato sulle prove di efficacia
- Inserire standard e indicatori di promozione della salute nei sistemi di gestione della qualità dei servizi sanitari ospedalieri ed extraospedalieri.

La Rete HPH della Regione Piemonte

In Piemonte la Rete HPH si è ufficialmente costituita, a seguito dell'invito all'adesione da parte del Coordinatore nazionale Carlo Favaretti a Sante Bajardi, 13 anni fa, quando il 26 giugno del 1997 si è tenuta la prima conferenza Regionale Piemontese. L'attività della rete regionale si è poi sviluppata sulla base della programmazione internazionale in due cicli 1998-2002 e 2003- 2006, con una crescente partecipazione da parte di Ospedali e Aziende Sanitarie Piemontesi. Il ciclo di attività 2003-2006 si è chiuso il 20 febbraio 2007 con la realizzazione, presso il Centro Congressi della Regione Piemonte a Torino, della Conferenza Regionale della Rete in cui sono state presentate le iniziative svolte e sono state poste le premesse per il nuovo ciclo di attività 2008-2011. Il quadriennio in corso ha visto la partecipazione di tutte le aziende sanitarie regionali e di alcuni presidi, che stanno realizzando progetti ospedalieri e territoriali. La attività della Rete HPH si è sviluppata in base a quanto previsto dalla determina n. 153 del 27 novembre 2007, con la quale sono state indicate le linee di indirizzo della rete, ossia:

I progetti attivati

Standard HPH L'attività del gruppo di lavoro sugli Standard HPH si proponeva di sperimentare l'applicazione del manuale e degli standard HPH internazionali in un campione di dipartimenti e di servizi sanitari presenti nelle 17 aziende sanitarie aderenti per confrontarne l'applicazione. Il gruppo di lavoro ha trovato un'integrazione con il programma regionale di Accreditamento istituzionale, coordinato dall'ARESS, proponendo e concordando l'inserimento di alcuni requisiti, relativi alla promozione della salute, nell'Accreditamento Regionale. Il Manuale di autovalutazione HPH contenente i requisiti di un Ospedale che promuove la salute rappresenta un documento di grande importanza, che offre a tutti gli ospedali della rete internazionale la possibilità di confrontare il proprio operato con standard internazionali di promozione della salute, standard spesso non considerati dai tradizionali sistemi di certificazione e di accreditamento degli ospedali.

Il manuale è stato sperimentalmente adottato da 11 ospedali della rete regionale, i risultati dell'autovalutazione sono stati presentati alla conferenza Internazionale di Manchester (14- 16 aprile 2010) riscuotendo un notevole interesse. Nei prossimi mesi il gruppo di lavoro intende sviluppare sulla base delle criticità evidenziate dall'autovalutazione un progetto di miglioramento per coinvolgere tutti gli ospedali partecipanti al progetto

Coordinatore: Dr. Angelo Penna

Ospedale e territorio senza dolore: è stata creata un'area dedicata del progetto ospedale e territorio senza dolore su sito del CIPES Piemonte contenente una breve storia del Progetto HPH "Ospedale senza dolore" e la raccolta delle cosiddette "best practice" su tale argomento da parte delle ASL e ASO aderenti alla rete del gruppo di lavoro. Si è proceduto a una ricerca mirata sui corsi di formazione presenti più significativi e efficaci già effettuati e/o in corso di effettuazione per studiare la strategia migliore da portare avanti come gruppo di lavoro HPH Ospedale senza dolore. Sono state raccolte e esaminate le schede di valutazione del dolore più utilizzate nelle aziende, fino ad arrivare a scegliere quelle che vorremo fossero diffuse in modo uniforme nelle varie ASL e ASO della Regione Piemonte. E'stato perseguito un rapporto costante con la Referente del Comitato Regionale Ospedale senza dolore con la promessa di condividere a livello regionale nei comitati Ospedale senza dolore alcune iniziative intraprese dal nostro Gruppo di lavoro HPH in modo da non sovrapporsi ma lavorare in maniera integrata. Nel 2010 il gruppo ha inoltre promosso: 1) la raccolta delle "best practice" su tale argomento da parte delle ASL e ASO aderenti alla rete del gruppo di lavoro, 2) la formazione continua degli operatori sulle problematiche relazionali e tecniche, 3) l'elaborazione di protocolli e di procedure specifiche per il trattamento del dolore in Ospedale e sul territorio scegliendo alcuni argomenti di interesse comune: (dolore in DEA, dolore oncologico, dolore post operatorio, dolore cronico non oncologico), 4) la valutazione delle schede del dolore più utilizzate nelle aziende.

Figura 1: Il manuale degli standard della Rete HPH internazionale

Coordinatore: Dr.ssa Carla Bena

Integrazione Ospedale territorio: Nell'ambito dei progetti della rete degli Ospedali che promuovono salute (Rete HPH) a inizio 2009 si è costituito un nuovo gruppo di lavoro ospedale territorio a cui partecipano operatori provenienti da 19 aziende sanitarie della Regione che, con cadenza mensile, si riuniscono per dibattere il tema dell'integrazione e della continuità assistenziale. Il gruppo è composto da medici, assistenti sociali, coordinatori infermieristici delle attività territoriali e ospedaliere. Tra i diversi obiettivi individuati che speriamo di realizzare nel periodo di incarico, il principale è quello di definire i criteri di un percorso ideale di assistenza ai pazienti fragili e a maggior complessità basandosi su ricerca, studio e condivisione di EBM, linee guida e buone pratiche già esistenti o in fase di sperimentazione. La messa in rete delle informazioni è supportata dal Cipes, che ha dedicato una pagina web specifica al pro-

getto. A supporto della conoscenza delle diverse realtà locali è in corso una ricognizione a partecipazione volontaria inerente le modalità organizzative messe in atto per garantire la dimissione protetta e la continuità assistenziale nelle aziende partecipanti al gruppo di lavoro. Si segnala inoltre l'area dedicata a tale tematica nel sito del Cipes che ha l'obiettivo di poter essere lo strumento di arricchimento grazie al contributo di tutti gli operatori del settore.

Coordinatore: Dr.ssa Maria Grazia De Rosa

Umanizzazione Accoglienza agli stranieri Obiettivi del progetto sono: 1) accrescere le competenze dell'interculturalità degli operatori sanitari (2008-2010), 2) Promuovere la cultura della promozione e prevenzione della salute nelle comunità straniere (2010-2011) In una prima fase si è proceduto ad una mappatura dei progetti esistenti nelle singole aziende in tema di accoglienza agli stranieri, per evitare di sovrapporre le iniziative del gruppo con quelle già avviate dalle singole aziende. E' stato realizzato il 12 ottobre us presso l'Istituto Sociale a Torino un seminario dal titolo "Gesti di Cura e Incontro con l'Altro" nell'ambito del quale è stata anche utilizzata la metodologia della performance teatrale con la partecipazione di "PersoneInScena". In collaborazione con i leader di comunità straniere e mediatori culturali presenti sul territorio si intende intraprendere un processo di empowerment con i cittadini stranieri volto ascoltare i bisogni di salute da essi espressi e a promuovere la cultura della prevenzione nelle comunità straniere. I risultati attesi sono: promuovere nella popolazione migrante la conoscenza e un corretto utilizzo dei servizi sanitari presenti sul territorio e aumentare l'adesione ai percorsi di prevenzione della popolazione straniera

Coordinatore: Dr.ssa Giuseppina Viola

Sicurezza Il gruppo sulla sicurezza in ospedale della Rete HPH piemontese, cui attualmente aderiscono 6 ASL e 4 ASO ,segue da alcuni anni le problematiche relative alla sicurezza del posto di lavoro in ambito ospedaliero. Dopo un'analisi preliminare, il lavoro si è concentrato sulla valutazione sul campo dello standard 4 del "Manuale e schede per l'autovalutazione" della rete internazionale PH.
Lo Scopo e gli obiettivi del progetto sono:

1. Definizione di una check list operativa per la autovalutazione dello standard 4,
2. Definizione di alcune azioni di miglioramento per superare le principali criticità emerse dall'esame congiunto dei criteri del predetto standard, per consentirne la piena attuazione nelle Aziende sanitarie che partecipano al progetto,
3. Coinvolgere maggiormente i dipendenti delle aziende sanitarie nelle azioni di promozione della salute

Si è cercato e conseguito il collegamento con l'accreditamento regionale che prevede alcuni requisiti sulla promozione della salute Ad oggi si è ottenuta l'a partecipazione di 9 aziende su 10 che hanno partecipato alle riunioni mensili ed/o elaborato documenti scritti. Il documento finale è stato licenziato da tutti i partecipanti. Sono state identificate 25 possibili azioni di miglioramento, raggruppate in 3 settori:

- procedure di accoglienza e formative per i neoassunti (corsi sulla sicurezza)
- promozione di comportamenti positivi sul luogo di lavoro (attività fisica, benessere organizzativo, esercizi di rilassamento ecc.)
- formazione specifica (Dispositivi protezione individuali, movimentazione dei carichi)

Coordinatore: Dr. Massimo Desperati

Il progetto **Materno Infantile** si è concentrato su due filoni di attività:

- Adozione da parte delle aziende aderenti alla Rete della Carta dei Diritti dell'infanzia promossa dall'UNICEF – e dall'OMS Rete HPH internazionale
- Indagine tra gli ospedali, aderenti alla rete, sul tasso di donne che giungono al parto senza precedenti incontri con i servizi ospedalieri o territoriali ostetrici, come da indicatore previsto dal "Percorso Nascita" promosso dalla Regione Piemonte.

Coordinatore: Dr. Domenico Tangolo

Il progetto sulla **Salute Mentale** rappresenta un filone di attività del tutto nuovo per la rete regionale, anche se esistono da tempo gruppi di lavoro in altre Regioni (Lombardia, Friuli V.G. ecc) e soprattutto una Task force internazionale coordinata dalla Rete Tedesca. Le aziende che hanno sino ad oggi dato la propria adesione a questo progetto sono l'ASL TO3 e l'ASL BI e l'ASO S. Luigi di Orbassano. I rappresentanti delle 3 aziende hanno individuato nel tema della prevenzione dei suicidi un argomento di interesse prioritario e comune tra le aziende. L'ipotesi di lavoro che si sta concretizzando è quella di condividere un protocollo comune, adattandolo agli specifici contesti territoriali e sociali come previsto dai PEPS.
Sono ancora da richiamare gli ulteriori due progetti della rete che attualmente non sono ancora stati operativamente avviati: **Servizi sanitari senza fumo** per il quale si prevede una collaborazione con il PRAT (Piano Regionale Anti-Tabacco) e il progetto sulla Nutrizione nelle strutture sanitarie entrambi già presenti nel quadriennio precedente.

Eventi scientifici nel periodo

- XVII Conferenza Internazionale della Rete HPH: Hospitals and health services without walls Creta 6-8 maggio 2009. 1 presentazione orale e 2 poster
- XIII Conferenza Nazionale della Rete HPH Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la Salute. Reggio Emilia 24-26 settembre 2009. Presenti 15 delegati regionali rappresentativi di 10 aziende sanitarie oltre che di Aress e Cipes Piemonte. I contributi scientifici presentati sono stati: 11 poster, 4 presentazioni orali e una moderazione di sessione.
- XVIII Conferenza Internazionale della Rete HPH Tackling Causes and Consequences of Inequalities in Health: Contributions of Health Services and the HPH Network. Manchester 14-16 aprile 2010. 1 Presentazione orale e 2 poster
- XIV Conferenza Nazionale della Rete HPH Ospedali e Servizi Sanitari che promuovono la Salute. In programma a Villa S. Giovanni (Reggio Calabria) dicembre 2010

Progetto PRICES-HPH

Tra le iniziative scientifiche internazionali va infine ricordato la partecipazione al progetto Prices promosso dal centro OMS di Vienna. Tale progetto si propone di valutare le attività delle reti a livello internazionale, allo scopo di condividere conoscenze e attività e promuovere iniziative di ricerca. 8 aziende hanno formalmente aderito al progetto compilando e inviando il questionario al centro di coordinamento internazionale di Vienna. I dati della ricerca sono stati presentati in forma preliminare alla Conferenza HPH di Manchester

Nei prossimi mesi si prevede ancora di:

- Rinnovare e riunire il comitato direttivo regionale rappresentativo di Assessorato, ARESS, CIPES e Aziende Sanitarie (ASL, Presidi, ASO e ASO Universitarie);
- partecipare attivamente alla attività della Rete HPH sia scientifiche sia organizzative a livello nazionale e internazionale ;
- promuovere la partecipazione degli Operatori regionali alla forma zione finalizzata alla promozione della salute con particolare riferi mento agli obiettivi della rete HPH, prevedendo la realizzazione di una rete di formatori per ciascuna azienda e modalità formative omogenee e coerenti con la programmazione regionale;
- promuovere l'attività di ricerca sui servizi ospedalieri e territoriali finalizzata alla promozione della salute
- svilluppare e dare piena attuazione alla sezione HPH del sito della Cipes
- essere presenti periodicamente sul Notiziario Promozione Salute con circa 4 pagine dedicate all'attività della Rete sia in Piemonte che nazionale e internazionale

La Rete HPH si integra naturalmente con le altre Attività sulla Promozione della salute del Cipes in particolare la Rete per la Salute e il Centro IUHPE

Angelo Penna
Coordinatore Regionale Rete HPH

I DETERMINANTI SOCIALI DELLA SALUTE

- Il fattore Istruzione - (1)

Come è noto, il dibattito internazionale sui determinanti sociali della salute ha ricevuto un considerevole apporto dagli studi e dalle ricerche condotte tra il 2005 e il 2008 dall'OMS, attraverso un'apposita Commissione presieduta dall'inglese Michael Marmot, nella quale l'Italia era rappresentata da Giovanni Berlinguer. Il Report conclusivo, uscito nel maggio 2008, venne illustrato e commentato a Torino, praticamente in tempo reale, da un prestigioso esponente internazionale dell'analisi sociale nel campo della salute come Vicente Navarro, nel corso della sua relazione magistrale all'8^Conferenza dell'International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). Questa Conferenza sancì lo stretto legame tra IUHPE e CIPES e, con il sostegno della Regione Piemonte, della Provincia e del Comune di Torino, collocò a Torino, (Corso San Maurizio 4), la sede IUHPE per lo sviluppo di interventi mirati nell'area mediterranea. Il Report citato, e gli approfondimenti che in alcuni contesti ne sono seguiti (notevoli i contributi di Giuseppe Costa, del Dipartimento Sanità Pubblica dell'Università di Torino e di Gavino Maciocco, dell'analogo Dipartimento dell'Università di Firenze, e dei loro collaboratori), hanno messo in evidenza che le disuguaglianze sociali stanno alla base della maggiore o minore morbilità e della speranza di vita non soltanto a livello mondiale (gap tra paesi sviluppati e paesi sottosviluppati), ma anche all'interno di ogni paese.

Professor Sir Michael Marmot, Chair of WHO Commission on Social Determinants of Health with Lord Mayor, Cllr Naomi Long and Dr Bernadette Devlin, Chair of Belfast Healthy Cities at the Lecture Celebrating 21 Years of Belfast Healthy Cities

Alla luce di questi orientamenti scientifici, è ormai prassi comune dei ricercatori che si occupano di salute ripartire i coefficienti di morbilità tra le popolazioni in base al livello del loro status socio-economico, occupazionale, lavorativo, ambientale, fattori sui quali gioca un ruolo essenziale il titolo di studio acquisito.

In Italia

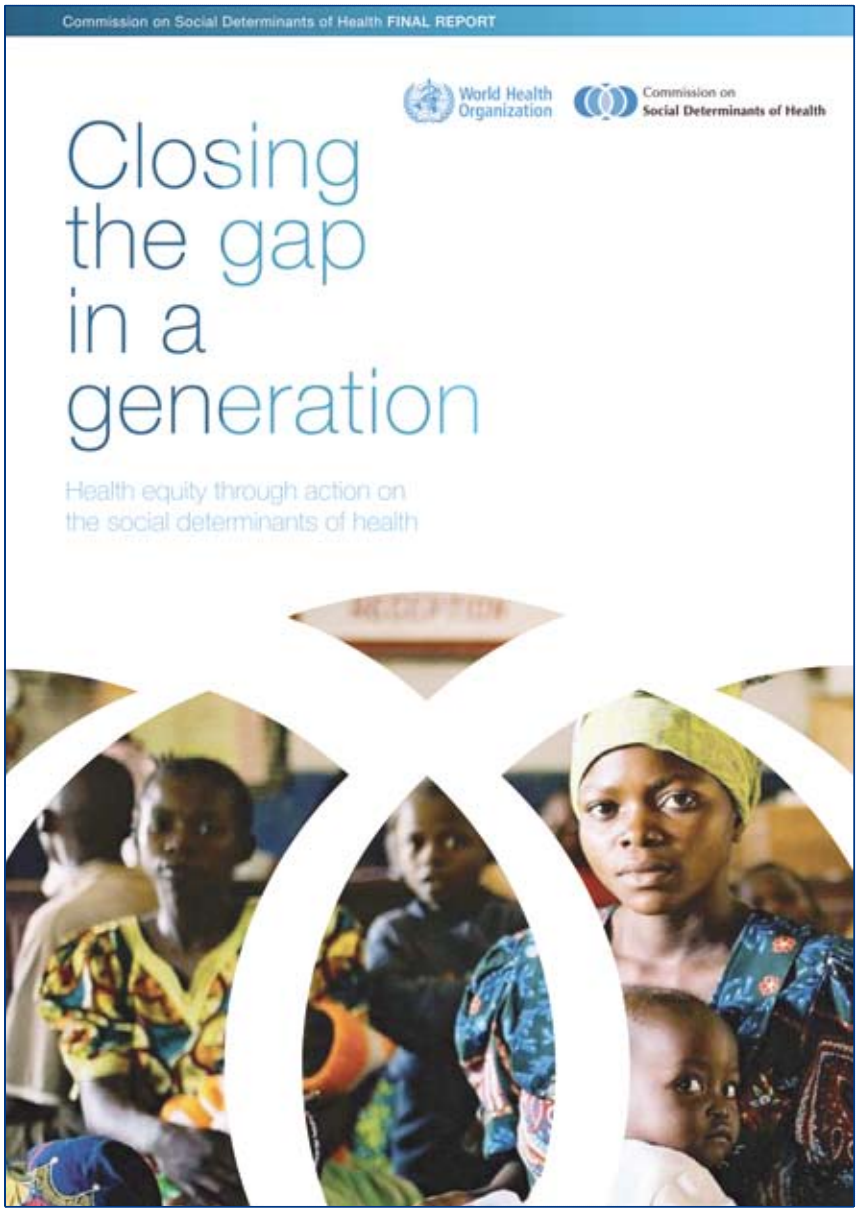
Dai dati raccolti in Italia, dove è presente ormai da 30 anni un buon sistema sanitario universalistico, risulta ampiamente documentato quanto i fattori citati condizionino in modo rilevante le traiettorie di vita.

Per quanto concerne le disuguaglianze nel campo dell'istruzione, nell'arco degli ultimi anni questa rubrica ha cercato di mettere a fuoco la situazione endemica di mortalità scolastica che caratterizza il nostro Paese, Piemonte compreso. Il nostro sistema scolastico a canne d'organo, strutturato cioè per incanalare la stragrande maggioranza dei figli dei lavoratori e della fasce deboli della popolazione fuori dai Licei, dopo la terza media perde per strada tra il 30 e il 40 per cento dei suoi allievi a seguito di abbandoni e bocciature seguite da abbandono anche negli anni successivi alla legge voluta dall'ultimo governo Prodi, che ha innalzato l'obbligo a 16 anni. Questo avviene non solo nel disinteresse generale dei vari "riformatori" della scuola italiana ma anche dei loro critici. Infatti, i diversi rilievi si appuntano su aspetti circoscritti delle "riforme" poste in essere dai governi, trascurando il fatto che gli indici paurosi della mortalità scolastica degli istituti professionali preesistevano alle riforme di questi anni, e dalla "riforma Moratti" (a.s. 2003/04) in poi caratterizzano anche gli istituti tecnici, dove, analogamente agli istituti professionali, vengono incanalati gli allievi definiti "difficili", mentre gli altri vengono orientati verso i licei, compresi i cosiddetti licei tecnologici, che accolgono oggi molti buoni studenti che un tempo si iscrivevano agli istituti tecnici. Per non parlare della dispersione che caratterizza i cosiddetti corsi del "diritto-dovere" istituiti dalla Moratti presso gli Enti di formazione professionale per la prosecuzione degli studi dopo la terza media, in quanto i dati effettivi non sono disponibili.

Quali reazioni di fronte a questi fenomeni? Se dall'interno del mondo della scuola non sono emerse sinora contestazioni all'organizzazione a "canne d'organo" del sistema scolastico italiano, che disperde ogni anno migliaia di giovani che appartengono essenzialmente alle classi sociali che un tempo venivano chiamate "inferiori", non risultano neppure significative prese di posizione da parte degli studiosi del mondo dell'educazione. E non si registrano significative prese di posizione neppure da parte di coloro che, nell'ambito delle professioni sanitarie, hanno acquisito piena consapevolezza degli esiti negativi che un basso livello di istruzione comporta nell'ambito della salute anche in un contesto in cui è attivo un sistema sanitario di particolare valore come il nostro.

In Gran Bretagna

Un'interpretazione di questo silenzio è stata avanzata recentemente da Iona Heath, medico di base in un territorio inglese molto deprivato, dove si registrano fenomeni di mortalità scolastica analoghi ai nostri. Sul British Medical Journal dell'8 giugno 2010, la Heath rileva che ormai non c'è accademico o professionista in campo sanitario che non documenti la natura e le dimensioni delle disuguaglianze in salute per scriverne su giornali e riviste o parlarne nei congressi. Per contro, una mobilitazione di tutti gli intellettuali consapevoli del fenomeno, a sostegno di una tassazione progressiva della ricchezza, consentirebbe di creare le condizioni per investimenti sociali tali da consentire a tutti i cittadini di conseguire importanti risultati nei campi essenziali della vita, con particolare riferimento ai livelli di istruzione. Al riguardo, l'autrice mette a confronto i dati OCSE della Svezia, paese dove è in atto tale tassazione, con quelli della Gran Bretagna, che è lontana da tale opzione.



Colmare il divario in una generazione: dell'equità nella salute attraverso l'azione sui determinanti sociali della salute

Negli Stati Uniti

Anche negli Usa è in corso un vivace confronto su queste tematiche, promosso dalle riviste che si occupano di prevenzione e di sanità pubblica. Ad esempio, la rivista Preventing Chronic Disease–Public Health Research, Practice and Policy- dal 2007 ha avviato un dibattito sulla necessità che i professionisti della salute pubblica assumano la riduzione progressiva dei drop out come obiettivo prioritario nell'ambito delle azioni per la salvaguardia della salute pubblica. I contributi ricevuti sottolineano l'importanza di investimenti sociali mirati a creare migliori condizioni di vita e di lavoro per gli strati poveri della società americana, affinché tutti i giovani possano fruire effettivamente delle opportunità formative del sistema scolastico. Dal dibattito in corso emerge l'importanza che gli investimenti strutturali in campo sociale, giudicati prioritari, vengano accompagnati dal completamento della riforma del sistema sanitario USA avviata da Obama e da una riforma del sistema scolastico, in particolare della scuola secondaria. Anche negli USA, infatti, proprio questo livello d'istruzione (Senior High School) fa registrare tassi di abbandono che pregiudicano la capacità degli individui di adottare stili di vita funzionali alla salvaguardia della loro salute. In particolare, viene sottoposta a critica l'impostazione assunta da Bush sin dal suo primo mandato, e tuttora operativa, di sottoporre gli studenti a test di lingua e di matematica dai cui esiti discendono drastici provvedimenti per i docenti: chiusura di scuole, licenziamenti di tutto il personale, gestioni private di scuole pubbliche (charter schools).

Poiché il ministro Gelmini si sta muovendo proprio in tale direzione (vedi prove obbligatorie INVALSI già realizzate nel corso degli esami di terza media del giugno 2010 e annuncio di analoghe prove per tutti gli ordini scuola), sarà interessante esaminare da vicino gli esiti disastrosi che un apparente efficientismo ha determinato negli USA e conoscere gli orientamenti alternativi elaborati in quel Paese per contrastare la mortalità scolastica e tutelare la salute delle nuove generazioni. Nei prossimi numeri di Promozione Salute affronteremo quindi queste tematiche, anche con interviste a testimoni privilegiati italiani e stranieri.

Guido Piraccini
guido.piraccini@libero.it

A.S.L. VC Azienda Sanitaria Locale di Vercelli

Progetto: "I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella promozione della sicurezza stradale"

Negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione rivolta alle abitudini preoccupanti di consumo di alcol dei giovani. E' sempre più impellente l'esigenza di tradurre in iniziative concrete gli sforzi che le istituzioni da anni pongono in essere per determinare un cambiamento culturale tra i giovani.

Il Piemonte è una delle Regioni a più elevato rischio morte per incidenti stradali. La mortalità si concentra in particolare nelle fasce 15-24 e 25-39 anni.

Nel territorio ASLVC, il fenomeno dell'incidentalità stradale è piuttosto grave: nel 2007, il n. di morti per incidente stradale per 100.000 abitanti è di 10,86 (di gran lunga più elevato rispetto al dato piemontese di 8,91). Da indagini epidemiologiche locali risulta, inoltre, che sono piuttosto diffusi comportamenti relativi alla guida in stato di ebbrezza alcolica soprattutto tra i giovani e giovanissimi.

In tale contesto, l'ASL VC e la Camera di Commercio con la Consulta dell'Imprenditoria Giovanile, di concerto con gli altri soggetti del Tavolo "Alcol e i giovani": Polizia di Stato, Carabinieri, Ufficio Scolastico Provinciale propone l'attivazione del Progetto "I Moltiplicatori dell'azione preventiva nella promozione della sicurezza stradale", allo scopo di creare una rete interistituzionale e interdisciplinare di esperti sul territorio, individuare i possibili "moltiplicatori dell'azione preventiva" (ossia Insegnanti ed istruttori delle autoscuole, Insegnanti impegnati nei corsi per il conseguimento del patentino, Forze dell'Ordine etc), programmare interventi di prevenzione degli incidenti stradali conseguenti al consumo di alcol e sostanze psicoattive rivolti a patentandi, neopatentati e guidatori a rischio.

Indicazione della popolazione target

Target intermedi: Agenti della Polizia Locale e Stradale, Carabinieri, Istruttori e insegnanti di autoscuola, Insegnanti del patentino. Target finali: neopatentati, patentandi, guidatori a rischio.

Obiettivo generale

Prevenzione degli incidenti stradali dovuti al consumo di alcol, farmaci e droghe illegali rivolti a giovani patentandi, neopatentati e guidatori a rischio.

Obiettivi specifici

- Individuare nel territorio vercellese e sensibilizzare-formare i "moltiplicatori dell'azione preventiva" sull'importanza di affrontare con i giovani i rischi connessi alla guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive;
- Fornire ai moltiplicatori conoscenze e strumenti utili per attivare percorsi a cascata di informazione sui temi della guida sotto l'effetto di sostanze
- Costituire una rete locale interistituzionale e interdisciplinare di esperti nell'area della prevenzione degli incidenti stradali.

Soggetti coinvolti

- ASL VC (S.C. Direzione Integrata della Prevenzione, Area Promozione della salute, Dipartimento prevenzione, Dipartimento delle Patologie delle Dipendenze, S.C. Psicologia, Servizio Sociale aziendale)
- Camera di Commercio
- Consulta Imprenditorialità Giovanile
- Enti Locali: Comuni
- Autoscuole del territorio
- Comandi di Polizia Locale, Polizia Stradale e Carabinieri
- Ufficio Scolastico Provinciali Vercelli

Altre agenzie presenti nel territorio

Attività

Il Progetto, finanziato dalla Regione Piemonte, propone l'organizzazione e la realizzazione di percorsi formativi sul tema alcol, sostanze ed effetti sulla guida rivolti ai moltiplicatori dell'azione preventiva individuati nel territorio dell'ASL VC.

Lo sviluppo del percorso formativo si avvarrà di tecniche di didattica attiva e dell'utilizzo di materiali multimediali realizzati nell'ambito del Progetto nazionale CCM "Scegliere la strada della sicurezza 1" (cd-rom e dvd contenenti slide, giochi didattici, filmati, ec) e di altri materiali disponibili specifici per target, per favorire un primo approfondimento relativo al tema della "comunicazione". Al termine di ogni corso sarà distribuito un questionario per una prima valutazione conoscenze-gradimento e verrà consegnata a ciascun partecipante una pen drive con tutti i materiali didattici presentati che potranno essere utilizzati per una ulteriore ricaduta del progetto a livello locale.

Il 1° Corso del Progetto "I Moltiplicatori dell'azione preventiva" si è svolto presso la sede della Camera di Commercio a Vercelli.

I docenti sono professionisti che operano presso il Dipartimento delle Patologie delle Dipendenze ASL VC. Gli Iscritti sono 25: Carabinieri 7 (di cui 6 Vercelli e 1 Borgosesia); Polizia di Stato 3; Autoscuole 5; Polizia Locale 10 (di cui 6 Vercelli, 2 Borgosesia, 2 Santhià). Altri corsi, rivolti in particolare agli insegnanti del patentino, già concordati con l'Ufficio scolastico provinciale, saranno effettuati a partire dal mese di settembre.

Dott. ssa Laura Marinaro
Direttore S.C. Direzione Integrata della Prevenzione ASLVC
laura.marinaro@aslvc.piemonte.it

Franca Beccaria, sociologa in Eclectica, agenzia di ricerca, formazione e comunicazione, insegna Sociologia della Salute alla II Facoltà di Medicina dell'Università di Torino e fa parte del Gruppo di ricerca sull'alcol del Dipartimento di Scienze Sociali.

Italia e Finlandia sono state a lungo citate come esempi paradigmatici di nazioni che presentano modelli di consumo alcolici contrapposti. La prima, caratterizzata da un consumo quotidiano integrato nell'alimentazione, nella convivialità e nelle relazioni sociali, in cui la bevanda prevalente è il vino. La seconda da consumi di spiriti, soprattutto concentrati nel fine settimana o in occasioni speciali, dove l'intossicazione è la finalità principale. Anche le politiche sull'alcol sono state per molto tempo profondamente diverse: in un caso si è privilegiato il controllo della produzione per garantire la qualità dei prodotti, mentre nell'altro allo Stato è stato demandato il controllo, oltre che sulla produzione, anche sulla distribuzione e la disponibilità delle bevande alcoliche. Ma questa contrapposizione è ancora valida oggi? Il libro, attraverso un'analisi critica degli stili di consumo alcolici in due culture del bere molto diverse tra loro, prova a rispondere a tale quesito. L'obiettivo principale dell'indagine è quello di esplorare le differenze dei modelli di consumo nei due Paesi, studiando – in ciascuno di essi – quattro generazioni di uomini e donne. Si perviene così a descrivere i cambiamenti avvenuti in ciascun Paese, con particolare attenzione al rapporto con l'alcol tra i giovani, e a evidenziare, nella comparazione, il persistere di differenze e l'affacciarsi di similitudini. I risultati della ricerca contribuiscono a colmare la carenza di studi sui consumi alcolici nel Sud Europa e sulle differenze rispetto alle nazioni anglosassoni e nord europee e costituiscono uno stimolo al dibattito su quali orientamenti delle politiche dell'alcol a livello europeo e nazionale possano essere considerati più opportuni.

A.S.L. TO3 Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo

Conducenti di ambulanze e velocita': l'ASL TO3 interviene nella formazione sulla sicurezza stradale

Ogni anno percorsi dai conducenti delle ambulanze. 1.300.000 km. per oltre 49.000 interventi

Conducenti di ambulanze, velocità e sicurezza stradale: un abbinamento delicato ed a volte oggettivamente problematico considerato che la velocità di percorrenza a cui vengono lanciati i mezzi di soccorso è quasi sempre medio-alta secondo il livello di urgenza.

Un rischio potenziale e continuo moltiplicato per un numero elevatissimo di trasporti quotidiani: nel solo 2009 nell'area afferente ai 109 Comuni dell'ASL TO3 le Associazioni di Pubblica Assistenza e la Croce Rossa Italiana hanno realizzato oltre **49.562** interventi, per un totale di circa 1.300.000 Km percorsi.

Servizi dedicati all'emergenza ma non solo: le croci infatti effettuano ogni giorno trasporti fra Ospedali, per i dializzati, trasporti terapeutici, per i disabili, il trasporto di liquidi biologici e materiale sanitario ed ovviamente nell'ambito dell'area della rianimazione.

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL TO3, diretto dal **Dr. Nicola Suma**, ha dunque ritenuto, nell'ambito dei Piani Locali di Prevenzione di dedicare ai conducenti dei mezzi di soccorso un Corso di Formazione sulla sicurezza stradale: "Scegliere la strada della sicurezza-Interventi di prevenzione degli incidenti stradali"; l'iniziativa è rivolta a tutte Associazioni di Pubblica Assistenza, alle CRI ed alle altre Istituzioni che effettuano trasporti in ambulanza. Responsabile del progetto formativo è il referente aziendale per la sicurezza stradale
Dr. Enrico Procopio.

Naturalmente la necessità di effettuare una formazione sulla sicurezza non significa affatto che tali trasporti non siano sicuri, né che non venga effettuata dalle associazioni stesse la necessaria formazione ed aggiornamento previsti.
L' obiettivo principale della citata formazione, anche alla luce della recente normativa, è infatti quello di favorire l'acquisizione delle conoscenze aggiuntive utili ad incrementare le capacità critiche rispetto ai rischi connessi alla guida; favorire lo sviluppo di una corretta percezione dei limiti e del rischio evitabile; promuovere l'adozione di comportamenti e stili di consumo salutari.

I corsi sono completamente gratuiti e sono effettuati in collaborazione con l'ANPAS (Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze) e la CRI (Croce Rossa Italiana) e con il Patrocinio dei Comuni sedi del Corso.

Il percorso formativo si terrà dal 16 al 21 ottobre 2010 localizzato in due diverse sedi: **Avigliana** (per il territorio dell'ex ASL 5 e Distretto di Venaria) ed a **Pinerolo** (per il territorio dell'ex ASL 10 più le aree territoriali di Orbassano, Volvera, Rivalta e Piossasco.

Da sottolineare che la formazione in oggetto è stata inserita, come sperimentazione, nel contesto nazionale di accreditamento CCM presso il Ministero della Salute nell'ambito del progetto **"Scegliere la strada della sicurezza"**; tale circostanza ha determinato la scelta di una metodologia formativa che prevede di sensibilizzare e informare conducenti (in questo caso delle ambulanze) sui rischi connessi alla guida mediante la tecnica dell'azione dei **"moltiplicatori dell'azione preventiva".**

In pratica una o più persone vengono incaricate da ogni Associazione di partecipare direttamente ai corsi e successivamente a loro volta, in qualità di formatori, ritornano in Associazione organizzando lo stesso percorso formativo per tutti gli operatori dell'Associazione stessa utilizzando le conoscenze ed il materiale che sarà consegnato in occasione della formazione alla quale hanno partecipato e raggiungendo quindi migliaia di operatori e volontari.

"Abbiamo rilevato che le Associazioni di Pubblica Assistenza e le Croci , nell'ambito della sicurezza stradale sono state in questi anni ben poco coinvolte in programmi di prevenzione e di promozione della salute " sottolinea l'Ing. Giorgio Rabino – Direttore Generale dell'ASL TO3 " questo corso rappresenta pertanto un'occasione in più di coinvolgimento ed un momento di ulteriore collaborazione in un settore, quello della sicurezza stradale nei trasporti in ambulanza, finora non sempre considerato per l'importanza che merita. Intendo cogliere l'occasione di questa iniziativa per ringraziare di cuore tutti gli operatori ed i volontari che quotidianamente prestano la loro opera con professionalità e dedizione alla delicata guida dei mezzi di soccorso".

GLI INCIDENTI STRADALI IN ITALIA

In effetti, al di là di un'area in qualche modo a rischio come quella dei trasporti veloci in ambulanza, la problematica della sicurezza stradale **in generale (non quindi riferita alle ambulanze** ma nella quale si inserisce anche questa iniziativa) presenta dati allarmanti: la mortalità per incidenti stradali, sulla base di recenti dati epidemiologici riguardanti il Piemonte costituisce uno dei principali problemi di sanità pubblica ed è la principale causa di morte per i giovani, in particolare per gli uomini.

Più in generale, a livello nazionale il problema degli incidenti stradali è particolarmente grave in Italia con un tasso di mortalità quasi doppio rispetto ad altri Paesi quali la Gran Bretagna, Svezia ed Olanda con oltre 95 decessi/anno per milione di abitanti.

In pratica ogni giorno in Italia si registrano mediamente **652 incidenti che causano 16 morti e 912 feriti,** con un picco durante il fine settimana. E le cause degli incidenti nella stragrande maggioranza dei casi vanno ricondotte a responsabilità dirette del conducente.

sisp.susa@asl5.Piemonte.it

A.S.L. TO2 Area Ovest

Un centro dedicato ai disturbi alimentari degli adolescenti

Attivato in collaborazione da Neuropsichiatria infantile e Nutrizione clinica

Un ambulatorio per la diagnosi e la terapia dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) dedicato ai ragazzi al di sotto dei 18 anni: è l'iniziativa nata all'Ospedale Maria Vittoria dalla collaborazione della Neuropsichiatria infantile e della Nutrizione clinica e dietetica.
Anoressia nervosa, bulimia nervosa, disturbo da alimentazione incontrollata (BED) sono patologie complesse conseguenti a disturbi psicopatologici che incidono profondamente sulla qualità della vita dei giovani pazienti e delle loro famiglie e che possono provocare conseguenze cliniche anche gravi, come insufficienza renale, osteoporosi, alterazioni cardiovascolari e, in alcuni casi, persino la morte.
Secondo la letteratura scientifica, nei Paesi occidentali il tasso di incidenza dei DCA è in aumento, mentre l'età di insorgenza tende sempre più ad abbassarsi, con casi che riguardano bimbi di 8-10 anni. I dati epidemiologici a livello internazionale indicano, nei paesi industrializzati, una prevalenza tra le adolescenti e le donne adulte dell'1-3 % per la bulimia nervosa e dello 0,5-1% per l'anoressia nervosa, mentre le forme subcliniche, caratterizzate cioè da una minore gravità, colpiscono il 6-10% dei soggetti di sesso femminile. Le statistiche dimostrano inoltre che per quanto riguarda l'anoressia nervosa, durante l'adolescenza il rapporto maschi - femmine è di 1 a 9.
Di qui il progetto varato all'ASL TO 2 presso il Maria Vittoria, che vede coinvolto il Dipartimento Materno infantile - SC di Neuropsichiatria Infantile 1 e la SSD Dietetica e Nutrizione Clinica e che ha portato alla nascita di un Centro di primo livello per la diagnosi e terapia dei DCA.
"Seguiamo un approccio terapeutico multidisciplinare integrato che prevede l'utilizzazione combinata del trattamento nutrizionale e psicoterapeutico ed un eventuale trattamento di supporto per i familiari – sottolinea la dott.ssa Silvia Drago, referente per il progetto presso la SC Neuropsichiatria infantile 1 diretta dalla dott.ssa Maria Baiona – Il paziente segue un percorso ambulatoriale, il che ci consente di mettere in atto un programma terapeutico senza modificare il suo assetto di vita".

I pazienti accedono al Centro (ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile o di Nutrizione clinica) inviati da pediatri di famiglia, consultori familiari, pediatrici e per adolescenti del territorio dell'ASL TO2. Gli specialisti valutano i soggetti per il loro profilo di competenza e, se lo ritengono opportuno, li indirizzano al percorso di cura personalizzato e individuato dalla rete terapeutica.
"Compito della nostra équipe – spiega il dott. Paolo Martinoglio, responsabile della Nutrizione clinica e dietetica - è valutare lo stato nutrizionale del paziente e stabilire il programma terapeutico in ambito nutrizionale, con un costante monitoraggio del suo andamento. Il ruolo del medico nutrizionista e del dietista risulta centrale in un processo che, come nel caso dell'anoressia, deve prevedere la riabilitazione nutrizionale come obiettivo primario".

Piera Marcarino
Ufficio Stampa ASL TO2 - Area Ovest - 011.439.5817 - 38.1731167

A.S.L. BI Azienda Sanitaria Locale di Biella

Conclusa la formazione sulle Comunità di pratica

Sono state presentate a Città Studi due esperienze dell'ASL BI

Il 9 giugno 2010 si è concluso con un seminario a Città Studi **il corso di formazione regionale "Coltivare comunità di pratica in ambito sanitario",** organizzato dalla Struttura Complessa Formazione e Comunicazione diretta dal dott. Vincenzo Alastra. Il percorso formativo è stato gestito in A.S.L. BI **con il supporto del prof. Giuseppe Scaratti e del prof. Cesare Kaneklin della Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano. Vi hanno preso parte circa 40 operatori e facilitatori della formazione provenienti sia dalle AA.SS.RR. del Piemonte, sia da alcune realtà dei servizi socio assistenziali territoriali biellesi insieme a 15 studenti dell'Università Cattolica di Milano**.
Durante la giornata di lavoro sono state approfondite le **caratteristiche delle Comunità di Pratica.** Di fatto si sono scambiate conoscenze su come relazionarsi in ambito professionale e sono stati fatti approfondimenti sulla "coltivazione" della Comunità di pratica. Le attività di gruppo, poi, hanno favorito l'acquisizione degli strumenti capaci di svilupparle all'interno dei contesti professionali ed operativi delle Aziende Sanitarie.

Sono stati attivati anche un confronto e una condivisione sulle principali esperienze in ambito sanitario, presentandone due delle quattro attive nell'Azienda Sanitaria locale: la comunità degli operatori di Nefro-Dialisi, che ha realizzato anche un video presentato dall'Università Cattolica a Boston a un congresso sul tema e la comunità degli Infermieri del territorio dei Distretti.
Le due **esperienze** sono state **presentate da Carola Micheletti** (Infermiera presso l'Emodialisi) **e da Maria Cristina Consolandi** (Infermiera territoriale del Distretto 2), che hanno messo in luce il valore formativo, di sviluppo professionale e di apprendimento organizzativo che la Comunità di Pratica ha significato per il loro Servizio.
Sono attive in A.S.L. BI anche altre due comunità: una tra i coordinatori e gli infermieri del Dipartimento di Medicina e una tra gli operatori del Ser.T. di Biella e Cossato.

Simonetta Coldesina - email: ufficio.stampa@aslbi.piemonte.it

A.S.L. AT
Azienda Sanitaria Locale di Asti

Il Progetto 2Q dimezza gli scarti di cibo consumato in ospedale

I dati sulla ristorazione del Massaia esposti oggi a una delegazione di esperti di Slow Food

Spagna, Irlanda, Gran Bretagna, Francia, Romania, Belgio e Bulgaria: gli esperti europei della nutrizione collettiva, raccolti in un progetto di Slow Food International, hanno conosciuto da vicino una delle eccellenze dell'Asl AT, il servizio mensa e ristorazione del Cardinal Massaia.
Questa mattina, gli operatori internazionali di ristorazione collettiva, che partecipano a "Slow Food in the Canteen", sono stati accolti dal direttore generale Luigi Robino, da Maria Luisa Amerio, responsabile della Soc di Dietologia, dalle dietiste dell'Asl AT e dallo staff delle cucine e del magazzino.
"È sempre stata una questione di qualità", ha detto Robino, introducendo agli operatori la realtà Asl, "abbiamo puntato su uno degli aspetti che più di ogni altro contribuiscono al benessere dei pazienti, al loro percorso di cura. Oggi arriviamo a servire oltre 1700 pasti".
Nel suo discorso, Maria Luisa Amerio ha puntato sulla netta inversione di tendenza con il cambiamento di approvvigionamento nelle mense: "Il nostro punto di partenza è stata la constatazione della diffusa malnutrizione ospedaliera: nel passato, quasi il 60% dei pazienti, durante la degenza, ne soffriva, arrivando addirittura a perdere peso. Questo dipende dall'incidenza della patologia, ovviamente, ma anche dalla bassa qualità della ristorazione. Si arrivava a lasciare il 40% di scarti; oggi si avanza meno del 20% di quanto c'è nel piatto e il rischio malnutrizione è decisamente basso, sotto gli standard per un ospedale medio-piccolo come il Massaia".
La svolta è arrivata nel 2008 con il Progetto 2Q, puntando, a partire dal reparto ortofrutticolo, sulla stagionalità e sul Km 0, ottenendo il duplice effetto benefico di "risparmiare e rafforzare l'economia locale", rileva ancora Amerio. Tre sono i tipi di dieta che il reparto dell'Asl AT profila sui singoli degenti: il vitto comune (per chi non ha nessun problema di alimentazione), le diete standardizzate per le patologie (messe a punto dagli stessi reparti) e quelle ad hoc per chi ha specifiche necessità o problematiche.
Finanziato con fondi Ue, il progetto dell'attiva organizzazione piemontese "European Schools for Healthy" mette in rete 12 istituti di 10 paesi europei per scambiare e confrontare esperienze, a volte, molto eterogenee: "visto il periodo della visita, le scuole italiane sono chiuse ma il Massaia rappresenta un unicum in Italia e in Europa per l'approccio all'alimentazione e l'organizzazione del servizio", commenta una delle responsabili del progetto, Mariagiulia Mariani. "Nella ristorazione collettiva, l'approvvigionamento e la filiera corta, dal campo al magazzino, sono gli stessi, poi subentrano le opportune specifiche".

Dopo la visita ai magazzini e alle cucine, gli operatori hanno potuto verificare di persona il servizio dell'Asl, sedendo a tavola alla mensa aziendale del Massaia.

Davide Cavagnero - Ufficio Stampa e Comunicazione
dcavagnero@asl.at.it – ufficiostampa@asl.at.it

Sconfitta la Leucemia Mieloide

Prof. Giuseppe Saglio
Direttore Dipartimento di Medicina Interna e Responsabile della Divisione di Ematologia dell'Ospedale Universitario San Luigi Gonzaga di Orbassano

Il New England Journal of Medicine , in data 05/06/2010 ha pubblicato online i risultati di uno studio internazionale coinvolgente 217 centri in 35 diverse nazioni del mondo e che ha come principale investigator un torinese, il Prof Saglio,Direttore della Struttura complessa a direzione Universitaria Medicina Interna 2 dell'Ospedale San Luigi di Orbassano.
Lo studio durato due anni evidenzia come una leucemia un tempo mortale come la leucemia mieloide cronica possa oggi essere curata nella grandissima maggioranza dei casi per via orale e senza bisogno di ricorrere al trapianto di midollo, con una sopravvivenza mediana ormai simile a quella della popolazione normale di controllo.
In questo contesto, lo studio coordinato Dal Prof. Saglio ha dimostrato che un nuovo farmaco, il nilotinib fornisce risultati ancora superiori all'attuale terapia con imatinib in termini di efficacia e di tollerabilità della cura. Inoltre l'elevato tasso di "risposta molecolare" osservato fa sperare che la maggior parte dei pazienti possa un giorno smettere la terapia senza rischiare la recidiva della malattia.

S.S. Comunicazione - Informazione
Ufficio Stampa : Dott. Marco SGANZETTA
Tel. 011.9026287 – Cell. 338.2334550 - Fax: 011.9026831
ufficiostampa@sanluigi.piemonte.it

Educare alla Salute nel diabete... Una esperienza nel VCO

Educare alla salute e soprattutto rendere partecipi i cittadini alle decisioni che interessano la propria salute è uno degli imperativi della moderna sanità. Ma educare alla salute significa anche rendere più autonomi i pazienti già affetti da malattia e svincolarli da una sudditanza tecnica e psicologica dal medico referente (empowerment), di solito anche ottenendo una efficacia terapeutica migliore ed una alleanza terapeutica più salda. I medici pediatri sono particolarmente sensibili a queste esigenze e già da alcuni anni sono presenti esperienze relative a "settimane" di incontro di bambini con lo stesso problema, come ad esempio l'asma e il diabete. E' importante peraltro lanciare messaggi di educazione scientificamente corretti, ma contemporaneamente anche ascoltare i genitori: se non si parte da quello che il genitore sa o crede di sapere è poco probabile che le nostre proposte siano poi messe in pratica.

Una di queste iniziative, ma rivolta alle famiglie di bambini con diabete, è nata nel VCO da una idea dell'endocrinologo Prof. Barantani, nel 2008 presidente del Rotary Club Pallanza. Sono stati contattati i referenti pediatri e diabetologi dell'ASL VCO (dott. Guala, dott. Saglietti) ed il diabetologo pediatra referente del quadrante orientale del Piemonte (dott. Cadario).

I bambini con diabete di tipo I nell'ASL VCO sono una quarantina e praticamente tutti sono stati diagnosticati all'esordio dai pediatri di base e/o dalla Pediatria dell'Ospedale Castelli; il centro di riferimento è poi la Clinica Pediatrica dell'Università di Novara e tutti quindi sono conosciuti e seguiti dallo stesso staff e frequentemente i genitori si incontrano negli ambulatori in occasione dei controlli. Vi è quindi storicamente una unità di istituzioni e di medici che lavorano insieme ed in sinergia per lo stesso obiettivo. Non è stato quindi difficile censire i pazienti, contattarli ed invitare tutte le famiglie ad un primo incontro dove sono state illustrate le proposte di intervento.

Si sono offerti un paio di incontri all'anno riguardanti argomenti legati alla patologia in questione, cercando di dare un taglio più pratico che tecnico e soprattutto lasciando ampio tempo a domande che non trovavano spazio negli incontri a tu per tu con il medico referente. Le domande personali erano poi l'occasione per allargare il discorso a tutte le famiglie presenti, rispondendo molte volte a bisogni inespressi ma reali. Il primo incontro si è tenuto il 9 giugno 2008 presso la sede della Fondazione Tonolli a Verbania, una magnifica villa con vista sul lago Maggiore e sede del Rotary Club Pallanza; il Prof. Barantani ed il dott. Cadario hanno parlato della classificazione del diabete e della storia della sua terapia con le caratteristiche dei vari tipi di insulina. Il secondo incontro è stato il 27 ottobre 2008 sulla attività fisica (dott. Saglietti e dott. Cadario). Il terzo incontro si è tenuto il 19 ottobre 2009 e l'argomento è stata la alimentazione (dott. Cadario e dietista Piovanelli). Il quarto incontro è stato il 21 maggio 2010 e si è parlato del perché viene il diabete di tipo I e della sua genetica (dott. Guala).

A tutti gli incontri ha partecipato più di una ventina di persone, tutti familiari di bambini con diabete, tutti interessati e tutti soddisfatti dell'iniziativa. I vantaggi ottenuti sono stati quelli legati ad una migliore conoscenza della malattia e quindi ad una sua migliore gestione nella quotidianità. Inoltre è migliorato il rapporto tra le famiglie ed i medici, offrendo un più facile percorso di comunicazione ed una più ampia possibilità di rapporto. Molto importante poi è la conoscenza dei medici che prima o poi prenderanno in carico i bambini con diabete che diventano adulti, favorendo quindi la tanto auspicata, ma non sempre attuata, continuità assistenziale.

L'idea è circolata ed piaciuta anche ad altre associazioni e per il 2011 la delegazione del VCO della Associazione Celiaci Italiani sta organizzando una iniziativa simile per la quarantina dei suoi soci pediatrici.

Vilmo Modoni - ufficiostampa asl vco

Con una donazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Biella è stata acquistata l'attrezzatura necessaria per la diagnosi dell'osteoporosi

L'indagine diagnostica dura 10 minuti, è indolore e non richiede alcuna preparazione

E' con una donazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Biella, che l'Azienda Sanitaria locale può avvalersi della moderna tecnica di investigazione medica diagnostica per l'accertamento del grado di mineralizzazione delle ossa, cioè dell'esatta quantità di calcio contenuto nelle ossa. Questo è l'esame di riferimento per la diagnosi di osteoporosi e la tecnica più diffusa per eseguire la mineralometria ossea computerizzata (M.O.C.), è la cosiddetta DXA, che utilizza un apparecchio a raggi X grazie al quale la dose di radiazione assorbita dal paziente è minima, pari a un decimo di quella assorbita in un viaggio aereo da New York a San Francisco.

Noi sappiamo che una certa quantità di massa ossea si riduce fisiologicamente ed inevitabilmente con l'età ma la perdita d'osso legata all'invecchiamento, che si svolge in un arco di tempo di circa 40 anni, è sufficiente a portare una quota di uomini e di donne in una situazione di particolare fragilità ossea, che li predispone a fratture anche per eventi traumatici minimi. In questi casi si parla di osteoporosi, una malattia demineralizzante sistemica caratterizzata da un ridotto volume di tessuto osseo, la cui composizione minerale rimane però normale.
E il sesso, la razza, i caratteri costituzionali di un individuo, le variazioni di complessi sistemi endocrini in relazione a fenomeni come la menopausa e l'invecchiamento, interagendo con cause ambientali come le abitudini alimentari, l'assenza di attività fisica, il fumo e l'alcool, possono determinare lo sviluppo di una condizione di osteoporosi.
Il sesso femminile ne è maggiormente predisposto: questo dipende innanzitutto dal fatto che le donne possiedono una massa ossea minore rispetto agli uomini e, secondariamente, dal fatto che la carenza di ormoni sessuali (estrogeni), che inizia con la menopausa, determina nelle donne una perdita di massa ossea più precoce e maggiore che negli uomini.
La densità ossea è al giorno d'oggi il fattore che meglio predice il rischio di frattura in quanto è l'unico parametro osseo misurabile, proporzionale alla resistenza meccanica dell'osso.
La misura della densità può essere effettuata in diversi distretti corporei; nella osteoporosi primaria, di norma, si preferisce effettuarla sul rachide lombare fino all'età di 65 anni, sul femore o sul radio dopo questa età. In alcune situazioni cliniche è utile la misura di tutti e tre i segmenti.

Come viene effettuato l'esame
L'esame può essere eseguito ambulatorialmente su richiesta del medico di Medicina generale, dell'Ortopedico, del Traumatologo e del Fisiatra tramite prenotazione agli sportelli del Poliambulatorio di via Fecia o di via Caraccio oltre che a quelli presenti sul territorio.
E' particolarmente indicato nelle donne in periodo post menopausale e l'indagine deve essere eseguita ogni due anni salvo i casi particolari, che richiedono un'idonea valutazione clinica.
Il paziente viene coricato su un lettino e lo strumento viene posizionato sulla regione ossea prescelta.
Il tempo necessario per l'indagine è di circa 10 minuti. Non é richiesta alcuna preparazione e non è necessario il digiuno.
"La donazione di colloca" spiega Luigi Squillarlo, Presidente Fondazione Cassa di Risparmio di Biella "nel segno della continuità dell'impegno della Fondazione nel sostenere l'operato dei medici dell'Ospedale di Biella allo scopo di offrire un servizio sanitario migliore alla popolazione del territorio".

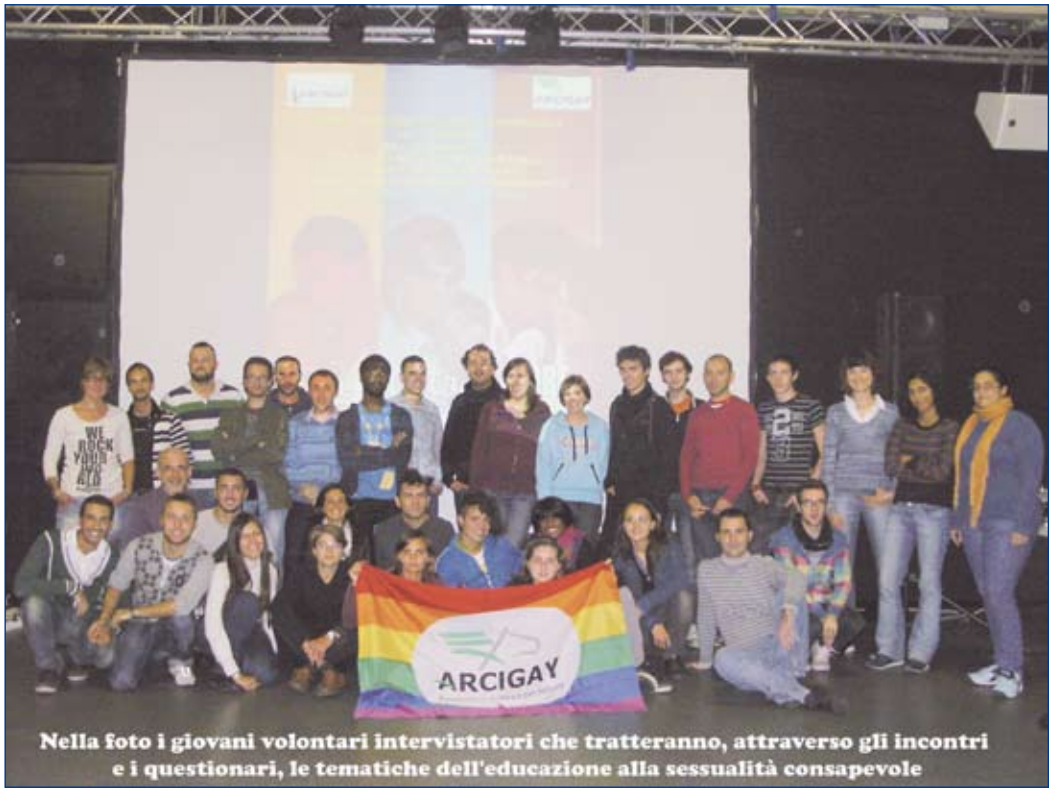
Simonetta Coldesina - email: ufficio.stampa@aslbi.piemonte.it
S.O.S.Ufficio Pubbliche Relazioni Accessibilità e Comunicazione

FIDAS
GRUPPO DONATORI VOLONTARI SANGUE

Al via la campagna sesso rischi e sicurezza

Una sessualità consapevole dei rischi connessi alle malattie sessualmente trasmissibili e la prevenzione del contagio sono l'essenza del progetto rivolto ai giovani "Sesso rischi e sicurezza" promosso dall'Arcigay, Comitato Provinciale "Ottavio Mai" di Torino in partenariato con Anpas (Associazione nazionale pubbliche assistenze), Comitato Regionale del Piemonte.

Al programma – realizzato nell'ambito del bando "Gioventù Esplosiva" con il contributo di Torino 2010 European Youth Capital, Ministero della Gioventù, Città di Torino e Regione Piemonte l'Ospedale Amedeo di Savoia "Ambulatorio infezioni sessualmente trasmesse", l'Ospedale San Giovanni Battista di Torino "Molinette", l'Osservatorio sulle malattie sessualmente trasmissibili della Regione Piemonte e l'Anep (Associazione nazionale educatori professionali).



Nella foto i giovani volontari intervistatori che tratteranno, attraverso gli incontri e i questionari, le tematiche dell'educazione alla sessualità consapevole

Il progetto "Sesso rischi e sicurezza" utilizzerà lo strumento principale della ricerca statistica sui comportamenti a rischio con interviste a un campione casuale di giovani in età compresa tra i 14 e i 30 anni. L'obiettivo è la creazione di un sistema sinergico tra associazioni, operatori sanitari, gestori di spazi di ritrovo, dirigenti scolastici e studenti al fine di sensibilizzare le coscienze sul tema delle malattie sessualmente trasmissibili, scala del rischio e prevenzione. Quest'ultima può essere attuata solo attraverso l'attenzione di tutti e la ricaduta formativa e informativa sulla situazione attuale e sui piani utili a prevenire i rischi. Inoltre, l'"educazione tra pari" tra i giovani intervistatori, anch'essi al di sotto dei trent'anni, e i ragazzi è essenziale per coinvolgere una popolazione molte volte chiusa al tema, nella quale il rischio di contagio è sottovalutato e i check-up periodici non vengono effettuati fino alla manifestazione della malattia.

«Siamo curiosi di scoprire – ha detto Valerio Brescia, responsabile Salute del Comitato Provinciale Arcigay "Ottavio Mai" di Torino – quanto ne sappiano i giovani di sesso, in un periodo in cui se ne parla tanto, ma spesso male. Inoltre vogliamo favorire l'implementazione di una rete tra enti, strutture e associazioni in ambito prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili, anche nell'ottica di tornare a fare educazione sessuale nelle scuole».

Per il presidente di Anpas Piemonte, Luciano Dematteis «l'azione simultanea – che si sviluppa all'interno del programma promosso dall'Arcigay su una sessualità consapevole – di indagine conoscitiva e di intervento diretto è di fondamentale importanza per valorizzare e indirizzare in modo integrato e coordinato gli ulteriori sforzi che le singole realtà sociali stanno attuando a tale proposito sul territorio. Nello specifico per Anpas Piemonte – spiega Dematteis – il progetto in corso di realizzazione, in partenariato con il Centro sevizi volontariato Idea Solidale di Torino e altri attori pubblici e privati, finalizzato alla sensibilizzazione e informazione sulle malattie sessualmente trasmissibili, sull'uso di alcol, fumo e droghe. Tale iniziativa, che saprà certamente fare tesoro di questa importante prima esperienza maturata insieme all'Arcigay, si svolgerà all'interno delle scuole superiori e delle università piemontesi e sarà avviata nei primi mesi del 2011».

Il progetto "Sesso rischi e sicurezza" avanzerà in tre fasi: si partirà da un'inchiesta-sondaggio sulla percezione del rischio alla quale seguiranno la pubblicazione, divulgazione e la discussione dei risultati attraverso un seminario di presentazione dei dati dell'inchiesta e la distribuzione del rapporto contenente gli atti del convegno.

Il seminario si svolgerà a Torino, a dicembre 2010, e sarà soggetto ad accreditamento in Educazione continua in medicina (Ecm) per i professionisti sanitari che ne faranno richiesta.

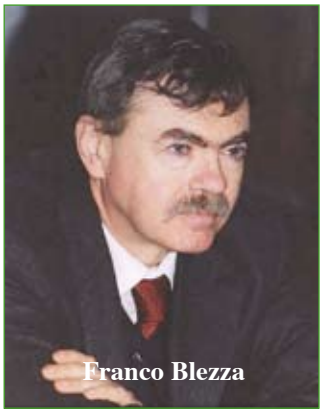
Infine, sono previste azioni informative e di educazione come il flash mob tematico, evento di piazza a carattere patecipativo e di sensibilizzazione e la visita medica collettiva "TESTiamoci" presso il Centro di prevenzione malattie sessualmente trasmissibili di Torino.

(segue a pag. 33)

Quale pedagogia per le professioni sanitarie - Le età dell'uomo da studiare

L'adultità e il dopo

Scrivevamo in una nota precedente (fascicolo 2/2010) che non si deve considerare il complesso delle età dello sviluppo dal punto di vista puramente quantitativo, della crescita: questo d'altra parte è pacifico per qualunque operatore sanitario, il tipo di dialogo che egli può instaurare con il paziente non cambia solo in base al livello di crescita ovvero alla conta cronologica degli anni e dei mesi d'età, bensì innanzitutto con il livello di socializzazione e di consapevolezza responsabile che l'interlocutore-paziente evidenzia a lui. Ci sono fanciulli che non hanno nemmeno bisogno delle sollecitazioni dei genitori per seguire le prescrizioni mediche, e ci riferiamo prima di tutto a quelle relative allo stile di vita e poi in secondo luogo e subordinatamente alle eventuali prescrizioni farmacologiche o comunque terapeutiche; e ci sono soggetti di età successive che invece hanno non solo una fondamentale trascuratezza verso tutto ciò, ma di quello si fanno una sorta di vanto.
La cosa assume un aspetto particolarmente impegnativo quando il soggetto che tende a non essere un buon paziente, soprattutto nel senso dello stile di vita da modificare, si colloca nell'età adulta; mentre potremmo pensare che una simile posa di rifiuto o di sottovalutazione mal recitata presso un anziano sia ancora un'eredità di tempi non lontani nei quali scuotere da sé qualunque necessità medica era da considerarsi un motivo fin di vanto, quindi potrebbe anche essere un comportamento in via di progressiva estinzione, ancorché assai insidioso.


Franco Blezza

L'idea dell'adulto come il soggetto che permane con ogni forza più a lungo possibile sulle posizioni conquistate nelle età precedenti, rinviando prima di tutto nella mentalità la temuta decadenza che configurava la terza età ha delle conseguenze pesanti nell'accesso alla medicina e al servizio sanitario, i medici e gli altri operatori lo sanno perfettamente. È l'atteggiamento di chi, di fronte a una prescrizione farmacologica, se la autoriduce, opera dimenticanze strategiche, se non si limita a depositare nell'armadietto il prodotto comunque prelevato in farmacia.
È l'atteggiamento di chi, pur richiamato agli evidenti danni della ipocinesi, non rinuncerebbe all'automobile per compiere poche centinaia di metri neppure se avesse il medico o l'infermiere dietro la schiena. È il rifiuto di rimettere in discussione comportamenti d'abitudine non in quanto consolidati ma in quanto in un certo modo considerati "conquistati", "indicatori dello stato di adultità", che portano sbrigativamente quanto incoltamente a concludere che qualunque prescrizione provenga dalla sanità essa varrebbe certamente per i propri figli, ma per il soggetto stesso è solo una ipotesi astratta che non può trovare alcuna applicazione.

In questo gioca, lo abbiamo già capito, la paura della decadenza con la quale viene letta la terza età. Ma fin qui è facile e fin scontato intervenire a correggere la stortura logica: che oggi la terza età sia età di perdita e decadenza è una visione fuori dalla realtà, il soggetto anziano è soggetto con opportunità che non ha mai avuto nella vita, con libertà e assenza di gravami che neppure si potevano sognare prima, al quale si aprono centri di aggregazione, occasioni di cultura, viaggi, nuovi studi, divertimenti poco o male goduti, una socialità e una relazionalità di una ricchezza difficilmente eri introvabile prima, possibilità affettive e sessuali che sarebbero state più che escluse solo qualche decennio or sono.
Rimosso questo pregiudizio, rimane probabilmente un solo grande motivo pedagogico perché l'adulto oggi possa avere verso la sanità l'atteggiamento più costruttivo per sé. E questa riguarda l'auto-immagine dell'adulto: su questa ci intratterremo nella prossima nota.

Prof. Franco Blezza - Pedagogista Clinico
Ordinario di Pedagogia Generale
e Sociale nell'Università di Chieti

(segue da pag. 32

Diversi soggetti collaboreranno all'iniziativa: le associazioni avranno il compito di proporre e realizzare progetti di educazione sessuale e di prevenzione, nello specifico si occuperanno dell'analisi statistica e dell'attività di sensibilizzazione; essenziale il ruolo delle strutture sanitarie cha va dalla diagnosi alla cura delle malattie sessualmente trasmissibili. Le istituzioni e le scuole sono invece chiamate ad agire sulla formazione dei ragazzi anche in ambito dell'educazione sessuale. Mentre i gestori di locali di aggregazione e divertimento porranno l'attenzione sul tema "Sesso, rischi e sicurezza" rapportandosi a quella fascia di giovani che non ha accesso a tale comunicazione attraverso i canali delle associazioni e dell'istruzione scolastica.
L'Arcigay Torino lancia inoltre un appello per la ricerca di volontari al fine di formare nel mese di ottobre un gruppo di persone in grado di trattare le tematiche dell'educazione alla sessualità consapevole in riferimento a ogni orientamento sessuale.
La formazione dei volontari intervistatori sarà svolta con metodi che permetteranno sia l'acquisizione di informazioni scientifiche (lezione frontale) sia la tematizzazione e l'interiorizzazione dei contenuti (focus group), in modo da favorire la creazione di un team di giovani dotati di un buon grado di conoscenza in materia di malattie a trasmissione sessuale, pratiche sessuali sicure e rischiose, metodi per la prevenzione del contagio e tecniche di comunicazione.
Per richieste di partecipazione da parte di enti, associazioni e volontari contattare Valerio Brescia, Comitato Provinciale Arcigay "Ottavio Mai" di Torino, tel. 333-7138813, e-mail salute@arcigaytorino.it, www.arcigaytorino.it.

Valerio Brescia - Comitato Provinciale Arcigay
"Ottavio Mai" di Torino, e-mail salute@arcigaytorino.it
Luciana Salato
Ufficio stampa congiunto Anpas Piemonte e Arcigay Torino
ufficiostampa@anpas.piemonte.it, www.anpas.piemonte.it

Uno screening center centralizzato ad alta tecnologia

Ridurre i tempi d'attesa per l'esame di screening, essere esaminati vicino a casa e avere un pool di radiologi specializzati in un centro unico per tutta la regione, questo è l'obiettivo dello screening center inaugurato lo scorso 16 luglio a Torino e frutto della collaborazione dell'Università degli Studi di Torino, della Fondazione Edo ed Elvo Tempia Valenta per la lotta contro i tumori Onlus di Biella e im3D, società che si occupa della resa digitale di immagini mediche.
La struttura ha come obiettivo quello di diagnosticare, all'inizio, circa 60mila pazienti all'anno.
Caterina Ferrero, assessore alla tutela della salute e sanità della Regione Piemonte, presente all'inaugurazione, ha tenuto a precisare che «ogni anno in Piemonte vengono diagnosticati circa 800 tumori al seno grazie al programma Prevenzione Serena che coinvolge le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni. Recentemente, il piano di riorganizzazione dello screening ha stabilito l'estensione di quello mammografico con frequenza annuale alle donne tra i 45 e i 49 anni che decidono di effettuarlo e, con cadenza biennale, alle donne tra i 70 e i 75 anni che desiderano proseguire il programma di prevenzione dopo i 69 anni. Lo Screening Center rappresenta, quindi, una grande opportunità per la riorganizzazione del programma».
Il progetto sarà attivato, per la parte relativa al tumore alla mammella, in via sperimentale per le Asl di Biella e Vercelli e, successivamente, per quelle di Novara e del Verbano Cusio Ossola, per valutarne le potenzialità e i risultati. La sperimentazione per lo screening al colon retto viene avviata presso l'IRCC Candiolo, l'Asl di Biella, l'Asl To2, l'Aou San Giovanni Battista-Molinette e l'Aou Maggiore della Carità di Novara.
Tutto questo si è reso possibile con l'azione sinergica di diverse istituzioni e grazie al software sviluppato da im3D in grado di elaborare i dati relativi di una scansione TAC identificando i punti critici e facilitando l'azione del radiologo, che viene formato specificamente per questo tipo di analisi.
Il referto verrà quindi restituito all'Asl di provenienza che provvederà a contattare i pazienti in caso di necessità di ulteriori accertamenti. Gianluca Dettori, amministratore delegato im3D, da più di cinque anni conduce, in collaborazione con l'IRCC - Institute for Cancer Research and Treatment (Candiolo) e l'ISI Foundation – Institute for Scientific Interchange (Torino), un progetto di ricerca avanzato per lo sviluppo di soluzioni di imaging medicale per la diagnosi precoce delle patologie tumorali e l'incontro con la fondazione biellese ha permesso la realizzazione di un progetto articolato e unico in Italia. La Fondazione Edo ed Elvo Tempia Valenta, nata nel 2005 a fianco del Fondo di solidarietà Edo Tempia promosso dall'on. Elvo Tempia nel 1981 ha svolto attività di ricerca con un laboratorio di farmacogenomica dei tumori e di prevenzione per la popolazione del biellese, vercellese e novarese. Sul fronte degli screening per il tumore alla mammella il Fondo Edo Tempia è attivo sin dal 1993, proponendo un modello organizzativo sperimentale che è stato uno dei primi progetti italiani di programma di screening. Si trattava di un progetto congiunto tra Fondo Edo Tempia e Asl di Biella che offriva l'esame mammografico a cadenza biennale per la popolazione bersaglio. Il modello biellese, data la sua efficacia ed efficienza è stato poi istituzionalizzato a livello regionale nel 1996.
Nel 2010 grazie alla copertura della banda larga del territorio regionale promosso dalla Regione Piemonte e da Wi-Pie si è reso possibile istituire lo screening center centralizzato che, come ha ricordato il rettore dell'Università degli Studi di Torino Ezio Pelizzetti, non solo contribuisce al «potenziamento dei programmi di prevenzione oncologica regionale per i tumori della mammella e del colon retto, ma partecipa alla creazione di nuovi posti di lavoro per i nostri giovani laureati. Il Centro sarà, inoltre, la sede di progetti di ricerca per l'identificazione di nuovi test di screening in oncologia».

La sede dello screening center a Torino , via Nizza 52

Nella foto da sinistra, Pietro Presti, direttore generale della Fondazione Edo ed Elvo Tempia, Nereo Segnan, CPO Piemonte

Luigi Garella - ufficiostampa@fondoedotempia.it

GIOVANI SI DIVENTA

L'**ANPE Piemonte** e l'ADSPS ***Io Sto Bene e Tu?*** con il Patrocinio della CIPES e della Cicoscrizione 2 di Torino hanno organizzato un Convegno dal titolo ***Il Rinascimento degli anziani,*** *uno spirito combattivo è la vera fontana della giovinezza, è la chiave per una vita lunga e sprizzante salute* con lo scopo di riflettere su come sia possibile ***fare della terza età un tempo di arricchimento e di realizzazione, nell'ottica dell'empowerment pedagogico*** durante il quale il dott. S. Bajardi ha ribadito l'importanza della promozione della salute nella terza età, la dott.ssa L. Bernardini coordinatrice della Commissione cultura ha confermato l'attenzione al progetto Argento Vivo. Come prova concreta della possibilità di mettersi in gioco da parte di persone completamente estranee al mondo dello spettacolo e in età matura, è stato proiettato un estratto di ***inFELICI e Tempuspatium***, spettacoli della Compagnia di teatrodanza EXPRESSmaturaMENTE regia dell'attore M. Fasano, consulenza pedagogica e supervisione simbolico motivazionale della Pedagogista M. Carré, la quale ispirandosi al testo di D. Ikeda Gioia nella vita e gioia nella morte ha affermato **che giovani si diventa,** poiché solamente le persone il cui spirito è stato provato e rafforzato da una lotta interiore basata sul desiderio di realizzare scopi elevati, brilleranno della luce del-la gioventù, che la lotta contro l'invecchiamento è una lotta contro la paura di affrontare nuove sfide e che questo processo avviene più rapidamente nelle persone che rimangono attaccate al passato. Coloro che invece continuano a sfidarsi fino alla fine ringiovaniscono con il passare degli anni e sono i veri vincitori nella vita. La Poetessa L. Ferolla seguendo la traccia che forniscono D. Ikeda, premio per la Pace delle Nazioni Unite, e Berdjaev in Storia ed escatologia, ha affermato che mentre il tempo cosmico e quello storico sono ***finiti*** e nella dimensione del tempo storico il futuro ***divora*** il presente e lo trasforma in passato e gli istanti scorrono ***in automatico,*** nel ***tempo esistenziale*** se si spezza l'inerzia quotidiana, si prova la gioia e il senso di pienezza che deriva dalla capacità di ***crearlo***. Il tempo esistenziale risulta così ***sovratemporale, eternamente nel presente*** e può avere più signifi-cato e addirittura maggiore durata di quanta ne abbiano anche lunghi periodi degli altri due. Se l'attenzione è concentrata nel momento presente con la convinzione che la profondità di un'intima determinazione è il fattore decisivo che crea la storia, allora, ***noi, qui e ora*** sono i tre ingredienti del futuro. La dott.ssa G. Bettelli ha riferito che con gli anni ha impa-rato a trasformare la sua casa in splendidi laboratori di cucina, erboristeria, pasticceria, ga-stronomia, sartoria, maglieria, ricamo. In questo modo le sue energie sono aumentate, do-na ciò che crea, tiene la testa impegnata, non si annoia, si sente utile, rispetta l'ambiente, si nutre in maniera genuina e risparmia. In un angolo della sua libreria, c'è: È possibile, un libro molto importante, perché le ha dato la gioia di essere autrice. La sera si addormenta con pensieri di gratitudine verso se stessa, e si propone di continuare ad essere una persona che crea situazioni di serenità e di pace. La poetessa R. Rossino, ha letto alcune sue com-posizioni, è autodidatta, scrive poesie dal 2001. La Pedagogista L. D'Adami, ha asserito le poesie di Renée sono memorie di luoghi lontani e di amori trascorsi, ricordi di infanzia e di attimi felici di vita quotidiana, la sua poesia evoca e racconta storie. Renée, come ogni poeta, ascolta la bellezza della natura e dei sentimenti, suggerisce, dà speranza e bisbiglia strategie, conforta e scuote. La Pedagogista L. Criscuolo ha analizzato la situazione, spes-so disagevole, perché legata a pregiudizi culturali, delle persone anziane che ancora sono inserite all'interno di un contesto lavorativo, inoltre ha approfondito l'importanza di un apprendimento permanente "lifelong learning", che sta prendendo piede negli ultimi anni e che stimola a far sì che si propongano le stesse opportunità per tutti i cittadini, rispettando-ne le caratteristiche individuali. La Nutrizionista V. Stefanini ha proposto una riflessione sul fatto che alimentarsi è donarsi, con cura e attenzione, pace, tempo, condivisione, piacere, spazio e non solo conteggiare livelli di assunzione giornaliera di nutrienti necessari. A-limentarsi è tenere conto della cultura, dei bisogni, delle aspettative, delle condizioni di vi-ta, delle scelte che si compiono perché il cibo non soddisfa solo il gusto, è un piacere che appaga tutti i sensi. Il Geriatra M. Rocco ha affermato che mirare alla prevenzione è sce-gliere stili di vita sani, vivere una vita di relazione serena ed appagante, tenere la mente allenata, stimolandola con nuove esperienze, mantenersi curiosi, leggere, scrivere, giocare, perché il cervello, come un muscolo, più è allenato meglio funziona e non c'è un'età in cui si finisce di imparare. Le migliorate condizioni di vita ed i progressi della medicina hanno determinato un notevole allungamento della vita media, ma non basta se contemporanea-mente a dare anni alla vita, non si dà vita agli anni. La Pedagogista L. Piarulli Presidente della Sezione Piemontese dell'A.N.PE ha ricordato che nell'età adulta non tutto è conclu-so, anzi l'adultità pone la Persona in una fase di evoluzione in grado di operare cambiamenti, di risolvere questioni rimaste aperte, l'adulto è un essere in crescita, spesso solo ad affrontare situazioni emotivamente impegnative. Raccontare la propria esperienza ad altri, scrivere la propria autobiografia è importante per prendersi cura di sé e degli altri, proget-tare, riflettere, conoscere e far conoscere, ritrovare la propria identità. Una performance canora ha allietato i saluti finali di un convegno organizzato per confermare che una socie-tà che rispetta gli anziani è una società che rispetta la vita e diventerà a sua volta un luogo pieno di vita e di speranza.

Marina Carré Pedagogista - carremv@hotmail.com

Una Vetrina internazionale sull'Ambiente

Intervista al Direttore di Cinema ambiente: Dr. Gaetano CAPIZZI

Il Dr. Gaetano Capizzi, è un cordiale signore laureato in Storia del Cinema che aveva fatto parte dell'Associazione sul Cinema Indipendente Italiano "Pervisione" già nel '92. Dal 94 al 97 aveva partecipato con G. Volpi al CIC (Centro Italiano Cortometraggi) con l'obiettivo di far rinascere questa tradizione in Italia e così al Festival di Venezia erano stati presentati "Cortometraggi Italiani". Da anni dirige il Torino Film Festival di Cinema Ambiente.

Come l'è venuta, 10 anni fa, l'idea di proporre filmati a carattere ambientale?

Il Festival di Cinema ambiente di Torino ha ormai 13 anni.
Nel '96 c'è stato il decennale di Chernobil e, nell'ambito cinematografico abbiamo proposto la rassegna "Dieci D.C." (dieci anni dopo Chernobil). Allora esisteva già una cinematografia che si occupava di nucleare.
Nel '98 c'erano piccole produzioni indipendenti Associazioni Ambientaliste con l'obiettivo di stimolare una cultura più attenta all'ambiente. Poi ci si è resi conto che stava crescendo sempre più l'interesse e anche la preoccupazione della gente nei confronti di danni e abusi che incidevano anche sulla salute della collettività.

Cosa è cambiato in questi anni rispetto all'afflusso del pubblico, all'afflusso di autorità istituzionali e alle partecipazioni internazionali?

E' cambiato tutto. Intanto è notevolmente aumentata l'attenzione generale nei confronti dei problemi ambientali e dei pericoli inerenti il riscaldamento climatico. E' cambiata la produzione dei film riguardanti l'ambiente. Anche i grandi registi hanno cominciato a produrre film di questo tipo.

L'apice si è raggiunto con il film " una scomoda verità" di Al Gore che sottolinea come lo sviluppo economico di un Paese possa conseguire solo dal benessere della popolazione. Ha ottenuto una grandissima affluenza di pubblico nel 2005. Si tratta del 2° documentario per incassi dell'intera storia del cinema sui cambiamenti climatici. Il film ha ricevuto l'Oscar e ha contribuito a far vincere il Premio Nobel ad Al Gore. Addirittura c'è stata la proposta di allegare questo film ai testi scolastici.

L'aumento di interesse ha incrementato anche la quantità di pubblico (caso unico su un festival tematico). Oggi il pubblico è sempre più giovane: molti gli studenti universitari o delle classi inferiori. Le istituzioni si sono interessate e sostengono il Festival sia come Regione Piemonte, sia attraverso i Ministeri (Cultura, Ambiente, Istruzione). Ma non solo, dallo scorso anno siamo anche sostenuti dall'ONU (con l'UNEP per l'ambiente e l'UNRIC per la comunicazione). Inoltre vi sono anche sponsor privati come quelli che si occupano della produzione di energie rinnovabili. Quest'anno si è scelto di iniziare il Festival il 5 giugno in concomitanza con la Giornata sull'Ambiente. Il nostro è il più antico festival di questo genere. Quattro anni fa sono nate altre manifestazioni "Green Film Network", coordinate da Cinema Ambiente, a cui partecipano vari Paesi.

Cinema Ambiente aderisce inoltre alle iniziative a basso impatto ambientale come il protocollo di acquisti ecologici della Provincia di Torino e dell'ARPA, l'utilizzo di carta riciclata, di inchiostro senza piombo, della compensazione dell'anidride carbonica prodotta (in base alla sovra o sottoproduzione si vendono o comprano quote di Co2, come previsto dal Protocollo di Kyoto)

Oltre alla sensibilizzazione dei cittadini si è riusciti a coinvolgere i decisori nelle scelte politiche?

C'è un gap tra il sentire della popolazione e le decisioni politiche. La società civile è spesso più avanti della dirigenza del Paese. Bisogna però notare che il nostro è un pubblico molto attento e già sensibilizzato. Negli ultimi anni ha fatto presa, come si diceva, la paura per i cambiamenti climatici. Timori che non sono né di destra nè di sinistra ma coinvolgono tutti. Altro tema proposto che ha avuto una buona accoglienza è quello sulla biodiversità ovvero l'insieme di tutte le forme viventi, geneticamente dissimili e degli ecosistemi ad esse correlati. Oggi sappiamo che la perdita di specie, sottospecie o varietà comporta danni dal punto di vista ecologico, culturale ed anche economico.

Altri temi proposti sono stati il consumo di energia e la proposta di energie alternative, l'esasperato consumo del suolo e la gestione degli spazi urbani, la privatizzazione dell'acqua. L'attenzione è aumentata sia a livello locale che da parte dell'Amministrazione Centrale dello Stato. Indubbiamente gioca anche la qualità dei filmati proposti.

Come è andata con le manifestazioni collaterali?

Anche le iniziative collaterali hanno riscontrato un notevole successo. Lo spostamento del Festival a giugno ha influito sul successo del Bike Pride (raduno di migliaia di ciclisti nel cuore della città). E' piaciuto molto anche il Park (ing), la giornata in cui Associazioni e Ambientalisti hano creato un micro parco occupando alcuni parcheggi lungo alcune vie vicine al Cinema Massimo. A questa iniziativa hanno aderito volentieri molti negozianti che chiedevano di allestire questo punto verde di fronte alle loro vetrine. E poi il Cinema Ambiente Tour che porta in giro per l'Italia queste proiezioni.

Grande interesse per il Cinema Ambiente TV che permette alle Scuole e agli Enti Formativi di riproporre i vari filmati ai propri studenti, integrando i contenuti con percorsi didattici e approfondimenti. Il Festival propone inoltre dibattiti, incontri con gli autori, mostre, presentazione di libri, spettacoli teatrali, concerti e altre attività culturali dedicate. Tutte queste iniziative sono inoltre state possibili grazie al Museo Nazionale del Cinema per le iniziative culturali, alla Film Commission per la parte produttiva e alla collaborazione con il Museo Nazionale di Scienze Naturali di Torino.

Gabriella Martinengo
padupa@libero.it

Quando i figli da educare sono più d'uno...

Se educare un adolescente è già un problema di considerevoli proporzioni, è certamente un impegno maggiore per noi genitori il doverne gestire più d'uno nello stesso contesto quotidiano dove tutti insieme ci troviamo a fare famiglia.
Bisogna in questo caso differenziare regole, permessi, concessioni, limiti tenendo conto delle esigenze di ognuno e degli obiettivi generali da raggiungere. Nella mia professione di medico di Sanità Pubblica che promuove salute, mi sono spesso trovato a confrontarmi con situazioni in cui all'interno di una famiglia vivono insieme due, tre, quattro e persino cinque figlioli; conosco perfino una famiglia dove ci sono quattro fratelli gemelli.
Considerate, cari amici, che il Distretto Sanitario n. 14 dove mi trovo a operare è anche a tutt'oggi a elevato indice di natalità; i nostri dati non hanno nulla a che vedere con quelli del nord Italia e da noi, quindi, è molto frequente incontrare famiglie con tanti figli, mentre il nucleo familiare composto da mamma, papà e un figlio è generalmente da considerarsi un caso sporadico.
Indubbiamente, vivere insieme ed educare più ragazzi moltiplica per diversi motivi le sfide educative, tutte riconducibili al fatto che bisogna conciliare le diverse esigenze di crescita di persone che si trovano in fasi differenti del processo evolutivo. Se poi ci proponiamo di formare questi figlioli in modo da promuovere in loro salute, cioè di porli nelle condizioni di controllare meglio la loro salute e aumentarla, allora il discorso si complica.
Intanto, c'è da dire che le regole devono essere chiare per tutti ed è meglio che siano condivise. Inoltre, i ragazzi devono comprendere che "la casa non è un albergo" e che a ognuno sono affidati dei compiti che devono essere in qualche modo non disattesi.
In seconda battuta, i ragazzi devono capire che le eventuali criticità tra fratelli, che ovviamente possono pur nascere, devono essere gestite con intelligenza, senza reiterati malumori, nell'interesse generale; ci si confronta, cioè, pur sempre tra fratelli e ciascuno, pur avendo la sua opinione e il suo carattere, deve cercare a tutti i costi di andare quanto più possibile d'accordo con gli altri e con i genitori.

Per quella che è la mia esperienza, ho compreso (anche a mie spese) che nascere per primi significa contemporaneamente avere tante fortune e altrettante sfortune. Vuol dire poter usufruire di un surplus di attenzioni per sé legate al fatto che i genitori sono tutti concentrati sui tuoi bisogni e sul farti acquisire il maggior benessere possibile. Nascere per primi, però, significa anche sperimentare l'ansia di mamma e papà alle prese con una situazione nuova (chissà come si fa, chissà se questo è giusto, chissà se posso fare meglio ...); quindi, in genere il primogenito è educato da genitori certamente più attenti e coinvolti, ma anche più incapaci, inesperti, allarmati e disorientati.
In seguito, il primogenito finisce per spianare la strada agli altri fratelli, in quanto da adolescente combatte per primo le battaglie per ottenere autonomia e indipendenza, battaglie che dopo di lui gli altri fratelli di solito trovano già vinte. Quindi, tutti i suoi successi finiranno per funzionare da metro di misura per i fratelli più piccoli che avranno meno da lavorare per farsi dare il permesso di uscire da soli, per farsi comprare il motorino, per farsi finanziare un viaggio.
Nei confronti del primogenito, però, i genitori potrebbero compiere degli errori, i più comuni dei quali sono di caricarlo

sempre dei compiti di assistenza e di cura nei confronti dei fratelli minori o di ritenere che il primogenito non cresca mai e quindi finire per trattarlo alla stregua degli altri figli. Insomma, un conto è la cooperazione tra fratelli e altro è delegare sempre al più grande dei ruoli che dovrebbero essere assolti dagli adulti. Come anche è un errore grave reputare il figlio maggiore un eterno bambino, senza considerare che anche per lui il tempo trascorre e la situazione inevitabilmente cambia.
Se consideriamo, invece, l'ultimo nato, questi in genere viene ritenuto il cucciolo di casa: quindi, strada sempre spianata, tutti i diritti, percorso facilitato e vita più semplice. I suoi punti di forza e di debolezza sono spesso ben definiti e quando in famiglia ci sono più figli, è quello che consente ai genitori di essere ancora attivi e pieni di responsabilità quando gli altri figli sono già andati via, ognuno per la propria strada.

Per noi genitori, vedere i figlioli che lasciano il nido della famiglia, è il segnale che in un futuro non lontano la casa sarà vuota, la tavola silenziosa, i rumori delle risse e delle discussioni infuocate ormai lontani. Si può verificare, allora, che l'ultimo nato, seppur adulto e assolutamente autosufficiente, rimanga per sempre un fanciullone, sempre riverito e servito di tutto punto da mamma e papà che temono di perdere con lui la loro ultima compagnia e l'estremo punto di riferimento.

Se educare più figli in genere significa avere più spese, dover svolgere più lavoro organizzativo, sopportare una maggiore confusione per mettere d'accordo tutti i punti di vista, trascorrere più notti insonni, avere più impegni, consideriamo però che c'è anche il rovescio della medaglia: in una casa rallegrata da più figlioli c'è più allegria, più tempo per se stessi quando si va in vacanza e i figli sono capaci di autogestirsi, più autonomia, più corresponsabilità, più cooperazione tra i genitori.
In una sola parola, a mio parere si gusta pienamente la vita e ci si dirige più decisamente verso l'equilibrio di salute psico-fisico-sociale.

Dott. Giovanni La Mantia
Dirigente medico U.O. di Prevenzione n. 14
Dipartimento di Prevenzione medico
Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo
e-mail: giovalam@alice.it

SLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Patologia neurologica progressivamente invalidante. Necessità di investimenti per la ricerca e di provvedimenti legislativi. Attesa una Conferenza Stato Regioni una proposta di accordo presentata dal Ministro Fazio, riguardante l'assistenza delle persone con malattie neuromuscolari per dar loro una più rassicurante speranza di guarigione

Il 18 settembre 2006 è una data storica per i malati di Sla e i loro familiari. A Roma, davanti al Ministero della Salute, si registrò un memorabile "sit in" per sensibilizzare le istituzioni del Paese sui loro bisogni. Ad ascoltarli, l'allora Ministro della Salute, la piemontese Livia Turco. In quell'occasione vennero messi in rilievo i disagi derivati dalla disomogeneità dei trattamenti assistenziali da regione a regione, dall'insufficienza delle prestazioni di assistenza domiciliare e difficoltà di accesso alle sperimentazioni cliniche in corso ai farmaci per uso compassionevole, all'eccesso di burocrazia e ai tempi lunghi per ottenere il riconoscimento di invalidità. Questioni serie e delicate per migliorare la qualità di vita dei malati e di chi li assiste quotidianamente, perché la Sla non offre margini di assenza. E a distanza di anni, si registra qualche passo in avanti, anche se il bollettino di guerra per arginare la patologia neurologica, purtroppo non segna che sconfitte. Di qui la necessità di investire nella ricerca. Parola che nel nostro Paese a volte sembra scomparire dal vocabolario.

Ma nel caso della Sla, acronimo di sclerosi laterale amiotrofica, non esistono alternative. La malattia neurodegenerativa, che colpisce i muscoli volontari è progressivamente invalidante. In uno spazio ristretto di tempo, i malati non sono più in grado di muoversi, nutrirsi, comunicare e respirare autonomamente, ma lascia nella maggior parte dei casi – se vogliamo un dramma nel dramma - intatte le capacità cognitive. In Italia, sono circa 5.000 malati, per media di 6-8 malati ogni 100 mila abitanti. Altri dati per comprendere il fenomeno patologico: la maggior parte degli ammalati è compresa tra i 60 e i 70 anni e gli uomini si ammalano leggermente di più delle donne (rapporto 1,2 a 1). Purtroppo, tranne rare ed encomiabili eccezioni (Lombardia, Piemonte, Puglia e Toscana), nelle regioni italiane non esistono registri di malattia aggiornati che diano maggiori informazioni a medici e epidemiologi.

Una disomogeneità regionale, sempre secondo le testimonianze dei volontari dell'Aisla, che rivela il suo lato sinistro anche nell'assistenza, o addirittura all'interno della stessa Regione. Troppo spesso malati e famiglie sono abbandonati. E l'informazione sulle opportunità di cura ed assistenza non sempre è adeguata. Un problema che si riflette poi in tutta la sua gravità sul piano burocratico dinanzi a strumenti legislativi differenti, sia per il sostegno, sia per il riconoscimento di invalidità, diversamente da quanto avviene, ad esempio, per i malati oncologici. Ultimo, ma non meno importante, gli specialisti che diagnosticano la malattia non sempre accompagnano adeguatamente il paziente lungo tutto il suo percorso di malattia: la presa in carico talvolta è insufficiente e non favorisce neppure il "decision making" nelle fasi più avanzate, cioè la scelta - sempre drammatica e sofferta - della tracheotomia, quando il paziente non è più in grado di respirare autonomamente, con tutte le relative problematiche etiche del caso.

Ma quali sono le priorità legislative? In primo luogo, sarebbe auspicabile che ogni regione si dotasse di un protocollo d'intervento per l'applicazione di un percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio adeguato ai bisogni dei malati e delle famiglie. In questo contesto, la Consulta sulle Malattie Neuromuscolari, istituita con Decreto Ministeriale del 27 febbraio 2009, si è posta come primo obiettivo di analizzare la qualità dell'assistenza per le persone affette da malattie neuro-muscolari sul territorio nazionale, sottolineandone le criticità e suggerendo le priorità per lo sviluppo di percorsi assistenziali appropriati e per la ricerca. L'attività svolta dalla Consulta ha trovato la sua attuazione nell'ambito di cinque Tavoli di lavoro monotematici (Diagnosi e Certificazione, Ricerca, Riabilitazione, Percorso assistenziale ospedale-territorio e Registri). Il lavoro elaborato è stato oggetto di obiettivi inseriti negli obiettivi di piano 2010 nella conferenza stato regioni, con quota riservata di 20 miliardi di euro. Il documento finale sarà presentato dal Ministro Fazio in Conferenza Stato Regioni come proposta di Accordo su "Presa in carico globale delle persone con Malattie neuromuscolari e malattia analoghe dal punto di vista assistenziale (Sclerosi multipla, lesioni midollari e Sindrome Locked in). Ma questo governo che cala indifferentemente la scure dei tagli sugli enti sugli enti locali, avrà il coraggio di percorrere fino in fondo la strada che segnerebbe un'inversione di tendenza per il nostro Paese nel campo delle malattie neuromuscolari?

Michele Ruggiero - mi.roger@libero.it

A Casale Monferrato psicoterapia di gruppo per fronteggiare il mesotelioma pleurico

Mesotelioma pleurico. La parola evoca immediatamente l'esposizione all'amianto. A ruota il pensiero si focalizza sull'Eternit, il marchio con cui il minerale mescolato al cemento è stato commercializzato per quasi un secolo in Europa, ottant'anni in Italia. E di rimbalzo, l'attenzione si sposta agli stabilimenti italiani per le lavorazioni del manufatto, fabbriche che formavano un gruppo industriale – Eternit Italia - crollato sotto il peso di un fallimento nel 1986. Quando tutte queste "fotografie" però si ricompongono in una sorta di collage, la riflessione dei piemontesi corre a Casale Monferrato, epicentro della più grande pandemia per mesotelioma pleurico che il nostro Paese conosca. Quasi duemila morti, tra ex operai, impiegati, dirigenti aziendali, esposti direttamente all'amianto, è comuni cittadini che hanno respirato il micidiale polverino, cioè gli scarti di lavorazione che hanno invaso per usi diversi ogni angolo della città. In altri termini, un dramma collettivo che ha suggerito la sanità pubblica (la Asl Al) a promuovere quattro anni fa una ricerca a carattere psicologico elaborato dalla professoressa Antonella Granieri e, ad inizio 2010, un intervento di psicoterapia di gruppo, denominato "gruppo multifamiliare" diretto dalla stessa, docente della Facoltà di Psicologia e direttore della Scuola di specializzazione di Psicologia Clinica dell'Università di Torino.

Perché questa iniziativa (che ha il patrocinio degli enti locali) e come si relaziona ad una patologia che purtroppo fino ad oggi si è rivelata resistente alle più moderne terapie mediche? Le attuali linee guida degli interventi terapeutici e della ricerca sui traumi continuativi, cui le persone sono esposte in talune situazioni geografiche specifiche, dimostrano che la patologia ha diverse sfaccettature socio-ambientali. Confermano inoltre come il concetto moderno di terapia sia andato oltre i modelli "monofattoriali" che sostengono un'unica cura per una malattia. In questa direzione, è emersa sul piano psicologico la necessità di considerare la rete sociale che circonda il paziente. Da qui, se si guarda alle linee generali che orientano oggi il trattamento socio-psicologico-psichiatrico, psichiatri e psicologi clinici affermano che la psicoterapia di gruppo sia una parte essenziale nel complesso delle terapie in situazioni di trauma continuativo per una popolazione nel suo complesso, accanto al trattamento farmacologico e alla terapia individuale. Le funzioni terapeutiche del gruppo – parafrasando Donald Winnicott, uno dei più grandi psicoanalisti del Novecento – funzionano come un'area transizionale o intermedia di "gruppalità".

Da molti anni, grazie alle intuizioni dello psichiatra argentino Jorge Badaracco, morto nel settembre scorso, i vari aspetti della relazione tra trauma psicologico continuativo e "gruppalità" sono stati soggetti a molti studi sotto punti di vista epistemologici differenti: dal biologico al socioculturale e, più recentemente, dal punto di vista psicoanalitico. Tant'è che la "gruppalità" si è rivelata un'importante "trasmissione" nella direzione di pensieri più realistici rispetto ai vari livelli in cui la sofferenza psicologica è configurata. Inoltre, la "gruppalità" sembra rendere visibile il punto di contatto tra la psiche e il soma. Ciò aiuta a comprendere meglio il significato, la natura, i limiti degli sforzi terapeutici e, a partire da questi, le possibilità della stessa psicoterapia gruppale. Per questa ragione, oltre a lavorare con gruppi di pazienti, di recente è stata sottolineata l'importanza di agire in parallelo anche sulle famiglie dei pazienti. Con queste ultime possono esservi diversi tipi di lavoro da mettere in cantiere – operazione in corso a Casale - in modo da far sì che il trattamento del paziente possa andare nella direzione di un "successo". Si possono infatti incontrare le famiglie individualmente e si può lavorare con esse su un piano terapeutico "sistemico", oppure si può anche lavorare con un'impostazione maggiormente "consultativa-educativa-collaborativa", in modo da incoraggiare la presa di coscienza rispetto alla malattia, le capacità di coping e le capacità adattative potenziali e sane del familiare malato, che spesso vengono sottostimate.

mi.r.

Pezzi di amianto, buttati anche senza ritegno in vari successivi cumuli

"Guadagnare salute con il fitwalking" - 5a Giornata della Salute dell'ASLTO 1

Là dove tí porta il cuore...

Sabato 2 ottobre 2010, si è svolta la 5a Giornata della Salute dell'ASLTO1: "Guadagnare salute con il fitwalking". Ebbene sì, sono 5 anni che gli operatori aziendali incontrano la cittadinanza per riflettere insieme sulle tematiche della salute e sulle metodologie di promozione della stessa. Il tema della giornata è stato il benessere della persona inteso nella sua forma più articolata possibile, fissando il focus sull'attività fisica (attraverso il fitwalking, una forma di cammino sportivo), strumento per giungere alla completezza dell'essere umano. Un corpo in buona salute si esprime poeticamente attraverso sensazioni, emozioni e movimenti. E' un corpo creativo, capace di immaginare, di intuire, di pensare e di ricordare, è un corpo in relazione a se stesso, agli altri e all'ambiente che lo circonda. Un corpo sano è un "corpo-psiche" che danza nella vita. Il collegamento fra corpo e psiche può essere definito come un'elaborazione immaginativa delle parti somatiche, dei sentimenti, e delle funzioni, cioè della vita fisica (D. Winnicott, 1971).
La giornata ha offerto una carrellata sui progetti di promozione della salute attraverso l'attività fisica effettuati nel corso dell'anno 2010.
Tali progetti sono stati rivolti a pazienti ed utenti dei servizi sanitari ed anche ai dipendenti dell'azienda al fine di potenziarne l'attività come moltiplicatori dell'azione preventiva.
L'azione promotrice riguarda i corretti stili di vita in particolare "stile di vita attivo in contrasto con la crescente sedentarietà odierna".
Il "Progetto fitwalking" dell'ASL TO1 nasce nell'anno 2009 ed evolve nel tempo per passare dalla promozione dell'attività fisica alla prescrizione dell'esercizio terapia.

Gli istruttori, formati dalla Scuola del Cammino dei fratelli Damilano, hanno attivato inizialmente, nel 2009, gruppi di fitwalking per colleghi e famigliari, per poi passare, nel corso dell'anno 2010, allo sviluppo di 9 iniziative specifiche per pazienti ed utenti dei servizi. I progetti interessano: il Dipartimento Materno Infantile (neomamme, mamme dei pazienti della neuro psichiatria infantile, donne frequentanti lo spazio menopausa), il Dipartimento di Salute Mentale (iniziative rivolte ai pazienti e ai familiari), il servizio di Diabetologia dell'Ospedale Sperino, il servizio di Neurologia dell'Ospedale Martini con riferimento ai pazienti post evento cerebro-vascolare acuto, l'ambulatorio per pazienti obesi dell'Ospedale Valdese, il centro anti-fumo aziendale, il Dipartimento Patologie delle dipendenze.
La manifestazione ha previsto l'incontro in gruppi di avvicinamento al fitwalking per neofiti, condotti dagli istruttori dell'azienda, un momento corale di risveglio muscolare collettivo con la musica, una camminata dei partecipanti ai vari progetti e di pubblico, condotti accanto a Giorgio Damilano, fino al Parco Ruffini, una conferenza di presentazione dei diversi progetti attivati e delle prospettive future con la comunicazione ufficiale della nascita del 1° "Centro di Cammino Terapia" all'interno di un'azienda sanitaria. Il centro di cammino terapia avrà funzione di formazione, consulenza, verifica, organizzazione, realizzazione d'interventi di promozione della salute attraverso l'attività fisica, in particolare attraverso l'utilizzo della tecnica del cammino, del fitwalking.

Piccolo gruppo di fitwalkers durante una lezione dei corsi

Da sinistra: Giorgio Damilano, Giuseppe Parodi, Ferruccio Massa, Renata Magliola, Sante Bajardi

La conferenza si è conclusa con la consegna al Direttore Generale delle lettere scritte dai pazienti/utenti fruitori dei diversi progetti e da dipendenti aziendali che hanno partecipato alla formazione aziendale.

Antonella Arras - Sante Bajardi

Alcune frasi dei pazienti: "...perché soli è più difficile – ero distrutta moralmente e fisicamente...questo fitwalking mi ha dato serenità – abbiamo gli stessi problemi – stare tutti insieme aspettarci e sostenerci – ho migliorato il rapporto con me stesso e con chi mi circonda – mi sono sentita un'altra persona... cose che provavo solo quando ero giovane – ho imparato molto attraverso l'attività fisica – fa bene al fisico e pure all'anima – nelle ore in cui siamo impegnati in questa attività per fortuna dimentichiamo i problemi – attraverso questa attività ho maturato un profondo equilibrio che mi permette nel quotidiano di affrontare meglio le difficoltà – il senso di responsabilità di coloro che ci hanno proposto l'attività – mi ha aiutato a non sentirmi solo nella mia disavventura – ho visto il personale sanitario più umano – quanto è importante il rispetto della propria persona – è stato fonte di buon umore.

Renata Magliola - Alessandra D'Alfonso

Alcune frasi dei colleghi: *"...il movimento aiuta a ridurre le tensioni accumulate durante il giorno – solitamente con le persone che non conosco sto sulle mie ma questa esperienza mi ha fatto ricredere sul mio "io"- ho trovato cordialità, amicizia e spirito di gruppo – numerosi gli stimoli di riflessione sul nostro lavoro con le persone – ritrovarsi tra persone umane e riscoprire la solidarietà – passare del tempo insieme fidarsi e condividere emozioni – fidarmi di più mi ha fatto diventare più critico nei miei confronti aiutandomi a valorizzare il prossimo e ad avere più autostima di me stesso – ho osservato in me un cambiamento a livello di attività fisica un aumento dello stato di salute generale - riscoprire entusiasmanti parti di sé – è un percorso formativo che ti coinvolge cognitivamente, emotivamente e fisicamente.*

Al termine della consegna delle testimonianze dei pazienti è stato offerto un "catering" preparato dalla cooperativa "Gargantua" (pazienti del Dipartimento Salute Mentale)
Il motto è "Io sono uguale a te...le tue paure sono le mie, esse si manifestano con gli stessi sintomi anche se per cause diverse, le mie capacità sono le tue, se proverai a fidarti e ti lascerai condurre in questa esperienza ritroverai le tue capacità nascoste, a volte solo un po' assopite a causa di un malessere fisico e dell'anima; il tuo sorriso è anche il mio quando il vento ci accarezza il viso, la tua umanità è anche la mia come te sudo, respiro, annaspo ed insieme raggiungeremo il nostro traguardo percorrendo questo tratto di strada".

Gabriella Garra - Paola Conterio – Simonetta De Maria
Antonella Arras – Giuseppe Parodi
Fitwalking leaders ASL TO1

Partecipanti che praticano il fitwalking.

Una gioiosa espressione di cordialità, amicizia e spirito di gruppo tra neo mamme

2010: Anno mondiale della biodiversità

"Saber d'enté venes, saber enté vas - Sapere da dove vieni, sapere dove vai"

Cristina Occelli
CIPES Piemonte

Il contesto

Nel dicembre 2006, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha deciso di proclamare il 2010 Anno internazionale della Biodiversità. Spinta dalla forte preoccupazione sulle conseguenze sociali, economiche, ecologiche e culturali della perdita di biodiversità, essa ha auspicato che gli stati ed altri attori colgano l'occasione per rafforzare la sensibilizzazione sull'importanza della diversità biologica e per svolgere azioni locali, regionali ed internazionali. Le attività sono coordinate dalla "Segreteria della Convenzione sulla diversità biologica", a Montreal in Canada.

La Convenzione sulla diversità biologica

Al vertice mondiale delle Nazioni Unite a Rio de Janeiro del 1992, numerosi rappresentanti politici hanno partecipato ad una conferenza sul tema ambiente e sviluppo. Uno dei trattati sottoscritti è stata la "Convenzione sulla diversità biologica" – il primo accordo globale per la conservazione e l'uso sostenibile della biodiversità.

I tre principali obiettivi della Convenzione sono:

- la conservazione della biodiversità;
- l'uso sostenibile degli elementi della biodiversità;
- la distribuzione equilibrata ed equa dei vantaggi e dei guadagni derivanti dall'uso delle risorse genetiche.

Questa Convenzione è una pietra miliare nel diritto internazionale. Per la prima volta la conservazione della diversità biologica viene riconosciuta come "esigenza comune dell'umanità" e parte integrante dello sviluppo.

In questo quadro è interessante citare la conferenza organizzata dal "Coumboscuro Centre Prouvençal" in occasione della sua tipica manifestazione **"Roumiage de setembre"** tenutosi dal 22 al 29 agosto dal titolo: **"Bio-logic? colture e culture d'identità per i popoli d'Europa".**

"La Biodiversità, in parole povere, significa guardarsi intorno e vedere la ricchezza che ogni territorio ha accumulato nel tempo: specie vegetali, animali, cultura locale, lingue ancestrali, sapienza antica di uomini e donne. Ogni luogo della terra possiede proprie caratteristiche che lo promuovono quale terra unica al mondo. I principi che hanno mosso l'ONU a promuovere le specificità dei territori, vanno letti, nella presa di coscienza, che ogni uomo dovrebbe avere, nel porsi davanti all'evoluzione del mondo stesso. "Saber d'enté venes, saber enté vas - Sapere da dove vieni, sapere dove vai", suggerisce un detto di Provenza".

Dibattito vivace, intenso, mai pacchiano. Quasi impossibile riportare al lettore le emozioni dell'intervento di Sergio Maria Gilardino, impegnato con Coumboscuro nella creazione del dizionario provenzale, dopo aver lavorato per l'università di Montreal alla tutela della lingua degli indiani d'America e poi in Italia dei Walzer.

Sua è la seguente provocazione: *"Su 7000 lingue attualmente parlate nel mondo ben il 92% è destinato a sparire. Faremo la fine degli asparagi? se ne conoscevano 13 specie, oggi ne resta 1".*

Interessante Fausto Gusmeroli della Fondazione Fojanini di Sondrio. Intenso e coinvolgente il cantautore nelle lingue ancestrali Davide Van De Sfross *"non so se ci aspetta il Big Ben o alla fine tutto si chiuderà con una scoreggia"*, puntuale e incisivo Michele Corti dell'Università di Milano. Concreta e verace la testimonianza locale di Luca Demaria, imprenditore del settore informatico, titolare delle Terme di Vinadio, cresciuto a Paglieres in alta Valle Maira, e convinto fautore dell'importanza di investire in montagna.

La bio-divesità considerata come varietà della vita, di ogni forma di vita. Ma pure varietà di cultura, espressione, pensiero, creatività. La gente e l'habitat delle Alpi ne sono un esempio consacrato in centinaia di anni di storia. Tutto è bio-diversità. Ma, in tutto questo calderone di antica nostalgia e diversità, che differenza passa realmente tra la pecora e il lupo, tra l'uomo che abita in montagna ed il "liri rous – liliummartago", tra la lingua ancestrale che scompare e una varietà di mele?

Forse – in tutti questi casi – nel sentire comune vale di più il fiore raro, l'antica varietà di mele, il lupo. Acquetano la coscienza senza urti eccessivi, fanno sentire buoni e meritevoli; e riempiono anche la pancia, con una buona azione ecologica.

Il Roumiage 2010 ha così celebrato l'uomo che ha la coscienza della propria terra, della propria storia, della propria lingua ancestrale. Coloro che vivono il proprio essere e che sanno passare queste convinzioni di esistenza alle giovani generazioni

Il Roumiage ogni anno poggia la propria forza e convinzione proprio sulla riscoperta delle radici culturali dei territori alpini tra Piemonte e Provenza per recuperare una coscienza di territorio transfrontaliera che si prolunghi verso un futuro destino europeo dei popoli. Questo messaggio di apertura e fratellanza è incarnato dalle "Traversados", marce dell' amicizia tra Piemonte e Provenza, che muovono sospinte idealmente sulle antiche tracce di relazioni umane e di incontro, che per secoli hanno unito i due versanti delle Alpi sud-occidentali.

Il messaggio forte di queste persone in cammino rimane nella volontà di testimoniare l'unità storica e geografica delle Alpi sui sentieri ritrovati e mai perduti degli emigranti, fuggiti da secoli oltre frontiera, ma sempre fedeli alle loro origini.

Nell' anno dedicato alla biodiversità ci si auspica che si possa far qualcosa anche per salvaguardare ed individuare un patrimonio umano e genetico al fine di riscattare i territori e la civiltà di montagna, di tutte le montagne.

Cristina Occelli - cristina.occelli@cipespiemonte.it

Un manifesto per democrazia, welfare e diritti?

I gravi problemi economici e sociali che affliggono anche le aree più sviluppate del mondo chiamano in causa e mettono in discussione le norme fondamentali che reggono queste società e, con loro, i temi della democrazia e dei diritti.

E' questo il tema degli incontri organizzati e promossi durante il mese d'ottobre di quest'anno dalla Società di Mutuo Soccorso "Edmondo De Amicis", una delle più antiche Società operaie sorte in Torino nella seconda metà dell'ottocento.

Una profonda crisi sociale, politica ed economica ha sconvolto, negli ultimi vent'anni, tutta l'economia globale cambiando irreversibilmente la vita a miliardi di persone. Un nuovo ordine sociale si va affermando con mille contraddizioni e conflitti non solo economici, in cui compaiono possenti forze emergenti poco disposte "a fare prigionieri".

E' convinta opinione del presidente della Società "De Amicis" professor Viarengo e dei suoi collaboratori che per, conservare almeno i tratti essenziali della convivenza civile conquistata durante 150 anni di storia d'Europa e d'Italia, "occorra rifondare la società civile del nostro tempo dando nuova vita e concretezza a quei principi su cui gli stati democratici si sono venuti affermando in situazioni economiche e sociali assai diverse da quelle attuali".

Per far questo il manifesto richiama l'attenzione su due riferimenti essenziali: "La dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino" espressione della rivoluzione francese del 1795 e "La dichiarazione universale dei diritti umani" approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1948.
I diritti enunciati con forza dai due documenti "Libertà, Uguaglianza, Fraternità" e il "Diritto al benessere".[1] non devono essere solo proclamati verbalmente con uno sterile e fuorviante esercizio teorico. Quanto meglio ciascuno opera per renderli effettivi per tutti, tanto meglio ne può godere per sé.

Dalle argomentazioni dei relatori Marco Revelli, Pier Luigi Ossola, Adriana Luciano, Paolo Ferraris e dal susseguirsi degli interventi si traccia, nel corso degli incontri, la possibilità di ripensare l'insieme della complessa rete che, intervenendo là dove compaiono criticità e di nuovi bisogni, rende possibile la convivenza civile e lo sviluppo economico senza che l'eccessivo accumulo della ricchezza e il corrispettivo aumento dell'indigenza formino una pericolosa miscela esplosiva pronta a scoppiare alla minima scintilla nella tensione sociale destinata a sconvolgere la società e farla rovinare in un precipizio dal fondo imprevedibile.

1 "Ogni persona ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari; ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà"

Passando all'analisi storica delle prime organizzazioni spontanee e autonome del proletariato urbano e rurale dell'Europa della prima rivoluzione industriale si possono scoprire sorprendenti analogie con la situazione odierna.
Anche la relazione di Giovanna Filoni, direzione generale INPS, traccia un quadro inquietante sul futuro della previdenza e mette in guardia i giovani che si affacciano ora al lavoro e alla professione a pensare nuovi modi di accantonamento e di risparmio pubblico per la gestione delle pensioni di vecchiaia, di invalidità, di pensione sociale.

Nella sintesi del dibattito sono anche state prese in esame le attività e gli scopi sociali delle Società di mutuo soccorso che, oltre ad essere depositarie di una parte importante della storia della società civile che ha concorso con efficacia alla rete di protezione sociale durante quasi due secoli di storia italiana.
I presidenti delle società convenute hanno illustrato le loro attività attuali: dal trasporto infermi al social hausing, dalla rete di assistenza alla persona, ai rimborsi per le spese sanitarie, dalla tutela legale per fatti accaduti nel corso dell'attività lavorativa, ai sussidi per ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, inabilità, lunga malattia, decesso, incentivi alle famiglie per nascite e premi allo studio.

Tutta questa attività di supporto alla famiglia non può più essere ignorata dai pubblici poteri, a partire dai governi regionali sempre in affanno con i bilanci regionali per sanità e assistenza.

Le società di Mutuo soccorso attendono di essere riconosciute come soggetti erogatori di servizi socio sanitari totalmente ed esclusivamente autofinanziati dalle quote sociali versate dai propri soci e chiedono di discutere le loro attività future con l'attuazione di un tavolo permanente di discussione fra i loro rappresentanti e i responsabili regionali per dare finalmente attuazione ai Fondi integrativi sanitari aperti a tutti i cittadini, come da articolo 9 della legge 502/92, D.M. del marzo 2008 Livia Turco e D.M. settembre 2008 ministro Sacconi.

Guido Ziniti - guido.ziniti@fastwebnet.it

Iscrizioni CIPES Piemonte 2011

Rinnovi e nuove adesioni

Le quote associative possono essere pagate direttamente in sede o tramite bonifico bancario o postale

bollettino c/c postale - IBAN: IT51 UO76 0101 0000 0002 2635 106;
bonifico bancario - IBAN: IT 48 W 02008 01109 000001692993,
intestati a:
CIPES Piemonte - Via Sant'Agostino, 20 - 10122 Torino
Le quote di adesione possono essere reperite al seguente indirizzo:
http://www.cipespiemonte.it/come_aderire/come_aderire.html

"L'America non sarebbe nulla se non ci fossero stati gli immigrati"

Quella che leggete di seguito è una riflessione di Carmine Donzelli, fondatore e titolare della Donzelli Editore: un'analisi acuta e motivatamente sentimentale del fenomeno della migrazione. Oltre alla riflessione teorica, quello che può a buon diritto offrirci Donzelli è anche l'esperienza personale di migrante e di editore attento e sensibile al tema. Che, in fondo, è anche un po' suo.

La nostra casa editrice ha sempre avuto una vocazione particolare per i temi della mobilità, per le persone che si muovono. È un fatto legato al DNA stesso della casa editrice e del sottoscritto fondatore. Io sono nato in Calabria, a 18 anni mi sono trasferito a Torino, per poi spostarmi a Venezia ed infine (per ora?) a Roma: la mia vita è stata caratterizzata da un'esperienza di mobilità.
Venire dalla Calabria è un buon viatico, uno così sa cosa vuol dire sfruttare le opportunità e contrastare le difficoltà di una situazione diversa.
La casa editrice nasce nel 1992 sotto gli effetti del lavoro di un gruppo di persone che si occupavano di storia del Mezzogiorno italiano, e soprattutto di mobilità dei meridionali.
Qualche anno dopo abbiamo realizzato una Storia dell'emigrazione italiana, una storia collettiva, un impegno importante che ha coinvolto diverse persone. E così ci siamo naturalmente predisposti anche all'immigrazione.

La migrazione in generale è un aspetto fortemente collegato al modo di percepire il mondo in cui viviamo. La mobilità annulla l'idea di una monoresidenza: se mi chiedessero dove abito, certo che io ho un indirizzo, una residenza, un domicilio, ma se penso al modo con cui ognuno gestisce la residenzialità lo vedo sempre più mobile, indefinibile. Molte persone, soprattutto ragazzi, tendono a vivere condizioni in cui si dislocano continuamente.
Questo non è percepito da chi pratica le mobilità come una cosa triste, penalizzante o vergognosa: il soggetto che si muove trova il muoversi una cosa molto bella – e coloro che non si muovono difficilmente percepiscono questa sensazione negli altri.
Le persone che si muovono da qualcosa di brutto accentuano il carattere di "bellezza" della mobilità: il distacco da qualche situazione che crea (soprattutto gravi) problemi. È il caso della mobilità di lunga distanza che vede confluire verso il mondo occidentale europeo immigrati che muovono dal loro Paese per lasciare situazioni di guerre, fame, miserie e dunque con un'aspettativa fortissima a cercare qualcosa di positivo (qui sta il carattere di "bellezza") per se stessi.
L'esperienza migratoria è sostanzialmente una ricerca di apertura e ricognizione positiva delle occasioni di realizzazione di sé. Noi invece spesso vediamo il migrante come qualcuno da cui difenderci, ma è un'idea profondamente "brutta" (cioè, in contrasto con quella "bellezza" di cui sopra). Il migrante lo vediamo come qualcosa da temere. L'atteggiamento mentale di chi migra non vuole suscitare questo, ma primariamente è quello di allontanarsi da qualcosa di negativo per tentare di costruire qualcosa di positivo. Che poi ci riesca o meno, che questo percorso sia facile o complesso, dipende molto da come noi ci poniamo nei loro confronti. Insomma, di norma io non vado in un posto se penso che sia peggiore di quello in cui mi trovo, ma cerco migliori opportunità e occasioni di vita. Questo è il punto essenziale: tutta la produzione culturale sul tema dei migranti ha a che fare con questa grande questione di sensibilità preliminare. Noi dobbiamo prendere questa idea e convincerci che questa idea ha in sé un contenuto positivo di apertura.
Noi, società vecchia e strutturata, saremmo aiutati nella direzione di qualche apertura verso il futuro. Senza questo noi non facciamo niente, siamo condannati alla morte, all'immobilismo, al disfacimento. Senza l'apporto materiale ed anche spirituale degli immigrati siamo destinati a restare immobili, perché sono energie nuove e fresche che possono contribuire a mettere in moto la nostra società. Questa, ovviamente, non vuole essere una visione idilliaca, non vogliamo negare che tra i migranti non ci siano anche i delinquenti, e che il grado di pericolosità sociale non vada controllato e regolamentato. Non vuol dire che non ci siano regole per richiamare anche queste persone alla responsabilità e all'impegno. Ma le regole sono tali in quanto si applicano indipendentemente da coloro a cui si applicano. Le regole sono una cosa di cui la nostra società è carente per conto suo: prima di mancare le regole verso i migranti, mancano le regole per tutto il resto. È una società che ha una precarietà di regole che si manifesta anche in una difficoltà collettiva nelle regole per i migranti.

Come una casa editrice può affrontare questi problemi?
Noi ci proviamo. Il progetto è fare una grande storia dell'immigrazione in Italia, accanto alla storia dell'emigrazione italiana. Bisogna tener conto che per questo progetto si rivela necessario consegnare parte della scrittura, in maniera consistente, ai soggetti stessi dell'immigrazione, senza che vi sia il monopolio di sociologi, antropologi, storici. Questo per portare l'esperienza autentica dentro al testo. D'altra parte intendiamo il fenomeno in modo distorto: l'immigrazione di massa ormai è qualcosa che riguarda un ampio spettro della storia italiana contemporanea; non parliamo di qualche anno, ma ormai di diversi decenni.
Questo è un grande progetto che non so quanto ci metteremo a realizzare, ma che stiamo perseguendo.
Nel frattempo una casa editrice come la nostra, in virtù della professione di idee di cui ho parlato, ha il dovere di tenere le orecchie molto tese verso qualunque esperienza che possa andare nella direzione del rafforzamento della logica delle apertura.
Così la nostra vocazione si distribuisce su un'ampia parte del nostro catalogo. Vi porterei due esempi diversi e tuttavia entrambi significativi.

Abbiamo riscoperto uno splendido pamphlet scritto da J. F. Kennedy nel 1958, quand'ancora non era presidente degli Stati Uniti, ma era senatore nel Massachusetts, e che gli era stato commissionato da un'associazione per i diritti civili dei migranti in America. Si intitola Gli immigrati e l'America e si apre con una frase scultorea: **"L'America non sarebbe nulla se non ci fossero stati gli immigrati"**. In cinquanta pagine disegna, a partire da Tocqueville, la storia dell'immigrazione americana come la storia di un fatto costitutivo della nazione americana, senza il quale non ci sarebbe nessuna condizione di partenza.
Allora questo è qualcosa che vale la pena ricordare a chi, per esempio, da parte nostra, liquida questi elementi come marginali. La storia italiana contemporanea, così come l'Ottocento americano, quando verrà scritta dai nostri posteri nel 2100 sarà essenzialmente una storia di immigrazione. Ora, per colpa della nostra presbiopia non ce ne accorgiamo, ma tra cent'anni i libri di storia di questo parleranno, perché questo è quello che sta cambiando il nostro mondo.

L'altro esempio è un libro che abbiamo presentato al Salone del Libro di Torino, di una scrittrice libanese che si chiama Zena El Khalil: Beirut I love you. Libro che l'autrice ha scritto in inglese e noi traduciamo in italiano. Zena è una ragazza straordinaria ed è strepitosa l'esperienza che ha fatto, soprattutto nell'ottica di quella mobilità a cui prima facevo riferimento. Zena è figlia di genitori libanesi, ma ha vissuto la sua infanzia in Nigeria, poi si è trasferita a Londra, dove ha studiato, e si è rimessa in movimento ed è tornata in Libano. Durante l'ultima guerra libanese era a Beirut. Gli orrori e le tragedie di quella guerra l'hanno portata ad un certo punto a scrivere sul suo computer una e-mail di una pagina e mezza che ha inviato al quotidiano inglese "The Guardian". I giornalisti inglesi sono meno autoreferenziali, credo, di quelli italiani e qualcuno ha pensato che questa email fosse molto bella ed il direttore del "The Guardian" l'ha pubblicata in un box di prima pagina come una corrispondenza da Beirut.
Zena si è sentita incoraggiata da questa cosa e nei successivi venticinque giorni ha mandato altre venticinque e-mail che sono state tutte pubblicate in prima pagina. Questa esperienza è poi diventata un libro, che noi abbiamo intercettato e tradotto.
Per come vanno le cose dei migranti, adesso Zena abita a Torino. Lei è un'artista che crea installazioni, si è innamorata di un ragazzo torinese e qui ora lavora in mille progetti che coinvolgono il suo paese d'origine. Quando abbiamo deciso di presentare il suo libro al Salone del Libro abbiamo posto a noi stessi questo piccolo problema: come conciliare la nostra irrimediabile impostazione occidentale-razionalistica del nostro stand di 32 metri quadri con il fatto che Zena è irrimediabilmente portatrice di una cultura visiva diversa dalla nostra, che noi siamo soliti definire "kitsch"? Allora abbiamo detto a Zena: "ti diamo un angolo del nostro stand e tu ti costruisci la propaganda al tuo libro".
Lei si è presentata con una borsa piena delle sue stoffe, si è costruita il suo angolo, con la collaborazione di una sua cara amica libanese che le ha creato alcune borse, poi, per altro, messe in vendita. La gente un po' si è meravigliata perché Donzelli ha uno stile serio e persino serioso, ma noi ci divertiamo da morire a sporcarci le mani, a farci ibridare e contaminare costantemente da queste persone che, in fondo, danno senso alla nostra vita.

intervista di Giulio Mellana e Valeria Possi
(per gentile concessione di www.alteracultura.org)

CAMPAGNA PER LA DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

GRAZIE AI DONATORI

DI SANGUE

CELLULE STAMINALI

TESSUTI E ORGANI

CHE DANNO

VITA E SALUTE

ALLE PERSONE

IN ATTESA

DI TRAPIANTO

ANED

Associazione Nazionale
Emodializzati - Dialisi e Trapianto
ONLUS

Casa, previdenza, lavoro e mobilità: informazioni e risorse che superano le barriere

Avere accesso alle informazioni è un diritto di tutti i cittadini. Garantirlo tempestivamente eliminando ogni impedimento è un dovere di tutti coloro che le forniscono. Questa è una precisa responsabilità assegnata a tutte le Pubbliche Amministrazioni che hanno rapporti diretti con il pubblico.
Accedere con facilità al patrimonio di conoscenze rappresentato da leggi, norme, doveri e opportunità può, in molti casi, fare la differenza tra il riconoscimento effettivo di un diritto e l'esperienza dolorosa della sua negazione.
Per garantire il diritto ad avere informazioni accessibili e orientate al cittadino e per offrire una corretta e "utile" informazione il Comune di Torino e l'ASL TO1 hanno realizzato questa piccola ma, speriamo preziosa, collana.
Le guide nascono all'interno del progetto regionale ALI (Ausili Leggi Informazione) - Osservatorio Regionale sulla Disabilità, sono state curate dall'InformadisAbile della Divisione Servizi Sociali e rapporti con le ASL del Comune di Torino e dall'Informahandicap dell'ASL TO1 e Dipartimento del Territorio si sono avvalsi di esperti per la stesura delle diverse tematiche trattate e della supervisione della UILDM.
La collana, divisa in quattro volumi, intende riunire in documenti unici e completi tutte le informazioni utili ad agevolare la vita delle persone:

- **Volume 1 – Casa:** oltre le barriere architettoniche ed economiche
- **Volume 2 – Previdenza e disabilità:** orientarsi nel mondo delle prestazioni
- **Volume 3 – Lavoro, famiglia, disabilità:** I diritti del lavoratore disabile e dei suoi familiari
- **Volume 4 – Il diritto alla mobilità delle persone disabili:** una mappa dei servizi e delle agevolazioni.

Le quattro pubblicazioni sono un compendio ragionato in tema di diritti, agevolazioni, opportunità, che riguardano la vita delle persone che quotidianamente convivono con ostacoli e barriere architettoniche e culturali.
La collana pubblicata nel mese di ottobre, sarà in distribuzione presso i principali luoghi informativi istituzionali e associazionistici.

Per info: tel. 011 4421631 - www.comune.torino.it/pass
informahandicap@comune.torino.it

Scoperta nuova allergia alimentare dai ricercatori del Mauriziano

L'allergia alimentare è un problema clinico sempre più emergente, si tratta d'identificare gli ingredienti che inducono le reazioni allergiche, soprattutto quando questi sono contenuti in alimenti che non dovrebbero contenerli, i cosiddetti "allergeni nascosti".

Già nel 2007 il dr. Enrico Heffler del gruppo di ricerca diretto dal prof. Giovanni Rolla, Direttore di Allergologia e Immunologia clinica del Mauriziano, aveva pubblicato, sulla rivista internazionale "Journal of Investigational Allergy and Clinical Immunology", il caso clinico di una paziente che sviluppava crisi anafilattiche dopo aver mangiato la pizza in alcuni ristoranti, mentre la medesima pietanza non induceva alcuna reazione allergica se consumata in altri ristoranti.
L'intuizione dei ricercatori è stata quella di scoprire che le pizze che causavano allergia erano preparate con delle misture di farine, tra le quali quella di grano saraceno, alimento al quale la paziente risultava allergica.

Dati ISTAT rivelano che il saldo netto import-export della commercializzazione del grano saraceno in Italia è esponenzialmente aumentato negli ultimi cinque anni. A fronte di questo impressionante aumento dell'utilizzo del grano saraceno nella dieta degli italiani, anche le reazioni allergiche a tale alimento sono vertiginosamente aumentate.

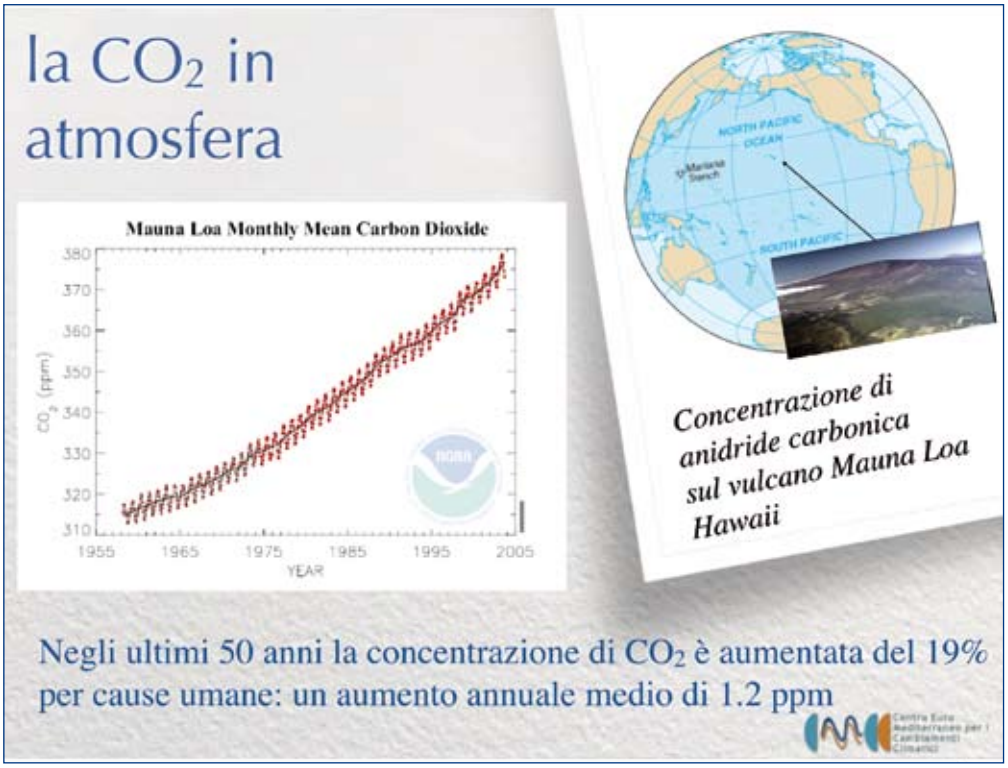
Lo scorso 30 agosto la rivista internazionale "Allergy" ha pubblicato i risultati della ricerca condotta dal dr.Heffler e dal prof. Rolla su un numero consistente di pazienti allergici alla farina di grano saraceno. Secondo lo studio , questa allergia si manifesta spesso con reazioni gravi (shock anafilattico nel 30% dei casi) e nel centro allergologico del Mauriziano rappresenta quasi il 10% di tutte le allergie alimentari.

Didia Bargnani
Ufficio Stampa-Relazioni Esterne
Dr.ssa Didia Bargnani – dbargnani@mauriziano.it
Tel. 011-5082105 - 3355692234

Come promuovere un mercato locale dei crediti di carbonio

Il CABON MARK

Negli ultimi cinquant'anni l'uso esclusivo di prodotti chimici per la fertilizzazione e la difesa delle colture agrarie ha condotto ad un impoverimento preoccupante del tenore di sostanza organica nei terreni che, soprattutto in alcune aree meridionali, contribuisce alla perdita irreversibile di fertilità e quindi ai processi di desertificazione.
Il protocollo di Kyoto affronta i cambiamenti climatici generati dall'eccesso di concentrazione di gas ad effetto serra mediante due linee di intervento:
1) riduzione delle emissisoni;
2) aumento degli assorbimenti mediante dei pozzi di carbonio chiamati "Carbon sink".



Questa seconda linea di intervento è particolarmente rilevante per il settore forestale in quanto le foreste sono i primi utilizzatori del carbonio atmosferico. Al fine di far valere questa azione delle foreste è pertanto necessario definire un sistema di contabilizzazione dei crediti di carbonio.
La "CARBON SINK CAPACITY" del suolo sta però diminuendo: uno dei fattori, non il solo, è la carenza di ritorno di sostanza organica nel suolo. Altri fattori negativi sono: le modalità di lavorazione del terreno, le precipitazioni e le irrigazioni con l'erosione, la temperatura, le tecniche colturali (la non rotazione, il terreno senza copertura, la fertilizzazione errata,...), la cementificazione, l' inquinamento.

Un incremento di una tonn di C/ha nei suoli degradati migliora le rese colturali e contribuisce a livello planetario a ridurre significativamente le emissioni in atmosfera di C (0,4-1,2 Gtonn di C/anno) .
Per queste ragioni una valutazione della sostenibilità ambientale trasparente e condivisa delle produzioni agricole assume un'importanza fondamentale nelle future scelte a livello nazionale e comunitario, anche nell'ottica di una razionalizzazione e di una ottimizzazione dell'efficacia delle forme di sostegno agricolo previste nella attuale legislazione.

L'obiettivo generale del progetto "CARBON MARK", promosso dalla linea d'azione "LIFE + 2007" dell'Unione Europea, al quale hanno già aderito in via sperimentale due Regioni del Nord Est italiano, il Veneto ed il Friuli Venezia Giualia, è quello di promuovere un mercato locale e volontario dei crediti di carbonio per rafforzare le politiche dell'Unione europea riguardanti la lotta al cambiamento climatico.

Un credito di carbonio è un'entità "intangibile" generata da un'attività che assorbe anidride carbonica o evita le emissioni di gas serra. La caratteristica principale di questo mercato è che i crediti di carbonio saranno prodotti da attività di mitigazione locali e non in altri paesi.

Il mercato Carbomark permetterà lo scambio di crediti di un ampio spettro di:
- attività agro-forestali;
- gestione forestale;
- prodotti legnosi;
- forestazione urbana;
- bio-char, un carbone vegetale che si ottiene per pirolisi.

Obiettivi specifici:
a) mitigare l'effetto dei gas serra favorendo la fissazione del carbonio;
b) generare reddito per le zone svantaggiate dando valore al servizio di fissazione del carbonio fornito dall'ecosistema foresta;
c) promuovere l'adozione di strategie di compensazione da parte di amministrazioni locali;
d) responsabilizzare le piccole e medie imprese, in modo che siano portate a mitigare il proprio impatto ambientale.
Il mercato entrerà in funzione verso la fine del 2010, quando le piccole e medie imprese locali avranno l'opportunità di abbattere su base volontaria le loro emissioni comprando crediti di carbonio locali.

Cosa possiamo fare tutti noi?
Attuare il compostaggio domestico teso a favorire il ritorno di sostanza organica nel suolo che non deve essere penalizzato da altre forme "concorrenziali" di sfruttamento delle biomasse in senso energetico.
Utilizzare il cippato e delle scaglie di legno e rami sopra le radici delle nostre piante, ripiantumare siepi ed alberate ovunque possibile.
Preferire i combustibili gassosi rispetto a quelli liquidi e solidi come per esempio il biogas che il biodiesel e il bioetanolo.

C. O - cristina.occelli@cipespiemonte.it.

I primi vent'anni dell'Associazione Donatori di Midollo Osseo

Sabato 2 Ottobre 2010 è stato celebrato a Torino, Sala Rossa del Palazzo Civico, Il Ventennale di fondazione dell'ADMO

"20 anni d'amore" è il titolo riassuntivo della storia ventennale di un'Associazione che è essenzialmente una storia di emozioni umane, di solidarietà, di lotta, di disperazione, di speranza. Al centro ci sono sempre l'uomo e un progetto di vita. Un uomo che ha una grande occasione: donare per amore. E, dall'altra parte del filo della ricerca, un altro uomo, con tutto il suo carico di dolore e di speranza, in attesa di una nuova possibilità di vita. Ed è proprio da un atto d'amore, di amore verso la vita, che è nata ADMO.

Siamo nel 1989 quando in due famiglie italiane - una a Milano e l'altra a Villar Perosa, nel torinese - un bambino e un giovane si ammalano di una grave forma di leucemia. Il responso è infausto per entrambi: solo un trapianto di midollo osseo potrebbe salvarli. Tutti i famigliari vengono tipizzati per la componente HLA, ma invano. Si cercano allora donatori non consanguinei tra i pochi disponibili, ma solamente in Inghilterra è attiva una valida banca dati, in Italia e nel resto del mondo esistono pochi dati sostanzialmente non utilizzabili. Il risultato finale è che non ci sono più speranze né per il piccolo Lorenzo né per il giovane Rossano, nonostante il trapianto di midollo osseo sia ormai una pratica collaudata da donatore famigliare e in via di consolidamento da donatore non consanguineo. **Questo è lo scenario da cui ha preso il via ADMO, dall'amore di due padri che hanno trasformato il proprio dolore in amore verso gli altri** e che giravano in lungo e in largo l'Italia per trovare qualcuno disposto a gettare il cuore oltre l'ostacolo al fine di creare un'Associazione che reclutasse donatori per impedire che altri figli morissero.

Volontari della solidarietà

Pian piano si è creata una rete associativa su tutto il territorio nazionale, per la diffusione capillare del messaggio con l'aiuto di migliaia di volontari e attraverso la costituzione di ADMO regionali, Associazioni autonome ma con eguale statuto e operanti sotto lo stesso marchio d'immagine, in un secondo tempo riunitesi nella Federazione Italiana. Oggi l'Associazione Donatori Midollo Osseo è un'organizzazione senza scopo di lucro e con personalità giuridica.

I motivi di un successo, forse all'epoca impensato, sono stati innanzitutto la chiarezza e la semplicità degli obiettivi che il volontariato si era allora posto: sensibilizzare la popolazione sulla donazione di midollo osseo e informarla sulle possibilità di vita legate al suo trapianto. L'obiettivo primario, quindi, non poteva che essere il raggiungimento di un grande numero di potenziali donatori iscritti al Registro. Altro motivo di successo, la collaborazione tra l'Associazione e il mondo scientifico.

Intervento della Prof.ssa A. Conti dell'Istituto "A. Avogadro" di Torino

E così se nel 1990, alla nascita di ADMO, i donatori italiani non arrivavano a 2.500, oggi sono 331.000. Questi risultati evidenziano l'importanza e l'efficacia del ruolo di ADMO nella realizzazione di strumenti fondamentali per l'intero progetto della donazione di cellule staminali emopoietiche in Italia. Un altro fondamentale successo, poi, è legato all'entrata in vigore della Legge n. 52 del 6 marzo 2001, che ha riconosciuto il Registro italiano dei donatori di midollo osseo, tutelando così la figura del donatore. Il 5 giugno 2002, inoltre, con Decreto del Ministro della Salute, ADMO è stata nominata nella Consulta nazionale per i trapianti allogenici da non consanguineo.

Ripartire da sé

Sabato 2 Ottobre nella Sala Rossa del Palazzo Civico di Torino è stato celebrato il ventennale di fondazione dell'ADMO sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica.

In una sala splendente di luci e gremita di folla si sono alternati gli interventi delle Autorità, dei Responsabili dell'Associazione, degli Esperti a livello nazionale e le testimonianze di donatori, quali Fabrizio Frizzi, Kristian Ghedina, ecc.

Nel corso della cerimonia sono stati premiati i vincitori del 3° Premio Nazionale ADMO per il miglior progetto di ricerca sul trapianto delle cellule staminali emopoietiche da donatore non consanguineo ed è stato consegnato a docenti e studenti dell'Istituto "A. Avogadro" di Torino un riconoscimento per l'impegno nella diffusione della cultura della solidarietà e della donazione.

I festeggiamenti a Torino di un traguardo così importante non sono da considerarsi solo un momento celebrativo, ma **un'opportunità per trasformare l'esperienza dei vent'anni di attività in una nuova linea di partenza,** con l'obiettivo di dare nuovo impulso alla ricerca e all'iscrizione dei donatori. Occorre, quindi, guardare con decisione al futuro e porre le basi di linee guida condivise per affrontare le prossime sfide di ADMO, in un panorama nazionale e internazionale caratterizzato da dinami-

che sociali di forte impatto, da radicali cambiamenti culturali e da continue nuove acquisizioni scientifiche.
ADMO deve continuare il suo percorso sulle linee strategiche della comunicazione e dell'informazione, articolate all'interno e all'esterno dell'Associazione e improntate sempre ai principi di trasparenza e democraticità. Trasparenza significa anche diffondere i risultati della nostra attività, il trend, le criticità, le modalità di monitoraggio. E democraticità significa anche favorire la dialettica e il confronto di idee per la vitalità dell'Associazione, non arroccarsi su posizioni dogmatiche e di chiusura al nuovo.

Torino, Sala Rossa del Palazzo Civico, celebrazione del ventennale di Fondazione dell'ADMO

Comunicare, convincere, coinvolgere sono le parole d'ordine di ADMO. Diffondere il messaggio, procedere uniti verso un progetto concreto di informazione e di formazione alla cultura del dono, mettersi a disposizione in un contesto di solidarietà umana di chi ha bisogno dando risposte concrete, riaffermare con la propria opera il grande valore della vita. Questa è l'essenza della nostra Associazione. Ma comunicare significa anche entrare in relazione con gli altri, condividere con i destinatari il contenuto e il significato del messaggio utilizzando le modalità comunicative più consone e coerenti al target dei soggetti a cui ci rivolgiamo. Per risvegliare interesse nei giovani occorre porre in atto una comunicazione multimediale, che coinvolga diversi canali senza privilegiarne alcuno, attesa la loro complementarietà. L'importante è che le iniziative rispondano al gusto e agli interessi del nostro target e che il messaggio sia espresso attraverso un codice di facile accesso ai giovani.

I progetti per il futuro

ADMO deve compiere un salto di qualità nella propria attività istituzionale per valorizzare e potenziare il proprio ruolo nell'ambito del programma di trapianto del midollo osseo. Non può limitarsi esclusivamente all'attività di reclutamento dei donatori, ma deve contribuire - con la propria attività di volontariato e le collaborazioni strategiche con le Istituzioni - a che il maggior numero di donazioni possa tradursi concretamente in effettivi trapianti, realizzando così le speranze di vita di chi è in lista d'attesa.
Occorre incentivare e valorizzare la storica e fattiva **collaborazione con l'IBMDR, il Registro italiano dei donatori di midollo osseo, per stimolare un'attività di tipizzazione sempre più accentrata in strutture d'eccellenza, che garantiscono elevata qualità.** Questo comporterà, di conseguenza, la dismissione di centri che effettuano un numero di tipizzazioni così esiguo da non giustificare gli onerosi investimenti per il loro funzionamento. E i centri donatori che non svolgono più attività di tipizzazione potranno essere riconvertiti in centri d'informazione per i potenziali donatori e di formazione dei volontari per il reclutamento di nuovi donatori di midollo osseo.
ADMO deve anche farsi carico di stimolare i centri di tipizzazione regionali all'approfondimento dei livelli di tipizzazione secondo standard internazionali e, quindi, alla riqualificazione delle caratteristiche genetiche dei donatori di midollo osseo, al fine di evitare che soltanto un terzo dei donatori italiani iscritti al Registro possa essere in concreto utilizzato per il trapianto.
Inoltre, l'Associazione deve porsi come obiettivo strategico il grande tema dell'informazione a tutti i cittadini e collaborare con le Istituzioni per l'attuazione di un concreto progetto nazionale sull'informazione: aumentare il numero dei donatori in Italia, con campagne di sensibilizzazione sulla donazione di midollo osseo e cellule staminali. Iniziative, queste, che non devono essere occasionali e sporadiche ma programmatiche, per rivestire carattere di continuità. La sfida dell'informazione è un importante gioco di squadra tra i livelli istituzionali Stato/Regioni, il mondo del volontariato e quello scientifico.
Per promuovere la cultura della donazione bisogna fare ancora passi in avanti e, pertanto, ADMO deve aumentare i partner della comunicazione: collaborazioni strategiche con altre Associazioni, in particolare con quelle dei donatori di sangue.
Infine, è bene ricordare che i risultati si raggiungono soltanto se c'è collaborazione tra la componente medica e la componente laica, se c'è sinergia tra il volontariato e la comunità scientifica. I medici s'impegnano quotidianamente nella ricerca affinché la vita possa essere realmente un diritto di tutti, la nostra Associazione s'impegna quotidianamente affinché le loro promesse di vita possano essere garantite dai potenziali donatori che ADMO sensibilizza e invita a donare per un puro atto d'amore. Obiettivo comune degli uni e dell'altra è il paziente, una persona che va aiutata con la mente e riportata alla vita con il cuore.

Paola De Angelis
Presidente ADMO Federazione Italiana - admo@admo.it

20 anni di storia della promozione della salute in Piemonte

Martedì 23 ottobre 1990 alle ore 17, preso la sede della 2° Circoscrizione, in Via Corsica si erano riuniti i promotori di CIES Piemonte. Erano circa 30, che per diversi mesi in graduale crescita, si erano riuniti informalmente ed avevano elaborato una proposta di programma operativo ed una bozza di Statuto, collegato a quello del CIES Nazionale ma in autonomia organizzativa.
Quel giorno alla presenza degli Assessori regionale e comunale avevamo eletto il primo comitato direttivo di 11 membri, inclusi i due Assessori che da allora hanno sempre fatto parte del nostro Comitato Direttivo

Avevamo convenuto la confluenza in CIES degli operatori di educazione sanitaria aderenti alla AIES per raccoglierne la esperienza. Avevamo trovato una piccolissima sede in Via San Dalmazzo 11, avviato l'attività dei primi gruppi di lavoro, l'avvio di una prima versione di Notiziario che chiamammo "La Salute Umana" Piemonte. Utilizzammo il titolo della rivista nazionale dell'AIES che fummo autorizzati ad usare ma editare come supplemento della rivista di Lega ambiente Piemonte molto amichevolmente concessoci.

Le tre Giornate regionali della Promozione della Salute furono i primi impegni esterni della nostra Associazione, per conoscere la realtà ed individuare linee positive di sviluppo, base di un rapporto con la Regione Piemonte ed il Comune di Torino dimostratosi ampio e proficuo. D'altro canto come si poteva non accogliere una generosa e volontaria disponibilità ed un impegno socialmente utile alla collettività ?

Abbiamo subito avviato la costituzione del Centro di Documentazione, della Consulta delle Associazioni, di un rapporto con i responsabili di educazione sanitarie delle USSL, l'avvio della costituzione di Centri Locali sul territorio. Ora siamo presenti ed organizzati in tutte le 8 Province piemontesi.

Nel marzo 1994 il n 16 del nostro Notiziario ha preso il nome di "Promozione Salute" esprimendo meglio la finalità generale del nostro impegno. Dalle iniziali 8 pagine siamo lentamente cresciuti sino alle attuali 40. La diffusione è gradualmente cresciuta sino alle attuali 9900 spedite e 11mila stampate.
Il Centro di documentazione contiene oggi 2904 materiali di cui 483 in libero accesso tramite internet.

Il 12 ottobre 1998, CIES Piemonte con i propri soci favoriva lo svolgimento a Torino della Assemblea Nazionale del CIES convocata per modificare in CIPES la sua denominazione adeguandola anche formalmente alla finalità programmatica di "Promozione della Salute". Poco dopo anche CIES Piemonte diventava CIPES Piemonte.
Alcune tappe significative del cammino Cipes Piemonte:

- novembre 1991 – 1° Giornata di Promozione della Salute: La realtà della educazione sanitaria in Piemonte
- febbraio 1992 – 2° Giornata di Promozione della Salute: Educazione Sanitaria e dimensione regionale
- gennaio 1993 - 3° Giornata Promozione Salute: Educazione alla salute e ambiente di lavoro
- dicembre 1993 – inauguriamo la nuova sede di Via S. Agostino 20
- settembre 1996 – 3° Conferenza europea sulla valutazione della efficacia della educazione sanitaria e la promozione della salute
- giugno 1997 – costituzione della rete piemontese HPH
- marzo 1998 – 2° Conferenza Nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute
- luglio 1998 – Tre Piani a Confronto : Regionale, Nazionale, Europeo
- dicembre 2000 – Asti 1° Conferenza regionale HPH – Ospedali liberi dal fumo
- ottobre 2001 – Ivrea 2° Confernza regionale HPH – Ospedale e territorio
- aprile 2002 – Conferenza regionale rete HPH
- gennaio 2003 – Convegno regionale: politiche e strategie per gli anziani e i disabili
- giugno 2003 – Avvio del progetto Città Sane in Piemonte
- novembre 2003 – 7° Conferenza Nazionale Rete HPH
- ottobre 2005 – Cuneo 1° Conferenza salute: Salute e partecipazione
- dicembre 2005 – 15° di vita di Cipes Piemonte
- giugno 2006 – Rete HPH: Abuso sessuale donne e minori
- ottobre 2006 – Rete HPH: Umanizzazione dei servizi sanitari
- febbraio 2007 – Rete HPH: Conferenza regionale. Bilancio quadriennio 2003-2006
- settembre 2008 – 8° Conferenza europea della promozione della salute – Costituzione a Torino del Centro Europeo IUHPE-CIPES per la promozione della salute nel sud e est Europa e nei paesi del bacino del Mediterraneo
- marzo 2010 – La rete per la Salute al servizio delle politiche per la salute – Bilancio di un impegno pluriennale.

Negli ultimi anni l'attività di Cipes Piemonte, anche in ragione della scelta dell'Europa della "Salute in tutte le politiche" e delle indicazioni del Piano regionale, ha visto il capillarizzarsi delle iniziative sul territorio a supporto della elaborazione dei Profili di salute a livello di distretto e di una conseguente riorganizzazione funzionale delle sue attività.
E' ciò su cui ci cimentiamo oggi in preparazione del consuntivo di 20 anni di attività. Un impegno crescente sui problemi, con un richiesta di collaborazione ai soci sugli stessi, ripensando gli strumenti a nostra disposizione.
Il registro regionale degli iscritti al Cipes, soci individuali o collettivi, è giunto in 20 anni al n°807, molti di questi non ci sono più, sono andati altrove, altri hanno cambiato opinione, al momento attuale siamo 428 ma non tutti pagano con regolarità le quote. Questo capita in tutte le Associazioni ma per raggiungere gli obiettivi che ci siamo posti dobbiamo essere di più, più competenti, più determinati, più presenti sul territorio e nelle realtà locali di cui aspiriamo essere degni rappresentanti e tutelatori dei loro bisogni di salute. Ce la faremo!

Tommaso Cravero - cedo@cipespiemonte.it

LA RETE ITALIANA DELLE CULTURE DELLA SALUTE

Domenica 3 ottobre 2010 in una enorme aula del palazzo del Casinò al Lido di Venezia pronta ad accogliere l'esercito degli Igienisti Italiani per il loro Congresso Nazionale si sono trovati alcuni dei loro generali, i Professori Briziarelli, Tarsitani, Pocetta, Contu, Cacciola e tre o quattro collaboratori con la ben più numerosa delegazione del CIPES Piemonte, Bajardi, Signore, Romano e Resegotti, che di tale esercito non fanno in alcun modo parte per essere tre di loro non medici e l'unico medico un clinico da molti anni in pensione.
Attesi con ansia, ma giunti a Venezia fuori tempo massimo i rappresentanti del CIPES Toscano.

Motivo dell'incontro l'approvazione dello statuto fondativo della Rete Italiana delle culture della salute pensata per incorporare la cultura della promozione della salute specifica del CIPES con quella dell'Educazione Sanitaria incarnata dall'AIES non tanto per il bisogno di costituire un organismo unico italiano a valenza internazionale, necessità non sentita in quanto già ora il Vice Presidente dell'Unione Internazione per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria è un Italiano, il Professor Paolo Contu e a Torino ha sede il Centro IUHPE per l'Europa, quanto per mettere in rete tutti i Centri e le Organizzazioni che operano in tale ambito in Italia secondo modelli operativi condivisi.

Nella sua presentazione iniziale il prof. Gianfranco Tarsitani di Roma, presidente nazionale del CIPES ha accennato al superamento della visione sanitaria della salute nella operatività dei vari Centri, per creare un cultura della salute che mette al centro la comunità in cui si opera, ma in cui ogni Centro non deve perdere la sua specificità, mentre in discussione Sante Bajardi presidente e padre fondatore del CIPES Piemonte ha sottolineato il salto di qualità nell'attività del CIPES, che dovrà ritrovarsi nella nuova rete, in stretta collaborazione con le Istituzioni, in primo luogo le Regioni, ma anche le Province e i Comuni e in collegamento con l'OMS nella Rete HPH, per delineare le politiche per la Salute. Resegotti ha ricordato la centralità delle persona che deve essere valorizzata per divenire la protagonista nella costruzione del benessere proprio e degli altri, Cacciola ha riportato le proposte formative dell'Aies Sicilia che dovranno trovare realizzazione nella nuova rete nazionale.

La lettura della bozza di statuto, già oggetto di consultazioni preliminari in particolare col CIPES Piemonte che già ha ottenuto il riconoscimento di associazione di promozione sociale e per tale motivo ha dovuto confrontarsi con gli organi di controllo, è risultata in un lavoro di editing, al termine del quale i presenti lo hanno sottoscritto insieme al verbale della riunione.

Ancora una volta il CIPES Piemonte ha fatto la sua parte e il ruolo centrale di Sante Bajardi è stato pienamente riconosciuto.
Se la promozione della salute è frutto dell'impegno di tutti, non possiamo ignorare che la nostra fattiva presenza a Venezia è stata resa possibile dall'abile guida di Giovanni Romano che ci ha evitato di finire come gli amici Toscani e alla accurata organizzazione di Beppe Signore.
Il minimo che io potessi fare era di scrivere questa breve nota

Luigi Resegotti
cipes@cipespiemonte.it

20° Anniversario CIPES

Torino Incontra - 4 dicembre 2010
Via San Francesco da Paola, 24 - Torino

Accesso gratuito

Si prega caldamente di segnalare la presenza telefonando al seguente numero: +39-011.4310762

- **8.30 • 9.0 Registrazione partecipanti**
- **9.00 • 9.30 Welcome coffee**

9.30 • 10.00 Saluti delle Autorità
- **Sindaco di Torino**
- **Presidente Regione Piemonte**
- **Presidente Provincia di Torino**
- **Assessore alla Sanità**
- **Commissario ARESS**

10.00 • 10.15 Relazione introduttiva
- **Sante Bajardi: Venti anni di attività del CIPES Piemonte**

10.15 • 10.45 Lezione magistrale

10.45 • 12.00 La Rete per la Salute
- **10.45 • Relazione tematica**
- **11.00 • Relazione tematica**
- **11.15 • Relazione tematica**
- **11.30 • Relazione tematica**
- **11.45 • Relazione tematica**

Chairman: Walter Vescovi

12.00 • 13.00 La promozione della Salute nelle politiche internazionali
- **12.00 IUHPE Europa**
- **12.15 OMS Europa**
- **12.30 OMS Mediterraneo**
- **12.45 Centro Europea IUHPE-CIPES**

Chairman: Lamberto Briziarelli

- **13.00 • 14.00 Buffet**

14.00 • 15.00 La Rete HPH e Servizi Sanitari
- **14.00 • Rete HPH Europa**
- **14.20 • Rete HPH Italia**
- **14.40 • Rete HPH Piemonte**

Chairman: Carlo Favaretti

15.00 • 16.30 Tavola rotonda: La salute in tutte le politiche
- **Rappresentanti della stampa**
- **Rappresentanti degli Atenei**
- **Esperti di politiche settoriali: SIMG (Società Italiana di Medicina Generale)**
- **ARESS Piemonte**
- **Rappresentanti di Associazioni e del terzo Settore**

Chairman: Luigi Resegotti

16.30 • Conclusioni: Sante Bajardi

CIPES HA 20 ANNI

PROVINCIA DI TORINO

REGIONE PIEMONTE Aress

POLITECNICO DI TORINO

REGIONE PIEMONTE

FEDER SANITÀ anci Federsanità Piemonte

CITTÀ DI TORINO