

SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria
dell'Università degli Studi di Perugia

ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art.1, comma 1, DCB Perugia



Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
Editore

Modalità di abbonamento

Editore: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
strada Ponte d'Oddi, 13, 06125 Perugia
tel. 075.41508 - 075.5857355-7 / fax 075.5857361

Registrazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Abbonamento 2012 (4 fascicoli)

Enti, Istituti, Biblioteche: cartacco € 57,00 / on-line € 50,00

Privati: cartacco € 42,00 / on-line € 30,00

Soci S.It.I.: cartacco € 26,00 / on-line € 18,00

Esteri: cartacco € 65,00 / on-line € 55,00

Un fascicolo separato: cartacco € 13,00 / on-line € 8,00

Il pagamento potrà essere effettuato su: Conto corrente postale n.10999068

oppure

Conto corrente bancario

UniCredit BANCA - Agenzia di Perugia - Elec

IBAN: IT 81 U 02008 03037 000040871543

intestati a Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia

oppure on-line:

http://www.antropologiamedica.it/ediziona_riviste.php

Per eventuali informazioni e ulteriori richieste

Ufficio abbonamenti: Maria Margherita Tinarelli

e-mail: tinarelli@antropologiamedica.it

Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute

strada Ponte d'Oddi, 13 / 06125 Perugia

tel.: 075.41508 / fax 075.5857361

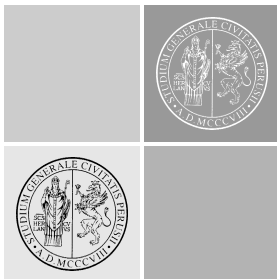
Tipografia

Grafiche Sabbioni s.n.c.

voc. Beccione, Trestina (Perugia)

tel.: 075.854186

© Copyright: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute testi, fotografie, disegni, riproduzioni vietate



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 56, n. 4, ottobre-dicembre 2012

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-56-55 - fax: 075.5857361 / e-mail: redriv@unipg.it / www.unipg.it/csesi

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo, Azienda Sanitaria n. 2, Regione Umbria

Presidente del Comitato scientifico: Maria Antonia Modolo, Università degli studi di Perugia

Redattore capo: Lamberto Briziarelli, Università degli studi di Perugia

Segretario di redazione: Paola Beatini, Università degli studi di Perugia

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Comitato scientifico: Bruno Benigni, Centro di promozione per la salute "Franco Basaglia" (Arezzo) / Mario Bertini, Società italiana di psicologia della salute, già professore di psicologia, Sapienza Università di Roma / Francesco Blangiardi, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione AUSL n. 7 della Sicilia (Ragusa) / Sabrina Boarelli, Ufficio scolastico regionale per l'Umbria / Antonio Boccia, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Francesco Bottaccioli, Società italiana di psiconeuroimmunologia (Roma) / Lamberto Briziarelli, già professore di igiene, Università di Perugia / Antonio Cappelli, Centro italiano ricerca sui servizi sanitari e sociali (Roma) / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS (Roma), professore di sociologia della salute, Sapienza Università di Roma / Paolo Contu, professore di igiene, Università di Cagliari / Michele Conversano, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Taranto / Giorgio Cosmacini, professore di storia della medicina, Università Vita-Salute San Raffaele (Milano) / Claudio Cricelli, Società italiana di medicina generale / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di neuroscienze, Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" (Milano) / Paola Di Nicola, professore di sociologia dei processi culturali e comunicativi, Università di Verona / Floriana Falcinelli, professore di didattica generale e tecnologie dell'istruzione, Università di Perugia / Carlo Favaretti, Health promoting hospital & health services network, Azienda ospedaliera-universitaria "Santa Maria della Misericordia" (Udine) / Luigi Ferrannini, Società italiana di psichiatria, Dipartimento di salute mentale, ASL n. 3 della Liguria (Genova) / Irene Figà-Talamanca, già professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Salvatore Geraci, Area sanitaria della Caritas Diocesana Roma / Mariano Giacchi, professore di igiene generale e applicata, Università di Siena / Guido Giarelli, European society for health and medical sociology, professore di sociologia generale, Università Magna Graecia (Catanzaro) / Margherita Giannoni, professore di economia sanitaria, Università di Perugia / Marco Ingrosso, professore di sociologia generale, Università di Ferrara / Domenico Lagravinese, Società italiana di igiene, medicina preventiva e sanità pubblica, Dipartimento di prevenzione ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio italiano sulla salute globale, professore di politica sanitaria internazionale, Università di Firenze / Maurizio Mori, già professore di medicina di comunità, Università di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società italiana di psicologia della salute, professore di psicologia generale, Università di Bologna / Walter Ricciardi, European public health association, professore di igiene generale e applicata, Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma) / Paola Rivosecchi, professore di metodologia epidemiologica e igiene, Università di Perugia / Roberto Romizi, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente / Tullio Seppilli, già professore di antropologia culturale, Università di Perugia, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Paolo Siani, Associazione culturale pediatri, Ospedale Cardarelli (Napoli) / Gianfranco Tarsitani, professore di igiene, Sapienza Università di Roma / Maria Teresa Tenconi, professore di igiene, metodologia epidemiologica e medicina di comunità, Università di Pavia / Maria Triassi, professore di igiene generale e applicata, Università Federico II di Napoli / Enrico Tempesta, Osservatorio permanente giovani e alcol, Roma / Maria Giovanna Vicarelli, professore di sociologia dei processi economici e del lavoro, Università Politecnica delle Marche (Ancona) / Mauro Volpi, professore di diritto costituzionale, Università di Perugia.

Comitato di redazione: Sandro Bianchi, Associazione culturale pediatri (sezione Umbria) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Patrizia Garista, Università di Perugia / Giuseppe Masanotti, Università di Perugia / Liliana Minelli, Università di Perugia / Giovanni Paladino, Università Federico II di Napoli / Damiano Parretti, Società italiana di medicina generale (sezione Umbria) / Enrico Petrangeli, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) / Maria Saba Petrucci, Università di Perugia / Giancarlo Pocetta, Università di Perugia / Carlo Romagnoli, ASL n. 2 dell'Umbria / Francesco Scotti, Gruppo tecnico interregionale per la salute mentale, Regione Umbria / Francesco Tullio, Associazione internazionale dei medici per l'ambiente (sezione Umbria).

| | | |
|-------------------------|-----|--|
| | 469 | <i>In questo numero</i> |
| <i>Editoriali</i> | 471 | Un anno di lavoro: la sfida di un nuovo titolo Filippo Antonio Bauleo |
| <i>Monografia</i> | 473 | L'Osservatorio "Ambiente e Salute" di Terni Giancarlo Pocetta |
| | 484 | Rifiuti e consumo: una ricerca sul territorio umbro Sabrina Flamini, Maya Pellicciari |
| | 501 | Valutazione di impatto sulla salute: uno strumento per i decisori Liliana Minelli, Alessia Biribanti, Riccardo Casadei, Endro Martini, Anna Maria Mensà, Manuela Chiavarini |
| | 513 | La georeferenziazione applicata alla registrazione delle patologie neoplastiche: uno strumento per la Sanità Pubblica Valentina Anemoli, Chiara Cappuccini |
| <i>Altri contributi</i> | 524 | La gestione del distress degli operatori oncologici: l'esperienza di formazione realizzata presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia Paolo Catanzaro, Anna Calabro, Anna Tei, Luciano Mancinelli, Giuliana Nataloni, Anna Maria Paci, Davide Albrigo, Simonetta Regni, Alessandra Passini, Valentina Topini, Giovanni Ascione, Andrea Bartocci, Giuseppe Ambrosio |

| | | |
|-------------------|-----|--|
| | 535 | Salute ed attività fisica: effetti favorevoli osservati in un campione di studenti di Torino (Studio HBSC) Alessandra D'Alfonso, Silvio Geninatti, Giuseppina Viola |
| <i>Recensioni</i> | 543 | |
| <i>Schede</i> | 546 | |
| <i>Documenti</i> | 552 | Il curriculum igienistico (Documento approvato dal Collegio dei Docenti Universitari della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica nella riunione a Cagliari del 4/10/2012) |
| <i>Notiziario</i> | 554 | Sintesi dell'incontro nazionale del Programma Guadagnare Salute in Adolescenza, Torino, 22-23 novembre 2012 / Risultati o Retorica? Tutto quello che non sapevate sull'Aiuto Pubblico allo Sviluppo europeo per la Salute / Società Italiana di Technology Assessment – Statement finale del V Congresso Nazionale / elazione sullo stato sanitario del Paese, 2011 / NOTIZIARIO CENTRO SPERIMENTALE PER L'EDUCAZIONE SANITARIA Tecniche di <i>counseling</i> nutrizionale e di Programmazione neuro linguistica. Corso di approfondimento, Perugia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Didattico Sant'Andrea delle Fratte, Perugia 6-8 maggio 2013 / Il <i>counseling</i> nutrizionale: tecniche di comunicazione per promuovere il cambiamento dei comportamenti alimentari, Perugia, 27 - 30 maggio 2013, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Didattico, Sant'Andrea delle Fratte/ NOTIZIARIO DELLA RETE ITALIANA CULTURE DELLA SALUTE / CIPES Toscana: Rete Sociale – Cultura della Salute – Arte – Qualità / AIES Liguria / Comitato Locale di Ortonovo / AIES-CIPES Sicilia |

IN QUESTO NUMERO

Prosegue *In questo numero* la Sezione Monografica dedicata al tema *Ambiente e Salute*. *Giancarlo Pocetta* illustra nel suo contributo l'esperienza della costruzione dell'Osservatorio provinciale Ambiente e Salute di Terni, sviluppato sotto il profilo tecnico dalla Cattedra di Igiene dell'Università degli Studi di Perugia. Il lavoro ha visto un forte coinvolgimento dei Comuni. E' riportato il modello concettuale di riferimento per l'individuazione degli indicatori e la sua applicazione. Il rapporto prodotto dal lavoro di ricerca e analisi dell'Osservatorio costituisce una fonte di dati utili ad orientare le strategie di intervento dei decisori.

Nel secondo contributo *Sabrina Flaimini* e *Maya Pellicciari* espongono i risultati di una ricerca finalizzata ad analizzare rappresentazioni, atteggiamenti e comportamenti dei cittadini umbri intorno alla questione dei

rifiuti. Lo studio ha previsto interviste in profondità a cittadini, amministratori, dirigenti e operatori dell'aziende umbre di smaltimento dei rifiuti. Emerge un quadro dettagliato e articolato della complessità del concetto di rifiuto, della diversa sensibilità per la raccolta differenziata e del difficile rapporto tra cittadino e istituzioni.

Al tema della Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) e Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) è dedicato l'articolo di *Liliana Minelli et al.* Le due strategie sono descritte attraverso una revisione della direttive europee con un confronto delle normative dei diversi stati europei; sono riportate caratteristiche generali, tipologie e fasi della VIS.

Conclude la Sezione monografica un contributo di *Valentina Anemoli* e *Chiara Cappuccini* sull'utilizzo della georeferenziazione

applicata ai dati epidemiologici forniti dal Registro Tumori Umbro di Popolazione

Le Autrici esaminano il ruolo dei sistemi informativi geografici e della georeferenziazione nell'analisi della realtà mediante la localizzazione sul territorio delle unità statistiche: un importante strumento di sanità pubblica per l'esplorazione del territorio ad alta risoluzione.

Per Altri Contributi: *Paolo Catanzaro et al* descrivono un'esperienza di formazione finalizzata alla gestione del distress degli ope-

ratori oncologici, un significativo problema di salute per questi professionisti all'interno del luogo di lavoro; *Alessandra D'Alfonso et al* indagano l'associazione tra attività fisica e benessere degli adolescenti, attraverso l'utilizzo di una sezione del questionario HBSC. Interessanti i risultati della rilevazione: non soltanto dell'associazione, già nota, tra esercizio fisico e salute/benessere, ma soprattutto l'attenzione alle sue diverse variabili, dall'alimentazione e fumo alla scuola frequentata e al genere.

Editoriale

Un anno di lavoro: la sfida di una nuovo titolo

A year of work: the challenge of a new title

Filippo Antonio Bauleo

Si conclude con questo numero il primo ciclo annuale del nuovo Corso della Rivista. Non un bilancio, in queste poche righe di chiusura del 2012, ma l'intenzione di ribadire il notevole lavoro, messo in moto e realizzato dalla redazione, dal comitato scientifico e da tutti i collaboratori per dare un impulso innovativo alla testata.

Intendevamo aprirci, nelle *dichiarazioni di intento* di inizio anno, sia a tematiche consolidate che a problematiche emergenti della sanità pubblica attraverso un approccio effettivamente interdisciplinare e integrato – non a caso il nuovo titolo Sistema Salute – e da qui la sezione *Monografia* che intende trattare un argomento nella maniera più esaustiva possibile e da diverse prospettive disciplinari riconducibili tutte alla promozione della salute.

Ci sembra che la *Monografia Ambiente* che viene completata in questo quarto numero ne rappresenti un prova significativa.

Così come la *Monografia Salute mentale* dalle cui pagine si può notare l'impegno congiunto e il confronto di professionisti della

sanità pubblica e della salute mentale.

L'ingresso nei Comitati scientifico e di redazione di nuovi numerosi specialisti accanto al nucleo tradizionale ha portato i suoi frutti, così come il rafforzamento della collaborazione con le Società scientifiche, in particolare la SITI, collaborazione già consolidata, e la CARD contatto più recente, ma assai proficuo.

Per quanto riguarda il sottotitolo *La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, questi sono rimasti e rimangono i nostri concetti guida.

Ci sembra ne siano testimonianza sia l'impostazione generale dei contenuti affrontati nelle *Monografie*, sia gli altri contributi che ricercatori e professionisti dei servizi continuano preziosamente a farci pervenire.

Per questo Li ringraziamo in quanto ci consentono di offrire ai Lettori un panorama ampio della riflessione e dell'operatività in educazione sanitaria e promozione della salute nella realtà italiana.

Ci auguriamo che il tentativo di diffondere i concetti di cultura della salute e della pro-

mozione della salute possa sostenere i professionisti della sanità pubblica nel loro ruolo di *agenti di cambiamento* all'interno del sistema sanitario e più in generale del sistema sociale, come sempre ci ricorda nei suoi

scritti l'amico Vicente Navarro.

E di proseguire con sempre maggiori risultati nell'anno appena iniziato: chiamiamo i nostri Lettori a contribuire a questo impegno.

Monografia

L'Osservatorio "Ambiente e Salute" di Terni

The Terni Environment and Health Observatory

Giancarlo Pocetta

ricercatore, direttore del Master in Progettazione, coordinamento e valutazione di interventi integrati di promozione ed educazione alla salute, Università degli studi di Perugia

Parole chiave: promozione della salute, ambienti favorevoli alla salute

RIASSUNTO

Introduzione: l'impatto dei determinanti e dei fattori di rischio di natura ambientale sulla salute ha dato vita negli ultimi anni a innumerevoli iniziative volte alla conoscenza e alla diffusione di questa nelle comunità. Un filone in particolare si è andato consolidando ed è quello costituito dall'istituzione di Osservatori su Ambiente e salute da parte di vari soggetti istituzionali: regioni, provincie, comuni che, con varie metodologie, si propongono di rappresentare i fenomeni in questione in territori circoscritti e, a partire dalla conoscenza prodotta, indirizzare le strategie di intervento locale coinvolgendo i cittadini e le loro rappresentanze.

Obiettivi: l'articolo illustra l'esperienza dell'Osservatorio Provinciale "Ambiente e Salute" promosso dall'Amministrazione provinciale di Terni e sviluppata tecnicamente dalla Cattedra di Igiene della sede ternana della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Perugia. Iniziata circa venti anni fa con un interesse specifico per le città di Terni e Narni, due aree a forte sviluppo industriale e urbano, l'area di interesse dell'Osservatorio si è estesa a tutto il territorio provinciale. Snodo importante dell'Osservatorio è quello di basare la metodologia di rilevazione sui determinanti ambientali coinvolgendo il più possibile i Comuni del territorio in quanto diretti rappresentanti degli interessi delle comunità e attori delle scelte di politica territoriale.

Metodologia: è stata condotta una sintesi dei principali atti istituzionali e documentali che hanno preceduto e accompagnato l'attuale Osservatorio.

Risultati: dopo una breve introduzione al tema degli Osservatori su Ambiente e Salute in Italia, nella prima parte, vengono descritte la storia che nel corso di più di venti anni ha condotto alla configurazione attuale dell'Osservatorio Provinciale "Ambiente e Salute" e la struttura scientifica e organizzativa dell'Osservatorio stesso. Nella seconda parte vengono illustrati i contenuti ed le principali considerazioni scaturite dalla più recente campagna di osservazione e inserite nell'ultimo Rapporto sullo stato dell'Ambiente e della Salute nel territorio Provinciale.

Discussione e Conclusioni: tre principali aspetti emergono dalle scelte operative che lo staff dell'Osservatorio ha compiuto e dai risultati dell'osservazione condotta più recentemente. La necessità che tale tipo di esperienze si leghino strettamente al territorio coinvolgendo gli stakeholder e in primo luogo quelli, tra questi, responsabili delle politiche territoriali. La necessità di adottare un orientamento olistico e "positivo" al rapporto ambiente/salute basato sull'approccio "per determinanti". Ed infine la necessità che l'osservazione alimenti un circuito virtuoso di presa di coscienza pubblica richiamando l'attenzione dei cittadini ad un'assunzione di responsabilità che sia tanto relativa al controllo democratico che essi devono esercitare quanto all'adozione di comportamenti responsabili nella vita quotidiana.

Key words: health promotion, supportive environment for health

SUMMARY

Background: the impact of the environmental determinants and risk factors on health in recent years has given rise to many initiatives aimed at building the knowledge and its dissemination within the communities. One strand in particular, has been consolidated and is made up by the institution of Observatories on Environment and Health by major institutional bodies: regions, provinces, municipalities that, with different methodologies, are designed to represent the phenomena in question within specific territories different methods, starting from the knowledge produced, activate direct intervention strategies involving local citizens and their representatives.

Objective: this article outlines the experience of the Provincial "Environment and Health" organized by the Province of Terni and technically developed by the Department of Hygiene of the Faculty of Medicine of the University of Perugia in Terni. Started about twenty years ago with a specific interest in the city of Terni and Narni, two areas with a strong industrial and urban development, the area of interest of the Observatory was extended to the whole province. Important prerequisite of the Observatory is to base its methodology on a strategy based environmental determinants involving as much as possible the municipalities as direct representatives of the interests of the community and local actors in policy choices.

Methodology: a summary of the main institutional acts and documents that preceded and accompanied the current Observatory has been conducted.

Results: after a brief introduction to the topic of the Observatories on Environment and Health in Italy, the first part describes the story that along more than twenty years has led to the current configuration of the Provincial Environment and Health and the structure and the scientific organization of the 'Observatory itself. The second part describes the content and the main considerations arising from the most recent observation campaign and included in the latest Report on the state of Environment and Health in the Province.

Discussion and Conclusion: three main issues emerging from the operational choices which the staff of the Observatory has made and the results of observation conducted more recently. First, the need, for this type of experiences, that they tightly be linked to the territory and involve stakeholders and primarily those among them having responsibilities of territorial policies. Secondly, the need to adopt a holistic and "positive" approach to the relationship between environment and health based on the "determinants" approach. And finally the need for the observation to establish a virtuous circle of public awareness drawing the attention of citizens to take responsibility both on the democratic control to be performed and to the adoption of responsible behavior in everyday life.

Introduzione

L'Osservatorio Provinciale "Ambiente e Salute" è una iniziativa di osservazione epidemiologica nel campo della promozione del rapporto ambiente e salute che è in corso nella Provincia di Terni con lo scopo di fornire ai cittadini ed agli Enti Locali un quadro esauriente delle problematiche poste dall'impatto dei determinanti ambientali sulla salute e la qualità della vita dei cittadini. In questo contributo verranno presentati i punti essenziali di questa esperienza ed i suoi contenuti metodologici essenziali. L'Osservatorio della Provincia di Terni si unisce all'ampio panorama di iniziative simili presenti in Italia.

Gli Osservatori sull'ambiente in Italia

L'osservazione sullo stato dell'Ambiente, intesa come attività organizzata di rilevazione dei dati ambientali in un territorio circoscritto e fornita da fonti correnti istituzionali e non, è divenuta in Italia un fenomeno piuttosto rilevante come testimonia l'elevato numero di esperienze che, anche una semplice ricerca in internet, permette di rilevare. Un'interpretazione della crescita di questo fenomeno deve tenere conto di due aspetti entrambi sempre più presenti nella nostra realtà, da una parte le dimostrazioni scientifiche che si susseguono relativamente all'impatto delle esposizioni ad un numero sempre crescente di contaminanti ambientali, dall'altra, e in parallelo con questa, la progressiva acquisizione di consapevolezza dei rischi ambientali in uno con il crescere della coscienza ecologista delle popolazioni. Gli Osservatori cercano di rispondere alle esigenze poste da queste istanze costituendosi come un luogo di valore tecnico-scientifico ma anche di partecipazione delle comunità ai temi della politica e della gestione ambientale. Un esempio di questo approccio è ben espresso dal

seguito stralcio giornalistico che si riferisce ad un'esperienza di osservatorio ambientale nella Provincia di Grosseto e nel quale istanze tecniche e di democrazia partecipativa sono ben raffigurate: *"La polemica dell'associazione "Lavoro, ambiente e salute" – spiegano il presidente Marras e l'assessore all'ambiente Siveri – non ha motivo di esistere. La delibera che l'associazione richiama, infatti, prevede che dell'Osservatorio ambientale faccia parte a tutti gli effetti un tecnico indicato dall'associazionismo in rappresentanza dei cittadini. Non esiste alcun ostruzionismo da parte della Provincia, che ha pensato all'Osservatorio proprio come strumento di partecipazione e di verifica dei dati, prevedendo la possibilità di indicare anche un libero professionista di fiducia che avesse competenze nel settore. Non vorremmo che questa polemica "preventiva" avesse altri obiettivi, tipo quello di spingere l'Amministrazione a scegliere un'associazione piuttosto che un'altra. Cosa che non ci compete: ci limiteremo a recepire l'indicazione del tecnico individuato da coloro che a vario titolo ritengono di rappresentare interessi collettivi. Infine, un'ulteriore precisazione. L'Osservatorio ambientale non è un luogo di compensazione di decisioni politico amministrative che spettano ad altre istanze istituzionali, ma costituisce una sede di controllo e verifica tecnica dei risultati dei monitoraggi ambientali"* (1). Questa visione della natura dell'Osservatorio ambientale come strumento di "controllo e verifica" aperto alle comunità si ritrova praticamente in tutte le esperienze italiane sia quelle nelle quali lo stimolo alla istituzione dell'Osservatorio viene da una spinta endogena dei territori sia quelle nelle quali l'istituzione di un Osservatorio – magari settoriale, come può essere un Osservatorio centrato sul problema dei rifiuti – è richiesta per legge. In questo quadro si colloca anche l'esperienza dell'Osservatorio sui problemi dell'ambiente e la salute (OPAS) della Provincia di Terni.

La storia dell'Osservatorio Provinciale Ambiente e Salute

L'OPAS nasce nel 2005 con un Protocollo d'intesa tra l'Amministrazione Provinciale di Terni e l'Università di Perugia, rappresentata dalla Cattedra di Igiene del Corso di Laurea in Medicina con sede a Terni, con lo scopo di svolgere un'attività di osservazione del rapporto "Ambiente e Salute" finalizzata a mettere a disposizione degli enti locali le informazioni necessarie ai processi decisionali e parallelamente a produrre un'informazione rivolta ai cittadini che fosse non solo attendibile dal punto di vista scientifico ma anche capace di rendere fruibili i contenuti tecnici. Al primo protocollo d'intesa è poi seguita una specifica convenzione stipulata nel 2010 che è attualmente in vigore. A sua volta, il Protocollo d'intesa del 2005 faceva seguito ad un decennio nel quale si erano succedute due campagne di ricerca sugli stessi temi ma limitate ad una parte del territorio provinciale ovvero quella della cosiddetta Conca Ternana, un territorio che: per la sua storia

economica, segnata dal passaggio da un'economia rurale alla grande industria e poi al terziario; per il rapido incremento della popolazione e la sua concentrazione in un grande ambito urbano: la città di Terni, con un aggregato di dimensione inferiore ma altrettanto industrialmente ricco, la città di Narni; per i fenomeni culturali e sociali a tutto ciò collegati, si presentava, e si presenta tuttora, come un laboratorio estremamente interessante, per lo studio dell'impatto sulla salute e la qualità della vita degli interventi che interessano l'ambiente. Questa attività di ricerca, cui era stato dato il nome di Progetto Ambiente della Conca Ternana (PACT) si è quindi estesa a tutto il territorio provinciale comprendendo aree caratterizzate da centri dimensioni medio piccole, le città di Amelia e Orvieto, piccoli centri urbani, vaste aree rurali (2, 3, 4, 5).

La tabella seguente riassume le tappe fondamentali che hanno condotto alla forma attuale dell'OPAS (Tab. 1).

Tabella 1 - Le tappe fondamentali che hanno condotto alla forma attuale dell'OPAS.

| | |
|---------------|---|
| 1996 | I Indagine Epidemiologia: "Progetto Ambiente della Conca Ternana" |
| 2004 | II Indagine Epidemiologia: "Progetto Ambiente della Conca Ternana 2" |
| 2005 | Protocollo d'intesa tra l'Amministrazione Provinciale di Terni l'Università di Perugia: "Osservatorio Provinciale Permanente sui Problemi dell'Ambiente e della Salute" |
| Marzo 2009 | I Conferenza Provinciale "Salute e Ambiente" |
| Febbraio 2010 | Convenzione tra l'Amministrazione Provinciale di Terni l'Università di Perugia: "Osservatorio Provinciale sui Problemi dell'Ambiente e della Salute" |
| 2013 | II Conferenza Provinciale |

L'attuale assetto istituzionale e operativo

Attualmente la struttura dell'OPAS prevede un livello tecnico scientifico rappresentato da due organismi: il Gruppo di Lavoro costituito dai ricercatori della Cattedra di Igiene della sede ternana della Facoltà di Medicina di Perugia e dal Comitato scientifico ed un

livello politico rappresentato dall'Assessorato all'Ambiente della Provincia di Terni insieme con i rappresentanti delle Amministrazioni Comunali che insistono sul territorio provinciale.

Sul piano strettamente operativo, il Gruppo di Lavoro progetta e conduce tutte le attività di ricerca che forniscono i dati e le infor-

mazioni prodotte dall'Osservatorio e mette a punto i contenuti e i format dei prodotti attraverso i quali queste vengono riversate all'esterno, il Comitato scientifico ha il compito di valutare e validare i prodotti del Gruppo di lavoro.

I documenti che sostengono i rapporti istituzionali tra gli enti coinvolti sono due: la Convenzione che regola i rapporti tra l'Amministrazione Provinciale e l'Università e che definisce gli impegni reciproci compresi quelli economici ed il Protocollo d'intesa sottoscritto dalle amministrazioni comunali, dall'Ordine Provinciale dei Medici, dalle due Aziende sanitarie che insistono sul territorio provinciale.

La metodologia e i modelli di riferimento

La metodologia di lavoro adottata dall'Osservatorio è eminentemente descrittiva. L'osservazione dei diversi aspetti del rapporto "Ambiente e Salute" avviene attraverso una raccolta di dati provenienti da fonti documentali correnti o ad hoc appartenenti ad un ampio spettro di enti e di diversa natura: epidemiologiche, socioeconomiche e ambientali. Accanto a questo, il Gruppo di lavoro ha elaborato un set di indicatori, che è stato via via aggiornato nel corso degli anni e che serve alla raccolta di dati a livello comunale.

La sua utilità è evidente soprattutto nel caso dei piccoli comuni che, per la loro dimensione, normalmente non vengono presi in considerazione da rapporti di livello nazionale e regionale se non come un insieme in cui le specificità non sono rintracciabili. La tabella seguente elenca gli indicatori e le loro espressioni quantitative (6, 7) (v. Tab. 2 pag. seguente).

La modellistica teorica che l'Osservatorio ha utilizzato si basa su due pilastri (8). In

primo luogo va menzionato il modello della PROMOZIONE DELLA SALUTE così come codificata nel 1986 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella Conferenza Mondiale tenuta ad Ottawa e ribadita nelle molte conferenze successive.

Promuovere la salute vuol dire essenzialmente far in modo che le persone e le comunità si riappropriino del più alto controllo possibile sulla loro salute e sui fattori che la determinano.

Questo assunto ha molte implicazioni, vuol dire, per esempio, sviluppare processi educativi e formativi attraverso i quali le persone sviluppino le competenze necessarie, oppure lavorare con i soggetti responsabili delle politiche pubbliche, del settore profit e non profit di un determinato contesto sociale, affinché la salute diventi un contenuto prioritario "in tutte le politiche" pubbliche: dalla governo dell'ambiente fisico, alla regolazione degli ambienti di vita e di lavoro, al controllo dei fattori di stress nelle organizzazioni complesse.

Un ambiente favorevole alla salute secondo l'OMS può essere definito come quello che protegge: *le persone dalle minacce che incombono sulla salute, consentendo ad esse di accrescere le proprie capacità fino a sviluppare l'auto fiducia nella salute. Esso comprende: il luogo in cui le persone vivono, lavorano, trascorrono il tempo libero, la loro comunità locale, la loro casa, l'accesso alle risorse per la salute e le opportunità di acquisire maggior autorevolezza. L'azione volta alla creazione di ambienti favorevoli alla salute investe molteplici dimensioni che vanno dalla diretta azione politica intrapresa per sviluppare e implementare politiche e normative che contribuiscano alla creazione di ambienti favorevoli, all'azione di carattere economico rivolta in particolare alla promozione di uno sviluppo economico sostenibile e ancora all'azione sociale*(9).

Tabella 2 - Indicatori e loro espressioni quantitative

| Fonte | COMUNE: SERVIZI SOCIALI |
|-----------------------|---|
| Indicatore | <i>n. iscritti a centri socio-culturali presenti nel Comune</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>pop. residente età > 64 anni che vive sola</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>residenti che abitano in alloggi di livello < allo standard</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. alloggi pubblici disponibili</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. soggetti in graduatoria per alloggio pubblico</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. spazi pubblici dedicati ad attività ludiche presenti nel Comune</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. centri socio-culturali e risorse socio-culturali (solo pubblici) presenti nel Comune</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. soggetti "diversamente abili" inseriti in strutture residenziali o semiresidenziali presenti nel Comune (se possibile disaggregati per residenza)</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. soggetti "diversamente abili"</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. residenti > 64 anni soli collegati con servizi per chiamate d'emergenza</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. residenti > 64 anni ospitati in strutture per anziani</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. posti in strutture per anziani</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. posti in asili nido</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. piani su infanzia-adolescenza, attivati in maniera continuativa dagli Enti Locali ("Legge Turco" n. 285)</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. centri per pop residente età < 11 anni</i> |

... segue ...

| Fonte | COMUNE: SERVIZI SOCIALI |
|-----------------------|---|
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. ricongiungimenti familiari (per gli immigrati residenti)</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. soggetti "senza fissa dimora" (Conosciuti? Stimati?)</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. persone (Conosciuti? Stimati?) che vivono al livello nazionale di povertà</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. soggetti deboli in inserimento lavorativo dal SIL-SILH (= servizio inserimento lavorativo)</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>totale soggetti deboli identificati</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. iscritti ad associazioni di volontariato</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>n. associazioni di volontariato</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |

| Fonte | COMUNE: UFFICI TECNICI |
|-----------------------|--|
| Indicatore | <i>raccolta differenziata RSU</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>raccolta RSU</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2001 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>km di linee urbane del trasporto pubblico per tipologia</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>m² di aree pedonali</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | <i>istituzione della zonizzazione acustica (o stato di attuazione: nessuna progettazione, in fase di prog., in fase di approvazione)</i> |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |

... segue ...

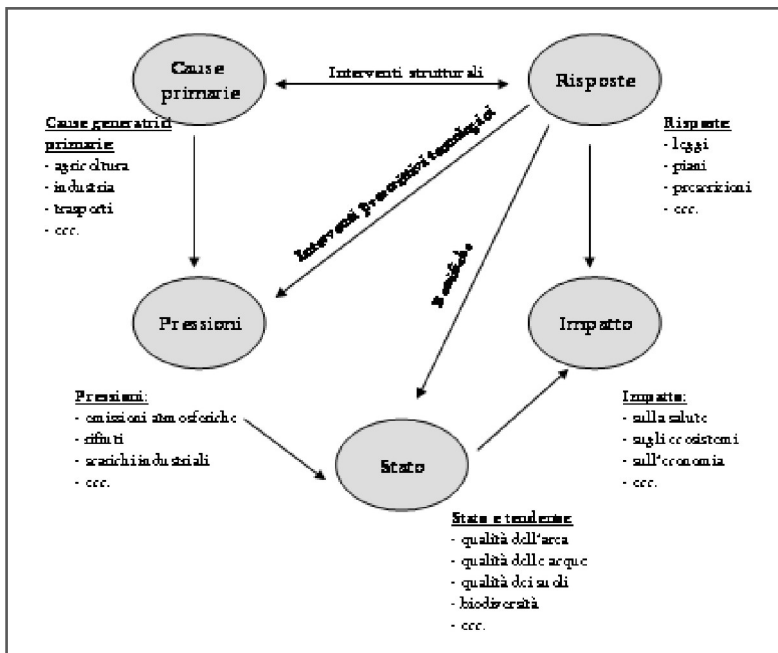
| | |
|-----------------------|--|
| Fonte | COMUNE: UFFICI TECNICI |
| Indicatore | m ² di verde urbano distinti per tipologia (verde attrezzato, parchi urbani, verde storico, aree di arredo urbano, aree speciali) |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | dotazione di Piano Regolatore, aggiornato (rispetto alla periodicità del Piano) da parte del Comune |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | n. spazi pubblici dedicati ad attività ludiche presenti nel Comune |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |
| Indicatore | n. "spazi confinati e non" (pubblici e privati) utilizzabili per attività sportive |
| periodo di tempo/anni | dal 2007 fino all'anno per il quale il dato è disponibile (se possibile indicare il dato relativo ad ogni anno) |

Il secondo modello al quale l'Osservatorio fa riferimento in particolare nella descrizione delle situazioni è quello proposto dalle Agenzie Nazionali ed Europee per l'ambiente e noto con l'acronimo DPSIR (*Determinanti-*

Pressioni-Stato-Impatti-Risposte) del quale la figura seguente mostra un'applicazione allo studio della matrice aria (Tab. 3).

Questo approccio che esplicita le Relazioni causa-effetto in un ambiente e le azioni rea-

Tabella 3 - Modello di DPSIR, applicazione allo studio della matrice area



lizzate dagli individui e dalle organizzazioni per gestirne le problematiche (10), deriva da un precedente schema PSR (Pressioni-Stato-Risposta) elaborato da OECD che dava le seguenti definizioni.

Indicatori di PRESSIONE: misurano il carico generato sull'ambiente dalle attività umane (perdite di rete idrica, consumi di acqua potabile, di carburante, di elettricità, produzione di rifiuti, numero di auto pro capite ecc.); **Indicatori di STATO:** misurano la qualità dell'ambiente in termini di smog, inquinamento idrico, verde urbano;

Indicatori di RISPOSTA: misurano sia la qualità delle politiche delle amministrazioni locali in termini di depurazione, raccolta differenziata, trasporto pubblico, qualità, aree pedonali, piste ciclabili, sviluppo di politiche energetiche, diffusione delle fonti rinnovabili, monitoraggi e rilevamenti della qualità ambientale, sia il cambiamento dei comportamenti a livello individuale ecc.

A queste lo schema DPSIR aggiunge **Indicatori relativi ai DETERMINANTI** che registrano tutte le attività e i comportamenti individuali che generano le pressioni sull'ambiente e gli **Indicatori di IMPATTO** che si riferiscono agli effetti le variazioni dell'ambiente producono a livello del contesto sociale.

Si tratta evidentemente di un approccio che conferisce dinamicità all'osservazione ambientale essendo fortemente orientato alla pianificazione e valutazione strategica e delle azioni. In questo, le amministrazioni pubbliche e le comunità collocano la loro centralità che si esplicita sui due versanti: il primo di regolazione e di controllo e, ove necessario, di sanzionamento; il secondo, rivolto ai cittadini amministrati, di messa a disposizione degli strumenti conoscitivi e interpretativi necessari affinché essi possano, appunto, aumentare la loro capacità di controllo e di influenza sulle decisioni che riguardano gli ambienti in cui

essi vivono e svolgono le loro attività. In sintesi quindi "promuovere la salute attraverso la creazione di ambienti favorevoli" può essere considerato lo slogan che sintetizza la filosofia che guida il lavoro dell'Osservatorio e che dà senso alle scelte operative compiute nel selezionare e organizzare le informazioni.

Risultati e Conclusioni

Sulla base di questi punti di riferimento metodologici e teorici, è stato impostato il lavoro di recupero delle informazioni, da fonti nazionali e locali, e l'analisi delle stesse al fine essenzialmente di produrre un quadro sintetico indirizzato ai referenti dell'Osservatorio: i cittadini e le Amministrazioni territoriali.

Per presentare questa parte dell'esperienza dell'OPAS, una "lettura" ragionata di alcune sezioni "chiave" dell'Indice dell'ultimo Rapporto prodotto dall'Osservatorio può esemplificare al meglio la ricaduta di queste scelte.

Il Rapporto si articola intorno a tre grandi assi: la qualità degli ambienti, il rapporto tra cittadini e ambienti, il contributo degli enti rappresentativi dei cittadini segnatamente le Amministrazioni Comunali.

La qualità degli ambienti

Rispetto alla definizione "olistica" dell'ambiente adottata dall'Osservatorio, la raccolta di dati finalizzati a rappresentare la qualità degli ambienti ha riguardato molteplici temi e conseguentemente molte fonti informative. Nell'esplorazione dello stato delle matrici ambientali si è sempre cercato di rilevare l'interazione tra gli indicatori di alterazione di queste e le condizioni di vita dei cittadini presenti nel territorio. Ad esempio, nel caso dell'esame della qualità dell'aria non ci si è limitati a riportare i dati rilevati dalle diverse centraline di rilevazione installate dall'ARPA Umbria e dalla stessa Amministrazione provinciale ma, nella misura dei dati disponibili, si è cercato di dare significato a questi dati con-

frontandoli con le condizioni del territorio, ad esempio i fattori climatici, e con gli effetti più rilevanti dell'organizzazione urbana, ad esempio i flussi del traffico auto veicolare e le condizioni del parco veicolare insieme con, ad esempio, la determinazione del carattere di "ciclabilità" del territorio urbano (nella città più importante del territorio provinciale) ecc. L'analisi incrociata quindi di diverse fonti ha permesso all'Osservatorio di formulare una "diagnosi" sullo stato della qualità dell'aria nel territorio delle zone più urbanizzate che ha identificato proprio nella gestione del "traffico veicolare" il determinante più importante della qualità dell'aria nel principale Comune del territorio. L'esempio rappresentato dallo studio della qualità dell'aria esprime al meglio la potenza dell'approccio promozionale non solo da un punto di vista conoscitivo ma – ed è questo che più direttamente si collega alla finalità di una struttura di servizio quale è l'Osservatorio – anche da un punto di vista operativo nel senso di fornire gli elementi per un approccio integrato di governo della matrice ambientale dal quale non sono escluse né le responsabilità degli stakeholder – in primo luogo gli amministratori del territorio, né le responsabilità dei cittadini che della comunità fanno parte e che devono assumere una loro specifica forma di leadership.

Il contributo dei Comuni

Un secondo tema presente largamente nel Rapporto deve essere sottolineato per presentare come la visione promozionale olistica abbia trovato una ricaduta nel lavoro conoscitivo. Un ampio settore del Rapporto è dedicato alla presentazione di dati rilevati attraverso il set di indicatori presentato nella tabella precedente che in sostanza descrivono azioni intraprese dalle amministrazioni comunali per il governo e la gestione dell'ambiente fisico e sociale (i cosiddetti indi-

catori di RISPOSTA dello schema DPSIR). La lista di indicatori fotografa dunque la capacità delle Amministrazioni Comunali di produrre ambienti favorevoli per la qualità della vita dei loro cittadini attraverso la messa in atto di policy positive rispetto all'ambiente considerato come un determinante della salute e della qualità della vita.

Il progetto di integrare gli stessi comuni nell'attività di rilevazione dell'Osservatorio è estremamente ambizioso poiché coinvolge le strutture comunali in un'attività non usuale; molti indicatori infatti richiedono dati che devono essere "attivamente" ricercati spesso andando anche oltre obblighi istituzionali o amministrativi. Non vi è dubbio che ciò implica una "cultura del dato" che non è proprio così diffusa nelle nostre amministrazioni. Ed in effetti la sfida risulta per ora solo parzialmente vinta, infatti – confrontando i due Rapporti finora redatti dall'Osservatorio – si vede che la partecipazione dei Comuni è risultata abbastanza variabile ove non assente in alcuni aspetti. Laddove è stato possibile ottenere un maggiore coinvolgimento dei Comuni, tuttavia, la strategia conoscitiva lanciata dall'Osservatorio ha permesso di tracciare un articolato profilo della salute e della qualità della vita di quelle comunità che certo non sarebbe risultato possibile, per un livello di integrazione così basso, dalla disponibilità dei dati correnti. Si vuol dire cioè che una rilevazione sistematica e così localizzata consentirebbe, e in parte ha consentito, di tracciare un vero e proprio profilo di salute e qualità di vita anche per comunità territorialmente "minori".

Il rapporto tra cittadini e ambiente

Questo terzo aspetto che vogliamo sottolineare come chiave di lettura della strategia dell'Osservatorio, è reso particolarmente evidente nel tema costituito dalla qualità del suolo. Il suolo, quasi tradizionalmente, è sta-

to, ma forse ancora è, considerato un mero contenitore e substrato passivo della vita che vi si svolge sopra. In realtà oggi siamo sempre più consapevoli che il suolo è un “organismo” vivo e vivace delle nostre nicchie ecologiche e la sua tutela è decisiva per la salvaguardia e la promozione della salute e del benessere dei cittadini e dei viventi in generale. Sviluppare questo approccio da parte dell'Osservatorio è significato approfondire due temi. Uno, ad oggi urgente ma abbastanza “tradizionale” poiché da tempo presente nel dibattito politico sull'ambiente e la vita dei cittadini, è rappresentato dalla raccolta differenziata dei rifiuti. L'altro, certo più recente e meno presente nella consapevolezza pubblica, quello dell'impatto che l'urbanizzazione, a qualsiasi livello ma certo con più enfasi per i grandi aggregati, ha sul grado di naturalità del paesaggio di un territorio.

Questo approccio, e la conseguente ricerca di dati, hanno permesso di individuare da una parte una ancora non matura consapevolezza dei cittadini e delle famiglie riguardo alla gestione appropriata dei rifiuti e dall'altra il rischio di perdita – o di diradamento almeno – di un'identità (in questo caso ci si riferisce interamente al capoluogo come il più grande aggregato urbano) caratterizzata dalla ricerca di un'integrazione culturale tra città e campagna che, proprio nel capoluogo, aveva trovato in passato manifestazioni e realizzazioni straordinarie quali ad esempio la progettazione di alcuni quartieri residenziali indirizzati alle maestranze della grande industria locale in cui trovava sintesi urbanistica l'esigenza di buoni alloggi per un crescente numero di persone e di famiglie e il mantenimento della forte cultura rurale attraverso la dotazione di orti familiari.

BIBLIOGRAFIA

1. Osservatorio, Il tecnico è previsto, Il Tirreno, 20 Febbraio 2012.
2. Briziarelli L, Freda PL, Guido LS, Pocetta G, Valeziano A. (a cura di) L'indagine epidemiologica nel Progetto Ambiente della Conca Ternana. Terni: Collana Documenti Studi Ricerche della Provincia di Terni; 1996.
3. Pocetta G, Briziarelli L. Indicatori di benessere e qualità della vita. In: Briziarelli L. (ed) PACT2 La II indagine epidemiologica. Per un profilo di salute degli abitanti della Conca Ternana, volume I. Terni: Web & Books; 2004, pag. 67-73.
4. Pocetta G, Migliacci M, Zerbini M, Briziarelli L. La soggettività della popolazione, In: Briziarelli L. (ed), PACT2 La II indagine epidemiologica. Per un profilo di salute degli abitanti della Conca Ternana, volume I. Terni: Web & Books; 2004, pag. 174-202.
5. Briziarelli L, Coletti A, Pocetta G. Osservatorio provinciale sull'ambiente e sulla salute e sistema informativo per la popolazione, Terni: Web & Books; 2004.
6. Coletti A, Rossi O, Pocetta G., Briziarelli L. Elaborazione di un set di indicatori di Health Impact Assessment basati sulla strategia della promozione della salute. In: Atti della VII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Bari 11-13 Ottobre 2001, pag. 204.
7. Rossi O, Coletti A, Pocetta G, Briziarelli L. Applicazione di un set di indicatori di promozione della salute. In: Sanità Pubblica nell'era della globalizzazione. Atti del 40° Congresso della Società italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Panorama Sanità, suppl. al n. 3, 2002; pag. 363.
8. Briziarelli L, Pocetta G, Rossi O, Coletti A. Un Osservatorio interistituzionale sulla promozione ed educazione alla salute. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute 2002; 25(2):100-114.
9. World Health Organization. Health Promotion Glossary 1998 (trad. it. a cura della Rete Italiana degli Ospedali Promotori di Salute; 2000).
10. Cammarota M, Pierantoni I. Urban Environmental Indicators in the Driving Pressure-State-Impact-Response (DPSIR) Scheme, (<http://www.sisstatistica.it/files/pdf/atti/CIME0905p219-222.pdf>, ultimo accesso 23 Ottobre 2012).

Rifiuti e consumo: una ricerca sul territorio umbro

Waste and consumption: a research in Umbria

Sabrina Flamini

Dottore di ricerca in Educazione Sanitaria, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Maya Pellicciari

Dottore di ricerca in Metodologie della ricerca etnoantropologica, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Parole chiave: ambiente, rifiuti, Umbria, politiche ambientali, partecipazione, cittadinanza attiva

RIASSUNTO

Obiettivi: analizzare le dinamiche del rapporto tra cittadino e contesto, tra dimensione individuale e collettiva, per fornire un quadro conoscitivo e dunque gli strumenti necessari ad elaborare specifiche strategie di intervento nell'ambito delle politiche ambientali.

Metodologia: osservazione partecipante e interviste in profondità (72) a cittadini, amministratori, dirigenti e operatori delle aziende umbre di smaltimento dei rifiuti.

Risultati: dall'analisi di contenuto delle interviste sono state delineate le complesse rappresentazioni relative ai concetti di "rifiuto", "sporco", "pulito"; sul rapporto tra pubblico e privato, sul funzionamento dei servizi e delle pubbliche amministrazioni, sulle condizioni del "fidarsi" e dell'"affidarsi", su quell'orizzonte reale di doveri, ma anche di oggettive "possibilità di contare", che siamo soliti chiamare *diritti di partecipazione e di cittadinanza*.

Key words: environment, waste, Umbria, environmental policies, participation, active citizenship

SUMMARY

Objectives: to analyze the dynamics of the relationship between citizens and social context, between the individual and social dimensions, to provide a knowledge framework and thus the needed tools to develop specific strategies for intervention in the field of environmental policies.

Methodology: participant observation and in-depth interviews (72) to citizens, administrators, managers and employees of Umbrian waste treatment and disposal companies.

Results: the analysis of the content of the interviews enlightens the complex representations related to the

concepts of “waste”, “dirty”, “clean”; to the relationship between public and private, to the functioning of the public services and administrations, to the conditions of “trust” and the real horizon of duties, but also of objective “chance to be heard” that we are used to call *rights of participation and citizenship*.

Introduzione

Nonostante il nesso tra rifiuti e consumo possa apparire in qualche misura scontato, è di fatto assai diffusa la tendenza a isolare la questione rifiuti dalle sue diverse e complesse implicazioni storiche, economiche e socio-culturali. Il tema dei rifiuti viene infatti spesso affrontato come se si trattasse dell'effetto perverso e indesiderato di un sistema produttivo e di consumo che non lo aveva previsto, e non come parte integrante del processo stesso che l'ha generato. La questione rifiuti e le problematiche ad essa correlate non possono invece essere svincolate da una riflessione critica sulle modalità di produzione e consumo che sono diventate dominanti nella nostra attuale società. D'altro canto ogni consumo si conclude in una qualche forma di “rifiuto” e a loro volta tutti i rifiuti rappresentano il prodotto finale di una qualche forma di consumo.

Se il consumo è dunque il nodo centrale della questione rifiuti, appaiono meno scontate le ragioni che portano alla omissione di questo nesso: in una società fondata sui consumi diventa quantomeno complesso riconoscere che l'unica soluzione possibile all'emergenza rifiuti sta proprio nel consumare meno o, più correttamente, nel ripensare gli assetti produttivi in maniera tale da rendere possibili forme differenti e più sostenibili di consumo.

Si assiste cioè al paradosso per cui da una

parte le spinte al consumo continuano a crescere in maniera esponenziale, coinvolgendo peraltro un numero sempre più ampio di persone¹, mentre dall'altra parte si rende sempre più evidente che l'ambiente in cui viviamo non è più in grado di sostenere tali livelli di sfruttamento e di inquinamento delle risorse. Sono ormai sempre più numerosi ed eterogenei i contributi della ricerca scientifica che denunciano gli effetti perversi del consumo sull'ambiente e dunque sulla salute (1), e d'altro canto sono di fatto sempre più numerose le soluzioni alternative proposte, e in alcuni casi sperimentate, sia nell'ambito dello smaltimento che in quello della produzione e del consumo.

Metodologia della ricerca

Nel periodo compreso tra maggio 2008 e febbraio 2009 la Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia) ha condotto, su commissione di ARPA Umbria, un'indagine sulle rappresentazioni, gli atteggiamenti e i comportamenti dei cittadini umbri intorno alla questione dei rifiuti.

Obiettivo generale del progetto era analizzare le dinamiche del rapporto tra cittadino e contesto, tra dimensione individuale e collettiva, per fornire un quadro conoscitivo e dunque gli strumenti necessari ad elaborare specifiche strategie di intervento nell'ambito delle politiche ambientali; il lavoro ha

¹ Si pensi al recente ingresso sulla scena del consumo globale di paesi come l'India o la Cina, che da sole rappresentano circa il 40% della popolazione mondiale, e che solo fino a qualche decennio fa appartenevano a quella fascia di paesi cosiddetti “in via di sviluppo”, di fatto esclusi dai “privilegi” del consumismo.

avuto come obiettivo anche la valutazione dell'impatto e dell'incidenza dei processi partecipativi sulle rappresentazioni, gli atteggiamenti e i comportamenti dei cittadini rispetto alle questioni ambientali e in particolare al tema dei rifiuti.

Si è scelto pertanto di mettere a confronto situazioni amministrativo-territoriali in cui fossero state messe in campo azioni specifiche e condivise rispetto alle politiche di tutela ambientale e situazioni in cui non risultavano, dai dati a disposizione di ARPA Umbria, iniziative specifiche in tal senso. In particolare, si è scelto di usare come parametro di confronto il programma "Agenda 21", documento programmatico promosso dalle Nazioni Unite nel 1992 e sottoscritto da oltre 170 paesi in tutto il mondo, che attraverso la codifica di processi di partecipazione locale condivisi a livello sovranazionale, definisce importanti linee-guida per la formulazione di piani di azione locale. I diversi livelli di avanzamento nel programma di Agenda 21, l'omogeneità degli indicatori di pressione ambientale rispetto ai rifiuti e l'omogeneità delle unità territoriali (paesaggi agricoli, industriali, urbani) e di popolazione, sono stati i parametri stabiliti per l'individuazione dei tre contesti amministrativo-territoriali su cui focalizzare la ricerca: Bastia Umbra, Spoleto, Terni.

In ognuno dei tre contesti individuati è stata condotta una vera e propria ricerca sul campo, in cui l'osservazione partecipante ad alcuni progetti ed eventi pubblici organizzati intorno al tema dei rifiuti dalle amministrazioni e dalle aziende di smaltimento è stata abbinata allo svolgimento di una campagna di interviste in profondità a cittadini, amministra-

tori, dirigenti e operatori delle aziende stesse. Al fine di garantire un quadro il più completo e articolato possibile della popolazione degli intervistati, sono state inoltre individuate alcune tipologie di persone che tenessero conto del genere, della fascia d'età, e della composizione del nucleo familiare. Trattandosi tuttavia di una ricerca di tipo qualitativo, basata su un numero necessariamente limitato di interviste in profondità, l'analisi dei risultati non è stata condotta sulla base di una vera e propria "stratificazione del campione": in una ricerca qualitativa, l'eterogeneità delle persone intervistate ha l'esclusiva finalità di consentire una maggiore ricchezza dei risultati e non può essere utilizzata per compiere generalizzazioni fondate sulla caratterizzazione delle loro "diversità", come l'appartenenza a una determinata area, il genere o la fascia d'età.

Le persone da intervistare sono state inoltre individuate attraverso la tecnica del "campionamento a valanga", che partendo dal reticolo di conoscenze degli intervistatori o delle persone coinvolte nel progetto, consente di procedere da un intervistato ad un altro attraverso il passaparola. Si tratta di una tecnica estremamente efficace per la ricerca qualitativa perché consente di accedere a contatti personalizzati e quindi più "disponibili" a colloqui lunghi e impegnativi.

Sono state effettuate in totale 53 interviste ai cittadini, 9 ad operatori delle aziende di smaltimento, 10 agli amministratori e ai dirigenti delle aziende, per un totale di 72 interviste.

Di seguito riportiamo, divisi in paragrafi, i principali risultati emersi dall'analisi di contenuto delle interviste²; si alternano nel te-

² Per una lettura complessiva dei risultati della ricerca, si rimanda al volume: *I cittadini e la questione dei rifiuti in Umbria. Analisi antropologica del rapporto tra stili comportamentali e contesto sociale*, di Flamini S, Pellicciari M (2).

sto brani di intervista estrapolati dalle verbalizzazioni.

Rifiuto: concetto, definizione e rappresentazioni

La definizione di rifiuto più diffusa tra gli intervistati è quella che lo identifica come qualcosa che ha perso la sua funzione originaria e che non è più, in nessun modo, riutilizzabile. Una volta identificato come “rifiuto”, un oggetto diventa immediatamente ingombrante, fastidioso, qualcosa di cui occorre disfarsi e che deve essere allontanato il più presto possibile. Tale definizione – senz’altro la più “classica” – è stata fino ad oggi quella più condivisa, e coincide con quella riscontrata anche in altre ricerche simili condotte in Italia ormai diversi anni fa (3, 10). Tuttavia, da una lettura complessiva delle interviste emerge chiaramente che la sempre maggiore diffusione della raccolta differenziata sta progressivamente modificando l’accezione puramente negativa del rifiuto che comincia ad essere considerato come una risorsa. Nella definizione che ne viene data dagli intervistati si riscontra infatti una certa ambiguità: se per un verso continua a rimandare a qualcosa di inutile, di non più utilizzabile, contemporaneamente mostra che si sta diffondendo a livello di senso comune un nuovo modo di guardare al potenziale di rigenerabilità e riciclo dei rifiuti.

Sono considerati innocui i rifiuti che si biodegradano e che tendono a decomporsi, ad essere riassorbiti nei cicli naturali di trasformazione della materia (come ad esempio i rifiuti organici); per estensione, sono innocui anche tutti quei materiali che possono essere riutilizzati o quantomeno sottoposti a trattamento e riciclati (ad esempio carta, plastica e vetro). Al contrario, i rifiuti diventano “nocivi” quando non possono essere né riutilizzati né smaltiti, quando non si biodegra-

dano, ovvero quando una volta cessata la loro funzione, non possono essere in alcun modo reintegrati nell’ambiente, ma continuano a conservare una forte eterogeneità e a lasciare una loro invadente traccia per un tempo considerato inaccettabile.

[Il rifiuto] è innocuo se si ricicla. [SA Bastia]

Esistono nell’ambito degli oggetti che noi buttiamo alcuni che non possono essere smaltiti perché hanno dei tempi molto lunghi; quello è sicuramente qualcosa che porta un vero sporco e che crea problemi. Ciò che invece è processabile in tempi rapidi o comunque in tempi non troppo lunghi, quello è qualcosa che può essere sicuramente ri-valorizzato. Tutto ciò che può essere riutilizzabile rispetto a tutto ciò che non può essere riutilizzabile. I cicli della materia sono alla base dell’ecologia e di qualsiasi altro sistema, quindi tutto viene in una qualche maniera trasformato; quando si innescano dei meccanismi per cui qualcosa non può essere trasformato lì si blocca il meccanismo naturale e quindi in quel caso è un rifiuto che genera dei problemi. {LP Spoleto}

Nella maggior parte dei casi, e per antonomasia, l’aggettivo “nocivo”, “inquinante” viene associato a quei rifiuti che in qualche misura nuocciono alla salute, o contravvengono alle norme igieniche condivise. Più in particolare, alcuni tendono a considerare “innocui” i rifiuti legati alla quotidianità e prodotti in ambito domestico, mentre tra i più dannosi e nocivi si citano quelli prodotti dall’industria. Sono invece considerati sostanzialmente innocui, più puliti o meno inquinanti, i rifiuti che si producono in prima persona, ciò che si “conosce”, e che in qualche modo ci appartiene; implicitamente, e per contrapposizione, i più “repellenti” e nocivi sono i rifiuti prodotti dagli “altri”.

Il rifiuto è “sporco”. La connessione tra “rifiuto” e “sporco” è così pervasiva da creare quasi una identificazione tra i due concetti. Più di ogni altra, la connotazione di “spor-

co” è quella che consente ad un oggetto di acquisire lo statuto di “rifiuto”, legittimando il suo possessore a provare il desiderio di disfarsene. D’altro canto, è necessario tenere in conto la complessità con cui si articolano i concetti di sporco e pulito, sui quali pesano fattori oggettivi ma, soprattutto, fattori di tipo culturale, soggettivo, che disegnano mappe concettuali, reti di rappresentazioni singolari ma assolutamente cariche di senso. La decodificazione di queste mappe può diventare fondamentale nella elaborazione di strategie ambientali capaci di rispecchiare percorsi “riconoscibili” e attivare dunque la partecipazione dei cittadini.

A tale proposito è paradigmatico quanto espresso da una coppia di cittadini di Spoleto:

{marito} {L’opposizione sporco/pulito} io un po’ l’associa all’ordine e al disordine; poi l’associa anche agli odori, pulito e sporco è anche odore; l’associa alla qualità visiva. {moglie} Parlando di sporco mi vengono in mente i piatti sporchi. {marito} Un’immagine di sporco per esempio è qui sotto casa nostra: ci sono tanti piccioni che sporcano e quando non puliscono mi dà un’immagine di sporco. Quando passiamo con il passeggino stiamo attenti perché quel tipo di sporcizia mi dà un’immagine generale di sporco. {moglie} È sporco per esempio quando si gira per le strade e trovi i cestini pieni. {marito} A me anche il traffico mi dà un’idea di sporco; penso che l’aria maleodorante dovuta al traffico mi dà l’idea di sporco. {moglie} Lo sporco mi fa pensare anche a qualcosa di vecchio. {marito} Mi vengono in mente magari le batterie buttate in strada che si deteriorano. {FB Spoleto}

Il concetto di sporco è spesso associato dagli intervistati a qualcosa di “corrotto”, contaminato, qualcosa di “fuori posto”, che altera quell’armonia delle cose associata invece all’immagine del pulito. È abbastanza com-

prendibile, quindi, come la dicotomia sporco/pulito letta in questa chiave tenda facilmente a spostarsi da un piano materiale ad un piano simbolico, richiamando la questione del rapporto con gli oggetti, con l’altro, con le istituzioni, il contesto e l’ambiente.

{Lo sporco è} insopportabile!! Mi dà fastidio!! Tutto quello che non è nitido, tutto quello che va ad intaccare l’equilibrio di qualcosa che altrimenti sarebbe armonico. Però adesso un esempio concreto non mi viene in mente... cioè, il pulito è armonia, lo sporco è qualcosa che lo rovina, che lo intacca {...} poi ognuno ha il proprio concetto di ordine, quindi... io ho una collega disordinata e infatti quando vedo il suo armadio mi dà fastidio e vorrei rimetterlo in ordine, però lei giustamente dice che per lei in quel modo è ordinato e ritrova le sue cose, quindi io ho imparato a tollerare e a capire che quello è il suo grado di ordine ed è pulito, non è sporco. {FF Terni}

Per me lo sporco è tanto: ci può essere uno sporco ideologico, uno sporco morale, uno sporco di comportamenti scorretti, uno sporco politico nell’intento che tu proponi una cosa, fai vedere che sei disponibilissimo e poi ti comporti in maniera oltremodo scorretta, e quello è uno sporco, anche quello è uno sporco. Lo sporco è tutto l’inquinamento, lo sporco per terra, lo sporco dell’aria, del pulviscolo, delle polveri nocive, delle polveri cancerogene, del cattivo modo di amministrare, tra virgolette anche l’igiene ambientale, perché anche lì c’è sporco. {FOr Terni}

Il rifiuto è “brutto”. Il rifiuto di per sé è uno scarto, il simbolo di un consumo avvenuto, qualcosa di “informe”, che ha perso la sua identità originaria. È qualcosa di non più utile, di ingombrante, che dopo essere stato “consumato” viene a perdere anche la sua connotazione estetica. Il rifiuto è “brutto” e

deve quindi essere allontanato dalla vista, dallo sguardo: se non si vede, non c'è. Gli stessi concetti di pulizia e ordine sono almeno in parte legati al canone estetico del "non vedere": un ambiente gradevole è un ambiente controllato, che rientra in canoni fissi in cui tutto è al suo posto, nulla "si mischia", tutto resta nell'ordine costituito delle cose. D'altro canto, il termine "brutto" rimanda a qualcosa di più che al semplice piano estetico: l'occhio sembra cogliere l'aspetto più superficiale, che è quello visivo, ma di fatto il giudizio estetico è comunque espressione di una visione più ampia, sistemica della realtà, in cui estetica e "sostanza", forma e contenuto, sono inestricabilmente interconnesse. Un luogo brutto, un ambiente brutto, rimandano a persone brutte, a qualcosa di moralmente sbagliato, a una mancanza di cura, di rispetto, di senso civico. È curioso, a tale proposito, che tra le cose considerate intollerabilmente sporche vengano citate bottiglie, cartacce e cicche di sigaretta abbandonate per la strada, escrementi di animali e addirittura siepi non curate, tutti rifiuti che potremmo definire in qualche misura "innocui" e che semmai hanno molto più a che fare con il disordine. Dovremmo dunque chiederci se parlare di ciò che si vede non sia un modo per parlare di ciò che non si vede e di cui non si può parlare. Un modo per rimuovere, spostare il problema su un piano "visibile", conosciuto e rassicurante, rispetto al quale è possibile esprimere la propria opinione, lasciando nella sfera del non detto gli ambiti più "scottanti", più "preoccupanti", quelli di cui non si hanno gli strumenti o le competenze per discutere e "risolvere". D'altro canto, di fronte all'enormità di questioni rispetto alle quali ci si sente impotenti, la rimozione collettiva appare anche una possibile scappatoia per un vivere tranquillo. I contenuti rimossi tornano tut-

tavia in superficie nascondendosi tra le pieghe dei discorsi apparentemente più banali, di carattere estetico. Si parla ad esempio di Napoli e delle sue "criticità" citando i cornicioni scrostati; si parla della siepe non curata o della "mondezza" accumulata dalla vicina dirimpettaia, e si tace il problema ben più "ingombrante" della questione dell'inquinamento a Terni. Parlando della superficie in realtà si parla dei problemi più profondi: parlare dell'intonaco diventa l'escamotage per parlare delle "fondamenta"; dire che le polveri sottili "si attaccano sui panni" è un modo per dire/non dire che si attaccano sui polmoni.

Un rifiuto è tante cose. Può esse la mondezza, può esse una siepe non curata, la caccia del cane, anche quello è un rifiuto. Se facessero le cose fatte bene sarebbe tutto a posto. Io non mi lamenterei della mondezza, delle strade, e invece ce lamentiamo de tante cosette. Sì per me andrebbe bene... come per esempio l'acciaieria... l'acciaieria sporca tanto in giro... a Papigno non possono stende i panni perché tutta quella roba s'attacca sui panni. {FO Terni}

Un'intervistata, confrontando l'inceneritore di Terni con quello di Brescia, rinomato per la sua apprezzabile "linea estetica", usa l'espressione "impatto ambientale" per valutare quello che invece è semmai l'"impatto estetico" dell'inceneritore:

Credo che {l'inceneritore} sia il migliore tra le varie soluzioni... fino ad ora è quello. Per esempio a Brescia, mi pare, ne hanno costruito uno che c'ha pochissimo impatto ambientale, sembra quasi un monumento... non so se hai avuto modo di vedere qualche foto. L'hanno proprio costruito in un modo che è carino proprio esteticamente. Ora non mi ricordo dove l'ho visto, perché io quando mi capita vedo sempre i documentari, e ne avevano parlato... e quindi ha pochissimo impatto visivo. {ACA Terni}

Se è ben costruito, se è esteticamente "bello", allora l'inceneritore può anche essere tollerato, "non fa più paura", e forse fa addirittura meno male, o almeno si è più disponi-

bili a pensarlo. Se il “mostro” non è mostruoso non può essere così pericoloso.

Uno non è che deve aver paura dell'inceneritore, perché se tu vai a Brescia l'inceneritore è un giardino, se ci passi lo noti! Vedi questo verde, vedi un giardino pensile con acque che zampillano e dici: "Questa è una villa!". Non sò queste quattro canne, sti tre tubi che c'abbiamo a Sabbione, che mettono paura solo a vederli! Lì non vedi niente, è tutto verde, tutto inscatolato, gli zampilli dell'acqua... {...} quando vai a Brescia che vedi il termovalorizzatore, tu rimani incantata e dici: "Oh, ma quello lì che è?!" Tu non ci credi che è un termovalorizzatore! {CAC Terni}

Per opposizione, molti intervistati sono inquietati dall'idea della discarica, che nonostante si trovi spesso in zone appartate, seminascoste e lontane dai centri abitati, è il luogo in cui il rifiuto non “scompare” veramente, ma semmai si accumula, diventando ancora più ingombrante e visibile; qui il rifiuto infatti non si volatilizza, non si disperde nell'atmosfera, ma viene messo sotto terra, dove poi si trasformerà in liquami e, attraverso l'inquinamento delle falde acquifere, tornerà in superficie a “disturbare” di nuovo.

È inutile che mettiamo la roba sotto terra ancora, perché dopo quella lì va nell'acqua, va nei fiumi, va di qua va, di là. {AC Terni}

Il rifiuto è “disordine”. Così come il concetto di rifiuto tende a identificarsi quasi per antonomasia con quello di sporco, allo stesso modo il concetto di sporco è a sua volta fortemente connesso a quello di disordine. Le dicotomie sporco/pulito e ordine/disordine, con le loro declinazioni tanto materiali che simboliche, costituiscono gli assi portanti intorno ai quali si articola il concetto di rifiuto. In tal senso, queste stesse categorie diventano il dispositivo semantico che consente di esprimere le proprie idee e opinioni rispetto al contesto in cui si vive, al proprio gruppo di riferimento e in genere agli altri.

È sporco ciò che è “fuori posto”, ciò che altera il “normale” ordine delle cose; è sporca, inaccettabile e fastidiosa la mancanza di organizzazione e di regolarità. Il disordine confonde, disorienta, impedisce di cogliere il senso delle cose perché mischia ciò che invece dovrebbe rimanere dentro alle categorie condivise con cui classifichiamo il mondo (4); il disordine non è rassicurante perché testimonia di quanto relativo sia il modo in cui ciascuno dà senso alle cose, perché costringe a misurarsi con l'idea che il proprio “ordine” è solo uno dei tanti ordini possibili.

Stimolati a riflettere sui concetti di sporco, disordine, rifiuto, gli intervistati hanno mostrato di avere una visione assolutamente sistemica della società: la mappa concettuale che si struttura intorno a questi tre elementi connette piani solo apparentemente lontani e che sono legati ai problemi più generali della società in cui si vive. Non si può riflettere sulla questione dei rifiuti senza affrontare il tema dell'educazione e delle carenze della scuola, il tema del lavoro e della precarietà, il tema della giustizia e della corruzione, il tema della diseguità e delle povertà. Le parole degli intervistati mostrano con quanta agilità ci si muove dal piano del particolare a quello generale: di rado vengono proposte soluzioni di tipo settoriale, senza che sia messo in qualche modo in discussione l'intero assetto sociale. Parlare della cartaccia buttata per terra o delle scritte sui muri consente di parlare del disagio giovanile, della carenza dei percorsi formativi e di spazi dedicati a queste fasce d'età; parlare del disordine consente di parlare di povertà e disoccupazione, ma anche di emarginazione, handicap e barriere architettoniche.

Lo scandalo del “buttare”

In linea più generale, e in assoluta controtendenza rispetto a quanto emerge dai dati

statistici³, sembra essere diffusa tra gli intervistati l'idea che i propri rifiuti (in particolar modo quelli organici) siano di scarsissima entità. È difficile stabilire quanto questo sia da attribuire ad una mancanza di consapevolezza rispetto ai rifiuti che si producono, o al senso di colpa che il buttare inevitabilmente ingenera. Vi è un evidente imbarazzo nel dover fare i conti con la quantità dei propri rifiuti, e soprattutto nel doverlo ammettere sia a se stessi che agli altri.

L'ambito in cui si rende più evidente il senso di colpa del "buttare" è senz'altro quello dei generi alimentari, primo fra tutti il pane. Tale ambito, più di ogni altro, è infatti quello in cui il rapporto tra rifiuti e consumo mostra i suoi contorni paradossali. Sempre più cibo viene infatti acquistato e gettato direttamente nella pattumiera senza essere nemmeno consumato (6); tutto questo in una fase storica di profonda recessione economica e, in generale, rispetto ad una situazione internazionale di grave diseguità nella distribuzione delle risorse.

Del resto, fino a pochi decenni fa, nell'ambito della società rurale, si può dire che il concetto del buttare non esisteva: tutti gli scarti venivano reimpiegati fino alla quasi totale consunzione del bene. Non soltanto per quanto riguarda gli avanzi di cibo, che venivano puntualmente utilizzati come alimento per il bestiame, o al massimo gettati nella letamaia e trasformati in concime; ma anche per quanto riguarda gli oggetti (strumenti di lavoro, mobilio, arnesi vari), riparati fino a quando non rimaneva altro da fare che smontarli e rifunzionalizzarne le singole parti, e i tessuti, trasmessi di generazione in generazione, fino a quando non venivano affidati

allo straccivendolo in cambio di piccole chincaglierie (ago e filo, saponi, pettini, mollette per capelli, ...).

Prima non se faceva {la raccolta differenziata} perché non c'era bisogno... c'avevano un po' de organico {ma l'atteggiamento era} "ammucchialo un po' da una parte... puzzerà!". Diciamo che quaranta anni fa tutta la mondezze che se fa oggi non se faceva. Non era necessario. Io mi ricordo Rino che viveva in campagna e tutto quello che avanzava lo davano ai maiali. Ma non esisteva il concetto proprio {del buttare}. Cioè, l'umido che oggi noi buttiamo via, allora lo davano alle bestie. E quello che non davano alle bestie lo ammucchiano sulla letamaia. Quindi dopo ce facevano il letame... quindi quello che buttavano era proprio una stupidaggine. {ADC Terni}

Nel passaggio da un'etica del risparmio, a lungo dominante in un quadro economico di tipo rurale, ad un'etica del consumo, progressivamente introdotta dalla società dei consumi, è avvenuto un profondo cambiamento anche nella concezione di quello che viene definito "rifiuto". In particolare, è proprio il rifiuto organico quello che sembra aver subito la trasformazione più paradossale: da elemento vitale, riutilizzabile per alimentare animali e concimare la terra, a massima espressione dello "scarto", qualcosa di "morto", marcio, di cui è meglio liberarsi il più rapidamente possibile. Mentre è ormai assai diffusa la pratica di differenziare materiali come carta, vetro e plastica, considerati rifiuti "puliti", sembra vi sia una certa resistenza nel raccogliere e separare i rifiuti organici, percepiti come particolarmente "sporchi". Quasi per non sporcarsi, per non esserne contaminati, si preferisce gettarli direttamente nell'indifferenziato senza troppi inter-

³ Secondo l'ISPRA (Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale, ex Apat), in Italia ogni individuo produce circa un chilo e mezzo di rifiuti domestici al giorno (5).

venti e manipolazioni.

È curioso che uno degli intervistati includa i rifiuti organici nell'elenco dei rifiuti più nocivi per la salute, accostandoli addirittura alle pile e agli "acidi".

Ci sono parecchi materiali che fanno male, quello sì. Anche il cibo, se tu lo lasci parecchio fuori fa male, e molti materiali sono dannosi per la salute. Come la carta non lo è, come tante cose non lo sono. {...} Innocui, per me, sono la carta, il legno, i prodotti in questa maniera. La plastica è innocua, il vetro è innocuo, questo si sa. Per i prodotti dannosi: il cibo, le pile, tutte le cose con acidi o altri materiali dannosi per la salute, adesso non saprei bene qualificarli. {ALB Bastia}

Tra i luoghi più sporchi, inoltre, si citano spesso bagni e cucine, ovvero quegli spazi domestici in cui lo sporco è prevalentemente di natura organica. Se da una parte le campagne di igiene – sfruttate dal mercato attraverso i mezzi di comunicazione di massa per promuovere la vendita di prodotti per la pulizia domestica – hanno divulgato per decenni messaggi sull'importanza della pulizia di luoghi come appunto i bagni e le cucine al fine di scongiurare il rischio di infezioni batteriche, dall'altra i livelli di igiene generale raggiunti oggi in Europa rendono ormai tali rischi pressoché inesistenti, o comunque tali da non giustificare più, di per sé, l'idiosincrasia verso i rifiuti organici. Resta invece ancora piuttosto forte il condizionamento massmediatico, e soprattutto la valenza simbolica per cui l'organico in qualche modo rimanda a una società arcaica, tradizionale, pre-industriale, pre-moderna.

La raccolta differenziata: motivazioni, problemi di informazione e ostacoli operativi

Da quanto emerge dalle interviste, quasi tutti mettono in atto una qualche forma di differenziazione dei rifiuti: si va da un minimo di

chi separa un materiale solo (generalmente il vetro, la carta o la plastica), all'optimum di chi, in maniera più scrupolosa, seleziona e differenzia tutti i rifiuti che produce. Appare abbastanza legittimo affermare che vi è, in generale, una certa sensibilità nei confronti delle tematiche ambientali e in particolare rispetto alla questione dei rifiuti.

Alcuni hanno fatto propria la questione ecologica, trasformando l'adesione alla raccolta differenziata in un vero e proprio impegno sociale che li porta ad assumere posizioni talvolta rigide e di forte critica sociale: si tratta di una sorta di elite informata che spesso funge da catalizzatore per il trasferimento di informazioni e soprattutto di spinte motivazionali ad acquisire comportamenti appropriati. Di fatto, differenziare i propri rifiuti diventa un gesto di distinzione, un modo per sentirsi i "pionieri" di una nuova forma di civiltà; ci si sente investiti del ruolo di "paladino dell'ambiente", ci si propone come modello per gli altri di buona condotta civile, si è spinti a promuovere con amici e parenti la raccolta differenziata, mettendo in luce le carenze del prossimo, delle aziende e delle amministrazioni.

Nonostante il buon livello di adesione alla raccolta differenziata, i cittadini intervistati hanno ben chiare le difficoltà che essa comporta, e soprattutto i problemi connessi a un servizio che considerano talvolta carente e poco attento alle loro esigenze. Per quanto riguarda i disagi che vengono riscontrati in ambito domestico vi è innanzitutto la difficoltà di gestire i rifiuti all'interno di abitazioni che non hanno sufficienti spazi in cui collocare i vari contenitori: il più temuto è il contenitore dei rifiuti organici, in cui i resti di cibo che si accumulano per svariati giorni all'interno della casa minacciano di esalare cattivo odore. Altri aspetti problematici riscontrati sono il tempo e l'impegno che la

differenziazione dei rifiuti richiede: soprattutto se il servizio non è “porta a porta” essa viene vista come un impegno enorme, che andrebbe ad interferire con uno stile di vita già consolidato, in cui peraltro il tempo libero a disposizione è sempre più ridotto. Ancora più complessa e impegnativa è la differenziazione di quei materiali il cui smaltimento appare più “ambiguo” e articolato (diversi tipi di plastiche, tetrapak, pile, medicinali scaduti, ...). I cittadini denunciano una non sufficiente diffusione di informazioni dettagliate sulla collocazione dei rifiuti da differenziare, in particolare di quelli “speciali”, che non rientrano nelle principali macroaree (vetro, carta, plastica). La classificazione dei materiali fatta dai decisori segue infatti modalità di tipo merceologico e tiene conto dei processi di recupero e riciclo delle singole filiere, mentre le persone utilizzano criteri di classificazione che si fondano sull'uso quotidiano degli oggetti e su altri elementi di tipo soggettivo (personalità, storia di vita, ...). Questa incongruenza, rafforzata dalla scarsa informazione, porta i cittadini a commettere “errori” nel separare i rifiuti, aumenta la quota di indifferenziato, in cui alla fine confluiscono tutti gli oggetti “dubbi”, e infine disincentiva a fare la raccolta differenziata.

Per quanto riguarda invece le difficoltà riscontrate all'esterno, si citano la lontananza dei raccoglitori dalla propria abitazione, e dunque il fatto di dover percorrere un lungo tragitto a piedi o con l'auto; l'esiguo numero di cassonetti disponibili, che nelle zone a più alta densità di popolazione tendono a riempirsi molto velocemente; la scomoda dislocazione dei raccoglitori in aree di transito in cui è difficile sostare.

In linea generale, invece, il servizio porta a porta è ritenuto una soluzione estremamente valida, la necessaria e inevitabile evolu-

zione della raccolta differenziata a conferimento stradale. Rispetto a questa, infatti, la raccolta porta a porta ha un innegabile vantaggio: non è più il cittadino a doversi far carico della propria immondizia per andare a gettarla nei bidoni lungo la strada, ma è il servizio di smaltimento rifiuti che la preleva direttamente dalla propria abitazione in date e orari prestabiliti. Un'altra importante implicazione della raccolta porta a porta, che funge da spinta motivazionale ai fini dell'adesione alla raccolta differenziata, è lo spostamento nella sfera individuale di una pratica che prima poteva confondere l'agire del singolo in quello, anonimo, della massa. Il conferimento stradale prevede infatti uno spazio pubblico in cui i propri rifiuti (differenziati o no) si confondono con quelli degli altri, un luogo promiscuo in cui viene a perdersi il confine tra chi rispetta lo spazio comune e chi no, tra chi si comporta correttamente e chi invece abbandona i propri rifiuti spargendo talvolta il contenuto all'esterno del cassonetto. Nella raccolta porta a porta la fase della gestione privata dei rifiuti si dilata a tal punto da far scomparire quasi del tutto la dimensione pubblica: vengono eliminate le aree comuni di raccolta rifiuti, quelle “zone franche” in cui l'individuo può sentirsi deresponsabilizzato ad avere cura e rispetto dell'ambiente inteso come “bene comune”. Con il porta a porta, il contenitore pubblico entra nello spazio privato delle abitazioni e resta di gestione privata fino alla fase del ritiro. Anche al momento dell'esposizione all'esterno, cioè in uno spazio – la strada, il marciapiede, l'androne del palazzo – nuovamente pubblico, il contenitore continua ad appartenere a me, e dunque a raccontare di me attraverso i miei rifiuti. Aumenta così il senso di responsabilità dell'individuo e, insieme, il controllo sociale: il timore che i propri comportamenti “inadeguati” siano identificabili e

quindi giudicabili spinge ad acquisire comportamenti socialmente accettati e condivisi.

Uno dei fattori che meno convince, invece, è senz'altro la mancanza di spazi adeguati all'interno dell'abitazione, soprattutto nel caso degli appartamenti e, ancor più, di quelli condominiali. In parte, la mancanza di spazi diventa più intollerabile a causa dell'invasione simbolica del rifiuto: nel momento in cui qualcosa acquisisce lo statuto di "rifiuto" (che è per definizione ingombrante, "schifoso", repellente), si è portati a desiderare di liberarsene il prima possibile, di gettarlo, allontanandolo dalla vista e dai propri spazi vitali; con la raccolta porta a porta, invece, si è in qualche misura costretti a conservarlo anche per diversi giorni all'interno del proprio spazio abitativo, e a fare continuamente i conti con i propri "scarti", che per quanto separati, organizzati, catalogati continuano a invadere (non solo materialmente) il proprio spazio. D'altro canto, anche su un piano puramente materiale, la questione della raccolta porta a porta applicata a palazzi che non dispongono di spazi interni sufficienti, né di aree esterne utilizzabili per collocare i vari contenitori, rimane uno dei problemi più difficili da risolvere, che richiederebbe probabilmente soluzioni differenti a seconda dei casi e da negoziare di volta in volta con i cittadini coinvolti.

Non di meno, anche nelle abitazioni indipendenti, in cui non vi sarebbero problemi di spazio, emerge comunque la questione della componente estetica per cui i bidoni "rovinano" l'immagine della casa. Tuttavia, ciò che spesso si nasconde dietro una motivazione di tipo estetico è in realtà la resistenza, la difficoltà, a cui abbiamo già fatto riferimento, a cambiare un comportamento consolidato nel tempo e che ormai è parte del proprio stile di vita. I bidoni sono "brutti" anche perché rappresentano una novità che

improvvisamente irrompe nel proprio campo visivo all'interno della casa, all'interno del proprio spazio domestico; diventano un elemento di disturbo in un arredamento che non aveva previsto la loro presenza. Tutto questo mette anche bene in evidenza, fra l'altro, i limiti di un sistema produttivo che fino ad un certo punto ha totalmente ignorato la questione del rifiuto, come se potesse rimanere per sempre nascosto, lontano dallo sguardo, e che ora si ritrova invece, inevitabilmente, a dover affrontare, trasformando i suoi stessi parametri (necessità di immaginare nuove forme di abitabilità, di architettura domestica, di arredamento, di consumo).

La responsabilità dei singoli e il rapporto con le istituzioni

Tanto la percezione generale della qualità dell'ambiente, quanto i comportamenti messi in atto dal prossimo, hanno un forte potere condizionante sul grado di responsabilizzazione del singolo rispetto alla gestione dei rifiuti. Di fronte alle grandi questioni ambientali, ai temi dell'innalzamento delle temperature e dello scioglimento dei ghiacci, del buco nell'ozono e alla deforestazione del pianeta, di fronte agli elevatissimi livelli di inquinamento dell'aria e delle acque provocati dagli impianti industriali, e appunto alla grande questione dello smaltimento dei rifiuti, i singoli cittadini tendono a sentirsi impotenti, come se le loro piccole azioni quotidiane non potessero incidere in alcun modo, né apportare il benché minimo miglioramento.

D'altro canto, proprio la consapevolezza di essere parte di un sistema organico in cui è importante che ognuno faccia la sua parte, spinge i cittadini ad osservare in maniera critica i comportamenti degli altri. L'abitudine a disfarsi di oggetti anche ingombranti e nocivi desta in molti sconcerto e riprovazione,

soprattutto perché si tratta di un gesto apparentemente senza senso. A scandalizzare non è soltanto il gesto di chi si libera di un tale oggetto, ma è la presa di coscienza di quello che appare come un processo irreversibile di produzione infinita degli oggetti, una “follia consumistica” che spinge alla continua sostituzione di ciò che appena prodotto appare già obsoleto.

Un frigorifero vecchio, ecco, che fine gli fai fare? Io sono spaventata da queste cose, dall'oggetto in sé che non funziona più: la lavatrice, la lavastoviglie, quello che non si può riparare, che fine fa? Dove andrà? Che fine gli faranno fare? Questa è una cosa che mi spaventa, e poi tutto quello che fanno le industrie, tutti i gas, io non ne ho una conoscenza, ma sento che queste sono cose grosse...

{PIS Spoleto}

Non è un caso che tra gli oggetti citati ci siano in particolare gli elettrodomestici (frigoriferi, televisioni, lavatrici, ...), che cessando di funzionare diventano “oggetti morti”, perdono la loro funzione d'uso e anche quella simbolica, coerente con la logica della società dei consumi. E forse non è nemmeno un caso che tra i rifiuti che popolano i boschi e i valloni si trovino proprio questi oggetti, come seppelliti in quello che appare un vero e proprio “cimitero degli oggetti”, che conferisce loro vita eterna.

Si tratta in effetti di un gesto vandalico di difficile immediata comprensione; anche gli intervistati si mostrano perplessi di fronte al gesto di chi carica magari in auto oggetti ingombranti e molto pesanti, e invece di portarli all'isola ecologica li abbandona in un bosco o in un prato. Difficile comprendere il motivo di una separazione così inconsueta, dato che si tratta di una operazione faticosa che però non viene condotta a “buon fine”, nonostante la cosa non richiederebbe alcuno sforzo aggiuntivo. Oltretutto, si corre anche il rischio di essere visti,

sanzionati o comunque socialmente condannati. Eppure, quegli oggetti sono là, e ci costringono a domandarci il perché. Utilizzando una chiave interpretativa a cavallo tra l'antropologia e la psicoanalisi, potremmo azzardare che questo gesto sia motivato dalla rabbia di un lutto non elaborato: il mio amato televisore, simbolo del progresso e del consumismo tecnologico, non funziona più (deludendo con ciò ogni mia fiducia nel Consumo), oppure è stato surclassato da un modello migliore, più all'avanguardia, che lo rende così obsoleto. In entrambi i casi, si rende necessaria una separazione, una “morte”: o l'oggetto defunge per via “naturale”, oppure deve essere “soppresso”, sostituito. Questo oggetto, tanto amato e ora altrettanto odiato e odioso, deve essere allontanato; la separazione, faticosa e conflittuale, non può avvenire in maniera “convenzionale”, perché si tratta di oggetti che suscitano sentimenti complessi e contrastanti. Da una parte deludono perché, pur essendo stati a lungo parte della vita familiare e dunque caricati di investimenti affettivi, ora non funzionano più o sono stati superati da modelli più avanzati, perdendo in entrambi i casi la loro funzione di *status symbol*. Dall'altra, suscitano un senso di colpa latente, perché spingono ad acquistare una versione più avanzata del medesimo oggetto, ancora funzionante, mostrando la pesante e perversa efficacia dei processi di egemonia che producono la propensione a sempre nuovi consumi, e dunque la notevole dipendenza dei meccanismi di acquisto dei beni dalle centrali di comunicazione e dalla logica complessiva della società dei consumi. Il “gesto vandalico”, l'offesa non è dunque solo rivolta contro l'ambiente, contro “la natura”, ma contro l'oggetto stesso e, contemporaneamente, contro un modello di consumo: diventa, in sostanza, una oscura forma di

critica sociale e da qui, anche, lo scandalo pubblico che suscita un tale gesto.

Controllo sociale, incentivazione pubblica e cambiamento dei comportamenti

La maggior parte degli intervistati ha dimostrato di avere idee molto chiare a proposito delle strategie per migliorare la gestione dei rifiuti e quindi la qualità dell'ambiente: appare ormai radicata la consapevolezza della necessità di interventi che vedano un'azione congiunta di tutti i soggetti coinvolti nel processo di produzione/consumo/smaltimento (decisori politici, imprenditori e consumatori). In particolare, viene manifestata l'esigenza di adottare modalità differenti di consumo, che sappiano anche recuperare pratiche già diffuse in passato – e legate per lo più alla piccola distribuzione e ad una economia di tipo locale – come ad esempio il vuoto a rendere o la vendita di prodotti sfusi. La riduzione degli imballaggi, o comunque la esclusiva produzione di oggetti riciclabili, appare infatti una priorità che deve necessariamente procedere di pari passo con una sempre maggiore diffusione della raccolta differenziata e del riciclaggio dei materiali.

La consapevolezza della difficoltà di modificare comportamenti ormai acquisiti spinge molti intervistati a individuare nella coercizione e nella logica premio-punizione un fattore decisivo per garantire una sempre maggiore adesione a comportamenti virtuosi di tutela dell'ambiente. Per alcuni, il rischio di essere sottoposti alla riprovazione sociale è già una forma di controllo sufficiente a garantire l'autodisciplina: ci si riferisce ad episodi esemplari in cui l'aver "violato" le norme condivise di buona condotta civile, e soprattutto l'essere stati oggetto di biasimo da parte del prossimo, ha suscitato una tale vergogna da imprimere indelebilmente l'impor-

tanza di alcuni codici comportamentali. La maggior parte, tuttavia, ritiene che il migliore e forse l'unico modo per "far rispettare le regole" sia un rafforzamento dei sistemi di controllo, nella convinzione che i comportamenti si possano cambiare soltanto se costretti. La fiducia in un sistema sanzionatorio-punitivo viene espressa dagli intervistati a vari livelli: si va dall'irrigidimento dei controlli e delle sanzioni, alla richiesta di una maggiore vigilanza da parte delle forze dell'ordine, fino alla introduzione di sistemi di videosorveglianza. Alcuni intervistati sottolineano invece come la mancata introduzione di incentivi di carattere economico per chi aderisce alla raccolta differenziata, magari anche con una certa dose di sacrificio (si trasportano quintali di rifiuti all'isola ecologica con i propri mezzi e a proprie spese), giochi un ruolo decisivo nel demotivare i cittadini alla raccolta differenziata, al punto di portare anche chi aveva già iniziato a differenziare i propri rifiuti a tornare sui propri passi.

Il "buon esempio" e la fiducia nelle istituzioni

In generale, trovarsi di fronte a servizi inadeguati (carenza di bidoni e punti di raccolta, disorganizzazione rispetto al servizio di raccolta differenziata porta a porta, ...) induce un forte senso di frustrazione, in parte spiegabile con la delusione che suscita l'idea di "fallibilità" delle istituzioni, che – in quanto "braccio operativo" dello Stato – dovrebbero invece fungere da garanti di tutto ciò che è bene comune. Viene così a mancare il punto di riferimento, il "buon esempio" da seguire, il modello ideale a cui ogni buon cittadino vorrebbe potersi ispirare. In tale condizione di "abbandono", il cittadino può sentirsi legittimato a non perseguire comportamenti virtuosi orientati verso la collettività

e, addirittura, a rinunciare a quelli che già perseguiva. Vedere bidoni strapieni per giorni, rifiuti sparpagliati e abbandonati nelle aree di raccolta, angoli della città trasformati in piccole discariche improvvisate, l'idea di "imbarbarimento" che tali immagini portano con sé contribuisce a indurre nel cittadino atteggiamenti di profonda disaffezione, negligenza e trascuratezza nei confronti dell'ambiente circostante.

L'immagine che i cittadini hanno di enti e istituzioni, il loro livello di "rettezza", di efficienza e di trasparenza, gioca un ruolo fondamentale nell'indurre processi di adesione o disaffezione alla "cosa pubblica" e quindi anche alla gestione dell'ambiente. La manifesta profonda sfiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni costituisce un ulteriore disincentivo a comportamenti virtuosi di tutela dell'ambiente e, più in generale, alla partecipazione alla vita pubblica. I cittadini si sentono ormai sempre meno rappresentati dagli organi di governo, fatti oggetto, in effetti, di un grave processo di delegittimazione (almeno parzialmente motivato dal sempre maggior coinvolgimento di suoi rappresentanti in questioni più o meno illegali). In alcuni casi, la sensazione di estraneità e di impotenza che ne risulta, finisce per costituire un vero e proprio alibi a giustificazione della reticenza ad esercitare in maniera attiva e responsabile il proprio ruolo di cittadino. Uno dei luoghi comuni più diffusi, ad esempio, che disincentiva maggiormente all'adesione alla raccolta differenziata, è la convinzione che le aziende di smaltimento dei rifiuti alla fine rimettono insieme i rifiuti che il cittadino ha con fatica differenziato. Se è vero che si tratta spesso di notizie riportate, trasmesse con il passaparola, e non vissute in prima persona né documentate, è pur vero che esistono inchieste diffuse dai media nazionali e locali che denunciano casi realmen-

te accaduti e che finiscono per alimentare tale convinzione. La scarsa conoscenza da parte dei cittadini del percorso seguito dai propri rifiuti una volta che sono stati ritirati dall'azienda di smaltimento, aumenta in maniera esponenziale il livello di diffidenza e di sospetto: la mancanza di informazioni, interpretata come mancanza di trasparenza, viene infatti attribuita ad una precisa volontà di occultamento e diventa la conferma che vi siano effettivamente "cose da nascondere", soprattutto per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti più tossici e dannosi.

In un clima di sfiducia generalizzata, ciò che crea maggiore sgomento è la sensazione di non disporre di strumenti sufficienti per poter discernere il vero dal falso, o comunque per interpretare nel modo giusto le informazioni, spesso contraddittorie, che si ricevono. Viene percepito un forte iato – quando non una contraddizione – tra i parametri tecnici utilizzati dagli uffici preposti a un certo tipo di indagini e di controlli, e il dato "reale", empiricamente sperimentato dai cittadini nella loro vita quotidiana. È assai difficile trovare conforto nel dato "positivo" che parla di condizioni non allarmanti, di fronte all'evidenza delle polveri scure che si depositano sugli edifici e sugli oggetti, o di fronte all'incremento, nelle zone a maggiore criticità ambientale, di alcune patologie come allergie, leucemie, tumori. D'altro canto, soprattutto i cittadini più coinvolti in prima persona, sono oggi estremamente informati, raccolgono testimonianze, intervistano medici e altri professionisti, frequentano blog e forum in cui reperiscono informazioni altrimenti difficili da trovare e comunque considerate più "indipendenti".

Anche laddove il dato fornito non viene messo in discussione, confermando un certo grado di fiducia negli enti preposti, gli intervistati criticano il linguaggio utilizzato, considera-

to eccessivamente tecnico e poco comprensibile ai “profani”, quindi di per sé sospetto, riproponendo così la questione della distanza tra mondo delle istituzioni e mondo “reale”.

Cittadini e partecipazione

È significativo che nelle parole degli intervistati “partecipazione” venga spesso confusa con “adesione” alle politiche o alle iniziative di informazione e sensibilizzazione messe in atto dalle amministrazioni e altri enti locali, come se il concetto di democrazia partecipata fosse estremamente lontano tanto dalla coscienza degli amministratori quanto da quella dei cittadini: al massimo si pensa di poter aderire o meno, di sposare o meno una causa, ma non di avere il diritto/dovere di contribuire alla definizione stessa dei programmi politici del proprio territorio.

Il concetto di partecipazione rimanda, in effetti, per definizione, a condivisione, collaborazione, cooperazione; essa può essere definita come «un attivo coinvolgimento dei più larghi strati di popolazione nella elaborazione delle scelte d’interesse collettivo e nella loro traduzione operativa» (7). In linea teorica, questo significa che non dovrebbe esistere alcuna sperequazione di opportunità offerte ai soggetti “partecipanti” a livello di potenziale coinvolgimento di tutti i membri della comunità, valorizzazione delle competenze, trasparenza, reperibilità delle informazioni e accesso agli spazi decisionali. Di fatto, come si evince dalle parole di alcuni intervistati, una delle più gravi lacune dei processi partecipativi messi in campo dagli enti locali sembra invece la totale mancanza di informazioni, l’inefficacia dei flussi comunicativi tra istituzioni e società civile. Pochissimi sono a conoscenza dell’esistenza di iniziative di partecipazione nel proprio Comune e quindi della possibilità di contribuire attivamente alla vita politica del proprio ter-

ritorio: laddove il cittadino non dispone delle risorse per acquisire a titolo personale le informazioni necessarie (per ragioni di tempo, denaro, difficoltà di accesso), né il Comune né le aziende sembrano fornire le informazioni che il cittadino riterrebbe invece fondamentale ricevere. A partecipare agli eventi organizzati nel proprio comune sono infatti, per lo più, persone che hanno o hanno avuto un contatto privilegiato con le istituzioni o che comunque hanno un’abitudine alla partecipazione attraverso l’associazionismo (precedente ruolo in qualche amministrazione, militanza politica, presenza di parenti o amici nelle amministrazioni, coinvolgimento come imprenditore o “portatore di interesse”, ...), condizioni queste che garantiscono loro un accesso in qualche modo facilitato a un certo tipo di informazioni.

In alcuni casi, risulta invece piuttosto chiaramente che la mancanza di informazioni e l’idea che il proprio contributo non possa servire a cambiare realmente le cose, vengono utilizzate come alibi per giustificare il proprio scarso interesse a partecipare attivamente alla vita pubblica. Vi è infatti una certa difficoltà a sentirsi coinvolti in questioni di bene comune, soprattutto quando questo implichi sacrificare la propria sfera privata. Partecipare significa impegnarsi, informarsi, coltivare il desiderio di dedicare parte del proprio tempo a interessi di tipo collettivo, che potrebbero non avere un immediato ritorno nell’ambito della propria vita privata. In alcuni casi, il gesto di pagare le tasse viene interpretato come il massimo contributo che il singolo deve dare alla collettività, l’unico dovere a cui si è chiamati e che legittima di per sé ogni disinteresse verso il bene comune. In ogni caso, il conflitto che necessariamente scaturisce dalla potenziale apertura di un terreno di confronto tra cittadini e istituzioni, in cui interagiscono soggetti mossi da in-

teressi completamente differenti e talvolta apparentemente incompatibili, rende molto più semplice e immediato per le istituzioni adottare modalità decisionali verticistiche, che puntino a soluzioni univoche e generalizzate. Ma vi sono ambiti in cui tale impostazione mostra in maniera più evidente i suoi limiti: nella gestione dei servizi per l'ambiente, ad esempio, e in particolare nella raccolta differenziata porta a porta, risulta assai difficile pensare che soluzioni elaborate dall'alto possano essere realmente efficaci se imposte senza la collaborazione attiva e consensuale dei cittadini. Perché questo sia realizzabile, tuttavia, occorre che anche i professionisti e gli "esperti" accettino di vedere messa in discussione la propria professionalità: «Che esistono campi di pianificazione e di attività dove il senso comune, l'esperienza di vita sono una preziosa fonte di sapere, sfugge a una distinzione tra esperti e non. [...] Le dimensioni del secchio, per rimanere con il nostro esempio, risultano dai valori ergonomici per il sollevamento e trasporto di carichi per genere ed età pubblicati dall'autorità in materia. Trovare queste tabelle e applicarle è competenza di esperti con le rispettive formazioni. Dove si andrebbe a finire se casalinghe ed artigiani, giovani e vecchi, abili e meno abili chiedessero voce in capitolo, o si mettessero addirittura a provare secchi di varie dimensioni per dare il proprio giudizio?» (8).

Il contributo più importante che i cittadini comuni possono dare attraverso la partecipazione si fonda invece proprio sulla prag-

maticità del loro sapere, che nasce appunto dall'esperienza quotidiana, e che consente di porre all'attenzione difficoltà reali e problemi concreti spesso ignorati o sottovalutati anche dalle più raffinate analisi teorico-scientifiche. Riconoscere l'importanza di tale contributo diventa fondamentale anche per gli stessi amministratori, poiché consente loro di accedere ad una più approfondita conoscenza delle esigenze del proprio territorio, di calibrare in maniera strategica politiche e servizi, di rafforzare, infine, i livelli di consenso proprio attraverso una partecipazione sempre più ampia e condivisa dei cittadini.

Conclusioni

È stata riscontrata fra gli intervistati una generale, una diffusa sensibilità rispetto alle questioni ambientali e in particolare rispetto al tema dei rifiuti: il fatto che la maggior parte degli intervistati abbia dichiarato di effettuare, seppur a vari livelli di raffinatezza, la raccolta differenziata, dimostra ancora una volta quanto sia reale e concreta la disponibilità ad occuparsi del bene comune. La maggior parte degli intervistati ha dimostrato di avere idee molto chiare sulla necessità di un'azione congiunta di tutti i soggetti coinvolti nel processo di produzione/consumo/smaltimento dei rifiuti (decisori politici, imprenditori e consumatori). La riduzione degli imballaggi, o comunque la esclusiva produzione di oggetti riciclabili, è considerata dagli intervistati una priorità che deve necessariamente procedere di pari passo con una sempre maggiore diffusione della raccolta

⁴ Il dato risulta ancora più interessante perché costituisce la conferma "qualitativa" di risultati prodotti da ricerche quantitative condotte in Italia sul medesimo tema, come ad esempio l'indagine eseguita da GfK Eurisko per Risl (Società di Relazioni Istituzionali e Studi Legislativi), secondo la quale «anche nel nostro Paese cresce il tasso di "sensibilità ambientale": più del 60% degli italiani ritiene che il suo comportamento può contribuire a ridurre l'inquinamento ed avverte l'esigenza di essere informati da istituzioni ed aziende private su ambiente ed energia in maniera più esaustiva e sistematica» (9).

differenziata e del riciclaggio dei materiali. Solo attraverso la collaborazione sinergica tra chi produce, chi consuma e chi smaltisce è

possibile pensare di raggiungere obiettivi ambientali che sono anche la chiave per uno sviluppo più “sano”, equo e sostenibile.

BIBLIOGRAFIA

1. Faggioli A, Burgio E (a cura di). Gestione dei rifiuti e rischi per la salute. Strategie di prevenzione primaria e promozione della salute. Torino: C.G. Edizioni medico scientifiche; 2009.
2. Flamini S, Pellicciari M. I cittadini e la questione dei rifiuti in Umbria. Analisi antropologica del rapporto tra stili comportamentali e contesto sociale. Perugia: Arpa Umbria; 2010.
3. Fast. Il problema dei rifiuti. Schema concettuale e linee operative. Milano: dattiloscritto; 1992 (citato in Viale G.. Un mondo usa e getta. La civiltà dei rifiuti e i rifiuti della civiltà. Milano: Feltrinelli; 2000 [1994]; pp. 16-17).
4. Douglas M. Purezza e pericolo. Una analisi dei concetti di contaminazione e tabù. Bologna: Il Mulino; 1993 (1970).
5. Stuart T. Sprechi. Il cibo che buttiamo, che distruggiamo, che potremmo utilizzare. Milano: Mondadori; 2009.
6. Ispra (Istituto Superiore per la Protezione e Ricerca Ambientale, ex APAT). Rapporto rifiuti 2008. www.apat.gov.it; 2008.
7. Seppilli T, Pasquini C, Romizi R. Partecipazione e lotta di classe. note per un dibattito teorico-pratico sul decentramento e la democrazia di base in Cronache Umbre (1978); III (7-8): 54-66.
8. Schibel K-L. La credibilità delle scelte e degli attori per raccogliere la sfide della partecipazione nelle aree urbane. Atti del Convegno Regionale “Verso un sistema allargato e partecipato di governo: riflessioni sul Piano regionale di gestione dei rifiuti umbro. Perugia, 30-31 gennaio 2009”, in corso di stampa.
9. Quarto T (a cura di). La ricerca MOPAmbiente 2008. www.formez.it; 2008.
10. Viale G. Un mondo usa e getta. La civiltà dei rifiuti e i rifiuti della civiltà. Milano: Feltrinelli; 2000 (1994).

Valutazione di impatto sulla salute: uno strumento per i decisori

Health Impact Assessment: a tool for policy makers

Liliana Minelli

Dipartimento di Specialità medico chirurgiche e sanità pubblica, Università degli studi di Perugia

Alessia Biribanti, Riccardo Casadei

Scuola di Specializzazione in igiene e medicina preventiva, Università degli studi di Perugia

Endro Martini

Geologo ambientale, libero professionista, Cagli (PU)

Anna Maria Mensà

Psicologo, sociologo, libero professionista, Cagli (PU)

Manuela Chiavarini

Dipartimento di Specialità medico chirurgiche e sanità pubblica, Università degli studi di Perugia

Parole chiave: VIS-valutazione di impatto sulla salute, VIA-valutazione di impatto ambientale, salute in tutte le politiche

RIASSUNTO

Obiettivi: descrivere sinteticamente le linee teorico-culturali fondamentali della moderna sanità pubblica all'interno delle quali si inserisce la strategia della Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS) e della Valutazione di Impatto Ambientale (VIA); esporre le caratteristiche principali della VIS, gli scopi che si pone ed il supporto strumentale che essa può dare all'interno del processo di decisioni di politica sanitaria e non.

Metodologia: revisione della letteratura e analisi della normativa europea e nazionale.

Risultati: dopo una riflessione sul processo di valutazione di impatto sulla salute, si sottolineano le correlazioni

che ha con la Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) e la Valutazione Ambientale Strategica (VAS), ma anche la sua autonoma specificità e valore aggiunto che la VIS ha nell'analisi del complesso intreccio ambiente/salute.

Key words: health impact assessment (HIA), environment impact assessment (EIA), healthy public policy

SUMMARY

Objectives: to describe briefly the theoretical fundamental cultural lines of modern public health within which is part the strategy of the Health Impact Assessment (HIA) and of the Environment Impact Assessment (EIA); to analyze the main features of the HIA, the goals that arises and support instrumental it can make in the process of health-policy decisions.

Methodology: literature review; european and national legislation analysis.

Results: after a reflection on the process of the health impact assessment, we underline the correlations with the environmental impact assessment (EIA) and strategic environmental assessment (SEA), but also the own specificity and value of the HIA in the complex environment/health relationship.

Introduzione

La sanità pubblica così come la pratica clinica, sono supportate dalla ricerca scientifica strutturata e rigorosa che per sua stessa natura produce nuova conoscenza all'interno della scienza. La medicina e la sanità pubblica basate sulle "evidenze" – conosciute con l'acronimo inglese EBM: *evidence based medicine* e EBPH: *evidence based public health* – sono un movimento culturale nato e sviluppato negli ultimi decenni per far sì che la migliore "evidenze" disponibile possa essere usata per prendere decisioni (cliniche e preventive), risolvere problemi (assistenziali ed organizzativi) o informare un'azione (terapeutica o di allocazione di risorse). Nell'ambito della sanità pubblica, inoltre, è riconosciuta ed accettata l'importanza di fattori determinanti la salute che risiedono al di fuori del settore sanitario, per cui la responsabilità di assicurare un alto livello di protezione (e promozione) della salute delle popolazioni, a livello locale nazionale e sopranazionale, induce i politici (decisori) ad attivare scelte di sanità pubblica le più efficaci (*evidence-based*) possibili (come dicono gli anglosassoni, *effective Healthy Public Policies*) (1-3).

In questo scenario la valutazione di impatto sulla salute (VIS/HIA, *health impact assessment*) si connota come uno strumento utile per accompagnare un processo decisionale informato, basato su valutazioni solide (provenienti da ricerche scientifiche quantitative e qualitative) dei potenziali effetti (*impacts*) sulla salute e sui suoi determinanti (4-5). Introdurre la VIS lungo la filiera del processo decisionale che porta all'attuazione di una politica, un progetto o un programma orientati a politiche pubbliche salutari (*healthy public policy*) sottende un cambiamento culturale dei ricercatori e dei decisori: la comunità scientifica produce conoscenza ed accumula dati nei vari ambiti del sapere (sanitario, ambientale, psico-sociale, culturale, economico) in maniera autonoma e separata, non sviluppa a sufficienza (o non è interessata) il processo di comunicazione e trasferimento dei risultati scientifici (*knowledge translation*) alla comunità reale affinché possa usarla nella pratica, spesso i tempi della ricerca sono diversi e distanti da quelli della decisione (mancanza di "evidenze" in tempi brevi e quando è necessario, assenza di soluzioni utili per problemi complessi); la comunità dei decisori,

d'altro canto, ha talvolta percepito la ricerca come un intralcio agli interessi consolidati o addirittura come minaccia per le relazioni di potere esistenti e non magari come "evidenze" insufficienti, incomplete o inequivocabili (la ricerca scientifica si basa su ipotesi, sperimentazioni, falsificazioni e non è mai definitiva) (6-7).

La costruzione di un ponte tra la ricerca e la politica/*evidence-based* passa attraverso l'integrazione delle migliori informazioni (scientifiche) disponibili e più appropriate per migliorare le decisioni intorno alla salute delle popolazioni. Il modello di interazione tra scienza e politica può essere definito dall'espressione "creare senso insieme", non si tratta cioè di un semplice trasferimento di conoscenze tecniche dal produttore (ricercatore) al consumatore (decisore) sottendendo una relazione lineare e razionale tra i due, è piuttosto un ragionare insieme per costruire la migliore decisione possibile (*capacity-building*) (8).

La VIS è un processo multidisciplinare ed intersettoriale, basato sull'utilizzo di diverse "evidenze", che permette di giudicare gli effetti positivi e negativi prodotti sulla stato di salute della popolazione da politiche programmi e progetti in settori anche non sanitari: le informazioni fornite dalla VIS sono quindi fondamentali per la definizione delle politiche pubbliche, in quanto consentono di evitare o correggere tempestivamente eventuali effetti negativi e di potenziare quelli positivi (9). Così intesa la VIS potrebbe colmare quel gap che spesso esiste tra risultati della ricerca scientifica e decisioni politiche/*evidence-based*.

Valutazione di impatti e supporto alle decisioni di politica sanitaria

La valutazione di impatto (*IA, Impact Assessment*) è definita come il processo di identifi-

cazione delle future conseguenze di una azione in atto o proposta; l'impatto è la differenza tra ciò che potrebbe accadere con l'azione e ciò che potrebbe accadere senza di essa.

Valutazione di impatto sulla salute (VIS)

Il *Canadian Institute for Advanced Research* (CIFAR) (10) definisce la valutazione di impatto sanitario come "qualsiasi combinazione di procedure o metodi attraverso cui una politica o un programma proposto può essere giudicato in merito agli effetti che produce sulla salute della popolazione". Nel 1999 durante la *Consensus Conference* di Gothenburg, l'Ufficio regionale europeo dell'OMS definisce la VIS come "una combinazione di procedure, metodi e strumenti con cui una politica, un programma o un progetto può essere giudicato rispetto ai suoi potenziali effetti sulla salute e la loro distribuzione in una popolazione"(11). L'Agenzia per lo sviluppo sanitario della Gran Bretagna a proposito dell'*Health Impact Assessment* afferma "...il suo principale prodotto consiste in una serie di raccomandazioni, per quanto possibile *evidence-based*, volte ad informare il processo decisionale evidenziando gli impatti positivi sulla salute...e minimizzando quelli negativi" (Health Development Agency, UK, 2002). Il riconoscimento e l'assunzione della natura sistemica dei rischi (*systemic risks*) per la salute umana, cioè l'incastro complesso e interdipendente di ciascun rischio per l'uomo e l'ambiente nel più ampio contesto di opportunità e rischi di vita sociale economica e salutare, ha portato gli studiosi a modificare ed ampliare il punto di vista della tradizionale "valutazione del rischio" (*risk assessment*), focalizzandosi sulle politiche o altri interventi piuttosto che sugli agenti dannosi o gli eventi avversi, arrivando appunto all'elaborazione della VIS. Il concetto di *systemic risks* comprende differenti fenomeni di rischio inerenti gli sviluppi economici, sociali e tecnologi-

ci così come le azioni derivanti da scelte politiche a livello locale, nazionale ed internazionale, tenendo in conto quattro proprietà significative: complessità, incertezza, ambiguità, effetti ad onda (*ripple*) (12). La *complessità* si riferisce alla difficoltà di identificare e quantizzare i legami causali tra una moltitudine di potenziali e specifici rischi ed effetti avversi; la natura di tale difficoltà può essere rintracciata nelle interazioni (sinergismo e antagonismo), nel lungo periodo di latenza tra esposizione causale ed effetto, nella variazione inter-individuale, nelle variabili intervenute ed altre. Queste complessità rendono l'indagine scientifica molto sofisticata poiché la relazione dose-risposta non è ovvia e nemmeno direttamente osservabile e le risposte non lineari da parte degli individui impongono una complessa rete di variabili da investigare. L'*incertezza* comprende differenti e distinte componenti, quali la variabilità statistica, gli errori di misurazione, l'ignoranza e l'indeterminatezza, tutte qualità che riducono la forza dell'associazione tra le cause individuate e stimate e l'effetto risultante; se la complessità non può essere risolta dai metodi scientifici (quantitativi), l'incertezza aumenta; inoltre, anche semplici relazioni causali possono essere legate ad alta incertezza se le conoscenze basilare mancano o l'effetto è stocastico per sua natura. L'*ambiguità* ha a che fare con la variabilità di interpretazione (legittima) dei dati acquisiti o di osservazioni identiche; le dispute scientifiche non riguardano tanto le differenze metodologiche, di misura o di relazione dose/risposta quanto piuttosto le norme e i valori che sottendono la visione del mondo in termini di salute e di protezione dell'ambiente. Gli *effetti ripple* indicano le conseguenze secondarie e terziarie relativamente al tempo e lo spazio. L'approccio olistico e sistemico dell'analisi dei rischi comporta il superamen-

to della classica visione "quantità del rischio e probabilità di occorrenza di eventi", introducendo nel modello di analisi altre categorie di impatto sociale o economico e altri soggetti (*stakeholders*), oltre agli esperti, arrivando probabilmente ad una buona *governance* dei rischi stessi (2).

La valutazione di impatto sulla salute è nata ed è cresciuta negli anni novanta del secolo scorso proprio per identificare le attività e le politiche che hanno gli impatti maggiori sulla salute (13-15). Infatti, essa facendo crescere la consapevolezza del legame tra la politica pubblica (o il progetto politico) e la salute, e affrontando le implicazioni per la salute delle decisioni politiche, cerca di massimizzare il guadagno di salute e ridurre al minimo la perdita di salute inerente decisioni prese sul terreno della politica.

Gli articoli 129 del Trattato di Maastricht (1992) e 152 del Trattato di Amsterdam (1997) richiedono all'Unione Europea (UE) che tutte le azioni e progetti politici non abbiano effetti avversi sulla salute umana o creino condizioni che compromettono la promozione ed il mantenimento della salute dei cittadini. Nel 2002 il Parlamento europeo chiede alla Commissione di integrare le considerazioni sulla salute pubblica nelle proposte relative alla politica dei trasporti, attraverso l'introduzione di una VIS. Durante il semestre di presidenza finlandese, nel 2006, si è imposto con forza il tema della "salute in tutte le politiche" aumentando la visibilità e l'importanza di considerare gli effetti sulla salute delle legislazioni e delle politiche comunitarie e dei singoli stati relativamente a tutti i settori della vita sociale, economica, ambientale, educativa, sanitaria (*Health in All Policies: Prospects and Potentials*). Il governo italiano ha appoggiato e ripreso questa linea attraverso un programma denominato "Guadagnare salute, rendere facili le

scelte salutari”, varato come DPCM il 4 maggio 2007. A dicembre 2007, i Ministri della salute dei 27 paesi dell’UE, riuniti a Roma, hanno approvato la Dichiarazione su “La salute in tutte le politiche”, volta a promuovere l’elaborazione e l’attuazione di politiche favorevoli alla salute in diversi ambiti, quali alimentazione, ambiente, commercio, educazione, industria, lavoro, trasporti. La VIS è considerata, oggi, la metodologia principale per integrare la salute in tutte le politiche. Essa si propone di influenzare il processo decisionale, non certo di sostituirlo, tenendo conto di tutti i determinanti (distali e prossimali) per la salute, individuando le disuguaglianze e promuovendo varie forme di integrazione tra la sfera tipicamente medica e le altre sfere socio-economiche, così come tra istituzioni pubbliche e società. In questa ottica la VIS può essere considerata anche come un processo di “empowerment”, un modo di prendere decisioni basate sulla consapevolezza della interdipendenza dei vari processi che generano welfare e benessere e degli attori sociali coinvolti a vari livelli della vita.

Valutazione di impatto ambientale e Valutazione di impatto sulla salute

Nella metà degli anni ottanta si è cominciato ad introdurre elementi di valutazione di impatto sanitario come estensione della valutazione di impatto ambientale (VIA), volendo inserire l’analisi degli effetti sulla salute umana nel processo di valutazione dell’impatto ambientale di progetti o programmi messi in atto in una comunità.

Con il termine “valutazioni ambientali” si intende l’insieme delle procedure e delle metodiche utilizzate per effettuare valutazioni di impatto sull’ambiente, così come elaborate e rese obbligatorie dall’Unione Europea attraverso apposite direttive succedutesi

nel tempo. Nell’ambito di queste direttive, pur non esplicitandosi in termini chiari un aspetto specifico di valutazione di impatto sulla salute si è fatto tuttavia riferimento a valutazioni e ad autorizzazioni inerenti la *necessità di proteggere la salute umana e di garantire un elevato livello di protezione dell’ambiente* (13,16).

Queste direttive sono relative a:

- **Valutazione ambientale di determinati piani e programmi** (Strategic Environmental Assessment “ Directive 2001/42/CE “SEA” in Italiano Valutazione Ambientale Strategica “VAS”
- **Valutazione di impatto ambientale di determinati progetti** (Environmental Impact Assessment” Directive 85/337/CEE e 97/11/CE “in Italiano Valutazione di Impatto Ambientale “VIA”)
- **Valutazione di impatto ambientale dell’esercizio di determinati impianti** (Integrated Pollution Prevention and Control “directive 96/61/CE “IPPC” in italiano, Prevenzione e Riduzione Integrate dell’Inquinamento, in Italiano conosciuta come Autorizzazione Integrata Ambientale “AIA”).
- **Valutazione di incidenza Ambientale (VInCA)** a cui è necessario sottoporre qualsiasi piano o progetto che possa avere incidenze significative su un sito della rete Natura 2000 (SIC Siti d’Interesse Comunitario, ZPS Zone Protezione Speciale), “direttiva “Habitat” (92/43/CEE), avente lo scopo di salvaguardare l’integrità dei siti Habitat (siti Natura 2000) attraverso l’esame delle interferenze di piani e progetti non direttamente connessi alla conservazione degli habitat e delle specie per cui essi sono stati individuati, ma in grado di condizionarne l’equilibrio ambientale.

A livello Europeo la necessità di effettuare

valutazioni ambientali si è cronologicamente così sviluppata:

- 1 **Direttiva EIA (VIA) 1985** (integrata nel 1997)
- 2 **Direttiva “Habitat” 1992**
- 3 **Direttiva IPPC (AIA) 1996** (sostituita nel 2008)
- 4 **Direttiva SEA (VAS) 2001**

Nell’arco di circa 16 anni quindi, l’Unione Europea ha emanato un sistema di regole che detta l’obbligo di effettuare “valutazioni ambientali” su determinati piani, programmi e progetti, sistema questo che è stato messo a punto e reso operante, pena la cosiddetta procedura di “infrazione” alle norme comunitarie per i paesi inadempienti. Queste direttive, recepite dai paesi membri con norme nazionali, sono state oggetto anche di specifiche normative a livello di ogni Regione italiana.

a) Lo scenario di riferimento in materia di Valutazioni Ambientali

La prima normativa europea riguardante la materia delle Valutazioni Ambientali risale al 1985 e fa riferimento alla Valutazione di Impatto Ambientale – VIA – di determinati progetti pubblici e privati. La VIA prende vita nello scorso secolo, verso la fine degli anni sessanta negli Stati Uniti d’America con la denominazione di “*Environmental Impact Assessment* (E.I.A.). Nel 1969 infatti gli USA approvano il *National Environmental Policy Act* (N.E.P.A.) che dispone l’introduzione della procedura di VIA e il potenziamento dell’*Environmental Protection Agency* (E.P.A. – l’Agenzia per la Protezione dell’Ambiente – con un ruolo tecnico e amministrativo di controllo). Successivamente viene approvato il *Regulations for implementing the Procedural Provisions of N.E.P.A.*, un regolamento attuativo del N.E.P.A. che dispone l’obbligo della procedura di VIA per tutti i progetti pubblici o comunque che accedono a finan-

ziamento pubblico. Anche il Canada agli inizi degli anni settanta emana l’*Environmental Assessment Review Process*, una norma specifica riguardante le valutazioni di impatto ambientale, sulla falsariga dei provvedimenti statunitensi. In Europa è la Francia che nel 1976 emana una legge “*relative à la protection de la nature*”. Tale legge introduce tre diversi livelli di valutazione: *etudes d’environnement, notices d’impact, etudes d’impact*. Questa norma francese precede e ispira l’introduzione della VIA anche in ambito europeo, cosa che avviene, come detto con la Direttiva 337/85/CEE “*Concernente la valutazione dell’impatto ambientale di determinati progetti pubblici e privati*”.

E’ l’Olanda, già dal 1986, il primo paese Europeo ad applicare la nuova Direttiva europea, approvando una norma ampliata con particolare riferimento alla valutazione da effettuare sui piani. L’elemento centrale e caratterizzante della norma olandese è costituito dal raffronto delle alternative e valutazione dei relativi impatti, al fine di determinare la migliore soluzione, in termini ambientali, da realizzare.

In Italia il processo di avvicinamento e di recepimento delle direttive europee in materia ambientale è stato assai lungo e spesso anche piuttosto sofferto. In presenza di una direttiva VIA dell’UE del 1985, in Italia solo nel 1994, con l’art. 40 della L. 22 febbraio n. 146 il Parlamento delega il Governo ad emanare, “*in attesa della approvazione della legge sulla procedura di valutazione di impatto ambientale, il governo, con atto di indirizzo e coordinamento ... detta condizioni, criteri e norme tecniche per l’applicazione della procedura di impatto ambientale ai progetti inclusi nell’allegato II alla direttiva del consiglio 85/337/CEE*”. Il 12 aprile 1996 esce l’“Atto di indirizzo e coordinamento” concernente *disposizioni in materia di valutazione di impatto ambientale*, come Decreto del Presidente della Repubblica, in-

tegrato e corretto poi con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 settembre 1999 e con successivo Dpcm 1° settembre 2000.

Come si vede in presenza di una direttiva europea del 1985 l'Olanda impiega un anno per effettuarne il recepimento (1986), l'Italia ne impiega invece 11 (D.P.R. 1996). Il completamento del recepimento della direttive di valutazione ambientale VIA e VAS (Valutazione Ambientale Strategica) si è avuto nel 2006 con l'emanazione del D.lgs. 3 aprile 2006 n. 152 (Testo unico sull'Ambiente) che ha effettuato il recepimento della direttiva VAS (che era del 2001 e quindi a distanza di 5 anni), così di fatto l'obbligo di una procedura di VAS in Italia entra in vigore il 31 luglio 2007 e cioè a distanza di 6 anni. Per quanto attiene alla valutazione di incidenza ambientale, nota come **VInCA**, dettata dalla direttiva 92/43/CEE "Habitat", recepita con D.P.R. 8 settembre 1997 n. 357, successivamente modificato dal D.P.R. 12 marzo 2003 n. 120, si introduce, per effetto dell'art. 6, l'obbligatorietà, per le Regioni, della procedura di Valutazione di Incidenza di piani e progetti che operano incidenze significative su specie e habitat. In merito alla direttiva IPPC 96/61/CE (ora sostituita dalla Direttiva 2008/1/CE) nota come **AIA** (Autorizzazione Integrata Ambientale), questa è stata definitivamente recepita con il D.lgs. 18/02/2005 n. 59 avente per oggetto la prevenzione e la riduzione integrate dell'inquinamento (I.P.P.C. – *Integrated Pollution Prevention and Control*) al fine di ottenere un elevato livello di protezione dell'ambiente. Pur con il cronico ritardo italiano, attualmente si può affermare che in tutte le Regioni italiane esistono procedure istituzionalizzate ormai entrate nella prassi, in cui si fa esplicito riferimento alla necessità di proteggere la salute umana e di garantire un elevato livello di

protezione dell'ambiente. Queste procedure di valutazione ambientale tendono però a concentrarsi sui rischi per la salute come l'inquinamento, le malattie ed i problemi della sicurezza ambientale; la VIS invece ha una visione più ampia in materia di salute valutando tutti i determinanti e non solo quelli relativi all'ambiente fisico ed ha, in specifico, una forte enfasi sulle diseguaglianze in salute dei vari gruppi della popolazione in esame e sul dare voce alla comunità. La valutazione ambientale infatti, così come pensata, non pone attenzione sugli effetti differenziali che un ipotetico inquinamento ambientale può avere nelle diverse fasce della popolazione, anche se ha avuto l'innegabile merito di iniziare a imporre anche nel nostro paese, l'obbligo (e la cultura) della valutazione sulle politiche ambientali e sugli effetti che possono avere su inquinamento e salute delle persone.

Valutazione di impatto sulla salute e normativa

Per quanto riguarda la VIS, non esiste attualmente una normativa europea di riferimento, anche se dalla sua iniziale formalizzazione avvenuta a Goteborg nel 1999, molti paesi europei e non hanno iniziato ad applicarla in diversi contesti e con diversi approcci.

Il primo di questi approcci, inizialmente proposto da Scott-Samuel et al. nel 1998 e adottato a modello prevalente nei paesi anglosassoni (comunemente noto come *modello Merseyside*), si basa su un'idea di salute di tipo socioeconomico, predisponendo all'analisi dei determinanti di salute e alla ricostruzione dell'informazione che attiene in generale al benessere della comunità (17). In questo caso il modello di VIS orienta in maniera decisa all'inclusione di tutti i possibili *stakeholder* per favorire un processo democratico e ottenere

un potenziamento della comunità, che si può applicare sia a livello di politiche sia di progetti (4).

Il secondo orientamento seguito dal modello di VIS sviluppato in Germania, strettamente legato al concetto biomedico di salute, ricorre alla raccolta delle prove scientifiche di natura quantitativa predisposte per la valutazione di progetti sottoposti a VIA. In questo approccio gli strumenti per la valutazione sono quelli della VIA e le tecniche sono quelle usate per la stima del rischio, con largo uso di modelli matematici. Il monitoraggio è in questo caso parte integrante del percorso al fine di confrontare le stime di rischio con i risultati delle azioni avviate.

Il terzo orientamento, nato in seguito ad un'inchiesta sulle disuguaglianze di salute, divulgato come *Acheson Report* (2008) si è ampiamente diffuso nei paesi del Regno Unito per la valutazione di politiche. Esso è rivolto alla sanità nel suo complesso e non meramente al solo stato di salute, e conseguentemente pone particolare enfasi verso l'equità nella distribuzione degli effetti e dei servizi e più in generale sull'uguaglianza nel diritto alla salute. Il modello di VIS che ne consegue è di tipo partecipativo, cioè basato sul riconoscimento alla comunità di propria capacità decisionale e responsabilità all'interno di tutto il percorso di VIS. Per questo obiettivo è data specifica attenzione allo sviluppo, all'avvio e al consolidando di metodi e pratiche per il coinvolgimento delle comunità locali. Al centro di questo terzo orientamento è posta la consapevolezza che il fine di un percorso di VIS, in forza del suo carattere sistematico multidisciplinare, applicato in una prospettiva di equità sociale e condotto dal basso è quello di attribuire legittimità alle decisioni collettive.

Dai caratteri prevalenti degli orientamenti delineati, emerge come ogni singolo approc-

cio avrà delle potenzialità e delle limitazioni tanto più evidenti quanto più saranno definiti gli obiettivi, gli interessi prevalenti e le risorse disponibili.

Qualsiasi sia il modello, la VIS ha tra i suoi punti di partenza la considerazione che gli effetti che una politica, o un progetto o un programma possono avere sulla salute, si distribuiscano in maniera paritaria fra i diversi sottogruppi della popolazione. C'è chi ne trae benefici chi svantaggi, o al limite chi subisce più svantaggi di altri. In letteratura esistono diverse interpretazioni su come una procedura di VIS possa contribuire ad evitare che si trasmettano queste disuguaglianze (8). In linea di massima si possono distinguere quattro modalità con le quali valutare l'equità dell'impatto di una proposta.

- Se non si evidenziano effetti differenziali (ad esempio si prevedono le stesse variazioni percentuali della morbosità fra i diversi sottogruppi) le disuguaglianze già esistenti si perpetuano e le differenze possono divergere ulteriormente in futuro;
- si osserva una differenza significativa in quanto alcuni gruppi possono essere più sensibili di altri (ad esempio si stima un maggiore rischio derivante da inquinamento atmosferico in fasce con problemi al sistema respiratorio);
- si osserva una differenza significativa per la presenza di un maggior numero di persone sensibili all'interno di determinate fasce (ad esempio all'interno di categorie con basso livello di istruzione e reddito si osservano più casi di malattie dell'apparato cardiocircolatorio);
- esposizione differenziale; diversi gruppi possono essere esposti diversamente all'impatto. Se le persone più sensibili all'esposizione sono quelle più esposte, il divario fra le fasce di popolazione aumenta.

Di questi aspetti è necessario tenere conto in fase di presentazione delle risultanze della valutazione di impatto sulla salute. Non è raro che la VIS trascenda l'aspetto puramente tecnico per divenire strumento di equità sociale.

Caratteristiche generali della VIS

La VIS si basa su quattro valori fondamentali:

- **Democrazia:** la VIS *può consentire* cioè alle persone di partecipare allo sviluppo e all'attuazione di politiche, programmi o progetti che possono avere impatto sulle loro vite.
- **Equità:** la VIS valuta la distribuzione degli effetti della politica in esame sull'intera popolazione, con particolare riferimento agli impatti degli stessi sui gruppi più vulnerabili (in termini di status socio economico, origine etnica, età, genere ecc.).
- **Sviluppo sostenibile:** la VIS *può valutare* effetti sia a breve che a lungo termine e impatti evidenti e meno evidenti.
- **Utilizzo etico delle evidenze:** la VIS utilizza nella valutazione le migliori evidenze disponibili, sia quantitative che qualitative, raccolte attraverso specifiche strategie di ricerca (18).

Si parla dunque di:

Multidisciplinarietà/Intersettorialità: necessità di conoscenze derivanti da diverse discipline e da differenti fonti, dal momento che gli impatti sulla salute possono coinvolgere più settori della società organizzata.

Partecipazione: il coinvolgimento degli stakeholders e della comunità è una caratteristica fondamentale. La partecipazione può migliorare la qualità dell'accertamento, in quanto si potrà tener ben in conto l'esperienza locale, la qualità della decisione finale perché si potranno esaminare al meglio i problemi ed i bisogni specifici della comunità, la qualità del processo in merito all'eroga-

zione dei servizi ed infine la trasparenza del processo.

Utilizzo di evidenze qualitative e quantitative: analisi dei dati provenienti da varie discipline, quali l'epidemiologia (in tutte le sue declinazioni: sociale, occupazionale, esposizionale, molecolare, ambientale), la statistica, l'economia, le scienze sociali, traslazionali ed altre, per rendere le informazioni più *evidence based* possibili.

Attenzione alle disuguaglianze: comprendere gli impatti sullo stato di salute dei gruppi svantaggiati.

Livelli di applicazione della VIS

Una Politica (su ciò per cui un governo, un settore o un'organizzazione cerca di raggiungere gli obiettivi che ha stabilito).

Un Programma (su una serie di attività collegate che danno attuazione alla politica).

Un Progetto (su una componente specifica di un programma).

Tipologia di VIS

I diversi tipi di VIS si distinguono in base al momento in cui una VIS viene condotta rispetto all'implementazione di una qualsiasi proposta (politica, programma, progetto):

prospettica (ex ante), che ha lo scopo di accertare (in modo prospettico) i potenziali impatti sulla salute di una proposta, in modo che si possa modificare prima di attuarne l'implementazione, per ottenere i maggiori effetti positivi sulla salute di una popolazione e/o di particolari sottogruppi, minimizzando quelli negativi;

retrospettiva (ex post), che ha lo scopo di accertare gli impatti sulla salute evidenti, verificatisi dopo l'implementazione, per incrementare la base di evidenze per future VIS prospettiche;

simultanea, cioè durante l'implementazione. Questo permette di intervenire rapidamente

contro qualsiasi effetto negativo che dovesse eventualmente manifestarsi e di monitorare l'accuratezza delle previsioni fatte in modo prospettico sugli impatti di salute potenziali.

Fasi della VIS

Screening: processo di selezione per decidere se è appropriato o meno effettuare una VIS; inoltre questa fase ha la funzione di definire il tipo di valutazione da condurre.

Scoping: serve per definire le caratteristiche in base alle quali verranno condotte ed organizzate le fasi successive della VIS, tenendo presenti molteplici aspetti (es. le dimensioni della VIS, il metodo di valutazione, gli stakeholders e la loro partecipazione).

Valutazione (appraisal): valutare la potenziale capacità di una proposta di influenzare la salute della popolazione, qualora venga implementata (19). A tale scopo, in questa fase si deve:

- analizzare la politica/programma/progetto;
- fare un profilo della popolazione coinvolta;
- identificare e caratterizzare i potenziali impatti sulla salute (cioè i cambiamenti nel rischio per la salute, attribuibili all'intervento e mediati da effetti sia positivi che negativi), con particolare attenzione anche ai gruppi di popolazione svantaggiati e coinvolgendo tutti gli stakeholders;
- fare un rapporto degli impatti identificati come prioritari ed elaborare raccomandazioni per la loro gestione.

Si distinguono tre principali tipologie di valutazione in base al tempo necessario per portarle a termine ed alle procedure o ai metodi utilizzati:

- Valutazione rapida: si tratta di un'indagine sistematica degli impatti di salute effettuata in uno spazio temporale ristretto.
- Valutazione estesa: l'indagine sistematica dell'impatto sulla salute si svolge in un arco temporale prolungato; utilizza me-

todi diversi per consultare gli stakeholders e acquisire nuove informazioni importanti per l'accertamento (focus group, tecnica Delphi...); si avvale di tutte le fonti informative esistenti e/o ne implementa di nuove.

- Valutazione intermedia: consiste in un'analisi degli impatti di salute condotta in un ragionevole periodo di tempo, usando più di un metodo per consultazioni ed ottenere informazioni rilevanti per l'accertamento.

Prendere decisioni (decision making): in questa fase si esamina come si potrebbe cambiare una proposta per ottenere i maggiori effetti positivi sulla salute e minimizzare quelli negativi.

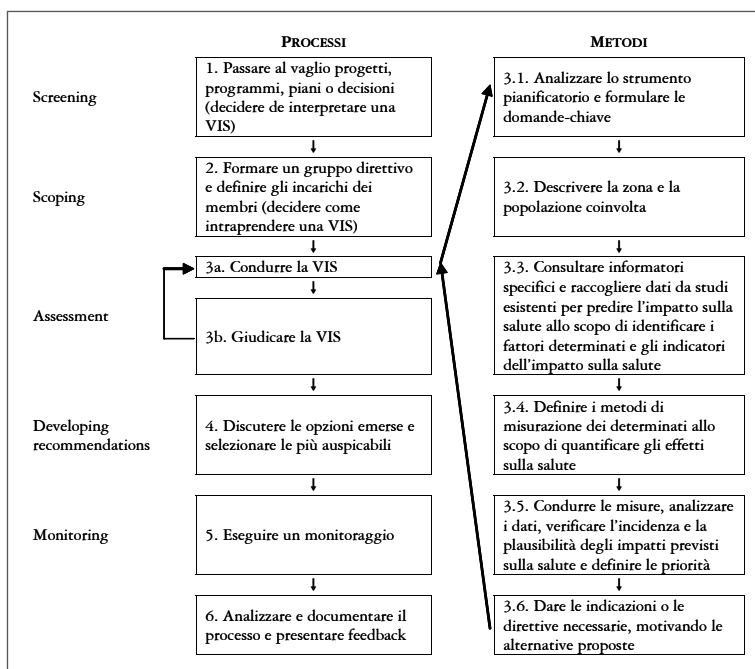
Monitorare e valutare (monitoring and evaluation): dopo l'accertamento e l'implementazione della proposta, si possono condurre due tipi di monitoraggio e valutazione:

- valutazione del processo: si articola in valutazione dello specifica VIS effettuata e monitoraggio e accertamento delle modifiche proposte, concordate dai decisori, per vedere se sono state realmente implementate;
- valutazione degli esiti: analizza l'andamento degli indicatori e degli esiti di salute, scelti per indicare eventuali cambiamenti dello stato di salute (Fig. 1).

Conclusioni

Oggi è ampiamente accettato che si debba passare da un approccio tipicamente verticale che vede la salute promossa, gestita e valutata da Enti e operatori strettamente legati al mondo della sanità, ad un approccio orizzontale, in cui qualunque tipo di politica si deve interrogare sul possibile effetto delle proprie decisioni/indirizzi sulla salute delle popolazioni, in attuazione dei principi di *Health in All Policies* (definita nel Libro bianco dell'UE "Un impegno comune per la sa-

Figura 1 - Fasi della Valutazione di Impatto sulla Salute



lute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013"), e di *Intersectoral Action for Health* (definita dall'OMS nel 1997 come "l'azione attraverso la quale il settore sanitario e altri rilevanti settori dell'economia collaborano ed interagiscono per raggiungere obiettivi di salute").

Il Servizio Sanitario Nazionale è, pertanto, tenuto a partecipare alla definizione e alla condivisione delle politiche che coinvolgono i determinanti di salute, ovvero degli elementi che, interagendo con l'ambiente, conservano o modificano, fino ad alterarle, le condizioni di salute degli individui e delle comunità nel corso della loro vita. La sanità pubblica si trova a dover parzialmente spostare l'oggetto della sua osservazione dalle cause dirette di salute/malattia dei singoli e delle comunità, ad una più mirata valutazione delle politiche che influenzano, anche in-

direttamente, dette cause. Più dettagliatamente, l'OMS indica i settori per i quali vi è evidenza scientifica di un loro impatto in termini di miglioramento o meno della salute pubblica e sono: il trasporto, l'alimentazione e l'agricoltura, gli alloggi, i rifiuti, l'energia, l'industria, l'urbanizzazione, l'acqua, le radiazioni, la nutrizione. L'approccio orizzontale si basa pertanto, sia sull'integrazione tra le diverse politiche che direttamente e/o indirettamente generano effetto in termini di salute, sia sulla sensibilizzazione di tutti gli ambiti politici sui temi della salute e, più in generale, del benessere. Esso presuppone la partecipazione attiva dei cittadini nelle scelte relative al futuro del proprio territorio e della propria salute, soprattutto in relazione a decisioni che generano delle percezioni di rischio per la salute in un orizzonte di lungo termine e che richiedono l'adozione di un

approccio cautelativo, in conformità al principio di precauzione. Proprio in questa cornice teorica di riferimento europeo ed internazionale si inseriscono gli elementi costitutivi per lo sviluppo di una strategia di VIS che sono essenzialmente due: da un lato una adeguata base di conoscenze scientifiche sui nessi tra scelte politiche di grande impatto sull'ambiente naturale e di vita e salute delle persone, dall'altro meccanismi e processi comunitari capaci (per leadership politica, supporto pubblico, sostegno giuridico, sup-

porto tecnico) di inserire le considerazioni sulla salute delle persone e l'equità in salute ad un precoce stadio di sviluppo delle decisioni (18,20). La VIS è, infine, uno strumento che andrà necessariamente integrato con i procedimenti di VIA e di VAS per costituire un corpo unico di valutazione di tutti i possibili effetti sulla salute di opere/infrastrutture e/o politiche generali del territorio, potenziali portatori di impatto ambientale inteso in senso lato.

BIBLIOGRAFIA

1. Birley MH, Boland A, Davies L, Edwards RT, Glanville H, Ison E et al. Health and environmental impact assessment: an integrated approach. London: Earthscan-BMA, 1998.
2. Briggs DJ. A framework for integrated environmental health impact assessment of systemic risks. *Environmental Health* 2008; 7:61.
3. Huynen MM, Martens P, Hilderink HB. The health impacts of globalisation: a conceptual framework. *Globalization and Health* 2005; 1:14.
4. Cole BL, Fielding JE. Health impact assessment: a tool to help policy makers understand health beyond health care. *Annu Rev Public Health* 2007; 28:393-412.
5. Europe HIA methods and strategies (WHO): <http://www.euro.who.int/healthimpact>
6. Klinke A, Renn O. A new approach to risk evaluation and management. Risk-based, precaution-based and discourse-based strategies. *Risk Analysis* 2002; 22(6): 1071-94.
7. Kemm J. The future challenges for HIA. *Environ Impact Assess Rev* 2005; 25:799-807.
8. Joffe M, Mindell J. Complex Causal Process Diagrams for Analyzing the Health Impacts of Policy Interventions, *Am J Public Health* 2006; 96:473-9.
9. Ison E. Resource for Health Impact Assessment, <http://www.londonhealth.gov.uk/resource.htm>
10. Canadian Institute for Advanced Research: www2.cifar.ca/
11. WHO. Health impact assessment: main concepts and suggested approach; the Gothenburg consensus paper. Copenhagen: WHO regional office for Europe; 1999.
12. Klinke A, Renn O. Systemic Risk as Challenge for Policy Making in Risk Governance. *Forum: Qualitative Social Research*, 7(1), Art. 33, 2006; <http://nbnresolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0601330>
13. European Commission. Council directive 85/337/EEC of 27 June 1985 on the assessment of the effects of certain public health and private project on the environment. www.europa.eu.int/comm/environment/eia/fulllegal/text/85337.htm
14. Secretary of State for Health. Saving lives: our healthier nation. London: Stationary Office; 1999.
15. Lock K. Health impact assessment. *BMJ* 2000; 320: 1395-8.
16. European Environment Agency. The European environment – state and outlook. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2005.
17. Scott-Samuel A. Health impact assessment – theory into practice. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52(11): 704-705.
18. Renn O. White Paper on risk governance: towards an integrative approach. Geneva: International Risk Governance Council; 2005.
19. Quigley RJ, Taylor LG. Evaluating health Impact Assessment. *Public Health* 2004; 118:544-52.
20. von Schirnding Y. Health in Sustainable Development Planning: The role of Indicators. Geneva: WHO; 2002.

La georeferenziazione applicata alla registrazione delle patologie neoplastiche: uno strumento per la Sanità Pubblica

The geolocalization methodology applied to malignancies registration: a tool for the Public Health

Valentina Anemoli, Chiara Cappuccini

Scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva, Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: registro tumori, georeferenziazione, sanità pubblica

RIASSUNTO

Obiettivo: l'obiettivo del presente studio è quello di analizzare l'utilità della georeferenziazione in generale e applicata ai dati epidemiologici forniti dal Registro Tumore Umbro di Popolazione (RTUP) ai fini della valutazione degli interventi di programmazione e organizzazione delle prestazioni e dei servizi del SSN e del SSR.

Metodologia: sono approfonditi i concetti di sistemi informativi geografici (SIS) e georeferenziazione e descritta la loro applicazione e utilizzazione da parte del RTUP. Sono riportati alcuni esempi di impiego

Risultati: la georeferenziazione può rappresentare una innovativa metodologia investigativa per una migliore conoscenza della specifica realtà umana e ambientale su cui gli operatori sanitari si trovano ad intervenire.

Key words: cancer registry, geolocalization, public health

SUMMARY

Objective: the objective of this study is to analyze the utility of georeferencing in general and applied to epidemiological data provided by the Umbria Cancer Registry of Population (RTUP) for the evaluation of interventions in the planning and organization of NHS and RHS performance and services.

Methodology: are examined the concepts of geographic information systems (SIS) and geo-referenced and described their application and use by the RTUP. Are reported some examples of use.

Results: georeferencing may represent an innovative investigative methods for a better understanding of the specific context in which human and environmental health professionals are to intervene.

Registri tumori: sorveglianza epidemiologica, epidemiologia valutativa e ricerca in campo oncologico

I Registri tumori costituiscono un importante e utile mezzo per la sorveglianza epidemiologica e l'epidemiologia clinica (1), in quanto raccolgono e riuniscono in modo sistematico in un database centrale, con scopi prestabiliti, informazioni sanitarie e demografiche di pazienti affetti da specifiche patologie (2).

Come affermano Drolet e Johnson, le caratteristiche salienti dei Registri tumori sono cinque: 1) la possibilità di collegare informazioni provenienti da diverse fonti; 2) la definizione di un insieme di informazioni standard codificate confrontabili per tutti i casi oggetto di registrazione; 3) l'acquisizione sistematica e ripetuta nel tempo delle fonti secondo un protocollo definito di rilevazione; 4) la possibilità di modificare, integrare o completare le informazioni relative ad ogni caso nel tempo; 5) l'esistenza di un sistema di sorveglianza (follow-up) in grado di registrare la comparsa di eventi definiti per ogni caso (3).

Grazie alla propria attività, producono informazioni standardizzate (incidenza, prevalenza, sopravvivenza) su base di popolazione, pur differendo tra loro per il dettaglio clinico dei dati raccolti o, in generale, per il grado di sviluppo nelle diverse aree di interesse.

Pertanto, le funzioni principali dei Registri tumori possono essere distinte in sorveglianza epidemiologica, epidemiologia valutativa e ricerca in campo oncologico.

La sorveglianza epidemiologica ha rappresentato da sempre la funzione svolta nell'ambito dell'epidemiologia descrittiva: con la produzione dei dati di incidenza e di prevalenza è possibile definire l'impatto dei

diversi tumori maligni sulla salute della popolazione di riferimento. I Registri tumori rendono di fatto possibile la conoscenza della dimensione epidemiologica e della gravità, in termini socio-sanitari, delle patologie neoplastiche, riuscendo al tempo stesso a definirne l'andamento temporale e la distribuzione spaziale.

Inoltre, l'osservazione delle variazioni temporali dell'incidenza (trend temporali) permette un'attenta valutazione sia dell'eventuale variazione dell'esposizione ai fattori di rischio/protettivi individuati, sia dell'intensità delle attività diagnostiche.

Nell'ambito dell'epidemiologia clinica e della valutazione degli interventi, esplorano il grado di successo dell'attività diagnostico-terapeutica fornendo dati sulla sopravvivenza relativa, la quale a sua volta è influenzata dall'accesso alla diagnosi e dalla qualità delle cure. Attraverso l'incrocio dei dati di mortalità, di incidenza e di sopravvivenza si può giungere a una valutazione della probabile azione nociva dei fattori di rischio individuati, delle modalità di diagnosi precoce e di eventuali miglioramenti nelle terapie.

Sulla base dei risultati ottenuti, è inoltre possibile definire l'opportunità e l'efficacia degli interventi di screening relativamente alle patologie neoplastiche indagate (4).

I Registri tumori consentono di contestualizzare il fenomeno patologico indagato in termini sia di localizzazione geografica che di dimensione socio-economica.

Mettendo a confronto i differenti tassi di incidenza registrati in aree territoriali di dimensioni nazionali, regionali o sub regionali, si può giungere ad una dettagliata analisi delle diverse esposizioni a fattori di rischio/protettivi e/o dei differenti livelli di attività diagnostica anche per territorio.

Un esempio paradigmatico è stata la rea-

lizzazione in Giappone e negli USA di studi di popolazione che hanno evidenziato nella prima e nella seconda generazione di migranti giapponesi una progressiva variazione del profilo di rischio e una differente mortalità per cancro (carcinoma gastrico, cancro del colon retto) rispetto ai connazionali rimasti in patria: nella prima generazione di migranti il profilo di rischio e la mortalità per cancro si mantenevano a valori prossimi a quelli osservati nella terra d'origine, nella seconda, invece, questi erano sovrapponibili a quelli della popolazione americana (5,6,7).

Indagini di questo tipo hanno portato alla realizzazione delle prime mappe geografiche di distribuzione dei casi di malattia, dalle quali è stato poi possibile passare alla costituzione di sistemi più complessi di analisi geografica quali gli Atlanti di patologia; tra quest'ultimi degno di nota è l'Atlante Canadese (8) che ha prodotto un primo innovativo modello di investigazione della patologia tumorale.

I Sistemi Informativi Geografici (GIS) e la georeferenziazione

Un ulteriore miglioramento del livello di analisi geografica della patologia neoplastica, in termini sia metodologici che tecnologici, è stato possibile grazie allo sviluppo e all'integrazione nei Registri tumori dei Sistemi Informativi Geografici (GIS).

Quest'ultimi offrono modelli di analisi territoriale applicabili sia a macroaree, di dimensioni regionali o comunali, sia a piccole aree (sub-regionali, sub-comunali e sezioni di censimento), consentendo un' esplorazione del territorio ad alta risoluzione e permettendo l'individuazione di sospetti cluster di malattia. In tal modo diviene possibile differenziare le diverse esposizioni ai vari fattori di rischio e individuare l'emer-

gere di rischi locali per la salute, legati, ad esempio, alla presenza di centri industriali, di discariche per rifiuti o anche di strade ad alta densità di traffico (4).

La definizione di GIS alla quale ancor oggi si è soliti far riferimento è quella di Burrough; nel 1986 egli indicò il sistema informativo geografico come il sistema informativo computerizzato che permette la gestione di informazioni derivanti da dati geografici. Egli affermò infatti che "il GIS è composto da una serie di strumenti software per acquisire, memorizzare, estrarre, trasformare e visualizzare dati spaziali dal mondo reale" (11).

Recentemente l'OMS ha definito il Sistema Informativo Geografico (GIS) come "una tecnologia volta all'organizzazione e gestione di cartografie digitali e basi dati informatiche che organizza e archivia ampie quantità di informazioni per una pluralità di scopi; un GIS aggiunge la dimensione dell'analisi geografica alla tecnologia informatica, attraverso un'interfaccia tra i dati e la cartografia. Ciò rende agevole presentare informazioni ai decisori in modo rapido, efficiente ed efficace" (12).

Il GIS è quindi un sistema informativo in grado di produrre e analizzare dati spaziali associando a ciascun elemento geografico una o più descrizioni alfanumeriche. In tal modo, diviene possibile mettere in relazione dati di natura diversa sulla base del loro comune riferimento geografico, creando quindi nuove informazioni a partire da dati esistenti.

Nell'analisi geografica, è fondamentale la scala, ossia la dimensione dell'area d'interesse, la quale può variare da aree estremamente grandi (stati, regioni), ad aree di dimensioni più ridotte (comune, città, ASL) fino a livelli di quartiere, isolato, via, numero civico (12).

Attraverso il GIS è pertanto possibile rappresentare geograficamente e analizzare anche i fenomeni studiati in ambito sanitario, dal momento che ad ogni specifica entità (ad es. paziente con patologia neoplastica) viene associato un riferimento geografico univoco (latitudine, longitudine) sulla base del comune di residenza e dell'indirizzo civico: si realizza così un'utile combinazione degli strumenti per l'archiviazione con quelli per la mappatura e l'analisi dei dati geografici (1).

Il GIS rappresenta lo strumento necessario per rendere possibile la georeferenziazione. Per georeferenziazione si intende una procedura d'investigazione della realtà mediante la quale le unità statistiche sono localizzate sul territorio per mezzo di coordinate relative ad un sistema di riferimento predefinito (10).

A livello internazionale sono numerose le iniziative di studio che, attraverso la georeferenziazione, mirano ad ottenere investigazioni sempre più dettagliate dell'ambiente e delle sue componenti (21,22), non solo per raggiungere una migliore comprensione dei meccanismi con cui questi condizionano la salute dell'uomo ma anche per aiutare le popolazioni a difendere (o raggiungere) il pieno benessere psicofisico.

È corretto pensare, infatti, che attraverso un'indagine attenta e puntuale della composizione e delle caratteristiche della popolazione di riferimento si possa giungere ad un buon livello di definizione dei bisogni di salute degli individui residenti nelle aree territoriali studiate e, se necessario, organizzare e attuare strategie d'intervento idonee a migliorarne lo stato di salute/malattia agendo proprio su quelli che classicamente vengono definiti "determinanti di salute modificabili", cioè l'ambiente e i fattori socio-economici.

Quest'ultimi, recentemente, sono stati meglio analizzati grazie all'aumentata capacità di risoluzione delle indagini e all'introduzione di tecniche complementari di investigazione geografica da parte dei Registri tumori e degli archivi sanitari (georeferenziazione degli eventi e delle popolazioni): si è sviluppata una rete di sorveglianza tempestiva e attiva dei casi di malattia, la quale consente di mettere in relazione l'evento patologico alle differenti condizioni socio-economiche. Si evidenziano, infatti, le disuguaglianze nello stato di salute e/o negli interventi sanitari e si identificano le aree di fragilità, quelle cioè che necessitano di interventi socio-sanitari specifici calibrati sulla base del loro indice di deprivazione.

È importante ricordare che comunemente gli indici di deprivazione vengono utilizzati per studiare i determinanti sociali ed economici dello stato di salute della popolazione oggetto di studio: essi rappresentano degli indici aggregati composti di sintesi della situazione demografica e socio-economica dell'area considerata (indicano un basso tenore di vita o un alto fabbisogno di servizi) (23,24) e consentono, quindi, di spiegare le differenze di salute che si osservano a livello geografico attraverso l'analisi della distribuzione dei fattori socio-economici e culturali.

Negli ultimi anni, l'utilizzo della georeferenziazione è stato supportato anche dalla necessità di condurre indagini volte a studiare la correlazione tra outcomes delle patologie neoplastiche (incidenza, mortalità, sopravvivenza) e le condizioni socio-economiche della popolazione di riferimento al fine di chiarire come tali fattori possano influenzare la modalità e la correttezza della presa in carico del paziente, i determinanti clinico-patologici valutati alla diagnosi (stadio e opzioni terapeutiche proposte) e,

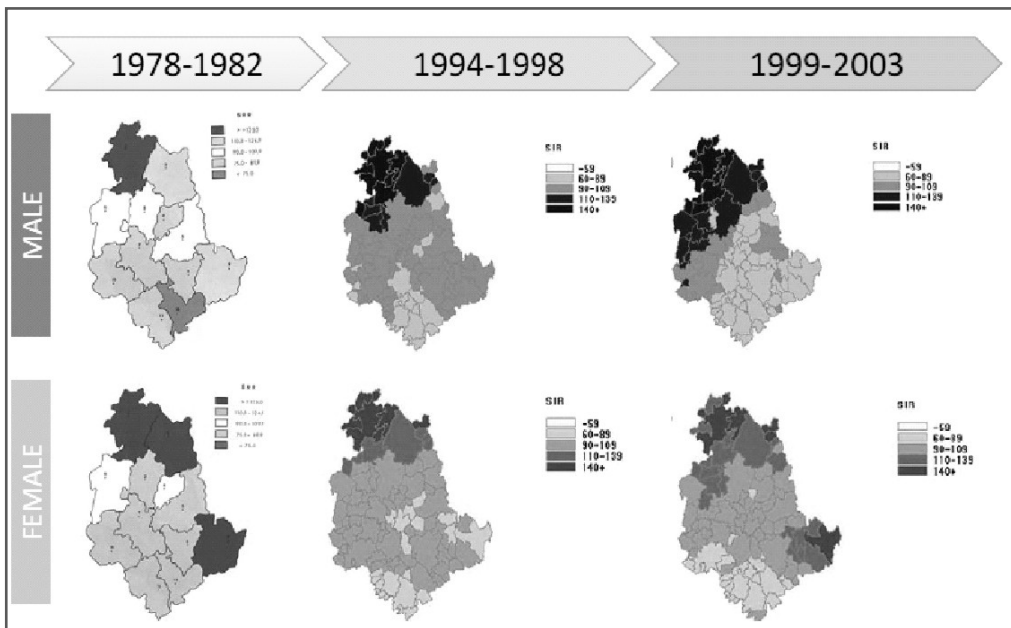
quindi, più in generale, l'appropriatezza dell'intero percorso diagnostico-terapeutico e l'equità nell'accesso ai servizi di diagnosi, cura e trattamento. Diviene facile comprendere perciò come, grazie a queste conoscenze, sia possibile programmare correttamente gli interventi sanitari e guidare le politiche sociali con l'obiettivo di realizzare una migliore allocazione delle risorse disponibili in termini di efficacia ed efficienza (25). Pertanto, possiamo affermare che, in ambito sanitario, l'utilizzazione del GIS ha trovato applicazione sia nella valutazione che a livello programmatico e operativo, essendo moltissimi i suoi possibili impieghi: l'analisi della popolazione, dei suoi bisogni di salute, dei fattori di rischio ambientali e dell'offerta sanitaria, in termini di allocazione e attività delle strutture e dei servizi sanitari.

Il Registro Tumori Umbro, i sistemi informativi geografici e la georeferenziazione

L'analisi geografica delle superfici di rischio è una funzione ordinaria dell'attività del Registro Tumori Umbro di Popolazione (RTUP), il quale ha da sempre indagato, nel corso degli anni, la distribuzione territoriale dei casi di malattia e quindi dei rischi oncologici, realizzando una precisa rappresentazione cartografica dei dati (atlanti e mappe).

La pubblicazione dell'Atlante regionale relativo al periodo 1978-1982 (Figura 1) teneva già conto, nella rappresentazione dei risultati ottenuti, dell'articolazione del Servizio Sanitario Regionale in 12 Unità Sanitarie Locali, e ha fornito un valido termine di paragone per la valutazione delle successive metodologie d'indagine impiegate nel-

Figura 1 - Atlanti per comune - Atlante RTUP: Incidenza di cancro gastrico in Umbria



l'ambito delle attività del Registro stesso (9).

E'importante puntualizzare che tutti i dati analizzati dal RTUP sono criptati, in modo tale da garantire il rispetto della vigente normativa sulla privacy.

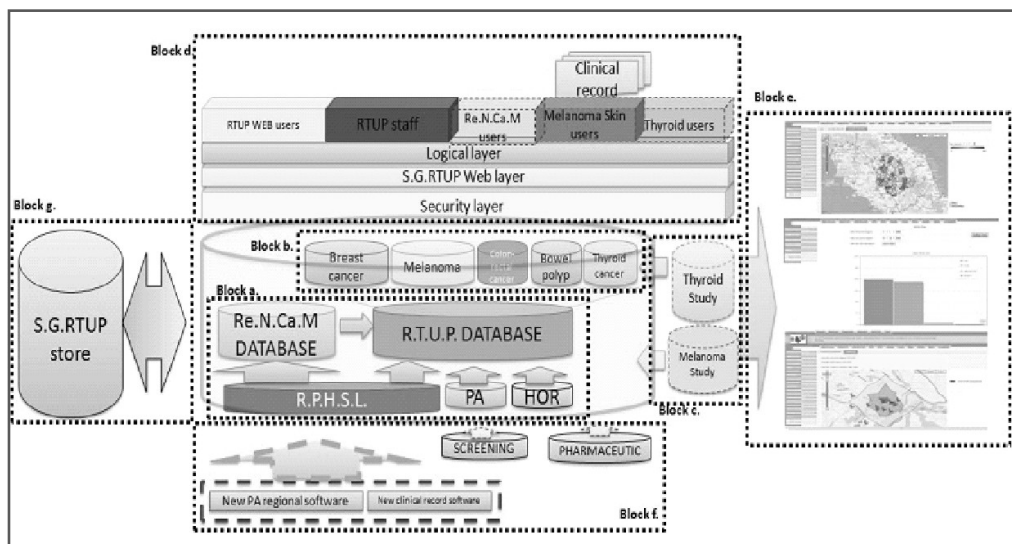
Il Sistema gestionale del RTUP, fondato nel 1994, ha introdotto nel 2007 un nuovo sistema gestionale per l'archiviazione e l'elaborazione dei dati d'interesse, acquisendo una struttura di tipo modulare, estensibile e integrabile (13).

Come illustrato dalla figura 2, l'attuale architettura del RTUP, è articolata in cinque blocchi o unità. Il blocco "a" è rappresentato dal *core* del registro, cioè dalle fonti dati (Database del Registro Nominativo delle Cause di Morte, anatomie patologiche, schede di dimissione ospedaliera, elenco degli assistiti regionali); il blocco "b" è costituito dall'insieme delle rilevazioni specialistiche;

che; il blocco "c" è formato dall'insieme dei dati condivisi dal registro e dai clinici professionisti che con esso collaborano (tumore della tiroide e melanoma); il blocco "d" è composto dagli utilizzatori del registro, organizzati in diversi livelli gerarchici; il blocco "e" è rappresentativo dei risultati delle attività del Registro; il blocco "f" è dato dall'integrazione dei nuovi flussi informativi regionali (software regionale delle anatomie patologiche e delle SDO, prescrizioni farmaceutiche e screening); il blocco "g" rappresenta infine una estensione della base dati per la gestione dell'accesso concomitante dei gruppi multidisciplinari (S.G.RTUP store).

La base dati contiene le informazioni necessarie alla sorveglianza epidemiologica di tutte le patologie tumorali indagate ed è direttamente "linkato" sia con il Registro Nominativo delle Cause di Morte

Figura 2 – Architettura del Sistema gestionale del Registro tumori Umbro (S.G.RTUP)



(Re.N.Ca.M.), sia con l'elenco degli assistiti della Regione.

Nella base dati sono inoltre comprese le rilevazioni specialistiche dedicate al tumore della mammella, del colon retto, della tiroide, al melanoma cutaneo e al polipo del grosso intestino, con variabili proprie di ogni particolare patologia e con un grado di dettaglio che può essere diversificato e incrementato in base agli studi d'interesse.

Grazie all'innovazione tecnologica, alla nuova architettura del sistema e all'integrazione operativa con la Rete Oncologica Regionale (ROR), si è determinato un importante cambiamento nel paradigma d'indagine: è aumentato il dettaglio informativo per ognuna delle patologie studiate ed è pertanto divenuta possibile la realizzazione di un sistema attivo di valutazione dei relativi percorsi diagnostico-assistenziali.

Il RTUP è tra i primi registri italiani ad aver utilizzato un sistema informativo tecnologicamente avanzato nell'elaborazione dei propri dati, il quale è in grado di integrarsi con i flussi informativi provenienti dalla ROR Umbra. Dette caratteristiche tecnologiche sono state presentate in due recenti lavori scientifici (13,14).

La localizzazione dell'incidenza e della mortalità dei casi di tumori ha inizialmente richiesto, da parte del gruppo lavoro del RTUP, la selezione, dal database regionale degli assistiti, del rispettivo indirizzo e comune di residenza (dati criptati); successivamente, tramite una funzionalità di Google Maps (API), per ogni caso, si sono ricavate e memorizzate latitudine e longitudine, definendone così le specifiche coordinate spaziali (markers dei casi).

I markers dei casi di incidenza o di mortalità così ottenuti e selezionabili dall'utente (ad esempio in base alla sede tumorale, all'anno di prima diagnosi o a quello del de-

cesso, al comune di residenza), sono stati sovrapposti alla mappa geografica dell'Umbria, dandone una prima distribuzione spaziale all'interno del territorio regionale (13). Con tale sistema è possibile condurre un'investigazione geografica con differenti livelli di dettaglio, che vanno dal comune alle aree subcomunali, dalle sezioni di censimento alle aree esagonali. Infatti, nell'intento di condurre un'analisi più dettagliata, il territorio regionale è stato sottoposto ad una copertura esagonale; per ogni esagono sono state definite dimensioni sufficientemente piccole da assicurare un ottimo livello di accuratezza dell'investigazione.

Volendo al tempo stesso garantire all'utente la possibilità di creare e salvare forme personalizzate (costituite da cerchi e poligoni di varie dimensioni), il software è stato programmato in modo tale da consentire, all'interno della mappa, l'analisi di specifiche zone di interesse in relazione al fenomeno studiato.

Purtroppo, con la riduzione dell'unità di analisi territoriale a livello municipale o, andando ancora più in dettaglio, alla sezione di censimento, la variabilità casuale dei risultati diviene troppo elevata, rendendo necessaria l'introduzione di analisi geografiche basate sullo "smoothing". Per analisi condotte su aree scarsamente popolate o di piccole dimensioni, i tassi standardizzati indiretti (SIR) grezzi, sono fortemente instabili dal momento che il numero di eventi attesi è basso e quindi una piccola variazione nel numero dei casi osservati potrebbe dare origine a stime dei rischi relativi molto diverse.

E' proprio la necessità di ottenere stime del rischio relativo di malattia più stabili dei SIR grezzi che ha determinato l'uso di modelli epidemiologici con autocorrelazione spaziale, i quali sono in grado di "filtrare il

rumore” (smoothing). Tra i vari modelli ai quali è possibile fare ricorso, il modello bayesiano empirico lineare (15,16), ha permesso di ricavare, partendo dai SIR/SMR grezzi, i cluster globali di malattia su aree territoriali opportunamente dimensionate. Le tecniche d’indagine basate sullo “smoothing” sono quindi quelle che ci consentono di assegnare, ad esempio, livelli di incidenza (SIR “pesati”) in base ai valori delle unità geografiche circostanti e di identificare aree di rischio subregionali, caratterizzandone al contempo la gradualità.

Attualmente si sta ancora lavorando alla definizione di nuovi modelli d’indagine al fine di ottenere stime del rischio più attendibili anche per aree territoriali di dimensioni più piccole.

Bisogna comunque tener presente che la distribuzione dei fenomeni sanitari non rispetta i confini amministrativi e che pertanto le mappe ottenute semplificano i fenomeni studiati, dandone sì una rappresentazione schematica e facilmente comprensibile, ma lasciano comunque un certo margine d’errore, al cui contenimento mirano le innovative tecniche d’indagine statistica georeferenziate (12).

Esemplificativi dei risultati ottenuti sono la georeferenziazione (mappa) con Google API dei SIR/SMR grezzi calcolati a livello comunale (Cluster globale) e la rappresentazione per sezione di censimento, relativamente al Comune di Perugia, dei casi di malattia.

Un ulteriore esempio dell’applicazione della georeferenziazione ai dati del RTUP sono le mappe rappresentative dei SIR di malattia nei maschi e nelle femmine relativamente al periodo 1994-2008 (Figura 3). Nelle immagini (a) e (c) sono rappresentati i SIR grezzi rispettivamente per i maschi e per le femmine, mentre in (b) e (d) sono riportati

i SIR dopo elaborazione mediante “smoothing”.

I Registri tumori non solo contribuiscono al controllo epidemiologico dei tumori maligni, ma offrono anche valide opportunità di ricerca e intervento in ambito sanitario e socio-sanitario.

Possono quindi essere considerati un valido ausilio per la realizzazione di un sistema reale ed efficace di governo clinico.

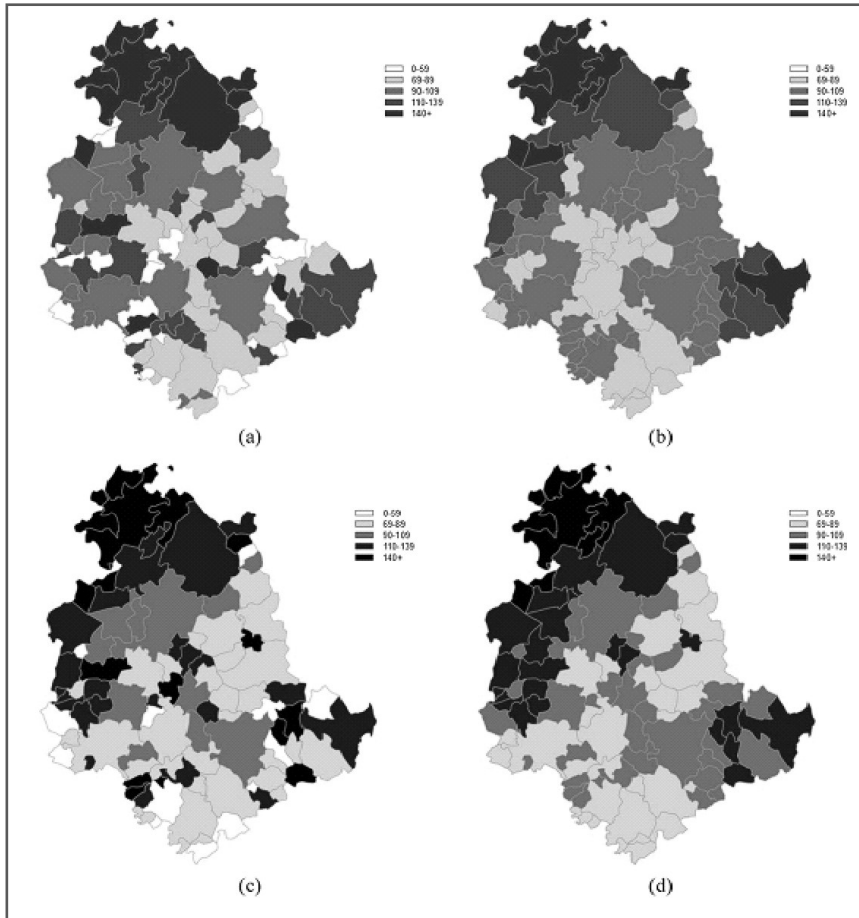
La sorveglianza delle patologie neoplastiche, infatti, è stata approfondita, oltre che tramite gli indicatori ordinari e i dati clinici, anche in base al criterio spaziale.

In tal modo è stato possibile individuare macroaree di rischio (collinari, montane, comunali) e, per mezzo della georeferenziazione, vincolando casi e popolazioni al comune di residenza, identificare cluster di malattia a livello di microaree. Relativamente a quest’ultimo risultato, è stato fondamentale il contributo offerto dalla tecnologia informatica e dai modelli di analisi statistica, che hanno permesso di gestire la elevata variabilità dei tassi riferiti a piccole aree.

Inoltre, significativa è stata l’individuazione nella zona settentrionale dell’Umbria (Alto Tevere) di un’area ad elevata incidenza, rispetto al territorio regionale, di tumori delle alte vie aereo-digestive e dello stomaco, per i quali si è comunque registrato un trend temporale in diminuzione.

Tale evidenza può far facilmente comprendere come i risultati del RTUP e, più in generale, dei Registri tumori, possano fornire un aiuto concreto e tempestivo alle varie autorità competenti, sanitarie e non (14), nella promozione e nella difesa della salute della popolazione di riferimento. Infatti, ad esempio, relativamente alla realtà dell’Alto Tevere, la conoscenza della specifica realtà patologica, dovrebbe agevolare

Figura 3 – Mappa dei SIR di malattia relativamente al periodo 1994-2008. (a) SIR grezzi per le femmine. (b) SIR smoothed per le femmine. (c) SIR grezzi per i maschi. (d) SIR smoothed per i maschi.



l'indagine dei possibili fattori di rischio e/o causali (*Helicobacter Pylori*, dieta ricca di cibi conservati, carni rosse, fumo, alcool), e, quindi, la programmazione e l'attuazione di specifici interventi di tipo sia preventivo che di promozione della salute (ad esempio, interventi per la diffusione di corretti stili di vita e di abitudini alimentari sane). Recentemente nell'ambito del progetto nazionale SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti

Esposti a Rischio da Inquinamento), il sottogruppo di lavoro ISS-AIRTUM (Associazione Nazionale Registri Tumori) "Approcci metodologici innovativi" ha espresso la volontà di condurre uno studio *high resolution* orientato alla comprensione del possibile rapporto cancro-ambiente attraverso un'analisi dell'incidenza della patologia tumorale (e non solo della mortalità, unico indicatore fino ad oggi preso in considerazione, ma poco sensibile, poiché non tutti i

malati di cancro muoiono) che utilizzi, come riferimento geografico, non più l'ambito comunale in prossimità dell'area di interesse nazionale di bonifica, detta SIN, ma l'effettivo confine del SIN stesso, a sua volta ottenuto grazie alla georeferenziazione. Nella regione Umbria, è stato individuato un sito di interesse nella provincia di Terni (Papigno) e, grazie alla collaborazione del RTUP, il quale metterà a disposizione l'innovativo software di georeferenziazione, sarà possibile realizzare analisi sub-comunali ancora più dettagliate, basate su dati georiferiti.

Conclusioni

Nella Sanità Pubblica, i GIS offrono un importante contributo sia nell'ambito dell'assistenza che nel settore della prevenzione, della sorveglianza e del controllo, poi-

ché permettono di conoscere la distribuzione dell'incidenza o della prevalenza delle malattie o dei relativi fattori di rischio, di pianificare e valutare i servizi sanitari (accessibilità, equità, appropriatezza etc.) e di attivare efficaci sistemi di sorveglianza delle patologie indagate.

Metodologie di indagine della realtà come la georeferenziazione permettendo una conoscenza dettagliata dei problemi sociali e sanitari della popolazione, sono in grado di offrire nuove conoscenze, sicuramente fondamentali per una adeguata programmazione e gestione del sistema sanitario in modo appropriato, efficace ed efficiente.

Per questo riteniamo di poter affermare che la georeferenziazione, con le sue capacità investigative e applicative, possa trovare piena valorizzazione all'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (N-SIS) 12).

BIBLIOGRAFIA

1. Stracci F, Bianconi F, Brunori V, La Rosa F. La georeferenziazione nella registrazione dei tumori: approccio metodologico e prospettive di studio. *CancerStat Umbria*, 2012; 3:293-339.
2. Mastrandrea V, Vitali R, La Rosa F, Petrinelli AM. Incidenza e mortalità per tumori maligni in Umbria (1978-1982). Regione dell'Umbria, Perugia, 1988.
3. Drolet B, Johnson K. Categorizing the world of registries. *J Biomed Informat* 2008; 41:1009-1020.
4. La Rosa F, Stracci F. La sorveglianza del cancro in Umbria. RTUP. Perugia, maggio 2012.
5. Whittemore A.S, Zheng S, Wu A, Wu M.L, Fingar T, Jiao D.A, Ling C.D, Bao J.L, Henderson B.E, Paffenbarger R.S. Jr. Colorectal cancer in Chinese and Chinese-Americans. *Natl Cancer Inst Monogr*. 1985; 69:43-46.
6. Kliever E.V. Influence of migrants on regional variations of stomach and colon cancer mortality in the Western United States. *Int J Epidemiol* 1992; 21:442-449.
7. Stemmermann GN, Nomura AM, Chyou PH, Kato I, Kuroishi T. Cancer incidence in Hawaiian Japanese: migrants from Okinawa compared with those from other prefectures. *Jpn J Cancer Res* 1991; 82:1366-1370.
8. 15th Annual Atlantic Canada Oncology Group (ACOG) Symposium. Summary of the 15th Annual Atlantic Canada Oncology Group Symposium. *Expert Rev.Anticancer Ther* 2011; 11:1491-1493.
9. Mastrandrea V, Vitali R, La Rosa F, Petrinelli A.M. Incidenza e mortalità per tumori maligni in Umbria (1978-1982). Regione dell'Umbria, Perugia, 1988.
10. Presidenza del Consiglio dei ministri, Civaridi M, Salvini S, Petrucci A, Bocci C, Borgoni R, Salvati N, Vignoli D. Indagine sulla georeferenziazione dei dati nella statistica ufficiale, Roma 2009; 1:14.
11. Burrough P.A. Principles of geographical information systems for land resource assessment. Clarendon Press. Oxford, U.K. 1986; 194.

12. Fortino A, Candura F. Sistemi informativi geografici-le prospettive in Sanità Pubblica. *Care* 2006; 2:23-28.
13. Bianconi F, Brunori V, Valigi P, La Rosa F, Stracci F. Information Technology as tools for Cancer Registry and Regional cancer Network integration. *IEEE transactions on systems man and cybernetic part a-systems and humans. IEEE T Syst Man Cy A* 2012; 45:1410-1424.
14. Bianconi F, Brunori V, Valigi P, Stracci F, La Rosa F. Cancer Registry and Information technology: a new management system for integrating Cancer Registry and Oncology Departements. *IEEE proceeding of Workshop on Health Care Management. Venezia* 2010.
15. Clayton D, Kaldor J. Empirical Bayes estimates of age-standardized relative risks for use in disease mapping. *Biometrics* 1987; 43:671-681.
16. Anselin L, Kim Y-W, Syabri I. Web-based analytical tools for the exploration of spatial data. *J Geograph Syst* 2004; 6:197-218.
17. Stracci F. Cancer screenings, diagnostic thecnology evolution, and cancer control. *Methods Mol. Biol* 2009; 471:107-136.
18. La Rosa F, Stracci F, Cassetti T, D'Alo', Canosa A, Petrinelli A.M, Rossi L, Minozzo M, Romagnoli C. La geografia della mortalità in Umbria. 1978-2005. *ReNCaM, Regione dell' Umbria, Perugia*, 2007.
19. La Rosa F, Stracci F, Cassetti T, Petrinelli A.M, Rossi L, Minozzo M, Romagnoli C, Mastrandrea V. Gruppo di lavoro RTUP. La geografia del cancro in Umbria 1978-2003. *RTUP, Regione dell'Umbria, Perugia*, 2007.
20. Cassetti T, La Rosa F, Rossi L, D' Alo' D, Stracci F. Cancer incidence in men: a cluster analysis of spatial patterns. *BMC Cancer* 2008; 8: 344.
21. Portnov B.A, Reiser B, Karkabi K, Cohen-Kastel O, Dubnov J. High prevalence of childhood asthma in Northern Israel is linked to air pollution by particulate matter: evidence from GIS analysis and Bayesian Model Averaging. *Int J Environ Hlth Res* 2012; 22:249-269.
22. Wang B.Z, Chen Z. A GIS-based multi-source and multi-box modeling approach (GMSMB) for air pollution assessment- A North American case study. *J. Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2012; 48:14-25.
23. Lillini R, Quaglia A, Vercelli M, Registro mortalità Regione Liguria. Building of a local deprivation index to measure the health status in the Liguria region. *Epidemiol. Prevent* 2012; 36:180-187.
24. Testi A, Ivaldi E, Busi A. Caratteristiche e potenzialità informative degli indici di deprivazione. *Tendenze nuove*, 2005; 2:111-124.
25. Vercelli M, Lillini R, Capocaccia R, Quaglia A. Use of SERTS (Socio-Economic, health Resources and Technologic Supplies) models to estimate cancer survival at provincial geographical level. *Cancer Epidemiol* 2012; 36:566-574.

Altri contributi

La gestione del distress degli operatori oncologici: un'esperienza di formazione realizzata presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia

Oncologists' distress management: a Perugia hospital educational experience

Paolo Catanzaro

Servizio Convenzionato di Psiconcologia Azienda Ospedaliera di Perugia – Associazione Umbra Contro il Cancro (AUCC) / Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica Esistenziale “Gaetano Benedetti” di Perugia

Anna Calabro, Anna Tei, Luciano Mancinelli

Centro di Formazione Azienda Ospedaliera di Perugia

Giuliana Nataloni

Servizio Convenzionato di Psiconcologia Azienda Ospedaliera di Perugia – Associazione Umbra Contro il Cancro (AUCC) / Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica Esistenziale “Gaetano Benedetti” di Perugia

Anna Maria Paci

Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica Esistenziale “Gaetano Benedetti” di Perugia

Davide Albrigo, Simonetta Regni

Servizio Convenzionato di Psiconcologia Azienda Ospedaliera di Perugia – Associazione Umbra Contro il Cancro (AUCC) / Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica Esistenziale “Gaetano Benedetti” di Perugia

Alessandra Passini, Valentina Topini

Servizio Convenzionato di Psiconcologia Azienda Ospedaliera di Perugia – Associazione Umbra Contro il Cancro (AUCC)

Giovanni Ascione, Andrea Bartocci
Centro di Formazione Azienda Ospedaliera di Perugia

Giuseppe Ambrosio
Direzione Sanitaria Azienda Ospedaliera di Perugia

Parole chiave: gestione del distress, rilassamento, psiconcologia, burn out, formazione psicologica operatori oncologici

RIASSUNTO

Obiettivo: in un'ottica di promozione della salute mentale e del benessere sul lavoro il contributo in oggetto ha la finalità di descrivere un modello di intervento psicologico teorico-esperienziale per la gestione del distress lavorativo degli operatori oncologici dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e di verificarne la compliance e l'impatto tramite le schede di valutazione ECM.

Metodologia: realizzazione di 10 edizioni di un modulo formativo di 3 incontri (totale 10 ore), in cui gli operatori oncologici hanno appreso e sperimentato esercizi di rilassamento ed immaginazione guidata con musica.

Risultati: sono stati 116 su 194 gli operatori oncologici che hanno completato il modulo formativo proposto: compliance del 65%. Le categorie professionali che hanno partecipato maggiormente sono state quella dei fisioterapisti (100%), degli infermieri (80%) e degli operatori socio sanitari (68%); la classe medica è quella che ha la compliance più bassa (37,5%). La valutazione dell'esperienza è stata molto positiva: le verifiche ECM (Educazione Continua in Medicina) hanno mostrato valori piuttosto elevati (le medie di rilevanza, qualità ed efficacia sono state rispettivamente di 4,37, 4,36 e 4,18 su un massimo di 5); 32 operatori hanno voluto lasciare un segno dell'esperienza, mettendo per iscritto alcuni commenti che rafforzano per lo più il gradimento dell'evento formativo.

Keywords: distress management, relaxation, psychoncology, burn out, cancer professional psychological training

SUMMARY

Objective: to promote the mental health and the wellbeing of the workers on the field this study purposes to describe a model of psychological theoretical-experiential assistance to support the oncologists' staff of Perugia Hospital and to verify the compliance and the effect on them through the schedules of CME evaluation.

Methodology: we realized 10 editions of a formative module composed of 3 meetings (10 hours in total) during which the oncologists learnt and experimented relaxation and guided imagery with music techniques.

Results: 116 oncologists on 194 have completed the formative module: compliance of 65%. The workers who took part in a very high percentage were the physiotherapists (100%), followed by the nurses (80%) and the sociologists (68%); the lowest percentage was the one of the doctors (37,5%). The valuation of this experience has been absolutely positive: the schedules of CME evaluation showed very good results: 4.37 - 4.36 - 4.18 on 5 were the averages for relevance, quality and effectiveness; moreover 32 participants wanted to leave a memory of this experience writing some lines of comment through which you can understand how much they appreciated the formative course.

Introduzione

La formazione psiconcologica nasce in Umbria nel 2000 con la fondazione della Sezione Umbra della Società Italiana di Psiconcologia (SIPO). A cominciare dal 2000 vengono così realizzati annualmente corsi di psiconcologia che, sostenuti nei primi anni da associazioni di volontariato di settore e/o case farmaceutiche, hanno fin dall'inizio un taglio teorico-esperienziale e multidisciplinare (1, 2).

Diverse figure sanitarie della regione (infermieri, medici di famiglia, medici oncologi, radioterapisti, psichiatri, medici legali, psicologi, antropologi, palliativisti e fisioterapisti) hanno preso parte ogni anno non solo alla fase di progettazione, ma anche alle attività teorico-esperienziali formative. I diversi interventi formativi, indipendentemente dalle tematiche trattate, hanno sempre avuto come base l'esperienza degli operatori, i loro vissuti e i processi comunicativi sia verbali che non verbali – frequentemente incongruenti tra loro nell'interazione professionale – che vengono a svilupparsi tra gli operatori stessi e i pazienti oncologici.

Ciò nel corso degli anni ha in parte colmato una lacuna formativa, di cui gran parte degli operatori sanitari non avevano coscienza, anche a causa di un iter di studi accademici privo o quasi di insegnamenti teorico-pratici riguardanti le discipline delle scienze umane (psicologia, antropologia medica, tecnica della comunicazione, psicosomatica, ecc.).

Ci si è così trovati inizialmente operatori sanitari che avevano una concezione dello psichico come di un elemento che, pur fonte di curiosità, appariva del tutto secondario, opzionale e solo occasionalmente e in modo "misterioso" interagente con il somatico.

Gli obblighi di legge, come il dovere di informare, di acquisire il consenso e di non accanirsi, che a partire dagli anni '90 si sono andati affermando con forza, venivano visti più come un esercizio formale (simile al porre firme al momento della stipula assicurativa o di contratti di poco conto) o, paradossalmente, come attività che potevano destabilizzare l'equilibrio psichico dei pazienti, più che come un sostegno ai loro bisogni attraverso una scelta consapevole e matura.

Gli operatori sanitari, ad esempio, si sentivano a posto con la coscienza, nel momento in cui avevano condiviso diagnosi, trattamento e prognosi con i familiari del paziente ed era opzionale o, a volte, francamente ritenuto controproducente, che il paziente fosse pienamente informato sulla sua condizione oncologica. Ai familiari del paziente veniva lasciata la libertà se e come informare il loro congiunto.

Il rapporto operatore-paziente oncologico era imperniato per lo più su omissioni, mistificazioni e mezze verità nella convinzione che fosse possibile non comunicare, negando alla comunicazione non verbale, di fatto difficilmente falsificabile, il potere di far trasparire tensione, angoscia e fantasmi di sofferenza e di morte, ben più inquietanti delle fantasie che possono emergere dopo una condivisione sincera (3).

Tale prassi relazionale intrisa di "ipocrisia della parola a fin di bene" somigliava più ad un complotto, che ad un "cerchio di guarigione" all'interno del quale ogni componente, paziente compreso, cerca di fare la sua parte per il recupero della salute.

Quante volte gli operatori oncologici si sono trovati davanti al paradosso di fornire una cura ad un paziente con l'idea che comunque lo stesso fosse spacciato!

Tale atteggiamento che, inserito in un si-

stema di credenze che lo ritiene disgiunto dall'efficacia della cura, può sembrare marginale, diventa addirittura antiterapeutico in una concezione medica di tipo psicosomatico o olistica dove la fiducia nella cura influenza il trattamento stesso, sia per quanto riguarda l'efficacia, che l'innescarsi di eventi avversi.

In questa condizione di morte annunciata (anche senza parole) non rimaneva altro per l'operatore e i familiari che attuare comportamenti nei confronti del paziente centrati sull'assistenzialismo e la compiacenza. In estrema sintesi l'atteggiamento degli operatori era simile a quello di fronte ad un condannato a morte che esprime l'ultimo desiderio: il paziente non poteva essere contraddetto, doveva essere accontentato, doveva essere visitato anche senza appuntamento, doveva essere trattato con cortesia e gentilezza anche se pretenzioso, ecc.

Tali comportamenti degli operatori oncologici, pur evidentemente distonici e generatori di distress, apparivano però inattaccabili in quanto acquisiti nel tempo e frutto di un'esperienza raramente pensata e modellata su pregiudizi.

Il disagio crescente, nonché la perdita di motivazione professionale ed anche il burn out venivano considerati come vissuti ineluttabili per chi lavora in ambito oncologico; disagi che potevano solo essere sopportati o, alternativamente, fuggiti con un cambio di incarico, con l'assenteismo o il distacco emotivo.

La situazione umbra, nei primi anni del 2000, non appariva probabilmente così diversa dalla maggior parte delle altre realtà sanitarie italiane.

Anno dopo anno ci si è trovati a remare contro questa psicopatologia della norma (4), non solo organizzando con continuità eventi formativi, ma anche attuando un com-

portamento coerente nella nostra prassi clinica e nella nostra esperienza familiare e personale, quando è capitato di confrontarsi da vicino con la tematica oncologica. Grazie alla formazione ricevuta, negli ultimi anni, un numero sempre più elevato di operatori oncologici ha cominciato a sentire l'esigenza di una formazione psiconcologica permanente intrinseca alla struttura sanitaria in cui opera (5).

Su sollecitazione di alcuni dirigenti, dal 2009 l'Azienda Ospedaliera di Perugia, la Rete Oncologica Regionale dell'Umbria e l'ASL 2 dell'Umbria si sono fatti carico di alcuni progetti di formazione psiconcologica, del più significativo dei quali si tratterà di seguito.

Obbiettivi

Se sono numerose le ricerche che indagano sulla sindrome del burn out tra gli operatori oncologici (6), minori sono gli studi, le esperienze o le proposte di intervento (7,8,9) che cercano di prevenire o contenere questo disagio che, spesso, supera i confini dell'insoddisfazione professionale per intaccare la salute fisica e mentale degli operatori. Il contributo in oggetto ha la finalità di descrivere un modello di intervento psicologico teorico-esperienziale per la gestione del distress lavorativo degli operatori oncologici dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e di verificarne la compliance e l'impatto tramite le schede di valutazione dell'Educazione Continua in Medicina (ECM).

Soggetti, materiali e metodi

Sulla base delle richieste ricevute negli anni precedenti dagli operatori stessi e sostenuti dall'accordo interconfederale del giugno 2004, che stabilisce che tra gli obblighi giuridici a carico del datore di lavoro vi sia quello della "prevenzione, eliminazione o

riduzione dei problemi di stress lavoro-correlato” – che trova espresso riferimento nel Dlgs 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (10) – è stato elaborato per il 2011 un corso teorico-esperienziale sulla gestione del distress lavorativo in oncologia.

Nei precedenti corsi formativi era emersa più volte l'esigenza di apprendere dei modi per sciogliere le tensioni che si accumulano durante la giornata lavorativa e che, non di rado, vengono “riportate a casa”.

Essendo 194 gli operatori oncologici dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (155 donne e 39 uomini; 43 appartenenti alla decade 1951-1960, 62 alla decade 1961-1970, 59 a quella 1971-1980 e 30 alla decade 1981-1990),

per consentire il coinvolgimento di un numero più alto possibile di operatori, senza creare difficoltà alle attività clinico-assistenziali dei vari presidi oncologici, si sono ipotizzate 10 edizioni, a cui potessero partecipare differenti categorie professionali provenienti da strutture oncologiche diverse.

Si è pensato che la costituzione di gruppi eterogenei avesse anche il pregio di far incontrare ed integrare su uno stesso piano formativo profili professionali diversi provenienti da differenti presidi oncologici: medici, operatori socio sanitari, infermieri, fisioterapisti, ecc.

Nella tabella 1 e 2 gli operatori sono divisi per profilo professionale e per struttura oncologica di riferimento.

Tabella 1 - Operatori oncologici divisi per categoria professionale

| Profili professionali | Numero operatori (194) |
|---|------------------------|
| Fisioterapista | 2 |
| Infermiere | 86 |
| Medico | 40 |
| Operatore socio sanitario | 25 |
| Tecnico sanitario di radiologia medica | 14 |
| Altro: (tecnico di laboratorio, biologo, farmacista, personale amministrativo, personale universitario) | 27 |

Tabella 2 - Operatori oncologici divisi per struttura di riferimento

| Struttura oncologica | Numero operatori (194) |
|---------------------------|------------------------|
| Ematologia TMO | 84 |
| Oncoematologia Pediatrica | 24 |
| Oncologia Medica | 56 |
| Radioterapia Oncologica | 30 |

Ad ogni edizione, consistente in 3 incontri ognuna, per un totale di 10 ore, si è stabilito un tetto massimo di 20 partecipanti, in modo da riuscire ad avere con ogni partecipante uno scambio. Agli operatori che non potevano partecipare ad un incontro, è sta-

ta data la possibilità di recupero in una delle edizioni successive.

Gli strumenti scelti per la gestione del distress lavorativo sono stati vari tipi di rilassamento e immaginazione guidata con musica. Alcune ricerche, infatti, mettono in

evidenza che gli esercizi di rilassamento abbassano i livelli di stress e contengono il burn out degli operatori (11, 12, 13). Ogni incontro della durata di 3 ore (eccetto il terzo di 4 ore) ha avuto un'impostazione semi-strutturata, in cui momenti teorico-didattici si sono alternati a momenti esperienziali e di condivisione dell'esperienza (Tab. 3). I conduttori, che si sono alternati nelle 10 edizioni, sono stati 3: si tratta di psichiatri con formazione psicoanalitica esistenziale, facenti parte del Servizio Convenzionato di Psiconcologia (AUCC – Azienda Ospedaliera di Perugia), didatti della Scuola di Psicoterapia Psicoanalitica Esistenziale “G. Benedetti” di Perugia e con un trai-

ning specifico in tecniche di rilassamento e immaginazione guidata con musica. All'esperienza formativa hanno assistito, in qualità di osservatori silenziosi, specializzandi della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica Esistenziale “G. Benedetti” di Perugia e studenti di psicologia dell'Università di Perugia, di Firenze ed Urbino che, con l'Azienda Ospedaliera di Perugia, hanno una convenzione per il tirocinio pratico.

Sede del corso è stata l'aula 20 della Facoltà di Medicina e Chirurgia che, secondo gli accordi Azienda Ospedaliera-Università di Perugia mette a disposizione della formazione gli spazi richiesti.

Tabella 3 - Programma sintetico del modulo di formazione psiconcologica (10 ore suddivise in 3 incontri)

| I incontro (15-18) | II incontro (15-18) | III incontro (15-19) |
|--|---|---|
| Introduzione, apprendimento e sperimentazione dell'esercizio di rilassamento fisico tratto dal metodo di Dinamica Mentale Base di Bonazzola (14) con condivisione finale dell'esperienza. | Apprendimento e sperimentazione dell'esercizio di rilassamento psicofisico (comprendente il riequilibrio della dimensione fisica, emozionale, mentale e spirituale) tratto dal metodo di Dinamica Mentale Base di Bonazzola (14) con condivisione finale dell'esperienza. | Apprendimento e sperimentazione dell'esercizio di rilassamento psicoanalitico ad induzioni variabili di Sapir* (15) con condivisione finale dell'esperienza. Compilazione documentazione ECM |
| * Mentre i due tipi di rilassamento del I e II incontro non prevedono il contatto fisico, il rilassamento ad induzioni variabili prevede un contatto fisico tra conduttore e partecipanti. | | |

L'arredamento dell'aula, predisposta dal personale del centro di formazione, è consistita in 25 sedie comode con piccola scrivania ribaltabile, una lavagna a fogli girabili, 25 cartelline con penna e fogli per appunti, un computer con degli altoparlanti per la diffusione musicale e 20 materassini (precedentemente usati per corsi di formazione di fisioterapia), utili per gli esercizi di rilassamento a terra. Alla fine di ogni edizione è stato inviato a ciascun partecipante, via e-

mail (sottoforma di file in formato mp3) la registrazione dell'esercizio di rilassamento psicofisico eseguito in classe, in modo che ogni allievo potesse rieffettuare per proprio conto l'esercizio appreso in modo appropriato nel caso non ricordasse la procedura precisa.

Risultati

Nella tabella 4 sono riportati il numero di partecipanti alle 10 edizioni, divisi per categoria professionale.

Tabella 4 - Operatori oncologici che hanno completato il modulo formativo divisi per edizione e categoria professionale

| Edizione | Medici | Infermieri | Oss | Fisioterapisti | Altro | Tot. |
|-------------|-----------|------------|-----------|----------------|-----------|------------|
| 1° | 5 | 10 | 3 | - | - | 18 |
| 2° | 2 | 6 | 2 | - | - | 10 |
| 3° | 7 | 10 | 2 | - | - | 19 |
| 4° | - | 8 | 3 | - | - | 11 |
| 5° | - | 9 | 2 | - | - | 11 |
| 6° | 1 | 4 | - | - | 3 | 8 |
| 7° | - | 2 | - | 2 | - | 4 |
| 8° | - | 4 | 2 | - | 5 | 11 |
| 9° | - | 6 | - | - | 4 | 10 |
| 10° | - | 8 | 3 | - | 3 | 14 |
| Tot. | 15 | 67 | 17 | 2 | 15 | 116 |

Nella tabella 5 sono riportati il numero dei 116 partecipanti alle 10 edizioni, divisi per decenni d'età.

Nella tabella 6 sono riportati il numero dei partecipanti divisi per sesso.

Nella tabella 7 sono riportati il numero dei 116 partecipanti alle 10 edizioni, divisi per servizi oncologici di appartenenza.

Nella tabella 8 è riportata la valutazione

ECM media, suddivisa nelle tre categorie di riferimento (rilevanza, qualità, efficacia) dei 116 partecipanti.

Nella tabella 9 sono riportati i commenti che 32 operatori sanitari hanno aggiunto alla valutazione ECM dell'evento formativo; tali commenti sono stati divisi sinteticamente in 5 categorie.

Tabella 5 - Operatori oncologici che hanno ultimato l'evento formativo divisi per classi di età

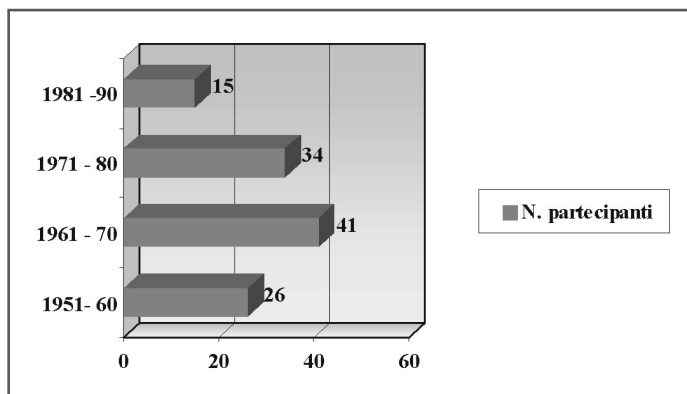


Tabella 6 - Operatori oncologici che hanno completato il modulo formativo divisi per sesso

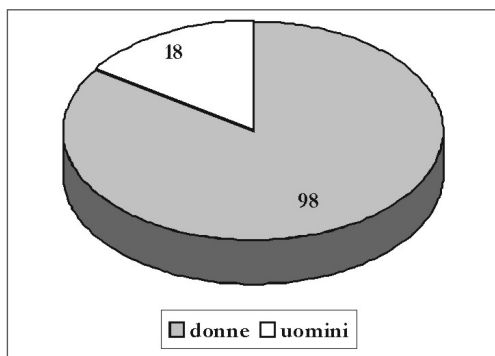


Tabella 7 - Operatori oncologici che hanno completato il modulo formativo divisi per servizi di appartenenza

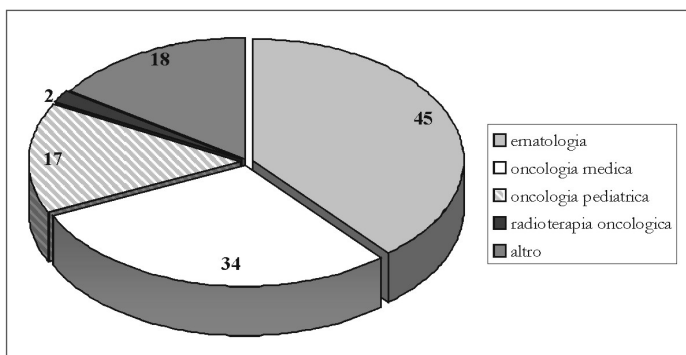


Tabella 8 - Valutazione ECM degli operatori oncologici che hanno completato il modulo formativo

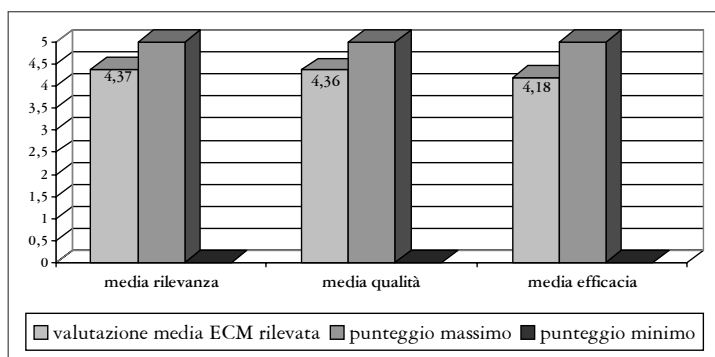


Tabella 9 - Commenti aggiunti da 32 operatori oncologici che hanno completato il modulo formativo

| Suggerimenti riportati sull'area dei commenti facoltativi della valutazione ECM | Numero operatori |
|---|------------------|
| Riproporre ed approfondire il corso | 11 |
| Approfondire e rendere periodico il corso | 9 |
| Incrementare il numero delle lezioni | 6 |
| Ambiente più idoneo | 4 |
| Approfondire il corso su argomenti mirati al ruolo e alla competenza | 2 |

Discussione dei risultati

In base ai risultati riportati hanno concluso l'esperienza formativa 116 operatori su 194 (circa il 65 %) (vedi tab. 4); l'indice di gradimento è risultato alquanto elevato (vedi tab. 8): 32 operatori hanno voluto lasciare un segno dell'esperienza, mettendo per iscritto alcuni commenti che rafforzano per lo più il gradimento dell'evento formativo (vedi tab. 9). Mentre la partecipazione per sesso e classi di età (vedi tabelle 5 e 6) ricalca la composizione del numero totale dei 194 operatori oncologici dell'Azienda Ospedaliera di Perugia (con una maggioranza di operatori di sesso femminile e delle classi dei nati tra il 1961-70 e 1971-80), una riflessione a parte meritano la scarsa partecipazione degli operatori appartenenti alla Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica (vedi tab. 7) e la minore partecipazione della classe medica (solo il 37,5% dei medici strutturati ha completato il modulo formativo rispetto al 100% dei fisioterapisti, all'80% degli infermieri, al 68% degli operatori socio sanitari e al 55,5% di altro personale sanitario - vedi tab. 4).

Per quanto riguarda la prima questione c'è di rilevare che, su richiesta del direttore della Struttura Complessa di Radioterapia Oncologica, durante il 2011 è stato realizzato un evento dedicato di formazione psiconcologica di 10 ore (distribuito in 3 incontri), per

migliorare l'integrazione tra personale sanitario e il gruppo dei 12 volontari della Croce Rossa Italiana, che operano quotidianamente in radioterapia. Nonostante sia stato svolto un programma teso più al miglioramento della comunicazione operatore-paziente-familiare-volontario, tuttavia sono state utilizzate, anche se in modo semplificato, alcune tecniche di rilassamento fisico. Probabilmente è questo il motivo per cui gran parte degli operatori della radioterapia oncologica (tra cui tutti i tecnici di radiologia) hanno evitato l'evento formativo oggetto di questo studio.

Per quanto riguarda invece la questione della minor partecipazione dei medici (15 su 40), che appare ancora più rilevante se consideriamo l'assenza a tali eventi formativi (eccezion fatta per l'area ematologica) degli specialisti in formazione, che avevano il diritto di partecipare, si possono formulare le seguenti ipotesi:

1. vi può essere una certa difficoltà da parte dei medici di esporsi per il timore di intaccare l'immagine legata al loro ruolo professionale considerato apicale rispetto alle altre figure sanitarie;
2. avendo i medici una scarsa conoscenza della disciplina psicologica, vi può essere la difficoltà di doversi confrontare alla pari con figure di profilo professionale inferiore;

3. il medico può ritenere di non avere una grossa necessità di aggiornamento psicologico e alla relazione rispetto ad altre figure professionali che sono maggiormente in contatto con i pazienti e i loro familiari: come è noto negli ultimi decenni la super tecnologizzazione della medicina ha portato il medico ad instaurare una relazione con il malato mediata da referti e immagini virtuali, perdendo di vista tutta la dimensione dell'incontro fisico della semiotica. L'anamnesi e l'esame obiettivo (consistente in ispezione, auscultazione, palpazione e percussione e in manovre semeiotiche) determinava in effetti una relazione verbale e un contatto corporeo tra medico e paziente che agevolava l'alleanza terapeutica. Gli infermieri, gli operatori socio sanitari e i fisioterapisti, che mantengono invece un forte contatto verbale e non verbale con i pazienti, dal quale non si possono esimere, sentono una forte necessità di contenimento delle pressioni relazionali a cui sono sottoposti. La loro partecipazione a corsi di formazione tesi a contenere le ansie e le tensioni legate alle interazioni professionali, avviene pertanto in maniera massiccia.

Conclusioni

Se l'uso di esercizi di rilassamento in alcune realtà sanitarie extranazionali (11, 12, 13) è stato messo in atto, l'esperienza formativa realizzata risulta comunque innovativa per i seguenti motivi: a) per non essere mai stata dedicata all'esclusivo ambito oncologico; b) per aver coinvolto figure professionali diverse (oncologi, infermieri, fisioterapisti, ecc.). Il buon esito dell'esperienza, dimostrato non solo dall'alta partecipazione, dagli elevati punteggi ECM e dal feedback messo per iscritto, ma anche dalla richiesta di approfondimento formalizzata dai responsabili delle sin-

gole strutture oncologiche, stimola a proseguire con modalità formative basate non solo sullo scambio e il confronto verbale, ma anche su esperienze psicocorporee. Si ritiene che l'integrazione tra verbale e non verbale permetta una conoscenza più completa, sia quando questa riguardi la comprensione di sé, che quando si rivolga al processo comunicativo con l'altro. In gioco c'è lo sviluppo personale degli operatori che può essere attuato partendo dall'arricchimento e dal consolidamento dell'identità professionale. Ciò sembra il miglior modo per prevenire la sindrome del burn out e gestirla nel momento in cui comincia a dare i primi segni. Si ritiene infine che tale modalità formativa possa essere utile non solo per gli operatori oncologici, ma anche per tutti quei sanitari che sono impegnati in relazioni di aiuto. È su questa base che per il 2012 si è deciso da un lato di accettare la richiesta di gran parte dei responsabili delle strutture oncologiche di realizzare un modulo formativo di approfondimento delle tecniche di gestione del distress lavorativo, dall'altro di estendere l'iniziativa formativa svolta nel 2011 per gli operatori oncologici ad operatori sanitari appartenenti ad altri dipartimenti (Emergenza Accettazione, Scienze Cardio-Toraco-Vascolari, ecc.).

L'esperienza effettuata ha messo però in rilievo anche una criticità: la difficoltà di formazione psicologica del medico. Per incrementare la compliance di questa figura professionale, che risente più delle altre di una ormai obsoleta impostazione meccanicistica, da cui però fa ancora fatica ad emanciparsi, sarebbe auspicabile agire su due fronti: da una parte realizzare interventi di formazione psicologica teorico-esprienziale precoci, cioè durante l'iter accademico; dall'altro realizzare interventi formativi meno d'impatto, che tengano cioè conto delle sue difese narcisistiche.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Catanzaro P. Incontri di psiconcologia dialoghi tra oncologia, psichiatria e psicoanalisi. Perugia: Società Italiana di Psiconcologia, Sezione Umbra, Perugia; 2003.
2. Catanzaro P, Nataloni G, Aristei C, Perrucci E, Gori S, Corgna E, Milani F, Valencia-Reyes A, Latini P. Psycho-oncology training for oncology professionals in Perugia, in *Supplemento di Tumori (XIII Congresso Nazionale AIRO Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica)*, vol. 6, p. S56, 2003.
3. Catanzaro P. La comunicazione non verbale nel rapporto medico-paziente. In: Pellegrino F. (a cura di) *La comunicazione in medicina*. Napoli: Mediaserve; 2006.
4. Maslow AH. *Verso una Psicologia dell'essere*. Roma: Astrolabio; 1971.
5. Catanzaro P, Nataloni G, 10 anni di formazione e gestione del distress nell'oncologia umbra, Abstract book, XXIII Congresso nazionale SIMP a partecipazione internazionale, Parma, 19-22 maggio, 2011, p. 171.
6. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, Narahara JL, Abrão MN, Diniz RW, Miranda Vda C, Soares HP, Del Giglio A. Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care* 2008; Nov; 17(6):524-31. Epub 2008 Sep 1.
7. Pacilli MR, Grimaldi MR, Di Giannantonio M. La sindrome del burn out e gli operatori sanitari: una revisione. In: Pellegrino F. (a cura di), *La sindrome del burn out*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.
8. Catanzaro P. Insight come anti-burn-out. In: Pellegrino F. (a cura di) *La sindrome del burn-out*. Torino: Centro Scientifico Editore; 2000.
9. van Wyk BE, Pillay-Van Wyk V. Preventive staff-support interventions for health workers. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; Mar 17; (3):CD003541.
10. Pellegrino F. *Stress lavorativo come malattia professionale: il rischio psicosociale*. Zalerno: Momento medico; 2010.
11. Kravits K, McAllister-Black R, Grant M, Kirk C. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Hosp Top*. 2009; Fall; 87(4):8-13.
12. Tsai SL, Crockett MS., Effects of relaxation training, combining imagery, and meditation on the stress level of Chinese nurses working in modern hospitals in Taiwan. *Issues Ment Health Nurs*. 1993; Jan-Mar; 14(1):51-66.
13. Balk JL, Chung SC, Beigi R, Brooks M., Brief relaxation training program for hospital employees, *Appl Nurs Res*. 2010; Aug; 23(3):130-8.
14. Bonazzola M. *Dinamica Mentale Base. Manuale didattico informativo di salute psicosomatica*. Dalmine: Edizioni CRS-IDEA; 1973.
15. Sapir M. *Il rilassamento, approccio psicoanalitico*, Roma: Astrolabio; 1980.

Salute ed attività fisica: effetti favorevoli osservati in un campione di studenti di Torino (Studio HBSC)

Health and physical activity: positive effects observed in a sample of Turin students (HBSC Study)

Alessandra D'Alfonso

Struttura Semplice Dipartimentale Sistema Qualità e Gestione del rischio, ASL TO2

Silvio Geninatti

Struttura Complessa di Promozione della Salute, Ricerche Statistiche ed Epidemiologiche, ASL TO2

Giuseppina Viola

Struttura Complessa di Promozione della Salute, ASL TO2

Parole chiave: survey, HBSC, adolescenti, attività fisica, benessere, salute percepita

RIASSUNTO

Obiettivo: indagare l'associazione tra attività fisica e benessere tra gli adolescenti. *Disegno:* Studio trasversale.

Metodologia: il presente studio nasce dalla più ampia indagine HBSC (Health Behaviour in school-aged Children: "Comportamenti collegati alla salute in ragazzi in età scolare"), studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio regionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo studio è stato condotto in un campione rappresentativo (n=2123) degli studenti delle prime classi delle Scuole Medie Superiori di Torino Nord (corrispondente al territorio dell'Azienda Sanitaria Locale TO 2 Nord), lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è stato un questionario autocompilato. L'associazione tra esercizio dell'attività fisica e benessere - salute percepita è stata misurata attraverso la stima dell'Odds Ratio. La regressione logistica è stata utilizzata per stimare l'effetto sul medesimo outcome di altre variabili quali il livello scolastico, la percezione corporea e l'adesione a regime dietetico.

Risultati: l'effetto dell'attività fisica sul 'sentirsi in buona salute', a parità di livello scolastico, di percezione corporea e di adesione a regime dietetico è testimoniato da un valore dell'OR di 2,04 (IC 1,36-3,08). L'effetto della pratica dell'attività fisica sul 'sentirsi bene' utilizzando l'indicatore dell'OR corrispondente alla stima di massima verosimiglianza ottenuta, è stato di 1,29 (IC 1,04-1,59).

Conclusion: in ragione dei risultati favorevoli ottenuti, l'attività fisica si conferma quale strumento di conservazione dello stato di salute. Sono raccomandabili perciò le azioni in ambito scolastico che mirano ad incentivare l'attività fisica tra gli adolescenti.

Key-words: survey, HBSC, adolescents, physical activity, wellbeing, perceived health.

SUMMARY

Objective: investigation of adolescent Physical activity and Wellbeing association. *Design:* Survey; Cross-sectional. *Methodology:* the present study has originated from italian HBSC (Health Behaviour School aged Children) larger survey, multicentric international study coordinated by WHO. Representative sample has been selected among 15 years aged students of North Turin Secondary Schools (within Local Health Authority 'TO 2 Nord' borders); self-completion questionnaire were administered in school classrooms. *Main outcome measures:* physical activity and Wellbeing-Perceived Health association has been calculated with Odds Ratio estimate. Same outcome effect estimate of other variable as well as scholastic level, body imaging, dietetic behaviours has been calculated with logistic regression models.

Results: physical activity and Perceived Health Association, controlling scholastic level, body imaging, dietetic behaviours, has been observed (OR: 2,04; IC: 1,36-3,08). Physical activity effects on Wellbeing has been found (Maximum Likelihood Estimate corresponding OR: 1,29; IC: 1,04-1,59).

Conclusion: considering favorable obtained results, physical activity has been confirmed as a relevant tool to preserve health status. School oriented actions that aim to stimulate adolescent physical activity are recommended.

Introduzione

Gli stili di vita, comunemente intesi come modi di vivere impostati su modelli comportamentali identificabili, derivati dell'azione reciproca delle caratteristiche proprie dell'individuo con l'ambiente circostante, vengono, dalla letteratura recente e con frequenza crescente, indicati tra i determinanti di salute.

In questa prospettiva, i comportamenti adottati da soggetti particolarmente giovani quali gli studenti che frequentano il primo anno delle Scuole Medie Superiori, risultano particolarmente interessanti, per decisori e studiosi di promozione della salute, in quanto predittivi di comportamenti che si confermeranno nell'età adulta.

Nell'ambito degli stili di vita la propensione a svolgere attività fisica adeguata sembra che possa rappresentare una risorsa oltretutto per il contenimento del peso corporeo anche per altre aree connesse alle condizioni di buona salute e al senso di benessere

(15,17).

Ad un elevato livello di attività fisica sono associati migliori prospettive di salute, qualità della vita più soddisfacente e maggiori probabilità di successo scolastico (3,9,14).

La frequenza e le caratteristiche dell'attività fisica nella popolazione generale e tra i gruppi di soggetti più giovani sono state studiate nella quasi totalità dei paesi occidentali (2,8,12,16,20).

Le raccomandazioni a svolgere quotidianamente attività fisica per una durata di almeno 60 minuti risultano perciò essere piuttosto disattese. Migliori risultati sono stati osservati in quegli ambiti, e tra questi l'istituzione scolastica, dove accanto alle raccomandazioni venivano di fatto messe a disposizione opportunità di sperimentare attività fisica (13).

Abitudini sedentarie quali l'uso sistematico di TV, playstation, PC e altri dispositivi video e multimediali, oltre che a comportare

scarsa propensione all'attività fisica, sono associati a obesità e a problemi di salute correlati (1,6).

Obesità e sovrappeso costituiscono argomento di preoccupazione e di disagio presso l'adolescente, a un peso corporeo insoddisfacente sono associati comportamenti che possono costituire un rischio per la salute (2,11). In ogni caso il fenomeno del sovrappeso è ormai ampiamente diffuso nei paesi occidentali, tra i giovani compresi tra gli 11 e i 15 anni; si va da un massimo osservato negli Stati Uniti del 28,8% ad un minimo rilevato in Lettonia del 7,6%(11). L'assenza di attività fisica e di propensione per la prima colazione sono i fattori più frequentemente associati a tale condizione (19).

Obiettivo del presente lavoro è verificare se esistano tra i dati raccolti nell'indagine torinese elementi che possano confermare queste evidenze.

Materiali e Metodi

L'indagine, da cui trae origine lo studio è stata condotta nel territorio di quattro circoscrizioni (4,5,6 e 7) del Comune di Torino. Il campione in oggetto è rappresentato dagli studenti delle prime classi delle Scuole Medie Superiori (n = 17) ossia 2123 adolescenti di età compresa tra 14-15 anni.

La numerosità campionaria raccomandata dal protocollo internazionale ammonta a 1500 unità. Lo strumento utilizzato per l'indagine è stato un questionario validato auto compilato, metodologia ormai piuttosto diffusa negli studi che si pongono l'obiettivo di stimare abitudini e comportamenti e che conteneva al suo interno, una serie di domande volte ad indagare alcune aree tematiche in merito a:

- comportamenti correlati alla salute che possono influenzare, nel bene o nel male, lo stato di salute dell'individuo. Le doman-

de sono quindi volte ad indagare: alimentazione, attività fisica e sedentarietà, comportamenti a rischio, rapporti sessuali e fenomeni di violenza e gli infortuni o atti di bullismo;

- risorse individuali e sociali che possono aiutare l'individuo a compiere delle scelte: percezione dell'immagine del proprio corpo, proprie capacità individuali, composizione del nucleo familiare, rapporto con la famiglia, con la rete amicale e con l'ambiente scolastico, gestione del tempo libero;
- conseguenze in termini di salute: le condizioni di salute e presenza di eventuali sintomi, Indice di Massa Corporea, la qualità della vita e livello di soddisfazione rispetto alla propria condizione di vita, presenza di malattie croniche e l'assunzione di farmaci e lo stress;
- fattori socio-culturali: l'insieme di elementi che caratterizzano lo sfondo culturale e sociale nel quale si trova inserito il soggetto che compila il questionario: le condizioni socio-economiche della famiglia di origine (titolo di studio dei genitori, livello dei consumi, quindi numero di macchine, di computer ecc.); l'ambiente di vita (quindi l'opinione dei soggetti intervistati circa il contesto abitativo e urbano nel quale vivono).

Attività fisica di 60 minuti per almeno 5 giorni la settimana è stato il criterio per definire, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS, la presenza di attività fisica.

Nel presente studio lo stato di salute e il livello di benessere psicologico è stato indagato in due distinti item. Nel primo veniva chiesto di esprimersi su di una scala a quattro livelli su come potesse essere descritta la propria salute (eccellente, buona, discreta, scadente); in un'altra domanda veniva invece chiesto di esprimersi su di una scala a cin-

que livelli in merito alla frequenza di percezione dell'essere "giù di morale" (circa ogni giorno, più di una volta alla settimana, circa una volta alla settimana, circa una volta al mese, raramente o mai).

Al fine di discriminare la percezione di salute e benessere sono stati accolti per una definizione di essere in salute le risposte crocettate a livello 1 o 2 (eccellente o buona) mentre venivano stimati come in situazione di benessere coloro i quali avessero crocettato le voci a livello 4 o 5 (circa una volta al mese, raramente o mai).

Sono state condotte analisi statistiche (software SAS 9.1.3 Service pack 4) descrittive delle variabili di interesse. Sono poi state studiate le interazioni tra variabili di esposizione e variabili di esito opportunamente dicotomizzate laddove occorresse, le più comuni misure di associazione sono poi state calcolate producendo test d'ipotesi e stime dell'Odds Ratio con i relativi intervalli di confidenza. Nei casi in cui più variabili di esposizione siano state prese contemporaneamente in considerazione sono stati costruiti dei modelli di regressione logistica che hanno prodotto stime dei coefficienti b trasformabili in stime dell'OR applicando opportunamente il calcolo dell'antilogaritmo.

Risultati

L'esercizio dell'attività fisica tra gli studenti intervistati si accompagna a valori più elevati nel sentirsi in salute (OR: 2,15), sentirsi bene (OR: 1,32) ma anche ad abitudini alimentari più 'salutari' quali il consumo di frutta (OR: 1,27) e di verdura (OR: 1,27). Il valore relativo alla propensione al fumo tra chi pratica attività fisica, benché positivo (OR: 1,23), non è risultato statisticamente significativo, mentre il valore dell'OR per il consumo di alcol è risultato di 0,90.

Sono state indagate le differenze di genere ed

emerge come lo stato di salute sia percepito come decisamente migliore tra i ragazzi (OR: 2,20) mentre tra le ragazze la differenza non risulta significativa. Per queste ultime emerge una più decisa propensione al consumo di frutta e verdura rispetto ai maschi (OR: 1,73, 1,78).

Sono anche evidenti modificazioni dei risultati se vengono indagati separatamente gli studenti di Liceo, Istituti tecnici e Scuole Professionali. Questi ultimi ottengono punteggi più elevati nella percezione del sentirsi bene (OR: 1,83), mentre per chi frequenta il Tecnico la percezione del sentirsi in salute raggiunge i livelli massimi (OR: 2,56), valore superiore a quello riscontrato tra i liceali (OR: 2,26) che mantengono maggiori propensioni al consumo di frutta.

Se l'adesione alle tre diverse tipologie di scuola si dovesse interpretare come l'assegnazione a categorie di potenzialità via via decrescenti sull'asse liceo-tecnico-professionale, ne conseguirebbe una diversa frequenza nella percezione di buona salute tra gli studenti dei tre livelli scolastici. Dall'analisi dei dati emerge come chi si sente meglio in salute vada al Liceo. Non è invece così per il fattore "sentirsi su o giù" dove gli studenti degli Istituti tecnici mostrano migliori performance.

In questo caso è il genere che interagendo sia con la percezione di sé che con la tipologia di scuola, si impone come fattore di confondimento; le ragazze tendono a sentirsi poco bene con una frequenza decisamente superiore dei loro colleghi maschi e sono contemporaneamente meno presenti negli Istituti tecnici. Per questa ragione la proporzione di chi si "sente su" è maggiore tra chi frequenta gli Istituti Tecnici.

Altri fattori che si pensa debbano essere tenuti in considerazione sono la percezione corporea e la propensione a sottoporsi a regimi dietetico.

Per quanto attiene alla autopercezione corporea e alla stima dell'Indice di Massa Corporea (IMC o BMI) calcolato su peso e altezza autoriferiti per genere, il 17,2% dei maschi ed il 30% delle femmine ritiene di essere in sovrappeso, dati, peraltro in conflitto se si osservano i valori ottenuti dalla stima del BMI che eccede la autopercezione per i maschi (21,7%) ma che risulta molto più contenuta tra le ragazze (12%).

E' stato richiesto agli studenti se avessero intrapreso delle strategie di controllo/riduzione del peso corporeo, la sensazione di essere in armonia con il proprio corpo è presente solo per il 39% delle ragazze e per il 55% dei ragazzi. L'atteggiamento conflittuale con il proprio corpo è testimoniato perciò dai consistenti valori delle proporzioni di ragazzi e ragazze che hanno intrapreso una dieta (9,3 e 20,8% rispettivamente) o che ritengono sarebbe opportuno intraprenderla (22,1 e 31,5% rispettivamente).

Chi fa dieta o sente di doverla fare si sente invece peggio in salute e si sente "giù" (OR: 0,32 IC: 0,24 - 0,43; OR: 0,50 IC: 0,42 - 0,60). Sempre gli stessi soggetti (favorevoli

alla dieta) avrebbero minori propensioni all'astenersi dal fumo (OR: 0,62 IC: 0,50 - 0,77).

In relazione ai risultati esposti che mostrano una complessa ramificazione non sempre riconducibile a interpretazioni univoche, si è ritenuto di applicare un modello di regressione logistica in modo da poter ottenere una stima su come questi diversi fattori contribuiscano al raggiungimento degli esiti in studio.

L'effetto dell'attività fisica sul sentirsi in salute (vedi tab. 1), a parità di livello scolastico, di percezione corporea e di adesione a regime dietetico è testimoniato da un valore dell'OR di 2,04 (IC 1,36-3,08).

Seppur di minore entità è osservabile un effetto della pratica dell'attività fisica sul sentirsi bene (vedi tab.2), l'OR corrispondente alla stima di massima verosimiglianza ottenuta è di 1,29 (IC 1,04-1,59).

Sono inoltre state riprodotte tabelle analoghe dei risultati della regressione per le variabili 'mangiare frutta' (tab. 3) e 'mangiare verdura' (tab. 4) che mostrano effetti positivi ma con bassa significatività statistica.

Tabella 1 - Regressione logistica per la variabile "sentirsi in salute" (punteggi $\hat{\beta}$ e p-value per attività fisica)

| | HEALTH | $\hat{\beta}$ | p-value |
|-----------------|---------------------------|---------------|---------|
| attività fisica | costante | 0,4835 | |
| | | | |
| scuola | meno di 5 gg la settimana | 0 | <0,01 |
| | piu' di 4 gg la settimana | 0,7151 | |
| magro | professionale | 0 | |
| | tecnico | 0,4215 | |
| | liceo | 0,4616 | |
| nodieta | sentirsi sovrappeso | 0 | |
| | sentirsi normo/sottopeso | 0,9264 | |
| | | | |
| | essere a dieta | 0 | |
| | non essere a dieta | 0,7056 | |

Tabella 2 Regressione logistica per la variabile “sentirsi su” (punteggi $\hat{\beta}$ e p-value per attività fisica)

| SENTIRSI SU | | $\hat{\beta}$ | p-value |
|-----------------|---------------------------|---------------|---------|
| attività fisica | costante | -1,1777 | |
| | meno di 5 gg la settimana | 0 | 0,02 |
| | piu' di 4 gg la settimana | 0,2515 | |
| scuola | professionale | 0 | |
| | tecnico | 0,2896 | |
| | liceo | 0,0521 | |
| magro | sentirsi sovrappeso | 0 | |
| | sentirsi normo/sottopeso | 0,5216 | |
| nodieta | essere a dieta | 0 | |
| | non essere a dieta | 0,373 | |

Tabella 3 Regressione logistica per la variabile “mangiare frutta” (punteggi $\hat{\beta}$ e p-value per attività fisica)

| MANGIARE FRUTTA | | $\hat{\beta}$ | p-value |
|-----------------|---------------------------|---------------|---------|
| attività fisica | costante | -0,3826 | |
| | meno di 5 gg la settimana | 0 | 0,14 |
| | piu' di 4 gg la settimana | 0,1617 | |
| scuola | professionale | 0 | |
| | tecnico | -0,0044 | |
| | liceo | 0,5021 | |
| magro | sentirsi sovrappeso | 0 | |
| | sentirsi normo/sottopeso | 0,3018 | |
| nodieta | essere a dieta | 0 | |
| | non essere a dieta | -0,5702 | |

Tabella 4 Regressione logistica per la variabile "mangiare verdura" (punteggi $\hat{\beta}$ e p-value per attività fisica)

| | MANGIARE VERDURA | $\hat{\beta}$ | p-value |
|-----------------|---------------------------|---------------|---------|
| attività fisica | costante | -0,6578 | |
| | meno di 5 gg la settimana | 0 | |
| scuola | piu' di 4 gg la settimana | 0,1726 | 0,15 |
| | professionale | 0 | |
| | tecnico | -0,0424 | |
| magro | liceo | 0,4848 | |
| | sentirsi sovrappeso | 0 | |
| nodieta | sentirsi normo/sottopeso | 0,0671 | |
| | essere a dieta | 0 | |
| | non essere a dieta | -0,7315 | |

Conclusione

L'analisi dei possibili determinanti del sentirsi bene e in salute e dei comportamenti che stanno alla base di migliori prospettive sul piano del benessere pone notevoli difficoltà tecniche. Il reticolato di relazioni intercorrenti le diverse variabili non è facilmente indagabile e anche se lo fosse porrebbe problemi di descrizione e rappresentazione piuttosto impegnativi.

La conoscenza di questi aspetti sarebbe peraltro di grande utilità per gli estensori di progetti riguardanti la promozione della salute tra gli adolescenti.

La semplice constatazione dell'esistenza di associazione tra esercizio dell'attività fisica e le variabili riguardanti salute e benessere non può sostenere un rapporto di causalità.

L'attività fisica potrebbe rientrare tra le strategie comportamentali di chi coltiva l'obiettivo di ridurre il peso corporeo, i dati non mostrano però la presenza di associazione tra

i due fattori.

L'associazione inversa tra chi fa dieta e chi non fuma dovrebbe catturare la nostra attenzione in quanto se vengono dichiarati come comportamenti salutarì mantenere una alimentazione che non favorisca sovrappeso e condotte di astensione dal fumo di tabacco, non di questa opinione sono gli adolescenti se, nel momento in cui si accingono a sottoporsi a regime alimentare, non sembrerebbero invogliati a cessare l'abitudine al fumo. Timori di derive nell'incremento di peso per chi cessa di fumare e apprezzamento dell'effetto anoressizzante della nicotina potrebbero essere ipotesi compatibili con i dati osservati.

I risultati ottenuti dalle procedure di regressione logistica confermerebbero che l'esercizio dell'attività fisica avrebbe un effetto positivo su sentirsi in salute e su di morale al netto degli altri fattori che come abbiamo visto possono a loro volta esserne associati.

BIBLIOGRAFIA

1. Dallago L, Santinello M, Davoli K. La salute in preadolescenza tra utilizzo di computer e televisione. *Bollettino di Psicologia Applicata* 2005; 246: 3-14.
2. Vieno A, Santinello M, Martini CM. Epidemiologia del soprappeso e dell'obesità nei preadolescenti italiani: studio sulla relazione con attività fisica e inattività. *Epidemiologia Psichiatrica e Sociale* 2005; 14: 100-7.
3. Santinello M, Dallago L, Mirandola M. L'attività fisica e il benessere tra i preadolescenti. *Psicologia della Salute* 2003; 3: 121-3.
4. Holstein BE, Henriksen PE, Krolner R, Rasmussen M, Due P. Trends in vigorous physical activity versus physical inactivity among 11-15 year olds from 1988 to 2002. *Ugeskr Laeger* 2007; 169(1):37-42.
5. Rangul V, Holmen TL, Kurtze N, Cuypers K, Midthjell K. Reliability and validity of two frequently used self-administered physical activity questionnaires in adolescents. *BMC Med Res Methodol* 2008; 8:47.
6. Al Sabbah H, Vereecken C, Abdeen Z, Coats E, Maes L. Associations of overweight and of weight dissatisfaction among Palestinian adolescents: findings from the national study of Palestinian schoolchildren (HBSC-WBG2004). *J Hum Nutr Diet* 2009; 22(1):40-9.
7. Haug E, Torsheim T, Samdal O. Physical environmental characteristics and individual interests as correlates of physical activity in Norwegian secondary schools: the health behaviour in school-aged children study. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008; 5:47.
8. Borraccino A, Lemma P, Iannotti RJ et al. Socioeconomic effects on meeting physical activity guidelines: comparisons among 32 countries. *Med Sci Sports Exerc* 2009; 41(4):749-56.
9. Vindfeld S, Schnohr C, Niclasen B. Trends in physical activity in Greenlandic schoolchildren, 1994-2006. *Int J Circumpolar Health* 2009; 68(1):42-52.
10. Richter M, Erhart M, Vereecken CA, Zambon A, Boyce W, Nic Gabhainn S. The role of behavioural factors in explaining socio-economic differences in adolescent health: a multilevel study in 33 countries. *Soc Sci Med* 2009; 69(3):396-403.
11. Haug E, Rasmussen M, Samdal O et al. Overweight in school-aged children and its relationship with demographic and lifestyle factors: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Int J Public Health* 2009; 54 Suppl 2:167-79.
12. Iannotti RJ, Janssen I, Haug E, Kololo H, Annaheim B, Borraccino A. Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health. *Int J Public Health* 2009; 54 Suppl 2:191-8.
13. Haug E, Torsheim T, Samdal O. Local school policies increase physical activity in Norwegian secondary schools. *Health Promot Int* 2010; 25(1):63-72.
14. Petronyte G, Zaborskis A. The influence of individual and regional factors on association between leisure time physical activity and psychological complaints among adolescents in Europe. *Cent Eur J Public Health* 2009; 17(4):215-9.
15. Kololo H, Mazur J, Mikiel-Kostyra K, Guskowska M. Determinants of adolescents' physical activity. *Med Wieku Rozwoj* 2010; 14(3):310-8.
16. Woll A, Kurth BM, Opper E, Worth A, Bos K. The 'Motorik-Modul' (MoMo): physical fitness and physical activity in German children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2011; 170(9):1129-42.
17. Dupuy M, Godeau E, Vignes C, Ahluwalia N. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-Collaborative Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11:442.
18. Mecredy G, Pickett W, Janssen I. Street Connectivity is Negatively Associated with Physical Activity in Canadian Youth. *Int J Environ Res Public Health* 2011; 8(8):3333-50.
19. Vereecken C. et alii. Breakfast consumption and its socio-demographic and lifestyle correlates in schoolchildren in 41 countries participating in the HBSC study. *Int J Public Health* 2009; 54:180-190.
20. Santinello M, Vieno A, Cavallo F. Lo stato di salute dei preadolescenti italiani. *Epidemiologia & Prevenzione* 2005; 29(2):101-105.

RECENSIONI

Attali Jacques Breve storia del futuro. Fazi Editore, Roma 2007

Segnalare un libro scritto da un economista e politico sembrerebbe fuori quadro per una rivista che tratta della salute, ma ci è sembrato che i temi discussi aiutino a orientare quella che, come da sempre, riteniamo sia una rivoluzione nel senso copernicano, dalla prevenzione verso la promozione che pone al centro la "persona": *storia del futuro della sanità*.

La centralità dell'individuo, del soggetto, della persona, ci induce a guardare al mondo che ci circonda con più profondi collegamenti per tutto quanto concerne la vita. Soprattutto in un periodo in movimento alla ricerca di orientamenti epocali.

E' necessario riesaminare le barriere tra i settori disciplinari che, pur avendo favorito creatività e studi nei più diversi ambiti della ricerca scientifica, con risultati di grande successo anche per la salute, oggi dimostrano la debolezza della separatezza che ostacola collegamenti e ulteriori aperture. In questo tempo possiamo e siamo in grado di farlo, se vogliamo dare uno sguardo al futuro, capire da dove viene e comprendere qualche linea per poterlo disegnare.

Il volume presenta un rapido percorso storico, dagli inizi, dalla età della caccia, le caverne, le capanne, la lunga storia della società umana.

Presenta il processo che ha portato le forze del mercato a controllare il pianeta, con la diffusione di un radi-

cale isolante individualismo, e l'evoluzione del processo del potere. Descrive alcune tendenze della realtà che si è andata affermando: crescita della popolazione mondiale, allungamento della speranza di vita, aumento di persone in età di lavoro in cerca di occupazione, riduzione della natalità, sviluppo di città iper-popolate, raddoppio della richiesta di energia, di acqua, di alimenti. Lo scenario dell'oggi, che già sentiamo, con i suoi sconvolgimenti.

Guardando a distanza, sostiene, la *Storia* fluisce caparbiamente in un'unica direzione molto particolare che nessuna scossa, per quanto prolungata, è riuscita fino a oggi a deviare in modo duraturo: "*di secolo in secolo l'umanità impone il primato della libertà individuale su qualsiasi altro valore*".passando attraverso il rigetto di rassegnazione per ogni forma di schiavitù, attraverso progressi tecnici che permettono di ridurre ogni fatica, attraverso la liberalizzazione dei costumi, dei sistemi politici, dell'arte, delle ideologie. In altre parole la storia umana è quella dell'emergere della persona come soggetto di diritto, autorizzato a pensare e gestire il proprio destino, libero da ogni obbligo che non sia il rispetto del diritto dell'altro alle medesime libertà. Così viene presentato l'escursus storico, attraverso i millenni della storia dell'umanità.

In tale complesso contesto, l'analisi centra il punto chiave: "mercato-democrazia". Già dodici secoli prima dell'era cristiana sulle rive del Mediterraneo, tra le intercedini degli imperi si abbozzano i primi merca-

ti e le prime forme di democrazia. L'analisi si completa con una breve storia del capitalismo fino ai nostri tempi, con le conquiste tecniche che hanno portato alla modernità, con i movimenti e anche le guerre che hanno caratterizzato le democrazie più vicine a noi, e con gli elementi fondanti della globalizzazione. La crescita mondiale persistente, la più elevata nella storia dell'umanità, accompagnata da una accelerazione della costruzione della globalizzazione e della mercificazione del tempo. Il tempo degli uomini sarà sempre più utilizzato a fini mercantili. Tutto è a rischio di esplosione.

Nell'ipotizzare una "storia del futuro" l'A. esamina tre scenari possibili collegati al processo "mercato- democrazia": "iperimpero" - "iperconflitto" - "iperdemocrazia".

Nel caso dell'*iperimpero*: la scelta iniziale è la liberazione, attraverso il semplice gioco della crescita economica, della trasparenza delle informazioni, della espansione delle classi medie. L'impero dell'ordine mercantile.

Ma l'*Ordine* mercantile sarà policentrico, giustapposizione di un numero crescente di democrazie di mercato intorno a poche potenze dominanti, così non durerà, porterà a un mercato planetario senza democrazia. Cultura meticciosa, tipo di vita precario, valori centrati sull'individualismo, ideale narcisistico. Tutto lascia presagire la trasformazione dell'uomo in oggetto, l'amplificazione delle ingiustizie, della precarietà, della violenza. Tutto indica persino che si entra in un oscuro anteguerra: le nazioni più sofisticate reagiscono alla barbarie con la barbarie, alla paura con l'egoismo, al terrore con le rappresaglie.

Si potrebbe arrivare a ipotizzare un secondo terribile scenario. L'*iperconflitto*, uno scenario fallimentare.

Di fronte al fallimento si ipotizza un terzo scenario, un approccio ottimista: l'*iperdemocrazia*, che sarà costruita da nuovi valori, un atto di fede nell'avvenire. L'A. ritiene che l'umanità non sia destinata a distruggersi, né per il mercato, né per la scienza, né per la guerra, né, soprattutto, per la stupidità e la malvagità. Da come appare l'*Oggi*, sembra che il nostro mondo non potrà mai diventare una democrazia planetaria tollerante, pacifica, diversa ma unita. Tuttavia tale dinamica è in cammino, se cerchiamo e individuiamo gli

indizi positivi. Le forze positive che spingono verso un mondo vivibile per tutti. Il processo verso imprese relazionali che svilupperanno, per il benessere di ciascun individuo, i "beni essenziali" tra i quali il "buon tempo", il più importante dei beni per il bene di tutti, un "bene comune" la cui dimensione principale sarà l'"intelligenza collettiva" a tutela degli elementi che rendono possibile e dignitosa la vita: "l'accesso al sapere, a un alloggio, alle cure, al cibo, all'acqua, all'aria, alla sicurezza, alla libertà, all'equità, alla dignità, all'infanzia, al rispetto, alla compassione, alla solitudine, al diritto di lasciare un luogo o di restarvi, di vivere contemporaneamente più passioni o verità parallele, di essere circondati di affetto negli ultimi giorni della vita, al diritto alla coesione sociale".

Il bene essenziale principale sarà il "buon tempo". Un tempo in cui ciascuno vivrà non già lo spettacolo della vita degli altri, ma la realtà della propria.

Caratteristica fondamentale dell'*iperdemocrazia* è essere un progetto insieme individuale e collettivo. Intelligenza collettiva di un gruppo, non la somma dei saperi dei suoi membri, né la somma delle loro attitudini a pensare, ogni intelligenza collettiva è il risultato di ponti, di legami tra intelligenze individuali, necessarie per creare il nuovo.

Da parte nostra ci sembra che si possa dedurre qualche conclusione di collegamento: le caratteristiche del futuro scenario dell'*iperdemocrazia* presentano molti elementi di congruenza con il nostro discorso sulla "promozione della salute", lo pongono in un quadro culturale e politico più generale come inevitabilmente dovrebbe essere per raggiungere obiettivi concreti.

La ricerca scientifica e tecnologica, e lo sviluppo sociale hanno prodotto risultati inimmaginabili per la salute, come spesso sottolineiamo, ma anche in questo settore siamo a un bivio, dall'uomo padrone e consapevole di sé a l'uomo bionico, una scelta, di intelligenza collettiva e individuale.

Una intelligenza per la valutazione dello sviluppo delle potenzialità che lo stesso organismo ha costruito nei rapporti con l'ambiente fisico, terra e altri viventi, e propri simili.

Un progetto individuale: patrimonio da conoscere, conservare, potenziare. Alla conquista del "buon tempo" per rendere effettivo l'equilibrio di salute, equilibrio

con l'ambiente, fisico e sociale, soddisfacente, supportato anche dallo sviluppo delle conoscenze in base alla ricerca bio-medica, e non solo. Conquista dell'intelligenza individuale.

Un progetto collettivo: per costruire una sanità pubblica che promuova l'approccio all'equilibrio di salute, ma soprattutto un progetto collettivo frutto di intelligenza collettiva che veda chiaramente i collegamenti tra salute ed equilibrio ambientale, coesione sociale, riconoscimento della dignità di tutti i cittadini. Requisiti di azioni comuni in regime di *iperdemocrazia*.

Un progetto insieme individuale e collettivo. Il bene essenziale principale sarà il "buon tempo". Un tempo in cui ciascuno vivrà non già lo spettacolo della vita degli altri, ma la realtà della propria e del suo valore: i diritti sono elencati, vanno ora applicati, nella vita come nel percorso salute. Salute e vita coincidono nella loro es-

senza soggettiva e collettiva. Solo l'iperdemocrazia consente la conquista dell'equilibrio salute, no l'iperimpero sotto l'*Ordine* del mercato di farmaci e "iperconsumo di rimedi" di vario genere, no l'iperconflitto armato o psicologico, stress - concorrenza e isolamento.

Ci vuole naturalmente un impegno di intelligenze individuali e collettive, è necessaria una ulteriore evoluzione culturale, come spesso sottolineiamo, per il nostro settore, la rivoluzione copernicana che faccia ruotare le scoperte scientifiche, i nuovi saperi settoriali specialistici intono all'unità dell'uomo, e non viceversa, intorno alle potenzialità dell'individuo e a quelle della organizzazione della comunità per il bene-essere, non a quelle dell'iperimpero del mercato della salute.

Maria Antonia Modolo

SCHEDE

F. Taroni, Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2011, pp. 336.

Vorrei iniziare con una osservazione insolita e apparentemente *fuori tema*.

Nel corso delle Cerimonie per l'inaugurazione delle XXX Olimpiadi tenutesi a Londra nell'agosto scorso è stato messo in scena tra gli eventi significati della storia inglese la nascita e lo sviluppo del NHS.

Una celebrazione atta a dare risalto al forte valore della tutela della salute del cittadino attraverso il servizio sanitario pubblico. Un valore evidentemente assai interiorizzato a livello collettivo e personale in quel Paese. E' così anche in Italia? Il nostro SSN costituisce ancora oggi un valore?

Non ci sono dubbi. A tale proposito segnaliamo il volume di Francesco Taroni "Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica".

Per "rinnovare l'attenzione all'analisi dei sistemi sanitari come fenomeno culturale, politico e istituzionale" (uno degli obiettivi menzionati dall'Autore) Taroni analizza le fasi di costruzione e strutturazione del nostro Servizio sanitario nazionale italiano attraverso riforme, non riforme, controriforme e controcontroriforme dal secondo dopoguerra ad oggi.

Non una celebrazione, ma un percorso politico-istituzionale – forse ancor giovane – che ha reso al cittadino un servizio "prezioso" pur non immune da contraddizioni e nodi irrisolti.

Attraverso i suoi 12 capitoli il volume ripercorre: la rapida espansione e la lenta disgregazione del sistema mutualistico; lo sviluppo e la crisi di quello ospedaliero; l'istituzione del SSN; le riforme degli anni '90 culminate con la riforma del titolo V della Costituzione.

Tra elementi di continuità sul fronte delle istituzioni (inclusi quelli con il regime corporativo fascista inaugurato con la Carta del Lavoro del 1927) e momenti di rottura, dalla grande riforma del 1978 alle successive riforme e controriforme, emerge un affresco delle politiche sanitarie pubbliche in Italia fondato anche su una puntuale analisi comparativa con il National Health Service britannico e con il sistema americano. Il nostro SSN è nato in un momento di forte difficoltà economica – la modernizzazione degli ospedali aveva determinato un aumento della spesa ospedaliera che il sistema mutualistico non poteva sopportare – e di grande fermento sociale e culturale.

La crisi economica che caratterizza i nostri giorni rischia di farcelo perdere? L'ideologia del mercato e gli interessi privati che la sottendono a questo mirano!

Si difende il nostro SSN mantenendo fermi questi assunti irrinunciabili: salute come diritto, universalità delle prestazioni per tutti i cittadini, gestione decentrata in stretta relazione con il sistema delle autonomie locali, finanziamento attraverso il sistema fiscale. Si difende il nostro SSN attraverso un profondo lavoro di riorganizzazione dei servizi centrato su territorio, distretto, promozione della salute e continuità delle cure.

F.A.B.

M. Contel, E. Tempesta (a cura di) *Alcol e giovani, Cosa è cambiato in vent'anni*, Carocci Editore, Roma, 2012

Segnaliamo con piacere, questo agile volumetto edito in occasione del ventennale della fondazione dell'Osservatorio permanente alcool e giovani. In esso, oltre alla storia della benemerita istituzione, si trova una esauriente ed intelligente analisi della controversa problematica del consumo delle bevande alcoliche nelle giovani generazioni, oggetto di allarmismi eccessivi da un lato e di un'insufficiente considerazione da parte degli adulti responsabili, sia a livello individuale che istituzionale. Tra tendenze proibizionistiche e lassismi interessati.

Dopo una dotta ed interessante introduzione del Presidente dell'Osservatorio, vengono presentati una serie di argomenti che consentono al lettore di rendersi pienamente conto di dove siamo e dell'evoluzione che il fenomeno consumo di alcol ha subito nell'ultimo ventennio, dall'uso quasi esclusivo e assai limitato del vino (parlando ovviamente dei giovani) all'invasione di una infinita congerie di prodotti contenenti alcol in diverse quantità, offerti in ogni dove e con molte varie forme. Senza entrare nella descrizione dei contenuti, ci limitiamo a segnalare i vari capitoli.

La situazione epidemiologica viene descritta avendo attenzione ai dati, analizzati criticamente, anche in relazione ai mutamenti sociali ed economici. In questo ambito una considerazione particolare viene posta sugli aspetti qualitativi del consumo, che vengono generalmente sottovalutati nella maggior parte delle indagini.

Elementi di interesse per la prevenzione, vengono affrontati da due diverse angolazioni, i consumi alimentari in rapporto con i mutamenti economici ed il progetto dell'Osservatorio "Algologia sociale".

Completano il volume un'analisi del rapporto tra giovani e prevenzione, sul mondo dei servizi ed il loro apporto, sull'autoregolazione dei comportamenti e sulla condizione giovanile e nichilismo.

LB

M.J. Costello, S.T. Leatherdale, R. Ahmed, D.L. Church and J.A. Cunningham-
Co. *morbidity-substance use behaviors among youth: any impact of school environment? (Comportamenti giovanili nell'uso di sostanze suscettibili di co-morbosità: c'è un qualche impatto da parte dell'ambiente scolastico?)* *Global Health Promotion* (2012), 19, 50-59

L'uso di sostanze è molto comune fra i giovani ma la nostra comprensibilità sull'uso di tabacco, alcol e marijuana è molto limitata e l'ambiente scolastico potrebbe giocare un ruolo importante sulle modalità con cui uno studente viene coinvolto nell'uso di sostanze ad alto rischio. Partendo da queste premesse viene presentato uno studio tendente a descrivere la prevalenza dell'uso misto di sostanze, evidenziare e confrontare le caratteristiche dei giovani che fanno uso rispettivamente di una, due e tutte tre le sostanze sopra menzionate, esaminare se le modalità dell'uso misto varia da scuola a scuola, analizzare quali fattori sono associati con l'uso misto. Su quasi 42.000 studenti canadesi, il 6,5% riferisce un uso corrente delle tre sostanze e il 20,3% di una delle due. L'analisi multivariata ha mostrato una variabilità significativa fra le scuole nella probabilità che degli studenti usino tre sostanze o una delle due, rispettivamente nel 16,9 e nel 13,5%. L'uso misto è risultato associato con il sesso, il livello, la quantità di denaro disponibile e la percezione della performance scolastica. Gli autori considerano l'uso misto delle sostanze elevato, anche se non identico in tutte le scuole e concludono che la conoscenza delle caratteristiche che consentono di considerare particolari scuole a rischio sia di particolare importanza per impostare programmi educativi sull'alcol e le droghe.

LB

Ospedali & salute. Decimo rapporto annuale 2012, AIOP, Franco Angeli 2012

Segnaliamo volentieri l'intero volume (il decimo) di Ospedali e salute, edito dall'Associazione italiana ospedalità privata. Esso è quanto mai interessante per il momento di cambiamenti che sta attraversando il nostro sistema sanitario. Il rapporto si ispira al motto "salviamo il Servizio Sanitario Nazionale espresso nella presentazione del prof. Pellissero e presenta una serie di considerazioni, ovviamente rispetto al sistema ospedaliero, con una visione tutto sommato equilibrata del rapporto fra pubblico e privato, Ma il volume si presenta di particolare interesse per la parte di documentazione statistica, derivante fra

l'altro da un'indagine approfondita fra la popolazione sull'uso dei servizi ospedalieri, inconvenienti, ripartizione della spesa, spese sostenute dai pazienti e così via. Segnaliamo soprattutto la parte in cui i cittadini si esprimono in risposta a domande relative ad ipotesi di miglioramento del sistema e di eliminazione degli inconvenienti. I nostri programmatori, a livello nazionale, regionale e aziendale troverebbero, leggendolo, precise e nette volontà della popolazione su cosa essi dovrebbero fare.

LB

*Le schede sono state redatte da
Filippo Antonio Bauleo e Lamberto Brizziarelli*

DOCUMENTI

Il curriculum igienistico

(Documento approvato dal Collegio dei Docenti Universitari della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica nella riunione a Cagliari del 4/10/2012)

The curriculum hygienistic

(Document approved by the Board of Professors of the Italian Society of Hygiene, Preventive Medicine and Public Health in the meeting of Cagliari 10/04/2012)

La figura dell'igienista e la sua presenza nell'ampio contesto della sanità, pubblica e privata, hanno subito un certo grado di misconoscimento, ad onta che le problematiche preventive e promozionali della salute siano state indicate come sempre più importanti e ugualmente più impellenti gli interventi in questi settori. Abbiamo così assistito alla nomina di responsabili di incerta preparazione e qualificazione in posti chiave della sanità pubblica; soggetti non laureati in medicina e se provvisti di tale diploma di laurea appartenenti ad altre discipline, spesso di tipo ultraspecialistico, senza curriculum specifici per il posto che erano chiamati a ricoprire. E così abbiamo visto nominare direttori di presidio, ospedaliero e sanitari, chirurghi, ostetrici ecc. Per non parlare dei responsabili di distretto sanitario e di dirigenti di servizi dei Dipartimenti di prevenzione (DIP), provenienti da tutti altri mestieri. Alla base di ciò c'è senza dubbio il sistema dello spoils system per cui politici prima e direttori di azienda poi possono scegliere persone di loro gradimento ma c'è soprattutto la mancanza di regole certe per scegliere (anche senza una valutazione concorsuale) chi dovrà dirigere qualsiasi specifica attività professionale o tecnica che sia. Ben ha fatto dunque il Collegio dei docenti della Società Italiana di Igiene a "mettere i puntini sulle i" e a puntualizzare con chiarezza cosa deve saper conoscere e saper fare, dimostrati da titoli di studio ed esperienze certificate, nei posti che possono essere ricoperto da igienisti. Purtroppo occorre rilevare che nell'elenco non si dà risalto adeguato alla Direzione di Distretto

che, con i nuovi assetti organizzativi della sanità, diviene il momento privilegiato di gestione territoriale della sanità, complessivamente intesa. Che non può essere affidato che ad un esperto con le competenze che il documento ben definisce.

All'ottima e puntuale presa di posizione – che pubblichiamo integralmente – occorre far seguire un impegno forte e continuo in tutti i luoghi dove si decide, a livello centrale e periferico del potere politico ed amministrativo, con azioni continue e visibili, se necessario. Non ci resta che auspicare che le varie società professionali sorte ultimamente (in particolare AMDO e CARD ma non solo) si associno alla S.It.I. nell'azione e, ove necessario, nella protesta.

Dal nostro punto di vista, plaudiamo alla determinata presa di posizione rispetto all'utilizzo acritico ed eccessivo del metodo "scientometrico" usato sino ad ora nei processi di valutazione. Auspichiamo parimenti che ciò avvenga anche nelle prove di selezione per gli incarichi di docenza e per l'assegnazione delle cariche, dove il quasi da tutti deprecato sistema dell'impact factor ha ancora la preminenza.

Lamberto Briziarelli

La declaratoria del settore risulta attualmente molto ampia.

06/M1: Igiene generale e Applicata, Scienze Infermieristiche e Statistica Medica

*Il settore si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo della **Igiene generale e applicata** con specifica competenza nel campo dell'igiene applicata agli ambienti "indoor" e "outdoor", ai luoghi di lavoro, all'igiene degli alimenti e della nutrizione, alla medicina di comunità, alla medicina preventiva, riabilitativa e sociale, all'epidemiologia, alla sanità pubblica, al management in sanità, al "risk management", alla programmazione organizzazione gestione e valutazione sanitaria, alla promozione della salute e dell'educazione sanitaria. Il settore si interessa inoltre dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua nel campo della **Infermieristica generale e speciale**. Sono ambiti di competenza del settore la metodologia della ricerca in campo infermieristico, la teoria dell'assistenza*

*infermieristica, l'infermieristica clinica, preventiva e di comunità, l'infermieristica dell'area critica e dell'emergenza e la metodologia e organizzazione della professione infermieristica. Infine, il settore si interessa dell'attività scientifica e didattico-formativa, nonché dell'eventuale attività assistenziale a esse congrua nel campo della **Statistica medica** delle metodologie epidemiologiche, biostatistiche e di organizzazione sanitaria applicate alla clinica, alla sanità pubblica ed alla medicina basata sull'evidenza (EBM), e ricomprende il disegno, l'analisi e la valutazione di studi sia sperimentali che osservazionali in medicina, biologia, veterinaria, farmacologia, genetica e genomica, l'identificazione di fattori di rischio e la valutazione delle politiche sanitarie, l'impatto degli interventi e le analisi di bio-banche e di database socio-sanitari e di fattori ambientali incidenti sulla salute.*

Posto che l'attuale disciplina concorsuale dovrebbe provvedere, nell'ambito della selezione per le chiamate in Facoltà, ad una aprioristica specificazione dei tre sottosettori, potrebbe risultare particolarmente difficile, dalla declaratoria stessa, in-

dividuaire le peculiarità fondamentali dell'Igienista. Inoltre l'attuale enfasi sugli indici scientometrici che notoriamente, per ragioni ampiamente riconosciute a livello nazionale ed internazionale, risultano più bassi per i ricercatori igienisti rispetto a quelli di altre discipline, rende indispensabile la condivisione di criteri che consentano la valutazione di pertinenza dei curricula al settore dell'Igiene generale ed applicata. Si ritiene quindi utile fornire alcuni spunti di discussione mirata condivisi nell'ambito del Collegio dei Docenti Universitari della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (S.It.I.), sia per indirizzare le attività dei giovani che aspirano ad intraprendere percorsi universitari nell'ambito dell'Igiene generale ed applicata, sia per fornire elementi utili per la valutazione di pertinenza dei curricula dei potenziali candidati alla docenza di Igiene generale ed applicata, preliminare alla valutazione di merito degli stessi, anche sulla base di indici scientometrici.

1. La disciplina è univoca e si riferisce a percorsi formativi specifici (siano essi formali come Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva e Dottorati inerenti; piuttosto che informali come la frequentazione continuativa e duratura di gruppi di lavoro igienistici) che rendano conto della capacità peculiare dell'Igienista di affrontare problemi di salute utilizzando le tecnologie e gli strumenti della prevenzione primaria da applicarsi nei vari ambiti di competenza. (cf declaratoria: *ambienti "indoor" e "outdoor", ai luoghi di lavoro, all'igiene degli alimenti e della nutrizione, alla medicina di comunità, alla medicina preventiva, riabilitativa e sociale, all'epidemiologia, alla sanità pubblica, al management in sanità, al "risk assessment", alla programmazione organizzazione gestione e valutazione sanitaria, alla promozione della salute ed dell'educazione sanitaria*)

2. L'Igiene è certamente disciplina principe della Sanità Pubblica che è interdisciplinare e vede coinvolte un ampio numero di discipline anche non sanitarie. Il ruolo precipuo dell'Igienista nella Sa-

nità Pubblica è quello di saper dialogare con tutte le discipline in un'ottica di coordinamento orientato alla prevenzione in senso lato. Il concetto di 'Igiene' quindi non può essere riferibile alla sola competenza in sottosettori di applicazione che trovano, peraltro, spazi molto ben delineati in altri settori.

3. In particolar modo:

- La statistica: trova ampio spazio in molti settori ma, si rifà principalmente, per quanto riguarda la nostra nuova declaratoria, all'utilizzo delle tecniche statistiche relative alla valutazione di impatto di processi molto diversi che riguardano ambiti differenti nel campo della medicina.
- L'epidemiologia: non è una disciplina ma un ambito di applicazione da declaratoria, tanto che non esiste SSD per l'epidemiologia. A questo scopo si riporta la definizione fornita in un documento congiuntamente sottoscritto dalle diverse società e associazioni scientifiche (Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE), Biometristi delle Aziende Farmaceutiche Associati (BIAS), Società Italiana di Biometria (SIB), Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI), Società Italiana di Statistica (SIS), Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica (SISMEC))

'L'epidemiologia è il metodo che disciplina l'osservazione e la sperimentazione scientifica circa l'insorgenza, le cause, la prevenzione ed il trattamento delle malattie e dei fenomeni correlati, rilevanti per la salute della popolazione. Gli obiettivi dell'osservazione e della sperimentazione scientifica possono essere funzionali sia all'assistenza ai processi decisionali, sia alla produzione di nuove conoscenze (d'ora in poi nel documento le due funzioni sono designate con i termini rispettivamente di assistenza alla decisione e di ricerca) nell'ambito clinico proprio della medicina e nell'ambito programmatico e gestionale proprio dei sistemi sanitari.'

In tale ottica risulta utile sottolineare che l'epidemiologia rappresenta per l'igienista non

una scienza fine a se stessa ma una metodologia scientifica, rigorosa e insostituibile da applicare nei campi specifici dove l'igienista è chiamato di volta in volta a fornire la sua professionalità finalizzata sempre alla prevenzione e alla efficacia nei molteplici aspetti della Salute Pubblica.

- L'economia: le nozioni economiche di base infatti, se sono auspicabili per chi si debba occupare di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari come da declaratoria, fanno parte di quel nucleo di competenze interdisciplinari che ben si collocano nella Sanità Pubblica ma non fanno parte del core disciplinare dell'Igiene. Tant'è che i requisiti per chi si deve occupare direttamente della programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari nell'ambito ospedaliero che, dal punto di vista della salute copre, ad oggi in Italia, più del 70% della spesa sanitaria e quindi della sua programmazione (Direttore Medico di Presidio) recitano da D.L.vo 502/92 e successivi modificazioni:

art. 4 comma 9

'...Nei presidi ospedalieri dell'Unità Sanitaria Locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'art 17, come responsabile delle funzioni igienico organizzative ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il Dirigente medico e il Dirigente Amministrativo concorrono, per le rispettive funzioni al conseguimento degli obiettivi fissati dal Direttore Generale...'

Poiché nell'ambito organizzativo sanitario, l'attuale legislazione prevede due figure distinte ancorché entrambi importanti: una igienico-organizzativa, l'altra amministrativa, ne consegue che certamente la sola competenza economica non può per sé identificare l'Igienista ma piuttosto la figura amministrativa dell'attuale ordinamento sanitario.

- 4. lo svolgimento di attività in campo clinico: la declaratoria recita *'Il settore si interessa dell'attivi-*

tà scientifica e didattico-formativa, nonché dell'attività assistenziale a essa congrua'.

Pare necessario evidenziare quali siano di ambiti assistenziali congrui all'Igiene (posti i caveat ai punti precedenti - curriculum che dimostri la capacità di progettazione preventiva in un'ottica di Sanità Pubblica-). A tal fine si fa riferimento alla nota 2 dell'all. 3 parere CUN n. 7 del 4/11/2009 (Declaratorie dei SSD) che si esprime come segue: *'... per l'area 06 (Scienze Mediche) la denominazione multipla dell'SSD e i descrittori presenti all'interno della declaratoria rappresentano una specificazione indispensabile non solo del profilo scientifico e didattico del docente, ma anche della qualificazione professionale per l'attribuzione di incarichi di dirigenza di 1° e 2° livello nell'ambito dell'SSN. Infatti nell'attuale assetto Universitario medico, la confluenza di interessi universitari e assistenziali nelle Aziende Ospedaliere-Universitarie fa sì che i docenti rivestano contemporaneamente un ruolo didattico-scientifico inscindibile da quello assistenziale che è quindi quasi di esclusiva pertinenza dell'area medica con estensione a quella biologica'*

Esempi di attività assistenziale congrua all'Igiene generale ed applicata:

- Direzioni Sanitarie o Mediche di Azienda, Presidio, Distretto
- Laboratori di Sanità Pubblica, Igiene ospedaliera, Igiene Ambientale ed Alimenti
- Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
- Servizi di Igiene degli Alimenti
- Servizi di Igiene Ambientale
- Servizi di Epidemiologia ivi compreso l'epidemiologia clinico-valutativa e i Registri tumori
- Servizi di Prevenzione e Protezione

- 5. E' importante sottolineare che i docenti di Igiene generale ad applicata, nell'ambito delle diverse Facoltà e dei diversi Corsi di Laurea, sono chiamati a ricoprire insegnamenti che si riferiscono alla quasi totalità degli ambiti indicati dalla declaratoria del settore. Ad esempio, relativamente al curriculum del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ai docenti di Igiene generale ed appli-

cata viene richiesto di ricoprire insegnamenti relativi alla metodologia epidemiologica e alla educazione sanitaria e promozione della salute (generalmente nel primo biennio), all'igiene degli ambienti di vita e di lavoro, all'igiene degli alimenti e della nutrizione, all'epidemiologia e alla prevenzione delle malattie infettive e croniche di rilevanza sociale (generalmente al V anno di corso), al management sanitario e all'organizzazione, programmazione e valutazione dei servizi sanitari (generalmente al VI anno di corso).

E' importante, altresì, sottolineare come i docenti di Igiene generale ed applicata, nell'ambito delle diverse Facoltà e nelle Scuole di Specializzazione come pure nei percorsi formativi post-Lauream, dottorati, Master e Corsi di Alta Formazione, piuttosto che nelle responsabilità verso la società civile, siano spesso chiamati a ricoprire ruoli che, in coerenza con gli ambiti indicati dalla declaratoria del settore, soddisfino i bisogni di conoscenza e competenza in tema di risk communication: tale expertise può derivare solo ed esclusivamente da

una formazione igienistica che sviluppi per sé particolare attenzione alle tematiche ed agli strumenti della prevenzione primaria.

In conclusione, i curricula degli aspiranti docenti di Igiene generale ed applicata devono soddisfare un duplice requisito: a) in primo luogo, i curricula devono essere pertinenti alla disciplina Igiene generale ed applicata, vale a dire la formazione laurea e post-laurea, l'attività scientifica e l'attività didattica devono comprovare le capacità degli aspiranti docenti a ricoprire la maggior parte degli ambiti indicati dalla declaratoria del settore. Anche la eventuale attività assistenziale deve essere congrua all'Igiene generale ed applicata; b) conseguentemente all'accertamento della pertinenza dei curricula all'Igiene generale ed applicata, è possibile procedere alla valutazione di merito dei curricula, anche in senso comparativo ed utilizzando i criteri stabiliti dalla normativa in vigore e gli indirizzi stabiliti dal Collegio dei Docenti Universitari della S.It.I.

NOTIZIARIO INFORMAZIONI

Sintesi dell'incontro nazionale del Programma Guadagnare Salute in Adolescenza, Torino, 22-23 novembre 2012

L'incontro del Programma Nazionale Guadagnare Salute in Adolescenza, tenutosi recentemente a Torino, è stata l'occasione per tirare le fila di 3 anni di lavoro che hanno visto lo sviluppo di 69 progetti su 7 linee di azione, con il coinvolgimento di 18 Regioni e di una Provincia Autonoma.

Ampia è stata la presenza all'evento; ma al di là del numero degli intervenuti, molto viva è stata la partecipazione sia alle sessioni plenarie che ai lavori dei gruppi. Entrambi i momenti hanno contribuito a delineare il quadro del lavoro svolto ed a dare una prospettiva concreta al lavoro da svolgere. Se, infatti, questo momento ha chiuso la fase sperimentale del programma, ha voluto anche essere l'inizio della fase di stabilizzazione delle attività intraprese perché, sulla base di quanto finora costruito si possa avviare una duratura collaborazione sui temi scelti, sulle metodologie sperimentate, sulle valutazioni intraprese.

La prima giornata è stata utilizzata per una panoramica complessiva sui risultati raggiunti in termini di personale sanitario formato ed impegnato nei progetti, insegnanti coinvolti nella formazione che hanno poi seguito gli studenti nei percorsi didattici, scuole che hanno aderito e adolescenti raggiunti dai diversi progetti.

Dopo l'apertura dei lavori a cura del Direttore del Dipartimento di Prevenzione di Torino, dott.ssa Margherita Meda, e dal Direttore Generale dell'ASL To-

rino 1, dott.ssa Giovanna Briccarello, si sono susseguite le relazioni del dott. Giuseppe Salamina, coordinatore del Programma, e dei coordinatori delle singole linee di progetto.

Nella prima relazione sono state mostrate cartine e tabelle sinottiche per sintetizzare la portata dello sforzo effettuato nella fase di avvio del Programma, fase molto delicata che ha avuto come primo obiettivo quello di trovare un comune denominatore tra condizioni di partenza molto diverse. È stato sottolineato come, grazie all'impegno di tutti, sia stato possibile, per la prima volta in Italia, sviluppare progetti di Promozione della Salute su una base di popolazione sufficientemente ampia da poter permettere una valutazione di processo, ma anche di risultato, sebbene a breve termine. Il dott. Salamina ha evidenziato anche la necessità di una valutazione a distanza di tempo che permetta di misurare la diversità dei "comportamenti" adottati tra chi ha ricevuto l'intervento ed un gruppo di controllo, valutazione i cui risultati potrebbero "validare" come efficaci le metodologie adottate. Infine, si è auspicata la possibilità di mantenere vivo un coordinamento nazionale che promuova e sostenga la continuità delle azioni della rete di operatori che partecipano al Programma.

L'invito a dare continuità al lavoro intrapreso è stato il motivo conduttore delle due giornate; se, infatti, il percorso si concludesse a questo punto, si perderebbe l'occasione di validare un programma di promozione della salute nazionale che rappresenta l'obiettivo principale del programma "Guadagnare Salute". Fin dall'inizio delle attività l'indicazione del Ministero è sta-

ta quella di far entrare questo lavoro nella routine dei Servizi perché diventasse nei prossimi anni l'asse portante della prevenzione nel nostro paese.

I sette coordinatori delle linee progettuali hanno, poi, relazionato sugli obiettivi raggiunti e sulle prime valutazioni effettuate, in particolare il prof. Fabrizio Faggiano, coordinatore del progetto Unplugged, ha invitato i presenti a ragionare sui risultati della valutazione nei programmi di promozione della salute e di quanto possa essere difficile l'interpretazione dei dati, partendo proprio dalla linea progettuale da lui curata e già validata a livello europeo.

In tutte le relazioni è stata sottolineata la soddisfazione di avere contribuito, con l'aiuto di tanti colleghi, alla realizzazione di un piano di promozione della salute che ha arricchito il bagaglio culturale e metodologico a disposizione di quanti si occupano di sicurezza e stili di vita, dando così forza e unitarietà a progetti spesso frammentari e discontinui.

Nella seconda giornata i partecipanti alle diverse linee di azione hanno discusso, al loro interno, le prospettive dei diversi progetti cercando strategie che possano permettere, a livello locale, la continuità del lavoro pur in assenza di nuovi finanziamenti. Sostanzialmente la maggior parte dei referenti locali del Programma si sono trovati d'accordo nel dichiarare la disponibilità a proseguire le attività nell'anno scolastico in corso, capitalizzando la formazione offerta lo scorso anno a personale sanitario, insegnanti e adolescenti.

Si è però anche affrontato il discorso di come organizzarsi nei prossimi mesi per rendere stabili le attività negli anni a venire; a tal proposito, pur essendo tutti interessati a mantenere attivo il Programma, sono state avanzate alcune riserve sulle risorse economiche, ma forse ancor di più sulla necessità di conservare un coordinamento nazionale che tenga le fila del lavoro di rete facendo da punto di riferimento tra tutti i gruppi di lavoro.

Molto interesse hanno suscitato le prime valutazioni che hanno permesso di dare evidenza formale alle percezioni informali che ciascuno aveva raccolto in corso d'opera; questi risultati, pur se ancora parziali, rappresentano uno stimolo alla continuazione del lavoro e, cosa ancor più importante, a pianificare una

valutazione a distanza sui comportamenti preventivi tra i giovani che hanno ricevuto gli interventi delle diverse linee di azione del programma.

Nella seconda parte della mattinata, in plenaria, i diversi gruppi di lavoro si sono confrontati sulle risorse essenziali per continuare a sviluppare il programma e la principale richiesta è stata quella di conservare i coordinamenti dei diversi progetti, cercando di mantenere le risorse attualmente disponibili salvaguardare la presenza dei borsisti che, nelle diverse linee di lavoro hanno svolto un importante ruolo di collegamento e di stimolo; hanno raccolto e verificato le schede di rendicontazione semestrali; hanno seguito l'organizzazione, la raccolta e l'analisi dei dati della valutazione; hanno permesso di rispettare i tempi e di arrivare a queste giornate con la soddisfazione ed il piacere di aver svolto un buon lavoro.

Risultati o Retorica? Tutto quello che non sapevate sull'Aiuto Pubblico allo Sviluppo europeo per la Salute

Questo è il titolo scelto per il Rapporto 2012, presentato a Roma il 28 novembre, di Action for Global Health, il network europeo di organizzazioni non governative – per l'Italia ne fanno parte Associazione italiana donne per lo sviluppo (AIDOS) e ActionAid Italia – attento a monitorare e valutare le politiche di aiuto allo sviluppo messe in atto soprattutto dall'Unione Europea.

Quantità e qualità dell'Aiuto Pubblico allo Sviluppo (APS) di sei Paesi europei chiave – Francia, Germania, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito – vengono analizzati attraverso una metodologia che scorpora i dati ufficiali dell'OCSE e fa una revisione sistematica delle attività di aiuto. Al netto degli interessi finanziari sulle varie forme di prestito – loans, equity investments – e delle attività che non realizzano sviluppo nei paesi beneficiari risulta ancora più evidente la lontananza tra gli impegni assunti – 0.7% del PIL in APS, secondo la risoluzione delle Nazioni Unite del 1970 – e quelli effettivamente ottemperati. Stessa considerazione riguardo al raggiungimento

dello 0,1% del PIL in promozione della salute che sarebbe in condizione di portare la spesa sanitaria dei paesi a basso reddito a quei 44-60 dollari ritenuti soglia minima pro-capite (WHO Commission on Macroeconomics and Health, 2001).

La versione italiana del rapporto la può scaricare al link: http://www.actionaid.it/media/it/media_center/news/dettaglioNews.html?DETTAGLIO=f8080813ab732d9013b236e1af200a8 quella originale e completa di una analisi di tutte le maggiori economie europee invece al link: <http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=307> AfGH ha realizzato anche un nuovo strumento online tramite il quale i risultati della ricerca (flussi bilaterali, multilaterali e sulle tendenze dell'APS totale e per la salute) sono visualizzati con l'ausilio di mappe interattive <http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=309>

(a cura di Enrico Petrangeli)

Società Italiana di Technology Assessment – Statement finale del V Congresso Nazionale

La SIHTA, Società Italiana di Health Technology Assessment, riunita a Roma dal 22 al 24 novembre, per il V Congresso Nazionale, a chiusura di tre giorni intensi di confronto scientifico e istituzionale, ha elaborato uno Statement conclusivo per esortare il Paese a far fronte al difficile momento economico-finanziario senza correre il rischio di smantellare un sistema sanitario universalistico che, da oltre trent'anni, nel bene e nel male, costituisce un traguardo assoluto di civiltà che ha pochi eguali nel mondo.

La SIHTA è ben consapevole della situazione che il Paese sta attraversando sotto il profilo economico e finanziario. Il Sistema sanitario ha, sino ad oggi, sostanzialmente risposto positivamente ai bisogni di tutela della salute dei cittadini.

La SIHTA è peraltro ben consapevole che esistano grandi spazi di recupero utilizzando meglio le risorse a disposizione e che, nei prossimi anni, il Paese si troverà per la prima volta a dover garantire gli stessi servizi con meno risorse.

Il decreto sulla Spending Review e i successivi provvedimenti hanno affrontato la problematica agendo sostanzialmente con tagli lineari sui fattori produttivi del sistema (Personale, beni e servizi, tecnologia, infrastrutture).

La potenziale conseguenza di questo tipo di approccio, probabilmente, si tradurrà in una maggiore efficienza nelle regioni più problematiche ma laddove i servizi sono già performanti, la conseguenza non potrà che essere una riduzione dei servizi stessi. Il che, in buona sostanza, non potrà che concretizzarsi in una sostanziale ridefinizione del perimetro dei Lea.

Per evitare che le misure adottate incidano inevitabilmente sugli stessi Lea, la SIHTA ritiene indispensabili due azioni:

1. stabilire dei principi espliciti e condivisi di giustizia distributiva per l'individuazione delle priorità da parte del governo centrale e delle regioni che preveda un sistematico coinvolgimento dei principali portatori di interesse del sistema (Cittadini, associazioni di pazienti, operatori e aziende sanitarie, industria).
2. Utilizzare l'approccio dell'HTA sia nell'introduzione di innovazioni sia nella scelta di disinvestire su servizi inappropriati od obsoleti che non aggiungono valore alla tutela della salute dei cittadini. In poche parole attraverso l'HTA è possibile, da subito, operare una ridefinizione dei LEA senza incidere negativamente né sul livello organizzativo della sanità, né tantomeno sul livello delle prestazioni sanitarie rivolte ai cittadini.

La SIHTA ritiene inoltre improcrastinabile che la definizione del pacchetto dei LEA sia affidata ad un grande programma nazionale che definisca procedure e regole esplicite e condivise secondo un metodo di valutazione che oggi in Italia esiste, in parte, soltanto per il farmaco e non, per esempio, per le procedure, i programmi di sanità pubblica, i dispositivi medici e tutte le altre tecnologie.

Per operare in tal senso la SIHTA auspica una franca collaborazione tra tutti i livelli istituzionali in grado di coinvolgere le migliori competenze disponibili a livello nazionale, regionale e locale. Tra queste le Società scientifiche, le università e i centri di ricerca con cui la SIHTA già collabora da anni per gli aspetti

relativi alle metodiche di valutazione e per i quali si propone come strumento catalizzatore in questo processo riformatore.

La SIHTA, che nella multidisciplinarietà fonda le proprie radici scientifiche, è pronta a collaborare con tutte le istituzioni che, operando nella prospettiva indicata, dimostreranno di avere a cuore la salvaguardia del patrimonio scientifico, umano, professionale e valoriale rappresentato dal Servizio sanitario Nazionale.

Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2011

Con 224.830 decessi registrati nel 2011, le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di morte in Italia (38,2%), seguite dai tumori (174.678 decessi, 29,7%). Sono invece circa 3 milioni i diabetici italiani (4,9%), dato in aumento costante nell'ultimo decennio. Dalle indagini del Sistema di sorveglianza Passi emerge inoltre che nel 2010, il 32% degli adulti era in sovrappeso e l'11% obeso, con un progressivo aumento della percentuale di persone sedentarie a partire dal 2007. Nella Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2011, presentata al Parlamento a dicembre 2012, una fotografia sulla salute degli italiani. Dai dati emerge inoltre che il fumo di tabacco è responsabile di una quota di decessi variabile tra i 70 mila e gli 83 mila annui, con una percentuale di oltre il 25% delle morti tra persone di età compresa tra 35 e 65 anni. Sono invece oltre 8.600.000 i consumatori di bevande alcoliche, di età superiore agli 11 anni, considerati a rischio. Il documento si presenta diviso in tre sezioni principali: analisi del contesto; attuazione delle linee prioritarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute; qualità del sistema, risorse e monitoraggio dei Lea. Tra gli altri dati: in calo la spesa farmaceutica a carico del Ssn che registra nei primi 9 mesi del 2011 una riduzione del 3,7%. In aumento però l'uso di farmaci (+1,2). Diminuisce anche l'ospedalizzazione con 109 ricoveri ogni 1000 abitanti nel 2011 contro i 120 del 2009. (Fonte: EPICENTRO)

XXII ETC Summer course 2013: building bridges – Creating synergies for health Distance Learning: inizio 6 Maggio 2013 Fase residenziale: 14 - 26 Luglio 2013

Si è tenuto nei giorni 12 e 13 Gennaio 2013 il meeting preparatorio della XXII edizione della Summer School in Promozione della salute che il Consorzio Europeo ETC (European Training Consortium) organizzerà presso l'Università di Girona (Catalogna). Nel meeting sono state delineate le fasi principali del programma formativo. L'obiettivo della Summer School residenziale a Girona è quello di mostrare e esplorare attuali ed innovative conoscenze, competenze e risorse – quali quelle riferite all'uso dei social media - che portano ad una maggiore sinergia tra professionisti, persone e comunità per migliorare la salute e il benessere. Il corso fornisce opportunità per lo sviluppo di nuovi modi di lavoro, la creazione di nuove reti e l'acquisizione di risorse per 'Costruire ponti' facilitare il dialogo e la conoscenza tra le agenzie e gli attori della salute, stabilire accordi e coordinare le azioni tra di essi. Tutti gli elementi teorici e pratici della promozione della salute sono inclusi nel programma, che si qualifica per un forte accento sulla interazione tra i partecipanti in tutte le sue fasi tra cui: visite sul campo a programmi esemplari; condivisione di conoscenze ed esperienze con colleghi internazionali coinvolti nella promozione della salute; tutti i partecipanti saranno impegnati nello sviluppo di un progetto di ricerca- intervento nell'ambito di un gruppo di lavoro multidisciplinare internazionale.

(fonte: <http://www.etc-summer-school.eu>)

NOTIZIARIO CENTRO SPERIMENTALE PER L'EDUCAZIONE SANITARIA

Tecniche di *counseling* nutrizionale e di Programmazione neuro linguistica. Corso di approfondimento
Perugia, Facoltà di Medicina e Chirurgia
Polo Didattico Sant'Andrea delle Fratte

Perugia 6- 8 maggio 2013

Premessa

Il corso è indirizzato a coloro che hanno partecipato all'attività formativa "Il *counseling* nutrizionale: tecniche di comunicazione per promuovere il cambiamento dei comportamenti alimentari" e a coloro che hanno una formazione di base relativa alle tecniche e abilità di *counseling* e intendono approfondire e implementare le loro conoscenze, progredire nelle competenze di base acquisite e aumentare la propria autonomia nell'utilizzo di tale tecniche all'interno della loro professione. Nel corso verranno approfondite le tecniche di *counseling* applicate al cambiamento dei comportamenti di salute e saranno ampliati i concetti e le tecniche di **Programmazione Neuro Linguistica**. Nel corso ampio spazio sarà dato alla sperimentazione in aula delle tecniche apprese e allo studio dei casi.

Obiettivi del corso

1. Approfondire le tecniche di *counseling* scambio d'informazioni, formulazione delle domande, riassunto, parafrasi, messa in discussione, riflessione, costruzione della motivazione al cambiamento
2. Sperimentare le diverse tecniche: riassumere, riformulare, parafrasare, rispecchiare, mettere in discussione
3. Apprendere a collegare la ruota del cambiamento all'uso delle varie fasi e tecniche del *counseling*
4. Approfondire competenze rispetto al concetto di **corpo abitato** e sperimentare la gestione del proprio corpo nel processo di comunicazione e relazione
5. Sperimentare la gestione di colloqui d'aiuto con le tecniche del *counseling*
6. Approfondire i contenuti teorici e pratici della **Programmazione Neuro Linguistica**
7. Sperimentare le strategie operative del *counseling* per: fornire informazioni, supportare nella crisi, ricercare la soluzione di problemi, favorire il processo decisionale
8. Sperimentare tecniche di **Programmazione Neuro Linguistica**: le posizioni percettive

Contenuti

1. Formulare domande, riassumere, parafrasare: tecniche di *counseling*. Approfondimento
2. Tecniche di riformulazione nella relazione d'aiuto

3. Sistemi rappresentazionali
4. Messa in discussione e cambiamento
5. Il corpo abitato: tecniche di danza movimento terapia
6. I segnali di accesso oculare
7. Le posizioni percettive
8. La Programmazione Neuro Linguistica e il suo uso nel *counseling*
9. Il *counseling* breve

Metodologia

Lezioni partecipate, lezioni magistrali, lavori di gruppo, discussioni guidate, *Role - Playing*, esercitazioni pratiche, esercizi di tecniche corporee mutuati dalla danza movimento terapia utili a far apprendere ai partecipanti la lettura della propria comunicazione non verbale e paraverbale e a saperla gestire nelle relazioni con gli utenti, visione e analisi di *CD rom* didattici.

Il Corso è in fase di accreditamento ECM per tutte le professioni sanitarie

Iscrizioni

Il corso è a numero chiuso ed aperto ad un massimo di 25 partecipanti. L'iscrizione al corso è subordinata all'ordine d'arrivo delle domande. Il corso verrà attivato al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti.

E' prevista una iscrizione al corso attraverso la scheda allegata.

Il pagamento dovrà essere effettuato una volta raggiunto il numero di partecipanti sufficiente per l'attivazione e verrà comunicato dalla segreteria

Il Costo del Corso è di euro 400,00

Responsabile del Corso: dr. Giancarlo Pocetta, Medico di Sanità Pubblica, Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria, Ricercatore in Igiene dell'Università degli Studi di Perugia, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria

Segreteria Scientifica: dott.ssa Paola Beatini, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria

Tel.: 075.5857357

e-mail paola.beatini@unipg.it

Segreteria organizzativa: signor Albero Antognelli, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria

Tel.: 075.5857356

e-mail: alberto.antognelli@unipg.it

Il *counseling* nutrizionale: tecniche di comunicazione per promuovere il cambiamento dei comportamenti alimentari

Perugia, 27 - 30 maggio 2013

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Polo Didattico, Sant'Andrea delle Fratte

Premessa

Le tecniche di *counseling* sono uno strumento particolarmente qualificato per la conduzione di colloqui con persone che necessitano di cambiare uno o più aspetti dei loro comportamenti di salute.

Il *counseling* è un processo di dialogo attraverso il quale il consulente aiuta il consultante a valutare i suoi comportamenti, a formulare strategie realistiche e personalizzate per la modifica dei comportamenti a rischio e a ridurre il disagio emotivo creato dal cambiamento. E' un metodo che permette il passaggio, nella relazione tra sanitario e utente, da una comunicazione di tipo esplicativo- affermativo ad una comunicazione di tipo interrogativo-esplorativo, per arrivare a ipotesi di soluzione elaborate dalla persona che vuole risolvere una situazione di malessere o ha la necessità di ricercare un nuovo equilibrio attraverso l'assunzione di nuovi comportamenti.

Il corso affronta, dal punto di vista teorico – pratico, la conduzione dei colloqui motivazionali attraverso le tecniche di base del *counseling*, con particolare riferimento al *counseling nutrizionale*: costruzione della relazione, ascolto attivo, empatico e non-direttivo, facilitazione, formulazione delle domande, esplorazione dei problemi, messa in discussione e cambiamento, riassunto – riformulazione – parafrasi, rispecchiamento, azione. Le parti teoriche si avvalgono dei contributi disciplinari della Antropologia Medica, della Psicologia Medica, della Psicologia della Salute, della Programmazione Neuro Linguistica.

Obiettivi del corso

1. Conoscere le differenti definizioni del *counseling*
2. Conoscere i concetti fondanti la **medicina centrata sul paziente**
3. Conoscere, dal punto di vista dell'**antropologia medica**, i fenomeni di salute/malattia
4. Conoscere il contributo della **Psicologia della**

Salute all'analisi del cambiamento dei comportamenti alimentari

5. Conoscere i meccanismi di inculturazione dell'alimentazione e del corpo dal punto di vista antropologico
6. Apprendere a collegare la ruota del cambiamento all'uso delle varie fasi e tecniche del *counseling*
7. Acquisire competenze rispetto al concetto di **corpo abitato** e sperimentare la gestione del proprio corpo nel processo di comunicazione e relazione
8. Apprendere le tecniche di base del *counseling*: scambio d'informazioni, formulazione delle domande, riassunto, parafrasi, messa in discussione, riflessione, costruzione della motivazione al cambiamento
9. Sperimentare la gestione di colloqui d'aiuto con le tecniche del *counseling*
10. Apprendere i contenuti teorici e pratici della **Programmazione Neuro Linguistica**
11. Sperimentare le strategie operative del *counseling* per: fornire informazioni, supportare nella crisi, ricercare la soluzione di problemi, favorire il processo decisionale
12. Conoscere i meccanismi della efficace costruzione di un obiettivo secondo la **PNL**
13. Apprendere l'uso del *counseling* nella concordanza ai trattamenti terapeutici

Contenuti

1. Il *counseling*, le sue definizioni e applicazioni
2. La medicina centrata sul paziente
3. La Psicologia della Salute
4. I processi di inculturazione e di uso del corpo per l'antropologia medica
5. Il *counseling* e la ruota del cambiamento
6. Il corpo abitato: tecniche di danza movimento terapia
7. Tecniche di *counseling*: informare, riassumere, parafrasare, riflettere, mettere in discussione, abilitare al cambiamento, riformulare, mettere in discussione
8. La Programmazione Neuro Linguistica e il suo uso nel *counseling*
9. La costruzione di un obiettivo secondo la PNL
10. La malattia cronica
11. I fenomeni di salute/malattia nell'ottica dell'antro-

pologia medica

12. Il counseling e la concordanza ai trattamenti terapeutici

Metodologia

Lezioni partecipate, lezioni magistrali, lavori di gruppo, discussioni guidate, *role playing*, esercitazioni pratiche, esercizi di tecniche corporee mutuati dalla danza movimento terapia utili a far apprendere ai partecipanti la lettura della propria comunicazione non verbale e paraverbale e a saperla gestire nelle relazioni con gli utenti, visione e analisi di *CD rom* didattici.

Iscrizioni

Il corso è a numero chiuso ed aperto ad un massimo di 25 partecipanti. L'iscrizione al corso è subordinata all'ordine d'arrivo delle domande. Il corso verrà attivato al raggiungimento di un numero minimo di partecipanti.

E' prevista una iscrizione al corso attraverso la scheda allegata.

Il pagamento dovrà essere effettuato una volta raggiunto il numero di partecipanti sufficiente per l'attivazione e verrà comunicato dalla segreteria

Il Costo del Corso è di euro 500,00

Crediti ECM

Il Corso è in fase di accreditamento ECM per tutte le professioni sanitarie. Nelle precedenti edizioni sono stati attribuiti 40 CREDITI.

Responsabile del Corso: dr Giancarlo Pocetta, Medico di Sanità Pubblica, Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria, Ricercatore in Igiene dell'Università degli Studi di Perugia, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria

Segreteria Scientifica: dott.ssa Paola Beatini, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria

Tel 075.5857357

e-mail paola.beatini@unipg.it

Segreteria organizzativa: signor Albergo Antognelli, Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria

Tel 075.5857356

e-mail: alberto.antognelli@unipg.it

NOTIZIARIO DELLA RETE ITALIANA CULTURE DELLA SALUTE

CIPES Toscana: Rete Sociale – Cultura della Salute – Arte – Qualità

Sabato 13 ottobre 2012 a Firenze, nell'Aula Sindacale dell'Azienda Sanitaria di Firenze presso l'area di San Salvi, si è svolto il *Corso per lo sviluppo e il miglioramento personale e professionale con il sistema Sound Genius* del Maestro Giorgio Fabbri.

L'iniziativa è stata organizzata da CIPES Toscana (Confederazione Italiana per l'Educazione e la Promozione della salute) ed è stata aperta alla partecipazione dei soci della Società Italiana di Medicina Psicosomatica.

Il Corso, basato sull'originale sistema formativo "Sound Genius", ideato dal Maestro Giorgio Fabbri è stato già sperimentato in numerose sessioni di formazione presso Università e Aziende.

Giorgio Fabbri è una personalità estremamente carismatica. Dotato di una grandissima ricchezza umana, è insigne musicista, Direttore d'Orchestra e Compositore, ha partecipato a centinaia di eventi artistici in tutto il mondo collaborando con i più grandi artisti di musica sinfonica e lirica, è stato Direttore dei Conservatori di Adria e di Ferrara e si occupa di formazione d'impresa proponendo il modello Music Mind System finalizzato a valorizzare il potenziale della mente umana attraverso la musica.

Il Corso nasce dalla consapevolezza che la musica sprigiona nella sua armonia enormi potenzialità formative; il metodo dell'incontro, pertanto, rappresenta un'innovativa proposta educativa per coloro che desiderano crescere e migliorare in ambito personale e professionale raggiungendo nuovi e sempre più elevati traguardi. L'obiettivo è infatti quello di risvegliare la genialità che è nella mente di ognuno di noi per poter potenziare la capacità di realizzare i propri desideri.

CIPES Toscana ha voluto organizzare questa occasione di crescita personale per tutti coloro che condividono l'importanza della rete sociale, della cultura della salute e dei comportamenti favorevoli ad essa.

Dopo una riflessione sullo scenario sociale ed economico attuale, caratterizzato da complessità ed incertezza, il quale richiede consapevolezza di chi siamo e degli obiettivi che vogliamo raggiungere, il lavoro ha visto i partecipanti protagonisti nella ricerca di equilibrio fra miglioramento del capitale mentale e ricerca dello stato di benessere.

Il percorso ha inteso sviluppare il potenziale per affrontare lo stress della vita in modo che l'individuo riesca a lavorare in modo produttivo e creativo, a stabilire relazioni forti e positive con gli altri, dare un contributo alla comunità.

Dal successo del percorso è nata la proposta di rividersi il prossimo anno.

(a cura di Brunella Librandi)

AIES Liguria

Contributo AIES al buon funzionamento del Distretto socio-sanitario Alessandro Seppilli di Ortonovo

Un esempio di buona pratica nel modo di essere associazione al servizio della promozione della salute dei cittadini è fornito dall'AIES Liguria sezione di Ortonovo la quale ha attivato un processo per la costituzione della Commissione Utenti del Distretto "Alessandro Seppilli" di Ortonovo. Riportiamo integralmente il testo della lettera inviata in proposito dal Presidente dell'AIES Liguria Comitato Locale di Ortonovo, Giuseppe Vinazzani, al Presidente della locale Conferenza dei Sindaci nella quale si ribadiscono gli obiettivi che, afferma Vinazzani, "se perseguiti, andrebbero ad affermare una maggiore autonomia e potere decisionale del distretto che, nella giusta revisione delle ASL, divengono nodi e fulcro dell'intero sistema delle cure primarie".

Il testo della lettera è il seguente.

Ortonovo, 18 gennaio 2013

Al Presidente della Conferenza dei Sindaci ATS n. 67 (Prof. Francesco PIETRINI) / e p.c. Al Presidente della Regione Liguria (Claudio BURLANDO) / All'assessore alla sanità Regione Liguria (Claudio MONTALDO) / Al Direttore Generale dell'Asl n. 5 "Spezzino" (dr. Gianfranco CONZI) / Al Direttore Sanitario dell'Asl n. 5 (dr. Andrea CONTI) / Al Diret-

tore distretto socio sanitario n. 2 Val di Magra (dott.ssa Alessandra BERTONE) / Al Direttore Amministrativo dell'ASL n. 5 (dott.ssa Renata CANINI) / Al Direttore Sociale del Distretto Sociosanitario n. 19 (dott. Marco FORMATO) / Ai membri della Commissione Utenti del distretto / A "La Nazione" / Al "Secolo XIX"

Oggetto: Contributo AIES al buon funzionamento del Distretto socio-sanitario Alessandro Seppilli di Ortonovo

Pregiatissimo Presidente Pietrini, in qualità di Associazione proponente la costituzione della Commissione di Utenti utile a far funzionare al meglio il Distretto socio-sanitario Alessandro Seppilli, nel ringraziarla per aver avviato il processo partecipativo approvato dalla Conferenza dei Sindaci d'ambito sociale 67 e dall'ASL n. 5, indicendo la prima riunione avvenuta in data 12 gennaio 2013 presso la sala giunta del comune di Ortonovo, riteniamo necessario, alla luce di quanto dibattuto, ribadire quanto espresso in riunione al fine di dare un ulteriore contributo nel definire gli obiettivi specifici e fondamentali che auspichiamo vengano perseguiti dalla commissione stessa quali:

- Coordinamento di tutte le prestazioni sanitarie di primo livello;
- integrazione completa tra sociale e sanitario;
- governo clinico con la collaborazione e la responsabilizzazione organizzativa di tutti i medici di base;
- continuità delle cure con la presenza degli specialisti;
- la prima fonte dell'osservazione epidemiologica;
- non ultimo rivalutare il capitolo preventivo con attività di promozione alla salute, partendo dai determinanti sociali oltre che sanitari, sulla base dei quali dovrebbero poi essere stabiliti gli obiettivi ed assegnati i compiti, destinate le risorse e valutati i risultati.

Tali obiettivi se perseguiti, andrebbero ad affermare una maggiore autonomia e potere decisionale del distretto che, nella giusta revisione delle ASL, divengono nodi e fulcro dell'intero sistema delle cure primarie.

Ringraziando per l'attenzione rivolta, si invia un cordiale saluto Presidente AIES Regione Liguria Comitato locale di Ortonovo dr. Giuseppe Vinazzani

Comitato Locale di Ortonovo

Nel solco di una tradizione ormai consolidata, il Comitato Locale di Ortonovo dell'AIES Liguria rende noto il programma della XIX

edizione della PEDALATA ECOLOGICA "Pensando al Cuore". Quest'anno ad introdurre l'iniziativa, è stata organizzato un convegno in collaborazione con la Società Italiana di Nutrizione Umana sul tema "Ecosostenibilità alimentare e ambientale". Le due iniziative si terranno nel mese di Settembre 2013 con date da definire

(a cura di Giuseppe Vinazzani)

AIES-CIPES Sicilia

| | | |
|-------------------------------|----|--|
| | 5 | <i>In questo numero</i> |
| | 7 | A proposito del titolo Lamberto Briziarelli |
| <i>Atti del Convegno</i> | 9 | La Sanità Pubblica in Umbria a 150 anni dall'Unità <i>Programma Convegno</i> |
| <i>Apertura dei lavori</i> | 11 | Lamberto Briziarelli |
| <i>Saluti delle Autorità</i> | 14 | Wladimiro Boccali, Vittorio Piacenti d'Ubaldi, Guido Guarnieri, Graziano Conti, Carlo Colaiacovo, Tullio Seppilli |
| <i>Relazione introduttiva</i> | 26 | L'igiene a Perugia, da Carlo Ruata ad Alessandro Seppilli Francesco Bistoni |
| <i>Relazioni</i> | 35 | Rilancio di una azione Maria Antonia Modolo |
| | 38 | L'evoluzione dell'Igiene, dalla prevenzione alla promozione Walter Ricciardi, Antonio Giulio De Belvis |
| | 48 | L'evoluzione del sistema sanitario italiano Lamberto Briziarelli |
| | 62 | L'evoluzione dell'assistenza al cittadino Marcello Catanelli |
| <i>Tavola Rotonda</i> | | <i>La Nuova Sanità Pubblica</i> |
| | 66 | Introduzione e apertura Andrea Cernicchi |
| | 68 | Il distretto e l'amministrazione locale Filippo Antonio Bauleo, Wladimiro Boccali |

| | | |
|--------------------|-----|--|
| | 74 | Il medico di famiglia in questi 30 anni: dall'istituzione dei "Centri di Salute", verso la "Casa della Salute" Damiano Parretti, Rosalba Armati |
| | 86 | Il ruolo del Dipartimento di Prevenzione Fausto Francia |
| | 91 | La partecipazione del cittadino Giuseppe Vinazzani |
| <i>Conclusioni</i> | 96 | Franco Tomassoni |
| | 97 | Riassunti/Sommaries |
| <i>Allegato 1</i> | 104 | Le diapositive in vetro di Oddo Casagrandi su temi dell'Igiene nella prima metà del secolo scorso a cura di Lamberto Briziarelli |
| <i>Allegato 2</i> | 114 | Ragionamenti sulla sanità, oggi e ieri. Fuori dalla crisi con più welfare Gianni Barro |
| <i>Allegato 3</i> | 124 | <i>da:</i> Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals. WHO Europe - Belgium Federal Public Health Service, 2011-2012 / Proposta delle Regioni per il Patto per la Salute 2013-2015: <i>documento tecnico</i> . Riunione Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità, Roma, 24 gennaio 2012 / Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale umbro: problemi di salute e modelli organizzativi per la sostenibilità |

| | | |
|-------------------|-----|--|
| | 149 | <i>In questo numero</i> |
| <i>Editoriale</i> | 151 | Salute mentale e servizi per la salute mentale Francesco Scotti |
| <i>Saggi</i> | 158 | Disuguaglianze sociali e salute mentale Francesco Amaddeo, Valeria Donisi |
| | 170 | L'approccio basato sulle evidenze in salute mentale: navigazione a vista tra entusiasmo e scetticismo Angelo Barbato |
| | 177 | La crisi economica: rischio e opportunità per il Dipartimento di Salute Mentale Lucio Ghio, Paolo F. Peloso, Luigi Ferrannini |
| | 192 | I modelli regionali nelle politiche di salute mentale Mauro Percudani, Giorgio Cerati, Andrea Angelozzi, Gruppo di Lavoro S.I.P. |
| | 205 | I livelli essenziali di assistenza (LEA) per la salute mentale Bruno Benigni |
| | 217 | Il ruolo dei Servizi Specialistici e delle Cure Primarie nella assistenza ai pazienti con disturbi mentali Fabrizio Asioli |
| | 225 | Il sistema informativo come strumento di valutazione della qualità della cura nei servizi di salute mentale Antonio Lora |
| | 234 | Ricerca e pratiche innovative nei servizi di salute mentale: il <i>recovery movement</i> Elisabetta Rossi |
| | 245 | Nati per leggere e lo sviluppo del bambino Sandro Bianchi, Corrado Rossetti, Giulia Mancini |

| | | |
|-------------------|-----|---|
| <i>Intervista</i> | 251 | Il contributo dei familiari a una politica di salute mentale. Intervista di Francesco Scotti a Ernesto Muggia, fondatore dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale (UNASaM) |
| <i>Ricerche</i> | 259 | Benessere Psicologico e comportamenti a rischio in adolescenza Manuela Zambianchi, Pio E. Ricci Bitti |
| | 273 | Il fattore stress lavoro-correlato come determinante dell'ipertensione essenziale Sonia Rosaria Petrosino, Oreste Caporale, Rossella Bellopede, Fabio Savoia, Annunziata Germano, Francesca Galdo, Maria Triassi |
| <i>Recensioni</i> | 283 | |
| <i>Schede</i> | 292 | |
| <i>Documenti</i> | 293 | Salute mentale e sviluppo: una rassegna dei programmi e dei documenti del WHO |
| <i>Notiziario</i> | 298 | IX Conferenza Europea dell'Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (IUHPE), Tallin (Estonia), 27-29 settembre 2012, Health and Quality of Life – Health, Economy, Solidarity / All Inclusive Public Health, V Conferenza Europea EUPHA European Public Health Association, Malta, 7-10 Novembre 2012 / La Prevenzione e la Sanità Pubblica al servizio del Paese: l'igienista verso le nuove esigenze di salute. XLV Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina, Preventiva e Sanità Pubblica - Santa Margherita di Pula (CA), 3-6 ottobre 2011 / MONDO CSES: ATTIVITÀ FORMATIVE DEL CSES, Master di I Livello, Progettazione, Coordinamento e Valutazione di interventi integrati di promozione ed educazione alla salute / Edizione 2013 / Corsi ECM: Storie di <i>leadership</i> (12-14 settembre 2012) / Il <i>counseling</i> nutrizionale (17-20 settembre 2012) / MONDO CIPES: DALLA CIPES TOSCANA RICEVIAMO E VOLONTIERI PUBBLICHIAMO |

| | | |
|-------------------------|-----|--|
| | 309 | <i>In questo numero</i> |
| <i>Editoriali</i> | 311 | Consumi infiniti in un pianeta finito Lamberto Briziarelli |
| | 315 | Taranto e la gestione comune di salute e territorio Carlo Romagnoli |
| <i>Monografia</i> | 319 | La rivoluzione epigenetica Francesco Bottaccioli, Anna Giulia Bottaccioli |
| | 336 | Capitale sociale, reti, relazioni Paola Di Nicola |
| | 348 | I telefoni cellulari: un problema di salute pubblica? Irene Figà Talamanca, Claudia Giliberti, Silvana Salerno |
| | 363 | La gestione di problematiche ambientali da inquinamento atmosferico: un'esperienza trasferibile Fausto Francia, Paolo Pandolfi, Elisa Stivanello |
| | 374 | Il "Progetto Microaree" nei distretti di Trieste. Azioni innovative per una salute globale in una rivisitazione operativa delle cure primarie Maria Grazia Cogliati Dezza, Paolo Da Col, Monica Ghiretti, Michela Degrassi, Marco Spanò, Emanuela Fragiaco, Angela Pianca, Ofelia Altomare, Flavio Paoletti, Barbara Ianderca, Claudia Rusgnach, Franco Rotelli |
| | 388 | L'informazione, la comunicazione e l'educazione sui temi ambientali finalizzate alla tutela della salute pubblica. Analisi sintetica delle attività di ISDE Italia in un anno indice Agostino Di Ciaula, Antonio Faggioli |
| <i>Altri contributi</i> | 393 | Qualità in promozione della salute Carlo Romagnoli |
| | 406 | Incidenti e alcol: i giovani non sanno o non vogliono sapere? Michela Paccamiccio, Paola Carbone, Elisa Casini |

- 416 Comportamenti a rischio in un campione di giovani individuati nel contesto di un intervento di prossimità – Progetto Overnight
Carmela Daniela Germano, Eva Perizzolo, Riccardo Tominz, Matteo Bovenzi, Antonina Contino, Roberta Balestra
- Recensioni* 428
- Documenti* 436 Il biogas. Criteri per una produzione sostenibile, LEGAMBIENTE, 19 settembre 2012 / Riflessioni sulle linee guida per il TSO e per la prevenzione della contenzione: una psichiatria non violenta è un'utopia?
Francesco Scotti
- Notiziario* 449 III Assemblea del People's Health Movement / 20° congresso annuale EUPHA - 34° incontro annuale ASPHER - V Conferenza annuale di Sanità Pubblica 2012. *All Inclusive Public Health*, Portomaso, St. Julian's, Malta 7 - 10 November 2012 / European Public Health Association (EUPHA), European Society for Prevention Research, 3rd International Conference *Common risk and protective factors, and the prevention of multiple risk behaviours*, Krakow (Poland), December 6-7, 2012 / Centro sperimentale per l'educazione sanitaria, Università degli studi di Perugia: Master in *Progettazione, coordinamento e valutazione di interventi integrati di promozione ed educazione alla salute*, a.a. 2012-2013 / *Tecniche di counseling nutrizionale e di Programmazione neuro linguistica. corso di approfondimento*, Perugia, 6-8 maggio 2013 / *Il counseling nutrizionale: tecniche di comunicazione per promuovere il cambiamento dei comportamenti alimentari*, Perugia, 27-30 maggio 2013 / Tallin: Gruppo di Lavoro per lo Sviluppo delle Competenze Professionali in Promozione della Salute / COMP HP: Pubblicato il Manuale delle Competenze in Promozione della salute / Smart people and smart living / Politiche di efficienza di risparmio energetico e di contrasto ai cambiamenti climatici / Notizie dalla Rete Italiana Culture della Salute CIPES/AIES / European Training Consortium for Public Health and Health Promotion (ETC-PHHP): *Building bridges: creating synergy for health* / Paolo Contu Preside della Facoltà di Medicina a Cagliari

| | | |
|-------------------------|-----|--|
| | 469 | <i>In questo numero</i> |
| <i>Editoriali</i> | 471 | Un anno di lavoro: la sfida di un nuovo titolo Filippo Antonio Bauleo |
| <i>Monografia</i> | 473 | L'Osservatorio "Ambiente e Salute" di Terni Giancarlo Pocetta |
| | 484 | Rifiuti e consumo: una ricerca sul territorio umbro Sabrina Flamini, Maya Pellicciari |
| | 501 | Valutazione di impatto sulla salute: uno strumento per i decisori Liliana Minelli, Alessia Biribanti, Riccardo Casadei, Endro Martini, Anna Maria Mensà, Manuela Chiavarini |
| | 513 | La georeferenziazione applicata alla registrazione delle patologie neoplastiche: uno strumento per la Sanità Pubblica Valentina Anemoli, Chiara Cappuccini |
| <i>Altri contributi</i> | 524 | La gestione del distress degli operatori oncologici: l'esperienza di formazione realizzata presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia Paolo Catanzaro, Anna Calabro, Anna Tei, Luciano Mancinelli, Giuliana Nataloni, Anna Maria Paci, Davide Albrigo, Simonetta Regni, Alessandra Passini, Valentina Topini, Giovanni Ascione, Andrea Bartocci, Giuseppe Ambrosio |

| | | |
|-------------------|-----|--|
| | 535 | Salute ed attività fisica: effetti favorevoli osservati in un campione di studenti di Torino (Studio HBSC) Alessandra D'Alfonso, Silvio Geninatti, Giuseppina Viola |
| <i>Recensioni</i> | 543 | |
| <i>Schede</i> | 546 | |
| <i>Documenti</i> | 552 | Il curriculum igienistico (Documento approvato dal Collegio dei Docenti Universitari della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica nella riunione a Cagliari del 4/10/2012) |
| <i>Notiziario</i> | 554 | Sintesi dell'incontro nazionale del Programma Guadagnare Salute in Adolescenza, Torino, 22-23 novembre 2012 / Risultati o Retorica? Tutto quello che non sapevate sull'Aiuto Pubblico allo Sviluppo europeo per la Salute / Società Italiana di Technology Assessment – Statement finale del V Congresso Nazionale / elazione sullo stato sanitario del Paese, 2011 / NOTIZIARIO CENTRO SPERIMENTALE PER L'EDUCAZIONE SANITARIA Tecniche di <i>counseling</i> nutrizionale e di Programmazione neuro linguistica. Corso di approfondimento, Perugia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Didattico Sant'Andrea delle Fratte, Perugia 6-8 maggio 2013 / Il <i>counseling</i> nutrizionale: tecniche di comunicazione per promuovere il cambiamento dei comportamenti alimentari, Perugia, 27 - 30 maggio 2013, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo Didattico, Sant'Andrea delle Fratte/ NOTIZIARIO DELLA RETE ITALIANA CULTURE DELLA SALUTE / CIPES Toscana: Rete Sociale – Cultura della Salute – Arte – Qualità / AIES Liguria / Comitato Locale di Ortonovo / AIES-CIPES Sicilia |



L'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool nasce nel marzo 1991 con l'intento di raccogliere e mettere a disposizione della comunità scientifica e della collettività nazionale informazioni e scientificamente attendibili sulle modalità di consumo di bevande alcoliche e sulle relative problematiche nella popolazione giovanile italiana.

In questi anni la missione dell'Osservatorio è stata quella di promuovere ricerche, in un'ottica di integrazione interdisciplinare finalizzata ad ottenere una visione globale del fenomeno. A partire da un approccio bio-psico-sociale delle problematiche alcool correlate, l'Osservatorio ha voluto integrare ed allargare la dimensione "sanitaria" del problema approfondendo gli aspetti psicosociali ed antropologico-culturali dei comportamenti individuali e collettivi, compresi gli aspetti economici e quelli politico-legislativi.

Ispirandosi ai principi dell'"alcologia sociale" che, specie a livello europeo, trova sempre più consensi, l'Osservatorio ha esercitato un ruolo primario nell'identificare strategie di prevenzione dell'eccedenza efficaci e consapevoli delle differenze culturali e comportamentali.

La crescente attenzione per le problematiche alcool correlate ha posto l'esigenza di strutturare maggiormente l'Osservatorio dal punto di vista organizzativo, ampliando il numero dei suoi partner.

I mutamenti delle realtà giovanili e la crescente globalizzazione hanno inoltre reso necessario un allargamento delle tematiche ai comportamenti alimentari e agli stili di vita dei giovani ed un rafforzamento del network europeo, per garantire la realizzazione di ricerche comparate e l'elaborazione di strategie di prevenzione adattabili in diversi paesi.

In questa ottica una sempre maggiore enfasi verrà posta sulla promozione di collaborazioni internazionali che permetteranno il confronto e lo scambio di esperienze e la collaborazione reciproca fra strutture ed esperti ai massimi livelli.

Obiettivi

Nel fornire aggiornate informazioni sul comportamento connesso al bere della popolazione l'Osservatorio vuole essere:

- Uno strumento per operatori e policy makers del settore
- Un'affidabile fonte di interpretazione sul consumo d'alcool e politiche sociali
- Un'agenzia permanente di valutazione e monitoraggio dei fenomeni delle misure preventive

Il complesso di queste attività è finalizzato alla promozione di un consumo d'alcool responsabile. In quanto laboratorio di riflessione sulle fenomenologie di consumo legate all'alcool, l'Osservatorio si pone in particolare i seguenti obiettivi:

- Fornire in modo permanente dati ed informazioni aggiornate sui comportamenti degli italiani nei confronti del bere
- Promuovere fra le varie fasce e categorie della popolazione italiana un comportamento responsabile nei confronti dell'alcool
- Contribuire a prevenire i consumi smodati, gli eccessi e l'insieme dei comportamenti a rischio legati all'assunzione di alcool
- Contribuire a sviluppare e definire politiche alcol correlate più efficaci, attraverso una maggiore attenzione alle caratteristiche regionali delle comunità locali di auto regolarsi

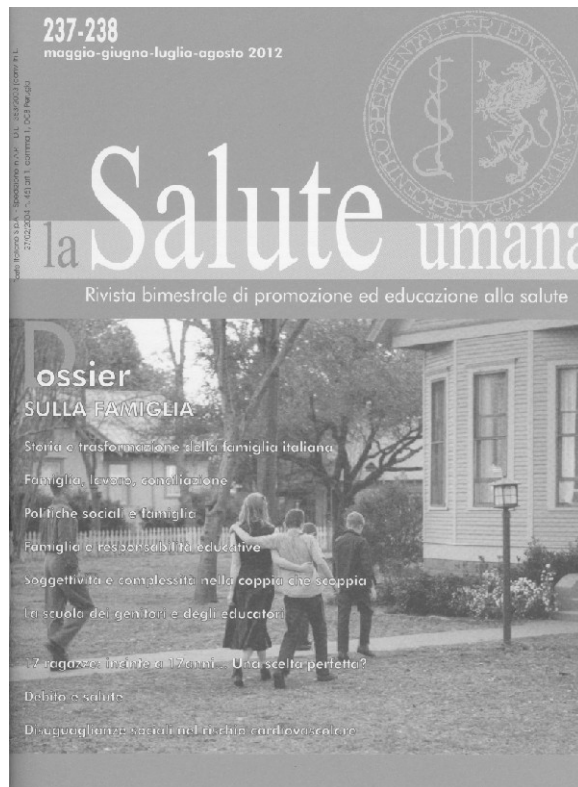
Presidente onorario: Umberto VERONESI

Presidente: Giancarlo TRENTINI

Vice-Presidenti: Michele CONTEL, Amedeo COTTINO

Presidente del laboratorio scientifico: Enrico TEMPESTA





la Salute umana

Testata bimestrale del Centro sperimentale per l'educazione sanitaria
Università degli studi di Perugia

Direttore Maria Antonia Modolo

Edita dalla Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)

Per informazioni e abbonamenti:

Centro sperimentale per l'educazione sanitaria
via del Giochetto, 6 , 06126 Perugia - tf. 075.5857355-57
e-mail: abbriv@unipg.it / redriv@unipg.it



AM

Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica
Testata semestrale della Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute (Perugia)
Realizzata con la collaborazione della Sezione antropologica del Dipartimento Uomo &
Territorio della Università degli Studi di Perugia

Direttore Tullio Seppilli

Per informazioni: Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute
Strada Ponte d'Oddi, 9 (ex Monastero Santa Caterina vecchia), 06125 Perugia
Tel. 075 41.508 - Fax 075 584.0812

Per abbonamenti: ARGO Editrice s.c.r.l.- Corte dell'Idume, 6 - 73100 Lecce
Tel: 0832 241.595 - Fax: 0832 303.630



Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria
Università degli Studi di Perugia

Master in Progettazione, coordinamento e valutazione di interventi
integrati di promozione ed educazione alla salute

Il Master 2012-2013 e il Progetto ComPH

Developing competencies and professional standards
for health promotion capacity building in Europe



La Segreteria scientifica

Per conoscere più da vicino il Master o richiedere un eventuale colloquio informativo
dott.ssa Paola Beatini: e-mail: paola.beatini@unipg.it / tel: +39 075/5857357

Finito di stampare nel mese di dicembre 2012

Norme editoriali

La rivista pubblica

1) Editoriali

2) Contributi originali: a) articoli originali; b) rapporti di esperienze; c) atti di convegni

3) Recensioni e schede

4) Documenti

5) Notiziario

Editoriali, recensioni, schede, documenti e notiziario vengono curati o richiesti dal Comitato di Redazione.

L'accettazione dei contributi originali è subordinata al giudizio del Comitato di Redazione e del Comitato Scientifico.

I contributi, anche dei lavori non pubblicati, non verranno restituiti. Gli articoli impegnano esclusivamente la responsabilità dell'Autore.

E' riservata la proprietà di qualsiasi articolo pubblicato nella rivista e ne è vietata la riproduzione anche parziale, senza citarne la fonte.

I rapporti di esperienze debbono seguire il seguente schema: obiettivi, metodi e strumenti, risultati.

Gli Articoli dovranno pervenire alla Redazione su supporto cartaceo e magnetico o per e-mail, utilizzando un formato di tipo diffuso (ambiente windows).

Debbono avere nella prima pagina il nome e cognome degli Autori, il titolo, le parole chiave in italiano e in inglese, il riassunto in 20 righe in italiano e inglese (articolato in obiettivi, metodologia, risultati), e l'indicazione dell'Istituto o Ente o Organizzazione in cui gli Autori operano.

La Bibliografia sarà redatta secondo il Vancouver Style.

Su foglio a parte andrà specificato il nominativo con relativo indirizzo dell'Autore di riferimento.

Tabelle e figure e grafici non devono di norma eccedere il numero di 5. Ogni tabella/grafico/figura dovrà essere redatta su foglio separato, numerata consecutivamente secondo l'ordine di citazione del testo e corredata da titolo e/o didascalia.

Documenti e comunicazioni devono essere inviati a:

Redazione di "Sistema Salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute"

c/o Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria, Università degli Studi di Perugia

via del Giochetto, 6/06126 Perugia

tel 075.5857357-56-55 - fax 075.5857361

e-mail: redriv@unipg.it - paola.beatini@unipg.it