



SALUTE INFANZIA E ADOLESCENZA

Seminario sul Programma di Azioni del Piano per la Salute per il Distretto di Modena

**11 ottobre – ore 14,30
Fondazione San Carlo – Modena**

*“Le madri e i bambini in salute rappresentano la vera
ricchezza di una società”*

(Dal messaggio dato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in occasione della Giornata mondiale della Salute del 7 aprile 2005)

Nel Comune di Modena è in avanzata fase di attuazione il Piano per la Salute, tale piano si articola in sei programmi di azioni dedicati ad affrontare le priorità di intervento indicate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, tali programmi sono tutti operativi da maggio 2004.

Il Seminario sulla Salute Infanzia e Adolescenza si prefigge di riuscire a descrivere lo stato di attuazione di tale programma di azioni illustrando quanto fatto o in corso di attuazione per raggiungere gli obiettivi fissati nel programma e per favorire lo sviluppo di nuovi interventi dedicati a incidere sulle priorità indicate il 4 luglio ultimo scorso dal Consiglio Comunale, per il triennio 2005 –2007.

La scelta da tempo fatta a Modena è quella di mettere l'infanzia e l'adolescenza al centro dell'attenzione di tutta la città per aumentarne la sensibilità, la responsabilità, per incidere sui suoi ritmi, sulla sua organizzazione e sulla gerarchia dei valori. Il confronto e i suggerimenti di una serie di esperti che portano il loro contributo, secondo le esperienze maturate nei diversi settori e in diverse strutture, possono permetterci una efficace valutazione della situazione esistente, dei processi avviati e compiuti nonché dell'individuazione di ulteriori azioni da intraprendere.

Apertura lavori

Giorgio Pighi pag. 3

Indirizzi per la realizzazione del Piano per la Salute per gli anni 2005 - 2007

Simona Arletti pag. 5

I SESSIONE

IL CONTESTO E LE AZIONI
DI MIGLIORAMENTO

Presiede e Coordina

Elisa Romagnoli pag. 7

Predisposizione e stato di attuazione del
Programma di Azioni

Antonietta De Luca pag. 8

Carla Martignani pag. 10

Migliorare il contesto ambientale,
sociale e di cura

Fiorella Balli pag. 16

Paola Pace pag. 17

Ana Maria Solis pag. 18

Migliorare e potenziare l'attuale rete dei servizi per
l'apprendimento, la prevenzione e promozione della
salute al fine di garantire una elevata qualità della vita
ai minori di tutte le etnie

Patrizia Rilei pag. 21

Giulio Sighinolfi pag. 24

Sergio Ansaloni pag. 26

Luciana Orlandi pag. 34

Giovanna Rondinone pag. 36

II SESSIONE

INTERVENTI SU GRUPPI CRITICI E DI
RIDUZIONE DEL DANNO

Presiede e coordina

Adriana Querzè pag. 41

Promuovere azioni su gruppi che esprimono bisogni e
criticità specifici

Daniela Rebecchi pag. 42

Mauro Mariotti pag. 42

Marisa Pugliese pag. 52

Realizzare azioni di riduzione del danno, di recupero e
limitazione degli handicap

Patrizia Guerra pag. 52

Giulio Cingolani pag. 52

Fabrizio Ferrari pag. 54

Intervengono Genitori, Insegnanti e Dirigenti
scolastici, Professionisti della Sanità

Chiusura del Seminario

CIR FOOD Offre una degustazione
di cibi in uso nelle mense scolastiche

Di seguito sono raccolti i contributi dei partecipanti al seminario, in ordine di intervento. Ciccando sulla parola "presentazioni" della nota relativa al seminario, nella pagina iniziale delle NEWS PPS, è possibile visionare le slides eventualmente proiettate dai relatori il giorno del convegno.

Giorgio Pighi, Sindaco di Modena

Ritengo opportuno, aprendo questo seminario, prima di tutto sottolineare che tra le priorità inserite nel programma di mandato della nuova Giunta del Comune di Modena abbiamo collocato le Politiche per la Salute, ciò anche in seguito alle indicazioni e conoscenze acquisite con l'esperienza maturata nella precedente Giunta con la predisposizione ed attuazione del Piano per la Salute, intesa quest'ultima nel termine più ampio di benessere psichico, fisico e relazionale dell'individuo e dell'intera collettività.

L'impegno di migliorare ulteriormente il benessere della nostra popolazione lo abbiamo assunto collegialmente come Giunta Comunale e pertanto le azioni che dobbiamo intraprendere per raggiungere tale obiettivo sono da iscriversi direttamente alla responsabilità di tutti gli Assessori, per le materie delegate alla loro competenza, anche se la responsabilità sull'attuazione dell'intero Piano per la Salute ed in generale delle Politiche per la Salute è stata assegnata all'Assessore alla Salute.

Infatti, per favorire una maggiore attenzione politica a tale tema, ho ritenuto opportuno delegare a un nuovo assessore la sua gestione e non mantenerla in capo al sottoscritto Sindaco, così come invece era avvenuto nella precedente Giunta.

Pertanto tutti gli assessori e gli assessorati del Comune sono direttamente coinvolti nell'attuazione di interventi dedicati ad aumentare il benessere della nostra popolazione e il compito delegato all'Assessore alla Salute non può non essere che quello di coordinare, stimolare e verificare l'attuazione di politiche settoriali rivolte a raggiungere gli obiettivi di salute prefissati, ciò naturalmente all'interno del comune, ma anche e soprattutto verso tutti gli attori che decidono di partecipare al Patto di Solidarietà per la Salute: Aziende Sanitarie, Enti, Aziende e Istituzioni Locali, Istituti Scolastici, Associazioni dei cittadini e di volontariato, forze sociali ed economiche, ecc.

Abbiamo assunto pertanto una specifica responsabilità verso l'intero Consiglio Comunale e la collettività Modenese di continuare ad aggredire quei determinanti che condizionano la nostra salute e di misurare se gli interventi che abbiamo messo in rete vengono realizzati e producono gli effetti sperati. E' chiaro che per far ciò non è certamente sufficiente la azione del solo Assessore alle Politiche per la Salute, ma è necessario un trasparente e coordinato sforzo dell'intera Giunta Comunale.

Ritengo inoltre che sia estremamente importante far trasparire, nella attuazione degli interventi, che ogni soggetto partecipante al soprarichiamato "Patto" realizza, il loro collegamento con i diversi Programmi di azione del Piano a cui sono indirizzati.

Il Seminario che si terrà oggi pomeriggio rappresenta un primo importante momento di confronto teso a riflettere, e se possibile a valutare, il risultato ottenuto impegnandoci, negli ultimi anni, nella predisposizione ed attuazione del Piano per la Salute nel Comune di Modena.

La verifica, che inizia oggi, e che andremo a compiere, toccherà i sei programmi di azione che attualmente sono in avanzato stato di attuazione, cercando di mettere in luce quanto in essi contenuto, quanto gli obiettivi individuati siano stati raggiunti con le azioni intraprese e quali altri interventi occorre realizzare per poter migliorare ulteriormente la "salute" del gruppo di popolazione a cui essi si riferiscono e o ridurre gli eventi che causano sofferenza o malessere nella popolazione modenese.

Abbiamo voluto affrontare per primo, in questa serie di verifiche che intendiamo sviluppare nei prossimi mesi, con la partecipazione di amministratori e di esperti, ma anche della cittadinanza interessata alle problematiche trattate, il tema della salute nell'infanzia e nell'adolescenza.

L'abbiamo fatto non perché sia il più importante o il primo su cui abbiamo lavorato, ma perché, come città, siamo sempre stati particolarmente sensibili verso i cittadini più piccoli e abbiamo cercato di favorire il loro diritto a crescere in piena autonomia e libertà.

Quando abbiamo approvato il programma, nella passata legislazione, abbiamo preso atto che sviluppare un programma di azioni per migliorare la salute dell'infanzia ed adolescenza, salute intesa come benessere e non solamente come assenza di malattia, assume un significato particolare per una realtà come la nostra!!

Infatti:

- abbiamo servizi e strutture molto sviluppate e di buona qualità, ancorché migliorabili, dedicate a favorire una crescita ottimale di tale gruppo di popolazione;
- abbiamo dedicato grande attenzione a quanti abbisognano di sostegno, sia quando partono da situazioni svantaggiate che quando diversamente abili, in modo da consentirne il pieno esercizio del diritto di essere inseriti a pieno titolo nelle attività della società;
- abbiamo costruito, promosso ed incentivato luoghi di gioco, svago, aggregazione per favorire al massimo l'integrazione e socializzazione dei bambini, dei ragazzi e degli adolescenti;
- abbiamo affrontato i problemi più acuti di volta in volta emergenti nel tentativo di garantire al massimo e a tutti stessi diritti e pari opportunità.

Come potrete costatare nell'illustrazione del “ contesto “ che descrive lo “stato” di tale popolazione, dei servizi e delle azioni che ad essa sono dedicati nel nostro comune, non avevamo rilevato un unico punto di sofferenza da aggredire, ma molteplici e diversificati determinanti che potevano incidere sullo stato di salute di alcuni gruppi di tale popolazione assoggettandola a singoli rischi. Non avevamo in sintesi individuato un unico o principale fenomeno su cui intervenire, ma tanti fattori, tutti importanti, su cui agire per migliorare ulteriormente la situazione in essere.

Paradossalmente il fatto di non avere rilevato un fenomeno primario da aggredire ci complicava la nostra azione costringendoci ad assumere indirizzi su più fronti e a settorializzare gli interventi, ma proprio questo fatto però ha potuto costituire il valore aggiunto che la costruzione del Programma ci ha offerto.

Dovevamo affrontare tendenze e fenomeni che potevano incidere negativamente sulla qualità e consistenza dei risultati raggiunti, vanificando addirittura gli sforzi che a livello delle istituzioni e della società modenese abbiamo compiuto negli ultimi anni.

I problemi della crescita in sicurezza e salute di tutti i minori voleva essere il tema su cui abbiamo concentrato la nostra attenzione e non solo sul recupero di quanti diversamente abili. Per raggiungere tale obiettivo dovevamo promuovere una serie di sinergie capaci di affrontare alcuni fenomeni in atto che possono provocare, se non contrastati, ulteriori e pesanti danni favorendo una crescita disomogenea.

Mi riferisco alla minore consistenza numerica della famiglia e delle conseguenti maggiori difficoltà nell'azione educativa, alle problematiche derivanti dalle diversità etniche e culturali dovute all'immigrazione e alla sempre più consistente presenza di minori stranieri, all'insorgenza di nuovi e più diffusi stati di povertà e disuguaglianza, al calo dei comportamenti di solidarietà e partecipazione, ai ritmi sempre più ossessivi della vita quotidiana che lasciano sempre meno spazio all'ascolto e alla cura dei minori.

Mi riferisco ai problemi che stanno affacciandosi, anche nella nostra realtà, di difficoltà nell'accesso ai servizi, sia per l'aumento della domanda che per la difficoltà di mantenere o sviluppare ulteriormente i livelli dell'offerta, in considerazione della sempre minore disponibilità di risorse, tra l'altro dovuta alle minori dotazioni finanziarie dei comuni. Tali problemi possono ulteriormente peggiorare la situazione esistente, mettendo in discussione il forte sostegno che la rete dei nostri servizi educativi e socio-sanitari ha fornito negli ultimi anni per garantire l'esercizio dei propri diritti ai minori.

Ricordo con piacere tutti i professionisti che hanno prestato la loro preziosa opera per aiutarci a mettere in fila i diversi aspetti che possono determinare un ulteriore miglioramento della salute dei nostri ragazzi e ragazze; gli sforzi che stiamo facendo tutti insieme, amministrazioni e società civile, per migliorare il contesto in cui i nostri cittadini più piccoli vivono e per favorire una loro crescita

ottimale sia fisica che psichica; forse dovremmo anche mettere mano alla stessa organizzazione della nostra società che concede così pochi spazi ai giovani per riflettere e crescere!!

Una indagine che abbiamo recentemente condotto ha messo in evidenza come il bisogno più sentito dai nostri giovani sia quello “del tempo a loro disposizione” , teniamone conto nell’organizzazione della nostra vita e della nostra società!

A distanza di due anni dal varo del programma possiamo affermare che abbiamo raggiunto gli obiettivi che ci eravamo prefissati?

Se è così possiamo concentrarci su alcune esigenze d’intervento che sono affiorate, anche grazie a una lettura più attenta della situazione di cui abbiamo preso coscienza grazie al grosso lavoro che è stato portato a termine con la costruzione degli scenari su cui si è costruito il piano di azioni di cui stiamo discutendo.

Mi auguro che il seminario che ho l’onore di aprire riesca, almeno in parte, a dare risposta a quanto ho sottolineato e ci indichi le direzioni su cui occorre ancora insistere e concentrare le poche risorse disponibili in modo da migliorare ulteriormente il benessere di quella popolazione che rappresenta il futuro della nostra società e pertanto la sua vera ricchezza.

Simona Arletti, Assessore alle Politiche per la Salute del Comune di Modena

“Indirizzi per la realizzazione del Piano per la Salute negli anni 2005 –2007”

Il Sindaco ha sottolineato, aprendo questo seminario, come e con quali contorni politico amministrativi siamo arrivati a definire le nuove competenze e responsabilità all’interno della Giunta in merito alla individuazione, sviluppo e realizzazione di politiche per la salute della popolazione che naturalmente partono dall’attuazione del Piano per la Salute e dei suoi programmi, e, per quanto discutiamo oggi, dal programma sulla Salute Infanzia e Adolescenza.

Io, in qualità di Assessore alle politiche per la Salute, vorrei farvi partecipi di quanto abbiamo deciso, prima come Giunta e poi come Consiglio Comunale, di programmare e promuovere per il prossimo triennio. Pensiamo che le decisioni assunte ci permetteranno di raggiungere tangibili risultati sulle problematiche di salute, ed in particolare su alcuni fenomeni emergenti che sono stati evidenziati proprio grazie alla predisposizione ed attuazione dei sei programmi che formano l’intero Piano.

Abbiamo innanzitutto inteso, nel confermare la validità degli obiettivi su cui erano indirizzate le azioni che avevamo raccolto e inserito nei programmi, cercare e definire alcune priorità di intervento su cui concentrare risorse e, perché no, promuovere nuovi e consistenti azioni nel prossimo triennio. Intendiamo con ciò promuovere ed attuare quelle politiche per la salute che possono determinare un ulteriore miglioramento della situazione esistente nel nostro territorio, anche se tale situazione è da molti considerata buona se non ottimale.

Prima di illustrarvi quali sono stati i ragionamenti che abbiamo percorso e le conclusioni a cui siamo giunti, vorrei rapidamente sottolineare alcuni aspetti qualificanti di quanto abbiamo fatto e di quanto andremo a realizzare in modo da migliorare la salute della nostra popolazione.

Sono convinta che quanto stiamo cercando di portare avanti abbia un essenziale e concreto requisito: quello di essere fattibile, almeno nella nostra realtà.

Come diceva il Sindaco l’attuazione del Piano per la Salute non può certamente essere affidata al solo assessore alla Salute, ma è un’azione che ricade su tutti gli assessori comunali, naturalmente in proporzione diversa a seconda della delega di ognuno. Nelle azioni di realizzazione, ma anche in quelle di definizione degli scenari e delle esigenze di intervento sono coinvolti e responsabili anche tutti quegli attori che partecipano al Patto di Solidarietà per la Salute, dalle Aziende Sanitarie, alle Istituzioni scolastiche, alle Associazioni di volontariato, ecc. ecc.

A noi come Comune spetta il compito, come Governo locale, di coordinare gli interventi, di mettere in rete quanti vogliono partecipare ai programmi e di individuare, con il consenso dei diversi soggetti che ad essi partecipano , le priorità su cui indirizzare nuove azioni.

Nel programma di azioni di cui discutiamo oggi sono assai rilevanti le azioni e strategie che portano avanti gli Assessori alla Istruzione e alle Politiche Giovanili, oggi presenti e che coordineranno i

lavori delle due sessioni del Seminario, ma anche quelle dell'Assessore ai Servizi Sociali, di quello allo Sport, di quello all'Ambiente, di quello alla Mobilità e Trasporti, ecc. Abbiamo dedicato una notevole attenzione a definire quali attenzioni e interventi ognuno di noi doveva porre in atto per attuare i diversi programmi in fase di realizzazione, oggi stiamo individuando, secondo le priorità definite e le risorse disponibili, le nuove azioni fattibili, lo stesso sforzo lo stiamo chiedendo a quanti partecipano all'attuazione del Piano, naturalmente con questo non vogliamo certamente arrestare il processo avviato con i diversi programmi né tanto meno dire che abbiamo raggiunto gli obiettivi che ci eravamo prefissati affermando così di aver concluso l'azioni programmate.

Prima di illustrarvi le priorità che abbiamo scelto e che incidono o dovrebbero incidere sulla salute dell'infanzia e dell'adolescenza di cui oggi discutiamo, vorrei sottolineare alcuni obiettivi e strategie su cui riteniamo debba essere mantenuta alta e costante l'attenzione:

- uno degli obiettivi che sono stati perseguiti con l'attivazione dei programmi del Piano per la Salute era quello di mettere in rete le azioni che tanti soggetti stavano facendo per migliorare la situazione esistente, non solo, ma mettere in rete anche i diversi soggetti che operano sul territorio e spesso non sono conosciuti, siano essi soggetti dell'ente locale, delle aziende sanitarie, di altre istituzioni, di associazioni di cittadini e del volontariato, di forze sociali e economiche, ecc. Tale obiettivo è stato solo parzialmente raggiunto, occorre ancora prestare una specifica attenzione ad esso e promuovere e stimolare una maggiore adesione e trasparenza della rete che può sostenere i diversi gruppi di popolazione nei diversi momenti di bisogno, individuando e descrivendo i soggetti che ne fanno parte e le prestazioni che essi possono erogare.
- Altro obiettivo da perseguire era e resta quello di prestare la massima attenzione alle disuguaglianze di salute che sono presenti anche nella nostra società, cercando sia di individuarle sia di diminuire il loro effetto, dirigendo interventi a sostegno dei più deboli e bisognosi, diminuendo per quanto possibile le difficoltà di accesso ai servizi. Anche in questo caso l'attenzione che dobbiamo porre al problema non può non rimanere alta e la ricerca delle possibili soluzioni deve essere attenta e continua, anche in considerazione dei rapidi e frequenti mutamenti che avvengono nella nostra società.
- Occorre certamente ancora sviluppare negli individui della nostra popolazione e in maniera particolare sulle nuove generazioni interventi formativi che stimolino le loro abilità in modo che i giovani possano trovare posto, a suo tempo, nelle attività lavorative aumentando altresì la autostima e le capacità relazionali dei singoli.
- Chi governa, o ha responsabilità di governo, deve aumentare la sensibilità nell'ascolto dei bisogni che emergono dal territorio e dalla popolazione utilizzando a ciò le istituzioni più decentrate, come le Circoscrizioni che sono più vicine ai cittadini, e gli strumenti di programmazione partecipata come per l'appunto il Piano per la Salute, Agenda 21 e i Piani di Zona, ecc.
- Occorre altresì insistere in esperienze di formazione ed educazione che trovano nella scuola e negli insegnanti i luoghi e i veicoli adatti per raggiungere risultati quantitativamente elevati e duraturi.

Premesso quanto ho detto che, considero e propongo come uno specifico argomento di riflessione e di discussione con quanti partecipano attivamente alle azioni che sono confluite nei programmi attuativi del Piano per la Salute, vengo ad illustrarvi gli indirizzi e le decisioni che abbiamo assunto come Comune di Modena.

Credo sia opportuno motivare le decisioni assunte pertanto è stato proposto e approvato:

- di prendere atto delle procedure adottate per l'elaborazione del Piano per la Salute, nonché dei risultati con esso raggiunti,
- di approvare che l'intero Piano per la Salute del Comune di Modena abbia validità sino al 2007, confermando gli obiettivi individuati nei singoli programmi,
- di approvare le proposte di primi obiettivi prioritari su cui orientare nuove azioni per gli anni 2005-2007,
- di approvare le proposte avanzate dalla Giunta per le fasi di verifica sull'attuazione del piano.

Considerando e valutando la situazione esistente, ascoltando i bisogni emergenti dal territorio con l'ausilio dei Comitati tecnici istituiti per i sei programmi del Piano e del gruppo di coordinamento che segue la attuazione di tale Piano abbiamo individuato e proposto al Consiglio Comunale che le ha approvati, le seguenti priorità che possono determinare un ulteriore miglioramento della salute dei minori o diminuire l'effetto di alcuni fenomeni negativi in atto:

- per il programma Sicurezza Stradale : interventi dedicati ad aumentare la sicurezza dell'utenza debole: bambini e ciclisti;
- per il programma Salute Infanzia e Adolescenza : interventi rivolti a ridurre il fenomeno dell'obesità e interventi diretti alla prevenzione del disagio anche attraverso la promozione di comportamenti virtuosi a salvaguardia della propria salute;
- per il programma Patologie Prevalenti : miglioramento della presa in carico dei pazienti affetti dalle cinque patologie prevalenti con particolare riferimento ai percorsi di continuità assistenziale e promozione di interventi tesi a ridurre gli inquinanti presenti nell'aria che possono provocare l'insorgere delle patologie prevalenti;
- per il programma Salute Donna : presa in carico dei bisogni di genere con particolare riferimento al parto e alle scelte consapevoli sulla maternità.

Come sapete su alcune di queste priorità avevamo già molti interventi programmati a cui abbiamo aggiunto, promosso e realizzato alcuni altri (come la campagna per l'uso dei seggiolini e delle cinture di sicurezza nel trasporto dei bambini in auto o in bicicletta, la promozione dell'allattamento materno, il monitoraggio del soprappeso e dell'obesità nei bambini) su altre stiamo definendo il contesto su cui intervenire e raccogliendo le proposte di intervento.

Il seminario di oggi ci fornirà un quadro dettagliato degli interventi che abbiamo censito e promosso per l'attuazione del programma e rivolti ai quattro obiettivi che erano stati in esso individuati ma anche proposte e considerazioni sulle priorità individuate e da sviluppare nei prossimi due anni.

Ringrazio tutti i relatori che hanno accettato di essere i protagonisti di questo pomeriggio e quanti sono intervenuti e avranno la pazienza di ascoltarci e di partecipare ai nostri lavori.

Un particolare ringraziamento infine al Sindaco e ai due Assessori che partecipano attivamente al seminario e a quanti anno attivamente contribuito per la sua realizzazione.

I SESSIONE: il contesto e le azioni di miglioramento ***Presiede e coordina Elisa Romagnoli***

Elisa Romagnoli, Assessore alle Politiche Giovanili del Comune di Modena

I Piani Per la Salute, con l'istituzione di uno specifico tavolo Salute Infanzia e Adolescenza, rappresentano un ottimo esempio della trasversalità necessaria all'attuazione delle politiche rivolte ai giovani, politiche che devono poter investire settori diversi dell'Amministrazione quali la cultura, il patrimonio, i servizi, la salute, il bilancio e – perché no – l'urbanistica. Questa trasversalità, che in un qualche modo ispira l'elaborazione di strumenti di governo come i Piani per la Salute e i Piani di

Zona, deve poter spaziare dal tema del disagio a quello dell'agio, perché sempre più spesso le politiche di promozione del benessere sono, anche, politiche di prevenzione.

Tanto il Libro bianco della Commissione Europea sulla condizione giovanile quanto il Programma di mandato della nostra Giunta ci chiedono di riformulare il rapporto tra i giovani e le istituzioni. Rivedere questo rapporto significa in primo luogo sapersi dotare di una nuova strumentazione, di nuove procedure e di una nuova tecnologia dell'ascolto, «al di fuori – è sempre il Libro bianco a stabilirlo con chiarezza – delle vecchie strutture e dei vecchi meccanismi di partecipazione».

I giovani, nel perseguimento di questo punto di vista, non sono più i destinatari, ma la sorgente delle nostre politiche. Anche nella definizione dei Piani per la Salute, quindi, conformarsi agli orientamenti generali in materia di Politiche giovanili significa coinvolgere direttamente i giovani nell'elaborazione delle nostre strategie.

Rendere i giovani protagonisti attivi delle scelte integrando gli interventi in essere risulta fondamentale per colmare la distanza che si crea tra politiche socio-sanitarie e le politiche legate alla creatività e all'agio, che oggi rappresentano il linguaggio più adeguato per avvicinare i giovani. Il che non significa, ovviamente, che il disagio non esista e non vada affrontato, ma che alla politica si chiede in primo luogo di prevenirne l'insorgenza.

Per quanto possa sembrarvi paradossale, quindi, ritengo che anche nell'elaborazione condivisa dai giovani dei programmi della Tenda, per esempio, o nell'allestimento della nostra proposta culturale e ricreativa si stiano in un qualche modo rinforzando le maglie di una politica per la salute più avanzata rispetto ai dispositivi, necessari ma non sufficienti, della medicalizzazione e dell'assistenza individuale. Mi auguro che voi possiate essere del mio stesso avviso.

Predisposizione e stato di attuazione del Programma di Azioni

Antonietta De Luca, Gruppo di Coordinamento per la predisposizione e attuazione del Piano per la Salute del Comune di Modena

“Predisposizione e attuazione del Piano per la Salute”

Il Comune di Modena ha intrapreso dal 2002 il percorso di predisposizione ed attuazione del Piano per la Salute. Oggi è stato avviato la fase di verifica e valutazione di quanto realizzato anche al fine di favorire lo sviluppo di nuovi e ulteriori interventi.

Il PPS è stato elaborato tenendo presente l'ampio concetto di salute coniato dall'OMS, che non considera la salute come la sola assenza di malattia ma evidenzia il concorso di altri "requisiti" fondamentali fra cui la pace, il cibo, l'istruzione, il reddito, un'adeguata abitazione in cui vivere, la giustizia e l'equità sociale.

La nostra salute dipende, quindi, da diversi fattori che, in modo diretto o indiretto, possono proteggerci dalle malattie o al contrario causarle. Bisogna tenere presente, inoltre, che questi fattori non agiscono singolarmente, ma si intrecciano tra di loro, rendendo così il quadro ancora più complesso.

Ad esempio: l'ultima indagine Multiscopo ISTAT mostra come il livello di istruzione condizioni profondamente sia l'abitudine al fumo sia gli indici di massa corporea. Per quanto riguarda l'indice di massa corporea nel sesso femminile in relazione al titolo di studio, risulta che le donne obese rappresentano ben il 17% delle donne con basso titolo di studio, mentre questa percentuale è del 2% nelle donne con diploma di scuola media superiore o laurea.

Ancora ci sono studi che dimostrano come a parità di età, il rischio di morire è più alto tra i meno istruiti, nelle classi sociali subordinate, tra i disoccupati, tra chi abita in case meno agiate e in quartieri degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette.

È nelle società economicamente avanzate si sta rilevando un progressivo aumento delle disuguaglianze che si manifestano soprattutto nell'incapacità di esercitare il proprio diritto alla salute.

Molti autori, sottolineano che le disuguaglianze in sé rappresentano più della povertà una causa importante di malattia e di morte.

Quindi intervenire solo sugli stili di vita non basta.

Da queste premesse emerge chiaro che la tutela della salute richiede il contributo non solo di un settore, ma anche di tutti i sistemi sociali ed organizzativi che con il loro agire influenzano il benessere dell'individuo.

I Piani per la salute si inseriscono in questo contesto culturale. Essi rappresentano un strumento di pianificazione multisettoriale ed interdisciplinare a livello territoriale, ed operano in uno scenario di alleanze tra i diversi sistemi, incidendo sui diversi determinanti e migliorando la salute della popolazione, sia come riduzione delle morti evitabili che dei tempi di disabilità.

I Piani per la salute hanno il duplice compito di documentare e avviare un processo d'azione che persegue specifici obiettivi di miglioramento della salute di gruppi di popolazione o di riduzione di fenomeni incidentali, concentrandosi in particolare sulla riduzione delle disuguaglianze, sullo sviluppo di servizi accessibili e di qualità e sul miglioramento degli stili di vita.

Il percorso generale seguito per progettare la Salute dei Piani per la Salute si sintetizza in 5 fasi, fondamentali:

1) la rilevazione dei bisogni che avviene attraverso l'analisi congiunta dei dati epidemiologici e delle richieste di miglioramento espresse dalla popolazione e raccolte con l'ascolto dei portatori d'interesse.

2) l'individuazione delle priorità di salute che sono decise a livello di governo locale in quanto responsabile rispetto ai cittadini, della tutela di questo bene costituzionalmente protetto.

3-4)sono le due fasi operative che identificano le azioni da compiere, i responsabili, gli attori coinvolti e le risorse economiche da impegnare

5) è la fase dell'accertamento, è il momento nel quale viene verificato, sia in itinere che al termine del processo, il grado di congruità delle attività programmate e attuate e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Il processo connesso con questa fase dovrebbe permettere di riaggiustare gli interventi in funzione di nuove esigenze e nuove situazioni verificatesi.

A Modena il Piano per la salute si compone di 6 programmi d'azione: sicurezza stradale, salute anziani, salute e sicurezza sul lavoro, salute infanzia, patologie prevalenti, salute donna.

L'ambito territoriale in cui si realizzano i programmi d'azione del PPS è il distretto, come indicato dalla Conferenza Territoriale Socio-sanitaria, perché esso rappresenta un ambito territoriale più vicino alla comunità di cui si possono conoscere a fondo i bisogni e in cui si possono concretizzare interventi teorici in specifiche azioni correttive della situazione esistente.

Il percorso distrettuale adottato per costruire il PPS della città di Modena affida inoltre al Consiglio Comunale, quindi ai rappresentanti istituzionali dei cittadini l'approvazione dei diversi programmi.

Elemento chiave del PPS è la partecipazione attiva dei diversi soggetti. La stessa OMS nel programma Health 21 dichiara che tra i valori principali c'è la partecipazione e la responsabilizzazione di cittadini, gruppi, istituzioni, comunità verso un continuo sviluppo della salute.

All'elaborazione del Programma Salute Infanzia e adolescenza hanno collaborato e concorso numerosi soggetti della società modenese, coinvolti secondo modalità e livelli diversi di partecipazione: 30 esperti (Comitati di Programma); 25 strutture/servizi(Responsabili delle Azioni) , 82 partners(Soggetti Promotori).

Il programma è stato costruito seguendo il percorso teorico sopradescritto, è in fase di attuazione ed è ancora aperto ad ulteriori contributi per implementare gli interventi che possono migliorare la salute dei minori a Modena.

Dall'analisi del contesto demografico e socio-sanitario emerge che nel 2003 a Modena, i nuovi nati, erano 1631 di cui stranieri 393* (* con almeno un genitore straniero) i minori residenti 26270, di cui stranieri 2841. Oltre il 20% dei minori è in sovrappeso, circa il 10% è obeso; 566 maschi e 421 femmine sono interessati da malattie croniche; 1394 maschi e 892 femmine sono interessati da problemi neuropsichiatrici

I posti disponibili nei Nidi d'infanzia erano 1363 per 4861 bambini tra 0 e 2 anni;

4459 i posti nelle Scuole d'infanzia (che coprono il 100% della domanda)

I dati sulla dispersione scolastica nelle scuole superiori (a.s. 1999-2000) mostrano che 1150 maschi e 618 femmine hanno abbandonato la scuola.

Il programma ha raccolto 106 azioni articolate secondo la tipologia d'intervento suddivisi in: interventi strutturali, rivolti a migliorare l'offerta ed il comfort dei servizi, degli ambienti e delle attrezzature utilizzate ed utilizzabili dai minori e dai loro genitori o a fornire strumenti permanenti atti a migliorare e garantire l'accesso alla rete dei servizi dedicati alla popolazione infantile ed adolescente; interventi educativi, dedicati a sostenere le attività educative e formative dei minori, dei loro genitori e degli educatori, diretti a consentire lo sviluppo e la crescita dei ragazzi e ragazze ed a promuovere sani stili di vita; interventi per l'accesso e il sostegno volti a migliorare l'accesso ai servizi informando dettagliatamente gli utenti su quanto ad essi offerto e sulle modalità di accesso alle prestazioni, sono descritti altresì interventi di sostegno e di assistenza dedicati agli utenti in difficoltà; interventi per la riduzione del danno diretti a limitare al minimo possibile i danni ai minori colpiti da eventi patologici sia a carattere sanitario che sociale e a contrastare le problematiche connesse ai disagi provocati dalla insorgenza di bisogni acuti evitando così un'emarginazione dei soggetti da essi affetti; interventi di monitoraggio rivolte a potenziare le attività di rilevazione ed elaborazione di dati relativi a particolari patologie, eventi e/o servizi che incidono sulla popolazione minorile o su una parte di essi.

Dallo stato di avanzamento delle azioni, dalla valutazione dei risultati raggiunti e dall'ascolto dei nuovi problemi emergenti in tale popolazione sono stati evidenziati, quali priorità su cui concentrare i nuovi interventi nel prossimo biennio: l'obesità e il disagio.

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Carla Martignani, Gruppo di Coordinamento per la predisposizione e attuazione del Piano per la Salute del Comune di Modena

“Le fasi di valutazione e verifica del Piano per la Salute del Comune di Modena”

La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS), composta da tutti i Sindaci della Provincia, e presieduta dal Presidente della Provincia e dal Sindaco di Modena, ha individuato ed approvato nel 2001, dal profilo di salute provinciale, dieci priorità su cui i 7 Distretti presenti sul territorio provinciale si sono impegnati ad elaborare specifici programmi di intervento.¹

Il percorso distrettuale intrapreso dal Comune di Modena nella predisposizione ed attuazione del Piano per la Salute improntata alla massima partecipazione di esperti e portatori di interesse, ha

¹ Il profilo di salute provinciale è stato predisposto grazie al supporto di un'apposita commissione di epidemiologi ed esperti del settore.

portato nel 2002 all'approvazione da parte del Consiglio Comunale dei Programmi Sicurezza Stradale e Salute Anziani. A seguire, sono stati approvati dall'organo rappresentativo comunale, il programma Salute e Sicurezza sul Lavoro nel 2003, e, nel 2004, Salute Infanzia e Adolescenza, Patologie Prevalenti e Salute Donna.

Nel 2004, quindi, è divenuto operativo l'intero Piano per la Salute del Comune di Modena, che con i 6 programmi sopraccitati risponde a tutte e 10 le priorità di salute individuate dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS).

Considerata la validità biennale dei programmi e le diverse date di scadenza degli stessi, il Consiglio Comunale ha considerato interesse della collettività proseguire nel percorso tracciato deliberando il 4 luglio 2005 la conferma degli obiettivi di salute contenuti nel Piano per gli anni 2005-2007 e, pertanto, la validità dei programmi.

La delibera menzionata è stata importante, oltre che per la ratifica della prosecuzione di un percorso di lavoro, che fino ad oggi ha avuto l'ambiziosa caratteristica di essere intersettoriale e interistituzionale, anche per due novità: la scelta di alcune priorità su cui tutti i soggetti che partecipano o che vorranno aderire, sono chiamati a orientare delle nuove proposte, sempre nello spirito della responsabilità e sostenibilità economica dei progetti presentati; e la validazione delle fasi di verifica e valutazione del Piano e dei Programmi.

Le procedure di valutazione e verifica si articolano in diverse fasi, tra loro connesse:

1) la prima fase, corrisponde al monitoraggio annuale dei programmi, che si realizza con:

- l'aggiornamento dei dati dei fenomeni indagati (incidentalità stradale, infortuni sul lavoro, patologie prevalenti), dei dati di contesto, epidemiologici, sociali, e di accesso ai servizi di target specifici di popolazione (anziani, infanzia e adolescenza, donne);
- la verifica dell'attuazione delle azioni programmate;
- l'inserimento delle eventuali nuove proposte di intervento;
- la pubblicazione di un Report annuale per ogni programma, contenente i dati sopraddetti.

Rimane obiettivo del Piano la continua messa in rete di nuove azioni e soggetti che intendano aderire. Ogni programma è infatti aperto al recepimento di ulteriori proposte, sempre che vengano rispettati alcuni criteri e cioè: la coerenza agli obiettivi individuati, l'identificazione di un responsabile che relazionerà annualmente sull'andamento o l'esito dell'intervento, la sostenibilità economica, la costruzione di indicatori di risultato o di esito.

In alcuni casi, come negli interventi di tipo strutturale (la riqualificazione di una scuola, la costruzione di una strada, ecc.) l'indicatore di risultato può definire semplicemente la realizzazione o meno di quanto programmato, o il suo stato di avanzamento; in altri casi, come per gli interventi educativi o di sensibilizzazione, può essere più complesso monitorare il risultato finale, quando l'esito è rappresentato sia dal target di popolazione raggiunto (quante persone rispetto al target potenzialmente interessato) sia dall'effettivo raggiungimento dell'obiettivo che si era programmato. In ogni caso, reputiamo la costruzione e l'utilizzo di indicatori di risultato uno strumento indispensabile per poter misurare l'efficacia di un'azione rispetto al suo obiettivo e al target individuato; ciò non intende certamente sminuire il valore dell'azione o i difficili processi di realizzazione dei singoli interventi, e le risorse umane e materiali che stanno dietro a questi processi, ma fornire un semplice e chiaro dato quantitativo e, nel migliore dei casi qualitativo, che possa rendere "misurabile" l'azione; per lo stesso motivo, è altrettanto importante l'indicazione della stima dei costi previsti ogni anno se l'azione è pluriennale. Questi criteri garantiscono il rispetto della trasparenza e la possibilità di misurare l'esito delle azioni.

2) La seconda fase riguarda l'analisi degli interventi programmati e realizzati rispetto agli obiettivi fissati nei singoli programmi e si articola nella:

- verifica del raggiungimento degli obiettivi, valutando le azioni a ciò dedicate;
- conferma o aggiornamento degli obiettivi e delle strategie;

- adozione di eventuali priorità, laddove si rilevino criticità specifiche non sufficientemente indagate e/o dove si ritiene debbano essere potenziati gli interventi, in quanto sono emersi nuovi bisogni. In questo senso si è espressa la delibera del Consiglio Comunale, definendo, su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute del Comune di Modena e della Giunta nel suo complesso, specifiche priorità di azione in ogni programma.²

3) La terza fase di verifica riguarda l'intero Piano per la Salute, e sarà realizzata alla scadenza dello stesso. Tale verifica prenderà in esame il periodo 2004-2007, a partire cioè dal momento in cui il Piano è stato completato e tutti e 6 i programmi di azione sono entrati in vigore. Valutare il PPS significherà indagare se esso ha "prodotto" effettivamente salute, operazione complessa, quanto poter misurare cambiamenti apprezzabili nei comportamenti collettivi e negli indici di incidenza di malattie o di mortalità, dato il breve lasso di tempo di analisi. E' ovvio che statistiche di questo genere sono significative su archi temporali più lunghi, forse decennali, senza dimenticare che la salute, come qui si intende, è un concetto ampio che fa riferimento non solo all'assenza di malattia, o all'aumento della speranza di vita, indice peraltro già fra i più alti a livello nazionale ed europeo, ma ad una condizione più generale di benessere psico-fisico, sociale ed ambientale.

Fatte le dovute precisazioni, la metodologia utilizzata, per un periodo relativamente breve di indagine, ha utilizzato sia strumenti di analisi quantitativa per la valutazione dei singoli programmi, che andrò a breve illustrare per il Programma Salute Infanzia e Adolescenza, sia strumenti di indagine campionaria ad hoc (è in programma un'indagine a campione sugli stili di vita dei modenesi). Questi strumenti non hanno la pretesa di essere perfetti, né di esaurire un argomento così complesso, ma certamente forniranno una chiave di lettura per misurare l'efficacia e l'adeguatezza di interventi e strategie rispetto agli obiettivi prefissati.

Programma Salute Infanzia e Adolescenza: la Valutazione sul raggiungimento degli obiettivi

Il programma si compone di 106 azioni con un impegno di risorse complessive pari a 17.600.000 euro.³

Per prima cosa si è proceduto a qualificare ognuna delle 106 azioni che compongono il Programma in base a tre variabili classificatrici:

- l'obiettivo a cui l'azione è rivolta;
- il determinante di salute su cui l'azione incide in modo prevalente⁴;
- il soggetto responsabile.

Rispetto al soggetto responsabile, per semplificazione, si sono individuate tre grandi categorie di soggetti proponenti: il Comune di Modena, le Aziende Sanitarie (Azienda Usl di Modena, e Az. Osp. Policlinico), e "Altri soggetti". In quest'ultima categoria, sono ricomprese le Associazioni di volontariato, di categoria, i sindacati, gli Enti, le imprese private, le scuole, ecc. Auspichiamo una sempre maggiore adesione degli istituti scolastici al Programma, che spesso portano avanti significativi progetti di educazione alla salute e di prevenzione del disagio. In questo caso si ripenserà a definire la categoria "Altri soggetti", suddividendola in soggetti specifici a sé stanti (es. "istituti scolastici", ecc.).

² Per il Programma Salute Infanzia e Adolescenza, oggetto di questo seminario, le priorità individuate per gli anni 2005-2007 sono:

- Interventi rivolti a ridurre il fenomeno dell'obesità;
- Interventi diretti alla prevenzione del disagio anche attraverso la promozione di comportamenti virtuosi a salvaguardia della propria salute

³ Sono state considerate solo le azioni presentate nel 2004 prima dell'approvazione del programma; tutte le nuove proposte presentate nel 2005 faranno parte del Report anno 2004 attualmente in fase di pubblicazione.

⁴ I Determinanti che incidono sulla salute possono essere sinteticamente identificabili in: socio-economici, ambientali, stili di vita, di accesso ai servizi.

Ripartendo quindi le 106 azioni per gli obiettivi di programma a cui esse sono rivolte, risulta che:

12 azioni sono indirizzate a “migliorare il contesto ambientale (es. riduzione dell’inquinamento, mobilità sicura ecc.), sociale (famiglia, scuola, luoghi di aggregazione) e di cura (es. ospedali)” (obiettivo 1);

24 azioni a “migliorare e potenziare l’attuale rete dei servizi per l’apprendimento, la prevenzione e promozione della salute nelle diverse fasi della crescita dei minori (prenatale, 0-3 anni, 3-5 anni, 6-10 anni, 11-17 anni)” (obiettivo 2);

43 azioni a “realizzare azioni tese a garantire un’elevata qualità di vita dei minori di tutte le etnie e culture” (obiettivo 3);

19 azioni a “promuovere azioni su gruppi che esprimono bisogni e criticità specifici” (obiettivo 4);

8 azioni a “proporre e realizzare azioni di riduzione del danno, di recupero e limitazione degli handicap” (obiettivo 5).

Considerando sia il numero di azioni (in % sul programma) che le risorse economiche impiegate (in % sul programma), - Cfr slide - Valutazione delle azioni del Programma per obiettivo) - è evidente che la stragrande maggioranza degli interventi si concentra negli obiettivi 2 e 3 che raggruppano tutti i progetti educativi, di prevenzione del disagio, di socializzazione, di promozione della multiculturalità, di prevenzione sanitaria e di educazione alla salute. Si tratta di azioni molto eterogenee: alcune sono pluriennali e comportano un significativo investimento, altre sono piccole iniziative “spot” di sensibilizzazione, che nel 2005 risultano concluse. Fino ad ora tutte le proposte presentate sono state accolte e messe in rete, purché fossero rivolte agli obiettivi individuati; per le nuove proposte per gli anni 2005-2007 auspichiamo l’inserimento di azioni che si contraddistinguano per significatività, ricaduta sul target di popolazione (ampio numero di destinatari), e per continuità.

Prendendo in considerazione i costi sostenuti, l’11% delle azioni del programma dirette al miglioramento del contesto ambientale, sociale e di cura (ob.1) pesano “da sole” il 37% delle risorse complessive del Programma; esse si contraddistinguono evidentemente per importanti interventi strutturali, oltre che di riqualificazione di edifici scolastici, ad esempio anche di azioni specifiche e innovative di miglioramento del contesto ambientale ospedaliero per i bambini degenti (Reparto di Pediatria del Policlinico). L’attenzione verso gruppi che mostrano criticità o fragilità specifiche (ob.4) e le azioni di riduzione del danno e limitazione degli handicap (ob.5), che rappresentano rispettivamente il 17,9% e il 7,5% delle azioni di programma, in termini economici impegnano il 46% delle risorse complessive. Ciò significa che, considerando sia il numero di interventi che il loro peso economico, si può dire vi sia un sostanziale equilibrio nella ripartizione delle azioni sui 5 obiettivi, nessuno dei quali risulta completamente scoperto.

Considerando le 106 azioni in base al determinante di salute (Cfr slide - *Valutazione delle azioni del Programma per determinante di salute*), il 40% delle azioni, con un peso economico del 45,6% rispetto all’intero programma incidono in modo prevalente sul miglioramento dell’accesso ai servizi, ai sistemi di cura e al miglioramento dei percorsi di “presa in carico”. Il 35% delle azioni incide nella sfera socio-economica con il 32% delle risorse del programma. Rimangono in secondo piano sia gli interventi di miglioramento del contesto ambientale (7,5% delle azioni), anche se con un impegno economico significativo (20% risorse), e gli interventi sugli stili di vita (12% delle azioni, con il 2,2% delle risorse del programma). Su quest’ultimo punto, si deve rilevare che il dato è sottostimato; sono infatti ancora escluse dal Programma tutte le azioni che realizzano direttamente le scuole di educazione alla salute.

Il Comune di Modena è il soggetto che ha proposto e messo in rete il maggior numero di azioni e risorse del programma (rispettivamente il 64% e il 76%). (Cfr slide - *Valutazione delle azioni del Programma per soggetto responsabile*). La grande partecipazione dell’Amministrazione non

sorprende visto che, a Modena, il Gruppo di Coordinamento del PPS lavora oggi presso l'Assessorato alle Politiche per la Salute del Comune, e non esternamente all'Amministrazione (es. AUSL); il Piano per la Salute, così inteso, ed elaborato da una pluralità di attori tra cui Comune e Aziende Sanitarie, vorrebbe essere uno strumento di programmazione verso i cui obiettivi, tutti gli altri strumenti più propriamente settoriali o gestionali (PdZ, PAT, Agenda 21, bilancio partecipativo, ecc.) , dovrebbero tendere ed integrarsi.

Le Aziende Sanitarie hanno partecipato complessivamente con il 22% delle azioni e il 21% delle risorse del programma, e gli "Altri soggetti" solamente con il 13% delle azioni e il 2,9% delle risorse.

Si può riproporre la duplice lettura quantitativa illustrata (N° azioni e peso economico sul totale del programma) anche rispetto ai singoli obiettivi, per rilevare se, all'interno di ciascuno di essi, la ripartizione delle azioni rispetto ai determinanti di salute ed ai soggetti responsabili, presenta qualche ulteriore significatività.

Così procedendo (cfr slides), si constata che il determinante ambientale è "aggredito" solamente nell'obiettivo teso a migliorare il contesto ambientale, sociale e di cura (ob.1), e per nulla negli obiettivi tesi a prevenire il disagio e ad incentivare la socializzazione e l'integrazione multi-etnica, o a promuovere il benessere su gruppi che esprimono bisogni e criticità specifici (ob. 2-3-4);

Il determinante su cui si concentra tendenzialmente il maggior numero di azioni e, in taluni casi, di risorse (ob. 1-2-3-4-5) è quello relativo all'accesso ai servizi, ai percorsi e sistemi di cura e presa in carico, indice del fatto che evidentemente rimane prioritario il tema del miglioramento della rete di servizi; a seguire, il secondo determinante su cui incidono maggiormente le azioni è quello socio-economico. Gli stili di vita rimangono un determinante di salute su cui si potrebbe ancora lavorare, anche se il dato come è stato detto è sottostimato.

Il Comune detiene il maggior numero di azioni proposte e di risorse impiegate in ogni obiettivo; le Aziende Sanitarie partecipano considerevolmente con proprie risorse al miglioramento del contesto ambientale, sociale e di cura (ob.1), e sul tema dell'educazione alla salute e di prevenzione sanitaria all'infanzia (ob. 2-3); è evidente che sono ancora poche le azioni messe in rete nel Programma da parte di attori esterni come Associazioni, Istituti scolastici, ecc. di cui auspichiamo una loro prossima adesione e attiva partecipazione.

Un ulteriore passaggio nella valutazione del programma e degli obiettivi, è stato quello di affiancare alle due analisi quantitative date, un terzo indicatore, che definiremo "di esito" delle azioni. Sinteticamente, riprendiamo così la tipologia di indicatori utilizzati fino ad ora:

- Numerici: peso % del numero delle azioni
- Costi: peso % del costo delle azioni
- Di esito: peso % del costo delle azioni, corretto per la stima di riduzione dei bisogni di salute, dovuto alla diversa incidenza dei determinanti (stima OMS)

Il terzo indicatore è stato costruito sulla base delle stime fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in considerazione della diversa incidenza dei determinanti nella riduzione dei bisogni di salute. Secondo l'OMS, gli stili di vita incidono in questo senso per il 40%, i determinanti socio-economici per il 25%, quelli ambientali per il 15% e i sistemi di cura per il 10%. Questi dati fanno riferimento alle società cosiddette "a sviluppo avanzato", in cui i sistemi di cura raggiungono già un buon livello di funzionalità ed accessibilità.⁵

⁵ Generalmente si identificano le società a sviluppo avanzato con le società "occidentali", per distinguerle dai paesi del sud del mondo, definiti frequentemente dalla letteratura internazionale Paesi in Via di Sviluppo (PVS).

Generalizzazioni come queste, soprattutto quando si parla di salute e welfare, necessitano dei dovuti "distinguo" e non devono fare dimenticare che anche nelle società occidentali le disuguaglianze di salute sono un problema emergente, e la possibilità di accedere ai servizi e di usufruire di sistemi di cura adeguati non è sempre garantita; le disuguaglianze nell'esercizio del diritto alla salute sono tanto più evidenti quanto più ampia è la distanza fra ricchi e poveri, e quanto più si allarga la fascia di popolazione che vive in condizioni di povertà. Un caso emblematico è rappresentato dagli Stati

Si è proceduto quindi a pesare il costo sostenuto di ogni singola azione rispetto alla diversa incidenza del determinante di salute su cui ciascuna agisce⁶. Questo terzo indicatore, ci fornisce una ulteriore misurazione, quella di efficacia di ogni singolo intervento.

Rileggendo la tabella iniziale di valutazione sul raggiungimento degli obiettivi, è confermata e rafforzata la valutazione che si era inizialmente fatta e cioè del generale bilanciamento delle azioni rispetto ai 5 obiettivi del programma. Per fare un esempio, l'obiettivo 5 – “realizzare azioni di riduzione del danno, di recupero e limitazione degli handicap”- ricomprende solo il 7,5% delle azioni complessive del programma, con un investimento economico pari al 17,4% del totale, e un efficacia di risultato degli interventi pari al 26%. Il giudizio, come in questo caso, sarà dunque positivo laddove, a fronte di un investimento economico contenuto, l'efficacia delle azioni messe in campo è nettamente superiore. Viceversa, le numerose azioni ricomprese negli ob. 2-3 hanno costi contenuti, ed anche efficacia contenuta rispetto alla diminuzione dei bisogni di salute.

La delibera del Consiglio Comunale ha anche approvato per gli anni 2005-2007 due priorità di intervento per la Salute Infanzia e Adolescenza:

Interventi rivolti a ridurre il fenomeno dell'obesità;

Interventi diretti alla prevenzione del disagio anche attraverso la promozione di comportamenti virtuosi a salvaguardia della propria salute.

Delle 106 azioni che compongono il programma (al 2004), 6 interventi sono già in rete per la riduzione del fenomeno dell'obesità nell'infanzia (4 di responsabilità del Comune, 1 delle Aziende Sanitarie, e 1 di Altri Soggetti); per quanto riguarda il secondo obiettivo prioritario di prevenzione del disagio, sono già attive 20 azioni (10 presentate dal Comune, 3 dalle Az. Sanitarie e 7 da Altri Soggetti).

Lo strumento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi, che è stata qui presentata per il Programma Salute Infanzia e Adolescenza, e che è stata predisposta anche per gli altri programmi del PPS (Sicurezza Stradale, Salute Anziani, Patologie Prevalenti, Salute e Sicurezza sul Lavoro e Salute Donna) intende essere uno strumento di lettura per conoscere cosa è stato messo in rete fino ad ora, evitare sovrapposizioni, favorire nuove sinergie, ed indirizzare eventuali nuove proposte di intervento verso quegli obiettivi e/o priorità la cui copertura non è ritenuta sufficiente, o verso quelle criticità definite prioritarie su cui si chiede uno sforzo responsabile e sostenibile da parte di tutti gli attori che vogliono aderire al Patto per la Salute del Comune di Modena.

Tale strumento serve al Comitato di programma e al Gruppo di Coordinamento comunale per procedere a una vera e propria proposta di valutazione che dovrà essere corredata delle motivazioni per cui si ritengono raggiunti o no gli obiettivi, e per cui si valutano positivamente i contributi dei soggetti coinvolti e gli interventi sui diversi determinanti. Tale proposta, dovrà essere approvata e validata dal Consiglio Comunale, su iniziativa della Giunta, e trasmessa alla CTSS per eventuali considerazioni in merito.

I programmi ed i Report annuali del PPS sono disponibili contattando il Gruppo di Coordinamento del Piano per la Salute, oppure visionabili e scaricabili direttamente (no copyright!) sul web all'indirizzo <http://www.comune.modena.it/piazzagrande/pps.shtml>

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Uniti, paese a sviluppo certamente avanzato in termini di PIL, ma che non può certamente ritenersi una nazione con un welfare state garantista delle fasce deboli della popolazione.

⁶ Per ogni determinante di salute sono stati calcolati i coefficienti di incidenza, sulla base dei valori stimati dall'OMS.

Fiorella Balli, Direttore dell'Unità Operativa di Pediatria dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena

“Azioni della Pediatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena”

A distanza di un anno dalla proposta fatta dalla Pediatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena di azioni volte a migliorare la salute globale del bambino e recepite dal Piano Salute Infanzia e Adolescenza, vogliamo fare una valutazione di quanto realizzato e indicare altri campi di intervento in accordo con le linee espresse dal nostro Comune.

Possiamo dire con soddisfazione che nello scorso anno, l'azione sicuramente più impegnativa, anche dal punto di vista finanziario, cioè la creazione di un “Ospedale a misura di bambino”, si è completata con la ristrutturazione di tutta l'area pediatrica, con il raggiungimento dell'obiettivo di fornire ai piccoli pazienti ogni confort possibile ogniqualvolta debbano accedere all'area stessa.

Si è conclusa positivamente l'azione di collaborazione con l'Istituto d'Arte Venturi i cui studenti hanno completato le illustrazioni che abbelliscono il reparto.

Per migliorare l'assistenza, si è istituita presso l'Accettazione Pediatrica una zona di Osservazione Breve Intensiva che ha consentito di evitare circa 1000 ricoveri nel 2004, pur creando le possibilità di prestare cure in urgenza ai piccoli.

Inoltre si è perfezionato ed attuato con il Servizio Psico-Sociale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, attraverso l'integrazione con il territorio, il percorso della dimissione protetta, per chi ne abbia necessità, per mezzo di una formulazione di un piano di interventi socio-sanitari che garantiscano un normale sviluppo psico-fisico al bambino dopo la dimissione.

Le Scuole operanti nell'area pediatrica, hanno portato avanti le azioni contrastanti l'isolamento del bambino ricoverato, con l'ausilio dei mezzi multimediali e le altre numerose attività educative in corso.

In collaborazione con la pediatria distrettuale si sono esaminate varie patologie fra cui allergie alimentari, diabete ed asma, per alcune delle quali, come per quest'ultima, si è giunti a raccomandazioni condivise fra ospedale e territorio.

Le ricerche sulle dislipidemie familiari che caratterizzano una parte dell'attività scientifica della Pediatria di Modena hanno dato risultati interessanti in vista della prevenzione dei danni da arteriosclerosi. Anche dai risultati di queste ricerche e da rilievi epidemiologici nazionali ed internazionali viene la proposta che la Pediatria di Modena vuole fare per il prossimo ciclo del Piano Salute Infanzia e Adolescenza.

Pensiamo infatti che concentrare sforzi integrati sul problema obesità sia necessario ed urgente. La letteratura in questo campo è molto vasta e significativa.

L'Istituto Auxologico Italiano indica che il 30-35% dei bambini italiani è sovrappeso e il 10-12% obeso. All'età di 9 anni addirittura il 36% è sovrappeso e il 13.6% obeso.

La causa principale di questo rapido incremento dell'incidenza dell'obesità può essere identificata nei profondi cambiamenti culturali e comportamentali delle nostre società, in cui è diminuita l'attività fisica ed è aumentata la disponibilità di cibi ad alto contenuto di grassi e calorie.

Questa condizione, legata all'ipertensione e alla dislipidemia, comporta rischi a breve, medio e lungo termine ormai ben conosciuti, quali le malattie cardiovascolari, che si traducono in alti tassi di mortalità.

Fondamentale risulta quindi il trattamento dell'obesità nel bambino che purtroppo a tutt'oggi è gravato da un elevato numero di insuccessi. E' pertanto necessario che sempre più venga dato ampio spazio allo studio di nuove strategie di intervento soprattutto preventivo per invertire il fenomeno del progressivo aumento dell'obesità in età pediatrica e conseguentemente in età adulta.

E' ovvio che in questo campo la prevenzione primaria è quella coronata dai più ampi successi e quindi quella che, a nostro avviso, deve impegnarci maggiormente.

Per la prevenzione possono essere identificati diversi ambiti: la scuola risulta dalla letteratura un luogo privilegiato, ove è possibile introdurre programmi di educazione nutrizionale, aumentare l'attività fisica, ridurre la sedentarietà oltre che orientare le scelte alimentari durante i momenti di ricreazione e nella mensa scolastica.

La famiglia rappresenta un luogo importante per concentrare gli sforzi di prevenzione primaria dell'obesità in bambini e adolescenti, data l'aggregazione familiare di soggetti obesi.

Per migliorare l'efficacia degli interventi preventivi sull'obesità sono necessari anche approcci alternativi che interessano l'intera società: l'industria alimentare, le autorità politico-amministrative, la distribuzione di cibo nelle scuole, i mass-media.

Programmi di promozione dell'attività fisica, di educazione alla corretta alimentazione, come pure di facilitazione all'allattamento al seno si sono dimostrati utili nel prevenire l'obesità.

In conclusione, non esistendo un modello di riferimento valido in assoluto per realizzare una prevenzione primaria efficace dell'obesità nel bambino e nell'adolescente, è ovvio che tale modello va ricercato, studiato e reso compatibile e appropriato per ogni realtà, nella consapevolezza che comunque i risultati migliori sono stati ottenuti con interventi diversificati e realizzati a vari livelli (scuola, famiglia, figure professionali – pediatri / nutrizionisti / psicologi / personale sanitario -, industria alimentare, amministrazione pubblica, mass media, ecc.) in modo tale da riuscire a controllare la maggior parte degli aspetti di un unico problema così complesso quale è l'obesità.

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Paola Pace, Pediatra di libera scelta

Nell'infanzia, gli stili di vita, l'esposizione a inquinanti e ad ambienti sfavorevoli possono condizionare gli esiti sanitari per il resto dell'esistenza, per cui la prevenzione, per essere efficace, deve iniziare nella prima infanzia e gli interventi da effettuare richiedono politiche coordinate tra più settori.

Si richiamano le azioni del PPS relative all'infanzia e all'adolescenza in cui sono coinvolti i Pediatri di Libera Scelta.

Quanto al miglioramento del contesto di cura, vengono descritte le attività del PLS che, oltre alle cure primarie, attua il controllo delle patologie croniche, opera per la prevenzione promuovendo corretti stili di vita, attua la sorveglianza epidemiologica, si relaziona con le altre figure professionali (Medicina di Comunità, Ospedale, NPI, Servizi Sociali...) al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate.

Nel programma di azioni per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza sono stati individuati, come prioritari, interventi rivolti a ridurre il fenomeno dell'obesità e interventi diretti alla prevenzione del disagio. La salute è un bene che va difeso e dobbiamo avere un ruolo attivo nel promuoverla, cercando di agire su quei fattori modificabili, quali i fattori ambientali, sociali ed economici, gli stili di vita, la disponibilità dei servizi.

Si fa un accenno al miglioramento del contesto ambientale, che può essere responsabile di malattie multifattoriali, quali l'allergia respiratoria che negli ultimi 25 anni è cresciuta del 200% secondo l'OMS.

Tra le patologie multifattoriali si richiamano quelle legate a stili di vita poco virtuosi come l'obesità, l'ipertensione, il fumo.

Quanto all'obesità, conseguenza di una sproporzione tra calorie ingerite e calorie consumate, viene descritta nelle sue caratteristiche cliniche, nelle complicanze, e vengono individuati alcuni fattori predisponenti nei primi anni di vita.

Si suggerisce un programma, da studiare e approfondire, di valutazioni antropometriche nelle scuole al fine di prevenire l'obesità, il cui trattamento precoce ha un'efficacia maggiore rispetto agli interventi condotti in età adulta.

Si sottolinea l'importanza di un intervento attivo per ridurre l'obesità, come una dieta ipocalorica e ricca di fibre, il modificare le abitudini alimentari di tutta la famiglia, il supporto psicologico, il favorire l'esercizio fisico come sport programmato e come spostamenti a piedi o in bici.

Si ricorda che l'OMS ha stabilito l'importanza di una regolare attività fisica quantificandola in almeno 30 minuti al giorno, suddivisibili in 2-3 volte di 10-15 minuti l'una.

Purtroppo l'obesità è in aumento anche a fronte di una stabile immissione di calorie, a causa della sedentarietà e della inattività fisica che è il secondo più importante fattore di rischio dopo il fumo di un cattivo stato di salute nei paesi industrializzati.

I bambini si nutrono per ore di televisione, sempre seduti, sgranocchiando merendine e patatine.

I genitori dovrebbero riprendere un po' di autorità nella scelta dei cibi, e nelle mense scolastiche non si dovrebbero dare porzioni doppie, specie ai bambini sovrappeso.

Dunque l'attività fisica come pietra miliare di uno stile di vita salutare, ma per promuoverla è necessaria una vera riqualificazione urbana che la favorisca, che ricrei la funzione sociale della strada, anche con campagne di comunicazione che elevano la consapevolezza dei cittadini riguardo ai rischi del traffico, ai diritti dei soggetti più deboli, ricordandoci però che il miglioramento può attivarsi attraverso la modifica dei comportamenti di ognuno di noi.

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Ana Maria Solis, Coordinatore Agenda 21 del Comune di Modena

“Educazione alla Sostenibilità (Tra educazione ambientale, educazione alla mobilità sostenibile, educazione alla partecipazione, educazione alla salute)”

VALORE UNICO

Le città oggi, anche quelle di medie dimensioni come Modena, subiscono molteplici trasformazioni: urbanistiche, economiche, sociali, culturali, demografiche..., è in questo contesto complesso che si vuole delineare una nuova cultura della città che, di conseguenza, chiama l'Ente Locale ad investire sull'Educazione dei cittadini e sulla loro partecipazione attiva, anziché continuare a svolgere il ruolo di erogatore di servizi.

Solo una progettazione della città condivisa tra i diversi settori della Pubblica Amministrazione chiamati ad operare sul territorio (mobilità, ambiente, urbanistica, istruzione, sociale,...) ed i cittadini (singoli, associazioni, ...) può consentire il cambiamento “dell'immagine e del sentire la città” capace di modificare gli stili di vita ed i comportamenti, migliorando complessivamente la qualità della vita.

Inoltre, la salute e la qualità della vita sono valori inscindibili e devono essere al centro delle azioni di tutela sia nell'ambito sanitario sia in quello ambientale e l'educazione costituisce il terreno in cui possono trovare sinergia e integrazione i saperi, le competenze e le organizzazioni interessate

PREMESSA CULTURALE

I servizi deputati a governare le problematiche dell'ambiente, della mobilità sostenibile, della partecipazione e perché non della salute hanno una ramificazione complessa nel territorio locale, in grado di garantire risposte efficienti ed efficaci con alti livelli di qualità.

Nell'ambito delle attività rivolte a educare e informare la popolazione sono frequenti le condizioni in cui l'integrazione fra questi due comparti oltre che essere richiesta, è anche indispensabile per ottenere risultati di qualità. Nel corso degli ultimi anni si è assistito a uno sviluppo notevole del sistema educante orientato alle problematiche che riguardano lo sviluppo sostenibile, mentre nell'ambito delle organizzazioni locali, come quella dell'ente comunale, hanno avuto prevalenza le azioni di tipo informativo e le campagne di massa, essendosi concentrata nell'ambito di piani oppure di progetti (che non dialogano fra di loro: Agenda 21, Piano della Mobilità, PPS, PDZ, le azioni della città dei bambini e delle bambine, oramai città educativa, il bilancio partecipato, ecc.) per la ricerca della partecipazione alle scelte di governo per il territorio

Del resto la complessità del concetto di salute, che oggi fa ampio riferimento ai rapporti fra comunità e ambiente nel suo determinarsi e qualificarsi, e la parallela complessità delle interazioni fra le variabili ambientali, intese sia come fattori di rischio per la salute, sia come fattori causali di malattia, rappresentano l'area concettuale in cui si collocano molte situazioni che costituiscono aree di criticità operativa, organizzativa e anche concettuale per i servizi chiamati a dare risposte ai cittadini.

VERSO UN NUOVO CONCETTO COMPLESSO DI EDUCAZIONE ALLA SOSTENIBILITÀ

Il significato dell'educazione ambientale si è evoluto dando luogo al concetto più complesso di Educazione alla Sostenibilità:

- dall'educazione naturalistica centrata sulla conoscenza scientifica degli elementi dell'ambiente naturale, a ciò che oggi viene chiamata l'educazione allo sviluppo sostenibile, focalizzata sui problemi e sulle relazioni di un sistema complesso in cui l'ambiente è inteso nella sua globalità (ambiente urbano, ambiente di vita e di lavoro, ecc.) e al cui interno elementi diversi dall'ambiente naturale interagiscono e pongono problemi di equilibrio e disequilibrio;
- l'educazione ambientale come strumento di conoscenza che dagli elementi dell'ambiente si espande, quindi, verso la conoscenza delle relazioni uomo-ambiente e dei contesti globali in cui questa relazione si struttura;
- una maggiore consapevolezza del ruolo strategico che assume l'educazione e l'informazione ambientale per l'attuazione delle politiche ambientali, per le quali la condivisione, allargata ad una pluralità di soggetti, degli obiettivi e delle finalità delle stesse è elemento determinante per il conseguimento dei risultati attesi.

Ciò ha un valore particolare soprattutto per le autonomie locali, per gli enti locali che per primi sono chiamati, nell'attività di gestione del territorio, a coniugare esigenze ed interessi diversi. In questo difficile compito sempre più rilevanza sembra assumere la capacità di considerare gli aspetti legati alla qualità della vita e, quindi, all'ambiente quotidiano di vita e di lavoro della comunità che su quel determinato territorio opera, lavora e vive, (si pensi alla rilevanza che assume tale considerazione nell'applicazione delle finalità indicate dall'Agenda 21.).

Ciò presuppone una trasformazione degli interventi nel campo dell'educazione ambientale: da iniziative di sensibilizzazione e/o di conoscenza su temi ambientali, ad azioni di formazione e di costruzione di un nuovo modello culturale di riferimento che soddisfi la necessità di coniugare ambiente e sviluppo, qualità della vita e salvaguardia ambientale.

Gli abitanti delle città devono giungere alla consapevolezza delle conseguenze che le azioni di ognuno hanno sull'intera comunità, in un'ottica di equilibrio sistemico; insomma, occorre fare un'analisi di impatto ambientale delle azioni di sviluppo delle città.

Allora, anche in educazione bisogna esprimere un'intelligenza sistemica, cioè quella forma di razionalità che si avvicina alla saggezza, che chiama a raccolta tutte le occasioni formative, formali e informali, verso una integrazione, una progettualità interdisciplinare e interistituzionale, una ricerca, una didattica attiva corroborata dall'innovazione.

Tutto ciò assume maggiore rilevanza se si tiene conto della crescita di consapevolezza critica dei cittadini che sempre più si aspettano dai servizi risposte integrate e orientate alla globalità dei problemi: rischi legati a situazioni poco definite o dove esiste disaccordo fra gli esperti dei diversi settori, cambiamento dei quadri nosologici verso la cronicità, fenomeni sociali ed economici che accentuano le disparità e le diversità anche nei confronti dell'accesso ai servizi, aumento delle marginalità oggi anche a carico di parte dei ceti medi, sono solo alcune delle aree di lavoro che necessitano di massima integrazione e di utilizzo coerente delle risorse e dei saperi sono solo alcune delle aree di lavoro che necessitano di massima integrazione e di utilizzo coerente delle risorse e dei saperi.

Anche i comportamenti individuali, da sempre ritenuti come frutto di scelte personali, appaiono essere sempre più il prodotto di condizionamenti sociali ed economici e quindi tendono a essere in misura crescente connessi all'ambito più generale dei rapporti con l'ambiente.

VERSO NUOVI PARADIGMI DI PRESIDIO SOCIALE

La capacità di rispondere adeguatamente a queste situazioni, deve essere sostenuta oltre che da cambiamenti organizzativi e operativi, anche da una riflessione condivisa su alcuni paradigmi culturali che hanno assunto sempre maggiore importanza e diffusione soprattutto nell'ambito delle nuove concezioni e teorie legate ai saperi ambientali.

Questa rivoluzione avvenuta e ormai consolidatasi nei suoi frutti nel settore ambientale deve essere condivisa anche nell'ambito dei settori istruzione, salute oppure sanità, mobilità sostenibile, urbanistica partecipata, ecc. Ad esempio l'aumento generalizzato dei pericoli e del traffico ha spinto i genitori a ridurre la libertà di movimento dei loro figli, con importanti conseguenze sulla loro crescita, sull'autonomia e la padronanza del territorio in cui vivono. Strade abitabili con arredi urbani, percorsi sicuri casa-scuola, partecipazione attiva dei cittadini alla realizzazione di tali interventi, possono far parte di una strategia di educazione dei giovani riducendo i principali danni ambientali e sanitari dovuti al traffico autoveicolare e a modelli di comportamento poco rispettosi delle esigenze dell'ambiente.

La consapevolezza della complessità dei problemi, come quelli della mobilità e non solo, che connotano il mondo contemporaneo e l'impossibilità di identificare soluzioni univoche o spiegazioni lineari dei fenomeni osservati, accentua la necessità di sviluppare la capacità di riconoscere le relazioni fra gli elementi e i termini dei problemi; in un contesto di crescente incertezza in cui le scienze esatte dimostrano forti limiti nel dare spiegazioni plausibili o nell'identificare soluzioni efficaci, diviene sempre più attuale la necessità di acquisire competenze relazionali piuttosto che contenuti disciplinari. Se ciò consente alla popolazione di rapportarsi all'ambiente con maggiore coscienza della complessità, è pur vero che gli operatori, in particolare nell'ambito dei settori: ambiente, mobilità, urbanistica, salute, istruzione possono trarre notevoli spunti da una concezione olistica della qualità della vita.

La crescita del senso critico, la richiesta di partecipazione, la necessità di informazioni chiare e fruibili sono le caratteristiche da incentivare per contrastare la sfiducia nelle istituzioni, la genesi di timori non sempre fondati, le percezioni incoerenti dei rischi; in questo ambito le probabilità di successo si amplificano se si creano condizioni per un confronto costruttivo fra le opinioni e i modi di pensare della popolazione e i saperi provenienti dai settori tecnico scientifici.

Sarà veramente capace di futuro chi sa interpretare il carattere fondamentale innovativo e critico della cultura contemporanea: il soggetto deve cogliere tutte le interazioni necessarie per respirarne la sensibilità, l'intenzione, la stimolazione, la provocazione, l'inquietudine, il suo bisogno di comprendere il mondo e le sue articolate componenti. Si cambia comportamento se si avverte appieno la funzione dell'educazione, che è propulsiva, capace di generare e di promuovere, di qualificare l'impegno e l'interesse conoscitivo e operativo. Senza conquista di significati non si può pensare ad uno sviluppo motivazionale del soggetto. Se dunque il sistema locale deve essere capace di futuro, non può dipendere né dal sistema economico, né dal sistema politico in senso stretto. Oggi può avere una nuova, forte consapevolezza della sua capacità di affermarsi come autentico contenuto sociale, capace di dialogare con altri sistemi tradizionalmente forti e affermatosi come prioritari⁷.

Per rispondere a questa nuova domanda il processo di Agenda 21 Locale Modena e il CEASS L'OLMO (Centro di Educazione Ambientale allo Sviluppo Sostenibile) cercano di proporsi sempre di più come un laboratorio sociale in grado di indirizzare percorsi di orientamento nel labirinto della complessità ambientale, culturale, economica e sociale. Dunque l'integrazione dei concetti di interdisciplinarietà, integrazione, partecipazione, creatività, ricerca, sperimentazione.

Queste due organizzazioni (che appartengono al Comune di Modena) cercano di allestire contesti di confronto in cui elaborare collettivamente progetti di Educazione alla Sostenibilità, costruendo nessi e relazioni, pensieri e visioni, azioni e strategie, che consentano di far fronte alle difficoltà e alle sfide locali provocate dai meccanismi globali.

⁷ (Guasti, pedagoga, 2000).

Soprattutto si tratta, nell'ambito di questi progetti di creare e qualificare luoghi intermedi tra il singolo cittadino e le istituzioni, dove sia possibile fare esperienza di partecipazione con altri per la realizzazione di obiettivi comuni, stabiliti collettivamente, affrontando conflitti e differenze di visioni, per accedere a mondi possibili.

In questo contesto si pone speciale attenzione alle relazioni "faccia a faccia", che sono quelle che più confortano e restituiscono al singolo la misura di una possibile fiducia e speranza recuperabile nella dimensione del quotidiano, con le persone più prossime, nel proprio ambiente di vita che, da minaccioso, diventa più accogliente e amichevole.

La partecipazione, quindi, più che una moda del momento o una tecnica tra le altre, può essere pensata come una delle strade più interessanti ed appropriate per sviluppare capitale sociale in un determinato territorio, intendendo con ciò la capacità di costruire legami fiduciosi, riconoscimenti reciproci, reticoli tra soggetti ed organizzazioni, investimenti .

(Durante l'intervento saranno illustrati i progetti specifici della Agenda 21 Modena e del CEASS L'OLMO che riguardano la "Salute Infanzia e Adolescenza").

"PRESENTAZIONE" visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

*Migliorare e potenziare l'attuale rete dei servizi
per l'apprendimento, la prevenzione e promozione della salute al fine di garantire
una elevata qualità della vita ai minori di tutte le etnie*

Patrizia Rilei, Funzionario Settore Istruzione del Comune di Modena

Difficile rimanere nell'ambito del compito assegnato, degli obiettivi ai quali dovrei far riferimento. Difficile perché non si può compiere un'azione con un intento specifico senza pensare ai riverberi, all'effetto alone che essa può avere e ha in altri ambiti sia soggettivi che ambientali. La stessa complessità insita nel soggetto umano, ci porta a bandire una visione parcellizzata delle persone e a non semplificare le azioni compiute.

La stessa definizione dell'OMS di salute, come pieno benessere fisico, psicologico e sociale, ci porta ad una visione che complessivamente abbraccia più elementi che devono essere tenuti insieme. Sappiamo benissimo come lo stato psicologico incide sulla nostra salute fisica, così come le condizioni sociali spesso determinano capacità diverse e quindi diverse risorse per affrontare difficoltà psicologiche e di salute. Chi si occupa di educazione, sa che sono i processi e non solo i prodotti che vanno monitorati, sostenuti, compresi e promossi, e questo complica le prospettive. Sarebbe molto semplice se mi limitassi a raccontarvi come il miglioramento e potenziamento della rete dei servizi, siano azioni che stanno impegnando il nostro settore e dirvi che i tempi previsti verranno rispettati. Azioni che richiedono un grosso investimento di capitali, ma azioni che soprattutto non si concludono nel momento in cui viene inaugurata e aperta una struttura al territorio. Il secondo obiettivo che mi è stato assegnato: realizzare azioni tese a garantire un'elevata qualità di vita dei minori di tutte le etnie e culture, può essere raggiunto da un'ampia gamma di interventi, ed anche in questo caso potrei limitarmi a citarvi alcune azioni rappresentative. Per es. la promozione di educazione alla musica dell'Orazio Vecchi, la mediazione linguistica e culturale, le azioni delle secondarie di primo grado "per una scuola che sa accogliere", gli esercizi di democrazia.

Ho preferito dare un taglio diverso alla mia relazione, che dia l'idea di una progettualità complessiva voluta e intenzionale che sostiene tutte le azioni del Settore, quindi una lettura indiretta delle stesse, come esemplificative degli interventi politico, educativi e culturali dei nostri servizi, delle nostre scuole e del settore che qui rappresento.

Coniugare i due obiettivi assegnati, all'istruzione, all'educazione, all'apprendimento, conduce ad un sistema di complessità. Una delle complessità è data dal dover tenere conto che il soggetto coinvolto non è solo uno ma sono tre: il bambino/ragazzo, la famiglia e gli insegnanti/educatori.

Non possiamo non pensare al contesto e alle relazioni implicate. La convinzione è che l'individuo non è isolato ma è inserito in un sistema di strutture incluse l'una nell'altra, che ne determinano lo sviluppo e il comportamento e come sostiene Bronfenbrenner, non è solo importante ciò che avviene all'interno di ogni ambiente, ma sono le relazioni e le interconnessioni fra i vari ambienti che si rivelano decisive per l'individuo. Quindi parlare di diritti, di benessere, di offerte, di bisogni, non può prescindere dagli ambienti di vita nei quali l'individuo si trova a vivere, la famiglia, la scuola, ecc., ma soprattutto dalla possibilità che i vari ambienti hanno di dialogo e interrelazione.

Per semplicità d'esposizione terrò distinti i tre soggetti citati.

Il riconoscimento dei bambini e dei ragazzi come soggetti di diritti in quanto persone, sancito dalla convenzione di New York è di estrema importanza e pregno di significati. Il diritto all'identità è fra i principali diritti che ognuno di noi dovrebbe vedere riconosciuto. Parlare di identità vuol dire parlare di memoria individuale e collettiva. Senza memoria non sappiamo chi siamo e non diamo senso alle nostre azioni, ai nostri pensieri, alla nostra identità. Un popolo, una persona senza memoria storica è sradicata, persa e questo porta ad uno stato di malessere, forse non eclatante, ma sotterraneo, che determina anche la vita, le scelte, la capacità di lettura e decodifica della società alla quale si rischia di non appartenere in quanto non leggibile. Allora un'azione che può essere apparsa estranea al PPS, quale "Luoghi e itinerari di memoria. Modena nel secondo conflitto mondiale" assume un significato diverso se inserita nel concetto più ampio e più volte ripreso di salute.

Gli stessi diritti alla salute, alla scuola, ai servizi, al gioco, al tempo libero, alle cure, alla famiglia, all'ascolto, alla parola, alla partecipazione, alla diversità, di tutte le bambine e i bambini, le ragazze e i ragazzi, rischiano di non poter essere esercitati se l'offerta di pari opportunità per tutti, non trova una traduzione concreta nel quotidiano. Parlare di diritti, di uguaglianza, di pari opportunità fra diversi vuol dire aprirsi al concetto di diversità: offrire gli stessi strumenti a tutti non garantisce parità di diritti. E' necessario saper offrire interventi diversificati che non accentuino le differenze ma che le valorizzino e che sostengano la convivenza, il dialogo, la solidarietà e l'integrazione nel reciproco rispetto. Gli Esercizi di democrazia (azione promossa da Modena città educativa: progetti per l'infanzia e l'adolescenza), la promozione e il sostegno al benessere psico-fisico dei ragazzi e delle loro famiglie (azioni attivate dalle scuole medie Lanfranco e Guidotti), l'educazione alla solidarietà e al senso civico (presentate dal Liceo S.Carlo), l'integrazione scolastica, ecc. sono alcune azioni esemplificative di partecipazione e condivisione di valori sociali.

La salute, il benessere, lo star bene legati anche al gioco, al fare, a momenti di festa, di svago, d'ozio, al tempo libero, alle relazioni.....allora i laboratori musicali e d'arte, la conoscenza e la relazione con gli animali, azioni proposte dai nidi alle scuole primarie, rispondono non solo a bisogni specifici (giocare, fare, divertirsi, conoscere, apprendere), ma favoriscono e incidono su un'alta qualità della vita, che è data anche da "azioni" indirette, sullo "star bene", sulle possibilità d'espressione, sulla capacità di lettura della realtà e di intervento sulla stessa.

La qualità della vita è data anche dalla possibilità di "uscire", non solo metaforicamente, ma anche fisicamente, dagli ambienti protetti quali la famiglia e la scuola, e quindi poter conoscere, percorrere e appropriarsi degli spazi comuni per eccellenza: quelli della città. Le azioni messe in essere da Modena città educativa: per es. *mercanteingioco*, la festa di Natale; dal Memo, per es. gli itinerari scuola-città, dal Servizio centri estivi, ecc., sostengono e accompagnano i bambini e i ragazzi in una conoscenza e appropriazione diversa del territorio e della città.

Nel rapporto adulto - bambino il benessere dell'uno è determinato da quello dell'altro, diventa allora fondamentale l'intervento per e con le famiglie. Tutte le azioni rivolte alla partecipazione, al coinvolgimento delle famiglie sono indirizzate sia a sostenerle in un compito impegnativo quale quello educativo sia ad offrire possibilità di scambio e condivisione. Le iniziative culturali, quelle di divertimento, le iniziative fra genitori, sono azioni tese a migliorare la qualità della vita dei genitori che hanno e avranno una ricaduta positiva sulla qualità della vita dei figli.

Infine, significativo è l'impegno per favorire la qualità dell'informazione e la facilità d'accesso delle famiglie al sistema scolastico. La predisposizione e pubblicazione delle carte dei servizi nido e

scuola dell'infanzia, il consolidamento di un unico centro d'iscrizione per le scuole d'infanzia statali e comunali (l'intento è di giungere ad inserire nel sistema le scuole paritarie e private). Il lavoro di concerto fra i Dirigenti scolastici e l'Assessorato all'istruzione per garantire la massima conoscenza dell'offerta formativa e il rispetto di un equilibrio di iscrizioni. Sono tutte azioni tese a favorire l'accesso ai servizi.

Il conoscere, l'informazione, quindi il sapersi "muovere" sono strettamente legati al potere, al fare, all'essere, strumenti che sostengono i comportamenti di prevenzione e promozione della salute. Comportamenti che se fossero sollecitati solo dall'esterno rischierebbero di rimanere inadeguati perché a volte in ritardo, fuori tempo. E' nella convinzione che il compito educativo sia anche quello di favorire capacità autonome che si crea e predispone una modalità di vita più consapevole e rispettosa del proprio benessere e di quello degli altri, soprattutto di chi ci è affidato.

Parlare di istituzioni educative, di scuola vuol dire parlare del singolo e del gruppo in un continuo rimando di interconnessioni che rendono alte le richieste di competenze, non solo tecniche, del personale coinvolto.

Le varie azioni volte alla formazione degli insegnanti ed educatori sono indirizzate a sostenere e migliorare la loro professionalità e la qualità del lavoro. Il benessere professionale degli insegnanti favorisce il benessere dei bambini e ragazzi a loro affidati.

Vi sono poi azioni che abbracciano nel loro complesso le istituzioni educative e la scuola. Per quanto riguarda la scuola dell'infanzia e i nidi d'infanzia mi limito a citare la ricerca sulla qualità per promuovere, garantire, sostenere, migliorare, potenziare e incidere sull'offerta: azioni che hanno e continueranno ad impegnare direttamente il nostro settore coinvolgendo sia il personale che le famiglie utenti. Per quanto riguarda la scuola dell'obbligo mi sembra significativo citare il Protocollo d'intesa fra il Comune e i Dirigenti Scolastici. Il Patto per la scuola ha portato e porterà all'attivazione di risorse presenti nel territorio, con l'impegno dei soggetti coinvolti a sottoscrivere e definire finalità comuni, attraverso l'individuazione di strumenti e obiettivi che vedono compartecipare i soggetti coinvolti, valorizzando e potenziando le rispettive azioni.

Per concludere l'elenco delle azioni vorrei cercare di coniugare le due nuove priorità indicate dal Consiglio comunale con alcune azioni già in essere e che vedranno ulteriori sviluppi. Per quanto riguarda gli interventi diretti alla prevenzione del disagio anche attraverso la promozione di comportamenti virtuosi a salvaguardia della propria salute, mi sembra di non dover aggiungere altro a quanto detto in quanto il compito educativo, di sostegno e di promozione dell'apprendimento dei servizi e della scuola non si esaurisce in un semplice compito istruttivo. Per quanto riguarda gli interventi rivolti a ridurre il fenomeno dell'obesità le azioni sia in programma che future si indirizzano su due fronti. Il primo fronte è di educazione diretta, per es. le azioni specifiche attivate da alcune scuole: l'azione "mangiare insieme" avviata dalle Giovanni XXIII (obiettivo di promuovere l'orientamento ai consumi) o l'azione del Liceo classico S. Carlo sugli stili alimentari di vita (per favorire nei ragazzi e nelle ragazze un rapporto sereno nei confronti del cibo e della propria immagine corporea). Il progetto futuro in collaborazione con la CIR, di prevenzione dell'obesità in età prescolare, che vedrà coinvolte alcune insegnanti in un corso di formazione specifico. L'altro fronte riguarda il favorire pratiche motorie come momenti di svago e di divertimento che indirettamente hanno una ricaduta positiva contrastando le abitudini sedentarie dei nostri bambini (per es. l'utilizzo della bicicletta promosse dai centri estivi e la Stranido: camminata podistica non competitiva per persone da 0 a 100 anni).

Infine un chiarimento e un invito.

Il chiarimento riguarda le semplificazioni e la selezione che sono stata costretta a fare. Non ho citato tutte le azioni, ma questo non vuol dire che vi sono azioni di serie A e azioni di serie B, ogni azione, anche la più piccola, ha la propria dignità e importanza. Non ho ripreso le azioni legate al tema della diversa abilità in quanto argomento della relazione del collega. Alcune azioni citate sono state attivate grazie alla collaborazione con altri soggetti (altri settori, enti, associazioni, con l'AUSL, ecc.). E' solamente se si saprà aprirsi al confronto, al dialogo e alla negoziazione con altri, per creare interconnessioni e sinergie in un obiettivo comune, che si potranno raggiungere risultati durevoli ed efficaci.

L'invito che faccio a tutti e che credo sia un compito che la scuola ha è di fornire strumenti perché le persone, bambini e adulti, siano in grado di affrontare anche il non benessere. Ho già citato la circolarità del benessere fisico, psicologico e sociale, ed ora aggiungo come a volte la possibilità di affrontare e superare positivamente un momento di malessere fisico, ci è data anche dalla nostra capacità di essere attrezzati, di "resistere", di, per citare un termine di moda, resilienza⁸.

Non sono entrata nel merito dei risultati delle azioni e del monitoraggio in quanto per chi lavora nel campo educativo è scontata la verifica delle proprie azioni, se sono stati raggiunti o meno gli obiettivi prefissati. Gli indicatori di risultato sono determinanti, e la risposta positiva ad una azione compiuta ci fornisce un dato significativo. Ma l'interpretazione non si ferma al dato numerico, richiede una lettura estremamente complessa ed è il processo attivato e attivabile che fa progredire, modificare o tenere in stand by un'azione. Inoltre non va dimenticata una qualità intrinseca alle azioni: la loro dinamicità, perché dinamici sono gli eventi e le persone con le quali instaurano le proprie relazioni.

Concludo sperando di aver dato l'idea di come e cosa vuol dire per i servizi, per le scuole, per gli operatori, per il settore progettare, programmare, attivare, promuovere e monitorare un'azione.

Giulio Sighinolfi, Direttore della Pediatria di Comunità del Distretto 3 AUSL di Modena

La rete dei servizi per la prevenzione e la promozione della salute, proprio perché rete, vede la partecipazione di diversi attori e solo in piccola parte afferenti al mondo della sanità in senso stretto. Certamente come avrà evidenziato la dott.sa Rilei, un ruolo fondamentale l'hanno i servizi educativi a partire da quelli dell'infanzia, e parte importante di questa rete sono pure i progetti di educazione alla salute, che, come dirà successivamente la dott.sa Orlandi spaziano attraverso tutti gli ordini di scuola e sono per lo più riconducibili alle grosse tematiche di salute che sono oggetto dei PPS.

Vorrei quindi soffermarmi su alcuni degli interventi coordinati dalla pediatria territoriale più specificatamente sanitari ma che si ripercuotono sul benessere psico-fisico globale del bambino, interagendo con la sua autostima e con l'integrazione nel gruppo dei pari.

1. Implementare le coperture vaccinali contro il Morbillo e la Rosolia. Questo intervento discende da un progetto nazionale e regionale, finalizzato alla eliminazione della malattia. Nel corso del 2004 e del 2005 sono stati contattati tutti i minori delle elementari e delle medie che non avevano eseguito la vaccinazione. Il risultato complessivo porta ad un incremento della copertura dal 90,6% al 92,8%. E' un'azione che prosegue anche nei prossimi anni e che si incrementa, come offerta di promozione vaccinale, con l'offerta, a partire dal prossimo anno, anche delle vaccinazioni contro le meningiti, da pneumococco e da meningococco, per tutti i nuovi nati.
2. Altra azione di prevenzione molto importante per il bambino è lo screening per l'individuazione precoce dei disturbi della vista. Tutti i bambini delle scuole materne vengono sottoposti al test dall'ortottista della pediatria di comunità. Nell'ultimo anno scolastico sono stati testati circa 1500 bambini e di questi circa il 10% è stato inviato al 2° livello oculistico. Anche questa azione prosegue come attività ordinaria.
3. Per l'incentivazione al trasporto dei minori in condizioni di sicurezza l'azione sta procedendo: i PLS stanno facendo informazione e utilizzano i materiali prodotti dal comune. Verrà effettuata tra breve una rilevazione presso i genitori che frequentano gli ambulatori vaccinali e verrà distribuito nell'occasione, ulteriore materiale informativo.
4. Nell'ultimo PPS Infanzia e Adolescenza era prevista anche una scheda di azione per la prevenzione della malattia TBC. L'ambulatorio per i minori immigrati della città propone

⁸ Resilienza: in italiano è la capacità di un materiale di resistere ad urti improvvisi senza spezzarsi; in inglese il termine resilienza è sinonimo di resistenza e di capacità di ripresa; in rapporto alle Scienze sociali la resilienza è la capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o, addirittura, trasformato).

l'esecuzione della mantoux (test TBC) ai minori di recente immigrazione (meno di 2 anni). I risultati confermano la buona adesione all'intervento da parte della popolazione target, mentre la profilassi farmacologica effettuata su indicazione dei broncopneumologi della pediatria, serve a prevenire l'insorgenza di una successiva malattia TBC.

Se si tiene conto del carico terapeutico ed assistenziale che grava sia sul malato e sulla sua famiglia ma anche su tutta la comunità e del forte impatto emotivo che la segnalazione di una TBC contagiosa in ambito scolastico provocherebbe sulla popolazione, diventa necessario individuare ed attuare ulteriori modalità di ricerca dell'infezione tubercolare nella popolazione a rischio.

Potrebbe essere utile incrementare l'offerta dello screening alla popolazione pediatrica, con esecuzione del test TBC ai minori immigrati, nati in zone ad elevata endemia TBC e in particolare proponendo lo screening alla popolazione che sembra avere attualmente un rischio aggiuntivo, e che è quella adolescenziale.

Su questo specifico aspetto il potenziamento della rete passa attraverso la pediatria di comunità che si organizza per effettuare il test TBC alla popolazione target, la pediatria del Policlinico, in particolare l'ambulatorio di broncopneumologia che mette a disposizione il 2 livello, la scuola, i medici e pediatri di famiglia, il comune, le organizzazioni del volontariato, la consulta degli immigrati e le associazioni degli immigrati per la condivisione della azione e il suo sostegno promozionale.

Infine nell'ambito della promozione dell'allattamento la pediatria territoriale aveva nel PPS una azione di rilevazione relativamente alla prevalenza dell'allattamento materno, in concomitanza con le vaccinazioni del 3° e del 5° mese. Questa rilevazione verrà effettuata dal 17 ottobre al 30 novembre 2005.

Vorrei partire da questa scheda per riferirmi ad una problematica assolutamente trasversale a tutte le etnie e tutte le età pediatriche che è il problema del sovrappeso e dell'obesità. I dati locali nostri più recenti non sono affatto entusiasmanti.

Nella Provincia di Modena si è evidenziata una prevalenza di Sovrappeso del 17,7% e di Obesità del 11,5%. Nel complesso quindi, quasi un terzo dei bambini di 6 anni di età, residenti a Modena) ha un BMI (indice di massa corporea) superiore alla norma. Tali valori di sovrappeso ed obesità appaiono superiori a quelli medi regionali, rispettivamente pari al 16,5% e 8,9%.

Un'indagine della S.I.N.U. del 2001 riporta dati di sovrappeso, per i bambini italiani compresi tra il 20% e il 35% e l'obesità infantile sta diventando un serio problema di salute per tutti i paesi occidentali.

Questo problema è già stato individuato dall'amministrazione comunale come prioritario assieme alla prevenzione del disagio e quindi il comitato tecnico che provvede alla definizione delle azioni del PPS produrrà sicuramente un documento articolato in proposito. Prevenzione dell'obesità e incremento dell'attività motoria, si svilupperanno, immagino, attraverso una serie molteplice di azioni.

Solamente per iniziare a discutere del problema vorrei ricordare come i determinanti dell'obesità siano essenzialmente comportamentali (riassumibili nel mangiare troppo e male e nel poco movimento). Inoltre che le linee di indirizzo dei progetti sul tema dovranno tenere conto del fatto che gli interventi sugli stili di vita sono più efficaci se interessano i bambini, che occorre individuare delle modalità per il monitoraggio del fenomeno, che la ristorazione scolastica, così diffusa nella nostra realtà rappresenta una grossa opportunità di formazione sul campo e che infine le attività educative non possono prescindere dal forte coinvolgimento della scuola.

Vorrei concludere però ritornando alla promozione dell'allattamento materno, che è stato anche il motivo conduttore di queste prime giornate di ottobre.

Riuscire ad arrivare in tempi non lunghissimi all'obiettivo dell'allattamento materno esclusivo fino al 6 mese, e all'allattamento materno fino al 24 mese costituisce una importante azione per la prevenzione dell'obesità ma anche un grosso fattore di promozione della salute globale dell'età infantile.

E' necessario quindi che il gruppo che ha lavorato alla settimana dell'allattamento conservi la propria operatività per promuovere la cosiddetta cultura amica dell'allattamento, nell'ambito appunto della cornice della prevenzione dell'obesità e della promozione della salute dell'infanzia.

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Sergio Ansaloni, Settore Politiche Giovanili del Comune di Modena

Adolescenti tra soddisfazione e trasgressione. Interventi sociali di promozione della salute.

I parte: alcuni risultati di un'indagine svolta tra i giovani modenesi

Questa prima parte si basa alcuni risultati di un'indagine telefonica condotta nel novembre 2003 e svolta su di un campione di 800 giovani modenesi tra i 15 e i 24 anni.. Vengono presentati cinque tra grafici e tabelle con commenti che si possono trovare in forma più estesa nella pubblicazione⁹. La ricerca modenese è stata svolta con la collaborazione dell'Istituto IARD di Milano e ciò ha permesso di confrontare i risultati dei giovani modenesi con quelli di altre indagini condotte a livello nazionale dallo stesso Istituto IARD¹⁰.

Il grado di soddisfazione per la vita attuale

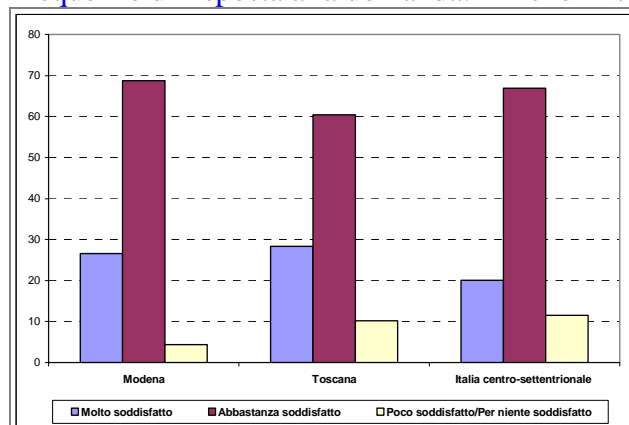
Alla domanda “In che misura Lei è soddisfatto della vita che fa attualmente”, le risposte registrano:

- oltre il 95% si dichiara molto (circa 27%) o abbastanza (circa il 69%) soddisfatto;
- circa il 4,5% si dichiara poco (4,3%) o per niente (0,1) soddisfatto;
- lo 0,2% non sa o non risponde

Da un'analisi per fasce d'età, i ragazzi tra i 15 e i 17 anni si dichiarano più soddisfatti di quelli più grandi.

Da un confronto con i dati dell'Italia settentrionale, i livelli di non soddisfazione sono meno accentuati a Modena (4,5% contro 11%).

Frequenze di risposta alla domanda: “In che misura Lei è soddisfatto della vita che fa attualmente?”



Percezione di sé in rapporto con gli altri

Il rapporto con gli adulti è stato descritto dalla maggioranza dei giovani in termini positivi e di questo si trova conferma nella descrizione di sé e nelle relazioni con gli altri, come risulta anche nel capitolo a cura dell'Istituto Iard: “in generale possiamo affermare, da una parte, che gli intervistati si dichiarano sostanzialmente d'accordo con gli item che indicano una frequenza consistente di stati

⁹ S. Ansaloni e V.Martinelli (a cura di), *Cittadini di Modena, cittadini d'Europa. Ricerca sui giovani modenesi tra i 15 e 24 anni*, Comune di Modena, 2004. L'introduzione al volume è a cura di C. Buzzi dell'Istituto IARD. Il testo può essere letto o scaricato da www.comune.modena.it/ufficiocerche

¹⁰ L'ultima ricerca IARD pubblicata è: C.Buzzi, A.Cavalli, A de Lillo (a cura di), *Giovani del nuovo secolo. Quinto rapporto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*, il Mulino, Bologna, 2002.

d'animo positivi; dall'altra, che, in modo speculare a quanto appena detto, sono pochi coloro che manifestano accordo con gli item che propongono l'esperienza frequente di stati d'animo negativi. A Modena questo profilo positivo si presenta rafforzato. Considerando solo le risposte con accezione esclusivamente positiva ("Molto"), infatti, emerge che i giovani modenesi si autopercepiscono e autodefiniscono come molto più autoironici, più felici, più capaci di impegnarsi nelle cose in cui credono e, soprattutto, molto più facilmente ritengono di potersi appoggiare a qualcuno in caso di difficoltà. In questo item, in particolare, la differenza supera i 15 punti percentuali¹¹.

Frequenze di risposta alla domanda "Indichi, per favore, quanto Lei personalmente si riconosce in ciascuna di queste frasi" – Percentuali di risposta "Molto" e "Per niente"

	Molto		Per niente	
	Modena	Italia centro - settentrionale	Modena	Italia centro - settentrionale
Quando mi sento in difficoltà so che posso contare sull'aiuto di qualcuno	64,9	49,5	1,5	0,7
So impegnarmi molto per ciò in cui credo	55,0	47,5	0,4	0,5
Sento che sono io a decidere della mia vita	40,3	37,2	0,8	1,8
Sono capace di ridere di me stesso/a	36,9	23,6	3,8	5,0
Spesso mi sento felice	35,8	25,5	0,4	0,7
Mi sento apprezzato dagli altri	23,4	16,3	0,6	0,5
Ho sempre paura che gli altri mi critichino	9,3	7,6	18,9	28,4
In alcune situazioni mi sembra proprio di "perdere la testa"	5,9	6,2	31,8	28,2
Spesso mi sento triste	5,8	4,6	18,6	17,4
Spesso mi sento annoiato/a	5,6	4,6	23,3	20,4
Frequentemente mi sento confuso/a e in ansia	5,5	6,2	26,1	24,3
Spesso evito di assumermi delle responsabilità	5,0	6,9	25,0	22,5
Provo spesso paura	2,6	1,6	32,6	36,9

Basi: Modena = 800; Italia centro – settentrionale = 436

La percezione dell'atteggiamento degli adulti

In connessione con i dati relativi alla rappresentazione degli adulti, la descrizione del loro atteggiamento nei confronti dei giovani risulta all'insegna del rispetto e della fiducia.

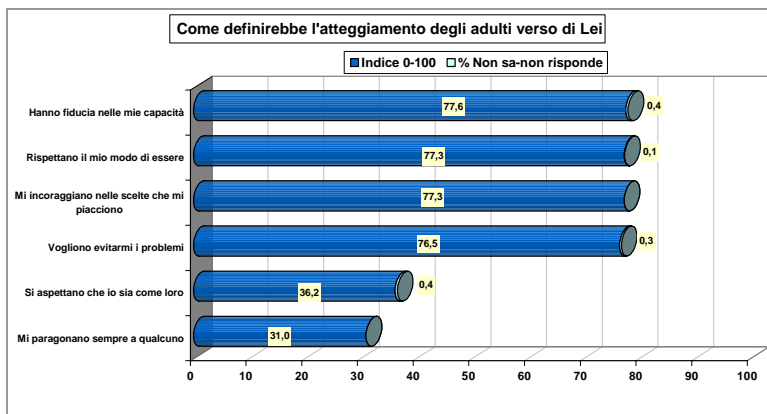
I giovani dichiarano (indice sintetico 0-100 superiore a 75) che gli adulti hanno fiducia nelle loro capacità, rispettano il modo di essere dei giovani, incoraggiano nelle loro scelte e vogliono evitare problemi ai ragazzi. Emerge un quadro positivo dal punto di vista giovanile, che descrive una generazione adulta molto attenta a sostenere i giovani in percorsi di autonomia e indipendenza.

Accanto a queste definizioni di rispetto e fiducia, ne emergono altre che segnalano probabilmente difficoltà nei rapporti. Queste sfere riguardano le aspettative degli adulti nei confronti dei giovani.

Con un indice oltre 30 gli intervistati evidenziano come gli adulti si aspettino una corrispondenza univoca da parte dei giovani e come gli adulti pongano sempre i giovani in relazione con altri. "Si aspettano che sia come loro" e "mi paragonano sempre a qualcuno" presuppone un atteggiamento di non attenzione alla persona del giovane, con la sua specificità e unicità. In questo caso il giovane percepisce uno stimolo a conformarsi a qualcun'altro con una drastica riduzione nella ricerca d'identità e di modelli diversi a cui ispirarsi e identificarsi. La ricerca personale e autonoma verso l'indipendenza è limitata.

Percezione atteggiamento degli adulti

¹¹ A.Bazzanella, *Giovani modenesi e giovani italiani: differenze e somiglianze*, in Ansaloni e Martinelli *op.cit.*

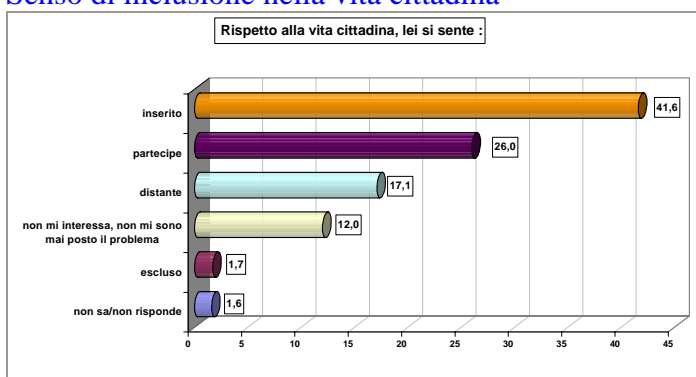


Il senso di inclusione nella vita cittadina

Il senso della domanda è quello di indagare sulla percezione dell'inclusione/esclusione che i giovani hanno alla vita della città.

La città presenta una grande varietà di contesti di comunicazione in cui i giovani possono essere coinvolti oltre alla famiglia: scuola, lavoro, gruppi amicali, parrocchie, polisportive, ambiti culturali, servizi, ecc. La domanda rileva, dal punto di vista dei ragazzi, il loro grado di vicinanza complessivo alla molteplicità dei contesti di vita.

Senso di inclusione nella vita cittadina



Il quadro che ne emerge è che nella loro maggioranza i giovani si sentono inseriti (41,6%) o partecipi (26%), con un rimando positivo rispetto alla capacità della città di offrire socializzazione e partecipazione. Guardando alle differenze significative, le ragazze si sentono più inserite dei maschi.

A fronte di questo dato sicuramente positivo, è necessario evidenziare che il 17,1% si sente distante e l'1,6% escluso. Sentirsi distante lo si può intendere come percezione di chi considera le occasioni della città non in grado di rispondere alle esigenze e agli interessi. Ancora, può significare pretendere altro che la città non offre; ovvero un atteggiamento di critica all'esistente considerato al di sotto delle aspettative e che stimola la città a perseguire nuove prospettive e impegni di innovazione.

Prendendo in considerazione in modo più analitico i dati, appare che coloro che non hanno un lavoro, si sentono meno inseriti, distanti e più esclusi (e questo poteva essere un dato abbastanza scontato), anche se, come si è visto in precedenza, ciò non intacca i livelli di soddisfazione per le condizioni di vita. Infine il 12% dei giovani si dice non interessato o dichiara di non essersi posto il problema. Chi risponde in questo modo sono maggiormente i giovani tra i 18 e i 20 anni.

La propensione alla trasgressione

Svolgendo un confronto tra i dati dell'indagine nazionale con quella locale, emerge che i giovani modenesi presentano una minore propensione alla trasgressione. Abbiamo considerato l'indice di esclusione (le risposte "no"), emerge un quadro di differenza marcata tra il campione modenese e il campione nazionale del 2000, più vicino in termini temporali. La tabella che segue illustra l'andamento delle percentuali di risposta "no" alla domanda "A lei potrebbe capitare?" delle indagini nazionali¹² (dal 1983 al 2000) e dell'indagine modenese del 2003.

Esclusione di alcuni comportamenti (percentuali di risposta NO alla domanda: Pensa che le cose che le elencherò potrebbero capitare anche a lei?)

		1983	1987	1992	1996	2000	2003
		Italia	Italia	Italia	Italia	Italia	Modena
Area dell'economia:	- utilizzare materiale pirata (video, cd, programmi software) -		-	-	-	21	31,5
	- prendere qualcosa da un negozio senza pagare	85,1	87,3	87,3	85,9	85	93,5
Area dell'(ab)uso di sostanze:	- ubriacarsi	49	50,8	51,4	39,9	33,6	51,5
	- fumare tabacco	-	-	-	39,1	34,7	53
	- fumare occasionalmente marijuana	81,6	85,5	80,9	69	62,6	71,4
	- guidare dopo avere assunto alcol	-	-	-	-	71,9	75
	- provare ecstasy in discoteca	-	-	-	-	85,8	93,5
	- assumere farmaci per migliorare le proprie prestazioni	-	-	-	-	79,1	95,6
	- prendere droghe pesanti (eroina, ecc.)	94,3	96,3	96,7	93,4	93,1	99
Area della violenza e del vandalismo:	- fare a botte per fare valere le proprie ragioni	55,4	56,4	59,9	62	70,1	84,3
	- fare a botte con i tifosi di una squadra avversaria	-	-	88,4	86,3	89,4	93,9
	- produrre danni a beni pubblici (telefoni, panchine, treni)	-	90	92,3	90,8	91,1	96,9
		<i>Base:</i>	2000	2000	1718	1686	1332

Nel confronto con i dati del campione giovanile nazionale 2000 si evidenzia come tra i giovani modenesi la non intenzione a svolgere determinate azioni sia maggiore nei diversi campi considerati.

- Nell'area dell'economia, il dato che emerge e che riguarda una larga maggioranza dei giovani modenesi è il possibile utilizzo di materiale pirata (video, cd, programmi software) ed è in sintonia, seppure più basso, con il dato nazionale. A questo proposito può essere interessante come Migone¹³ tenti di spiegare il fenomeno: "Accanto alla componente criminale va segnalato, poi, anche un atteggiamento singolare dell'opinione pubblica. (...). I consumatori sembrano criticare apertamente il mercato musicale legale e le sue logiche e, per tutta risposta, guardano al mercato del falso come un'opportunità di <<disobbedienza civile>>. In questo scenario, Internet e le nuove tecnologie non sono solo la libertà di fruizione del sapere, rappresentano il manifesto della pirateria moderna, intesa come ribellione ad un mercato chiuso che sembra disinteressarsi dei suoi utenti" Per quanto riguarda gli altri temi considerati, si può evidenziare che a livello nazionale la propensione è in

¹² C. Buzzi, A. Cavalli, A. de Lillo (a cura di), 2002, *op.cit.*; C. Buzzi, A. Cavalli, A. de Lillo (a cura di), *Giovani verso il Duemila. Quarto rapporto Iard sulla condizione giovanile in Italia*, il Mulino, Bologna, 1997; A.Cavalli e A. de Lillo (a cura di), *Giovani anni 90. Terzo rapporto Iard sulla condizione giovanile in Italia*, il Mulino, Bologna, 1993. Nelle *Appendici statistico-metodologiche* dei tre volumi possono essere reperiti tutti i dati citati a proposito della trasgressione delle cinque indagini considerate.

¹³ M. Migone, "La pirateria musicale" in M.Barbagli (a cura di), *Rapporto sulla criminalità*, il Mulino, Bologna, 2003, pag.157.

crescita e, anche se un confronto con gli anni precedenti per Modena non è possibile, i valori modenesi sono significativamente inferiori nel confronto con il 2000.

- Nell'area dell'uso di sostanze, seppure a livelli inferiori, la propensione a non escludere il consumo del campione modenese segue l'andamento nazionale. Esiste tra i giovani modenesi (anche se non totalmente generalizzata) una cultura della sperimentazione allo "sballo" soprattutto con alcol e cannabis. Nel trend nazionale voci come ubriacarsi e fumare occasionalmente marijuana, conoscono un livello marcatamente in aumento; il confronto con gli anni passati per il campione modenese non è possibile.

Rispetto al consumo di droghe pesanti (eroina) si può osservare che negli anni ottanta si è assistito ad una progressiva diminuzione della propensione e dalla seconda metà degli anni novanta ad una ripresa. Un trend preoccupante che però non sembra intaccare significativamente la tendenza di rifiuto dell'eroina tra i giovani. A conferma di questo dato del pressoché totale rifiuto dell'eroina si possono prendere in considerazione i risultati dell'indagine nazionale realizzata con un questionario postale su di un campione di 5.800 soggetti rappresentativi della popolazione adulta italiana (15-44) e condotta nel 2001 dalla Sezione di epidemiologia dell'Istituto di fisiologia clinica del Consiglio Nazionale delle ricerche per conto del Dipartimento per gli Affari sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri). Dai dati¹⁴ emerge che nella fascia d'età 15-44 l'ammissione dell'uso di oppiacei (totale) nel corso della vita riguarda lo 0,9%, mentre nella fascia d'età 15-34 l'1%. Nell'articolo citato si: a) evidenzia come nei soggetti 15-34 anni vi sia un consumo più elevato di tutte le droghe; ma i valori sono più significativi per cannabinoidi, cocaina e ecstasy. "Indici praticamente invariati si riscontrano, invece, per il consumo di oppiacei (...) anfetamine, (...) e allucinogeni"; b) afferma che: "Una crescita dell'abuso di eroina sembra, in realtà, esclusa dall'andamento degli utenti eroinomani e poliassuntori dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e delle comunità di disintossicazione private nonché dal forte invecchiamento di tali soggetti e dalla forte riduzione di morti per overdose".

- Nell'area della violenza, tra i giovani modenesi sembra largamente diffusa una cultura che porta a rifiutare la prepotenza nei rapporti sociali. La possibilità di usare la forza è presa in considerazione da una percentuale più elevata quando si tratta di fare valere le proprie ragioni.

II parte: alcune indicazioni derivanti dallo svolgimenti di interventi sociali

Il lavoro di strada con i gruppi giovanili

L'intervento rivolto ai gruppi informali è prima di tutto un intervento di prevenzione primaria, rivolto a mantenere le condizioni di una comunicazione interpersonale basata sulla frequentazione¹⁵. Dal 1992 il settore politiche giovanili del Comune di Modena ha attivo il progetto "infobus. Questo tipo di intervento permette di entrare in rapporto con un numero ampio di gruppi, di conoscere le loro caratteristiche, di avviare un percorso di collaborazione e partecipazione. I destinatari sono adolescenti e giovani che si aggregano in modo informale nella città in luoghi (strade, piazze, parchi, bar, ...). La modalità di contatto avviene attraverso l'intermediazione di operatori sociali direttamente sui luoghi di incontro dei giovani. La fase basilare consiste nella cosiddetta mappatura dei gruppi; è l'attività di primo livello che prevede il contatto degli operatori con i gruppi; per ciascuno di essi viene compilata una scheda per raccogliere alcune informazioni sul gruppo e sui suoi rapporti con l'ambiente sociale circostante. Si tratta del lavoro di base che consente di entrare direttamente in contatto con le aggregazioni giovanili del territorio. Va ad incontrarli sul loro terreno, la strada o la piazza, non perché li ritiene a disagio o a rischio, ma perché ritiene il gruppo informale un contesto di comunicazione importante con il quale entrare in relazione, senza intenzionalità educative e presentando contenuti e valori senza imposizioni.

¹⁴ L. Paoli, "Il mercato delle droghe", in M. Barbagli (a cura di), *op.cit.*, pagg.81-107

¹⁵ S.Ansaloni e C.Baraldi (a cura di), *Gruppi giovanili e intervento sociale. Forme di promozione e testimonianza*, FrancoAngeli, Milano, 1996.

L'intervento rivolto ai gruppi informali si assume un rischio da mettere sempre in conto: quello di non essere accettato dai ragazzi. Assume questo rischio in quanto riconosce l'autonomia del gruppo e lascia alla sua disponibilità la possibilità di entrare in relazione. I confini dell'intervento e quelli del gruppo sono ben distinti, nel senso che gli operatori non si pongono l'obiettivo di entrare a far parte del gruppo per assumerne una presunta *leadership*. La maggioranza dei gruppi accetta il rapporto; una minoranza invece no, con motivazioni il più delle volte dettate dal disinteresse per i contenuti o dall'eccesso di esposizione a interventi di prevenzione svolti in passato o in altri contesti, come la scuola.

Il tempo libero dei giovani non può essere solo inteso come insoddisfacente secondo la prospettiva degli adulti, in quanto non controllato dalla famiglia e da operatori. Nei gruppi giovanili informali, si consuma un tempo gestito dai giovani stessi, cosa che non avviene in altri contesti sociali; la comunicazione è interpersonale e nel rapporto quello che conta è la persona, non il ruolo, come avviene in altri ambiti di vita. La combinazione di intensità della comunicazione interpersonale e superficialità del divertimento collettivo caratterizza la frequentazione del gruppo. Ciò non dovrebbe essere guardato con sospetto dagli adulti e non dovrebbe portare alla realizzazione di interventi educativi, che, a nostro avviso, sarebbero improduttivi. Possono invece essere efficaci forme di intervento che rispettino l'autonomia dei gruppi, propongano contenuti, non creino delle differenze di valore e non siano giudicanti

Negli ultimi anni il progetto "infobus" ha concentrato l'attenzione su: mediazione dei conflitti, promozione della sicurezza stradale, prevenzione dell'(ab)uso di alcol e altre sostanze psicoattive, promozione della salute rispetto all'affettività e sessualità¹⁶.

Nel corso del 2004 sono stati contattati 35 gruppi giovanili e circa 600 giovani. Una delle principali attività realizzate (nel 2004) è la ricerca-intervento "Psicoattivo"¹⁷, che si poneva due obiettivi: a) rilevare le conoscenze e i consumi sulle sostanze; b) promuovere la comunicazione e la riflessione nel gruppo su stare insieme, divertimento, sballo.

Nella fase di ricerca i destinatari coinvolti sono stati 29 gruppi informali per complessivi 229 giovani ai quali è stato chiesto di compilare un questionario individuale e anonimo. Questi giovani sono in prevalenza maschi (72,1%), adolescenti (70,7%), studenti.

La tabella sottostante illustra il consumo di sostanze dichiarato dai ragazzi stessi.

Tabella relativa all'assunzione attuale delle sostanze

	No		Qualche volta al mese		Soltanto Week-end		+ volte alla settimana		Tutti i giorni quasi		Nessuna risposta		Totale	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Nicotina	65	28,4	15	6,6	3	1,3	8	3,5	135	59,0	3	1,3	229	100,0
Alcol	25	10,9	37	16,2	87	38,0	48	21,0	26	11,4	6	2,6	229	100,0
Has/Mar	108	47,2	35	15,3	16	7,0	27	11,8	40	17,5	3	1,3	229	100,0
Acidi/LSD	207	90,4	7	3,1	9	3,9	2	0,9	3	1,3	1	0,4	229	100,0
Ecstasy	210	91,7	6	2,6	10	4,4	1	0,4	0	0,0	2	0,8	229	100,0
Cocaina	192	83,8	21	9,2	9	3,9	5	2,2	1	0,4	1	0,4	229	100,0
Popper	197	86,0	24	10,5	3	1,3	3	1,3	0	0,0	2	0,8	229	100,0
Eroina	228	99,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,4	229	100,0
Amfetamine	211	92,1	9	3,9	8	3,5	0	0,0	0	0,0	1	0,4	229	100,0
Relevin	225	98,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,7	229	100,0
ketamina	217	94,8	5	2,2	4	1,7	0	0,0	0	0,0	3	1,3	229	100,0

¹⁶ C.Baraldi C. e E.Rossi (a cura di), *La prevenzione delle azioni giovanili a rischio*, FrancoAngeli, Milano, 2002.

¹⁷ S.Casari, *Psico-Attivo. Ricerca – intervento nei gruppi giovanili sui temi dello sballo*, in *Sestante* (rivista del SERT di Cesena), in fase di pubblicazione.

Come si può evincere dalla tabella le sostanze più consumate sono l'alcol e il tabacco, seguite dalla cannabis. A fronte dell'eroina il cui consumo sembra del tutto assente, la cocaina conosce invece una veloce diffusione come confermano anche i dati dei Servizi che si occupano di tossicodipendenza¹⁸. Il questionario alla base della ricerca presentava anche una sostanza inesistente (relewin) e dalle risposte date dai ragazzi emerge un adeguato livello di attendibilità delle informazioni su conoscenze e usi relativi alle sostanze realmente esistenti.

La ricerca conferma che certe sostanze (come l'ecstasy) sono consumate prevalentemente nei luoghi del divertimento giovanile e soprattutto nei fine settimana. E' l'alcol la sostanza più utilizzata per "sballare", ovvero ubriacarsi e tra le ragazze questo dato risulta in crescita tra le ragazze, confrontando i risultati di una precedente ricerca¹⁹.

L'intervento di prevenzione, svolto in un momento successivo a quello della ricerca, si è posto l'obiettivo di promuovere la comunicazione e la riflessione nel gruppo sui temi del gruppo, del divertimento e del consumo di sostanze. E' stato condotto da una psicologa, è durato in media un'ora in ciascuno dei 6 gruppi che hanno partecipato. Attraverso un questionario predisposto nell'ambito di un progetto di ricerca valutativa biennale condotta dall'Università di Modena e Reggio Emilia²⁰, l'effetto dell'intervento dichiarato dai ragazzi stessi mette al primo posto la possibilità di espressione del proprio punto di vista (34%), che è coerente con gli obiettivi del progetto, "nessun effetto particolare" (21%), l'acquisizione di informazioni utili (14%). Seguono altre voci come "ho capito che esistono punti di vista diversi dai miei che vanno rispettati (10%) e "ho aumentato la mia creatività e la mia volontà di partecipare alla società (10%).

Il giudizio sull'intervento (indicatore di processo) è stato decisamente positivo (84,5%). E' stato negativo da una ristretta minoranza (1%) e né positivo né negativo per il 14,6%.

Nel corso dei primi 9 mesi del 2005 sono stati contattati 35 gruppi e una delle attività principali è consistita nello svolgimento di una ricerca intervento sui temi della affettività, sessualità e malattie sessualmente trasmissibili. In questa specifica iniziativa sono stati coinvolti 15 gruppi e 123 giovani, in prevalenza adolescenti. Si sta lavorando al rapporto di ricerca sui risultati ottenuti.

L'intervento luoghi del divertimento giovanile: il progetto "Buonalanotte. Spazi interattivi e lucidi eventi".

L'intervento si svolge nei contesti del divertimento giovanile (discoteche, birrerie, circoli, eventi, rave).

In tali contesti gli obiettivi possibili dell'intervento sociale sono: a) informare su sostanze (rischi e effetti indesiderati); b) sensibilizzare verso guida sicura; c) ridurre il danno (soprattutto nei rave).

Il progetto "Buonalanotte" intende contribuire a promuovere tra i giovani il tempo della notte all'insegna del divertimento consapevole, creativo, attento ai rischi, offrendo stimoli, perturbazioni, informazioni. E' attivo dal 1996²¹ e propone stimoli quali driver test, etilometro, alcolimit monouso, opuscoli. Il progetto rientra nel "Piano d'azione di prevenzione negli spazi di intrattenimento musicale e danzante" coordinato dalla Prefettura di Modena e che vede la partecipazione di Comune e Provincia di Modena, Silb-Conffcommercio, Associazionismo. E' finanziato anche dalla Regione Emilia Romagna e partecipa al coordinamento regionale delle unità di intervento nelle discoteche e rave (nel 2004 e 2005 ha partecipato all'intervento coordinato nel rave di Bologna e nel 2005 in quello di Reggio Emilia). Alcuni dati del progetto:

18 Cavallucci A., Ferri M., Saponaro A., L'attività dei Ser.T. in Regione Emilia-Romagna. Caratteristiche dell'utenza e trattamenti erogati. Anno 2003, Regione Emilia-Romagna, Bologna, 2005; Osservatorio Aziendale Dipendenze Patologiche, Relazione annuale 2004, AUSL di Modena, 2005.

19 Rossi E. e Cortesi G., "I gruppi giovanili e le droghe sintetiche", in Sestante, 12, 2000.

20 Il gruppo di lavoro della ricerca biennale (2004-05) è coordinato dal docente di sociologia, prof. Claudio Baraldi.

21 S.Ansaloni, La sperimentazione delle linee guida per il progetto Buonalanotte, in C.Baraldi e M.Coletti (a cura di), Linee guida per la prevenzione delle tossicodipendenze, FrancoAngeli, Milano, 2001

- dall'inizio dell'anno al 5-10.2005 sono stati svolti 59 interventi e 1572 test con l'etilometro (media di 27 contatti a serata);
- dal novembre 2000 al 5-10-2005 sono stati realizzati 11.229 test;
- i destinatari sono prevalentemente maschi, lavoratori, di età tra i 20-24 anni (34,7%). Gli adolescenti, ovvero fascia d'età 14-19 anni, rappresentano il 14,6%.

Gli interventi, svolti da due operatori negli orari notturni di apertura dei locali, coinvolgono i ragazzi che vi partecipano volontariamente per 5-10 minuti, trattandosi di luoghi deputati al divertimento e non all'impegno. Quindi il tempo di esposizione dell'intervento nei confronti dei destinatari è estremamente limitato, anche lo si ritiene significativo.

Si richiamano alcuni dati:

- ❑ Il 52,5 dei test risultano al di sopra del limite per guidare, di cui il 61,3% esprime agli operatori l'intenzione di non guidare una volta uscito dal locale, e il 38,7% invece sì. L'attenzione degli operatori si concentra in particolare su questi ultimi per sensibilizzarli a non rimettersi al volante se non in condizioni di sicurezza.
- ❑ Tra gli adolescenti il 46% è sopra il limite.
- ❑ Tra le ragazze il 37,7% è sopra il limite.
- ❑ Oltre il 20% degli adolescenti presenta un alto livello di alcoemia, con valori uguali o superiori ad un 1g/l.
- ❑ Tra le ragazze il 16% supera il livello di 1 g/l.

Sono dati che confermano il largo consumo di sostanze alcoliche anche tra i giovanissimi e le ragazze (come emerso nella ricerca svolta nei gruppi giovanili) e che devono fare riflettere sul nesso apparentemente indissolubile tra divertimento e abuso di sostanze alcoliche che caratterizza la vita notturna di molti giovani, anche adolescenti.

Sull'intervento a cui hanno partecipato il 93,4% dei giovani lo giudica utile, mentre la parte rimanente o inutile o indifferente (indicatore di processo).

Come emerso dai questionari della ricerca valutativa dell'intervento curata dall'Università di Modena e Reggio Emilia (nel 2004), l'effetto dell'intervento dichiarato dai destinatari mette al primo posto l'acquisizione di informazioni utili (56%), la comprensione delle modalità di prevenzione dei rischi (21,3%) e nessun effetto in particolare (5,6%).

Confrontando l'intervento "Psicoattivo", gli effetti dichiarati trovano due diverse graduatorie, derivante dagli obiettivi e dalle modalità di svolgimento differenti.

Obiettivi perseguibili nel lavoro di strada e nei luoghi del divertimento

Dai risultati conseguiti attraverso la realizzazione dei due interventi sopra descritti emergono alcune indicazioni di lavoro rispetto agli obiettivi perseguibili e alle metodologie praticabili.

Rispetto agli obiettivi possibili, questi tipi di attività consentono di:

- ✓ conoscere in modo diretto specifiche realtà giovanili relativamente a atteggiamenti, comportamenti riferiti anche alla salute;
- ✓ informare;
- ✓ promuovere una riflessione nei gruppi sui temi relativi alla salute;
- ✓ fare conoscere i servizi della città e dell'Ausl;
- ✓ sensibilizzare in modo immediato a comportamenti di sicurezza in orari critici notturni, soprattutto al momento di lasciare il locale (*"non metterti alla guida con questo livello alcolico"*);
- ✓ includere negli interventi giovani lavoratori che difficilmente vengono coinvolti in percorsi di salute;
- ✓ rappresentare un punto di riferimento per i giovani e affrontare con loro richieste ed esigenze, considerando che i progetti non provengono da una specifica domanda dei giovani a cui si rivolgono e che questo può determinare diffidenza e disinteresse da parte dei giovani.

Rispetto alle metodologiche di intervento:

- la varietà di interventi e stimoli che i ragazzi ricevono (soprattutto a scuola) comporta che l'intervento nei luoghi del divertimento eviti le sovrapposizioni (della serie: *“già lo facciamo a scuola, anche qui!?!”*), proponga stimoli e strumenti diversificati in grado di catturare l'attenzione dei giovani.
- Considerati i luoghi di svolgimento degli interventi e i comportamenti di consumo e abuso di sostanze, la modalità con cui relazionarsi con i ragazzi risulta molto importante: uno stile comunicativo che non giudica (ma non è nemmeno compiacente), si pone all'ascolto dei giovani e propone propri messaggi e perturbazioni.

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Luciana Orlandi, Responsabile Educazione alla Salute AUSL di Modena

L'Azienda USL è responsabile di diverse azioni afferenti al programma Salute Infanzia e Adolescenza con interventi strutturali, per l'accesso ai servizi e il sostegno alle persone, e per la riduzione del danno, di cui parleranno o hanno già riferito altri colleghi. Non si riferisce della interezza delle azioni educative per la promozione del benessere dei bambini e degli adolescenti che riguardano ad esempio: il percorso nascita; la formazione degli addetti alla ristorazione collettiva e scolastica che tanto incide sull'alimentazione di bambini ed adolescenti...

In questa sede riferiamo di una sola azione (n. 30/II) che accomuna tutte le attività di educazione alla salute che l'Azienda USL conduce a scuola e che prende il nome dal suo “catalogo” Sapere & Salute. In realtà ci si riferisce ad un vero e proprio servizio che la sanità rende disponibile alla Scuola, alla stessa stregua di un qualsiasi altro ambulatorio. Di seguito se ne fornisce la presentazione, come compare nel Programma di azioni Salute Infanzia-Adolescenza del Comune di Modena nel capitolo dei servizi a prevalenza sanitaria.

“Sapere&Salute costituisce la carta dei servizi educativi dell'Azienda USL di Modena per la Scuola. Ogni anno propone un'ampia offerta informativa e formativa di educazione alla salute diretta al personale docente, ai genitori, agli alunni delle scuole. Pertanto è strumento per comunicare ed organizzare l'offerta, l'accesso e l'erogazione delle attività di Educazione alla Salute proposte dai servizi sanitari territoriali alla comunità locale ed alle scuole di ogni ordine e grado.

Le attività realizzate (anno 2004)

324 le iniziative che hanno coinvolto 7.645 tra studenti e personale della scuola, per complessive 1121 ore di didattica. La media di persone per iniziativa è circa 24. Più di 3 ore la durata media per intervento.

I destinatari disaggregati per tipologia risultano: Studenti 6742; Docenti 467; Genitori 250; Ausiliari, Tecnici e Amministrativi 186.

Tutti i livelli di scuola sono coinvolti secondo il seguente ordine decrescente di persone coinvolte: 3871 nella scuola secondaria di II grado, 2397 nella scuola secondaria di I grado, 1161 nella scuola primaria; 50 in istituto comprensivo, 6 nella scuola materna (160 personale della scuola nel progetto guida sicura di cui non è rilevato il livello scolastico).

Per quanto concerne il contenuto specifico affrontato le persone interessate in ordine decrescente risultano 1887 coinvolte nei progetti sull'affettività sessualità; 1510 in Tallone di Achille e in abitudini sane, 1446 in funghi dal bosco alla tavola, 814 in sorrisi alla prevenzione, 660 in guida sicura alcol e farmaci, 475 in alimentazione /nutrizione / adolescenza, 271 nella sicurezza della persona e sul lavoro, 208 in comportamenti di abuso, 188 in prevenzione oncologica e tabagismo, 186 in malattie infettive.

I Partner collaboranti con Azienda USL sono: Scuole, Comuni della provincia di Modena, Azienda USL di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, ARPA.ER, Università degli Studi di Modena e Reggio E., Farmacie Comunali di Modena, Centro Servizi Volontariato, AVIS, AIDO, ADMO, ASEOP, AIC, Gli Amici del Cuore, ANT Italia, ANED, AVPA, LILT, INAIL, Ufficio Territoriale del Governo – Prefettura, Vigili del Fuoco, Croce Rossa Italiana, Consulta

Provinciale del Volontariato di Protezione Civile, Modena Football Club, Villa Pineta, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale, con l'auspicio di non averne dimenticato.

Lo scenario di riferimento

Solo alcune parziali osservazioni sui numeri e sulle strategie.

Con un calcolo molto empirico possiamo individuare un indicatore alquanto grezzo della copertura per livello di scuola che porta a concludere che gli operatori sanitari incontrano più di una volta tutti i ragazzi della scuola di I e II grado nell'arco di tempo di permanenza nella loro scuola e quasi una volta quelli della scuola primaria. Allora alla domanda "Ma è piccolo o grande il contributo dell'Azienda in fatto di servizi per l'apprendimento?" la risposta dei Servizi sanitari è "rilevante".

Seconda osservazione

I dati forniti si riferiscono alle attività esclusive dell'Azienda, anche sottostimate. Ma sono tante le Agenzie, a valenza educativa, presenti sul territorio e, giustamente, il nostro Programma parla di rete dei servizi per l'apprendimento, la prevenzione e promozione della salute. Tutti i Partners sopra menzionati e altri, con cui operiamo in altri ambiti e territori (CeIS, ASA, Enti di promozione sportiva...), si propongono per lo svolgimento di programmi a supporto dell'Agenzia formativa per eccellenza, la Scuola, con una miriade di proposte, nella città capoluogo ancora più attivamente che in provincia. Lo scenario quindi indica, a mio avviso, una particolare ricchezza e impegno che, strada facendo, potrebbe determinare disorientamento da parte del target (bersaglio) e eccessiva frammentarietà.

Indirizzi su cui dirigere nuove azioni

Prevenire l'obesità

La documentazione scientifica stimola a prendere in esame il problema tra i bambini e gli adolescenti. Il progetto educativo sull'alimentazione esiste e riguarda tutti i livelli, dal nido alla scuola superiore.

Ricordiamo però che è importante intervenire anche con azioni nel sociale:

agendo direttamente sui professionisti della ristorazione scolastica e su tutte le figure che vi ruotano intorno (docenti, inservienti, fornitori, genitori) - le esperienze insieme al nostro Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione esistono e hanno dato buoni risultati;

agendo con le numerose altre Agenzie che si impegnano su questo settore come Assessorato Agricoltura e nutrizione provinciale, Fattorie aperte, Coop estense ecc. ;

agendo con azioni di marketing sociale come l'esperienza del nostro Sistema Comunicazione e Marketing con le macchine dispensatrici di merende in alcuni luoghi di lavoro e all'Università.

Disagio

Il disagio è una parola che non esiste nel nostro catalogo, forse ritroviamo problematiche relazionali o adolescenziali. Il disagio è affrontato da altri servizi per gli adolescenti, la famiglia e la scuola negli Spazi giovani e nei Centri per l'adolescenza (dr.ssa Rebecchi). Con l'educazione alla salute affrontiamo i problemi che concorrono a determinarlo in molte attività che riguardano: il rapporto con il proprio/altrui corpo che cresce e si trasforma, il rapporto tra i pari e intergenerazionale, quando l'altro è diverso, ragionando sul concetto di limite e sull'importanza di fare esperienze per crescere, sul rapporto con il cibo, sulle pressioni del gruppo dei pari o della pubblicità o del mercato, o dell'organizzazione della città, della scuola della vita.

Intendo le diverse attività dei progetti Affettività e sessualità, Uso e abuso, alcune attività del progetto Alimentazione come Adolescenza e alimentazione, Facciamo merenda e altre.

A ciò aggiungiamo che nelle attività raccolte in Sapere & Salute l'agio è il clima relazionale che si cerca di costruire in ogni intervento. Cioè, con opportune metodologie, che privilegiano l'ascolto, l'astensione dal giudizio e spesso anche il gioco, si cerca di mettere le persone a loro agio in modo che possano esprimersi, aprirsi, comunicare tra loro e con l'operatore sanitario e confrontarsi. Nelle pochissime ore di contatto con i ragazzi non è possibile fare nulla più che favorire il dialogo sui problemi che emergono dal lavorare insieme, nell'auspicio che anche la comunicazione con gli adulti di riferimento migliori. Determinante risulta il precedente percorso condotto dall'insegnante a cui si fornisce consulenza.

Strategie

A.USL sta cercando di creare in Sapere & Salute un “osservatorio” sulle attività di educazione alla salute delle Associazioni di Volontariato sanitario che si propongono alla Scuola. Sulla base dell’analisi condotta, avvia tre momenti formativi, insieme al Centro Servizi del Volontariato, per costruire relazioni tra docenti, volontari e Servizi e, riducendo la frammentarietà, propone di costruire un progetto unitario e condiviso, metodologicamente efficace, centrato sulla valorizzazione del lavoro sociale, dove tutti si possano riconoscere. Chi sono gli altri osservatori per cooperare? Scuola Città, Agenda Naturalmente Ambiente ..

Ho visto con somma soddisfazione le azioni di alcune scuole in questo Programma, dove l’AUSL è citata come collaboratore. Grazie. E’ importante per la Sanità che le scuole si diano degli obiettivi di Istituto e che scelgano, in piena autonomia, i percorsi più confacenti tra le offerte delle diverse Agenzie. Per questo motivo in alcune aree proponiamo un’attività di consulenza, diretta agli insegnanti, per aiutarli a disegnare Progetti scolastici, per promuovere stili di vita salutari, non solo attraverso azioni all’interno del percorso formativo, ma anche nella realizzazione di un ambiente scolastico e di clima relazionale propizi alla salute (Scuole che promuovono la salute - Scuole libere dal fumo - Scuole per una sana alimentazione ..).

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Giovanna Rondinone, Responsabile Politiche delle Sicurezze del Comune di Modena

L’ottica di intervento dell’Ufficio Sicurezza in relazione ai minori (preadolescenti e adolescenti) è quella della prevenzione e/o riduzione dei comportamenti devianti in senso lato sia agiti che subiti dai ragazzi nei diversi contesti di vita (scuola, negli spazi pubblici, nei luoghi di socializzazione).

Agiti e subiti perché sta emergendo con sempre maggiore chiarezza che i reati, le violenze, le prevaricazioni subite da minori che possono compromettere e avere ripercussioni negative sulle condizioni psicofisiche dei ragazzi, vengono messi in atto nella maggior parte dei casi da altri minori.

Quindi all’interno del programma di azioni sulle politiche di sicurezza sono stati individuati alcuni ambiti di intervento che hanno contemplato anche la promozione di indagini e ricerche su alcuni fenomeni al fine di focalizzare meglio gli aspetti qualitativi e quantitativi in relazione al contesto cittadino.

Un primo ambito su cui abbiamo sviluppato riflessioni e qualche sperimentazione è quello dei comportamenti prevaricanti (che possono sfociare anche in casi di bullismo) sia a scuola che sul territorio, agiti e subiti dai ragazzi. Alcuni dati interessanti provengono da una ricerca effettuata nell’anno scolastico 2001/2001 su un campione di 578 ragazzi di I e II superiore, 712 bambini e preadolescenti, 103 insegnanti, 40 membri del personale non docente e 599 genitori.

I comportamenti indagati, se ripetutamente subiti, possono incidere fortemente sul benessere psicofisico dei ragazzi nonché sui rendimenti scolastici e, se agiti, possono essere la manifestazione di fattori di disagio.

Rispetto a questi temi è stata sviluppata una ricerca per meglio capire quali siano i presupposti sociali e relazionali di questi comportamenti e i significati che i giovani vi attribuiscono per avere alcune indicazioni circa gli interventi e gli strumenti da mettere in campo.

Breve commento alle tabelle

Comportamenti aggressivi agiti a scuola (% di riga e valori medi)

	<i>Spesso</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Mai</i>	<i>M.</i>
a. Isolare un compagno/a all'interno della classe o ignorarlo/a facendo finta che non esiste	7.8	41.8	50.3	1.57
b. Offendere, insultare, dire cose brutte o false di un tuo compagno/a	8.0	53.5	38.5	1.69
c. Aggredire fisicamente o picchiare un compagno/a	3.3	12.8	83.9	1.19
d. Minacciare un compagno/a	2.8	15.8	81.5	1.21

Punteggio totale: aggressione				1.42	
Comportamenti aggressivi subiti a scuola (% di riga e valori medi)					
		<i>Spesso</i>	<i>Qualche volta</i>	<i>Mai</i>	<i>M.</i>
a.	Essere stati isolato da un compagno/a all'interno della classe o che i tuoi compagni ti abbiano ignorato	3.1	21.4	75.5	1.28
b.	Essere stato offeso, insultato o che qualche tuo compagno/a abbia detto ,cose brutte o false su di te	5.2	46.3	48.5	1.57
c.	Essere stato aggredito o picchiato da un compagno/a	1.0	10.2	88.7	1.12
d.	Essere stato minacciato da un compagno/a	1.4	8.2	90.5	1.11
Punteggio totale: vittimizzazione				1.27	

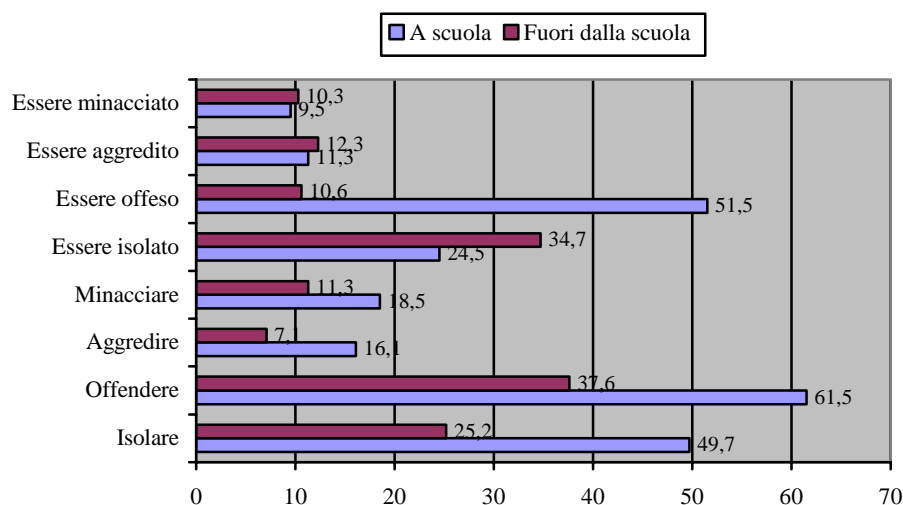
L'interesse della ricerca non sta tanto nel dato quantitativo rilevato che pure ha una sua significatività, quanto nel tentativo di indagare la relazione tra comportamenti aggressivi e prevaricanti dei ragazzi e clima relazionale complessivo della scuola e all'interno del gruppo classe. Da questo punto di vista la ricerca ha chiaramente messo in luce che tale clima è direttamente riconducibile al modo di agire corale di tutti i soggetti che intervengono nella scuola (insegnanti, personale non docente, genitori) e che è possibile mettere in atto azioni in grado di modificarlo in senso positivo.

In altri termini questo vuole dire sostanzialmente che affrontare il tema della prevaricazione, del bullismo, in generale dei comportamenti improntati al rispetto significa investire in un progetto complessivo che abbia continuità nel tempo e che investa i diversi attori potenziando, anche con percorsi formativi mirati, le capacità di intervento dei singoli attori.

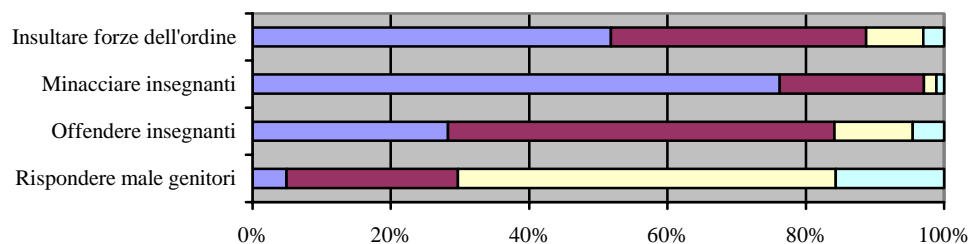
Le scuole superiori scontano una difficoltà aggiuntiva rispetto alle elementari e alle medie in quanto il rapporto tra ragazzi e insegnanti diventa progressivamente, nel passaggio dalle elementari alle medie e poi alle superiori, un rapporto di distanza e incentrato sulle aspettative di rendimento mentre alle elementari e in parte alle medie il rapporto tra insegnante e bambino è ancora caratterizzato da elementi di affettività. Questo vuol dire che dal passaggio alle elementari alle medie e ancor più alle superiori l'insegnante viene considerato sempre meno il soggetto a cui rivolgersi per segnalare casi di prevaricazione/bullismo e a cui chiedere aiuto.

E' un dato che conferma la necessità di agire come scuola intesa come istituzione nel suo complesso per poter incidere sul fenomeno.

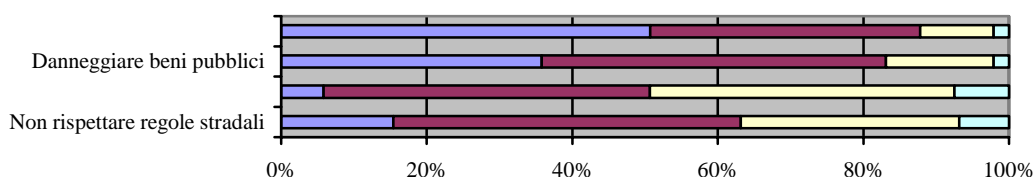
Il tema è rilevante anche in considerazione del fatto che certi comportamenti vengono agiti e subiti più a scuola che sul territorio come risulta dal grafico seguente



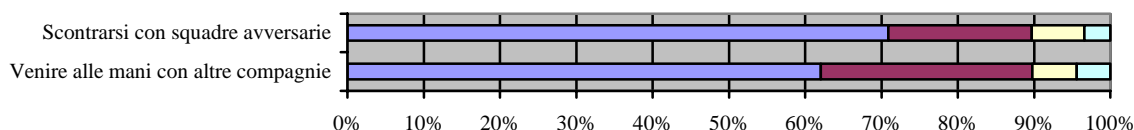
Un secondo ambito riguarda il tema della normatività sociale. Anche qui abbiamo cercato di capire quale fosse il grado di adesione dei ragazzi ad una serie di comportamenti aderenti a regole scritte e non scritte di comportamento.



	Rispondere male genitori	Offendere insegnanti	Minacciare insegnanti	Insultare forze dell'ordine
Solo a me	15,7	4,4	1,1	3
A me + amici/consoscenti	54,6	11	1,8	8,3
Amici/consoscenti	24,8	54,2	20,9	36,9
A nessuno	4,9	27,4	76,3	51,8



	Non rispettare regole stradali	Buttare per terra cartacce	Danneggiare beni pubblici	Prendere ql. senza pagare
Solo a me	6,8	7,5	2,1	2,1
A me + amici/consoscenti	30	41,9	14,8	10,1
Amici/consoscenti	47,7	44,9	47,4	37,1
A nessuno	15,4	5,8	35,8	50,7



	Venire alle mani con altre compagnie	Scontrarsi con squadre avversarie
Solo a me	4,4	3,4
A me + amici/consoscenti	5,8	6,9
Amici/consoscenti	27,7	18,8

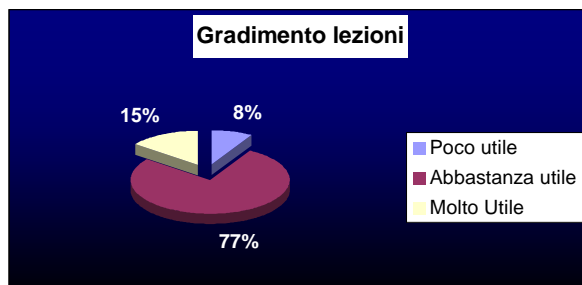
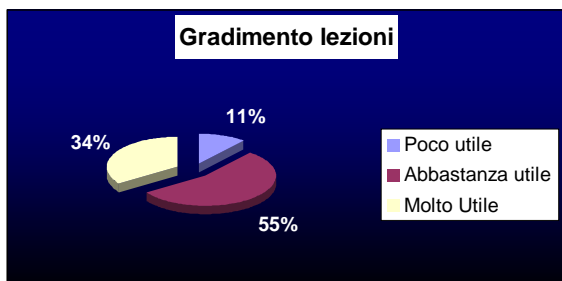
C'è un elemento da rilevare e che è comune a tutti i dati analizzati: in gruppo si trasgredisce di più. Si tratta di un dato confermato anche da ricerche fatte in altri contesti e trova una conferma anche da quanto emerge dagli incontri che vengono organizzati nelle scuole nell'ambito di due percorsi didattici di educazione alla legalità che, come ufficio, organizziamo in collaborazione con funzionari della Questura e del Comando provinciale Carabinieri.

I due itinerari sono rivolti a scuole medie inferiori e superiori e sono finalizzati ad approfondire tematiche di interesse dei ragazzi relativi ai problemi della sicurezza in generale. A volte gli incontri si inseriscono e sono parte di progetti più ampi di educazione alla legalità.

E' emersa con molta evidenza una scarsissima consapevolezza dei ragazzi sulla rilevanza penale di alcune azioni e sulla responsabilità individuale di una azione anche se commessa in gruppo.

Abbiamo anche somministrato un questionario ai ragazzi delle classi che hanno partecipato a questo percorso nell'anno scolastico 2004/2005 per rilevare l'opinione sul gradimento dell'iniziativa e sull'utilità degli incontri dal punto di vista dei ragazzi. Si tratta di dati relativi all'anno scolastico 2004/2005, anno in cui hanno aderito al percorso 34 classi di 11 scuole medie inferiori e superiori. Non tutte le classi ci hanno restituito i questionari.

Risulta un elevato giudizio positivo sull'iniziativa



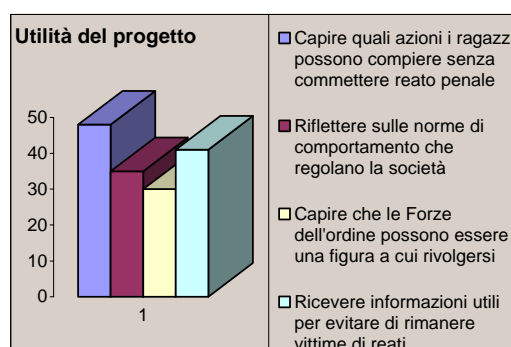
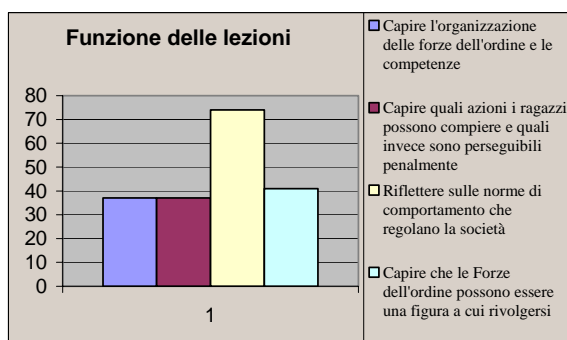
Scuola media (118 questionari)

Scuola superiore (90 questionari)

I ragazzi ritengono insufficiente una lezione per poter affrontare i temi discussi



Ritengono utile l'iniziativa per le seguenti ragioni



E vorrebbero approfondire i seguenti argomenti

Scuola media

- problematiche legate allo spaccio e alla droga
- conseguenze penali dei reati
- compiti delle forze dell'ordine
- indagini di polizia scientifica

- telecamere e sistemi di controllo
- problematiche in generale legate al mondo giovanile

Scuola superiore

- problematiche legate alla droga
- investigazioni di polizia scientifica
- sicurezza urbana e stradale
- truffe e reati contro i consumatori
- sicurezza contro i reati che colpiscono maggiormente i giovani

Dal confronto con gli insegnanti è emersa inoltre una forte richiesta di interventi che vadano nel senso dell'educazione alla legalità sia in relazione alla percezione, da parte degli insegnanti, di un progressivo "disimpegno morale" dei ragazzi rispetto alla normatività sociale, sia in relazione al dato per cui in alcune scuole (soprattutto superiori) c'è una realtà diffusa di piccoli furti di oggetti personali.

E' un dato che non interessa certo solo la realtà modenese ma emerge con chiarezza dall'ultima indagine di vittimizzazione dell'ISTAT

Dati sulla vittimizzazione dei giovani e in particolare studenti

Emerge quindi un bisogno e una richiesta di tutela da parte dei ragazzi rispetto al tema della vittimizzazione.

Alcune analisi sviluppate su questo terreno fanno riferimento alle teorie della "deprivazione relativa".

Ovvero da un lato assistiamo ad un diffuso benessere che si concretizza anche nell'ampia diffusione tra i ragazzi di oggetti personali come cellulari, lettori di musica ecc. dall'altro il permanere e, negli ultimi anni, la crescita dei livelli di povertà o di difficoltà economica di alcune fasce di popolazione. Oggi un ragazzo che pure possiede un semplice lettore di CD avverte di essere socialmente ed economicamente inferiore rispetto a quello che ha comprato l'ultimo modello di lettore MP3. Da qui il termine deprivazione relativa in quanto non si tratta di condizioni di deprivazione economica classica ma che produce comunque comportamenti devianti. Questi comportamenti si manifestano a scuola come sul territorio.

C'è un ultimo ambito di intervento che riguarda il tema dell'uso degli spazi pubblici e i comportamenti messi in atto sul territorio da gruppi di ragazzi. A gennaio abbiamo avviato un progetto di gestione dei conflitti intergenerazionali (in collaborazione con le politiche giovanili e il servizio di mediazione dei conflitti, la polizia municipale) e abbiamo sviluppato un sistema di monitoraggio delle situazioni conflittuali sulla base di segnalazioni pervenuti ai diversi uffici comunali.

Da una prima analisi dei casi segnalati emerge con chiarezza che, oltre a situazioni che attengono al semplice disturbo provocato dai ragazzi, ci sono diverse situazioni che rimandano a problematiche di comportamento legate a condizioni socio economiche del gruppo (ragazzi di nuova immigrazione dal Sud, problematicità familiari, ecc.) che andrebbero meglio indagate e che richiedono interventi integrati e progettualità specifiche, anche con un ottica territoriale, e che mettano insieme i diversi servizi e risorse.

Per concludere, e in relazione ad uno degli obiettivi prioritari del Programma di azioni Salute infanzia e adolescenza, quello del disagio, credo che occorra anzitutto uno sforzo di lettura del territorio che vada oltre i dati settoriali dei singoli servizi e che miri a focalizzare le determinanti delle variegate sfaccettature del disagio ed individuare ambiti più specifici di intervento che possono poi snodarsi sul terreno della prevenzione primaria fino alla riduzione del danno, al recupero.

Anche in considerazione del fatto che i luoghi e i soggetti interessati sono anch'essi molteplici e rendono ulteriormente complicato dare coerenza alle politiche di intervento e tenuto conto che oggi ci troviamo ad tenere in considerazione variabili nuove come la specificità dei minori immigrati.

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

II SESSIONE: interventi su gruppi critici e di riduzione del danno

Presiede e coordina Adriana Querzè

Adriana Querzè, Assessore all'Istruzione del Comune di Modena

La nota definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”, ha portato a considerare la salute come un diritto che si pone alla base degli altri diritti fondamentali che spettano alle persone. Si tratta di una definizione impegnativa, soprattutto nella sua traduzione pratica e, nel nostro contesto di discussione, ci impone alcune domande:

- -cosa significa promuovere salute verso bambini e adolescenti che esprimono bisogni e criticità particolari?
- cosa significa intervenire nella scuola e nella città per ridurre l'impatto che una disabilità può avere sulla qualità di vita, sul presente sul futuro di una ragazzo?
- - cosa significa intervenire affinché il disagio degli adolescenti e dei pre-adolescenti non diventi un impedimento insormontabile per la loro realizzazione piena come persone titolari di diritti?

Credo che a queste domande si possa rispondere tenendo presente che nessuna settorializzazione degli interventi è vincente: l'integrazione degli interventi da un lato, e l'orientamento alla persona piuttosto che sui servizi erogati, dall'altro, paiono essere criteri da assumere.

L'integrazione degli interventi è la nuova frontiera delle politiche rivolte alla persona: essa si riferisce a una visione contestuale che integra e non separa le persone, le opportunità, le risorse. L'orientamento alle persone piuttosto che ai servizi erogati è quello che fa riferimento ai concetti di unitarietà dell'essere umano e al concetto di resilienza cioè alla capacità di proteggere la propria integrità anche in presenza di forti pressioni e la forza interiore che consente alle persone di reagire ai colpi della vita e di ricostruirsi.

La resilienza ha per la psiche la funzione che il sistema immunitario ha per il corpo e sono evidenti le implicazioni di questo concetto con gli interventi di prevenzione e cura.

Saper guardare le vicende in prospettiva, assumersi responsabilità, avere progetti, non essere passivi, sperimentare la socialità, analizzare i problemi, agire, sviluppare empatia sono competenze sociali educabili attraverso esperienze positive e costituiscono il nucleo di una concezione avanzata di benessere.

In questo senso possiamo affermare che non esiste soltanto una resilienza individuale: c'è anche una resilienza delle comunità, della scuola, del contesto sociale. Un contesto sociale resiliente è quello che non abbandona la convinzione di aver in sé gli strumenti, intesi come valori, competenze, senso di efficacia, per confrontarsi con le difficoltà di ragazzi in crescita. Un contesto resiliente è quello che sa inserire la cura in un “contesto di cura” e consente ai diversi soggetti di apprendere dalla loro relazione reciproca. Probabilmente tutto questo contribuisce alla “produzione” di salute e tutela i diritti delle persone.

Daniela Rebecchi, Responsabile del Servizio di Psicologia del Dipartimento di Salute Donna dell'AUSL di Modena

Interventi su gruppi critici e di riduzione del danno

Promuovere azioni su gruppi che esprimono bisogni e criticità specifici

L'oggetto di questa tavola rotonda concerne la promozione di azioni a carattere sanitario e socio-sanitario al fine di limitare i danni ai bambini e adolescenti colpiti da eventi patologici e “ a contrastare le problematiche connesse ai disagi provocati dalla insorgenza di bisogni acuti evitando così un'emarginazione dei soggetti da essi affetti” PPS.

In riferimento all'analisi dei trend demografici della città di Modena, dei dati relativi alla ricerca epidemiologica ed empirica si evidenziano le criticità specifiche dell'infanzia e dell'adolescenza con particolare attenzione ai bisogni emergenti. Verranno riportate finalità e azioni di prevenzione, tutela, sostegno e cura messi in essere dagli psicologi e dagli operatori dei servizi territoriali in merito alla salute psico-relazionale del minore e della famiglia.

Trattandosi di infanzia e adolescenza la prima parte della relazione si incentrerà sui bisogni della famiglia: del vivente genitore oggi e dei progetti presenti e di quelli che si intende migliorare.

Il disagio dell'infanzia viene colto attraverso le difficoltà dell'adulto (genitore e insegnante), mentre si riporteranno le azioni individuate in ambito socio-sanitario all'interno del comune nell'ultimo triennio e quelle programmate per il prossimo triennio nei confronti degli utenti minori e delle loro famiglie -situazioni di abuso e maltrattamento, conflittualità familiare- .

La seconda parte dell'intervento porrà l'attenzione sulla fascia adolescenziale 14-19 anni e giovane adulto: saranno riportati dati e alcuni degli interventi sia nell'ambito della prevenzione primaria e secondaria.

Si sottolinea la fragile distinzione tra interventi definiti di prevenzione primaria sempre più specifici nel target e negli obiettivi: genitori nel primo anno di vita, adolescenti gravide, ragazze/i con richieste di approfondimento tematiche alimentari dal punto di vista psico e dietologico e verso una riduzione del disagio e promozione della qualità di vita e interventi di prevenzione secondaria finalizzati a progetti di tutela e cura

Infine il trattare di azioni che mirano alla riduzione del danno soprattutto per un target quale il minore e di conseguenza della famiglia deve evidenziare l'importanza della collaborazione tra tutte le risorse istituzionali e non, e la costruzione di linee metodologiche condivise (vedi Protocollo Interistituzionale sull'abuso e maltrattamento, gli accordi di programma tra Serv. soc. minori e Dip Salute Mentale presenti nei PdZ, in ambito sanitario la recente approvazione del progetto ausl sui disturbi del comportamento alimentare).

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Mauro Mariotti, Direttore del Settore di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza dell'AUSL di Modena

Documento di presentazione NPIA Area Centro

Presentazione del Documento

Generalità

Il presente "Documento di Presentazione" della NPIA Area Centro del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Usl di Modena descrive il Sistema Qualità implementato nell'U.O.I. ad integrazione ed in coerenza con quanto indicato nel Manuale per l'accreditamento del DSM.

Rappresenta quindi uno strumento di comunicazione interna ed esterna relativamente all'organizzazione in particolare per quanto attiene agli aspetti di qualità, diventa quindi lo strumento fondamentale per la conduzione di audit interni ed esterni rispetto ai requisiti previsti dalla DGR 327/04 per l'accreditamento nonché uno strumento efficace per la formazione/informazione del personale operante nell'U.O.I.

Approvazione ed Emissione

La redazione del presente Documento è a cura del Referente Qualità di U.O.I. con il contributo del Sistema Qualità Aziendale. Le sezioni di questo Documento sono state lette ed approvate dal Direttore dell'U.O.I. L'emissione è a cura del Referente Qualità di U.O.I.

Revisioni

L'U.O.I. garantisce l'aggiornamento del presente Documento ogniqualvolta si verificano modifiche organizzative o strutturali che lo rendano necessario e comunque con una periodicità non superiore ai tre anni e, se necessario, prima di ogni visita di verifica.

La diffusione della nuova edizione emessa a seguito delle modifiche apportate è a cura del Referente della Qualità di U.O.I.

Descrizione dell'Organizzazione

Generalità

Unità Operativa Interdistrettuale NPIA Area Centro

Responsabile: Dr. Mauro Mariotti

Sede amministrativa: Via Cardarelli 43, Modena

Tel. 059- 2134450

Sedi

NPIA AREA CENTRO (Modena – Castelfranco E.)	NPIA di Modena (3 sedi)	Via Cardarelli 43 Via Newton 150 Via Viterbo 74/F	059 2134450 059 2134602 059 2134650
	NPIA di Castelfranco	Piazza Gramsci 3	059 929166

Accesso

Modalità

Le prestazioni si svolgono unicamente per appuntamento preso telefonicamente o di persona esclusivamente da un genitore fornendo alcune informazioni che permetteranno di definire l'operatore che effettuerà la prima consultazione e di stabilire le modalità e i tempi della stessa.

Attualmente è in fase di sperimentazione l'accoglienza secondo modalità di TRIAGE.

Orari di apertura

	lunedì	martedì	mercoledì	giovedì	venerdì	sabato
Via Newton, 150 tel. 059 2134602	8.00 - 13.30 14.00 - 18.00	8.30 - 13.30 14.00 - 18.00	8.30 - 13.30 14.00 - 18.00	8.00 - 13.30 14.00 - 18.00	8.00 - 13.30 14.00 - 18.00	chiuso
Via Viterbo, 74 tel. 059 2134650	8.00 - 13.30 14.00 - 18.00	8.00 - 13.30 14.00 - 18.00	8.00 - 13.30 14.00 - 18.00	8.00 - 13.30 14.00 - 18.00	8.00 - 13.30	8.00 - 13.30
Via Cardarelli, 45 tel. 059 2134450	8.30 - 13.00 15.00 - 18.00	8.30 - 13.00 15.00 - 18.00	8.30 - 13.00 15.00 - 18.00	8.00 - 13.00 15.00 - 18.00	8.00 - 13.00	chiuso

Politica

Obiettivi generali e specifici dell'U.O.I.

Obiettivi generali

Nell'ambito delle attività a tutela della salute nell'infanzia e nell'adolescenza, il Settore Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell' Adolescenza , risponde a:

- disabilità di origine neurologica, genetica o dismetabolica;
- manifestazioni di disagio psichico, difficoltà di natura affettiva o relazionale;

- difficoltà dello sviluppo cognitivo e dell'apprendimento;
- difficoltà conseguenti a condizioni di disagio sociale.

Il gruppo di lavoro multiprofessionale effettua:

- accoglienza, definizione dei problemi, diagnosi;
- approfondimenti diagnostici;
- interventi riabilitativi e rieducativi, farmacologici, psicoterapeutici;
- consulenza e supporto ai genitori;
- consulenza alle istituzioni scolastiche per l'integrazione delle persone disabili e per i problemi dell'apprendimento.

Il Settore lavora in collaborazione con gli Enti preposti all'infanzia e all'adolescenza e con gli altri Servizi operanti nel territorio.

Obiettivi specifici

1. Potenziamento della capacità di presa in carico dell'utenza di elezione ed abbassamento dell'età media di presa in carico
2. Riorganizzazione dei percorsi per la continuità assistenziale con le diverse strutture (ospedaliere e territoriali) che si occupano della cura dei minori disabili e/o con patologie croniche.
3. Utilizzo efficace dei Protocolli elaborati dai Gruppi di lavoro aziendali sui Pazienti con Doppia Diagnosi (con particolare riguardo ai Pazienti Multiproblematici), sui Pazienti con DCA e sui Pazienti con dipendenza alcolica.
4. Riorganizzazione dell'accoglienza per gli adolescenti/giovani con disturbi mentali
5. Funzionamento della Commissione Aziendale per la Salute Mentale (cui partecipano le Associazioni degli utenti e dei familiari).
6. Condivisione e costruzione di iniziative formative tese ad orientare gli impegni clinici, assistenziali ed organizzativi agli obiettivi di appropriatezza, integrazione e valorizzazione delle risorse umane.

Pianificazione

Organigramma e responsabilità delegate

L'organigramma dell'U.O.I. è il seguente:

Responsabile U.O.I.: Dr. Mauro Mariotti

Responsabile U.O. NPIA Modena: Dr. Mauro Mariotti

Responsabile U.O. NPIA Castelfranco: Dr. Carlo Cantini

Responsabile equipe Via Cardarelli: Dr.ssa Milena Gibertoni

Responsabile equipe Via Newton: Dr.ssa Cristina Cornia

Responsabile equipe Via Viterbo: Dr.ssa Angela Benfatti

Responsabilità delegate Equipe via Newton

Coordinatore e responsabile verbale di equipe: Cristina Cornia;

Organizzazione tempi di lavoro- utilizzo spazi/ rapporti con la dirigenza: Floriana Franzoni;

Controllo fumo: Floriana Franzoni;

Rapporti con economato: Cecilia Manenti, Paola Amista;

Rapporti SIA: Bruno Malpassi, Francesco Micella;

Modulistica interna: Annarita Marchi, Gabriella Galli;

Rapporti con ufficio tecnico: Elena Braglia, Lorena Cottafavi;

Archivio cartelle: Giuliana Dondi, Cristina Cornia;

Rapporti pulizie- controllo spazi comuni: Lorena Cottafavi, Cecilia Manenti;

Rapporti con segreteria per fotocopie: Elisabetta Morselli, Elena Braglia;

Medicinali: Alberta Marani, Paola Caggia;

Rapporti con ufficio telefonia: Gabriella Galli, Bruno Malpassi;

Raccolta e divulgazione materiale formativo: Katia Poppi, Annarita Marchi;

Referente Legge 626/94: Paola Amista, Alberta Marani.

Responsabilità delegate Equipe via Viterbo

Richiesta cancelleria, forniture, riparazioni: Guidetti Mila, Bergonzini A.Silvia

Aggiornamento e archivio cartelle: Braglia Paola, Saladini Gabriella

Compilazione verbali riunioni d'équipe e aggiornamento raccoglitori evidenze: .Guidotti Emanuela, Bonazzi Giovanna

Gestione, conservazione, archiviazione test psicodiagnostica: Montorsi Raffaella, Casarande Ivonne:

Gestione biblioteca interna: Gibertoni Silvia, Gramazio Elisabetta

Preposto alla verifica attuazione legge contro il fumo: Ranieri Anna

Coordinatore formazione aggiornamento per fisioterapisti (anche per i colleghi di v. Newton): Guidetti Mila

Coordinatore formazione aggiornamento per logopedisti (anche per i colleghi di v. Newton): Fronticelli Giovanni

Coordinatore formazione aggiornamento per educatori (anche per i colleghi di v. Newton): Ranieri Anna

Coordinatore per programmazione ferie, recupero ore, permessi per fisioterapisti (anche per i colleghi di v. Newton): Guidetti Mila

Coordinatore per programmazione ferie, recupero ore, permessi per logopedisti (anche per i colleghi di v. Newton): Fronticelli Giovanni

Coordinatore per programmazione ferie, recupero ore, permessi per educatori (anche per i colleghi di v. Newton): Ranieri Anna

Responsabilità delegate Equipe via Cardarelli

Gestione prime visite: dr.ssa M.Gibertoni

Richiesta cancelleria, forniture, riparazioni: I.Loschi, L.Bocchi

Preposto alle verifiche della legge contro il fumo: I.Loschi

Gestione utilizzo automobili di servizio: L.Bocchi

Gestione rapporti con la Polizia Municipale per la richieste di deroghe e permessi: L.Bocchi

Archivio cartelle: dr.ssa M.Gibertoni, I.Loschi

Controllo farmacia: dr.ssa M.Gibertoni, L.Bocchi

Raccolta dati per sistema informativo: tutto il personale dirigente e del comparto è responsabilizzato alla raccolta dei dati, attraverso la compilazione delle schede cartacee che vengono periodicamente inviate presso il Referente di Area per il Sistema Informativo (SINP) il quale provvede alla reportistica periodica e al bisogno.

Ruoli e funzioni professionali

Il **Neuropsichiatra Infantile** interviene a livello di prevenzione, diagnosi, predisposizione degli interventi, consulenza e terapia, sia nei confronti dei disturbi delle funzioni motorie, sensoriali, cognitive, linguistiche, sia sui disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza.

Lo **Psicologo** interviene a livello di prevenzione, diagnosi, predisposizione degli interventi, consulenza, psicoterapia, su disturbi e problematiche affettive, della relazione, delle funzioni superiori. Può offrire consulenza e supporto rispetto alle problematiche familiari, alla funzione genitoriale, ai tempi legati a momenti critici dell'evoluzione infantile e adolescenziale.

Il **Logopedista** svolge la propria attività nella prevenzione e nella riabilitazione delle problematiche del linguaggio e della comunicazione. Attua interventi educativi e rieducativi in tutte le patologie che provocano disturbi della voce, della parola, del linguaggio orale e scritto, degli atti comunicativi. Elabora il bilancio logopedico, contribuisce agli interventi diagnostici e agli interventi di consulenza alle istituzioni scolastiche per le problematiche legate alla comunicazione e per disturbi dell'apprendimento. Propone l'adozione di protesi e ausili, curando l'addestramento al loro uso e verificandone l'efficacia.

Il **Fisioterapista** opera nella prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi della motricità. Contribuisce alla puntualizzazione della diagnosi, alla definizione della prognosi funzionale e alla

elaborazione del programma di riabilitazione. Svolge le attività terapeutiche per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie, cognitive. Propone l'adozione di protesi e ausili, curando l'addestramento all'uso e verificando la loro efficacia.

L'**Educatore professionale** interviene a livello di prevenzione, diagnosi e riabilitazione, sui disturbi psichici, delle funzioni superiori, dell'apprendimento. Formula e realizza progetti educativi e riabilitativi volti a promuovere lo sviluppo della crescita personale, l'inserimento e la partecipazione sociale, l'arricchimento delle abilità sociali. Attua interventi riabilitativi, individuali e di gruppo, operando in stretto rapporto con enti e istituti operanti nel campo dell'educazione e della formazione professionale.

Contribuisce agli interventi relativi all'integrazione scolastica.

Catalogo dei prodotti e rilevazione standard di prodotto

			Castelfr	MO
Accoglienza/ valutazione / diagnosi	qualificazione della valutazione	numero di ingressi con una prestazione NP o PSI nel periodo x / numero di ingressi nello stesso periodo	100%	100%
	efficacia / correttezza	numero di ingressi nel periodo x con diagnosi ICD10 formulata / numero di ingressi nello stesso periodo	73%	81%
Progetto di presa in carico	programmazione	n° cartelle con progetti scritti di nuovi utenti nel periodo x / n° dei nuovi utenti nello stesso periodo	70%	70%
	integrazione	n° trattamenti integrati in pazienti attualmente in carico con diagnosi sugli assi 3-4 che nell'anno 2004 hanno avuto prestazioni da almeno 2 operatori / numero pazienti attualmente in carico con diagnosi sugli assi 3-4	40%	61%
	verifica	numero pazienti in carico con diagnosi sugli assi 3-4 che nel periodo x hanno avuto almeno 2 prestazioni 011 / numero dei pazienti attualmente in carico con diagnosi sugli assi 3-4	8%	60%
Percorso diagnostico integrato con l'attività di organi giudiziari e altri servizi/istituzioni	efficacia / correttezza	restituzione certificato o relazione all'inviante/inviato anno		
	tempestività	tempo di attesa medio tra richiesta ed esecuzione prima prestazione		
Interventi di prevenzione secondaria screening	efficienza	numero di soggetti screenati nell'anno		
Interventi di prevenzione secondaria sorveglianza	efficienza	n di progetti di sorveglianza attivi nell'anno		
	efficacia	n di prese in carico/soggetti sorvegliati		

Interventi di prevenzione secondaria interventi su gruppi	efficienza	numero di interventi su gruppi attivi nell'anno		
Consulenza	correttezza	numero di referti scritti/numero consulenze eseguite		
	appropriatezza	numero consulenze concluse senza dg NPIA/totale consulenze		

Comunicazione

Comunicazione esterna

Presso ciascuna sede della NPIA Area Centro sono disponibili materiali informativi per gli utenti. Considerato inoltre che nell'area della salute mentale il tema della partecipazione e della tutela dei diritti dei cittadini assume una rilevanza particolare, il Responsabile della U.O.I. partecipa alla Commissione Aziendale per la Salute Mentale istituita per favorire il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni di familiari nell'individuazione delle priorità e nella verifica di efficienza dei servizi.

Comunicazione interna

L'U.O.I. persegue la comunicazione interna soprattutto allo scopo di diffondere le informazioni e raccogliere i suggerimenti del personale, a tal fine sono state istituite una serie di riunioni, sia interne che esterne all'U.O., sui vari argomenti e prefissate in maniera da costituire un preciso calendario.

I principali momenti di tale comunicazione sono schematizzati nella tabella che segue.

Riunione di equipe	a cadenza quindicinale	comprende tutte le professionalità presenti e è finalizzata alla discussione dei casi clinici, delle situazioni organizzative ecc.
Riunioni di professionalità	mensili	per discussioni riguardanti aspetti tecnico professionali e attività formativa.
Riunione interdistrettuale	il terzo martedì di ogni mese	per tutta l'attività clinica, amministrativa, organizzativa.
Riunioni tematiche	secondo necessità	legate ad aspetti specifici di attività (es. Triage, accreditamento, ecc.)
Riunioni interdistrettuali	secondo necessità	legati ai progetti trasversali

Struttura

L'U.O.I. di NPIA Area Centro fa riferimento per gli aspetti strutturali ed autorizzativi alla documentazione dipartimentale ed aziendale.

Attrezzature

Le attrezzature necessarie al Dipartimento per l'esecuzione della propria attività sono essenzialmente attrezzature informatiche e sanitarie, autovetture e/o pulmini.

Per quanto riguarda gli acquisti di attrezzature informatiche e sanitarie, all'interno del budget assegnato, il Dipartimento attiva il seguente percorso:

- Ogni Unità Operativa segnala alla Direzione le necessità annuali
- Il Dipartimento stabilisce le priorità di acquisto rispetto alla programmazione e alle risorse economiche

- Attiva le procedure di acquisto secondo quanto previsto dalle procedure dei Servizi aziendali preposti.

Formazione

Inserimento, affiancamento, addestramento

L'attività prevista al momento dell'acquisizione in servizio (per trasferimento da altre strutture aziendali o per assunzione) di un operatore (comparto o dirigenza) prevede le seguenti fasi:

- accoglienza
- inserimento
- valutazione

L'U.O.I di NPIA Area Centro segue quanto previsto dalla procedura dipartimentale garantendo la massima cura nella gestione di tale importante processo, come evidenziato nella parte sulle Responsabilità delegate della sezione "Pianificazione" del presente Documento.

Formazione e aggiornamento

L'Educazione Continua in Medicina intesa come "processo permanente della vita professionale, necessario a governare i cambiamenti e requisito per lo sviluppo della qualità dell'assistenza e dell'organizzazione" e il conseguente impegno che l'Azienda si è assunta di fronte alle necessità di provvedere ai crediti formativi dei dipendenti, richiede la formulazione di un programma vasto e articolato attraverso il quale è possibile soddisfare esigenze specifiche e complesse.

Il raggiungimento di tale obiettivo ha coinvolto tutti i settori del DSM, in particolare la NPIA con l'istituzione di una rete capillare di referenti di formazione al fine di individuare le reali necessità dell'organizzazione e su esse intervenire in modo mirato ed efficace, aderendo inoltre alle indicazioni dipartimentali ed aziendali e quindi:

- raccogliere le esigenze formative dei dipendenti
- curare che le proposte di formazione-aggiornamento siano in linea con gli obiettivi Aziendali e Regionali
- favorire corsi multidisciplinari e integrati sia all'interno del DSM che verso il Dipartimento di Cure Primarie e i Servizi Sociali onde agevolare al massimo l'integrazione sanitaria e sociosanitaria
- rispettare le indicazioni metodologiche fornite da Agefor per i percorsi ECM

Valutazione dell'attività formativa

L'U.O.I. NPIA Area Centro contribuisce alla valutazione dell'attività formativa attraverso le seguenti modalità:

- Gradimento dell'evento (attraverso l'elaborazione dei questionari predisposti da Agefor)
- Valutazione dell'utilità della formazione, del metodo proposto e delle risposte alle aspettative (attraverso incontri di follow-up a fine anno)
- Partecipazione agli incontri territoriali di area con rappresentanti delle unità operative e dei settori dipartimentali (PA, NPIA, SeRT, Psicologia Clinica) per una riflessione congiunta sull'attività formativa

Sistema Informativo

Gestione del dato

Con il Sistema Informativo si registrano e si elaborano i necessari flussi informativi relativi agli utenti ed alle prestazioni effettuate dagli operatori garantendo la tutela della privacy e le norme di sicurezza.

L'inserimento viene effettuato dagli operatori tramite password individuale.

La responsabilità della registrazione quotidiana è del personale in turno, secondo le indicazioni del manuale di funzionamento del Sistema informativo.

La periodica elaborazione necessaria è effettuata dal responsabile medico e da quello infermieristico individuati a cui compete anche la conservazione dei dati raccolti in appositi report.

Mediante riunioni periodiche vengono valutate le modalità di raccolta e il corretto e consapevole inserimento del flusso dei dati.

Periodici incontri di verifica vengono effettuati anche tra i referenti del sistema informativo per raggiungere gradualmente una buona adeguatezza ed omogeneità nella raccolta e conservazione del dato.

A fine anno il Responsabile dell'U.O.I NPIA Area Centro scrive una relazione sintetica sulle attività quantitative e qualitative svolte dall'U.O.I. con evidenziati il raggiungimento degli obiettivi, eventuali criticità emerse, progetti di miglioramento e proposte per l'anno successivo. Ampio spazio a questi aspetti è dato nella sezione "Verifica dei Risultati" del presente Documento. Per l'analisi dei dati economici il Responsabile è supportato dai competenti Servizi Aziendali con reportistica trimestrale sull'andamento della spesa sostenuta rispetto al budget assegnato

Gestione della documentazione

L'U.O.I. NPIA Area Centro, in coerenza con quanto stabilito a livello dipartimentale e riportato nella corrispondente sezione del Manuale per l'Accreditamento del DSM, si è dotata di un sistema di gestione della documentazione per consentire a tutti gli operatori di conoscere la struttura organizzativa in cui operano, gli obiettivi da perseguire, i risultati raggiunti, le responsabilità delegate, ecc. Tali documenti sono gestiti dai Referenti per la Qualità nei raccoglitori predisposti per l'Accreditamento al fine di garantire l'immediata disponibilità dei documenti, e quindi delle informazioni in essi contenute, in forma aggiornata a tutte le persone che ne hanno necessità per una corretta gestione delle attività di competenza.

Procedure

Lo schema utilizzato dall' U.O.I. per la stesura delle proprie procedure e istruzioni operative è quello descritto nelle linee guida del modello di accreditamento (scopo, campo di applicazione, definizioni, descrizioni attività e responsabilità, logigramma, parametri di controllo, ecc.).

I codici identificativi seguono lo schema già descritto nella corrispondente sezione del Manuale per l'Accreditamento del DSM.

Le responsabilità riguardanti la gestione (verifica, approvazione, emissione) delle procedure sono formalizzate nel piè di pagina del frontespizio dalla presenza delle firme, presenti solo sull'unica copia cartacea detenuta dal Referente Qualità.

Per ulteriori aspetti si rimanda alla procedura 5P07GDSM "Procedura per la gestione della documentazione".

Verifica dei risultati

Commento ai dati NPIA 2004 e considerazioni in merito alla organizzazione dei servizi

I dati del 2004 non possono essere parametrati a quelli degli anni precedenti: infatti è stato introdotto a livello regionale l'integratore, per cui i dati di quest'anno per la prima volta sono riferiti a nomi specifici, non ripetuti. Questo significa che un caso seguito ad esempio presso il distretto di Vignola che richiede un approfondimento diagnostico od un trattamento presso il distretto di Modena, viene conteggiato un'unica volta, mentre precedentemente risultava in carico sia al distretto di Vignola che al distretto di Modena. Si calcola che almeno il 7% dei casi avesse una doppia presa in carico, in particolare i casi complessi (autismo, down, gravi disturbi di apprendimento, disturbi neuromotori) che afferiscono per precisazioni diagnostiche e di trattamento ai secondi livelli situati a Modena.

Inoltre è cambiato il sistema di dimissione con la dimissione automatica della popolazione che nel corso dell'ultimo anno non ha ricevuto prestazioni.

Infine sono cambiate le schede di rilevazione delle prestazioni; non sono più conteggiate le prestazioni 0 (appuntamenti presi e non rispettati dall'utenza); i trattamenti di gruppo (molto numerosi) sono conteggiati come una prestazione ora (precedentemente 4 prestazioni ora). Non sono infine conteggiate nè le prestazioni del team di transizione (emergenza), ne quelle del team il Nespolo che seguono diverse classificazioni (circa 13000 prestazioni).

I casi seguiti risultano essere 6044; i nuovi utenti 1568; quelli rientrati dopo precedenti trattamenti al servizio 351; i dimessi 2145; quelli costanti 3991.

Le prestazioni effettuate sono state 104171 a cui vanno aggiunte le circa 13.000 di cui sopra.

I tempi medi di attesa si sono attestati intorno ai 30 giorni .

Considerando le differenze di raccolta e trattamento dei dati rispetto agli anni precedenti, si rileva un consistente aumento della domanda rispetto all'anno precedente. Infatti almeno 500 sono i casi a doppia presa in carico ed il numero dei dimessi del 2004 supera di 400 il numero dei dimessi del 2003. Questo ci fa stimare in almeno 300-400 il numero dei casi seguiti realmente in più nel 2004 rispetto al 2003. Anche il numero delle prime visite risulta aumentato in quanto nel 2003 le prime visite erano la somma di rientri e nuovi utenti (1600 nel 2003- 1919 nel 2004). L'aumento reale risulta quindi di oltre 300 unità.

Per quanto riguarda i dati qualitativi le diagnosi principali sono le seguenti:

Sindrome schizofrenica	7
Sindromi affettive	28
Sindromi nevrotiche, somatoformi	39
Alterato comportamento alimentare	38
Disturbi del sonno non organici	24
Livello intellettivo	578
Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e linguaggio	1308
Disturbi evolutivi specifici abilità scolastiche	1393
Alterazione globale sviluppo psicologico	259
Sindromi ipercinetiche	213
Disturbo condotta	149
Sfera emozionale	904
tic	41
Disturbo funzionamento sociale	87
Neuromotorie neurologiche	480
down	164
cecità	45
sordità	78
Asse V (casi sociali, abusi, maltrattamenti)	209
totale	6044

La eterogeneità delle problematiche, così come definita dalla diagnostica regionale icd 10 può essere condensata in alcuni grandi capitoli:

I temi legati al funzionamento intellettivo e alle abilità scolastiche con 3279 soggetti costituiscono oltre il 50% della popolazione seguita.

I temi legati al disturbo psicopatologico con 1340 casi costituiscono il 22% della popolazione totale

I temi legati al disturbo sociale (condotta, abuso etc) sono 358

I temi legati a disturbi sensoriali sono 123

I temi legati alla riabilitazione neuromotoria sono 521

I temi legati all'autismo 259

Quelli al Down 167.

Il servizio ha organizzato la sua risposta su queste popolazioni, provvedendo al rinnovo degli accordi di programma fra scuole e varie istituzioni al fine di meglio seguire i circa 1500 certificati ai sensi della legge 104/92 e di offrire le migliori risposte diagnostiche, preventive e di intervento precoce sui 3279 soggetti identificati, costituendo un gruppo di secondo livello sui disturbi di apprendimento, uno sul ritardo mentale, uno sul trattamento gruppale.

Sui temi della psicopatologia si sono organizzati per la emergenza ed i trattamenti sia il team di transizione sia il semiresidenziale Il Nespolo. E' in previsione per il 2006 l'apertura della risorsa residenziale per il trattamento intensivo della popolazione più grave.

Per quanto riguarda lo specifico tema della riabilitazione, sottolineo che sarebbe interessante strutturare un polo di trattamento per la riabilitazione neuromotoria, dei disturbi sensoriali, dell'autismo e del down. Questo polo avrebbe una popolazione di riferimento di circa 1100 soggetti e potrebbe implementare gli attuali livelli di intervento che peccano talora di scarsa efficacia, causa

la frammentazione delle risposte operative e il dato evidente che comunque questa popolazione riceve un numero di interventi annuo più basso di quello che sarebbe necessario, a causa della difficoltà ad organizzare risposte adeguate con l'attuale numero di riabilitatori.

Infatti una rapida analisi delle prestazioni ci dice che 36453 prestazioni sono dedicate alla fase diagnostica; 57066 alla fase terapeutica; 10652 sono prestazioni indirette, quali certificazioni, relazioni, colloqui con insegnanti. Questo significa che la media di prestazioni terapeutiche che un soggetto riceve in un anno è di 9,4, delle quali 2 del neuropsichiatria o dello psicologo, il resto da parte del comparto.

Il dato, che si commenta da solo, fa certamente una grande impressione se paragonato ai livelli di trattamento individuale previsti ad esempio dalla casa del sole od alla lucciola, in cui il soggetto inserito riceve un trattamento individualizzato continuativo per tutta la durata della presenza in sede. Fermo restando la validità del concetto di inserimento, di integrazione, di trattamento contestuale etc, nonché il fatto che bambini più gravi o più bisognosi ricevono più trattamento, è totalmente evidente che la quantità dei trattamenti erogabili da parte del servizio pubblico sono assolutamente inferiori ai bisogni della popolazione.

Da qua il fermo richiamo alla necessità di aumentare le convenzioni con privato sociale, privato, volontariato, e ogni altra organizzazione che possa intervenire qualitativamente a vantaggio di questa popolazione.

Il risparmio finale di questa operazione sarà garantito dalla protezione esercitata su questi 6000 soggetti e dal conseguente minor numero di soggetti che diventeranno socialmente totalmente dipendenti per la evoluzione inevitabile delle patologie connesse al loro patrimonio biopsicosociale, qualora non precocemente ed adeguatamente curata.

Miglioramento

Storicamente il Settore NPJA del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL di Modena è impegnato nella predisposizione di progetti per il miglioramento clinico ed organizzativo, a tale scopo sono stati istituiti gruppi di lavoro intersettoriali per offrire una risposta omogenea su tutto il territorio provinciale a cui le singole UU.OO. partecipano.

Di seguito vengono riportati i principali progetti in atto:

Gruppo Accreditamento – Standard: Dr. Paolo Soli

Centro Autismo: Dr.ssa Milena Gibertoni

Progetto adolescenza: Dr.ssa Modena – Dr. Soli

Gruppo Apprendimento: Dr.ssa Cristina Cornia

Disturbi del Comportamento Alimentare: Dr. Mariotti – Dr.ssa Modena- Dr.ssa Danesi

Gruppo 0-3: Dr.ssa Angela Benatti

Gruppo Psicopatologia – Psicoterapia: Dr.ssa Nicoletta Modena

Gruppo Neuromotorio: Dr. Carlo Cantini

Gruppo Nevrosi: Dr.ssa Lombardi

Gruppo Down: Dr.ssa Milena Gibertoni Dr.ssa Cornia

Gruppo Ritardo Mentale: Dr.ssa Paola Caggia

Gruppo Ausili – Comunicazione: Giovanni Fronticelli

Gruppo Terapie Gruppali Logopediche: Franzoni

Gruppo Art Therapy: E.P. Anna Ranieri

Abuso e maltrattamento: Dr. Mariotti – Dr.ssa Galli – Dr. Micella

Famiglie Multiproblematiche: Dr. Mariotti.

La documentazione sui singoli progetti evidenzia lo stato di attuazione ed i risultati raggiunti.

Verifica:	Approvazione:	Emissione:	
<i>Referente Qualità Mila Guidetti</i>	<i>Direttore U.O.I. Mauro Mariotti</i>	<i>Referente Qualità Mila Guidetti</i>	Data di emissione _/_/___

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS

Realizzare azioni di riduzione del danno, di recupero e limitazione degli handicap

Patrizia Guerra, Settore Servizi Sociali Comune di Modena

INTERVENTO NON PERVENUTO

Giulio Cingolani, Pedagogista del Servizio Scuole d’Infanzia, Settore Istruzione, Comune di Modena

Nella realizzazione delle azioni finalizzate al recupero e limitazione di disabilità, la scuola e in generale i servizi educativi giocano un ruolo importante e per certi versi decisivo. È sufficiente infatti considerare che tutti i disabili (fortunatamente!) sono inseriti dai primi anni e fino ai diciotto e oltre, per buona parte dell’anno e per buona parte della giornata in queste strutture. Oltre al dato quantitativo c’è naturalmente l’aspetto qualitativo: in questa fase della vita infatti si acquisiscono e strutturano competenze sul piano relazionale, cognitivo, dell’autonomia e quello scolastico è sicuramente il contesto più ricco e idoneo a favorire tale maturazione. Per permettere l’accesso e la frequenza o meglio per garantire il diritto allo studio di disabili è necessario mettere in campo una serie di interventi complessi ed articolati perché calibrati spesso su singole esigenze. Si va dagli aspetti diagnostici e di trasmissioni di informazioni a quelli organizzativi (trasporti, barriere architettoniche, ausili ecc.) a quelli riabilitativi e di elaborazione progettuale. Questa è la fase in cui si esplicita il famoso lavoro in rete di servizi (famoso perché se ne fa un gran parlare, viene realizzato spesso con grande difficoltà, è un meccanismo complesso e fragile in quanto appunto composto da elementi interdipendenti) e quello che per sinteticità ed efficacia viene definito progetto di vita. Si tratta in sostanza di ricostruire un passato più o meno recente, di gestire il presente e di pensare agli anni futuri.

Come già detto, concorrendo vari servizi e diversi soggetti alla realizzazione del progetto, si pone il problema del coordinamento degli interventi. In sostanza chi fa che cosa, quali risorse si mettono in campo, con quali modalità e con quali tempi.

Gli “Accordi di programma” hanno questa finalità. Nel documento, una volta sottoscritto, le scuole, le asl, i comuni, la provincia assumono l’impegno di coordinare, integrare,finalizzare gli interventi mettendo in atto collegamenti operativi per l’utilizzo contemporaneo di risorse plurime e di competenze diverse (pedagogiche, didattiche,sanitarie, sociali). Io vorrei illustrare solo alcuni punti: quelli che hanno una incidenza particolare sugli argomenti che questo seminario sta affrontando e che risultano anche centrali rispetto alle azioni di miglioramento che si intendono promuovere. Nella premessa degli accordi c’è un richiamo forte alla necessità di assumere un ampio intervento integrato e continuo sia sui momenti riferiti alla giornata della persona disabile, sia su quello del suo ciclo di vita, collegando organicamente i vari interventi (dalla scuola al lavoro, dalla riabilitazione alla vita sociale e al gruppo amicale, dal tempo libero a quello familiare o della relativa autonomia relazionale, l’educazione permanente, gli interventi di sostegno psicologico, ecc.) e non interrompendoli al raggiungimento della maggiore età. Nel tradurre queste affermazioni in risposte concrete ci si imbatte e a volte scontra con alcune criticità: quello della disponibilità delle risorse (dato scontato ma che pesa come un macigno), quello dell’organizzazione-relazione tra servizi, quello dell’individuazione del referente-responsabile del progetto ed infine quello di carattere culturale relativo alla capacità dei singoli attori di pensare e agire in termini di cooperazione e non rigidamente settoriali. Gli Accordi danno anche una prima risposta a questo

problema quando individuano, sempre nella premessa, nel raccordo temporale tra i piani di zona e gli accordi di programma un fattore decisivo. Ricordo brevemente la lunga e importante consultazione avvenuta poco tempo fa qui a Modena sul piano di zona in cui i diversi soggetti hanno dibattuto, denunciato, proposto azioni. Insomma un confronto serrato e utile che deve proseguire con alcune integrazioni che vanno nella direzione della riflessione che facevo sopra. Ad esempio, come è stato detto anche in quella sede, un coinvolgimento più forte del mondo della scuola quando si parla di disabilità. Ancora una volta si tratta di mettere insieme più soggetti, tutti i soggetti.

Un secondo punto importante riguarda il contenuto dell'articolo 2. Qui, dopo aver rilevato come l'accordo di programma costituisca appunto un accordo quadro, si sottolinea l'importanza degli accordi distrettuali e se ne definiscono i contenuti. Questa sottolineatura è un elemento di novità anche rispetto ai vecchi accordi perché introduce una flessibilità (in senso positivo: ad esempio permette di prendere in considerazione anche alcune specificità locali... Serramazzoni non è Modena...) che rende più semplice la realizzazione degli interventi ed individua una sede in cui affrontare aspetti importanti che non rientrano negli ambiti degli accordi stessi ma che hanno una ricaduta forte sull'esperienza scolastica dei disabili. Infatti gli accordi territoriali decentrati nell'ambito dei singoli distretti dovranno definire: modalità, strumenti, risorse e strategie (locali); modalità di gestione e valutazione delle risorse; modalità di intervento per favorire l'orientamento alla scelta del percorso successivo alla scuola secondaria di primo grado; modalità di intervento per favorire l'uscita dal percorso di istruzione/formazione; modalità di presentazione dei risultati ottenuti e di valutazione dell'impiego delle risorse comunque assegnate. Chi opera in questo specifico ambito sa perfettamente come l'orientamento scolastico, il rapporto istruzione-formazione-lavoro, la verifica e valutazione dei risultati siano snodi ancora critici che dovranno essere affrontati con nuovo impegno e sollecitudine. L'individuazione degli accordi distrettuali come sede in cui affrontare la questione è una buona scelta; ma è il primo passo. Ora si tratta di scriverli, sottoscriverli e realizzarli. E per concludere questa parte, anche rispetto agli accordi distrettuali viene detto che dovranno sviluppare un raccordo con i piani di zona.

Ovviamente gli accordi di programma affrontano tutti gli aspetti relativi alla certificazione in base alla legge 104, il progetto educativo-scolastico (pei, incontri di organizzazione-programmazione-verifica), la continuità fra i diversi gradi di scuola, il superamento delle condizioni che impediscono la frequenza (barriere architettoniche, ausili ecc.). Definiscono caratteristiche e ruoli delle figure che intervengono (insegnanti, educatori, tutors, collaboratori scolastici), le modalità e gli strumenti per la documentazione e per la verifica delle esperienze. Ed infine tutta la problematica già accennata dei percorsi scuola-lavoro e quelli universitari.

Rispetto a tutto questo blocco vorrei sottolineare la necessità di strumenti già previsti nei passati accordi ma che purtroppo vengono poco presi in considerazione e quando ciò avviene lo si fa con un approccio formale e burocratico. Mi riferisco ai Piani educativi individualizzati e ai gruppi di lavoro h. di Istituto. I primi sono spesso stilati senza il coinvolgimento di tutti i soggetti (alunno famiglia ecc.) mentre i secondi il più delle volte non vengono neppure convocati. Eppure sono strumenti decisivi per programmare verificare e coordinare i vari interventi e il lavoro delle varie figure. Sono due opportunità di confronto direttamente sul campo tra figure direttamente e concretamente coinvolte.

In conclusione in sede di bilancio delle azioni promosse, credo che l'assessorato all'istruzione su punti come quelli qui presi brevemente in considerazione ma anche su altri aspetti che per brevità ho tralasciato, abbia dato un contributo importante in sede di discussione ed elaborazione del testo degli accordi sia nel collegio di vigilanza (che poi quel testo ha approvato) che nel glip (che quel testo ha scritto).

Rispetto all'applicazione degli accordi, dirò sinteticamente gli interventi attivati dall'assessorato

Figure di supporto all'autonomia e alla didattica:

Personale educativo assistenziale nelle scuole di ogni ordine e grado

Tutor nelle scuole secondarie di secondo grado;

Qualche numero: rispetto ai 484 alunni disabili presenti nelle scuole di Modena siamo intervenuti con educatori su 244 alunni e con tutor su 136 per un totale di 380 alunni. In termini percentuali stiamo sull'ordine dell'80 %. Ogni alunno ha una media di 14 ore settimanali di PEI e 12 ore di tutor. Inoltre sono stati seguiti 20 bambini/e frequentanti le scuole dell'infanzia comunali. Hanno operato 173 educatori, 136 tutor, 32 ins. di appoggio nell'infanzia. Il PEI al 60 % sono laureati, ne curiamo la formazione e prendono parte a tutti i momenti di programmazione e verifica.

Fornitura di ausili di vario tipo: abbiamo risposto a tutte le richieste

Trasporti scolastici;

Personale specializzato nella Lingua dei segni. Sono stati seguiti 8 alunni educatori nei nidi

Contributi finanziari alle scuole private;

Formazione del personale e supporto per la documentazione e consulenza il ruolo fondamentale del memo

Finanziamento di progetti educativi particolari e di strutture.

In conclusione vorrei commentare ancora un dato. Attraverso la ridefinizione del ruolo e delle caratteristiche del PEI (diversificate) e il supporto ad alcuni progetti si sta tentando di rispondere ad un problema che si sta evidenziando con forza. Direi che attualmente ciò che incide di più sulla qualità dell'inserimento scolastico dei disabili sia non tanto la qualità e quantità di risorse che intervengono direttamente sull'interessato ma la qualità del contesto. Oggi un disabile viene inserito in classi sicuramente più numerose rispetto a qualche anno fa. Nelle classi si intrecciano problematiche diverse: presenza di stranieri, i cosiddetti casi sociali, disturbi (DSA) una volta certificati ed ora non più che come spesso succede nel nostro paese creano un vuoto senza prevedere con che cosa lo si riempirà. Questo si traduce in una maggiore rigidità del sistema scolastico in generale e in una tendenza a delegare a personale specializzato la gestione dell'alunno disabile. Come se non bastasse c'è un fiorire di laboratori e aule riservate all'ora. E' chiaro che un contesto di per sé poco "accogliente" non facilita un buon inserimento di soggetti "deboli". Come dicevo, con queste prime risposte, si sta provando ad intervenire su questo contesto (ad es. ci sono progetti su alunni nomadi e stranieri, su DSA, laboratori aperti ecc.). Ma si tratta di rispondere ad un'emergenza. Occorre un progetto più chiaro e definito. Ancora una volta indico solo l'opportunità che si offre senza entrare nel merito. Mi riferisco di nuovo a due scadenze: gli accordi di distretto e il patto per la scuola.

Fabrizio Ferrari, Direttore Unità operativa di neonatologia dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Policlinico di Modena

La prevenzione dell'handicap nel reparto di Neonatologia

I progressi della Neonatologia negli ultimi due decenni hanno consentito una sopravvivenza sempre maggiore dei neonati a rischio, in particolare dei neonati di basso peso (VLBW, very low birth weight infants, neonati di peso uguale o inferiore a 1500 grammi) o bassissimo peso (ELBW, extremely low birth weight infants, neonati di peso uguale o inferiore a 1000 grammi). Si è passati quindi da una sopravvivenza del 10-20% tra i neonati VLBW degli anni 70-80 a quella dell'80-90% degli anni 2000. Purtroppo questa riduzione della mortalità non si è accompagnata a una altrettanto significativa riduzione degli handicap; ancor oggi la maggioranza degli handicap neurologici importanti si riscontra proprio in questa categoria di neonati. La maggiore sopravvivenza osservata negli ultimi anni comporta, di fatto, un aumento dei soggetti VLBW a rischio di sviluppare sequele neurologiche. A Modena la mortalità neonatale in questa categoria di neonati è andata via via riducendosi nel corso dell'ultimo decennio passando dai valori del 45.9% del 1992 a quelli dell'8% del 2004. Nel 2004 sono stati ricoverati presso la Neonatologia di Modena 58 neonati VLBW, di cui 23 ELBW; la mortalità neonatale è stata dell'8%, al di sotto quindi della mortalità riportata dal registro internazionale Vermont Data Base. Più basso il peso alla nascita, maggiore il rischio di danni cerebrali (emorragie endocraniche e/o lesioni ipossico-ischemiche).

Le lesioni ipossico-ischemiche della sostanza bianca (leucomalacia periventricolare del pretermine), si distinguono in forme cistiche e non cistiche; in genere le forme cistiche sono responsabili delle sequele maggiori (paralisi cerebrali), le forme non cistiche delle sequele minori (difetti neuropsicologici della II e III infanzia, problemi comportamentali, sindrome da iperattività e disattenzione ...). Il compito d'ogni reparto di Neonatologia è di ridurre le sequele maggiori e le sequele minori in questa categoria di neonati. La Neonatologia di Modena ha fatto della prevenzione del danno neurologico perinatale uno dei suoi obiettivi prioritari. La prevenzione dell'handicap, per quanto riguarda le sequele maggiori, si fonda sulla centralizzazione delle nascite a rischio, sul timing del parto, sulla prevenzione e terapia delle infezioni materno-fetali, sull'assistenza respiratoria e sulla stabilizzazione precoce dei parametri vitali del neonato già in sala parto, sulla prevenzione delle infezioni nosocomiali, sulla riduzione delle manovre invasive, sulla riabilitazione precoce. Per ognuno dei punti citati sono in atto, nella nostra realtà di Modena, iniziative atte a monitorare le performance e se possibile a migliorarle. Sequele neurologiche maggiori sono osservate, nella realtà modenese, con valori inferiori al 10% dei neonati VLBW, in linea o al di sotto, coi valori riportati dalla letteratura.

Per quanto riguarda le sequele minori un ruolo importante hanno la terapia del dolore e la lotta allo stress cronico della terapia intensiva neonatale. Un programma specifico d'assistenza coccolata (individualized developmental care secondo il metodo americano NIDCAP) è in fase di sperimentazione a Modena come primo centro italiano e come progetto d'eccellenza: il metodo focalizza l'attenzione sulle singole funzioni del neonato. Ogni singolo momento del nursing infermieristico e delle attività mediche viene ad essere guidato dai segnali del piccolo prematuro. L'osservazione consente di mettere a punto programmi

individualizzati d'assistenza al neonato volti alla promozione del sonno, del movimento, della stabilità della postura, del controllo del respiro e dell'attività cardiaca, delle capacità interattive e dell'autoregolazione; i genitori sono coinvolti attivamente e diventano parte integrante del team assistenziale.

La collaborazione con gli ostetrici, l'assistenza in sala parto, la ventilazione poco aggressiva, la lotta al dolore e allo stress del neonato previa l'assistenza coccolata, la prevenzione delle infezioni nosocomiali, il coinvolgimento dei genitori e gli interventi precoci previsti dal NIDCAP sono dunque i momenti più significativi della politica di prevenzione dell'handicap della UO di Neonatologia di Modena.

“PRESENTAZIONE” visibile dalla pagina iniziale delle News PPS