

# Sommario

n. 249-250, 2014

- 2 NOTIZIARIO**
- 4 EDITORIALE**  
**Considerazioni sulle disuguaglianze in salute dei bambini dall'osservatorio di un medico di medicina generale**  
*Fabrizio Germini*
- 6 OSSERVATORIO PERMANENTE SUI GIOVANI E L'ALCOOL**  
**Consumo di alcool e rischio di altre patologie in età anziana**  
*a cura dell'Osservatorio*
- 9 SERVIZI SANITARI**  
**Qualità percepita dai pazienti. A cosa servono i dati?**  
*Anna Maria Murante*
- 12 ESPERIENZE DAL TERRITORIO**  
**Andare a curare gli ultimi. L'esperienza dell'ASL di Cagliari**  
*Silvana Tilocca e coll.*
- 15 INTERNAZIONALE**  
**Aumentare le tasse sul tabacco. World No Tobacco Day 2014**  
*Organizzazione Mondiale della Sanità*
- 
- 17 DOSSIER**  
**SUL BENESSERE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA**  
*a cura di Edvige Mancinelli*
- da: REPORT CARD 11 - IL BENESSERE DEI BAMBINI NEI PAESI RICCHI. UN QUADRO COMPARATIVO**  
*Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF*
- 18 Una graduatoria del benessere dell'infanzia e dell'adolescenza**  
*Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF*
- 21 Parte I**  
**Dimensione 1/ Benessere materiale**  
**Dimensione 2/ Salute e sicurezza**  
**Dimensione 3/ Benessere nel sistema scolastico**  
**Dimensione 4/ Comportamenti e rischi**  
**Dimensione 5/ Condizioni abitative e ambientali**  
*Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF*
- 34 Parte II**  
**L'opinione dei bambini**  
*Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF*
- 39 Parte III**  
**Benessere dei bambini. 10 anni di risultati**  
*Centro di Ricerca Innocenti dell'UNICEF*
- 43 La parola ai pediatri di libera scelta**  
*Annalisa Beretta*
- 46 Indagine sulle condizioni di vita dei bambini 18-30 mesi e delle loro famiglie nelle regioni italiane**  
*Giuseppe Cirillo*
- 49 Tutti in opera... tutti all'Opera**  
*Maria Antonia Modolo, Iva Rossi*
- 
- 53 ALIMENTAZIONE**  
**Disuguaglianze, povertà alimentare e salute**  
*Gavino Maciocco*
- 55 AMBIENTE E SALUTE**  
**Ambiente e salute per l'Europa dei diritti umani**  
*a cura di ISDE Italia, Medici per l'Ambiente*
- 60 BLOCK NOTES**  
*a cura di Edvige Mancinelli*

**LA SALUTE UMANA**, Rivista bimestrale di educazione sanitaria del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia [CSES], fondata da Alessandro Seppilli

**EDITORE:** Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute. **PRESIDENTE:** Tullio Seppilli

**DIRETTORE RESPONSABILE:** Maria Antonia Modolo

**COMITATO DI REDAZIONE:** Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Francesca Cagnoni, Lia Delli Colli, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Maria Antonietta Ruggeri

**CURATORE DEL DOSSIER:** Edvige Mancinelli

**SEGRETERIA DI REDAZIONE:** Paola Beatini [e-mail: paola.beatini@unipg.it]

**GRAFICA E IMPAGINAZIONE:** Maria Margherita Tinarelli [e-mail: tinarelli@antropologiamedica.it]

**STAMPA:** Grafiche Sabbioni s.n.c., Trestina (PG) / Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 551 del 22.11.1978

**Per gentile concessione del "Comité français d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli, possono essere ripresi dalla rivista "La Santé de l'Homme" e dai documenti O.M.S.**

Abbonamento 2014: Annuale per 6 numeri cartaceo € 25,00 / on-line € 15,00 / cartaceo+on-line € 25,00

I versamenti vanno effettuati sul c.c.p. n. 10999068 intestato alla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

**Per abbonamenti on-line consultare la pagina: [www.antropologiamedica.it/editoria\\_riviste.php](http://www.antropologiamedica.it/editoria_riviste.php)**



## Dal XII Congresso Nazionale

Torino 22-24 maggio 2014

Nelle giornate di intensi lavori, CARD ha ancora una volta dimostrato che “i distretti esistono” concretamente nella realtà dei servizi sanitari italiani. L’affermazione, apparentemente banale, poggia sulla vitalità di partecipanti (oltre 300) ed argomenti (numerose main lectures di illustri esperti e decine di comunicazione scelte o poster).

La prospettiva che si è colta a Torino è univoca: dove esistono ed operano concretamente, i distretti esprimono una gamma di servizi e di attenzioni alle persone essenzialmente unici per la capacità, o quantomeno impegno prioritario e fortemente agito, per la continuità, l’integrazione, la cooperazione multiprofessionale e multidisciplinare. In molte realtà del Paese i Distretti Sanitari hanno dunque assunto un ruolo rilevante nell’offerta di servizi per la salute dei cittadini.

Il contributo dei Distretti al mantenimento di benessere e qualità di vita dignitosa è ormai un fatto accertato e tangibile, in contrasto (o superamento) dell’immagine errata e di un’idea infondata riguardo ad un distretto “burocratico” e “burocratizzante”, organizzazione tarata per rispondere a logiche “amministrative”.

CARD a Torino ha dimostrato che questa distorsione può essere corretta met-

tendo in luce e portando in rilievo le capacità di produzione diretta di servizi da parte dell’organizzazione multiprofessionale e multidisciplinare che agisce nelle aree di maggiore interesse per la popolazione: salute anziani, disabilità, salute donna e famiglie, salute bambini e adolescenti.

Di particolare rilievo è la citazione della presenza in alcune tavole rotonde e sessioni principali del Presidente o di influenti rappresentanti di Cittadinanzattiva, che hanno portato testimonianze preziose per un lavoro congiunto.

Produzione e committenza sono in ogni caso finalizzati a corrispondere a criteri di qualità elevata, al miglioramento continuo, obiettivo che appare particolarmente complesso in contesti organizzativi storicamente frammentati ed apparentemente frenanti la realizzazione di una solida continuità assistenziale, che sia ben percepita e visibile per gli assistiti ed i caregivers.

La nuova gamma di offerta, soprattutto riguardo alla “cronicità”, si è confermata al centro del mandato del lavoro dei distretti e si è richiamata l’attenzione a immettere nei sistemi sanitari nuovi equilibri tra cure per “l’acuzie e la cronicità”.

Va sottolineato che i lavori sono stati molto seguiti da un pubblico sempre attento. Da alcuni interventi, anche durante l’Assemblea Nazionale di CARD contestuale, è stata ribadita la proposta di stimolare le presidenze ed i direttivi delle singole associazioni regionali per farsi carico di presentare sempre ai congressi nazionali una relazione di visione regionale su temi prioritari, al fine di testimoniare la vitalità dell’associazione nel profilo scientifico-culturale e di consentire confronti tra le diverse zone del Paese.

Ancora una volta, un tema dei lavori congressuali, centrale per l’attività dei distretti, ha riguardato i PDTA, approfonditi con molte voci: i rappresentanti delle maggiori Società Scientifiche

Nazionali di diabetologia e malattie respiratorie, il delegato della Presidenza FIASO, il Presidente di Cittadinanzattiva nonché vari docenti universitari ed esperti nazionali.

Una sessione è stata dedicata alla tecnoassistenza, nuova frontiera che sta affermandosi in Italia grazie a Italia Longeva, Associazione nata recentemente per intuizione e volontà del Prof. Roberto Bernabei e della forte convinzione e partecipazione della Regione Marche. Si propone di introdurre nuovi modelli di cura ed assistenza, particolarmente al domicilio, usando tutto quello che di utile può provenire dalle nuove tecnologie e dall’informatica avanzata per la condivisione dei dati di valore clinico. Ha rappresentato l’occasione per lanciare una collaborazione a breve termine tra CARD e i vari sostenitori delle iniziative, applicative e sperimentali, che Italia Longeva vorrà mettere in campo.

Infine, molto seguita è stata anche la sessione “giovani ricercatori”. Anche in questo i distretti si sono presentati come elemento di innovazione aperto alla novità di nuovi approcci culturali ed operativi.

In conclusione, in tempi in cui tutto sembra improntato al “restingersi” ed al “ridurre”, il Convegno CARD di Torino ha dato segnali di verso opposto: i distretti agiscono già concretamente in aree del bisogno non toccate da altri; possiedono competenze ed organizzazioni che possono esprimere buoni livelli di offerta sia nell’efficacia che efficienza.

Agiscono con la consapevolezza della rilevanza delle grandi sfide attuali e possono essere affidabili nel proporsi come soggetti dell’innovazione.

*Paolo Da Col,  
testimone e persona appassionata  
ed informata dei fatti  
Torino, maggio 2014*



**47° Congresso Nazionale**  
**Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica**  
**Prevenzione in Movimento**  
**Riccione 1-4 ottobre 2014**

*Il 47° Congresso Nazionale della SItI vedrà diverse novità organizzative e scientifiche.*

*Anzitutto saranno due le Sezioni coinvolte (Emilia-Romagna e Marche) e ben sette le sedi accademiche che collaboreranno alla redazione del Programma scientifico, assieme alla Giunta Nazionale e al Comitato scientifico della S.It.I.*

*La scelta di Riccione nasce per facilitare le esigenze logistiche dei partecipanti e per garantire una maggiore sostenibilità dei costi dell'organizzazione, degli sponsor e dei partecipanti. Non è quindi un caso che, in concomitanza con questo annuncio preliminare, vengano offerte due soluzioni di iscrizioni anticipate low-cost, con l'obiettivo di incentivare la partecipazione al più importante evento di sanità pubblica dell'anno.*

**Comitato Organizzatore**

**Presidente S.It.I.**

Michele Conversano

**Vicepresidente S.It.I.**

Carlo Signorelli

**Segretario generale**

Maria Chironna

**Presidenti Sezioni organizzatrici**

Pier Luigi Macini (Emilia-Romagna)

Fabio Filippetti (Marche)

**Coordinatori Collegi e Consulte S.It.I.**

Italo Angelillo (docenti di igiene)

Sandro Cinquetti (operatori di sanità pubblica)

Anna Fabbro (professioni sanitarie)

Claudio Costantino (medici igienisti in formazione)

**Comitato promotore**

Giunta Esecutiva Nazionale S.It.I.

**Comitato scientifico**

Membri Comitato Scientifico della S.It.I.

Componenti Consigli Direttivi delle Sezioni Emilia-Romagna e Marche

**Programma Scientifico**

**Il Programma Scientifico aggiornato sarà disponibile entro il mese di aprile 2014 al sito** <http://www.siti2014.org/>

**Lecture magistrali**

**Franco Sassi** (*L'obesità e l'economia della prevenzione*)

Health Economist, Health Division  
OECD

**Francesca Racioppi** (*Programma WHO per incentivare l'attività fisica*)

Senior Policy and Programme Regional

Advisor, WHO-EURO

**Gianni Rezza** (*Turismo e migrazioni: sulle rotte dei microbi*) Direttore dipartimento di malattie infettive parassitarie e immunomediate, ISS, Roma

**Sessioni plenarie**

**Sessione inaugurale: Prospettive del SSN**

Coordinatori: S. Cinquetti, C. Signorelli

**Alimenti e nutrizione**

Coordinatori: E. Guberti, M. Triassi

**Ambiente e salute**

Coordinatori: V. Carreri, M. Vinceti

**Attività fisica per la prevenzione**

Coordinatori: G. Brandi, F. Francia

**Formazione degli operatori di sanità pubblica**

Coordinatori: G. Aggazzotti, I. Angelillo, A. Fabbro

*Evento accreditato presso il Ministero della Salute-ECM*

Sede Congressuale

Palariccione, Palazzo dei Congressi di

Riccione - New Palariccione Srl, viale

Virgilio, 17 int. 1 - 47838 Riccione

tel. 0541 474200 / fax 0541 607482

[info@palariccione.com](mailto:info@palariccione.com)

[www.palariccione.com](http://www.palariccione.com)

**I**l pediatra analizza il problema di salute partendo dalla cura dei bambini e, come spesso accade in Medicina, è costretto ad occuparsi dei problemi osservando le estreme conseguenze di una catena di eventi che iniziano da ben più lontano. Un bambino non può scegliere niente della sua storia: le sue vicende, la sua crescita, la sua salute psichica e fisica risultano fortemente dipendenti dal contesto nel quale cresce; i pediatri ci ricordano quanto siano decisivi i primi 1000 giorni di vita, ma l'attenzione a come viene vissuta la gravidanza, i messaggi emozionali e di ambiente che giungono al nascituro forse sono altrettanto importanti.

Se le differenze sono da percepire come una ricchezza, quando le consideriamo disuguaglianze abbiamo deciso di occuparci di differenze che non sono giuste, che altri determinano a scapito del bambino, che inficiano il suo presente e il suo futuro, privandolo delle possibilità medie che nel suo contesto sarebbe possibile avere.

Gli esempi riportati nelle interviste del Dossier, la descrizione attenta che emergerà dalla ricerca presentata dal dottor Cirillo per la Associazione Culturale Pediatri nazionale, parlano delle difficoltà delle famiglie, degli ambiti educativi, sociali, sanitari, amicali e parentali, difficoltà economiche, lavorative, delle malattie e i problemi di vita, la consapevolezza educativa, la ca-

pacità culturale e la sensibilità di capire quali esigenze ha un bambino e la possibilità di rispondere adeguatamente, affettivamente prima ancora che materialmente, la capacità, volontà e possibilità di prendersi cura di lui.

Una disuguaglianza relativa al mondo che abbiamo scelto di presentare è anche legata al tipo di pediatra che si incontra, alla sua capacità e volontà di esplorare il mondo *intorno* al bambino, alla necessità che sente di uscire dall'ambito strettamente clinico, di evidenziare le lacerazioni di rete e provare a ricucirle, non solo di vedere e giudicare, ma di entrare in empatia, mettersi a fianco e attivare le risorse possibili, sostenere e rendere possibili piccoli cambiamenti significativi.

Quando tutto questo funzionasse al meglio sarebbe ancora più evidente la necessità di coinvolgere anche la figura del medico di medicina generale in una relazione allargata di analisi e sostegno.

Ritengo a dir poco auspicabile che finalmente si attivino canali abituali di scambio e di collaborazione fra pediatri di libera scelta e medici di medicina generale nell'interesse delle famiglie.

Quante informazioni potrebbero passare utilmente dal medico al pediatra che inizia a occuparsi del bambino di una giovane coppia... Penso ai problemi clinici di carattere familiare, ma nello specifico anche alla necessità di segnalare

le difficoltà conosciute, le risorse attivabili.

Affiancare coerentemente il lavoro reciproco.

Pensiamo solo ai problemi che si possono presentare nel puerperio, la gestione dell'allattamento, le depressioni postpartum, i ruoli e le funzioni familiari da impostare, le famiglie d'origine, le situazioni lavorative e ambientali, i costi da sostenere o da evitare.

Tornando alle disuguaglianze, il tema riguarda direttamente il lavoro del medico di medicina generale e forse dovremmo dedicare uno spazio anche a questo professionista in un prossimo numero della rivista, ma ora mi interessa solo condividere con i pediatri la percezione della esistenza degli stessi problemi che loro vedono a partire dai bambini.

Le disuguaglianze con cui abbiamo a che fare chiedono alla Medicina innanzitutto di essere considerate perché non si può offrire un paradigma medico immutabile con modalità indipendenti dalle differenze, che non tenga conto delle disuguaglianze.

Si parla di cura della persona, ma il contesto di cure specialistico di secondo livello è molto standardizzato, anche necessariamente, sui livelli di efficienza e competenza tecnica, più che mai guidato dalla EBM.

Ovviamente se parliamo di come si cura una malattia anche in Medicina Generale e Pediatria abbiamo regole

## Considerazioni sulle disuguaglianze in salute dei bambini dall'osservatorio di un medico di medicina generale

*Fabrizio Germini*

cliniche e linee guida, ma il nostro specifico è fare in modo che ciò che le evidenze suggeriscono si realizzi nella vita delle persone e per fare questo ci sono percorsi complessi da fare a partire inevitabilmente dalla realtà di vita di ciascuno.

Ciò che sappiamo dobbiamo applicarlo e mantenerlo presente incidendo efficacemente sulla salute della popolazione; non bastano i risultati degli studi clinici controllati.

La differenza trascurata diventa disuguaglianza.

Come capire e farsi capire da persone di origini diverse, con modelli culturali e stereotipi di salute che non conosciamo?

Abbiamo a che fare con persone di molti paesi diversi con le quali è difficile fare una anamnesi e una valutazione realistica dei disturbi presentati, del significato che hanno per la loro vita, la lontananza dal contesto di origine, la paura di ammalarsi e di perdere i lavori che hanno potuto trovare.

E' altresì difficile indirizzare percorsi di cura coniugando diffidenza e aspettative quasi miracolistiche, è difficile e necessario accompagnare i percorsi nei livelli specialistici ancora meno conosciuti, capire i diritti in un contesto di regole che promettono molto, ma a volte presentano ostacoli burocratici e legislativi pesanti.

Altrettanto difficile è capire i modelli familiari, le reti parentali, gli schemi

educativi, la considerazione della responsabilità genitoriale, la possibilità reale di prendersi cura e rispettare i tempi e i diritti dell'infanzia in contesti di intensità lavorativa altissima, di garanzie poco rappresentate.

Se per gli adulti si deve spesso combattere con stili di vita inadeguati, ma figli di un neo acquisito e relativo benessere materiale, ancora più difficile è promuovere uno spirito critico nell'educazione alimentare dei bambini verso i cibi pubblicizzati meno salutari dall'uso poco critico dei mezzi di comunicazione.

Le difficoltà di comprensione dei problemi e di modifica degli stili di vita, la capacità e la possibilità di fare scelte positive per la salute, i limiti di carattere lavorativo ed economico, la solitudine effettiva di persone che non hanno parenti o amici vicini, il peso di care givers spesso fragili a loro volta; penso alle coppie di persone anziane in cui uno dei due si fa carico dei problemi dell'altro e trascura se stesso.

La distanza geografica dai servizi, ma anche la distanza personale rappresentata dalla difficoltà a muoversi nella burocrazia di un mondo che accelera e chiede competenze che non tutti hanno, come il crescente uso di mezzi informatici, ancora troppo difficili per certe fasce di popolazione costrette a vivere le file degli uffici, la difficoltà a trovare informazioni altrimenti, la difficile programmazione dei controlli

necessari per le patologie croniche, il ricordare appuntamenti scanditi nel corso dell'anno, o banalmente la aderenza alle cure.

Un contesto sociale che nelle città è spersonalizzato incapace di colmare le distanze interpersonali.

Le difficoltà economiche che incidono sugli stili di vita e, ancora raramente sull'accesso alle cure, almeno finché riusciremo a mantenere attenzione alle fasce più deboli.

A questo proposito ritengo che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta debbano sentire su di loro anche la responsabilità di far funzionare l'esistente, aiutare le persone a sfruttare al meglio i servizi, a contenere le ansie immotivate per i tempi di attesa, quando è possibile o attivarsi per far funzionare le giuste priorità nel servizio sanitario.

E' indispensabile conoscere i servizi del territorio nel quale si lavora per poterli offrire in caso di necessità; tanto più in tempi di crisi chi svolge il nostro lavoro non può limitarsi a compilare ricette rosse affidandole alla libera iniziativa dei singoli: qui in Italia più che altrove, le disuguaglianze rischiano di farsi sentire, chi ha un amico nei servizi, chi sa farsi rispettare, chi conosce i propri diritti ottiene di più, purtroppo e, col nostro aiuto, potremmo ridurre questo livello di disuguaglianza.