

Promozione **S**alute

Notiziario del CIPES - **C**entro d'**I**niziativa per la **P**romozione **della S**alute

In questo numero:

Le rubriche

Claudio Mellana - Tanto ricchi e tanto poveri
CeDo - Nuovi documenti nel Centro di Documentazione
Parole crociate - Vaccino sì, vaccino no

Articoli

Guido Ziniti - Lezioni di solidarietà
Gabriella Martinengo e Monica Marchetti - Sulla violenza di genere
Di ritorno dalla XVII Conferenza Italiana HPH
Benedetta Lanza - A tutta fibra. Gli alleati del benessere
Barbara Bruschi - Digital Storytelling per alimentare speranze e saperi
Fanco Blezza - Stili di vita e necessità di prevenzione

Recensioni

Ilaria Simonelli e Fabrizio Simonelli - Verso la human rights - based community globale
Michael Marmot - La salute disuguale
G. Costa et al. (a cura di) - 40 anni di salute a Torino
Franco Blezza - L'arte della parola che aiuta
Franco Blezza - Che cos'è la pedagogia relazionale



TANTO RICCHI E TANTO POVERI



Bei tempi quelli di quando un famoso complesso musicale poteva chiamarsi I Ricchi e Poveri senza con questo creare scandalo.

Che ci fossero al mondo sia i ricchi sia i poveri era evidente e noto a tutti ma quei quattro ragazzi sembravano dirci: "Guardate, due di noi sono ricchi e due sono poveri ma si va ugualmente d'accordo e vedrete che con il tempo le

differenze si affievoliranno e magari scompariranno." Si era nel 1968, anno della nascita del complesso, di speranze e lotte alte e corpose.

Nel 2016 Oxfam ci dice che 8 paperoni possiedono un patrimonio totale pari a quelli di 3,6 miliardi di poveri.

Insomma abbiamo un nuovo complesso, non proprio musicale, che potremmo chiamare gli Straricchi e gli Strapoveri.

A ben vedere però la notizia è stata accolta dai più con lo stesso spirito con la quale venne accolta nel 1968 la nascita del complesso musicale, ovvero senza scandalo.

Cinquanta anni dopo pare del tutto normale, anzi naturale, che ci sia chi detenga un patrimonio personale di 75 miliardi di dollari e chi, mediamente, 111 dollari a testa.

Eppure la povertà, la povertà estrema, è la maggior causa di morte al mondo.

Perché la miseria è all'origine della sottoalimentazione e della malnutrizione, della mancanza di acqua potabile e di fognature, eccetera. Che poi tutto ciò si definisca attraverso il nome di alcune malattie è secondario. Nel certificato di morte andrebbe scritto solo: morto di povertà.

Ma la cosa buffa, si fa per dire, è che nella nostra cultura un epiteto, con significato di grave biasimo, è miserabile.

Avete capito bene, essere poveri è vergognoso. Tanto da diventare un insulto.

"Vergognati, morto di fame!" vi piace di più? E' sempre un insulto, mica raro da ascoltare. Ma anche pezzente, straccione o barbone hanno spesso il loro quarto d'ora di celebrità sulla bocca di quelli che amano inveire.

Tutti questi insulti nascono da una cultura che vuole il povero colpevole di esserlo. Come si dice, cornuto e mazziato.

Che volete, sarò retrò, ma io invece sogno di poter insultare qualcuno, prima o poi, gridandogli: "Vergognati, creso!". Anzi, credo che comincerò a farlo.

Claudio Mellana



Piano Regionale Amianto 2016 - 2020

In data 1 marzo 2016 il Consiglio regionale del Piemonte ha approvato il Piano regionale di protezione dell'ambiente, di decontaminazione, di smaltimento e di bonifica ai fini della difesa dai pericoli derivanti dall'amianto (Piano Regionale Amianto) per gli anni 2016-2020, consultabile e scaricabile.

Il Piano Regionale Amianto esamina le problematiche di natura sanitaria e ambientale, delineando obiettivi e strategie operative da perseguire su più fronti, tra i quali la mappatura dei siti con presenza di amianto di origine naturale ed antropica, la bonifica dei siti con amianto in matrice friabile e compatta e dei siti di interesse nazionale, le problematiche relative allo smaltimento dei rifiuti provenienti dalle bonifiche, indicazioni di carattere geologico per la progettazione di opere in aree con presenza naturale di amianto.

CENTRO DI DOCUMENTAZIONE

**Collegandosi al sito
www.cipespiemonte.it/cedo
e cliccando sui codici si accede ai nuovi documenti
5745 inserimenti alla data del 15/2/2017**

- 5444 - Anno scolastico 2013-2014 - Asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia: il censimento della unità di offerta e la spesa dei comuni
- 5445 - Tackling food marketing to children in a digital world: trans-disciplinary perspectives - Cibo spazzatura. OMS si scaglia contro la pubblicità on line "mirate" sui bambini. Mancano tutele
- 5446 - HIV: modello di cura cronicizzato. Alla ricerca di una maggiore efficienza nella organizzazione e gestione della cura e della prevenzione - Libro Bianco
- 5351 - Ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età. Promozione di una vita lavorativa sostenibile - Guida alla campagna
- 5321 - La salute nel mondo. La fotografia del Global Burden of Disease 2015
- 5004 - Presentato il XIV Rapporto Nazionale sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva
- 5455 - Io non rischio Terremoto. Buone pratiche di protezione civile
- 5461 - Ecosistema Scuola - XVII Rapporto di Legambiente sulla qualità dell'edilizia scolastica, delle strutture e dei servizi
- 5465 - LEGGE 4 novembre 2016, n. 204 Ratifica ed esecuzione dell'Accordo di Parigi collegato alla Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici, adottato a Parigi il 12 dicembre 2015. (16G00214) (GU n.263 del 10-11-2016) Vigente al: 11-11-2016
- 5469 - Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 2016 IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva - 2016-2017. (G.U. 15 novembre 2016, n. 267, S.O.)
- 5212 - Salute e sicurezza nelle imprese artigiane e nelle PMI: cosa occorre sapere e cos si deve fare
- 5283 - Vi racconto il mio percorso di cura: in Comunità ho ritrovato la lucidità, dopo la devastazione di cocaina ed alcool...(Video sulla prevenzione)
- 5430 Promozione della salute e sicurezza nelle strutture scolastiche. "LA CiiP PROPONE" - Settembre 2016

Promozione Salute

Notiziario bimestrale del CIPES - Centro di Iniziativa per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria - Registrazione del Tribunale di Torino N°4686 del 3/9/1994 - Sede: CIPES, Lungo Dora Savona 30 - 10152 TORINO tel. +393271340872 - mail: notiziario@promozionesalute.org; http://www.promozionesalute.org - Versamenti quote adesione bollettino c/c postale: IBAN: IT51 U076 0101 0000 0002 2635 106; UniCredit Banca: IBAN: IT 48 W 02008 01109 000001692993; Codice Fiscale 97545040012

Redazione:

Direttore Responsabile **Mirella Calvano**, Direttore: **Sante Bajardi**, **Giovanni Romano**, **Giuseppina Viola**, **Gabriella Martinengo**, **Claudio Mellana**,

Indice

- Pag. 2 Tanto ricchi e tanto poveri (Claudio Mellana)
- Pag. 3 Centro di Documentazione (Tommaso Cravero)
- Pag. 4 Vaccino, sì, vaccino no (Ninco Nanco)
- Pag. 5 Lezioni di solidarietà (Guido Ziniti)
- Pag. 6 Quando il rapporto di coppia scivola nella violenza
- Pag. 8 Ancora aumento femminicidio (Monica Marchetti)
- Pag. 11 Editoriale - Conferenza HPH di Roma
- Pag. 12 La Conferenza HPH di ROMA (Giulio Fornero)
- Pag. 15 Tutelare i diritti dei minori (Domenico Tangolo)
- Pag. 17 Convegno degli Health promoting Hospitals (Lucia Celesti)
- Pag. 18 Le Reti HPH - Progetto Siblings (Mario Caserta)
- Pag. 20 Immagini della conferenza di Roma
- Pag. 22 Umanizzazione delle cure e valutazione partecipata della qualità (Sara Carzaniga, Giovanni Caracci)
- Pag. 24 "A tutta fibra!" Gli alleati del benessere (Benedetta Lanza)
- Pag. 26 Digital storytelling per alimentare speranza e saperi (Barbara Bruschi)
- Pag. 27 Stili di vita e necessità di prevenzione (Franco Blezza)
- Pag. 28 Recensioni - Verso la human rights-based community globale
- Pag. 29 Recensioni - La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto
- Pag. 30 Recensioni - 40 anni di salute a Torino
- Pag. 31 Recensioni - L'arte della parola che aiuta - Che cos'è la pedagogia

Vaccino sì, *vaccino no*

In un manifesto a favore della vaccinazione dei bambini, ideato da un ospedale pediatrico toscano, si vede un piccino che, proteso verso la mamma, le chiede: mi dai un vaccino, anziché il prevedibile bacino. Comunque la si pensi sulla pratica della vaccinazione, si tratta di una metafora assai efficace, perché richiama insieme valori forti quali affetto e responsabilità. I genitori non vaccinatori non sono certo genitori meno attenti di altri alla salute dei propri figli. Prima di dare giudizi etici sulla loro scelta occorre domandarsi da dove nasce tale rifiuto, pericoloso per la collettività dal momento che la soglia di sicurezza prevede almeno il 95% di vaccinati.

Ma chi sono i genitori antivaccinazione? Purtroppo manca al riguardo uno studio sociologico completo. Qualcosa ha fatto l'A.S.L. di Verona, su un campione ristretto, ma significativo. Il profilo che emerge, descrive un genitore in età fertile, cultura media, attivo sul social media, sportivo e salutista, che evita se può situazioni ansiogene, con qualche problematica di lavoro (e chi non ne ha, oggi). Potremmo definire tale profilo quello della generazione resa esistenzialmente precaria dalla globalizzazione e dai suoi epifenomeni. Ma quali sono le ragioni da tale rifiuto? Le principali sono: i vaccini, fra obbligatori e consigliati, sono troppi; vengono somministrati senza un esame soggettivo e senza valutare eventuali controindicazioni; hanno effetti collaterali che i medici non dichiarano o sottovalutano. Tutte queste ragioni entrano nel merito dei modi e degli effetti e chiamano in gioco i medici e le istituzioni sanitarie. Alla base di tutto mi sembra esistano problemi di comunicazione e un inadeguato o assente counseling preventivo per i genitori. Sono carenze in parte note e che possono essere rimosse. Maggiore chiarezza e semplicità, maggiore coinvolgimento non costano niente e avvicinano molto medici e genitori.

Emergono poi dallo studio veronese problemi più complessi, e che toccano la sfera esistenziale dei genitori che rifiutano il vaccino per i loro figli. Qui i medici da soli non bastano. Qui entrano in ballo valori e finalità che vanno ben oltre la sfera sanitaria. Entra in gioco una concezione di vita secondo la quale la natura non può essere violentata, che essa stessa conosce e offre i rimedi ai nostri mali, che l'intrusione di chimica, analisi mediche o statistiche, possono offrire pseudo rimedi, a volte peggiori del male che pretenderebbero di studiare o prevenire.

Un tale modo di pensare non si può contrastare, evidentemente, solamente sul piano della evidenza scientifica. Né possiamo augurarci che una epidemia conseguente ai mancati vaccini possa ribadire con crudezza da che parte sta la ragione. Anche perché, in tale infausta evenienza, ci sarebbe sempre qualcuno disposto a credere ad un complotto di "untori". Occorre perciò lavorare nel medio-lungo periodo, migliorando molto la capacità di ascoltare e di comunicare. Occorre soprattutto prendere atto con onestà che la flessione nel numero dei vaccinati è il sintomo di un problema generale che dall'inchiesta veronese mi pare emerga: la mancanza di fiducia. Nella scienza, nelle istituzioni, nella veridicità di notizie e informazioni. A tutto vantaggio delle pseudo-scienze e dei Dulcamara odierni. I cittadini stanno da una parte, il resto dall'altra? Non è così, certamente per quanto attiene a scienza medica e la sua pratica, perché per definizione non possono che essere a fianco dei cittadini e dei malati. Purtroppo è così per il resto e in ciò stanno le radici di questo come di altri problemi sociali di oggi.



Lezioni di solidarietà



“Unitevi tutti a noi... Perché è con l'unione di tutti che noi, poveri e deboli come siamo se isolati, potremo diventare una forza.” C. Pozzo

Nel quadro delle attività promosse dalla sede regionale del Piemonte e Valle d'Aosta della Società di Mutuo Soccorso “Cesare Pozzo”

figura un progetto finalizzato alla diffusione dei valori mutualistici e di solidarietà reciproca intesa come alleanza di individui liberi, consapevoli e responsabili per la difesa del livello di vita e di serenità delle loro famiglie. In questo primo scorcio del nuovo millennio sono offuscate ed abbandonate alcune idee che costituivano un modo di pensare la vita, individuale e collettiva, di intere generazioni. In particolare si rileva la scarsa conoscenza del movimento mutualista da parte delle nuove generazioni e del personale docente atto a spiegarlo, mentre è nostra convinzione che portare a testimonianza la storia del Mutuo soccorso nel passato ma anche del progetto mutualistico rivolto al futuro sia una storia da raccontare nella sua attualità.

A seguito dell'accordo concluso con NoiPA (tutele sanitarie per i dipendenti pubblici), la sede regionale della Mutua C. Pozzo ha promosso un programma di divulgazione della storia e dei valori attuali delle società di Mutuo Soccorso presso gli Istituti scolastici delle scuole elementari e medie e degli Istituti tecnici, dei Licei e delle Università aderenti all'iniziativa nel Piemonte. Partendo dalla storia ormai remota delle prime organizzazioni operaie create alla nascita dell'industria moderna in Europa e in Italia e dalle lotte risorgimentali che ne favorirono la formazione e lo sviluppo,

che ne favorirono la formazione e lo sviluppo, la Società di mutuo soccorso si sono sviluppate nell'Italia dell'ottocento per supplire alle carenze di un sistema sociale incapace di risolvere, con la sola carità e beneficenza della magnanimità regia o dei santi sociali, i gravi disagi creati dalla disoccupazione, dalle pessime condizioni di lavoro, dai salari insufficienti al mantenimento delle famiglie.

Dall'idea di ottenere, non per carità o per beneficenza ma per diritto riconosciuto, ciò di cui si ha bisogno, nascono le prime forme di auto-organizzazione sociale che, evolvendosi diedero vita alle casse di prevenzione e assistenza, alle cooperative di consumo e alle scuole per l'avviamento professionale che hanno formato la base del moderno Welfare che attualmente noi conosciamo.

Il programma si svolge di concerto con la direzione didattica dei singoli istituti e con la presenza del corpo docente nelle aule scolastiche, con una durata di 4 ore per le scuole elementari e medie e di 5 ore in due giornate per gli istituti superiori. Le lezioni sono tenute con la presentazione e la consegna di materiale didattico finalizzato all'argomento e con un programma audiovisivo preparato dalla direzione nazionale della società Mutua “Cesare Pozzo”.

Attualmente, durante il primo trimestre dell'anno scolastico 2016/2017, sono state coinvolte nel progetto 3 Istituti scolastici di scuola elementare e media e 3 Istituti superiori per un totale di 28 classi e 606 alunni con la partecipazione di 47 docenti per un totale di 26 giornate di insegnamento. Il gruppo formativo del programma, riconoscendo un risultato positivo dell'attività finora svolta e riscontrando un crescente interesse dell'argomento trattato fra gli alunni e fra gli insegnanti, si dichiara disponibile a proseguire nell'attività formativa dovunque sia richiesta questa integrazione al programma scolastico.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a simona.chiosso@mutuacesarepozso.it

Guido Ziniti

QUANDO IL RAPPORTO DI COPPIA SCIVOLA NELLA VIOLENZA



Gabriella Martinengo

I delitti e le violenze sulle donne non si attuano solo nelle storie di coppia, ma sorprendentemente la maggior parte dei casi riguarda proprio questo tipo di rapporti.

Per affrontare il gravissimo argomento collegato al femminicidio o comunque alla violenza subita dalle donne e spesso dai loro figli, abbiamo sentito il parere di due esperti: la Dr.ssa Teresa Emanuele della Direzione Sanitaria dell'Ospedale Maria Vittoria - Responsabile dell'Equipe antiviolenza dell'ex Asl TO2 e Roberto Poggi Coordinatore dello "Sportello Prevenzione violenza alle donne" dell'Associazione "Cerchio degli Uomini".

La Dr.ssa Emanuele riferisce che nel 2016 sono stati presi in carico dai rispettivi Pronto Soccorso 226 casi al Maria Vittoria e 265 casi al San Giovanni Bosco. Si tratta di un fenomeno trasversale che colpisce vari tipi di donne: il 50% sono donne italiane con partner italiano, con prevalenza in età fertile (30-50 anni) anche se qualche caso riguarda donne anziane. Più frequentemente gli atti aggressivi sono evidenziati su donne con un grado culturale basso, ma vi sono anche casi insospettabili. Si consideri comunque che sono sottostimati i casi in coppie benestanti che, più facilmente, si fanno seguire nel privato. A volte non c'è una vera e propria denuncia ma si

evince dai passaggi ripetuti presso il Pronto Soccorso con motivazioni apparentemente non collegate all'aggressione. Il percorso presso il Pronto Soccorso è specifico per questi casi con personale dedicato e spazi riservati per garantire la migliore presa in carico della vittima.

Altro gravissimo problema è quello della violenza assistita o subita dai figli, spesso ancora bambini che, come per la madre, dovranno superare il trauma anche psicologicamente. Minori che, nei casi più gravi, vengono giuridicamente allontanati da uno o entrambi i genitori con la conseguente perdita di riferimenti, senso di abbandono e rabbia nei confronti di figure che avrebbero dovuto proteggerli.

Grazie ad un progetto finanziato dal Ministero della Salute, l'ASL offre un servizio di sostegno, gestito dalla Dr.ssa Daniela Morero, psicologa esperta in questo settore.

Si è inoltre avviata la riabilitazione dei detenuti, finiti in carcere per questo tipo di violenze, nell'ambito dei progetti di collaborazione dell'ASL con la Casa Circondariale.

Dal punto di vista del "Cerchio degli Uomini" in senso lato, spiega Roberto Poggi, il problema era già emerso 18 anni fa con la nascita dell'Associazione che voleva affrontare il cambiamento maschile. Dal 2007 si è affrontato in modo più diretto e nel 2009 è stato creato lo "sportello d'ascolto per il disagio relazionale maschile e prevenzione alla violenza alle donne" per conto della Provincia di Torino.

Da questa esperienza emerge che il 60% di coloro che si rivolgono allo sportello ammettono atti violenti.

Ma, secondo Poggi, rispetto ad alcune decine di anni fa, non è sicuro che siano aumentati i casi di femminicidio, è soprattutto cambiata l'attenzione al problema: quelli che un tempo venivano definiti "delitti passionali" o "raptus di follia" oggi giustamente rientrano nella casistica di "donne assassinate in quanto donne" ovvero femminicidi.

Oggi aumentano i casi di violenza nei confronti di donne che si emancipano e diminuiscono i casi legati ai modelli tradizionali di supremazia patriarcale.

Inoltre una donna che si emancipa è molto più disponibile a denunciare. L'emancipazione femminile aiuta a mettere in discussione il ruolo maschile ma a volte incrementa gli episodi delittuosi perché non accettata da alcuni uomini. Nel Cerchio ci si è resi conto che, prima di tutto, è necessaria un'approfondita preparazione sull'argomento e le sue sfaccettature (maschilismo, violenza maschile, patriarcato, misoginia ecc.). L'Associazione propone pertanto percorsi di formazione per operatori sia uomini che donne che intendono lavorare con uomini autori di violenze.

Quali sono gli uomini che si avvicinano a questi percorsi di uscita dalla violenza?

Sono uomini che hanno agito violenza o a rischio di violenza: alcuni arrivano volontariamente, alcuni hanno ricevuto denunce o hanno provvedimenti in corso, altri sono genitori che non riescono più a vedere i propri figli (con forte aumento dell'aggressività).

I motivi emersi da questi incontri sono di vario tipo:

- Violenza subita in infanzia dagli stessi uomini che ora la agiscono
- Una cultura patriarcale ancora diffusa che rivela tratti fortemente misogini
- Eccessiva dipendenza dalla madre
- Scarsa presenza di una figura maschile positiva
- Storie di adozione.
- Fattori che alimentano questi atteggiamenti come le dipendenze da alcool o altre sostanze, i problemi economici o lavorativi in genere, lo stress

In genere dopo i primi colloqui di orientamento, la persona può essere indirizzata verso un servizio specifico (SERT, Salute Mentale, psicoterapeuti) nel 10% dei casi. Nel 90% dei casi inizia un percorso nei gruppi di confronto e condivisione condotti da due esperti del Cerchio degli uomini. I colloqui individuali sono mirati a far emergere il senso di responsabilità e di consapevolezza.

Già dopo i primi incontri, la violenza fisica nell'80% dei casi smette, quella psicologica necessita di un percorso di circa un anno.

Sono stati notati cambiamenti radicali nel 20% dei casi, per un altro 20% il percorso non ha efficacia, per il residuo 60% si evidenziano miglioramenti importanti sugli atteggiamenti violenti, aggressivi e svalutativi. Spesso questi uomini continuano a frequentare volontariamente per mesi i gruppi che li hanno accolti.

a fascia di età prevalente è quella dei 40-50 anni. Possiamo considerare un 10% di età compresa fra i 20-30 anni.

I giovanissimi frequentano per periodi più brevi. A volte c'è correlazione con episodi di bullismo subito o agito.

Per contattare il Cerchio degli Uomini si può consultare il seguente sito:

**TI ACCORGI DI AVERE REAZIONI VIOLENTE?
VIVI CONFLITTI IN FAMIGLIA?
SCARICHI LA RABBIA IN CASA?**

SE PROVI QUALCUNO DI QUESTI DISAGI, CHIAMA.

011.247.81.85 **366.406.10.86**
Lun-Mar 18.00/19.00 numero attivo 24 ore
Mer-Gio-Ven 12.00/13.00 www.cerchiodegliuomini.org

**L'ASSOCIAZIONE ONLUS "IL CERCHIO DEGLI UOMINI"
CON IL CONTRIBUTO DELLA PROVINCIA DI TORINO
GESTISCE UNO SPORTELLLO DI ASCOLTO DOVE TROVERAI
OPERATORI ESPERTI.**

FRIGOROSSO © 2015



www.cerchiodegliuomini.org/telefono-uomo.html
Gabriella Martinengo
Relazioni Esterne - ASL CITTA' DI TORINO
gabriella.martinengo@aslto2.piemonte.it

... ANCORA AUMENTO FEMMINICIDI!

I dati sui femminicidi in Italia sono stati nel 2016 circa 120 e 9000 vittime di violenza, numeri riportati dal telefono rosa che lasciano di ghiaccio! Psicologicamente, come ne ho più volte parlato in altri articoli, prevale l'agito dell'ex compagno che non accetta l'abbandono. Spesso personalità narcisistico-dipendenti, personalità che non controllano gli impulsi ecc., ma ciò che voglio far risaltare in questo articolo sono le carenze della società nel disporre risposte immediate, perché molte delle donne uccise avevano già segnalato il loro problema! Mi rivolgo dunque ad un esperto di sociologia, il dott. Claudio Loiodice, Dirigente dell'Associazione Nazionale Sociologi, Coordinatore dell'Ufficio Studi Pubblicazione e Ricerca, ex ispettore della Polizia di Stato.

Allora, Dott Loiodice, possiamo parlare di aumento dei casi di femminicidio?

Partiamo dal ragionare sul perché sembra che siano aumentati gli atti persecutori, anche violenti, nei confronti delle donne, ed è probabile che siano effettivamente aumentati.

Se effettivamente siano aumentati o meno, non è facile dirlo, almeno con metodo statistico; non possiamo paragonare statistiche che consideriamo abbastanza attendibili, con "non dati", il cosiddetto numero oscuro, la bestia nera delle scienze sociologiche.

I dati relativi ai delitti commessi in ambito relazionale, a danno anche delle donne, vengono raccolti dalle agenzie di controllo da un tempo relativamente breve; sfuggono quindi importanti elementi di riscontro riferibili ai decenni passati. La mancanza dei dati è stata causata da diversi fattori, principalmente: tecnici - le agenzie di raccolta non possedevano nei decenni passati gli strumenti idonei che oggi conosciamo - e socioculturali.

La predominanza intellettuale e fisica degli uomini a discapito delle donne era, fino a qualche decennio fa, un fattore caratterizzante



Monica Marchetti

delle relazioni socio-familiari o relazionali. Ricordiamo che il delitto d'onore e il matrimonio riparatore, previsti dall'ordinamento giuridico non della Guinea Bissau, bensì da quello italiano, venne abrogato solamente il 5 settembre del 1981, trentacinque anni fa.

Specie nelle società rurali, non solo del meridione d'Italia, anche se non era indenne la popolazione urbanizzata, era impensabile la ribellione di una donna che aveva subito atti violenti o persecutori. Una donna che denunciava il marito, il compagno, il padre o persino il fratello, era considerata una "poco di buono", una provocatrice che sicuramente le botte se le era meritate.

Ma le nostre forze dell'ordine sono sufficientemente formate per prevenire un femminicidio?

Le forze di polizia, che ricordiamo fanno sempre parte della medesima società e ne riflettono il suo carattere culturale, come pure la

magistratura, in passato, oltre a non avere gli strumenti giuridici necessari, non possedevano le necessarie doti culturali per poter affrontare in maniera acritica la situazione, quindi, spesso, venivano condizionate dall'ambiente sociale in cui operavano. Oggi la situazione è radicalmente cambiata ma non sufficientemente.

Da allora a oggi è cambiato qualcosa, ma non troppo; se da un lato riscontriamo gli enormi sforzi che la Politica, la magistratura e le forze dell'ordine compiono per tentare di affinare le tecniche di difesa della vittima e di punizione del colpevole, riscontriamo evidenti carenze di carattere formativo, oltre a rimasugli di retaggi culturali che la maggior parte degli Italiani ritengono superati.

Sono stati creati appositi team investigativi e giudiziari specializzati nella trattazione di fatti costituenti reato, come lo stalking, il mobbing, le violenze di genere e appunto il femminicidio, che spesso è la conseguenza tragica degli atti violenti o persecutori.

Si tratta appunto di piccoli nuclei, per la verità ben motivati e preparati, mentre la formazione globale degli operatori di polizia e dei magistrati è relativamente carente.

Questo tipo di delitto a mia memoria, anche se non ho potuto trovare statistiche oggettive, avviene molto spesso a di sera o di notte, come pure durante il fine settimana; quando la gente non lavora ha più tempo per ricordarsi di essere cattivo; fanno eccezione, ovviamente, i delitti premeditati

In quei periodi normalmente a vigilare sulla popolazione ci sono solo le forze di emergenza, ragazzi altamente motivati, capaci di intervenire su una rapina, di rischiare la vita tra le fiamme di un incendio, tuffarsi nelle acque gelide del fiume per salvare un aspirante suicida. Nessuno però ha spiegato loro, almeno non a tutti, come trattare un caso di aggressione ad una donna, un caso di atti persecutori, una violenza sessuale. I team ultra-specializzati in quel momento sono giustamente a casa.

Per fortuna spesso gli equipaggi delle volanti o delle gazzelle sono composti da uomini sensibili, che autonomamente si sono formati,

ma è necessaria una adeguata formazione per individuare le radici di una situazione che da delicata, come ad esempio un litigio, possa trasformarsi in preoccupante o addirittura drammatica nel giro di poco tempo.

Stessa considerazione vale anche, forse ancora di più, per gli atti di bullismo e di violenza giovanile.

La società si trasforma da sempre, da quando gli esseri viventi hanno fatto la loro comparsa sulla terra; in questo periodo la trasformazione è talmente virulenta che tutto cambia in pochissimo tempo ed è per questo che è necessario che chi svolge una funzione così delicata come quella della sicurezza pubblica, sia sottoposto a continui e profondi aggiornamenti.

Per raccogliere i campanelli d'allarme, oltre alla sensibilità che si spera ogni essere intelligente abbia, sono necessari, come già detto, gli strumenti culturali. Dato che è purtroppo impossibile sperare in una formazione univer-



Claudio Loiodice

sale degli operatori, è quantomeno auspicabile che in ogni momento, in ogni caserma o commissariato, in ogni turno delle volanti, in ogni pronto soccorso, sia presente almeno uno specialista capace di percepirla.

C'è poi il capitolo riguardante il procedimento penale. Spesso i sintomi premonitori di un fatto più grave come l'omicidio, sono racchiusi in lievi episodi come l'ingiuria, le percosse, le lesioni e i maltrattamenti. Tutti reati di competenza del Giudice di Pace che prevedono un iter separato dal contesto generale, che non viene spesso percepito come tale, cioè in maniera complessiva. L'ufficiale ha quattro mesi di tempo per fare le indagini e redigere il suo rapporto che di fatto istruisce il processo.

È inoltre previsto un tentativo di conciliazione, utile nella stragrande maggioranza dei casi, ma incapace spesso di portare in evidenza fattori sintomatici di una situazione molto più grave. Capita anche che l'operatore di polizia, evidentemente non formato adeguatamente, ignorando i segnali che la vittima cerca di lanciare si limiti allo scambio delle generalità consigliando alla coppia di far pace e di non presentare vicendevolmente querela.

Quindi, ritorniamo al solito problema: il difetto di formazione. D'altronde non si capisce perché per il terrorismo, ad esempio, siano stati costituiti equipaggi specializzati; il danno, anche in termini economici, prodotto dalle violenze di genere è, se non superiore, almeno equivalente al danno sociale provocato dagli atti terroristici.

Per esempio, la vita stravolta dalla giovane avvocatessa sfregiata per sempre dall'acido lanciato per corrispondenza dal suo ex, trasformatosi, sottolineo, non improvvisamente in carnefice, quanto vale in termini socio-economici? E questo va moltiplicato per le centinaia di vittime di questa follia.

Agli operatori formati però la politica e le Amministrazioni deve fornire gli strumenti necessari per intervenire con autonomia decisionale; bisogna dare loro la possibilità di adottare immediatamente provvedimenti anche restrittivi, oppure, ad esempio, capacità economica idonea a sistemare la vittima, in

un hotel dall'altra parte della città, in maniera provvisoria prima di trovarle una sistemazione definitiva.

Possiamo affermare che il femminicidio avviene spesso nonostante una segnalazione?

Il lasso di tempo che intercorre dalla segnalazione, che può essere un denuncia, una querela o un esposto ed il provvedimento a tutela della vittima. Spesso non è sufficientemente breve da consentire che il proposito omicidiario o violento possa essere evitato. Vanno inserite delle procedure rapide di valutazione che non possono prescindere anche in questo caso da una valutazione professionale. La lungaggine di tempi di istruzione del procedimento di polizia a mio parere può indurre la vittima a scoraggiarsi e a non vedere una soluzione positiva del problema

Per ultimo, ma non ultimo, come dicono gli inglesi, vanno promosse campagne di educazione sociale che sensibilizzino il "vicinato", inteso come amici, vicini di casa, compagni di scuola, parenti, a denunciare o segnalare casi di abuso non denunciati dalle vittime, magari rendendo anche obbligatoria la denuncia per questo tipo di reati.

Monica Marchetti, Psicologa, psicoterapeuta relazioni Esterne - ASL CITTA' DI TORINO



Di ritorno dalla XVII HPH di Roma: Editoriale

Dal 12 dicembre al 13 dicembre 2016 si è svolta a Roma la Conferenza Nazionale della Rete italiana HPH & HS. La conferenza, ospitata dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, si è focalizzata sulla promozione della salute di bambini e adolescenti ed ha registrato la partecipazione di rappresentanti del Senato italiano, di Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali); dell'Istituto Superiore di Sanità e della presidenza uscente del Governance Board della Rete internazionale HPH&HS.

I temi centrali che sono stati affrontati hanno riguardato le strategie da prendere in considerazione nella pianificazione dei servizi per e con i bambini; l'umanizzazione e gli standard di cura per i bambini e gli adolescenti; le life skills, i comportamenti resilienti nei bambini, il processo migratorio in relazione alla salute dei bambini. Sono state presentate buone pratiche relative all'empowerment ed alla partecipazione degli adolescenti e dei bambini al fine di comprendere il ruolo delle famiglie, degli operatori sanitari e dei pazienti stessi nel processo di costruzione della propria salute, anche in relazione a problematiche quali il diabete, l'obesità, l'istruzione a scuola e in ospedale. Sono stati inoltre trattati aspetti organizzativi tra cui il processo di accreditamento, la continuità delle cure, la qualità, le tecnologie applicate alla salute.

In breve, la conferenza ha preso in considerazione aspetti di management, di valutazione ed informazione dei pazienti, di continuità delle cure per promuovere la salute dei bambini e degli adolescenti.

A conclusione dei lavori, è stato presentato e sottoscritto dai coordinatori regionali un documento per inquadrare gli obiettivi principali della rete italiana in questo specifico settore ed è stata registrata la richiesta di adesione alla rete internazionale da parte di due regioni: Lazio e Campania.

Per supportare e diffondere i risultati della Rete italiana è stato predisposto e presentato il nuovo sito web della rete italiana, grazie allo sforzo compiuto dal CIPES. Il sito raccoglie, tra le altre cose, le buone pratiche delle reti regionali, i materiali delle conferenze, le notizie dalle regioni, gli strumenti e le informazioni utili per gli operatori sanitari che lavorano a livello nazionale ed internazionale, nell'ambito di diverse aree di promozione della salute.

Il prossimo appuntamento della Rete Italiana sarà nel mese di febbraio 2017 per costruire i contenuti della prossima Conferenza italiana, e per discutere i possibili contributi per la Conferenza Internazionale HPH&HS di Bologna, prevista per il 2018.

Autori: Ilaria Simonelli (Coordinatore della Task Force HPH-CA); Giulio Fornero (Coordinatore della Rete Nazionale HPH&HS); Cristina Aguzzoli (Coordinatore della rete regionale HPH&HS del Friuli Venezia Giulia Regional); Lucia Celesti (Ospedale Pediatrico Bambino Gesù); Antonio Chiarenza (Coordinatore della rete regionale HPH&HS dell'Emilia-Romagna, Coordinatore della Task Force MFCCH); Paolo Contu (Coordinatore della rete regionale HPH&HS della Sardegna); Giorgio Galli (Coordinatore della rete regionale HPH&HS della Val d'Aosta); Giovanni Romano (CIPES); Emanuele Torri (Coordinatore della rete regionale HPH&HS del Trentino); Raffele Zoratti (Past President del Governance Board HPH&HS)*



La Conferenza HPH di Roma

Temi attuali e impegni futuri

La Rete Internazionale HPH (Health Promoting Hospitals and Health Services) fu avviata da WHO per mettere in atto i principi WHO di promozione della salute, che riguardano pazienti, personale, comunità e l'ambiente di ospedali e servizi sanitari.

La Rete è ora entità autonoma quale WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services con sede a Copenhagen, in collaborazione con WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care con sede a Vienna.

Essere componenti della Rete Internazionale HPH significa far parte di una rete di reti, comprendente 24 Reti Nazionali/Regionali e, in totale, più di 600 Ospedali e Servizi Sanitari in molti Paesi.

Ospedali e servizi sanitari della Rete HPH lavorano incorporando concetti, valori, strategie e standard/indicatori di promozione della salute nella struttura organizzativa e nella cultura dell'ospedale/del servizio sanitario. Lo scopo è ottenere un guadagno di salute migliorando la qualità dell'assistenza sanitaria, le relazioni tra ospedali/servizi sanitari, la comunità e l'ambiente, le condizioni di salute e la soddisfazione di persone assistite, parenti e personale.

La strategia globale HPH 2016-2018 consiste nell'implementazione degli standard WHO aggiornati (gli standard WHO e il Manuale e le Schede di Autovalutazione WHO sono stati aggiornati da WHO Regional Office for Europe e da WHO Collaborating Centre for Evidence-Based Health Promotion in Hospitals and Health Services) e nella capacità di identificare persone, ruoli e strumenti per sviluppare la Rete HPH e rendere l'attività della Rete HPH meglio conosciuta a livello locale, regionale e internazionale, con il miglioramento della presenza sui media online pubblicando notizie, informazioni, esperienze e best practices.

Le Task Forces della Rete Internazionale HPH sono oggi le seguenti:

- Migrant Friendly and Culturally Competent Health Care; Health Promotion with Children and Adolescents; Mental Health Promotion in Health Care Settings; HPH and Environment;
- Health Enhancing Physical Activities in Hospitals and Health Services; HPH and Age-Friendly Health Care; HPH and Patient-Family Engagement; HPH/ENSH-Global Tobacco-Free Health Services; HPH and Health Literate Health Care Organizations.

Le raccomandazioni della Rete HPH Internazionale

Le Raccomandazioni più recenti della Rete HPH sono le "New Haven Recommendations on partnering with patients, families and citizens to enhance performance and quality in Health Promoting Hospitals and Health Services".

Le Raccomandazioni, sviluppate nel corso della Conferenza Internazionale HPH 2016 a New Haven, consistono in strategie e azioni per partenariato e partecipazione attiva di persone assistite, famiglie/care givers e cittadini, per favorire la loro centralità nell'assistenza sanitaria.

Si rivolgono a:

- Ospedali e altri Servizi Sanitari (in particolare componenti della Rete Internazionale HPH);
- Persone assistite, famiglie/care givers, cittadini e loro Associazioni;
- Professionisti sanitari;
- Finanziatori e gestori di Ospedali e Servizi Sanitari;
- Governi e Comunità Locali.

e hanno lo scopo di:

- Rendere possibile a persone assistite e famiglia il coinvolgimento nella erogazione diretta di prestazioni;
- Rendere possibile a persone assistite, famiglie e cittadini il coinvolgimento nella gestione degli ospedali e dei servizi sanitari;
- Rendere possibile a persone assistite, famiglie e cittadini il coinvolgimento nella pianificazione dei sistemi e delle politiche di erogazione dell'assistenza sanitaria.



La XVII Conferenza Nazionale HPH "Promozione della salute per bambini e adolescenti in ospedale e nei servizi sanitari"

Le Reti Regionali Italiane HPH hanno concordato che la XVII Conferenza Nazionale HPH "Promozione della salute per bambini e adolescenti in ospedale e nei servizi sanitari" si tenesse nei giorni 12 e 13 dicembre 2016 a Roma, presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

E' stato scelto l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù perchè è Policlinico e Centro di ricerca pediatrico di livello europeo, collegato ai maggiori centri internazionali del settore; con lo slogan "pensate solo a vostro figlio, al resto pensiamo noi", l'Ospedale intende affermare che l'accoglienza del paziente e della sua famiglia, fin dal primo contatto, sono il cuore della attività assistenziale. La "Terapia dell'accoglienza" è fatta di case famiglia, posti letto negli alberghi, ludoteca, sala relax per le mamme, banca del latte, mediatori culturali e linguistici e assistenti sociali.

Nel corso della Conferenza è stata presentata una sintetica rassegna relativa alla promozione della salute del bambino e dell'adolescente, riferita a

politiche mirate, strategie di intervento, approcci operativi e quotidiana attività svolta dai professionisti sanitari e socio-sanitari, accompagnata dalle più recenti milestones che hanno contrassegnato il percorso di sviluppo della promozione della salute nel contesto europeo ed internazionale fornendo indirizzi utili anche per la Rete HPH.

Le strategie delle Agenzie delle Nazioni Unite mettono in luce le problematiche e le sfide da affrontare in modo congiunto per promuovere e tutelare la salute dei minori; gli approcci operativi Human Rights-based aiutano a capire come affrontare tali sfide e ad implementare nuovi strumenti.

In questo contesto la Rete HPH internazionale, e quindi anche le Reti regionali italiane, sono chiamate a contribuire fattivamente tenendo conto della propria competenza ed esperienza sul tema. Le Reti HPH possono essere attori rilevanti nel promuovere la salute di bambini ed adolescenti, potendo mettere a comparazione e cooperazione il management ed il personale di diversa estrazione culturale, professionale, operativa e un bagaglio di esperienze molto variegata e potenzialmente esportabili. Le Reti Italiane HPH detengono risorse

e competenze adeguate per apportare un proprio specifico contributo in questa direzione, a partire dalla definizione e sperimentazione degli standard di promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in ospedale e nei setting sanitari.

Il programma della Conferenza è stato articolato in cinque sessioni:

1. Sessione: La promozione della salute dei bambini e degli adolescenti. Linee di intervento internazionali e nazionali;
2. Sessione Politiche per il benessere di bambini e adolescenti nei setting sanitari;
3. Sessione Valutazione dei bisogni di salute di bambini e adolescenti;
4. Sessione Promozione della salute e nuove tecnologie;
5. Sessione Promozione di un ambiente child friendly. Continuità della promozione della salute e cooperazione con altri contesti setting.

Hanno partecipato alla Conferenza: Agenas Istituto Superiore di Sanità, CIPES, European Association for Children in Hospital, Italian Life Style Medicine, SIPS, HPH Governance Board, le Task Forces HPH: Migrant Friendly and Culturally Competent Healthcare e HPH Children and Adolescents, le Reti Regionali HPH Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Sardegna, Trentino, Valle d'Aosta e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

A margine della conferenza è stato sottoscritto un documento d'intenti fra le Reti regionali italiane che riporta l'impegno delle stesse Reti a:

- promuovere programmi ed iniziative di promozione della salute dei bambini e degli adolescenti in accordo con le linee programmatiche della Rete internazionale, il Piano Nazionale per l'Infanzia e la linea del Piano Nazionale di Prevenzione dedicata nello specifico alla promozione della salute mentale di Bambini e Adolescenti;
- sviluppare strumenti e metodologie comuni per le Reti regionali favorendo lo scambio di conoscenze, competenze, buone pratiche e la costituzione di momenti comuni di confronto, valutazione, programmazione, formazione, networking;
- promuovere una Comunità di pratica sul tema della promozione della salute formata da Ospedali e Servizi sanitari pediatrici facenti parte delle Reti regionali ed esterni ad esse, che collabori con Servizi sociali,

Scuole, Famiglie, Istituzioni ed altri attori sociali;

- contribuire alla costituzione e sviluppo di una Comunità di pratica sul tema della promozione della salute, insieme con Ospedali e Dipartimenti pediatrici del territorio Italiano ed i Servizi sanitari territoriali rivolti ai minori;
- collaborare con i programmi previsti dal Piano Nazionale per l'Infanzia, dal Piano Nazionale di Prevenzione nel suo programma dedicato alla promozione della salute mentale di Bambini e Adolescenti, dalla Rete internazionale degli Ospedali e Servizi sanitari, dal Consiglio d'Europa, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia di promozione della salute dei bambini, con particolare riguardo al tema del diritto di bambini ed adolescenti alla salute.

Giulio Fornero
Coordinatore Reti Regionali Italiane HPH



Tutelare i diritti dei minori ricoverati

Vorrei usare condividere alcune riflessioni circa il rispetto dei diritti dei minori ricoverati, e per farlo vorrei utilizzare la forma delle domande.

Fra le tante possibili, mi limiterò a:

Perché occuparsi dei diritti del minore ricoverato?

Ho provato a prendere il testo della carta di EACH (European Association for Children in Hospital) che riporto in nota¹ e ho sostituito "bambino" con "persona", "genitori" con "familiari", e ne è venuto fuori questo testo:

1. La *persona* deve essere ricoverata in ospedale soltanto se l'assistenza di cui ha bisogno non può essere prestata altrettanto bene a casa o in trattamento ambulatoriale.
2. La *persona* in ospedale ha il diritto di avere accanto a sé in ogni momento i *familiari* o un loro sostituto.
3. L'ospedale deve offrire facilitazioni a tutti i *familiari* che devono essere aiutati e incoraggiati a restare. I *familiari* non devono incorrere in spese aggiuntive o subire perdita o riduzione di salario. Per partecipare attivamente all'assistenza della persona cara i *familiari* devono essere informati sull'organizzazione del reparto e incoraggiati a parteciparvi attivamente.
4. La *persona* e i *familiari* hanno il diritto di essere informati in modo adeguato all'età e alla loro capacità di comprensione. Occorre fare quanto possibile per mitigare il loro stress fisico ed emotivo.
5. La *persona* e i suoi *familiari* hanno il diritto di essere informati e coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico. Ogni persona deve essere protetta da indagini e terapie mediche non necessarie.
6. La *persona* deve essere assistito insieme ad altre persone con le stesse caratteristiche psicologiche e non deve essere ricoverato in reparti non adeguati. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori.

7. La *persona* deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione, ed essere ricoverato in un ambiente strutturato arredato e fornito di personale adeguatamente preparato.

8. La persona deve essere assistito da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche della persona e della sua famiglia.

9. Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera.

10. La persona deve essere trattato con tatto e comprensione e la sua intimità deve essere rispettata in ogni momento.

Ciò a dire che rispettare i diritti del minore e dei suoi genitori o di persone di ogni età dovrebbe informare il funzionamento degli ospedali e ciò vale a mio avviso, soprattutto ora poiché la maggior parte dei ricoveri riguarda persone fragili (primi fra tutti gli anziani) e coinvolge in modo molto forte la famiglia.

Penso che un salto di qualità nell'assistenza ospedaliera potrebbe essere rappresentato, in sostanza, dalla "bambinizzazione" degli ospedali affinché siano sempre più orientati non alla cura quanto alla "care" poiché ospedali sono sempre meno "per acuti" e sempre più ospedali per pazienti cronici.

Seguendo questo filo logico vorrei anche considerare un secondo aspetto: mediamente un minore entra in con

tatto (come paziente) almeno una volta con un ospedale entro il decimo anno di vita e circa il 18% dei minori sono affetti da una patologia cronica.

Abbiamo quindi un'alta probabilità di contatto, spesso ripetuto, con le organizzazioni sanitarie. Rendere edotti i giovani pazienti di quali sono i loro diritti circa la partecipazione ai processi di cura che li riguardano può significare avere, negli anni, anche adulti sempre più consapevoli del ruolo che devono assumere (e richiedere) nei confronti delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti che vi operano.

Questo concetto mi porta a fare la seconda domanda: *Perché mettere in piedi un sistema di valutazione del rispetto dei diritti del minore ricoverato?*

Dichiarare e conoscere quali sono i diritti non vuol dire che vengano rispettati, o che si cerchi di farlo.

Un passaggio fondamentale è rappresentato dall'assumerne piena consapevolezza, agire quindi sul versante della responsabilità di tutti gli attori coinvolti.

Quanto abbiamo messo in opera vede, di conseguenza, un processo che vede coinvolti i professionisti attraverso una autovalutazione e successivamente una valutazione "fra pari" che viene condotta da un gruppo composto da persone (professionisti e "laici") che hanno effettuato un corso di formazione specifico. Ciò consente di dare una forte valenza di consulenza e confronto che come noto è una delle modalità più efficaci per migliorare la qualità delle prestazioni. Inoltre viene reso disponibile, sempre in relazione ai diritti "esigibili" un questionario rivolto ai genitori dei pazienti ricoverati.

Ritengo, tuttavia, che tutto ciò sia solo un primo passo poiché non è pensabile di non coinvolgere in questo processo i pazienti. Occorrerà



quindi sviluppare strumenti e metodi adeguati alle caratteristiche della singola persona per far partecipare i pazienti minori al sistema di valutazione.

Domenico Tangolo
Direzione Sanitaria Ospedale Infantile Regina Margherita
SC Qualità, Risk Management, Accreditamento

1. Il bambino deve essere ricoverato in ospedale soltanto se l'assistenza di cui ha bisogno non può essere prestata altrettanto bene a casa o in trattamento ambulatoriale.

2. Il bambino in ospedale ha il diritto di avere accanto a sé in ogni momento i genitori o un loro sostituto.

3. L'ospedale deve offrire facilitazioni a tutti i genitori che devono essere aiutati e incoraggiati a restare. I genitori non devono incorrere in spese aggiuntive o subire perdita o riduzione di salario. Per partecipare attivamente all'assistenza del loro bambino i genitori devono essere informati sull'organizzazione del reparto e incoraggiati a parteciparvi attivamente.

4. Il bambino e i genitori hanno il diritto di essere informati in modo adeguato all'età e alla loro capacità di comprensione. Occorre fare quanto possibile per mitigare il loro stress fisico ed emotivo.

5. Il bambino e i suoi genitori hanno il diritto di essere informati e coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico. Ogni bambino deve essere protetto da indagini e terapie mediche non necessarie.

6. Il bambino deve essere assistito insieme ad altri bambini con le stesse caratteristiche psicologiche e non deve essere ricoverato in reparti per adulti. Non deve essere posto un limite all'età dei visitatori.

7. Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatta alla sua età e condizione, ed essere ricoverato in un ambiente strutturato arredato e fornito di personale adeguatamente preparato.

8. Il bambino deve essere assistito da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche del bambino e della sua famiglia.

9. Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera.

10. Il bambino deve essere trattato con tatto e comprensione e la sua intimità deve essere rispettata in ogni momento.

Il Convegno degli Health Promoting Hospitals all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Il 12 e 13 dicembre 2016 l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ha ospitato il Convegno nazionale degli Health Promoting Hospitals. Il Bambino Gesù è il più grande Policlinico e Centro di ricerca pediatrico in Europa, collegato ai maggiori centri internazionali del settore. Al suo interno lavorano quasi 2.600 tra medici, ricercatori, infermieri, tecnici ospedalieri e impiegati. Anche il numero di pazienti curati è molto grande, per un totale di oltre 1 milione e 550 mila prestazioni ogni anno a bimbi e ragazzi di tutto il mondo. Le dimensioni di una città, abitata da bambini che vengono curati, seguiti e assistiti, che sono al centro di un'offerta sanitaria accessibile, completa e di qualità.

La scelta di Roma come location dell'evento annuale risponde alla volontà di implementare la rete italiana a partire da quelle regioni, come il Lazio, ove al momento esistono diverse esperienze virtuose sì, ma tra loro slegate. Diverse ASL laziali hanno manifestato il loro interesse alla partecipazione al network, oltre all'Ospedale Bambino Gesù che è già membro HPH, come realtà singola.

In onore dell'ospite, le tematiche del Convegno hanno declinato i diversi aspetti della promozione della salute nell'età infantile e nell'adolescenza, con la presentazione sia del Direttore Sanitario dell'Ospedale Dott. Massimiliano Raponi che del Prof. Alberto Ugazio, Past President della Società Italiana di Pediatria (SIP). Un particolare ringraziamento dell'Ospedale va al dott. Giulio Fornero, che ha magistralmente condotto le numerose ed interessanti discussioni.

Diversi gli argomenti trattati, tra le varie importanti tematiche, di rilevanza sociale crescente in età giovanile, il bullismo: la Giornata mondiale per la sicurezza in Rete, istituita e promossa dalla Commissione Europea si celebra quest'anno il 7 febbraio, in contemporanea in oltre 100 nazioni di tutto il mondo. Ancora, Piercing e tatuaggi, un tema controverso per adolescenti e genitori. Ma anche per gli insegnanti, che rispetto al tema si trovano in una posizione scomoda: spesso, infatti, non hanno vere risposte da offrire ai ragazzi. Terzo tema, non di minore importanza sociale, il fegato grasso nei bambini: misurando l'elasticità dell'organo con una nuova tecnica ecografica se ne valuta lo stato di salute. E molto altro ancora.

Ampia competizione nella sessione poster, ed



ecco i premiati:

- 1° Classificato: Progetto Sibling: i fratelli e le sorelle dei bambini disabili, presentato da Mario Caserta, mcaserta@cittadellasalute.to
- 2° Classificato: Progetto Regionale di umanizzazione delle cure pediatriche in ospedale: valutazione al tempo 0 di 4 reparti di pediatria, presentato da: Marina Tripodi marina.tripodi@tin.it, Pietro Vajro, pvajro@unisa.it.
- 3° Classificato: Pause in movimento a scuola: "su la schiena", presentato da: Dario Candioli, Dario.Candioli@apss.tn.it

Prevenzione, e sin dai primi anni di vita: questa è la parola chiave per contribuire alla crescita di adolescenti e giovani adulti responsabili e sani. Per queste ragioni il Bambino Gesù promuove una vera e propria "Terapia dell'accoglienza" che prende corpo grazie ad una serie di servizi: case famiglia, posti letto negli alberghi, ludoteca, sala relax per le mamme, "angeli custodi", banca del latte, mediatori culturali e linguistici e assistenti sociali.

Attraverso lo slogan "pensate solo a vostro figlio, al resto pensiamo noi" il Bambino Gesù ha deciso di intendere l'accoglienza del paziente e della sua famiglia, fin dal primo contatto, come un aspetto fondamentale nel processo di cura: il cuore della propria attività assistenziale.

Lucia Celesti,
Responsabile dell'Accoglienza e Servizi alla Famiglia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù

Progetto Siblings

Città della Salute e CasaOz vincono la sessione poster della XVII Conferenza nazionale

Il 12 e 13 dicembre scorso si è tenuta all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma la XVII Conferenza nazionale della Rete HPH.

Scopo della Rete HPH è quello di favorire e promuovere la collaborazione e lo scambio di esperienze fra gli ospedali di una Regione o di un Paese, di introdurre la promozione della salute nella cultura dell'ospedale, di indirizzare le prassi ospedaliere non solo alle cure ma anche al problema più generale della salute, di sviluppare esempi valutati e documentati di buone pratiche ad uso di altre istituzioni e di identificare aree di interesse comune nelle quali sviluppare programmi condivisi.

Tutto ciò si traduce in attività progettuali i cui risultati, resi evidenti a livello istituzionale, hanno ricadute positive sui servizi erogati costituendo per le Aziende Sanitarie un'occasione di crescita e di valorizzazione delle risorse umane a beneficio degli operatori e degli utenti, adeguando la propria mission ai cambiamenti ed alle esigenze di salute della comunità.

Il tema della Conferenza nazionale di quest'anno è stato la Promozione della salute per i bambini e, in quest'ambito, è stato presentato da parte dei referenti progettuali (*) un poster sul progetto Siblings realizzato presso la Città della Salute e della Scienza di Torino.

Il progetto è rivolto ai fratelli e alle sorelle dei bambini disabili - in inglese "siblings" - che frequentano CasaOz, la casa dove i bambini che affrontano la malattia, spesso ricoverati all'Ospedale Infantile Regina Margherita, possono trovare uno spazio sereno in compagnia della loro famiglia.

Ma vediamo come si è svolto questo progetto. Alcuni operatori sono stati formati all'interno del coordinamento "Dare voce ai siblings" di cui è referente la Fondazione Paideia per essere facilitatori, cioè persone in grado, attraverso il gioco, di dare uno spazio e una voce alle emozioni di questi fratelli "sani".

Perché ci si è occupati dei siblings? Perché la maggior parte delle persone cresce con un fratello o una sorella e circa l'80% dei bambini disabili ha un fratello o una sorella. La relazione fraterna implica una condivisione genetica, ma soprattutto implica la relazione, fatta di reciprocità e asimmetrie. In questo caso il gruppo comprendeva siblings tra gli 8 e i 12 anni.

Le famiglie che vivono la disabilità di un figlio trovano supporto con interventi riabilitativi rivolti al disabile, in funzione anche dell'equilibrio e della struttura del contesto familiare nel quale egli è inserito. Alla luce di questa premessa, occuparsi della famiglia nel suo complesso riduce il rischio di sviluppare difficoltà emotive anche gravi. Quindi si è scelto di occuparsi di tutto il nucleo familiare, includendo all'interno del progetto anche uno spazio dedicato esclusivamente ai genitori, prevedendo un percorso strutturato parallelo a quello pensato per i siblings.

Il progetto prevedeva 6 incontri condotti da facilitatori e volontari. Sono stati formati 2 gruppi, uno composto dai ragazzi siblings e l'altro dai genitori. I temi che di volta in volta sono stati affrontati nei due diversi gruppi, erano quasi sempre simili. Gli argomenti condivisi sono stati: 1) cominciare a conoscersi, 2) come eliminare i problemi, 3) alleviare le preoccupazioni, 4) ripartire più forti e supportati.

Si è cercato di coinvolgere i genitori in tutte le fasi dell'attuazione del progetto, per dar loro la possibilità di supportare i propri figli a casa. L'obiettivo della costituzione di un gruppo di genitori è stato quello di stemperare dubbi e preoccupazioni riguardo al loro ruolo, cercando di rinforzare le famiglie attraverso un miglioramento delle loro capacità con benefici su tutti i membri. I genitori sono così riusciti a dar voce a quelle emozioni che, per alcuni, erano state troppo a lungo represses.



È stato così raggiunto un obiettivo importante: anche se con molti momenti di difficoltà e di grandissima fatica: la consapevolezza che si può e si deve ritagliarsi uno spazio di serenità, per sperare in una prospettiva di vita soddisfacente, attraverso una rete di sostegno esterna che può essere costituita da operatori, volontari, amici, familiari. Non ci si può mai sentire soli, non si è soli, perché nella vita non si deve mai perdere l'abitudine a chiedere. Se non chiedi, l'altro non potrà mai sapere che hai bisogno di lui per superare quell'ostacolo che ti impedisce di vedere oltre. Tutto ciò costruisce il senso di appartenenza.

Il poster che illustra il progetto, presentato alla Conferenza HPH di Roma, ha riscosso molto interesse ed è risultato il più votato dai partecipanti, così da vincere la sessione poster.

Auspichiamo che questo progetto - commentano gli autori del poster - sia solo la prima di una serie di iniziative, non solo sul nostro territorio, rivolte al disabile, come ben sa fare CasaOz, non solo centrandosi sulla sua persona ma anche su tutti coloro che lo circondano, fratelli e sorelle inclusi, poiché nessuno trascorre più tempo con un disabile di suo fratello o di sua sorella."

(*) Referenti progettuali: dott. Mario Caserta (Ufficio Relazioni con il Pubblico), dott.ssa Elsa Piasentin Alessio, dott.ssa Anna Gilardi, dott.ssa Silvia Valerio (CasaOz Onlus).



UMANIZZAZIONE DELLE CURE E VALUTAZIONE PARTECIPATA DELLA QUALITÀ

La World Health Organization (WHO) attraverso le Conferenze Globali per la Promozione della Salute – a partire dalla Carta di Ottawa (1986) sino alla recente Dichiarazione di Shangai (2016) – riconosce nell'empowerment un elemento strategico essenziale per l'equità, la qualità e la sostenibilità dei sistemi sanitari. Nel nostro Paese l'invito della WHO a rimuovere gli ostacoli allo sviluppo dell'empowerment, è stato recepito dalle Stato e dalle Regioni. I due diversi livelli di governo, infatti, nel 2007 (Conferenza Unificata, 20 settembre 2007) hanno chiamato l'Agenas a promuovere nei sistemi sanitari regionali lo sviluppo dell'empowerment dei cittadini, dei pazienti, dei professionisti, delle organizzazioni e delle comunità. Sulla base di tale mandato l'Agenas ha sviluppato una serie di attività di ricerca-azione per la costruzione, condivisa con i diversi stakeholders, di metodi e strumenti per la valutazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza, basati sui principi dell'empowerment.

L'Agenas promuove dal 2011 un programma per la valutazione partecipata ed il miglioramento del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero per acuti, realizzato in collaborazione con Cittadinanzattiva e con tutte le Regioni PA. Il metodo - sviluppato a partire dall'esperienza dell'Audit Civico® di Cittadinanzattiva e fondato sui principi della valutazione esterna della qualità - prevede la partecipazione attiva dei cittadini a tutte le fasi del processo valutativo: dalla definizione/costruzione degli item che costituiscono la checklist di valutazione, alla rilevazione dei dati (che viene realizzata da una équipe formata sia da cittadini, sia da professionisti della struttura di ricovero), per arrivare all'analisi dei risultati ottenuti ed alla definizione/implementazione e monitoraggio delle conseguenti azioni di miglio-

ramento. Le 4 aree dell'umanizzazione oggetto di valutazione sono:

1. processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona
2. accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura
3. accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza
4. cura della relazione con il paziente/ cittadino.

Alla prima valutazione partecipata, conclusasi nel 2014, hanno partecipato per adesione volontaria i professionisti di 287 stabilimenti di cura e circa 300 Associazioni di rappresentanza, tutela e volontariato dell'intero territorio nazionale. Attualmente è in corso una nuova "edizione" del programma nazionale con l'obiettivo di estendere la valutazione a tutte le strutture di ricovero.

Dei 142 item di cui si compone la checklist, 16 sono dedicati a verificare l'impegno delle strutture di ricovero sui temi dell'umanizzazione dell'assistenza rivolta a bambini ed adolescenti. Nella tabella 1 sono elencati gli item in oggetto ed il punteggio medio ottenuto dalle 189 strutture di ricovero, con Unità operative/Moduli di degenza di Pediatria, che hanno partecipato alla valutazione del 2014.

I risultati disponibili al termine della valutazione partecipata rappresentano il punto di partenza per avviare la fase di pianificazione, implementazione e monitoraggio di specifici piani di miglioramento, definiti e valutati in maniera partecipata, overosia in collaborazione tra professionisti e cittadini.

Altro percorso di ricerca-azione realizzato da Agenas, in collaborazione con le Società Scientifiche, è stata la sperimentazione di un modello di valutazione partecipata della qualità del percorso clinico-assistenziale dedicato al paziente oncematologico pediatrico: in

questo caso, il processo di valutazione vede coinvolte, oltre alle associazioni di rappresentanza civica, anche i familiari dei pazienti pediatrici.

Attraverso una logica di rete che vede impegnati Istituzioni, professionisti e cittadini/pazienti, è possibile costruire ed implementare modelli di miglioramento della qualità basati concretamente sui principi dell'empowerment, co-costruiti con i portatori di interesse, mes-

si a disposizione ed integrabili nei sistemi sanitari regionali, con particolare attenzione ad alcuni ambiti rilevanti quali l'umanizzazione dell'assistenza ai bambini ed agli adolescenti. Tali programmi si rivelano in piena sintonia con le recenti Raccomandazioni di New Haven (2016) relative alla partnership con pazienti, familiari e cittadini per il miglioramento delle performance e della qualità negli ospedali e servizi sanitari promotori di salute

Tabella 1. Item di interesse pediatrico tratti dalla checklist per la valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

ITEM	PUNTEGGIO
UNITÀ OPERATIVE PEDIATRICHE DOTATE DI SPECIFICI ELEMENTI DECORATIVI ALLE PARETI	9,87
UNITÀ OPERATIVE PEDIATRICHE DOTATE DI PARETI E CORRIDOI COLORATI	9,85
UNITÀ OPERATIVE PEDIATRICHE DOTATE DI SALA ATTREZZATA PER IL GIOCO	9,67
UNITÀ OPERATIVE PEDIATRICHE DOTATE DI ARREDI ADATTI AI BAMBINI	9,41
POSSIBILITÀ PER UN GENITORE DI ASSISTERE SENZA LIMITI DI ORARIO IL PROPRIO FIGLIO RICOVERATO	8,99
UNITÀ OPERATIVE PEDIATRICHE DOTATE DI ANGOLI LETTURA FORNITI DI LIBRI/ BIBLIOTECA	8,69
PRESENZA DI UNO O PIÙ PROGETTI/ ATTIVITÀ PER FAVORIRE LE ESIGENZE LUDICHE DEL BAMBINO E PROMUOVERNE LE EMOZIONI POSITIVE	8,21
POSSIBILITÀ DELLA PRESENZA DEL GENITORE IN SALA DI PREANESTESIA IN CASO DI INTERVENTI CHIRURGICI E/ O IN CASO DI ESAMI INVASIVI	7,03
POSSIBILITÀ PER UN GENITORE DI ASSISTERE SENZA LIMITI DI ORARIO IL PROPRIO FIGLIO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	6,48
PRESENZA DI SUPPORTO PSICOLOGICO PER I BAMBINI/ ADOLESCENTI OSPEDALIZZATI IN DAY HOSPITAL – DAY SURGERY	6,40
PRESENZA DI SUPPORTO PSICOLOGICO PER I BAMBINI/ ADOLESCENTI OSPEDALIZZATI IN RICOVERO ORDINARIO	6,24
PRESENZA DI UNA SALA D'ASPETTO DEDICATA AI BAMBINI NEL PRONTO SOCCORSO	6,03
POSSIBILITÀ DELLA PRESENZA DEL GENITORE IN SALA RISVEGLIO IN CASO DI INTERVENTI CHIRURGICI E/ O IN CASO DI ESAMI INVASIVI	5,86
PRESENZA DI OPUSCOLI INFORMATIVI SU PROCEDURE DIAGNOSTICHE E ASSISTENZIALI PER GLI UTENTI DI MINORE ETÀ	4,92
PRESENZA DI PROGETTI/ ATTIVITÀ PER FAVORIRE LE ESIGENZE DIDATTICHE E LA CONTINUITÀ SCOLASTICA DEL BAMBINO/ ADOLESCENTE	4,81
PRESENZA DI SALA OPERATORIA "A MISURA DI BAMBINO"	4,49

Sara Carzaniga** e Giovanni Caracci*,

* Direttore Area funzionale Qualità e Accreditamento, Agenas

** Collaboratore Area funzionale Qualità e Accreditamento, Agenas

“A TUTTA ... FIBRA!” FRUTTA, VERDURA, CEREALI E LEGUMI: GLI ALLEATI DEL BENESSERE.

Non tutti i bambini hanno un rapporto solare e pacifico con il cibo: obesità ed eccessiva magrezza sono due aspetti della stessa medaglia. Del resto, un'alimentazione sana ed equilibrata di rado è data in partenza. Di solito è il punto di arrivo di un percorso che vede nel cibo uno strumento di difesa e di conservazione della salute, accanto all'acquisizione di “stili di vita vincenti”, come vuole il Fondo Edo Tempia, che da diversi anni realizza nelle scuole del Biellese i laboratori di cucina naturale, inseriti nel progetto “Muse alla lavagna” della Fondazione Cassa di Risparmio di Biella.

E' certezza ormai assodata che la salute e il benessere psicofisico sono in stretta relazione con lo stile di vita assunto, più in particolare con l'alimentazione. Il cibo, nello specifico, è un messaggero che manda informazioni alle cellule, e se le informazioni sono giuste, il nostro organismo funziona a dovere.

Ecco la ragione per cui il Fondo Edo Tempia ha ampliato la sua offerta in fatto di tutela della salute dei cittadini biellesi abbracciando la prevenzione a lungo termine, accanto agli altri interventi di prevenzione primaria e secondaria ampiamente conosciuti. Per la sua mission, infatti, il Fondo crede nell'efficacia dell'azione educativa portata avanti nel tempo e promuove interventi sinergici tra scuola, famiglia e territorio.

Se per un adulto la fame e la ragione intervengono a giustificare pranzi e cene non sempre appetitosi, per i bambini no, non funziona così. Un piatto deve catturare l'attenzione, essere invitante ed appetitoso, suscitare piacere ed emozioni. E' solo l'acquolina in bocca che aiuta la deglutizione del boccone, che altrimenti prende altre strade. Ecco allora che colori e profumi degli alimenti assumono un ruolo fondamentale nel creare un buon rapporto con il cibo. E se poi il bambino è cuoco, protagonista della preparazione del proprio piatto, il gioco è fatto. Come per magia, resistenze e barriere vengono abbattute.

Gli obiettivi dei progetti “A tutta fibra!” e “Scelgo che cosa mangiare” sono principalmente tre:

1. Sottolineare la stretta relazione tra cibo e salute al fine di adottare stili alimentari corretti in funzione preventiva; diventare consapevoli dell'importanza di scegliere gli alimenti sulla base di criteri dietologici, non solo sulla base di impulsi affettivo-emotivi.
2. Far conoscere i quattro cibi alleati del benessere: la frutta, la verdura, i cereali e i legumi. affinché ogni pasto preveda il consumo prevalente di alimenti di origine vegetale, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del WCRF (fondazione mondiale per la ricerca sul

cancro). E' auspicabile, infatti, l'utilizzo in ogni pasto di cereali non industrialmente raffinati e di legumi, di un'ampia varietà di verdure non amidacee (es. patate) e di frutta.

3. Recuperare il pasto come momento privilegiato di dialogo e di relazione in famiglia, in funzione del benessere psicofisico del singolo e del nucleo familiare stesso. La cucina diviene così uno spazio ludico-creativo che consente di utilizzare cibi sani e non troppo costosi, riducendo al minimo il consumo di alimenti conservati.

Progetto “A tutta ... fibra!”

Il progetto, rivolto alle classi 1 e 2 della scuola primaria, si articola in due incontri per ogni anno di due ore ciascuno, curati da una dietista in collaborazione con una cuoca esperta in cucina naturale. Prevede l'utilizzo dei locali mensa o della cucina della scuola. Un quinto incontro, facoltativo, prevede un laboratorio teorico-pratico di cucina da svolgersi in orario extrascolastico con alunni e genitori.

Il primo anno, a scuola, si gioca con la frutta e la verdura, che sono classificate in cinque gruppi in base al colore. La partecipazione diretta dei bambini alle attività proposte consente un insegnamento attivo che valorizza la conoscenza dei nutrienti anche attraverso i cinque sensi. Nel secondo anno si passa all'esplorazione del mondo dei cereali e dei legumi. Si conoscono e confrontano i semi coltivati nel nostro territorio e si sperimenta la riduzione in farina con un piccolo mulino.

Il progetto mira a far conoscere e assaporare, attraverso esperienze visive e sensoriali, i 4 cibi spesso mancanti dall'alimentazione dei più piccoli: la frutta, la verdura, i cereali e i legumi.

Gli incontri vogliono stimolare i bambini, attraverso l'uso di diverse metodiche, alla conoscenza dei cinque colori che caratterizzano frutta e verdura - bianco, blu/viola, verde, rosso e giallo/arancione- ognuno dei quali corrisponde a sostanze specifiche ad azione protettiva.

I giochi e le ricette proposti permettono di assaporare, annusare e toccare anche i cibi meno graditi o sconosciuti. L'esplorazione in un clima ludico e cooperativo può aprire le porte a nuove abitudini alimentari che, se acquisite in età infantile e con la compliance delle famiglie, hanno buone possibilità di essere mantenute nel corso del tempo.

Benedetta Lanza

Ufficio stampa, Fondazione Edo ed Elvo Tempia per la lotta contro i tumori - Onlus



Storie in circolo: digital storytelling per alimentare speranza e saperi

Negli ultimi anni il mondo della sanità è stato impegnato su un fronte tanto difficile quanto promettente dal punto di vista sociale: avvicinare i contesti di cura alla comunità. Un punto di partenza, in questa direzione è costituito dal costruire una rappresentazione diversa dei luoghi: in ospedale non si entra più solo da ammalati per uscirne guariti, ma anche per prevenire le patologie, per modificare il proprio stile di vita, per approfondire temi di varia natura o per fare esperienze di benessere.

Questa dovrebbe essere una delle prospettive su cui si fonda il processo di umanizzazione della cura e degli spazi di cura che diventano innanzitutto spazi di umanità. Essa viene intesa come riconoscimento della persona nella sua complessità.

In questo scenario, alla fine del 2015 con una convenzione tra l'ASLBI e il Dipartimento di Filosofia e Scienza dell'Educazione dell'Università di Torino è stato avviato il progetto "Storie in circolo: digital storytelling per alimentare speranza e saperi".

Con questa iniziativa si è voluto sperimentare l'impiego di una particolare pratica narrativa sia nella formazione dei professionisti, sia nell'attività con le persone fragili. Questa metodologia, denominata digital storytelling, prevede che le persone raccontino, dal loro punto di vista, una storia personale attraverso l'utilizzo di più linguaggi: fotografie, sequenze animate, disegni, musica, suoni, voce. L'obiettivo è rendere chiunque in grado di costruire una storia e di condividerla con altri. L'elemento della condivisione costituisce un fattore importante sia durante l'attività di narrazione sia successivamente quando si possono pubblicare online le storie digitali. Durante le attività narrative le persone possono condividere con altri pazienti situazioni, stati d'animo e prospettive in un'attività

che intende promuovere la capacità di affrontare le situazioni e di individuare le strategie migliori per farlo. Allo stesso modo i racconti, una volta pubblicati, costituiscono un'importante testimonianza sia per chi si sta confrontando con analoghe situazioni sia per chi può avere parenti e amici in difficoltà, ma anche per chi pur non avendo mai dovuto affrontare nulla di simile può informarsi per cercare di comprendere.

Uno degli obiettivi del progetto consisteva nel promuovere un'immagine diversa di malattia, tesa a mettere in evidenza non gli aspetti negativi, ma le potenzialità e le opportunità che possono emergere nelle persone malate. L'idea è quella di dimostrare che la persona con disagio mentale o con una grave disabilità motoria prima di essere persona malata è persona in grado di svolgere ancora molte attività, di pensare al futuro, di attribuire un senso profondo alla propria esistenza nonostante la malattia.

Il potere delle narrazioni è noto da tempo, ma, come si è detto, la scelta in questo progetto si è orientata verso una strategia particolare basata sulla molteplicità delle forme espressive. Questo per una serie di motivi: 1. Non tutte le persone sono in grado di esprimersi efficacemente attraverso la parola scritta. La possibilità di utilizzare un'immagine per esprimere un concetto semplifica la narrazione e la rende avvicinabile da chiunque lo desideri; 2. La scelta dei diversi elementi narrativi implica nel narratore un processo di riflessione e di rielaborazione dei significati particolarmente utile in questa attività di ri-generazione; 3. La comunicazione attraverso più linguaggi è una comunicazione multi-livello e quindi, tendenzialmente, più intensa; 4. La voce dei narratori è un fattore altamente emozionante e coinvolgente, particolarmente adeguato nella trasmissione di contenuti ad alto impatto emotivo.— I risultati ottenuti sono stati significativi e tendenzialmente positivi. Per questo motivo, presso l'ospedale di Biella, si stanno avviando delle attività formative, rivolte agli operatori, per l'acquisizione delle competenze necessarie all'attivazione di interventi con il digital storytelling nei contesti di cura.

Barbara Bruschi

Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'Educazione

Il progetto è stato promosso e gestito da Barbara Bruschi, docente di Dipartimento di Filosofia e Sc. dell'Educazione e da Vincenzo Alastra, responsabile della Struttura Semplice Formazione e Sviluppo Risorse Umane della ASLBI.



Quale pedagogia (per le professioni sanitarie) Stili di vita e necessità di prevenzione

Supponiamo che un soggetto in età dello sviluppo sia portato dai genitori, o da uno di essi, dal medico di fiducia, da vari specialisti, da vari professionisti sanitari in diverse strutture, perché in sovrappeso preoccupante, con un fisico in fiacchito e che non si tempera, magari costantemente distratto e svagato. E' una situazione non infrequente. Ovviamente, ciascuno di questi professionisti somministrerà prima di tutto la terapia di sua competenza secondo scienza e coscienza, esattamente come si curerebbe un malato alle vie respiratorie che vivesse al freddo e magari dormisse con le finestre aperte nell'inverno più rigido.

Ma come sarebbe il dovere, non secondario, di segnalare la causa di questa seconda affezione, prescrivendo con tutta l'autorità e tutta la capacità di convincimento che questo malato fosse fatto vivere in un ambiente protetto dal freddo e dalle intemperie, a ciascun operatore sanitario compete il dovere di intervenire sulle cause del primo complesso di gravi problemi di crescita e di sviluppo, segnalando ai genitori uno stile di vita che è ostativo prima che non patogeno.

Ci riferiamo, come tutti comprendono, ad una vita fondamentalmente sedentaria, per molte ore al giorno davanti alla TV al PC o alla consolle, divorando nel contempo quantità eccessive di cibi ipercalorici e sostanzialmente inutili e ingiustificati se non per l'illusorio piacere che la relativa assunzione comporta, e in solitudine.

Prescrivere un farmaco, un complesso di fisioterapie, anche una dieta, è risposta certamente dovuta, quanto sbrigativa: ma non sfugge a nessuno come essa non risolva il problema se non in modo temporaneo ed illusorio. Occorre che l'esercizio fisico diventi continuo, serve a ben poco un paio di mezz'ore di piscina o di palestra, quando in quelle sedi come a scuola e in tutte le altre il genitore tassista si fa uno scrupolo inderogabile nell'evitare al figlio anche pochi metri a piedi, portandolo fin davanti all'ingresso anche quando l'accesso si effettua per una strada chiusa al traffico o attraverso marciapiedi sicuri.

Si crede di dare amore evitando al figlio di dover prendere i mezzi pubblici compiendo anche percorsi a piedi, e si omette di constatare che questa dipendenza del figlio dal mezzo privato dei genitori, e presto dal mezzo privato proprio, significa una vita non rispondente alla motricità per la quale il nostro corpo è fatto. L'antitesi di tante ore passate davanti alla realtà virtuale, compresi cellulari



Franco Blezza

e tablet, è la socializzazione in presenza: se abbiamo privato i nostri figli della socializzazione per strada o nelle piazze della quale abbiamo goduto noi con i capelli bianchi, e ne abbiamo goduto molto e in via essenziale, dobbiamo attrezzarci per consentirla nelle nostre case.

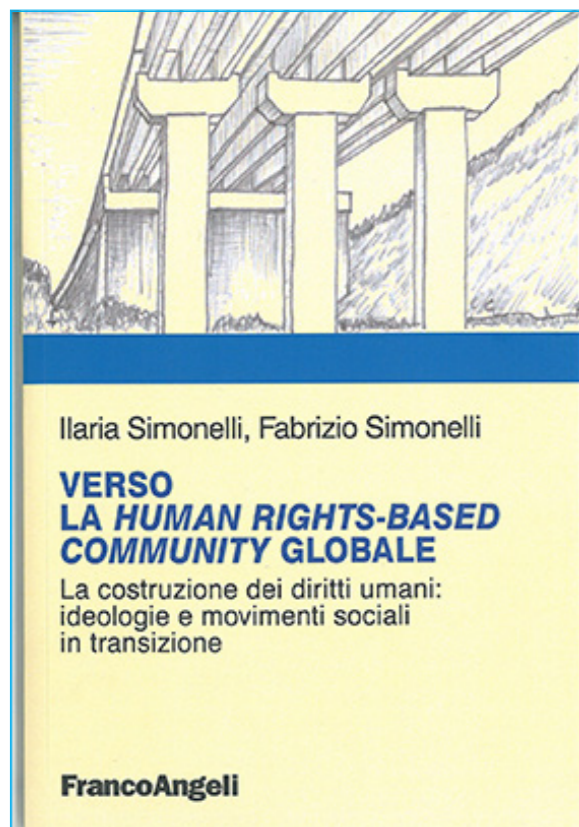
Soggiorni o giardini o taverne di bellissimo aspetto e in perfetto ordine, ma senza mai qualche giovane che ne fruisca, dovrebbero sollevare la più profonda amarezza.

Comunque, quale stile di vita costituisca un'alternativa non è competenza sanitaria diretta, semmai è competenza sociale. Competenza sanitaria è sicuramente il segnalare il carattere insano e patogeno, che è anche asociale. Scambiatevi tra amici e compagni di classe le visite a casa, sperando che questo comporti anche una certa motricità; e offrite rinfreschi compatibili, non junk food. È un'indicazione preventiva, la si considera tanto lontana dalla competenza di un medico o di un altro operatore sanitario?

Franco Blezza

Pedagoga Ordinaria Università di Chieti
franco.blezza@unich.it

verso la human rights-based community globale



Ilaria Simonelli e Fabrizio Simonelli, Verso la Human RightsBased Community Globale. La costruzione dei diritti umani: ideologie e movimenti sociali in transizione, Franco Angeli Edizioni

RECENSIONE

La costruzione dei diritti umani costituisce un percorso storico di straordinaria interazione di processi e transizioni ideologiche e sociali che ha portato all'affermazione di un paradigma culturale di portata globale, conclamato dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948 e dai successivi pronunciamenti internazionali e nazionali.

Un paradigma che presenta connotazioni di forte rilievo etico, sociale, giuridico ma che incontra anche limiti e criticità non facilmente superabili.

Alcune tendenze in atto nello scenario globale possono tuttavia aprire nuove prospettive di continuità ed evoluzione, assegnando proprio al tema dei diritti umani il ruolo di paradigma centrale della società post-industriale, rivoluzionando così l'attuale scala di valori che spesso - troppo spesso - mortifica la dignità umana e avvicinando significativamente l'orizzonte di una reale comunità globale basata sui diritti umani.

Gli autori:

Ilaria Simonelli, specializzata in Sociologia della salute e degli stili di vita, ha svolto attività di studio e ricerca nel campo del diritto alla salute collaborando con aziende sanitarie di diverse regioni italiane. Coordina la Task Force Internazionale HPH-CA (Health Promotion for and with Children and Adolescents) della Rete internazionale Health Promoting Hospitals and Health services (HPH). Ha pubblicato numerosi articoli su riviste scientifiche ed è autrice di Atlante concettuale della salutogenesi (FrancoAngeli, 2010), con Fabrizio Simonelli, e di Le mutilazioni genitali femminili. Rappresentazioni sociali e approcci socio-sanitari (Prospettive sociali e sanitarie, iQuid, 2014).

Fabrizio Simonelli, psicologo e formatore, ha coordinato le Reti regionali degli Ospedali per la promozione della salute in Emilia-Romagna e Toscana; ha diretto il WHO Collaborating Centre for health promotion capacity building in child and adolescent health di Firenze, è stato Membro della Commissione di Esperti del

QUELLO CHE MI DA PIU'
FASTIDIO E' CHE PUBBLICHINO
LE NOSTRE INTERCETTAZIONI
SENZA RICONOSCERCI I DIRITTI
D'AUTORE



MELLANA

La salute diseguale La sfida di un mondo ingiusto



Michael Marmot, La salute diseguale, Il Pensiero scientifico editore. "La povertà non è un destino" e nulla di ciò che riguarda le iniquità di salute è inevitabile. Le disuguaglianze di salute nascono dalle disuguaglianze nella società e solo intervenendo sui determinanti sociali è possibile ridurre la palese e ingiusta differenza nella distribuzione della salute che esiste sia tra paesi sia all'interno di uno stesso paese. Con una prosa vivace e con accenti di tagliente e a tratti esi-

larante ironia, Marmot racconta di incontri e dibattiti a cui ha partecipato nel corso della sua intensa attività di ricerca e di prevenzione delle cause sociali delle malattie e così facendo discute i fondamenti filosofici della giustizia sociale; esamina teorie economiche e la ricaduta della loro applicazione sulle realtà di diversi paesi e sulle vite reali delle persone; presenta dati epidemiologici e, sulla base di forti evidenze scientifiche, propone soluzioni per promuovere un'equa distribuzione di salute: il messaggio centrale di questo libro è infatti che le cose possono cambiare. Marmot si rivolge innanzitutto alle amministrazioni locali e ai governi nazionali affinché adottino politiche utili non solo al superamento della deprivazione che crea iniquità di salute, ma anche al potenziamento della capacità delle persone di fare scelte responsabili per la propria salute e il proprio benessere. Ma tutti sono invitati a contribuire al cambiamento e ciascuno può giocare un ruolo attivo per migliorare l'ambiente sociale e dare alle persone la libertà di condurre esistenze a cui ha senso dare valore.

L'autore

Michael Marmot, attualmente direttore del UCL Institute of Health Equity ha guidato gruppi di ricerca sulle disuguaglianze sanitarie per oltre 35 anni. E' stato Presidente della Commissione sui determinanti sociali della salute (CSDH) istituita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2005, e pubblicato "Colmare il divario in una generazione" nel 2008. E' impegnato in molteplici attività di ricerca internazionali sui determinanti sociali della salute. E' stato presidente della British Medical Association nel 2010-11, ed è il nuovo Presidente della British Lung Foundation.

È membro dell'Accademia delle Scienze Mediche, Honorary Fellow della British Academy e Honorary Fellow della facoltà di sanità pubblica del Royal College of Physicians. E' stato membro della Royal Commission on Environmental Pollution per sei anni e nel 2000 è stato nominato cavaliere dalla regina Elisabetta per i servizi per l'epidemiologia e la comprensione delle disuguaglianze di salute.

LA BANCA HA UNA NOTIZIA BUONA
E UNA CATTIVA DA DARLE. QUELLA
CATTIVA E' CHE LE SUE OBBLIGAZIONI
VALGONO ZERO. QUELLA BUONA
E' CHE NON HA PIU' SOLDI
PER INTENTARCI UNA CAUSA



MELLANA

40 anni di salute a Torino



sociali a cui è andata incontro la città e i suoi cittadini sono scandagliate dal punto di vista delle variazioni di salute per identificare quanto di queste variazioni poteva essere attribuita ai determinanti sociali e poteva essere evitata tramite appropriati interventi e azioni delle politiche.

Si tratta di una vera e propria "Turin review" come si suole definire queste esperienze di "Health Equity Audit" di una comunità, che riproducono a livello locale quello che la "Marmot review" ha fatto a livello internazionale ed europeo, cioè scrutinare le storie di salute delle comunità per scoprire i motivi di disegualità di salute che possono essere messi all'attenzione del pubblico e diventare priorità nell'agenda politica.

Ora tutti i principali portatori di interesse della città stanno lavorando insieme in un laboratorio torinese che si propone di far parlare questi dati per rendere meglio informate le decisioni di cui ogni attore è responsabile.

Sarà cura di questo sito dar conto dei risultati di questo promettente esperienza di democrazia deliberativa fondata sui dati per stimolare altre comunità locali a iniziare simili esercizi di Health Equity Audit.

Le disuguaglianze sociali sono sempre più al centro dell'attenzione del pubblico, dopo che una lunga recessione ha depresso le prospettive di sviluppo e aggravato le condizioni di vita di larghi strati del ceto medio-basso.

L'impatto di queste trasformazioni incomincia a lasciare i primi segni anche sulla tenuta civica della società, sul suo senso di fiducia e coesione, con serie conseguenze di instabilità politica e di incertezza nelle prospettive.

Quali implicazioni hanno questi fenomeni per la salute e soprattutto per le disuguaglianze di salute?

La naturale inerzia degli strumenti di indagine epidemiologica, soprattutto su scala nazionale, non permette sempre una risposta tempestiva, allora diventa importante imparare dalle esperienze del passato e scendere al livello di dettaglio locale per comprendere meglio i meccanismi dove nascono e si possono contrastare le disuguaglianze di salute.

E' quello che fa il nuovo rapporto su quarant'anni di salute a Torino, che permette di studiare in che misura le politiche hanno saputo influenzare gli effetti sulle disuguaglianze di salute interne alla società torinese a partire dal 1971 in poi: tutte le trasformazioni

ARRIVA IL FESTIVAL DI SANREMO E IL
BEL PAESE SI FERMA UNA SETTIMANA

..CURIOSO COME AGLI ITALIANI,
PER STAR BENE,
A VOLTE BASTI
UNA SEMPLICE
PILLOLA..!!



L'arte della parola che aiuta Che cos'è la pedagogia professionale

Che cos'è la pedagogia professionale L'arte dell'aiuto pedagogico. 146 pagine - L'arte della parola che aiuta. Casi trattati di pedagogia professionale, 208 pagine. Il miolibro, Gruppo Editoriale L'Espresso, Roma 2015.

La pedagogia recupera negli ultimi decenni la sua originaria dimensione sociale, per tutto il corso della vita umana e in tutte le occasioni di socialità, di relazionalità, di comunicazione, di politica in senso lato. In fin dei conti, la sua visione riduttiva a competenza per qualche grado di scuola e per qualche materia, perlopiù letteraria, storica e filosofica, è durata solo cinquant'anni, e in Italia siamo stati e rimaniamo in ritardo per le ragioni storiche che sono ben note.

La pedagogia è arte, scienza e tecnica che si occupa dell'educazione, di questa altissima e irrinunciabile funzione umana, alla quale corrisponde una professione di vertice cioè quella del pedagogo, è un complesso di professioni intermedie e pratiche.

Il primo volumetto mette ordine nella materia partendo dalle origini, dalla Grecia classica e dai Sofisti, passando in rassegna sintetica ma accurata e rigorosissima i fondamenti, la metodologia, le tecniche, gli strumenti concettuali ed operativi, il lessico tecnico, e tutto quanto fa della pedagogia una professione intellettuale del livello superiore, portando anche alcuni grandi esempi generali di problematiche che possono richiedere questa competenza, dalla coppia alla famiglia, dall'orientamento alla cultura sociale, dall'educazione sanitaria alla prevenzione. Sono idee, strumenti, tecniche, proce-



diure dei quali possono avvalersi anche molti altri professionisti dello stesso livello, dell'area sociale, sanitaria, psicologica, di scienze della cultura, della relazione d'aiuto.

Il secondo è interamente dedicato ad una serie di dialoghi pedagogici curati dall'autore, la locuzione tecnica è "interlocuzioni pedagogiche", narrati nei dettagli e con intercalate le necessarie riflessioni: è un saggio rigoroso, che può offrire molto ai professionisti come il precedente, ma specificamente sul piano dell'esercizio professionale. Inoltre, si legge come una raccolta di racconti, ma tratta di casi effettivamente verificatisi e perlopiù risolti.

La pedagogia d'oggi, sociale e professionale, ci riguarda tutti, e può dare qualcosa a ciascuno di noi.