

**275**

luglio - settembre 2019



# la Salute umana

Rivista trimestrale di promozione ed educazione alla salute

## Dossier

### LA SALUTE SULLA STRADA

Rischiare la vita nei cantieri stradali

Avvocato di strada, i diritti degli esclusi

Architetti di strada - Nuovi luoghi urbani per affrontare il disagio sociale

21 anni di riduzione del danno a Perugia



Antibioticoresistenza - I termini del problema

Morire di povertà



Volume 63, Numero 3

luglio-settembre 2019

# SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria  
e promozione della salute

Rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute  
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia



ISSN 2280-5140 - Peri. Istituto A.I.S.A. - Supplemento al R.P. - D.L. 111/1981  
Anno 1981 n. 3 - 27/02/2019 n. 10 n. 3 - Volume 63 n. 3



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

## *Abbonamento (4 fascicoli)*

### *Italia*

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 80 / on-line € 50 / cartaceo+on-line € 120

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 30 / cartaceo+on-line € 70

Un fascicolo: cartaceo € 16 / on-line € 8

### *Esteri*

cartaceo € 120 / on-line € 60 / cartaceo+on-line € 140

Un fascicolo: cartaceo € 40 / on-line € 20

## PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia – Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

## UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

tel.: 075.585.7357

per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

In copertina: Io, Daniel Blake (I, Daniel Blake) - Ken Loach 2016

# Sommario

n° 275, 2019

- 2 NOTIZIARIO**
- 4 EDITORIALE**  
**Più siamo e meglio stiamo ... anche in promozione della salute**  
*Giancarlo Pocetta*
- 5 DISUGUAGLIANZE**  
**Morire di povertà**  
*Fabrizio Chiesi, Federica Furlan, Barbara Giammarco, Alessandra Ninci, Ornella Varone*
- 8 ANTIBIOTICORESISTENZA**  
**I termini del problema**  
*Edvige Mancinelli*
- 
- 15 DOSSIER**  
**La salute sulla strada**  
**La strada veicolo di rigenerazione urbana, contrasto alle disuguaglianze sociali e promozione della salute**
- 17 Mobilità sostenibile**  
**Incidenti stradali: i gruppi vulnerabili**  
*Giancarlo Pocetta*
- 20 Rischiare la vita nei cantieri stradali**  
*Fabio Strambi, Massimo Bartolini, Alessandro Fattorini*
- 27 Mal d'aria, a pagare di più sono i bambini**  
*Cristina Da Rold*
- 30 La salute che cammina sulla strada con il Piedibus del Ben Essere**  
*Erminia Battista*
- 33 Avvocato di strada, i diritti degli esclusi**  
*Antonio Mumolo*
- 37 Architetti di strada**  
**Nuovi luoghi urbani per affrontare il disagio sociale**  
*www.architettidistrada.it*
- 42 "Un angolo di Paradiso"**  
**Un progetto di teatro sociale e di comunità con gli abitanti di un quartiere torinese**  
*Lorena La Rocca, Fabrizio Stasia, Alessandra Rossi Ghiglione, Claudio Tortone*
- 44 Dalla parte della strada: l'esperienza ventennale dell'Unità di Strada Cabiria**  
*Barbara Pilati, Barbara Bartocci, Morena D'Agostino, Hélène D'Angelo, Anna Grazia De Giorgio, Sara Galeazzi, Stefania Guerrucci, Michela Nardi*
- 49 21 anni di riduzione del danno a Perugia**  
*Articolo degli operatori della cooperativa BorgoRete che gestiscono il Centro di accoglienza a bassa soglia e l'Unità di Strada*
- 56 Indagine sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema**  
*da: ISTAT "seconda indagine sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema"*
- 60 Piccoli schiavi invisibili**  
*Giancarlo Pocetta*
- 62 Farmacia di strada.**  
**Donate medicine a 15mila indigenti**  
*quotidianosanità.it*
- 
- 65 COMUNICAZIONE**  
**Il tempo della comunicazione è tempo di cura**  
*Sandro Spinsanti*
- 67 BLOCK NOTES**  
*Carlo Romagnoli*

**LA SALUTE UMANA**, Rivista trimestrale del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia, fondata da Alessandro Seppilli.

EDITORE: Cultura e Salute Editore Perugia

DIRETTORE RESPONSABILE: Maria Antonia Modolo. REDATTORE CAPO: Giancarlo Pocetta.

COMITATO DI REDAZIONE: Erminia Battista, Filippo Antonio Bauleo, Paola Beatini, Luciano Bondi, Francesca Cagnoni, Marco Cristofori, Osvaldo Fressoia, Fabrizio Germini, Edvige Mancinelli, Elisa Marceddu

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

GRAFICA, IMPAGINAZIONE E STAMPA: Grafox srl

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n° 551 del 22.11.1978

Per gentile concessione del "Comité française d'éducation pour la santé" e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, alcuni articoli sono ripresi dalla rivista "La Santé en action" e da documenti O.M.S.

**Abbonamento annuale Italia 2019** - ENTI: cartaceo €40.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 50.00 PRIVATI: cartaceo €30.00 / on-line €15.00 / cartaceo + on-line € 40.00 - UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

**Abbonamento annuale Estero 2019** - Cartaceo €60.00 / on-line €20.00 / cartaceo + on-line € 70.00 UN FASCICOLO: cartaceo €20.00 / on-line €10.00

TUTTE LE TARIFFE SONO IVA INCLUSA (IVA 4%)

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO - IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia - Via XX Settembre

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA - codice SWIFT UNCRITM1770



6 dicembre 2019

Auditorium Ospedale Santa Margherita  
Cortona (AR)  
Località Fratta

con il patrocinio di



## SANITÀ TERRITORIALE: LE PERSONE, I PROFESSIONISTI, LE ESPERIENZE



### Razionale

CARD Toscana e CARD Umbria con il convegno interregionale si propongono di affrontare le tematiche inerenti ai percorsi per la fragilità e la cronicità nei contesti attuali di riorganizzazione dei sistemi sanitari, di riallocazione delle risorse, di mutamenti epidemiologici e demografici.

Per rispondere in modo sempre più appropriato al crescente bisogno di salute dei cittadini, basti pensare all'aumento della domanda derivante dalle patologie croniche, è necessario adeguare costantemente tutti i servizi ed in particolare quelli territoriali. È necessario attivare modelli organizzativi e strumenti che possano garantire una concreta messa in relazione di tutti gli

operatori presenti per una reale presa in carico del cittadino. Argomento importante del convegno saranno i PDTA, che rivestono un ruolo cruciale nel garantire equità nel percorso di cura e che proprio all'interno del Piano Nazionale della Cronicità e dei vari PSSR. Vengono individuati come strumento principale per migliorare la qualità ed efficienza delle cure e dell'assistenza, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di soggetti. Parallelamente a questo, i percorsi di continuità assistenziale e di *handover* tra ospedale e territorio rappresentano un momento di analisi del bisogno e di attivazione delle risorse per la programmazione appropriata degli interventi territoriali. Verranno per-

tanto analizzati da una parte l'importanza dei PDTA, come superamento di logiche di frammentazione dei percorsi e il ruolo dei professionisti all'interno dei percorsi, dall'altra l'evoluzione dei PAI e del welfare di comunità, come garanzia di appropriatezza ed efficienza della presa in carico, attraverso una pianificazione delle cure e dell'assistenza, che preveda anche azioni di prevenzione, in particolare sulla fragilità, e sulla prevenzione primaria (vaccinazioni). Lo scopo primario della giornata è quello di far dialogare i professionisti su tematiche sempre più emergenti, legate al cosiddetto "tsunami della cronicità" (con particolare riferimento a BPCO, Scompenso Cardiaco, Diabete e altre malattie che potrebbero essere "aggredite" in modo proattivo), al fine di trovare razionali comuni e spinte innovative per rendere le attività distrettuali maggiormente rispondenti ai bisogni emergenti della popolazione.

Responsabili scientifici

A. Notargiacomo, L. Rossi

Comitato Organizzatore

Anna Beltrano, Alfredo Notargiacomo

Segreteria Scientifica

Simona Dei, Maria Simonetta Antinorelli, Angelo Baggiani, Filippo Bauleo, Giovanna D'Amato, Valeria Massei, Paola Menichelli, Luigi Rossi, Lorenzo Roti

Relatori e Moderatori

L. Roti, M. Vainieri, R. Alagna, P. Menichelli, G. Donigaglia, F. Duò, G. Macciocco, V. Patussi, L. Baragatti, V. Minelli, P. Grilli, A. Sanna, G. L. Colombo, F. Gemmi, A. Tomasi, M. Cardamone

## PROGRAMMA

Saluto delle Autorità

Presentazione del convegno

### **I SESSIONE Cronicità, Empowerment e reti di comunità**

Moderatori: A. Beltrano, F. Stracci

- Il Piano della Cronicità e la gestione delle patologie croniche nei nuovi scenari organizzativi
- I percorsi per la cronicità e il Network delle Regioni. Analisi, confronto e prospettive
- Il disagio dell'adolescente e del giovane adulto
- La Non Autosufficienza e la Disabilità. Strategie integrate per rispondere ai bisogni emergenti

Discussione

Coffee break

### **II SESSIONE I progetti innovativi**

Moderatori: S. Antinarelli, S. Dei

- La continuità assistenziale tra ospedale e territorio per la presa in carico dei pazienti con patologie long term (diabete, scompenso cardiaco, ecc): modelli, prospettive, risultati
- Modelli innovativi di rete: l'assistenza territoriale nelle aree interne
- Sanità di Iniziativa e PDTA, per il paziente complesso
- La medicina sostenibile: la presa in carico dei pazienti con Cirrosi Epatica

Discussione

Lunch

### **III SESSIONE I percorsi per la fragilità e la cronicità**

Moderatori: A. Baggiani, A. Canaccini, S. Sensi

- L'infermiere di Famiglia e di comunità: modelli a confronto tra Regioni
- Il MMG all'interno dei PDTA come protagonista clinico del territorio

- Presa in carico multidisciplinare delle patologie respiratorie croniche (Asma, BPCO, OSAS)
- Appropriately prescrittiva, aderenza alla terapia e sostenibilità della spesa
- Il fenomeno della antibiotico-resistenza in Italia, come affrontarlo e quali prospettive sul territorio
- La prevenzione vaccinale nella cronicità: influenza, HZ, pneumococco. Partiamo da lì
- Ogni età è quella buona: vaccinarsi come opportunità e non come solo necessità

Discussione

Questionario Gradimento e Verifica ECM

Chiusura lavori

Responsabili scientifici

Alfredo Notargiacomo, Luigi Rossi

Comitato organizzativo

Anna Beltrano, Alfredo Notargiacomo, Luigi Rossi, Roberta Alagna, Simonetta Antinarelli, Angelo Baggiani, Lorenzo Baragatti, Anna Beltrano, Anna Canaccini, Michela Cardamone, Giorgio L. Colombo, Simona Dei, Gianni Donigaglia, Federica Duò, Fabrizio Gemmi, Piero Grilli, Gavino Maciocco, Paola Menichelli, Valentina Minelli, Valentino Patussi, Lorenzo Roti, Antonio Sanna, Svaldo Sensi, Fabrizio Stracci, Alberto Tomasi, Milena Vainieri

Informazioni ECM

- Evento nr: 275817

- Crediti assegnati: 6

- Evento accreditato per: Medico Chirurgo (tutte le discipline), Assistente Sanitario, Infermiere, Farmacista (Farmacia Ospedaliera e Farmacia Territoriale), Fisioterapista, Psicologo (Psicoterapia, Psicologia)

Modalità di iscrizione (on-line) Provider ECM - 316

- Digitare l'indirizzo [www.edukarea.it](http://www.edukarea.it)

- Inserire le proprie credenziali (username, password). Se non si hanno credenziali di accesso al portale edukarea, registrarsi tramite la sezione in evidenza (La registrazione richiede pochi semplici dati: nome, cognome, username, password, indirizzo, e mail, cellulare, città. Il sistema invierà una mail di conferma per l'attivazione dell'utente).

- Nella homepage personale inserire nella sezione il seguente codice relativo all'evento: 6cor12

Il sistema invierà un'e-mail di conferma d'iscrizione all'evento.

Per informazioni:

[www.carditalia.it](http://www.carditalia.it)

Vorrei utilizzare questo spazio per uno spunto sul tema che nel mondo della promozione della salute in Italia è sceso di molte posizioni rispetto ad una decina di anni fa. Il tema è quello dell'associazionismo professionale nella Promozione della Salute: una famiglia di raggruppamenti professionali che ha visto in passato e vede tuttora la presenza di organismi come il CIPES (Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria), in prevalenza costituito da organismi ed enti; l'AIES (Associazione Italiana per l'Educazione Sanitaria) indirizzato soprattutto ad individui sia professionisti che comuni cittadini singoli o associati e la Società Italiana di promozione della salute SIPS, un po' l'ultimo nato di questa famiglia.

In parte alcune espressioni di queste storiche associazioni mantengono ancora una loro presenza in alcune Regioni (Piemonte, Toscana, Sicilia, Liguria, Veneto, ad esempio). Con uno sguardo alla situazione attuale, invece, il ruolo di advocacy per la promozione della salute è svolto principalmente dalla Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SITI) che ha attivato uno specifico Gruppo di Lavoro del quale fanno parte non solo accademici ma anche operatori dei servizi di prevenzione delle ASL e dall'Associazione Nazionale delle Assistenti Sanitarie (ASNAS) riconosciuta di recente dall'Unione Internazionale per la Promozione della Salute (IUHPE). Al tema

dell'associazionismo professionale in promozione della salute si collega un aspetto dal mio punto di vista estremamente importante per lo sviluppo della Promozione della Salute in Italia e che si potrebbe identificare con la seguente domanda: è pensabile un "professionista della Promozione della Salute"? Dare una risposta a questa domanda è decisivo per una serie di conseguenze rilevanti. Quali sarebbero le competenze specifiche che qualificerebbero un tale professionista? Quali, i percorsi formativi idonei? Quali, gli approcci valutativi più appropriati? Quali, i potenziali esiti normativi? Notare bene, questo approccio non si limita al campo della sanità pubblica in senso stretto ma abbraccia anche tanti altri contesti dove è richiesta la presenza di un operatore esperto nel progettare, gestire e valutare azioni di Promozione della Salute, contesti educativi, formali e informali, del lavoro, delle politiche sociali, ambientali, urbanistiche. Ad una parte di queste domande, risponde l'iniziativa di proporre ai professionisti della Promozione della Salute italiani un percorso di accreditamento professionale teso al miglioramento continuo della qualità degli interventi di promozione e tutela della salute basati su approcci che si richiamano alle teorie salutogeniche<sup>1</sup>. Alla base di questo percorso vi è il sistema delle competenze professionali elaborato in seno all'Unione Internazionale per la Promozione della Salute<sup>2</sup> ed al quale anche il Centro Sperimentale per la Pro-

mozione della salute di Perugia ha dato un consistente contributo<sup>3</sup>. Secondo questo modello, il bagaglio di competenze, nel quadro strategico definito dalla Carta di Ottawa, va dall'Analisi dei bisogni e delle risorse, alla Programmazione, alla Gestione, alla Valutazione e Ricerca, allo sviluppo di capacità di Leadership e di Comunicazione. Su questo quadro di competenze poggerebbe anche la proposta, allo studio attualmente, di istituire anche in Italia un sistema di accreditamento professionale volontario. Una discussione approfondita tra gli "stakeholder" della Promozione della Salute è necessaria e come Rivista abbiamo intenzione di riprenderla.

<sup>1</sup>. G.F. Bauer e altri, Future directions for the concept of salutogenesis: a position article, *Health Promotion International*, 2019, 1-9 (doi: 10.1093/heapro/daz057)

<sup>2</sup>. AA.VV., I Manuali del Progetto CompHP, Traduzione italiana a cura di DORS

<sup>3</sup>. G. Pocetta, P. Garista, E.M. Pace, A. Sotgiu, P. Contu, CORE COMPETENCIES PER GLI OPERATORI DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE. RISULTATI DEL PROGETTO EUROPEO COMPHP, *Sistema Salute*, 57, 2, 2013: pp. 265-277

**Piu' siamo e meglio stiamo ... anche in promozione della salute**

*Giancarlo Pocetta*

# Morire di povertà

Fabrizio Chiesi, Federica Furlan, Barbara Giammarco,  
Alessandra Ninci, Ornella Varone

Gli Invisibili (Die Unsichtbaren) - Claus Räfle - 2017

Le politiche per ridurre globalmente le disuguaglianze nella salute devono includere le strategie per superare le barriere nell'accesso all'assistenza sanitaria, in particolare per le persone con basso livello d'istruzione.

Lo studio PURE (Prospective Urban Rural Epidemiologic study) si pone l'obiettivo di descrivere l'associazione tra due "marcatori" del livello socioeconomico della persona (titolo di studio e ricchezza domestica) e il rischio di malattia e mortalità cardiovascolare, anche al fine di valutare quale fattore sia maggiormente valido per predire eventuali esiti di salute[1].

Lo studio, che ha visto arruolati nell'arco di quasi 15 anni oltre 182 mila soggetti, di età compresa tra i 35 e i 70 anni e provenienti da 20 paesi diversi, mostra subito una significativa associazione tra reddito del paese, titolo di studio del soggetto e l'INTERHEART risk score (Figura 1). Quest'ultimo prende in considerazione una serie di fattori: età, genere, abitudine al fumo, diabete, pressione arteriosa, familiarità per malattie cardiovascolari, rapporto vita-fianchi, fattori psicosociali, dieta e attività fisica, ed è usato per stimare un livello di rischio generale del soggetto. Nei paesi ad alto reddito, gli individui con un più

basso titolo di studio hanno un più alto INTERHEART risk score di quelli con titolo di studio più alto. Se nei paesi a reddito intermedio non si trovano differenze, in quelli a basso reddito avviene il contrario, ovvero i soggetti con un più alto grado di istruzione risultano avere un rischio generale maggiore per malattie cardiovascolari.

L'associazione tra titolo di studio e tasso di mortalità, sia generale che cardiovascolare è molto forte ed è valida sia nei paesi più ricchi che in quelli più poveri. Questi tassi aumentano al diminuire del reddito del paese e al diminuire del titolo di studio.

Il grado di istruzione sembra influenzare anche il tasso di mortalità a 28 giorni

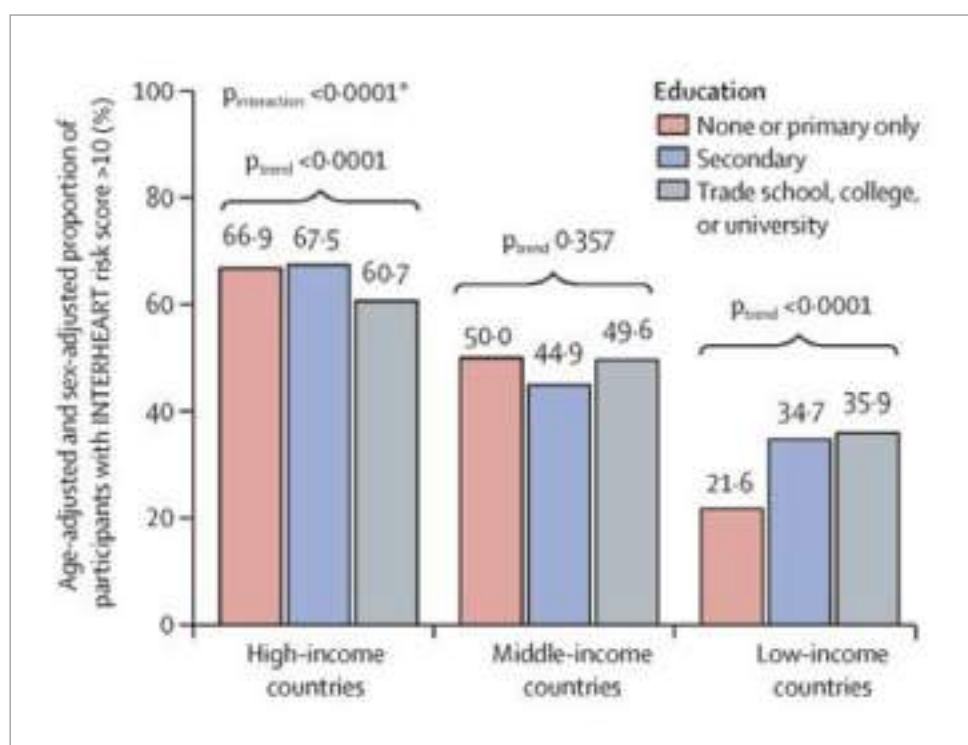


Figura 1- Percentuali di soggetti con INTERHEART risk score > 10 per titolo di studio e ricchezza del paese

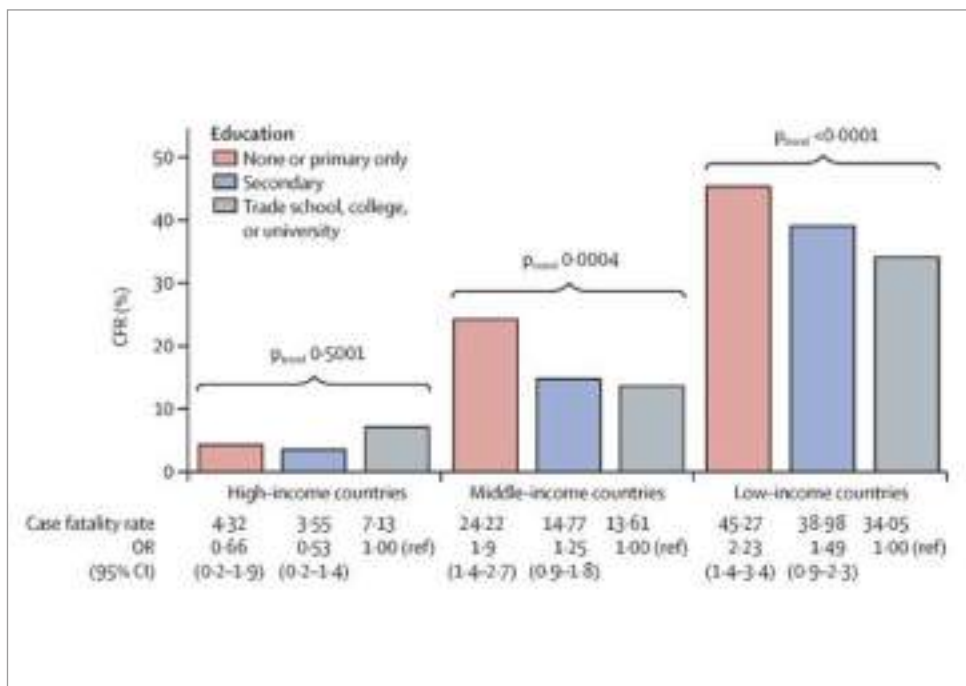


Figura 2 - Case fatality rate a 28 giorni dopo un primo evento cardiovascolare per titolo di studio e ricchezza del paese

da un evento cardiovascolare, soprattutto nei paesi a medio-basso reddito (Figura 2).

Infatti, mentre nei paesi ad alto reddito non ci sono sostanziali differenze, nei paesi a medio e basso reddito i soggetti con un titolo di studio più basso hanno un tasso di mortalità (Case fatality rate – CFR) a 28 giorni dall'evento cardiovascolare decisamente maggiore rispetto a quelli con un grado di istruzione maggiore.

Il titolo di studio influenza anche la capacità da parte del soggetto di gestire le principali malattie croniche, come ipertensione e diabete. Questa associazione si evidenzia nettamente nei paesi a medio e basso reddito, dove i soggetti con un titolo di studio più alto attuano più frequentemente trattamenti corretti per la gestione dell'ipertensione e del diabete. Ad esempio, nei paesi più ricchi il 75,6% delle persone riconosciute diabetiche fa uso di farmaci ipoglicemici, senza differenze tra classi sociali, mentre nei paesi più poveri la percentuale di

pazienti diabetici in trattamento è molto minore, con forti differenze tra classi sociali: 38% tra i soggetti con alto titolo di studio e soltanto il 23% tra i soggetti con bassi livelli educativi.

Il grado di istruzione è associato anche alla capacità di fare prevenzione; in questo caso, in tutti i paesi, indipendentemente dal reddito, i soggetti con un grado di istruzione maggiore attuano più frequentemente comportamenti idonei al miglioramento dello stato di salute, come smettere di fumare o seguire una dieta sana. Ad esempio, nei paesi ad alto reddito la cessazione del fumo è molto diffusa (77,4%) tra i soggetti con alto livello d'istruzione, lo è decisamente meno (22,6%) nei soggetti con basso livello d'istruzione che vivono nei paesi più poveri.

Quindi, sebbene la mortalità per malattie cardiovascolari sia diminuita rapidamente nei paesi ad alto reddito, lo stesso non si può dire dei paesi a basso e medio reddito, i quali affrontano attualmente il più grande carico di malattie cardiovascolari.

Questo cambiamento è influenzato dal concetto di transizione epidemiologica, ovvero il passaggio, nei paesi più poveri, da una prevalenza di malnutrizione e malattie infettive a una prevalenza di malattie degenerative e non trasmissibili, come quelle cardiovascolari appunto, che iniziano a rappresentare la principale causa di morte e disabilità anche in questi paesi.

Lo studio sottolinea come l'educazione rappresenti il più forte marker associato chiaramente agli esiti di salute cardiovascolari: un livello di educazione inferiore è un proxy per uno svantaggio sociale più ampio, in grado di compromettere l'abilità da parte dell'individuo di ottenere cure efficaci, di ottenere un'adeguata consapevolezza nel cercare cure tempestive e di ridurre l'accesso a informazioni su come e dove ottenere le cure. Di conseguenza l'individuo risulta essere intrappolato in barriere di accesso alle cure, che non riescono ad essere superate né attraverso i canali formali né attraverso canali sociali. È importante quindi porre la più alta attenzione possibile su questi fattori comportamentali e sociali, che agiscono per tutta la vita di una persona, particolarmente in quelle realtà dove non c'è possibilità di compensare – con adeguati servizi sanitari e sociali – gli svantaggi economici tra i poveri e meno istruiti.

Specialmente nei paesi a basso reddito, gli individui affetti da malattie cardiovascolari, ipertensione o diabete non vengono trattati in modo adeguato o addirittura non vengono trattati del tutto. C'è quindi un forte potenziale per prevenire molti esiti negativi di salute attraverso l'attuazione e il miglioramento dell'uso di trattamenti semplici e comprovati, particolarmente negli individui con un più basso livello di istruzione.

È importante agire anche sulla prevenzione: differenze in ricchezza e istruzione possono influire sulla capacità dell'individuo di permettersi una dieta sana, visto che certi alimenti, come frut-

ta e verdura, sono molto costosi e per questo inaccessibili ai più, specialmente nei paesi più poveri.

Questi risultati, se pur già di per sé significativi, andrebbero in un futuro ripensati ponendo l'attenzione al fatto che i 20 paesi partecipanti allo studio sono stati raggruppati in 3 categorie in base al reddito, ma all'interno di questi gruppi si trovano paesi culturalmente e socialmente diversi tra di loro. Inoltre anche la qualità dell'istruzione varia potenzialmente tra i vari paesi: a parità di grado, la qualità d'istruzione nei paesi più poveri potrebbe non essere la stessa dei paesi più ricchi. Infine le informazioni relative agli eventi cardiovascolari provengono solamente dai ricoveri ospedalieri e quindi potrebbero non essere coerenti o attendibili per le classi meno agiate dove i tassi di eventi cardiovascolari potrebbero essere anche più alti.

### Conclusioni

Esiste una netta correlazione tra malattie cardiovascolari e mortalità nei diversi gruppi in relazione al livello di istruzione. Lo studio mette in evidenza un fenomeno apparentemente paradossale: i soggetti con basso livello d'istruzione che vivono nei paesi a medio e basso livello di reddito pur presentando un profilo di rischio cardiovascolare migliore rispetto ai soggetti che vivono nei paesi più ricchi, registrano più alti livelli di incidenza e di mortalità per malattie cardiovascolari. Le politiche per ridurre globalmente le disuguaglianze nella salute devono includere le strategie superare le barriere nell'accesso alle cure, in particolare per le persone con basso livello d'istruzione.

### Bibliografia

Rosengren A. et Al, Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study, *Lancet Glob Health* 2019, 7:e748-60

*Fabrizio Chiesi, Federica Furlan, Barbara Giammarco, Alessandra Ninci, Ornella Varone,*

*Medici in formazione specialista, Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze*

*Da saluteinternazionale.info*



Gli Invisibili (Die Unsichtbaren) - Claus Räfle - 2017

# I termini del problema

Edvige Mancinelli

Ippocrate - Thomas Lilti - 2018

L'antibiotico resistenza (AR) o più propriamente chemioresistenza batterica consiste nella capacità, da parte dei batteri, di sopravvivere e moltiplicarsi in presenza di un farmaco antibatterico. Clinicamente si parla di resistenza allorché i batteri patogeni non subiscono inibizione da parte di un farmaco antibatterico nella sede di infezione e pertanto il farmaco risulta così inefficace [1]; da tale processo deriva la comparsa, selezione e diffusione di batteri antibiotico-resistenti.

L'AR si inserisce nel più ampio quadro della antimicrobica resistenza (AMR) fenomeno naturale di adattamento per cui un microrganismo (virus, batterio, fungo, parassita) acquisisce la capacità di rimanere in vita, accrescersi, riprodursi data una concentrazione di agente antimicrobico (antibiotico, antifungino, antivirale, antiparassitario) precedentemente sufficiente ad inibirlo o eliminarlo e dunque efficace per il trattamento delle infezioni da esso generate [2].

Esistono due tipi di resistenze: *naturale o intrinseca*, per cui un microrganismo, ab inizio, per sue peculiarità costituzionali non è mai stato sensibile ad un particolare antimicrobico e, in quanto carattere prevedibile, non pone particolari problemi; *acquisita* consistente nello sviluppo, da parte di un microrganismo in

precedenza sensibile a un particolare antimicrobico, di una resistenza nei confronti di questo [1-3]; rappresenta la forma di possibile insuccesso terapeutico [1].

## Una questione primordiale

L'AR è un fenomeno biologico e naturale frutto della lotta per la sopravvivenza e selezione. Il pianeta ospita, da sempre, una quantità incommensurabile di batteri, un numero sterminato di specie a distribuzione ubiquitaria per la gran parte non patogene per l'uomo anzi fondamentali per lo sviluppo e la tutela di complessi e delicati ecosistemi [4]. La sconfinata comunità batterica non riassume l'unica collettività microbica in quanto parte di un vero e proprio universo microbico (si stima che la Terra alberghi almeno un trilione di specie microbiche)[5].

La convivenza forzata in biosistemi articolati e densamente popolati, sin dagli albori della storia del Pianeta, determinò la comparsa di dinamiche tipiche delle popolazioni naturali, tuttora solo parzialmente conosciute. Dinamiche basate su una enorme varietà di meccanismi oltre che fisici chimici, biochimici etc, in primis, relazionali, intra ed interspecie e non obbligatoriamente pacifiche (per cause varie tra cui contese per territorio e nutrienti).

Nel caso dei batteri, all'interno di quei biosistemi microbici, si verificarono, allora come ora, interazioni chiave, anche di natura competitiva, tra i batteri stessi ed i loro nemici naturali quali, i predatori protozoari o i parassiti virali (batteriofagi).

Si tratta di antagonismi biologici da conflittuale coesistenza, primordiali che, durante il processo evolutivo, sfruttarono (e/o favorirono) la comparsa, inizialmente casuale, di elementi selettivi vantaggiosi per la produzione di antibiotici naturali da parte dei nemici naturali dei batteri e grazie a meccanismi di plasticità genomica.

La battaglia protrattasi nello stesso habitat da tempo immemore, in una seconda fase, stimolò geneticamente, nei batteri bersaglio di quella attività antibiotica, la nascita e lo sviluppo di sistemi di AR, da leggersi dunque come fenomeno di adattamento dei batteri ambientali.

Il passo evolutivo successivo consistette nella creazione di nicchie ecologiche ad elevata tolleranza agli antibiotici composte da microambienti eterogenei al cui interno, stress ed influenze metaboliche intermicrobiche, accelerarono comparsa e fissazione di mutanti resistenti agli antibiotici. Microambienti fruibili e fruiti dai batteri per ottimizzare la loro capacità di sopravvivenza. Al termine

del processo, i ceppi batterici portatori di mutazioni vantaggiose contro gli antibiotici sopravvissero, selezionandosi e affermandosi.

Quindi l'esistenza antimicrobica fa parte dell'ecologia microbica naturale e concerne batteri di tutti gli ambienti e le popolazioni batteri naturali possono fungere da riserve ambientali di resistoma [6-9].

### **L'AR attuale**

L'attuale emergenza di AR è ascrivibile, soprattutto, alla pressione selettiva da abuso di farmaci antibiotici (FA) evidenziatasi già dalla fine degli anni '40. Il ricorso massiccio ed inappropriato agli FA, oltre a provocare la comparsa di nuovi determinanti di resistenza, seleziona il preesistente resistoma batterico, originatosi milioni di anni fa e circolante nel pangenoma microbico da millenni [10].

### **Modalità di attuazione**

La pressione selettiva si estrinseca attraverso l'uso improprio e/o non corretto degli FA.

Improprio ossia eccessivo, indiscriminato, in assenza di reale necessità; non corretto ovvero connotato da mancato rispetto delle indicazioni terapeutiche (ad es non aderenza alla posologia corretta, accorciamento della durata del trattamento, riduzione della dose da assumere) [3]. Tra le condotte riconducibili alle due categorie l'assunzione di FA per profilassi inutili e dannose o per autoprescrizione e «autogestione»; ricorso ad AR sbagliato poiché inefficace verso quella patologia [13].

### **Ambiti di manifestazione**

La AR da pressione selettiva si manifesta almeno a tre livelli: umano, animale/veterinario, ambientale.

### **Il livello umano**

A livello umano l'inappropriatezza prescrittiva è fenomeno comune in molti Paesi [14,15]. Nel documento FIASO si

afferma che "in Italia la prescrizione di FA avviene nell'80-90% negli ambulatori di medicina generale; la responsabilità dei "prescrittori" è ascrivibile a non corretta conoscenza e scarsa percezione del fenomeno AR e a cedimento dinanzi alla pressione esercitata dal paziente per ottenere il farmaco. Dal versante dei comportamenti dei cittadini si rileva, tra l'altro, mancanza di conoscenza e consapevolezza sull'uso corretto degli antibiotici, accesso ai FA senza prescrizione medica anche mediante ottenimento via Internet (farmacie internazionali in rete, extra-UE, generalmente illegali e inosservanti delle normative europee con vendita ai clienti europei via posta o corrieri). Esiste poi un'elevata, eccessiva e impropria indicazione ai FA correlata a ricoveri ospedalieri ed extra-ospedalieri (tra cui residenze sanitarie, residenze assistite per anziani, assistenza domiciliare, ecc) da cui infezioni correlate all'assistenza (ICA) [2].

### **Il livello animale**

A livello animale/veterinario, in molti Paesi ma non in Italia dove vigono normative ostative/restrittive in tal senso [16], il ricorso agli FA si rivela massiccio, nettamente superiore al comparto umano [17] e spesso altamente inappropriato, specie negli allevamenti intensivi. Qui, più che a scopo terapeutico, gli antibatterici vengono somministrati per accelerare la crescita dell'animale (sembra che i mangimi medicati alterino il microbioma intestinale ottimizzando digestione e assorbimento metabolico di nutrienti [18]) oppure per profilassi (abbattimento del rischio di epidemie frequenti negli stallaggi malsani e sovraffollati). Da non sottovalutare l'ampio utilizzo di FA negli animali da compagnia potenziale fonte di trasmissione di microrganismi resistenti facilitata dallo stretto contatto con l'uomo. [19]. Due ulteriori punti nevralgici di AR sono: l'utilizzo, per entrambi i comparti umano ed animale, delle medesime

classi di antimicrobici; il ruolo oneroso giocato dalla catena alimentare. Nel processo di concatenamento, gli FA somministrati agli animali da consumo, da un lato pervengono nei loro derivati (ad es latte); dall'altro sviluppano, negli intestini degli animali medesimi, microbiomi ricchi di batteri antibiotico resistenti, fenomeno all'origine di due effetti. Produzione di carne in grado, qualora non adeguatamente trattata (nella varie fasi dalla macellazione alla cottura), di trasferimento batteri antibiotico resistenti al consumatore; spargimento di liquami contenenti batteri antibiotico resistenti su acque, terreni, colture e da qui all'intestino umano e non solo. Il soggetto portatore, proseguirà il processo di dispersione di batteri antibiotico resistenti nel suo ambiente di vita (casa, comunità etc) e se ricoverato in ospedale contribuirà all'apertura di un'altra tipologia di catena AR relata [13].

### **Il livello ambientale**

Il livello ambientale è sostanziale per l'insorgenza di AR e costituisce oggetto di attenzione scientifica. Basti pensare che in alcuni compartimenti naturali (tra tutti fiumi, laghi e terreni) si rilevano concentrazioni antibiotiche paragonabili e/o superiori a valori terapeutici. L'attività antropica genera infatti quantità ragguardevoli di residui antibiotici non solo da escreti animali ed eccessi di mangimi medicati. Oltre al settore zootecnico esistono gli scarti della produzione industriale ad es farmaceutica e, per inciso, negli impianti di trattamento delle acque reflue, è stata rilevata, oltre ad una degradazione solo parziale degli antibiotici presenti, la creazione di condizioni favorevoli agli scambi genomici rafforzanti il resistoma [7]. Esiste un'ulteriore pericolosissima pratica favorente l'AR di cui poco si parla ossia la somministrazione di antibiotici in fitoiatria per patologie arboree batteriche. Tassativamente proibita in Italia dal 1970, è ammessa in altri Paesi tra

cui gli USA [20-23].

Tralasciando la questione delle emissioni illegali ambientali di rifiuti di varia natura contenenti antibiotici, si vanno accumulando prove circa il peso esercitato su bioaccumulo, ecotossicità e tossicità nell'uomo dagli inquinanti farmaceutici anche antibatterici provenienti dai percolati delle discariche e dalla rete fognaria. La rete fognaria li accumula da industrie, laboratori, ambienti domestici e comunitari (escrezioni da terapia, eliminazione impropria di antibatterici nella spazzatura o nel water). Svolgono un ruolo patogeno anche le donazioni internazionali improprie di farmaci ivi compresi gli antibiotici [24]. Altra questione documentata e problema ambientale emergente è la coesistenza di antibiotici, inquinanti chimici, xenobiotici, biocidi e anzitutto metalli pesanti e la conseguente sovraespressione di geni di resistenza [25,26].

In definitiva l'uso di antibiotici modella la comunità microbica associata all'uomo, agli animali collegati all'uomo e all'ambiente, avvantaggiando i batteri

resistenti agli antibiotici a spese dei batteri sensibili agli antibiotici [7].

### Altri fattori

Parzialmente disgiunti dalla pressione selettiva da FA, sono stati scoperti altri fattori di AR: tra tutti il ruolo giocato da tipologie diverse di antimicrobici (co-resistenza), spostamenti e viaggi da parte dell'uomo, importazione e commercio di alimenti di origine non animale, traffico di animali vivi, trasferimento di pazienti tra ospedali [27]. Sempre più rilevante appare poi il ruolo di altre classi di farmaci non direttamente indirizzate ai microrganismi (antidolorifici o inibitori della pompa protonica, ma anche antistaminici e antipsicotici) [28]. Da segnalare infine, il disinteresse crescente da parte delle industrie farmaceutiche nell'investire in ricerca e sviluppo di nuovi farmaci antibatterici considerati poco redditizi poiché da assumere con cautela e solo per pochi giorni, a differenza, ad esempio di quelli indicati per patologie non trasmissibili da utilizzare per tempi molto lunghi [18].

### AR e determinanti socio economici

È oneroso l'impatto dei determinanti sociali nello sviluppo della AR da pressione selettiva da antibatterici. In generale la povertà incrementa il rischio di contrarre infezioni e quindi esporsi ad antibiotici e filoni di ricerca indagano sulla associazione tra patologie infettive e/o AR e varie dimensioni dell'indigenza. Tra i fattori socioeconomici chiamati in causa: basso reddito individuale o familiare, lavoro precario, disoccupazione; condizioni abitative scadenti (sovraffollamento, senzate); carenze igieniche (acqua non potabile, cattiva gestione dei rifiuti, non conformità dei servizi igienico-sanitari); alimentazione inadeguata; insufficiente livello di scolarizzazione ed alfabetizzazione sanitaria [29]; assetti macroeconomici avversi tra cui negatività del Reddito Nazionale Lordo [30], del PIL [31], scarsità dei finanziamenti destinati alla assistenza sanitaria pubblica [32] o cambiamenti climatici [31] e spesso con precise associazioni tra tipologia di batterio resistente e tipologia di fattore socio-economico di svantaggio. Il consumo globale di antibiotici in salute umana ha subito un vertiginoso incremento principalmente nelle economie emergenti [29]. Così nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) l'OMS riferisce un ricorso ingente e scriteriato agli antibatterici (da automedicazione; povertà dei sistemi sanitari; scarsa supervisione; inadeguatezza prescrittiva e distributiva; mancato rispetto delle linee guida) con una inappropriata che oscilla dal 20-50% [33]. Rispetto alla malpratica di assumere antibiotici senza prescrizione essa risulta frequente anche in Paesi come gli USA e soprattutto tra gruppi fragili quali comunità etniche svantaggiate, lavoratori migranti, soggetti sguarniti di assicurazione e favorita da alti costi sanitari, disponibilità di antibatterici in contesti non medici (tra tutti i negozi etnici), imbarazzo per la patologia di fondo (ad es sessuale) [38].



Ippocrate - Thomas Lilti - 2018

Per un uso prudente degli antibiotici è acclarato il ruolo chiave della consapevolezza, consapevolezza connessa alla dimensione della conoscenza da cui discendono attitudini e comportamenti di singoli e comunità. Da un recente indagine europea emerge come livello di conoscenze e utilizzo di antibatterici varino ampiamente da Paese a Paese con i migliori risultati in Svezia e l'Italia posizionata in basso nella classifica. In ogni caso i sottogruppi di popolazione connotati da basso reddito e/o bassa scolarizzazione e/o disoccupazione e/o appartenenza ad alcune fasce d'età (anziani e per i giovani la classe 15-24 anni) presentano le maggiori lacune conoscitive e risultano i più intensi fruitori di antibatterici [39].

Infine, circa un eventuale ruolo esercitato dagli stili di vita sull'AR anche individuale, ci limiteremo ad ipotizzarlo partendo da due serie di evidenze. La prima relativa alla correlazione tra microbioma ed AR, motivata dai seguenti elementi: relazioni tra microbioma e sistema immunitario [40]; influenza dell'ambiente metabolico del microbioma sulla risposta della sua comunità batterica agli antibiotici [41,42].

La seconda serie di evidenze mostra la correlazione tra caratteristiche, fisiologia, funzionalità ed alterazioni del microbioma e alimentazione [43-47] e attività fisica [48].

### Alcuni dati

L'AR si sta profilando come emergenza di Sanità Pubblica e minaccia concreta per la salute globale. L'aspetto più inquietante riguarda il futuro. In assenza di adeguate contromisure, si ipotizza che, secondo lo scenario più pessimistico, entro il 2050 la mortalità per infezioni farmacoresistenti, già elevata (solo per TBC multiresistente, 230.000 vittime l'anno attualmente), potrebbe superare quella per patologie quali tumore e diabete e raggiungere i 10 milioni di decessi l'anno.

L'Italia, secondo l'Ecdc (Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie) è il Paese a tasso più elevato di infezioni ospedaliere in Europa [50]. In merito alla prescrizione inappropriata di antibiotici a livello ambulatoriale, in medicina generale, l'Italia (con altri paesi dell'Europa meridionale) detiene il triste primato con valori tre o quattro volte superiori al Nord Europa, (fino ad una prescrizione inappropriata su cinque e soprattutto per le infezioni alte vie respiratorie - fino al 20 e il 30%). Le differenze sono eclatanti tra il Nord e il Sud detentore del primato prescrittivo [51].

### Possibili soluzioni

Come riportato in tutti gli studi sull'AR, l'approccio risolutivo secondo l'OMS, deve essere:

- a) coerente, globale ed integrato a livello planetario, regionale e nazionale;
- b) multisettoriale coinvolgendo domini quali medicina umana e veterinaria, agricoltura, economia e finanza, ambiente e mondo del consumo;
- c) scaturito dalla consapevolezza che se l'impatto principale dell'AR si esercita sulla salute umana, cause ed effetti del fenomeno derivano e si espandono a ben altri settori (ivi compreso l'economico);
- d) non affrontabile con interventi unilaterali che risulterebbero pressoché inutili.

Il documento OMS richiama poi ad un impegno della società intera; al ruolo principe esercitato dalla prevenzione con l'attuazione del complesso delle misure igieniche che impediscono sia l'infezione che l'AR; al diritto all'accesso a strutture ed operatori sanitari e veterinari, farmaci antimicrobici adeguati, dispositivi preventivi e diagnostici e, all'informazione e all'istruzione; alla sostenibilità ineludibile in caso di pianificazione ed attuazione di strategie di contrasto all'AR (tra tutti ricerca, investimenti tecnici e finanziari, sistemi di sorveglianza) [52].

Un recente intervento della Società d'Igiene evidenzia lo spessore del Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza 2017-2020 (PNCAR) del Ministero della Salute creato "per fornire un indirizzo coordinato, sostenibile, multidisciplinare di contrasto all'AR. Azioni indispensabili in tal senso: intensificazione del controllo delle infezioni in ospedali e strutture socio sanitarie, compresa la promozione dell'igiene delle mani e la sanificazione e disinfezione di ambienti, oggetti e attrezzature; promozione di programmi per un prudente uso degli antibiotici con formazione dei professionisti e campagne informative rivolte alla popolazione; estensione della copertura vaccinale antinfluenzale; sviluppo di sistemi di sorveglianza attiva, per disporre tempestivamente d'informazioni epidemiologiche dettagliate a livello locale, regionale e nazionale date anche le variazioni tra aree geografiche vicine; implementazione della sorveglianza ambientale (acque e terreno); promozione dell'uso di test microbiologici nelle cure primarie per stabilire l'eziologia virale o batterica di una infezione; sviluppo di reti di laboratori microbiologici efficienti e loro interazione con i clinici per favorire l'accessibilità alle tecnologie di diagnostica rapida e ridurre le terapie antibiotiche empiriche o inappropriate" [53].

### Una nuova prospettiva: l'approccio One Health

L'approccio One Health, dalla indiscussa validità, va affiancato da strategie e prospettive a lungo termine. Secondo AV. Sironi, prospettive incentrate più che verso una guerra frontale ai microbi ('*contraria contraris curantur*' – ricordiamo che i primi chemioterapici nascono a cavallo del '900 in un periodo fortemente belligerante) sulla valorizzazione delle difese naturali dell'organismo, la via immunologica (l'antica siero vaccino terapia basata sull'idea di 'germi alleati' *similia similibus curan-*

tur) e dei microrganismi buoni nostri alleati, ponendoli in competizione con i patogeni. Sul modello della evoluzione naturale, è plausibile pilotare e sfruttare la rivalità tra determinati microrganismi per l'occupazione di nicchie biologiche inibendo così la diffusione dei patogeni, schema già applicato in alcuni ambienti ospedalieri. Non più lotta diretta bensì aggiramento del nemico. Concretamente: anticorpi e vaccini in grado di rispondere alla AR ottenuti con nuovi sistemi; incentivi alle aziende farmaceutiche per la creazione di nuovi antibiotici; sfruttamento biologico della competizione tra germi buoni e patogeni in ambienti ad alto rischio di AR fruendo di colture di batteri innocui (ad es ospedale di Ferrara) sia per la disinfezione (già attuata evitando il ricorso a prodotti chimici e con risultati lusinghieri - sanificazione a più lungo termine) che per la terapia (auspicabilmente da sondare); valorizzazione del ruolo del microbioma ivi compresi trapianto e/o rimodellamento del medesimo al fine di originare una competizione biologica interna in grado di estinguere le infezioni [54].

Prioritaria infine, secondo alcuni esperti, una condivisione delle terminologie chiave tra biologi evolucionisti e ricercatori biomedici impegnati sul fronte AR nonché la focalizzazione su tematiche quali gli assi fondamentali della dinamica eco-evolutiva e le interazioni tra specie microbiche per affrontare proficuamente l'AR [7].

## Bibliografia

- Antonelli A., Clementi M., Pozzi G., Rosolini G.M. (a cura di), *Principi di Microbiologia Medica*, III edizione, Casa Editrice Ambrosiana Milano, 2017
- XII Commissione Affari Sociali Risoluzioni 7-00131 Novelli, 7-00198 Nappi, 7-00227 Carnevali e 7-00233 Rostan Iniziative per contrastare il fenomeno dell'antibiotico-resistenza - CONSIDERAZIONI di FIASO Documento per Audizione informale, Roma, 31 luglio 2019 [https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload\\_file\\_doc\\_acquisiti/pdfs/000/002/225/FIASO\\_31\\_luglio\\_2019\\_.pdf](https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/002/225/FIASO_31_luglio_2019_.pdf)
- [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=4620&area=Malattie%20infettive&menu=antimicrobici](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=4620&area=Malattie%20infettive&menu=antimicrobici)
- Delgado-Baquerizo M., Oliverio AM., Brewer TE., A global atlas of the dominant bacteria found in soil. *Science* 19 Jan 2018;Vol. 359, Issue 6373, pp. 320-325
- Locey KJ., Lennon JT., Scaling laws predict global microbial diversity. *PNAS* May 24, 2016 113 (21) 5970-5975
- Agersø Y et al., Putative antibiotic resistance genes present in extant *Bacillus licheniformis* and *Bacillus paralicheniformis* strains are probably intrinsic and part of the ancient resistome. *PLoS One*. 2019 Jan 15;14(1):e0210363
- Hiltunen T., Virta M., Laine AL., Antibiotic resistance in the wild: an eco-evolutionary perspective *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2017 Jan 19; 372(1712): 20160039.
- Lee HH., Collins JJ., Microbial environments confound antibiotic efficacy. *Nat Chem Biol*. 2011 Dec 15; 8(1): 6-9.
- Di Perri G. et al., Antimicrobico resistenza: una emergenza in continuo. *Quaderni sanità Sole 24 Ore*. Novembre 2017
- D'Costa VM. et al., Antibiotic resistance is ancient. *Nature*. 2011 Aug 31;477(7365):457-61
- Bhullar K. et al, Antibiotic resistance is prevalent in an isolated cave microbiome. *PLoS One*. 2012;7(4):e34953
- Nepal S. et al, An ancient family of mobile genomic islands introducing cephalosporinase and carbapenemase genes in *Enterobacteriaceae*. *Virulence*. 2018;9 (1):1377-1389
- Raso R., GLICA, Prevenzione e controllo dell'antibiotico resistenza nelle strutture ospedaliere piemontesi: attività e prospettive. Il contesto: il problema dell'antibiotico resistenza e le strategie di contrasto. Corso SEREmi Presentazione 17 novembre 2017 Torino Aula Magna Istituto di Igiene [https://www.seremi.it/sites/default/files/1-Corso%20AMR-ICA%2017\\_11\\_17-Raso-contesto.pdf](https://www.seremi.it/sites/default/files/1-Corso%20AMR-ICA%2017_11_17-Raso-contesto.pdf)
- Palms DL. et al, Comparison of Antibiotic Prescribing in Retail Clinics, Urgent Care Centers, Emergency Departments, and Traditional Ambulatory Care Settings in the United States. *JAMA Intern Med*. 2018 Sep 1;178(9):1267-1269
- Incze MA, Redberg RF, Katz MH, Overprescription in Urgent Care Clinics-The Fast and the Spurious. *JAMA Intern Med*. 2018 Sep 1;178(9):1269-1270
- <https://www.anmvi.it/2017/808-fake-news-sugli-antibiotici-in-allevamento.html>
- Cubattoli L., Alimentazione e antibiotico-resistenza. ARS Toscana <https://www.ars.toscana.it/infezioni/microbiologia-clinica-e-laboratorio/3151-alimentazione-e-antibiotico-resistenza.html>
- Sironi S., Uso ed abuso di Antibiotici. *AIRInforma Anno 2, Volume 2* (2015) [https://informa.airicerca.org/wp-content/uploads/sites/12/2018/01/AIRInforma\\_2015-05-11\\_uso-abuso-antibiotici.pdf](https://informa.airicerca.org/wp-content/uploads/sites/12/2018/01/AIRInforma_2015-05-11_uso-abuso-antibiotici.pdf)
- Casadio C., Proposte di linee guida sul buon uso degli antibatterici negli animali da compagnia- Progetto della Regione Emilia-Romagna 2014-2017. Tesi di laurea Corso di Laurea in Medicina Veterinaria. Alma Mater Studiorum Università di Bologna Anno Accademico 2015/2016 <https://www.alimenti-salute.it/sites/default/files/TESI%20Casadio%20Chiara.pdf>
- Biondi E., Tecniche "soft" contro le malattie delle piante in AA.VV., *Agricoltura e ambiente: Scienza, politica e istituzioni per la sostenibilità*- Arpa ER, settembre 2014
- Stockwell VO., Duffy B. McKenna M., Antibiotics set to flood Florida's troubled orange orchards. *Nature*. 2019 Mar;567(7748):302-303
- Stockwell VO., Duffy B., Use of antibiotics in plant agriculture. *Rev Sci Tech*. 2012 Apr;31(1):199-210.
- Rezzonico F., Stockwell VO, Duffy B., Plant agricultural streptomycin formulations do not carry antibiotic resistance genes. *Antimicrob Agents Chemother*. 2009 Jul;53(7):3173-7.
- Giusti P., Farmaci nelle acque -Effetti sulla salute dell'uomo. Presentazione 16.11.2012 [http://www.eco-research.it/download/WSproacqua\\_Farmaci\\_nelle\\_acque\\_effetti\\_sulla\\_salute\\_dell\\_uomo.pdf](http://www.eco-research.it/download/WSproacqua_Farmaci_nelle_acque_effetti_sulla_salute_dell_uomo.pdf)
- Wang P. et al, , Distribution of antibiotics, metals and antibiotic resistance genes during landfilling process in major municipal solid waste landfills. *Environmental Pollution Volume 255, Part 2, December 2019, 113222*
- Kuan L. et al., Coexistence and association between heavy metals, tetracycline and corresponding resistance genes in vermicomposts originating from different substrates. *Environmental Pollution* 244 (2019) 28 – 37
- ECDC/EFSA/EMA Second joint report on the integrated analysis of the consumption of antimicrobial agents and occurrence of antimicrobial resistance in bacteria from humans and food - producing animals. Giugno 2017
- Maier L et al., Extensive impact of non-antibiotic drugs on human gut bacteria *Nature*. 29 March 2018 volume 555, pages 623-628
- Alividza V et al., Investigating the impact of poverty on colonization and infection with drug-resistant organisms in humans: a systematic review. *Infect Dis Poverty*. 2018 Aug 17;7(1):76
- Alvarez-Uria G., Gandra S., Laxminarayan R., Poverty and prevalence of antimicrobial resistance in invasive isolates. *Int J Infect Dis*. 2016 Nov;52:59-61
- García-Rey C. et al., Effect of social and

## Microglossario

**Genoma batterico** è la totalità del DNA (e dunque anche dei geni) presente in una cellula batterica. La maggior parte del DNA è contenuta nel cromosoma; la restante può risiedere in altre componenti genetiche come plasmidi, profagi ed elementi genetici trasponibili. Il cromosoma, generalmente singolo e circolare, ospita i geni costitutivi cioè codificanti proteine essenziali per la sopravvivenza del batterio (crescita e riproduzione laddove plasmidi ed elementi genetici trasponibili contengono geni accessori conferenti un vantaggio selettivo come quelli di resistenza antibiotica o a metalli tossici; di virulenza; di degradazione di molecole organiche complesse

**Mobiloma** Nel genoma microbico, il mobiloma rappresenta l'insieme dei geni veicolabili all'interno di una stessa cellula e/o tra cellule della medesima specie e/o di specie diverse grazie ad un complesso genetico mobile che rappresenta il vettore del materiale genetico da trasferire e lo stesso materiale da trasportare. Il complesso genetico mobile include plasmidi, profagi, elementi genetici trasponibili

**Plasmidi** Un plasmide consiste di una molecola di DNA a doppia elica, quasi sempre circolare presente in gran parte dei batteri e in alcuni microrganismi più complessi quali i lieviti. È elemento extracromosomico di piccole dimensioni capace di integrarsi nel cromosoma batterico (in tal caso viene definito episoma).

**Batteriofagi (o fagi)** sono virus che infettano i batteri e l'infezione si conclude con la lisi della cellula ospite e il rilascio della progenie fagica (ciclo litico). Alcuni fagi non lisano la propria cellula ospite e il loro genoma si integra all'interno del cromosoma batterico prendendo il nome di profago (lisogenia).

**Elementi genetici trasponibili** sono frammenti di DNA capaci di spostarsi all'interno di una singola cellula da una posizione all'altra del cromosoma o dal cromosoma a un plasmide e viceversa (trasposizione).

**Le isole genomiche** sono grandi regioni cromosomiche derivate da precedenti trasferimenti di DNA operati da altri elementi genetici mobili. Presenti solo in alcuni batteri, contengono geni codificanti enzimi (integrasi e transposasi) di integrazione cromosomica ed escissione e rientrano nel sistema genico flessibile

**I procarioti** sono uno dei due domini tassonomici in cui classicamente sono suddivisi gli organismi viventi. Includono due regni, Archaea e Bacteria e la loro cellula, definita procellula, al contrario della cellula eucariota, è priva di mitocondri, reticolo endoplasmatico, cloroplasti, vacuoli, lisosomi, apparato di Golgi e nucleo strutturato. È dotata di membrana plasmatica ed eventuale parete cellulare, molecola di DNA circolare libera nel citoplasma, benché fissata alla membrana cellulare da una struttura detta desmosoma e, quali strutture membranose, mesosomi contenenti enzimi sia respiratori per la sintesi dei componenti della parete e che per la duplicazione cellulare che avviene per scissione binaria mai per mitosi

**Resistoma** è l'insieme dei determinanti genetici di antibiotico resistenza

**Pangenoma** è l'intero insieme genetico di tutti i ceppi di una specie

**Il trasferimento genico orizzontale o laterale** è un processo di trasferimento di materiale genetico da un organismo ad un'altra cellula non discendente; l'inverso è il trasferimento verticale con passaggio ad un'altra cellula discendente. Il trasferimento genico orizzontale si attua mediante coniugazione batterica, trasformazione batterica, trasduzione batterica

**Coniugazione batterica** Processo di ricombinazione genetica con il quale un batterio donatore trasferisce porzioni di DNA ad un batterio ricevente tramite un contatto cellula-cellula.

**Trasformazione batterica** ovvero acquisizione, da parte dei batteri, direttamente dall'ambiente, di molecole di DNA provenienti da cellule lisate e presenti nell'ambiente extracellulare

*Trasduzione batterica* consiste nel passaggio del DNA di un batterio ad un altro tramite un fago.

*Microbiota* è l'insieme dei diversi batteri che colonizzano un ambiente (es. intestinali, cutanei, ambientali).

*Microbioma* è l'insieme del materiale genetico, dei geni, espresso da quella popolazione batterica

*Meccanismi di plasticità genomica* Per adattarsi a un ambiente circostante mutato il microrganismo deve acquisire nuove competenze e dunque affrontare un processo evolutivo. L'evoluzione avviene grazie a meccanismi di plasticità genomica che, nel caso delle cellule batteriche, sono fondamentalmente tre: trasferimento genico orizzontale o laterale (HGT o LGT); perdita di geni; generazione di mutazioni puntiformi.

- climatological factors on antimicrobial use and *Streptococcus pneumoniae* resistance in different provinces in Spain. *J Antimicrob Chemother.* 2004 Aug;54(2):465-71
32. Collignon P. et al., Anthropological and socioeconomic factors contributing to global antimicrobial resistance: a univariate and multivariable analysis. *Lancet Planet Health.* 2018 Sep;2(9):e398-e405
33. Torres NF. et al., Evidence of factors influencing self-medication with antibiotics in LMICs: a systematic scoping review protocol. *Syst Rev.* 2018 Jul 21;7(1):102
34. Mangrio E. et al., Antibiotic use among 8-month-old children in Malmö, Sweden—in relation to child characteristics and parental sociodemographic, psychosocial and lifestyle factors. *BMC Paediatrics.* 2009;9:31.
35. Curtis C., Marriott J., Is there an association between referral population deprivation and antibiotic prescribing in primary and secondary care? *Int J Pharm Pract.* 2008;16:217–222.
36. Covvey JR. et al., An association between socioeconomic deprivation and primary care antibiotic prescribing in Scotland. *J Antimicrob Chemother.* 2014;69:835–841.
37. Huang SS. et al., Community-level predictors of pneumococcal carriage and resistance in young children. *Am J Epidemiol.* 2004;159:645–654.
38. Grigoryan L. et al, Use of Antibiotics Without a Prescription in the U.S. Population: A Scoping Review. *Ann Intern Med.* 2019 Jul 23.
39. Special Eurobarometer 478. Report. Antimicrobial Resistance. European Commission, 2018
40. Relman DA., Lipsitch M., Microbiome as a tool and a target in the effort to address antimicrobial resistance, *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2018 Dec 18; 115(51): 12902–12910
41. Cabral JD. et al., Microbial Metabolism Modulates Antibiotic Susceptibility within the Murine Gut Microbiome, *Cell Metabolism* Volume 30, Issue 4, 1 October 2019, Pages 800-823.e7
42. Zaura E. et al., Same Exposure but Two Radically Different Responses to Antibiotics: Resilience of the Salivary Microbiome versus Long-Term Microbial Shifts in Feces. *MBio.* 2015 Nov 10;6(6):e01693-15.
43. Requena T., Martínez-Cuesta MC , Peláez C ., Diet and microbiota linked in health and disease. *Food Funct.* 2018 Feb 21;9(2):688-704.
44. Carmody RN. et al., Diet dominates host genotype in shaping the murine gut microbiota. *Cell Host Microbe.* 2015 Jan 14;17(1):72-84
45. Kisuse J. et al., Urban Diets Linked to Gut Microbiome and Metabolome Alterations in Children: A Comparative Cross-Sectional Study in Thailand. *Front Microbiol.* 2018 Jun 22;9:1345.
46. Nakayama J. et al., Impact of Westernized Diet on Gut Microbiota in Children on Leyte Island. *Front Microbiol.* 2017 Feb 14;8:197
47. Turnbaugh PJ., Microbes and Diet-Induced Obesity: Fast, Cheap, and Out of Control. *Cell Host Microbe.* 2017 Mar 8;21(3):278-281
48. O'Sullivan O. et al., Exercise and the microbiota. *Gut Microbes.* 2015;6(2):131-6.
49. Interagency Coordinating Group on Antimicrobial Resistance, Pas le temps d'attendre: assurer l'avenir contre les infections résistantes aux médicaments. Rapport au Secrétaire Général des Nations Unies. Avril 2019
50. Antibiotico-resistenza, infettivologi Sita: scenario devastante. Servono incentivi alla ricerca Doctor33 28 settembre 2019 <http://www.doctor33.it/pianeta-farmaco/antibioticoresistenza-infettivologi-sita-scenario-devastante-servono-incentivi-alla-ricerca/>
51. Prescrizione antibiotici, inappropriata una su cinque. Per infezioni alte vie respiratorie i dati peggiori Doctor33 5 marzo 2018 <http://www.doctor33.it/pianeta-farmaco/prescrizione-antibiotici-inappropriata-una-su-cinque-per-infezioni-alte-vie-respiratorie-i-dati-peggiori/>
52. WHO. Sixty Eighth World Health Assembly: Resolutions And Decisions Annexes Geneva 2015 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253469/A68\\_R1\\_REC1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253469/A68_R1_REC1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
53. Antibiotico resistenza. Dalla Società d'Igiene un vademecum con le 7 mosse per contrastarla. *Quotidiano Sanità* 18 ottobre 2019 [http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=77907&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=77907&fr=n)
54. Tognaccini C., Antibiotico resistenza: cambiare rotta ricorrendo al “germi buoni”. *About Farma* maggio 2018

*Edvige Mancinelli*  
*Medico Specialista in Igiene e*  
*Medicina Preventiva*  
*Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria*

## La salute sulla strada

*La strada veicolo di rigenerazione urbana, contrasto alle disuguaglianze sociali e promozione della salute*

Miracolo a Milano - Vittorio De Sica - 1951

L'origine del Dossier nasce dalla partecipazione della rivista all'iniziativa promossa dalla Regione Umbria "Umbria Libri" dedicata quest'anno al tema *Sulla strada*.

In un concetto di salute non esclusivamente biomedico, abbiamo cercato di trattare l'argomento, da una prospettiva terapeutica, di prevenzione terziaria, di riduzione del danno, educativa, promozionale.

Siamo partiti da alcuni quesiti: cosa può significare salute sulla strada? Quali problemi di salute possono essere affrontati? Quali persone, quali gruppi di popolazione, e dunque quali professio-

nisti *sulla strada*?

Per quanto riguarda questi ultimi notiamo che alcuni ruoli professionali sono ormai consolidati; pensiamo agli operatori socio-sanitari che lavorano nell'ambito delle dipendenze, della prostituzione e della tratta; agli operatori della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di vita e di lavoro: gli incidenti mortali e non nei cantieri stradali sono sistematicamente in aumento, la sicurezza sulla strada costituisce ancora fattore di rischio per automobilisti ma soprattutto ciclisti; agli operatori delle agenzie per l'ambiente che monitorano l'allarmante problema dell'inquinamento outdoor.

E tutti questi impegnati in azioni per la salute attraverso strategie che spaziano dalla riduzione del danno a interventi di sicurezza, di educazione e di promozione. Citiamo come esempio di azione promozionale la ricca e articolata esperienza del pedibus del benessere che crea attività motoria, relazioni, coesione sociale fino alla riconquista di zone cittadine abbandonate e desuete.

Ma nuovi professionisti lavorano per la salute totalmente al di fuori – apparentemente – dell'ambito sanitario ma sicuramente inseribili nel novero dei costruttori di salute.

Gli architetti di strada: affrontano insie-

me alla popolazione - recupero di aree urbane e di edifici, nuove costruzioni, materiali di allestimento - problemi di disuguaglianze, inclusione, alienazione, assenza di senso di appartenenza, tutti elementi notoriamente riconducibili all'equilibrio salute.

Gli avvocati di strada: esiste un diritto alla salute per i senzatetto? La fase storica attuale ci presenta persone senza fissa dimora la cui salute già minacciata rischia di aggravarsi per l'impossibilità di "contatti" con gli operatori del servi-

zio sanitario: proprio qui entra in gioco il ruolo dell'avvocato e la problematica della residenza anagrafica.

Tutti questi professionisti escono dai loro studi, dai loro uffici, dal loro lavoro di attesa dell'utente, per andare *sulla strada* verso le persone, confrontandosi con loro, ascoltandole, agendo per la loro salute.

Quando utilizziamo il termine tecnico di sanità proattiva, forse dovremmo includere e valorizzare proprio questi professionisti e i loro interventi; indub-

biamo essi si rifanno a tale paradigma. Tutti i contributi che presentiamo nel Dossier testimoniano queste realtà.

La strada, dunque, come cantiere privilegiato dove costruire insieme salute.



Miracolo a Milano - Vittorio De Sica - 1951

## Mobilità sostenibile Incidenti stradali: i gruppi vulnerabili

*Giancarlo Pocetta*

Ladri di biciclette - Vittorio De Sica - 1948

Viviamo, sempre più numerosi, in ambienti, basti solo pensare alle città, nei quali le vie di comunicazione, le strade, “la Strada” assumono un ruolo nelle nostre esistenze tale che non è più possibile considerarle solo nel loro valore d’uso ma definiscono i contorni di un profilo culturale: la cultura della mobilità nei confini della quale cadono aspetti antropologici, economici, sociali che contribuiscono a definire le identità presenti in un contesto sociale. “Le trasformazioni socio economiche in atto, la pervasività del progresso tecnologico, le sfide imposte dal cambiamento climatico stanno prefigurando una nuova mobilità”<sup>1</sup>.

ISFORT, nella sua indagine sulla mobilità degli italiani, evidenzia tra le altre cose, alcuni segnali significativi di questa trasformazione come ad esempio la diminuzione degli spostamenti pro-capite e dell’uso dell’auto; l’incremento degli spostamenti di prossimità, della mobilità attiva e dell’uso dell’auto in condivisione. In molti paesi europei, i temi relativi alla salute e all’ambiente sono in cima all’agenda ad esempio dei curriculum educativi e di questi fa parte a pieno titolo

quelli della sicurezza del traffico come problema di salute pubblica e di mobilità che hanno un impatto sia sull’ambiente che sulla salute.

Alcuni dati ci danno il quadro del peso della mobilità su strada sulla salute.

Nel 2013, quasi 85000 persone sono morte nella regione europea dell’OMS a causa di incidenti stradali. Nonostante che il numero di veicoli a motore sia aumentato del 7%, è da sottolineare la diminuzione dell’8,1% dei decessi per traffico stradale tra il 2010 e il 2013. Tuttavia, con questo ritmo, la regione europea dell’OMS non raggiungerà l’obiettivo globale stabilito dagli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile di una riduzione del 50% degli incidenti mortali legati al traffico stradale entro il 2020.

Mentre il tasso di mortalità per incidenti stradali nella regione europea dell’OMS è 1,8 volte inferiore alla media globale (9,3 decessi per 100000 abitanti rispetto ai 17,4 a livello globale), esiste una grande disparità all’interno della regione. Le vittime della circolazione stradale sono la punta dell’iceberg. Per ogni decesso riportato, almeno 23 persone sono rimaste ferite, con 1,6 milioni di infortuni non

fatali nel traffico stradale segnalati nel 2013 che richiedono ricoveri ospedalieri, e molti altri richiedono presenze al pronto soccorso. Inoltre, gli incidenti stradali hanno conseguenze drammatiche per le persone coinvolte e le loro famiglie: la disabilità associata agli infortuni del traffico stradale contribuisce a un significativo onere per la salute e l’economia, in particolare nei paesi a basso e medio reddito; la mediana stimata di invalidità permanente a causa di incidenti stradali nella Regione europea è del 4% e i costi per la società sono compresi tra lo 0,6% e il 5,8% del prodotto nazionale lordo in tutta la Regione.

La velocità contribuisce a circa un terzo di tutti gli incidenti stradali mortali nei paesi ad alto reddito e fino alla metà nei paesi a basso e medio reddito; ridurre la velocità media di 5 km / h taglierebbe i decessi del 25% nell’Europa occidentale; le cinture di sicurezza riducono del 61% il rischio di morte in caso di incidente se usato correttamente

### **Protezione dei gruppi vulnerabili**

Nel 2013, circa il 40% delle persone de-

cedute a seguito di incidenti stradali nella regione europea dell'OMS erano utenti della strada vulnerabili come pedoni, ciclisti o motociclisti.

Il rischio di morte per incidenti stradali è maggiore tra i bambini, i giovani, gli anziani e nei paesi a basso e medio reddito. Ad esempio, nei paesi ad alto reddito in Europa, i figli di famiglie svantaggiate sono maggiormente a rischio rispetto ai figli di famiglie più ricche. I principali fattori di rischio osservati nelle popolazioni svantaggiate sono veicoli non sicuri, minore accesso alle attrezzature di sicurezza e ai servizi per traumi di emergenza ed esposizione a situazioni di traffico pericoloso in ambienti non sicuri. Le misure politiche più efficaci nel ridurre i tassi di mortalità tra i gruppi vulnerabili promuovono una migliore attuazione e applicazione della legislazione in materia di sicurezza stradale, comprese le leggi sulla velocità dei veicoli, la guida in stato di ebbrezza e l'uso di sistemi di ritenuta per bambini, cinture di sicurezza e caschi da motociclista. La legislazione è un potente strumento per migliorare la sicurezza stradale migliorando il comportamento degli utenti della strada. Tuttavia, vi sono lacune nella legislazione e nell'applicazione della legge nella regione europea dell'OMS.

La maggior parte dei paesi promuove anche scelte di mobilità sostenibile. Da un punto di vista politico, ha senso integrare la mobilità sostenibile e le misure di sicurezza stradale, compresa l'educazione, per incoraggiare l'uso di modalità di trasporto attivo da parte di bambini e giovani, aumentando al contempo la loro sicurezza come utenti della strada vulnerabili. Nel settembre 2015, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato una serie di obiettivi di sviluppo sostenibile che affrontano sfide globali come

il degrado climatico e ambientale ma anche il rischio di morte nel traffico stradale. Due obiettivi sono specificamente collegati alla sicurezza stradale ed alla mobilità sostenibile: l'obiettivo 3.6 mira a dimezzare il numero di decessi e infortuni globali a causa di incidenti stradali entro il 2020 e l'obiettivo 11.2 che mira a fornire l'accesso a sistemi di trasporto sostenibili e sicuri, con particolare attenzione alle esigenze delle persone vulnerabili, donne, bambini, persone con disabilità e persone anziane.

Sul versante europeo, nel 2015 i ministri dei trasporti dell'UE hanno adottato una dichiarazione sulla bicicletta come modalità di trasporto rispettosa del clima. La Commissione europea sta lavorando per integrare ulteriormente la bicicletta nelle politiche dei trasporti, prestando maggiore attenzione alla sicurezza stradale in relazione all'uso di questo mezzo, incoraggiando le città a adottare piani di mobilità urbana sostenibile che dovrebbero riguardare il ciclismo e il camminare e sostenendo un'ampia gamma di programmi e gruppi di esperti che mirano ad aumentare la quota modale del ciclismo nelle città.

### **Le misure di mobilità sostenibile e sicurezza stradale dovrebbero andare di pari passo**

Il fatto che pedoni e ciclisti siano vulnerabili nel traffico non significa che camminare e andare in bicicletta debbano essere scoraggiati come modalità di trasporto non sicuro. È importante ricordare che queste modalità rappresentano la quota maggiore di uso della strada, in termini di distanze percorse e di tempi. Ciclisti e pedoni non mettono in pericolo gli altri utenti della strada tanto quanto gli automobilisti a causa della loro velocità e massa inferiori. Pertanto, spostare

una parte sostanziale dei viaggi a breve distanza dall'auto alla bicicletta, ai mezzi pubblici, ai percorsi pedonalizzati può, se accompagnato da misure di riduzione dei rischi e di protezione dei camminanti e dei ciclisti, aumentare la sicurezza stradale complessiva. Poiché i viaggi attivi sono incoraggiati per motivi di salute, ambiente, congestione e altri motivi, la sicurezza dei modi di trasporto attivi deve essere affrontata con urgenza.

La sicurezza dei trasporti dovrebbe pertanto essere considerata una componente essenziale della mobilità sostenibile e della pianificazione della mobilità. Nel tentativo di assicurare il cambiamento nei modelli di mobilità urbana, la sicurezza stradale va considerata una sfida critica, visto il costo sociale ed economico degli incidenti stradali. Non solo la sicurezza reale ma anche la percezione di essa che ne hanno i cittadini ha senza dubbio un effetto reale sulla scelta delle modalità individuali di mobilità soprattutto in termini di modalità di viaggio più sostenibili, camminare, andare in bicicletta, accedere ai trasporti pubblici. Per questo motivo, la sicurezza dovrebbe essere affrontata a tutti i livelli della pianificazione della mobilità.

Ad esempio, quando si parla di ciclismo, è stato dimostrato che laddove le politiche di miglioramento della ciclabilità delle città e la sicurezza sono attuate congiuntamente, un aumento del numero di passeggeri può essere accompagnato da una concomitante riduzione del rischio di lesioni. Nella città più "ciclabile" in Europa, Copenaghen, i viaggi in bicicletta sono aumentati del 20% tra il 1996 e il 2010, mentre allo stesso tempo i decessi e le ferite riportate dalla polizia sono diminuiti del 70%.

Da tutto ciò derivano alcune raccomandazioni per aumentare la sicurezza di

pedoni e ciclisti e in generale favorire lo spostamento verso forme di uso della strada a basso impatto. La prima è quella di sviluppare una politica di priorità modale per gli utenti della strada, in particolare negli ambienti urbani basata su: sicurezza, vulnerabilità e sostenibilità. In secondo luogo, i pedoni dovrebbero essere al vertice delle priorità, seguiti dal ciclismo e dai trasporti pubblici. Infine, le amministrazioni che si propongono di migliorare la sicurezza degli utenti della strada vulnerabili dovrebbero adottare un approccio sistemico: la politica dovrebbe concentrarsi sul miglioramento della sicurezza intrinseca del sistema del traffico, non semplicemente sulla garanzia di miglioramenti marginali per pedoni e ciclisti in un sistema intrinsecamente non sicuro. Ecco le indicazioni di policy con cui i responsabili dei Piani di Mobilità Sostenibile dovranno confrontarsi<sup>2</sup>

- applicazione convinta di logiche di “network” sul lato operativo e della programmazione dei servizi alternativi all’auto privata: apparati informativi comuni, proposte tariffarie integrate e promozionali, marketing congiunto fra trasporto di linea, taxi e servizi a chiamata, sistemi di noleggio delle biciclette, aree di sosta, ecc.; rafforzamento della pianificazione secondo i principi di integrazione territoriale a scala metropolitana, trasparenza, partecipazione propri dei PUMS per come identificati dalle Linee guida europee e recepite dal Governo nazionale; specie nei centri maggiori l’elaborazione del Piano potrà essere l’occasione per l’istituzione di autorità funzionanti da “cabina di regia” tra i vari attori e interessi fondamentali, dove far convergere settori dell’amministrazione, imprese del trasporto di linea su gomma e ferro,

operatori della sosta, gestori di servizi innovativi sia comunali che di area vasta;

- attuazione di investimenti tecnologici in reti e servizi locali (smart grid, infomobilità, apparati ITS per la mobilità pubblica), strettamente connessi alla pianificazione urbana e realizzati secondo i criteri enunciati in apposite linee guida nazionali e comunitarie, con definizione di target strumentali, intermedi e finali da realizzare e valutare nel tempo (anche sul lato della sostenibilità economica);
- revisione delle iniziative di pricing e interdizioni al traffico, da rendere coerenti con i vari obiettivi ambientali – di contenimento di gas serra e di riduzione di polveri e miscele nocive per l’uomo - limitando effetti di rimbalzo e contraddizioni tra le misure adottate. Da rivedere anche la politica fiscale regionale (eco-incentivi) che va resa più omogenea e coerente, in concorso con quella nazionale, al fine di orientare gli acquisti di imprese e cittadini verso veicoli più leggeri e puliti;
- diffusione di politiche urbane di gestione degli spazi non solo nei centri storici, ma capaci di coinvolgere sempre più la periferia, secondo schemi che contemplano nei tempi lunghi indirizzi di pianificazione orientati al trasporto pubblico (Transit Oriented Development - TOD) e, nel breve periodo, soluzioni diffuse di traffic calming (Zone 30 km/h e a velocità ridotta) utili a riconoscere spazi e protezioni ai soggetti non motorizzati. In una città più equilibrata nelle forme di sviluppo sarà, infatti, più facile che passeggeri, ciclisti e pedoni nelle varie condizioni (normodotati, disabili, anziani, bambini) divengano, come

risulta in buona parte d’Europa, attori pubblici riconosciuti e utenti a pieno titolo della strada.

<sup>1</sup>. Sylvie Ocelli, Politiche Piemonte, n. 56  
<sup>2</sup>. (ISFORT Istituto Superiore di Formazione e Ricerca per i Trasporti, 15° Rapporto sulla mobilità degli italiani, novembre 2018

*Giancarlo Pocetta  
Università degli Studi di Perugia  
Redattore Capo de “La Salute Umana”*

## Rischiare la vita nei cantieri stradali

Fabio Strambi, Massimo Bartalini, Alessandro Fattorini

Accattone - Pier Paolo Pasolini - 1961

### Incidenti e infortuni sul lavoro stradali mortali

I cantieri edili rappresentano il luogo di lavoro dove si registra il maggior numero di infortuni e soprattutto di infortuni mortali sia in Europa (1) che in Italia (2). Un grande numero di infortuni mortali di lavoratori si verifica sulla strada come parte del più generale fenomeno degli incidenti stradali che rappresentano, nel loro complesso, una delle maggiori emergenze sanitarie delle nostre società. Per meglio comprendere la differenza fra incidenti e infortuni stradali (occorsi cioè a lavoratori), si riporta la seguente, Figura 1, dove si evidenziano i rapporti fra il numero di incidenti stradali, infortuni sul lavoro e infortuni stradali nel 2014 (4). Secondo l'INAIL (5), in Italia “una vittima sul lavoro ogni due è su strada” e principalmente, “in 71 casi su 100, che scendono a 48 su 100 per i casi con esito mortale”, trattasi di infortuni in itinere, occorsi cioè durante il tragitto abitazione lavoro.

Nel 2016 sono stati quasi 92 mila gli infortuni sul lavoro stradali denunciati, di questi 447 mortali, che comprendono sia gli infortuni in itinere che gli infortuni

occorsi a lavoratori durante l'orario di lavoro, spesso utilizzando un mezzo di trasporto.

### Infortuni mortali sul lavoro nei cantieri stradali

#### La situazione nazionale

In tale contesto i lavoratori addetti ai cantieri stradali, finalizzati al rifacimento e alla manutenzione di strade e autostrade, possono trovarsi esposti sia alla gran parte dei rischi lavorativi comuni ai diversi

cantieri edili sia a quelli derivanti dalla prossimità con la circolazione stradale.

Per attività svolte nei cantieri stradali si intendono, secondo quanto definito nel decreto 22 gennaio 2019, “le attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare”.

Le denunce accolte dall'INAIL dal 2012 al 2016 di infortuni, anche con esito mortale, verificatisi in cantieri stradali sono riportate nella Figura 2.

Interessante è il documento prodotto

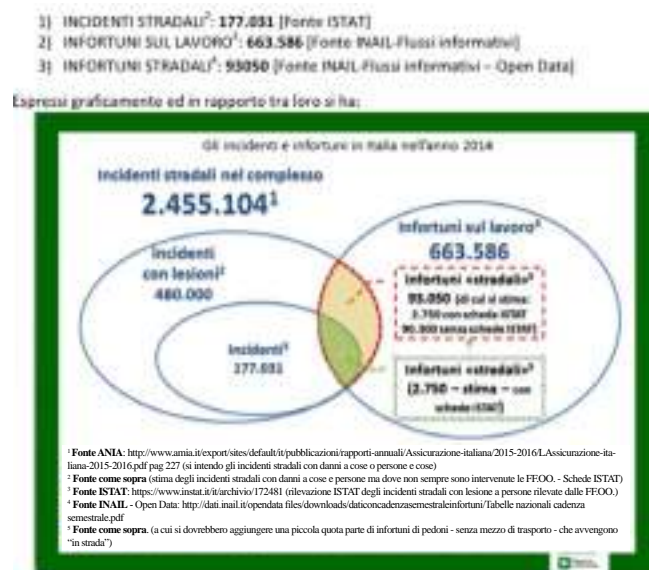


figura 1 - rapporto tra incidenti stradali, infortuni sul lavoro e infortuni sulla strada

	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Infortunati in complesso</b>	<b>4.951</b>	<b>4.265</b>	<b>3.884</b>	<b>3.495</b>	<b>3.335</b>
di cui: con mezzo di trasporto coinvolto	284	295	260	249	232
di cui: il lavoratore non era alla guida	86	101	96	94	110
<b>con esito mortale</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>18</b>
di cui: con mezzo di trasporto coinvolto	9	6	3	10	10
di cui: il lavoratore non era alla guida	7	4	2	5	6

(\*) Movimenti di terra, Costruzioni stradali e ferroviarie, lavori generali di costruzione, manutenzioni, riparazione, demolizione, furti, inot - Banca Dati Statistica - dati rilevati al 30/04/2017

figura 2 - Infortuni accertati positivamente in occasione di lavoro nel gruppo di tariffa INAIL 3300 (\*)

dall'Associazione Sostenitori Amici della Polizia Stradale, ASAPS: "La sinistrosità nei cantieri stradali: la morte bianca sul nastro nero"(6) dove si suddividono in tre grandi classi gli eventi letali che avvengono nei cantieri stradali:

- la prima riguarda la morte di operai e tecnici che operano all'interno dell'area (solitamente investiti da veicoli in transito);
- la seconda ha invece come teatro la coda che si forma sul sentiero di avvicinamento al cantiere;
- la terza coinvolge entrambe le categorie precedenti e, per una qualche ragione, coinvolge sia veicoli in transito che personale all'opera.

### Il contesto internazionale

La pericolosità dei cantieri stradali è stata oggetto di ricerche e studi approfonditi anche a livello europeo e in particolare si ricorda lo studio, finanziato dalla Commissione Europea, che porta il nome di *Arrows* (10), un acronimo che sta per *Advanced Research on Road Work Zone Safety Standards in Europe* *Arrows* ha:

- prodotto un elenco completo dei principi di sicurezza delle zone di lavoro stradale, idoneo a fornire indicazioni nella pianificazione, progettazione e gestione dei cantieri, quali tipologia, standard e pratiche, fattori comporta-

mentali, incidenti e contromisure;

- condotto uno studio pilota sulla costruzione di scenari di incidenti, dopo che gli studi disponibili sugli incidenti avevano mostrato poche informazioni utili per individuare le cause degli infortuni mortali sul lavoro nei cantieri stradali;
- delineato una serie di raccomandazioni relative alla sicurezza per la pianificazione, l'implementazione e l'operatività di misure standardizzate nelle zone di lavoro stradale;
- prodotto un pratico manuale sulla sicurezza nei cantieri stradali.

Successivamente, nel 2011, la Commissione Europea co-finanziò con l'ETSC, l'*European Transport Safety Council*, il progetto *PRAISE, Preventing Road Accidents and Injuries for the Safety of Employees*, (11) che ha affrontato in modo particolare l'attività svolta nei cantieri stradali preoccupandosi ad un tempo della sicurezza sia dei lavoratori che degli utilizzatori delle strade. Innanzitutto con *PRAISE* vengono ridefiniti, rispetto alla classificazione del progetto *Arrow*, i 4 principali tipi di cantieri stradali:

- Cantieri fissi con una durata lunga, superiore a tre giorni nello stesso luogo
- Cantieri fissi con una durata intermedia, da uno a tre giorni e con almeno

un'ora di lavoro notturno

- Cantieri di breve durata per opera di costruzione e manutenzioni effettuate in un giorno lavorativo per un tempo superiore a un'ora
- Cantieri mobile con attività edili e di manutenzione effettuate in movimento sia intermittente che continuo.

Il progetto si conclude con raccomandazioni rivolte ai datori di lavoro, agli stati membri e alla stessa Europa alla quale si chiede di:

- supportare la revisione delle procedure di segnalazione della polizia a livello nazionale per facilitare l'identificazione delle collisioni che si verificano nelle zone di lavoro o nelle vicinanze del cantiere stradale;
- facilitare i miglioramenti nella raccolta di dati degli incidenti e nell'identificazione di buone pratiche in questo settore;
- supportare studi per aumentare la conoscenza delle problematiche in gioco, coordinando le politiche relative alla regolamentazione del traffico e alla medicina del lavoro.

Il progetto *PRAISE* continua tutt'oggi con molte attività e iniziative tra le quali la pubblicazione di un manuale per la prevenzione degli incidenti stradali e per la sicurezza dei lavoratori e l'organizzazione di un premio annuale per le buone pratiche da diffondere a livello europeo. In realtà la sicurezza nei cantieri stradali è stata oggetto di attenzione, studi e interventi preventivi anche a livello extraeuropeo. Si riporta di seguito una rassegna di alcune delle più significative esperienze.

Nel 2004 è stato pubblicato sulla rivista mensile sul lavoro del Dipartimento del lavoro e l'Ufficio di Statistica degli Stati Uniti (12) l'articolo di Stephen Pegula "*Fatal occupational injuries at road*

construction sites” dove viene effettuata una dettagliata analisi degli eventi mortali occorsi a lavoratori dei cantieri stradali negli Stati Uniti dal 1995 al 2002.

Fra le numerose e preziose informazioni desumibili dal report si ricordano le attività che stavano svolgendo i lavoratori quando sono rimasti vittime di investimento da parte di veicoli o attrezzature mobili (509 pari a circa il 60% di tutte le morti).

Come risulta dalla Figura 3, il 29 % (147 infortunati) stava effettuando lavori edili o di manutenzione o di pulizia; il 28 % stava camminando sulla strada; poco meno del 7 % stava ripristinando il manto stradale o mettendo delle toppe di bitume.

In una ricerca condotta dall’Institut de Recherche Robert-Sauvè en Santé et en Sécurité du travail, IRSST, del Quebec-Canada, sugli incidenti stradali si afferma:

“De nombreux accidents surviennent sur les chantiers routiers, malgré les systèmes de signalisation et les limites de vitesse, qui ne sont pas toujours respectés. Les personnes tuées ou blessées sont souvent des signaleurs routiers” (13).

Un rapporto sugli infortuni nei cantieri stradali molto dettagliato è il Data report: “Fatal Injuries at Road Construction Sites among Construction Workers”, del CPWR – The Center for Construction Research and Training U.S (15).

In questo rapporto sono analizzati gli infortuni occorsi nelle diverse situazioni operative del cantiere stradale, come si evidenzia nelle tabelle esemplificative più avanti riportate e nei relativi commenti.

Dal 2011 al 2016, Figura 4, ci sono stati 532 infortuni mortali fra i lavoratori addetti ai cantieri stradali (più del doppio delle morti verificatesi in tutte le al-

tre industrie messe insieme) e dal 2003 al 2016, sono morti nei cantieri stradali 1269 lavoratori, che corrispondono a circa il 9% di tutti le morti sul lavoro che ogni anno si verificano nel settore delle costruzioni.

La causa più frequente d’infortunio mortale, negli anni 2003-2016 (Figura 5) è stato l’investimento di un lavoratore, a piedi, da parte di un veicolo o di un’attrezzatura mobile (50,2%).

Il 61,4% di questi lavoratori (267) è stato investito, all’interno del cantiere stradale, da un veicolo diretto in avanti mentre il 24,4% da un veicolo in retromarcia. I veicoli maggiormente responsabili dell’infortunio sono stati i camion.

Il rapporto conclude ribadendo la necessità di un intervento importante di prevenzione degli infortuni nei cantieri stradali, e ricorda anche l’importanza

Worker fatalities at road construction sites over the 1995-2002 period, resulting from being struck by a vehicle or mobile equipment, by worker activity

Worker activity	Fatalities	
	Number	Percent
All struck by vehicle or mobile equipment fatalities	509	100
Vehicle and transportation operation	278	55
Resurfacing and blacktopping	38	7
Directing or flagging traffic	30	6
Walking in or near roadway	141	28
Using or operating tools or machinery	17	3
Constructing, repairing, or clearing	147	29
Construction, assembling, or dismantling	85	13
Constructing or assembling	10	2
Installing	14	3
Dismantling or removing	8	2
Repairs or maintenance	30	6
Repairing	17	3
Maintenance	9	2
Inspecting or checking	18	4
Painting, etc.	11	2
Material handling operations	12	2
Physical activity not elsewhere classified <sup>1</sup>	48	9

<sup>1</sup> Includes walking, sitting, running, and climbing ladders or stairs.

NOTE: Totals for 2001 exclude fatalities resulting from the September 11 terrorist attacks. Totals for major categories may include subcategories not shown separately.

SOURCE: U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, in cooperation with State, New York City, District of Columbia, and Federal agencies, Census of Fatal Occupational Injuries.

figura 3 - Attività svolte dai lavoratori vittime di investimento

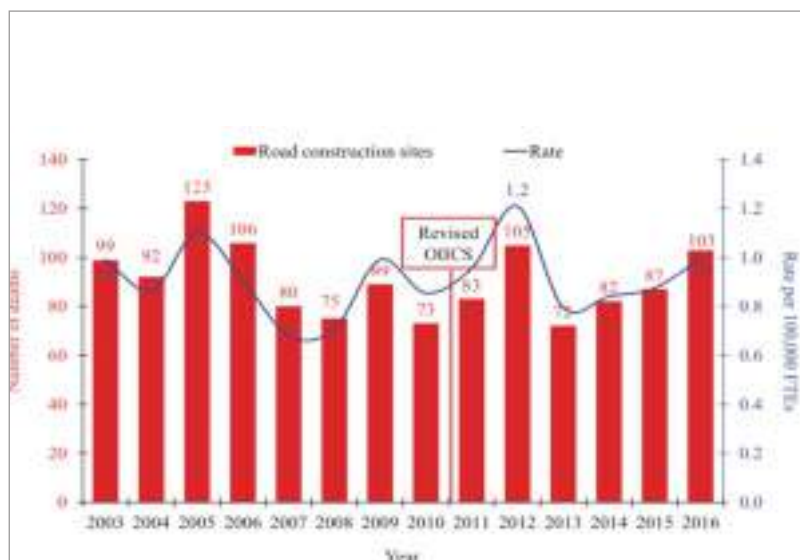


figura 4 - infortuni mortali fra i lavoratori addetti ai cantieri

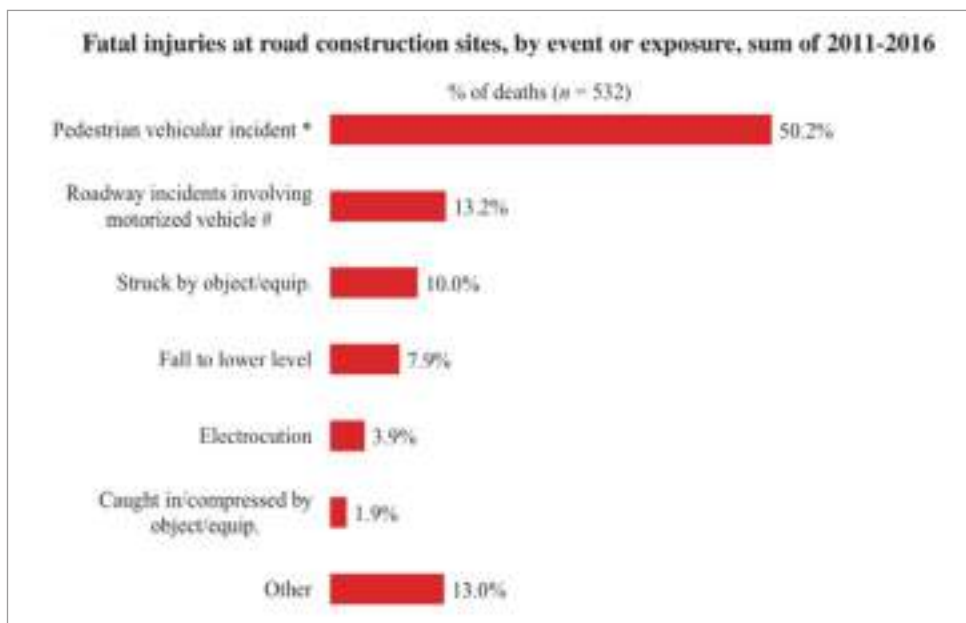


figura 5 - cause di incidenti mortali

della formazione e informazione verso sia i lavoratori che i datori di lavoro; a questo proposito si segnala la possibilità di trovare indicazioni e materiale didattico sull'argomento specifico presso le principali agenzie di prevenzione degli U.S.: OSHA (16), NIOSH (17) e lo stesso CPWR. Sono altresì disponibili metodi d'intervento e soluzioni di prevenzione presso il CPWR *Construction Solution Database* (18), NIOSH *Motor Vehicle Safety at Work* (19), FHWA (20), e il *National Work Zone Safety Information Clearinghouse* (21).

L'Health and Safety Executive, HSE, l'Ispettorato del Lavoro Inglese (22) segnala che "in media, ogni anno, circa 7 lavoratori muoiono e 93 vengono feriti gravemente in seguito a infortuni sul lavoro in cantieri stradali".

Per l'HSE deve essere posta la massima attenzione nella gestione del cantiere e in particolare delle operazioni di trasporto durante tutto il processo e l'attività.

Aspetti chiave nella direzione e nell'organizzazione della circolazione in cantiere sono:

- *separazione dei pedoni dai veicoli;* la maggior parte degli infortuni si verifica per un'inadeguata separazione fra veicoli e operatori a piedi e pertanto deve essere messa particolare cura nella definizione di entrate e uscite, camminamenti, attraversamenti, visibilità, impedimenti al passaggio e ostacoli, predisposizione di barriere fra i camminamenti e le vie di traffico veicolare
- *minimizzare lo spostamento dei veicoli;* aree parcheggio, controllo dell'entrata e uscita dei veicoli ecc
- *il personale presente nel cantiere deve essere competente e formato;* curare l'aggiornamento del personale addetto e gestire l'attività dei guidatori esterni che accedono al cantiere
- *predisporre spazio sufficiente per le manovre dei veicoli;* la retromarcia e le manovre in cantiere sono una delle maggiori cause d'infortunio, progettare aree di stoccaggio evitando necessità di manovre
- *visibilità;* specialmente dove le manovre dei vei-

coli e la retromarcia non sono evitabili è necessario garantire un'elevata visibilità; predisporre aiuti per i guidatori: video camere, specchi allarmi di prossimità, illuminazioni. Eventuale personale addetto alla segnalazione, vestiario ad alta visibilità

- *segnali e istruzioni;*

rispettare la segnaletica di legge e accertarsi che sia il personale a piedi che i guidatori ricevano informazioni chiare e comprensibili sul traffico in cantiere

- *formare il personale e fornire istruzioni ai visitatori e al personale esterno prima dell'accesso in cantiere.*

### La normativa italiana per la prevenzione e la tutela della salute e della sicurezza nei cantieri stradali

La normativa che riguarda la sicurezza del cantiere stradale trae origine dal Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro, dlgs 81/2008,(23) e in particolare dall'art: 161, comma 2 bis, e successive modifiche e integrazioni, che prevede l'emanazione del regolamento per l'individuazione delle procedure di revisione, integrazione e apposizione della segnaletica stradale destinata alle attività lavorative che si svolgano in presenza di traffico veicolare

Nel Titolo V capo I del Dlgs 81/08 si trovano gli articoli sanzionatori 163 e 164

Il 4 marzo 2013 (24) viene emanato il decreto attuativo interministeriale "Criteri di sicurezza sulle procedure di revisione, integrazione e apposizione della segnaletica stradale destinata ad attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare" che è entrato in vigore nell'aprile del 2014.

Da notare la previsione, all'art.3, dell'obbligo di informazione, formazione e addestramento dei lavoratori.

Sulla Gazzetta Ufficiale nr. 37 del 13 feb-

braio 2019, è stato pubblicato il decreto 22 gennaio 2019 del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro della Salute e il Ministro delle Infrastrutture e dei Trasporti “Individuazione della procedure di revisione, integrazione e apposizione della segnaletica stradale destinata alle attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare” che sostituisce il precedente decreto del marzo 2013.

Il decreto contiene due allegati dei quali si evidenziano alcuni aspetti salienti:

### ALLEGATO I

Criteri minimi per la posa, il mantenimento e la rimozione della segnaletica di delimitazione e di segnalazione delle attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare

Riferimento, in particolare, al rischio di interferenza con il traffico veicolare delle varie fasi di installazione, disinstallazione, manutenzione della segnaletica di cantiere anche in situazione d'emergenza (ad esempio per incidenti stradali)

Criteri generali di sicurezza.

Si considerano fra l'altro le limitazioni operative in particolari condizioni ambientali (nebbia, neve ecc) e la gestione operativa dei vari interventi:

- presegnalazione di inizio intervento;
- sbandieramento;
- regolamentazione del traffico con movieri;
- spostamento a piedi;
- veicoli operativi;
- entrata ed uscita dal cantiere;
- situazioni di emergenza;
- segnalazione e delimitazione di cantieri fissi e mobili
- segnalazione di interventi all'interno di gallerie con una corsia per senso di marcia.

### ALLEGATO II

Schema di corsi di formazione per preposti e lavoratori, addetti alle attività di pianificazione, controllo e apposizione della segnaletica stradale destinata alle attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare.

Deve inoltre essere ricordata la necessità di rispettare il “Nuovo codice della strada, decreto legislativo N. 285 del 30/04/1992” e successive modificazioni (26), emesso dal Ministero delle infrastrutture e dei Trasporti che tra l'altro contiene la classificazione delle strade riguardo alle loro caratteristiche costruttive, tecniche e funzionali:

A - autostrade;

B - strade extraurbane principali;

C - strade extraurbane secondarie;

D - strade urbane di scorrimento;

E - strade urbane di quartiere;

F - strade locali;

F-bis. itinerari ciclopedonali.

### I rischi per la salute e la sicurezza degli addetti ai cantieri stradali

I lavoratori dei cantieri stradali possono essere esposti a molti rischi professionali, oltre a quelli sin qui descritti, sia per la sicurezza che per la salute.

Alcune categorie di lavoratori, come gli asfaltatori sono stati oggetto di approfonditi studi di medicina del lavoro che hanno evidenziato un loro rischio di esposizione a sostanze cancerogene presenti nel bitume, alcuni Idrocarburi Policiclici Aromatici, IPA.

Sono facilmente reperibili documenti e pubblicazioni che affrontano tale argomento e che riassumono i diversi rischi professionali di questi lavoratori (27, 28, 29) che devono conseguentemente essere sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente secondo quan-

to previsto dal dl. 81/2008.

Una sintetica e non esaustiva rassegna sui rischi lavorativi per la sicurezza e la salute degli addetti ai cantieri stradali può essere la seguente:

#### sicurezza

- investimento da parte di mezzi in movimento all'interno del cantiere;
- investimento da parte di mezzi in movimento all'esterno, in zone limitrofe al cantiere;
- macchine ed attrezzature;
- cadute dall'alto;
- cadute in piano;
- folgorazione;
- seppellimento;
- caduta materiali dall'alto;
- urti con materiale movimentato o sollevato con mezzi meccanici;
- proiezione di sassi;
- movimentazione manuale dei carichi;
- lavoro in luoghi confinati;
- asfissia o esposizione acuta a sostanze pericolose, incendio, scoppio;
- ustione, irritazioni oculari;

#### salute

- rumore a cui sono esposti gli addetti al cantiere;
- vibrazioni;
- sostanze pericolose e in particolare inalazione di fumi e vapori e/o contatto cutaneo con i prodotti bituminosi (cancerogeni es. alcuni idrocarburi policiclici aromatici, IPA);
- polveri a cui sono esposti gli addetti al cantiere;
- condizioni climatiche - radiazioni solari;
- fatica fisica e psichica, stress lavoro correlato.

### Suggerimenti di prevenzione e considerazioni conclusive

Sono altresì reperibili su internet documenti, manuali, dispositivi di sicurezza e di allarme e anche filmati per la preven-

zione dei rischi nelle attività di cantieristica stradale (30, 31, 32, 33, 34, 35).

In ogni caso il rispetto delle norme per la tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori rimane fondamentale per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali come opportuna è la sperimentazione, secondo quanto previsto dall'art. 2, comma V, del D.L.vo 81/08, di specifiche buone prassi (36, 37) che possono concretamente aiutare la corretta applicazione delle leggi stesse.

L'adozione di buone pratiche può per esempio promuovere la sicurezza stradale e la mobilità sostenibile anche migliorando l'impiego dei mezzi aziendali, favorendo l'utilizzo, da parte dei lavoratori, dei mezzi pubblici e riducendo così anche il traffico stradale. Recentemente la regione Toscana ha adottato il Programma regionale "WHP", inserito nel progetto n°9 del Piano Regionale per la Prevenzione PRP 2014-2019, e in collaborazione con il POLO per la Promozio-

ne della Salute, Sicurezza ed Ergonomia nelle PMMI della provincia di Siena, partner ENWHP (38), sta registrando la partecipazione di grandi aziende toscane a numerose iniziative che prevedono incentivi all'organizzazione di un servizio di trasporto collettivo casa-lavoro, convenzioni per l'uso di mezzi pubblici, creazione di sistemi di car sharing, l'istituzione del mobility manager o comunque l'adozione di una attenta gestione e manutenzione del parco macchine.

In conclusione di questa breve rassegna si ritiene che sia necessaria la conoscenza e la presa di coscienza da parte di tutti i cittadini utenti delle strade dei rischi, numerosi e gravissimi, anche mortali, che corrono i lavoratori e i tecnici che si occupano della costruzione e nel caso specifico della manutenzione delle strade di ogni ordine e grado.

L'attenzione alla guida, alla segnaletica, al rispetto della vita e dell'incolumità propria e degli altri utenti e occupanti dei

veicoli circolanti, deve accompagnarsi alla consapevolezza che uomini sono al lavoro in cantieri presenti sulle strade per garantire un servizio pubblico essenziale anche per la sicurezza di tutti noi.

Il cartello che segnala la presenza di un cantiere stradale dove ci sono uomini al lavoro deve essere letto con attenzione, deve far nascere nel guidatore un senso di rispetto profondo e deve attivare comportamenti di guida sicuri.

Tutto ciò è essenziale ma non può in nessun modo far dimenticare le varie responsabilità collettive pubbliche e private e individuali di garantire ambienti e strumenti di lavoro, conoscenze e organizzazioni rispettose delle risorse umane e ambientali.

L'inglese "men at work", letteralmente uomini al lavoro, rende ancora meglio del nostro "lavori in corso" la necessità di richiamare tutta la nostra attenzione di guidatori di veicoli e risvegliare il nostro rispetto per la vita umana e per il lavoro



Accattone - Pier Paolo Pasolini - 1961

(39) nei cantieri stradali.

## Bibliografia

1. Eurostat infortuni inserto: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents\\_at\\_work\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics)
2. [https://dati.inail.it/opendata\\_files/downloads/daticoncadenzasemestraleinfortuni/Tabelle\\_nazionali\\_cadenza\\_semestrale.pdf](https://dati.inail.it/opendata_files/downloads/daticoncadenzasemestraleinfortuni/Tabelle_nazionali_cadenza_semestrale.pdf)
3. Care, Community database on Accidents on the Roads in Europe, Annual accident report 2018
4. Montresor M., "Gli infortuni stradali lavoro correlati". Regione Lombardia ATS Padana. Corso FAD 1706°
5. Dati INAIL, dicembre 2017, ISSN 2035-5645
6. ASAPS, "La sinistrosità nei cantieri stradali: la morte bianca sul nastro nero" ([http://dati.asaps.it/articoli/Art\\_2010/annuario\\_10/cap\\_7.pdf](http://dati.asaps.it/articoli/Art_2010/annuario_10/cap_7.pdf))
7. ASAPS.it, Il Centauro, rivista ufficiale ASAPS, 9/03/2012
8. ASAPS.it, Il Centauro, rivista ufficiale ASAPS, 6/08/2019
9. La Stampa, cronache, 27/03/2017
10. ARROWS, Advanced Research on Road Work Zone Safety Standards in Europe Contract No. RO-96-SC.401 project funded by the European Commission under the transport RTD Programme of the 4th
11. PRAISE
12. Stephen Pegula. "Fatal occupational injuries at road construction sites". Monthly labor review / U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics 127(12):43-47 · December 2004, DOI: 10.2307/41861790
13. Institut de Recherche Robert-Sauvè en Santé et en Sécurité du travail, IRSST, "Accidents routiers au travail; [www.irsst.qc.ca/prevention-au-travail](http://www.irsst.qc.ca/prevention-au-travail)
14. RTBF, Radio Télévision Belge Francophone, 16/08/2019 08h20 "Chaque jour, trois personnes sont tuées ou blessées dans un accident sur un chantier routier en Belgique"
15. CPWR – The Center for Construction Research and Training, "Fatal Injuries at Road Construction Sites among Construction Workers"; Quarterly Data Report-Second Quarter 2018, CPWR; U.S
16. OSHA, Occupational Safety and Health Administration; <https://www.osha.gov>
17. NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health; <https://www.cdc.gov/niosh/index.htm>
18. Construction Solutions Database, CPWR Center for Construction Research and Training; <https://www.cpwr.com/research/current/construction-solutions-database>
19. NIOSH Motor Vehicle Safety at Work Construction; <https://www.cdc.gov/niosh/motorvehicle/default.html>
20. FHWA, Federal Highway Administration; <https://www.fhwa.dot.gov>
21. National Work Zone Safety Information Clearinghouse; <https://www.workzonesafety.org>
22. HSE; Traffic management on site; <http://www.hse.gov.uk/construction/safetytopics/vehicledtrafficmanagement.htm>
23. Testo Unico sulla Salute e la Sicurezza sul Lavoro; dlgs 81/2008; <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/Documenti-Norme/Documents/Testo-Unico-Dlgs-81-08-edizione-di-luglio-2018.pdf>
24. Decreto interministeriale 4 marzo 2013; Criteri di sicurezza sulle procedure di revisione, integrazione e apposizione della segnaletica stradale destinata ad attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare; [https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/formazione-lavoro/formazione/FOGLIA11/documentazione/Decreto\\_Interministeriale\\_del\\_4\\_marzo\\_2013.pdf](https://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/formazione-lavoro/formazione/FOGLIA11/documentazione/Decreto_Interministeriale_del_4_marzo_2013.pdf)
25. Decreto 22 gennaio 2019; "Individuazione delle procedure di revisione, integrazione e apposizione della segnaletica stradale destinata alle attività lavorative che si svolgono in presenza di traffico veicolare"; Gazzetta Ufficiale nr. 37 del 13 febbraio 2019.
26. Testo aggiornato del decreto Legislativo N. 285 del 30/04/1992, Nuovo codice della Strada, <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1994/03/22/67/so/49/sg/pdf>
27. INAIL, asfaltatori 2015 ISBN 978-88-7484-435-7
28. Regione Lombardia. Progetto Attuativo Locale Tumori professionali: vademecum 2006 e aggiornamento 2010
29. Comune di Verona, Collegio dei Costruttori Edili della Provincia di Verona, Azienda ULSS 20 di Verona – Dipartimento di Prevenzione; "Manuale di igiene e sicurezza sul lavoro nei cantieri stradali di medie e di piccole dimensioni". Grafiche Aurora, Verona 2006
30. Puntosicuro 26 10 2015; "Profili di rischio e misure di prevenzione nell'attività di asfaltatura". <https://www.puntosicuro.it/sicurezza-sul-lavoro-C-1/settori-C-4/cantieri-stradali-C-112/profili-di-rischio-misure-di-prevenzione-nell-attivita-di-asfaltatura-AR-15227/>
31. INAIL, La sicurezza sul lavoro nei cantieri stradali; Opuscolo informativo per i lavoratori, SEI sicuro; Rischi e Prevenzione. Edizione 2011 ISBN 978-88-7484-194-3
32. American Society safety Professionals: "four-steps-to-creating-safer-work-zones"; <https://www.assp.org/news-and-articles/2019/07/10/four-steps-to-creating-safer-work-zones>
33. Dispositivi di sicurezza: intellicone: <https://www.highwayresource.co.uk/highways-safety/incursion-mitigation-prevention>; sonoblaster: <https://www.transpo.com/roads-highways/safety-products/wz-intrusion-alarm>; intellistrobe: <https://intellistrobe.com>; traffic guard Worker alert system: <http://www.aastrooptics.com/products/traffic-guard-worker-alert-system>
34. Carl Dufour, président de la CSD Construction, syndicat autonome, Québec: <https://www.facebook.com/csdconstruction/videos/339064193679926/>
35. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia: "Facendo strada. Manuale operativo per la gestione e la manutenzione delle strade ai fini della tutela della sicurezza dei lavoratori"; prima edizione, Aprile 2011
36. Polo per la Promozione della Salute, Sicurezza ed Ergonomia nelle Micro, Piccole e Medie Imprese della Provincia di Siena: "La Buona pratica di Casole d'Elsa per la promozione della salute e della sicurezza sul lavoro nei cantieri edili"; <https://www.inail.it/cs/internet/docs/la-buona-pratica-di-casole.pdf?section=attivita>
37. INAIL, Centro Edili Venezia: "Le buone pratiche negli interventi di manutenzione nei cantieri stradali"; [http://www.centroedilivenezia.it/documenti/INAIL\\_CEVE\\_Le\\_buone\\_pratiche.pdf](http://www.centroedilivenezia.it/documenti/INAIL_CEVE_Le_buone_pratiche.pdf)
38. Regione Toscana: "L'unione fa la sicurezza. Workplace Health Promotion"; (<http://www.regione.toscana.it/lavoraresicuri/whp>)
39. Ministère de la Transition écologique et Solidaire: <https://www.youtube.com/watch?v=S0aWoyKSVos&amp=&feature=youtu.be>

*Fabio Strambi*  
Ergonomo Europeo Certificato EUR ERG  
Massimo Bartolini  
Alessandro Fattorini  
U.F. PISLL Azienda USL Sud Est  
Zona Val d'Elsa (Siena)

## Mal d'aria, a pagare di più sono i bambini

Cristina Da Rold

Uccellacci e uccellini - Pier Paolo Pasolini - 1966

Negli ultimi anni un numero crescente di studi ha esaminato come l'esposizione materna all'inquinamento atmosferico possa influenzare il feto in via di sviluppo, determinando esiti avversi alla nascita come morte infantile, parto pretermine, basso peso alla nascita e presenza di malformazioni. Sebbene rimangano ancora diversi aspetti da approfondire, gli scienziati concordano sul fatto che una relazione fra queste malattie e l'esposizione a certi inquinanti c'è. Lo conferma una revisione sistematica, cioè una valutazione comparativa di tutta la letteratura esistente, pubblicata lo scorso aprile su *Environmental Pollution* da parte di un team di ricercatori cinesi, che ha mostrato un'evidenza statisticamente significativa che l'esposizione a PM2.5 durante la gravidanza è associata a basso peso alla nascita e, sebbene di entità inferiore, anche con i casi di parto pretermine.

La revisione ha analizzato 23 studi pubblicati prima di luglio 2016 in relazione all'esposizione al PM2.5, in località con un range di variazione da 2 a 22 µg/m<sup>3</sup>, con una media di circa 10 µg/m<sup>3</sup>. Tali valori non sono certo da considerarsi elevati, e sono ben al di sotto del limite che la Direttiva Europea sull'inquina-

mento considera sicuro, 25 µg/m<sup>3</sup>.

Quello che è emerso è che le mamme che durante la gravidanza erano state esposte a concentrazioni di M2.5 addizionali (10 µg/m<sup>3</sup>) hanno mostrato un 5% in più di rischio di partorire bambini sottopeso.

Per quanto riguarda le nascite pretermine, il rischio addizionale esisteva ma era di dimensioni più contenute: un aumento del rischio del 2% per ogni incremento di esposizione di 10 µg/m<sup>3</sup>. Non dimentichiamo che le complicazioni di un parto prematuro includono effetti sul sistema respiratorio, su quello gastrointestinale, immunologico e sul sistema nervoso centrale. Vi sono poi possibili effetti tardivi motori, cognitivi, visivi, uditivi, comportamentali.

In realtà in Europa i valori medi di PM2.5 e più in generale di particolato sono molto più elevati rispetto a quelli esaminati nella revisione. Secondo l'ultimo rapporto annuale dell'Agenzia Europea per l'Ambiente, fra il 2014 e il 2015 è come se fosse sparita dall'Europa l'intera popolazione di una città come Bologna, periferie comprese, solo a causa della contaminazione da polveri fini. I valori consigliati per la protezione umana da parte dell'OMS per il PM2.5

(10 µg/m<sup>3</sup>) sono stati superati dal 75% delle 2500 stazioni esaminate in Europa dagli esperti dell'EEA. E l'Italia, in particolare la Pianura Padana, è il secondo luogo più inquinato da PM2.5 in Europa dopo la Polonia. Sempre dal medesimo rapporto si apprende che sono oltre 400 mila gli europei morti prematuramente nel 2015 a causa di emissioni di particolati, dovute al trasporto su strada, all'agricoltura, alle centrali elettriche, all'industria e al riscaldamento con biomassa (legna e pellet) per uso domestico.

A questi si aggiungono gli impatti stimati sulla popolazione dell'esposizione a concentrazioni di NO<sub>2</sub> e O<sub>3</sub> in 41 Paesi europei, che nel 2014 hanno provocato rispettivamente 78 mila e 14 mila morti premature. Sebbene i meccanismi tramite cui gli inquinanti producono questi effetti avversi nelle puerpere non siano del tutto chiari, negli ultimi anni molti aspetti sono stati indagati. Già nel 2011 erano emerse evidenze epidemiologiche che collegavano l'esposizione materna.

Sono molte le ricerche che negli ultimi anni hanno verificato quanto sia pericoloso, soprattutto per donne in gravidanza, essere esposte ad alti livelli di inquinamento atmosferico.

Oltre al problema delle nascite pretermine e del basso peso alla nascita, gli inquinanti atmosferici entrano pesantemente in gioco anche nella presenza di anomalie congenite, come malformazioni cardiache o difetti del palato alle polveri ultrafini a fenomeni come stress ossidativo sistemico e infiammazione, entrambi fattori putativi di rischio di basso peso alla nascita e di parto prematuro. Lo stress ossidativo e l'infiammazione agiscono come interferenti endocrini, aumentando la vulnerabilità delle mamme alle infezioni e all'infiammazione della placenta. La disfunzione dei mitocondri placentari e inoltre un potenziale meccanismo attraverso il quale l'esposizione materna prenatale a polveri fini può causare un basso peso alla nascita. Durante la gravidanza, la placenta supporta il nutrimento, la crescita e lo sviluppo del feto e un peso basso della placenta è correlato a un basso peso alla nascita. Inoltre, l'esposizione materna al PM2.5 durante la gravidanza può essere un importante fattore di rischio per l'infiammazione intrauterina che potrebbe influenzare la crescita, lo sviluppo e la funzione della placenta.

In questo ambito di ricerca le metanalisi (un metodo statistico per integrare i risultati di studi diversi) sono fondamentali, perché aiutano a districarsi nel gran mare di dati che spesso sono in apparente contraddizione fra di loro sulla medesima questione. «Non si tratta in realtà di contraddizione – spiega Francesco Forastiere del Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario della Regione Lazio – ma del fatto che i singoli studi possono, per semplice errore campionario, dare risultati non proprio simili. Solo considerandoli nel loro insieme in una metanalisi possiamo comprendere il complesso dei risultati.

E importante inoltre considerare che fenomeni come il basso peso alla nascita o le nascite pretermine sono multifattoriali, cioè sono influenzati da una vasta gamma di fattori, di cui l'inquinamento è solo uno fra i tanti». Entrano in gioco diversideterminanti della salute riproduttiva, ivi compresi fattori sociali. Si consideri come esempio l'importanza dell'età materna, l'istruzione, l'etnia, il fumo in gravidanza, l'aver ricevuto un'adeguata assistenza prenatale materna. «Tuttavia – spiega ancora Forastiere – l'associazione statistica tra PM2.5 e basso peso, anche per concentrazioni non troppo elevate di PM2.5, è molto rilevante. Sappiamo del resto che le polveri fini sono cancerogeni certi, classificati come tali dallo IARC, hanno un effetto stabilito sulle malattie cardiorespiratorie».

Oltre al problema delle nascite pretermine e del basso peso alla nascita, gli inquinanti atmosferici entrano pesantemente in gioco anche nella presenza di anomalie congenite, come malformazioni cardiache o difetti del palato. A breve verrà pubblicata una revisione italiana dal titolo *Environmental and individual exposure and the risk of congenital anomalies: a review of recent epidemiological evidence*, condotta dall'Istituto di fisiologia Clinica del CNR e dall'Unità di Epidemiologia Ambientale e dai registri toscani delle anomalie congenite, che ha evidenziato l'esistenza di una correlazione di rischio fra esposizione a inquinanti e alcune anomalie congenite, specie quelle dell'apparato cardiocircolatorio.

Si tratta di uno studio importante, all'interno di un contesto ancora poco studiato. «Ci sono in particolare tre difficoltà legate a questo genere di ricerche.

Primo, ad oggi solo un numero limitato di studi ha esaminato la relazione

causale tra malformazioni alla nascita e esposizione prenatale a inquinamento atmosferico, in particolare a monossido di carbonio, ozono, particolato, biossido di azoto e biossido di zolfo» spiega Fabrizio Bianchi, responsabile dell'Unità di ricerca in epidemiologia ambientale e registri di patologia dell'Istituto di fisiologia clinica del CNR di Pisa, e fra gli autori della rassegna citato poc'anzi. «Inoltre, la maggior parte di questi studi epidemiologici si è concentrata su malformazioni congenite del cuore e del labbro e/o palato, rilevando rispettivamente una moderata associazione e nessuna evidenza. Un secondo limite, questa volta intrinseco, – continua Bianchi – e che trattandosi per lo più di malattie rare, occorrono numerosi studi di qualità e su grandi popolazioni per arrivare a evidenze sufficienti per inferire relazioni causa-effetto».

Infine, c'è il problema rappresentato dalle numerose incertezze riguardanti gli effetti di specifici inquinanti e di miscele inquinanti in periodi di esposizione critici. In particolare, i principali limiti degli studi sull'inquinamento atmosferico sono l'errata classificazione dell'esposizione a rischio e la mancata o insufficiente considerazione di co-fattori potenzialmente distorcenti (c.d. confondenti o modificatori di effetto). Pertanto, sono necessari ulteriori studi che includono una accurata e precisa valutazione dell'esposizione, un valido accertamento del caso e un adeguato aggiustamento per l'effetto di potenzialmente confondenti. Il principale limite nello studiare gli effetti dell'inquinamento atmosferico sulla salute è che, oltre a trattarsi in molti casi di problemi con un'origine multifattoriale, come si è visto, non sempre è facile isolare la responsabilità dell'uno o

dell'altro inquinante nell'eziologia di una malattia, e quindi capire qual è l'effetto della sommatoria degli effetti dei diversi inquinanti (non solo dell'aria) sulla salute nel suo complesso. Sempre stando ai dati EEA, in genere in Europa oltre l'80% delle persone vive in luoghi dove i valori di PM2.5 sono al di sopra delle soglie raccomandate dall'OMS. Dal 50% al 62% vive in luoghi dove le concentrazioni di PM10 sono sopra le soglie consentite, il 30% circa in zone dove i livelli di SO2 sono oltre le soglie e addirittura il 98% in luoghi con concentrazioni di O3 oltre i limiti. Sebbene sia molto complesso valutare scientificamente l'impatto cumulativo sulla nostra salute della sommatoria degli effetti delle esposizioni ai singoli inquinanti, notevoli passi in avanti sono stati recentemente fatti. «Ci sono due motivi principali che rendono difficile studiare gli effetti cumulati di più inquinanti sulla salute di una popolazione» spiega Bianchi. «Anzitutto, quando si studiano alcuni traccianti come proxy di esposizione si assume che siano stimatori di altri inquinanti e anche di miscele. Inoltre, studiare l'esposizione a miscele di inquinanti si scontra col fatto che per la maggior parte non si conoscono le funzioni concentrazione risposta o di rischio. All'EPA, l'Agenzia USA per la Protezione dell'Ambiente, e in alcuni centri in altri.

Paesi, importanti studi sulle miscele sono in corso, ma occorre tempo e condizioni propizie per la ricerca, che con la presidenza Trump sono intaccate.

Nel frattempo occorre accentuare, da una parte, il buon uso del Principio di Precauzione e, dall'altra, l'attenuazione dei limiti e la validazione delle assunzioni sopra accennate mediante studi con approcci diversi». Altrettanto com-

plesso e comunque prevenire l'esposizione. «L'esposizione all'inquinamento atmosferico può essere di tre tipi – spiega Bianchi – diffusa, come nel caso della Pianura Padana, lineare, lungo per esempio le direttrici del traffico, e puntuale, legata per esempio a impianti industriali o alla direzione dei venti. Nel caso del PM2.5, per esempio, secondo i dati del rapporto dell'EEA citato in precedenza, il 57% delle emissioni deriva dalle fonti di riscaldamento non verdi di uffici e abitazioni, l'11% dal traffico su strada e il 17% dal settore industriale. Insomma, è difficile allontanarsi da zone dove è forte la presenza di PM2.5. «È necessario da una parte abbassare le emissioni e quindi le esposizioni rischiose, dall'altro realizzare un profilo individuale di esposizione, cioè capire come ogni futura mamma può essere esposta e a che cosa» continua Bianchi, «e definire misure preventive con efficacia basata sulle prove, senza escludere anche scelte di temporaneo allontanamento dall'area inquinata».

«E, soprattutto, è necessario lavorare sull'informazione dei cittadini e di che cosa possono fare per ridurre la loro impronta ecologica prima di tutto, oltre che sulla messa a punto di politiche migliori in vista della ricostruzione di città più sane, come chiedono l'Europa e l'OMS.»

*Cristina Da Rold  
Giornalista esperta in  
comunicazione sanitaria*

*da: Micron ecologia,  
scienza, conoscenza  
Rivista trimestrale  
di Arpa Umbria 38/2017*

## La salute che cammina sulla strada con il Piedibus del Ben Essere

Erminia Battista

Uccellacci e uccellini - Pier Paolo Pasolini - 1966

Il Dipartimento di Prevenzione della USL Umbria1 sta attuando, da alcuni anni, un Progetto di Comunità, denominato La Salute che Cammina con il Piedibus del Ben Essere, il cui nome esprime le iniziative di cammino attivate concretamente nel territorio, ma anche il cammino culturale della promozione della salute, che vede, nel suo attuarsi, il cambiamento di importanti paradigmi.

Si passa infatti, dalla patogenesi alla salutogenesi, per cui, oltre ad azioni finalizzate al contrasto dei fattori di rischio, vengono messi in campo interventi finalizzati al potenziamento delle fonti di salute complessiva (fisica, psichica, spirituale, sociale), ravvisabili, soprattutto, nelle relazioni, nella natura, nella cultura, nella bellezza, nell'arte in ogni sua espressione (poesia, musica, danza, ecc.).

Si modifica anche la modalità di progettazione, che diventa partecipata e coinvolge i beneficiari finali (non più per, ma con) e la modalità di attuazione, che avviene attraverso la Rete Integrata della promozione della salute, comprendente Istituzioni, Associazioni e, soprattutto, cittadini volontari, appositamente formati, che di-

ventano MAPPS, ovvero Moltiplicatori dell'Azione Preventiva e di Promozione della Salute.

Il progetto parte dalla constatazione che la salute e la qualità della vita sono influenzate da vari fattori correlati tra loro, tra cui le caratteristiche strutturali e organizzative della città, (con le sue strade, il verde urbano, la mobilità) che rappresenta il nodo intorno a cui si intrecciano le emergenze umane, ambientali e culturali, e che proprio dall'intreccio di relazioni all'interno della Comunità, possono nascere soluzioni ai problemi e svilupparsi energie per migliorare la qualità della vita.

La strada si pone, dunque, come un cantiere privilegiato dove costruire insieme salute.

Come nel fiume della metafora di Antonowski infatti, anche nella strada ci sono rischi da evitare e risorse di cui fruire e, attraverso la promozione della salute, bisogna rendere le persone capaci di distinguere gli uni dalle altre, al fine di fare scelte salutari consapevoli.

La Salute che cammina con il Piedibus del Ben Essere tende a creare opportunità (spazio/tempo) favorevoli l'intreccio di re-

lazioni con l'attivazione di un laboratorio in movimento, in cui si mescolano saperi, sapori, valori. Il cammino, arricchito di elementi "salutogeni" (quali letture di poesie, informazioni sui luoghi attraversati e su tematiche di salute, degustazione di cibi salutari, ascolto di brani musicali, attivazione di laboratori di danze popolari, e tante altre attività svolte in gruppo all'aria aperta) si connota come una strategia innovativa di approccio alla comunità che favorisce socialità e sviluppo di abilità e, attraverso l'apprendimento cooperativo, permette l'acquisizione di Soft Skill (tra cui leadership, osservazione, pensiero critico, problem solving, creatività, cittadinanza attiva).

Il progetto nasce per promuovere la salute fisica, contrastando il circolo vizioso generato dall'automobilità, (che comporta sedentarietà, incidentalità, inquinamento ambientale, isolamento, stress) attivando processi virtuosi con spostamenti a piedi (attività fisica a costo zero, che garantisce equità, sostenibilità). Successivamente si è rivelato efficace per promuovere anche salute sociale.

Piedibus vuol dire spostamenti a piedi, nel tragitto casa scuola, casa lavoro e nel tempo libero.

Ben Essere in questo contesto vuol dire promuovere buone relazioni con il proprio corpo (sano stile di vita), con gli altri (socialità) con l'Ambiente inteso in senso allargato, naturale e sociale (sostenibilità ambientale e umana).

L'intervento è declinato in varie tipologie, in rapporto al target a cui è destinato (Scolastico, Speciale, Serale, Senior).

**Il Piedibus del Ben Essere Scolastico** è rivolto agli alunni delle scuole primarie. Consiste in camminate quotidiane A/R lungo un percorso distante circa 1 km dalla sede scolastica. Lungo il tragitto si attiva un laboratorio di educazione stradale, educazione civica, lettura della città, ecc.... Avviato nel 2009, ad oggi sono state attivate oltre 30 linee, con circa 1.000 bambini e 100 adulti accompagnatori.

**Il Piedibus del Ben Essere Speciale** è rivolto alle Scuole di ogni ordine e grado e a tutta la popolazione. Avviato nel 2011 si attiva con cadenza mensile e in occasione di eventi speciali (Giornata Mondiale dell'attività Fisica, Giornata Nazionale del Camminare, Mobility Week, Festa Ambiente, ecc...). Consiste in camminate urbane o extraurbane, in genere di sabato o festivi, a volte organizzate nell'intera giornata, con pic nic al parco o nelle piazze. Nelle soste si attivano laboratori su varie tematiche di salute o culturali (fumo, alcol, alimentazione, ecc...).

Si organizzano in media 50 edizioni/anno che fanno registrare oltre 10.000 presenze/anno.

**Il Piedibus del Ben Essere Serale** è rivolto alla popolazione in età lavorativa, ma è aperto a tutte le età. Avviato nel 2014

con la Linea Monteluca, nel centro storico di Perugia, si è poi diffuso nella periferia e nell'intero territorio della USL. In genere si cammina dalle 21,00 alle 23,00, con cadenza bi o tri settimanale. Ad oggi sono state attivate 25 linee che fanno registrare circa 2.000 presenze a settimana.

**Il Piedibus del Ben Essere Senior** è rivolto agli over 65 con uscite pomeridiane o mattutine.

Tutte le iniziative vengono divulgate attraverso vari canali, compresi i Social, in particolar Facebook, al fine di raggiungere capillarmente la popolazione. Il progetto ha seminato crescente attenzione alla Promozione della Salute. I semi, nutriti dal paziente lavoro di rete, creando sinergie tra vari attori sociali, hanno prodotto interessanti frutti, ovvero le Gemme del Ben Essere, tra cui si segnalano il Giardinaggio di Comunità, il Book Crossing e il Knitting.

**Il Giardinaggio di Comunità** consiste nella bonifica, recupero e valorizzazione di aree verdi, ubicate in ambito urbano o periferico, creando piccoli angoli fioriti con piante nutrici delle farfalle (budleje, verbena, achillee, ecc...). L'Angolo delle farfalle viene affidato alle cure di una componente fragile della comunità (case famiglia ospitante soggetti con disagio mentale o con problemi alcol correlati, centri di assistenza diurni, centri socio-culturali per anziani, centri per immigrati...). Questa gemma nasce dalla considerazione dell'importante ruolo del verde per la salute fisica, psichica e sociale.

E' noto infatti che il verde, oltre a schermare i rumori, filtrare l'aria dagli inquinanti, mitigare la temperatura, lì dove è ben curato, aumenta la percezione di sicurezza e di benessere dei cittadini. Vi-

ceversa, l'incuria degli spazi verdi porta alla disaffezione e al deterioramento degli stessi, poiché il degrado richiama micro-criminalità (teoria delle finestre rotte) con effetti negativi sulla qualità di vita delle persone (malessere, insicurezza, stress, solitudine, allentamento della coesione sociale), in particolare nelle fasce di popolazione più vulnerabili. Piccole azioni di giardinaggio, migliorando il decoro urbano, possono restituire fiducia ai residenti e ridare dignità ai luoghi.

Altra gemma del Ben Essere è il **Book Crossing** (passa libro), finalizzato alla promozione della lettura. Avviato da qualche anno, è nato dal recupero di libri destinati al macero, "adottati" da alcuni volontari della Rete per la promozione della salute e disposti in appositi contenitori (cassette), installati, lungo il percorso del Piedibus e messi a disposizione della comunità, per essere letti e poi passati di mano in mano. I contenitori colorati attirano l'attenzione dei cittadini, favorendo la socializzazione e la riattivazione delle relazioni nei quartieri.

**Laboratorio di knitting "intracciamo fili e ..."**

Avviato da alcuni anni si connota come uno spazio-tempo accogliente, dove creare progetti di maglia, uncinetto e altre tecniche di intreccio di fili. L'obiettivo del progetto è quello di intrecciare relazioni tra i partecipanti e contrastare il decadimento cognitivo (alcuni studi fanno rilevare che passatempi come il lavoro a maglia ed il giardinaggio riducono l'insorgenza di demenza in una popolazione di over 65 - Fabrigoule, 1995). Si utilizzano filati riciclati da scarti industriali, rispondendo così a una strategia di economia circolare. Vengono realizzati oggetti, indumenti, coperte sia per uso personale, sia

per finalità solidali (terremotati, senzatetto, bisognosi). Il laboratorio si attiva con cadenza settimanale alternando diverse sedi, tra cui l'Hospice, le case di riposo, locali di intrattenimento, ma anche stradine e piazzette nei quartieri.

## Alla riconquista del territorio

Recentemente è stata attivata una linea Piedibus nella periferia della città. Un mezzo per riappropriarsi di un contesto difficile, per poter recuperare una zona una volta attiva e piena di "botteghe" vive "dove ci si conosceva tutti" dicono gli ex abitanti che l'hanno lasciata e oggi sede di uffici e "2 grandi palazzoni". Non monumenti e bellezze, ma comunque volontà di far rivivere un luogo, camminare insieme su strade e parchi dove camminare da soli è impossibile.

## Conclusioni

Si è innescato un processo che, passo dopo passo, cambia la cultura dei cittadini e la struttura della città, migliorando la pedonabilità e la percezione degli spazi, aumentandone la vivibilità. Si è modificato sensibilmente lo stile di vita dei cittadini, che riferiscono di muoversi di più e di stare più tempo fuori, in compagnia, così come confermano i dati dello studio di sorveglianza PASSI (\*) che fa rilevare una diminuzione della sedentarietà per i residenti nella USL Umbria 1, che si attesta ora al 18%, contro il 28% della USL2 e il 34% dell'Italia.

La Salute che cammina con il Piedibus del Ben Essere, incarnando un nuovo paradigma di intervento per la promozione della salute, attiva processi virtuosi, favorenti la rigenerazione di cittadini e città, migliorando la qualità della vita della Comunità.

## Bibliografia

1. WHO (1986) Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. 17-21 November, World Health Organization, Ottawa, Geneva, Canada
2. Fabrigoule, C., Letenneur, L., Dartigues, J. F., Zarrouk, M., Commenges, D., & Barberger Gateau, P. (1995). Social and leisure activities and risk of dementia: a prospective longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 485-490.
3. Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G. F., Casini, A., & Macchi, C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta analysis of prospective studies. *Journal of internal medicine*, 269(1), 107-117.
4. Battista, E. (2016). Il Piedibus del Ben Essere da iniziativa per la Salute a strategia per la sostenibilità ambientale e umana. *Gazzetta Ambiente: GA: rivista sull'ambiente e il territorio*, 6, 23- 28.
5. Battista, E., Mancinelli, E. (2014). La Salute che cammina... Esperienze di salute che cammina. Un medico di Sanità Pubblica racconta. In Cecchetto L. (a cura di), *Nordic walking e salute* (pp. 122- 148). Maggioli Editore.
6. Battista, E., Mancinelli, E., Truglia, I. (2017). La salute che cammina con il Piedibus del Ben Essere. Qualità dell'ambiente urbano. XIII Rapporto. Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (ISPRA), 75, 208-218.

*Erminia Battista  
Dirigente medico  
Coordinatrice Rete  
Promozione Salute  
USL Umbria 1*

## Avvocato di strada, i diritti degli esclusi

*Antonio Mumolo*

Il buio oltre la siepe (To Kill a Mockingbird) - Robert Mulligan - 1962

L'Associazione Avvocato di strada Onlus è un'organizzazione di volontariato che nasce a Bologna nel 2000 per tutelare i diritti delle persone senza dimora italiane e straniere.

Da quei lontani anni ad oggi l'associazione ha fatto molta strada, ma l'obiettivo non è mai cambiato: fornire assistenza legale gratuita, qualificata ed organizzata alle persone che vivono in strada per favorirne il reinserimento in società. Grazie all'organizzazione strutturata di gruppi di professionisti che decidono di dedicare al volontariato una piccola parte del proprio tempo, l'associazione intende tutelare le persone più deboli, gli ultimi, gli invisibili, coloro i quali altrimenti non avrebbero alcuna possibilità di veder tutelati i propri diritti.

La Costituzione italiana prevede espressamente che "La difesa è diritto inviolabile in ogni stato e grado del procedimento", e che "sono assicurati ai non abbienti, con appositi istituti, i mezzi per agire e difendersi davanti ad ogni giurisdizione". Ed infatti in Italia la possibilità di ottenere il gratuito patrocinio, ovvero un avvocato che lavora gratuitamente e che viene pagato dallo Stato, è riconosciuto a tutte le persone che hanno un reddito annuo inferiore ad

una certa soglia. Per ottenerlo tuttavia occorre recarsi in un apposito ufficio del Tribunale o dell'Ordine degli Avvocati e fare una domanda allegando i propri documenti d'identità e la documentazione sulle proprie problematiche legali. Chi vive in strada è però spesso privo di documentazione di qualsiasi tipo, in genere ha perso la residenza e spesso ha difficoltà a recarsi autonomamente negli uffici. Per questo in Italia chi vive in strada di fatto ha poche possibilità di vedersi garantito un aiuto legale. È qui che interviene l'associazione Avvocato di strada: per provare a restituire una concretezza alla nostra Carta Fondamentale.

Oggi le sedi di Avvocato di strada sono presenti in decine di città italiane dislocate nell'intera penisola. Tutte le sedi sono attive all'interno di Associazioni di volontariato che si occupano specificatamente di persone senza dimora, per poter garantire una maggior ricettività dell'utenza. Ogni sede è organizzata come un vero e proprio studio legale, con orari e giorni di ricevimento durante tutto l'arco dell'anno, gode di piena autonomia organizzativa e fa parte della Associazione nazionale Avvocato di strada.

Presso i nostri sportelli legali viene per prima cosa effettuata una consulenza

legale e poi, se è necessario procedere giudizialmente, avviene la presa in carico dell'utente che diventa alla stregua di un vero e proprio dell'avvocato presente allo sportello, con l'unica differenza che sarà assistito in maniera completamente gratuita. L'attività di consulenza ed assistenza è posta in essere da avvocati o praticanti con patrocinio. Ad altri volontari che desiderano collaborare con l'associazione è chiesto di occuparsi dell'accoglienza delle persone: visto il particolare tipo di utenza, un primo contatto accogliente è fondamentale per mettere l'utente a suo agio e nelle condizioni di raccontare in tranquillità le problematiche che vive.

Oltre novecento persone, tutti volontari, sono l'anima di questa associazione e ogni anno vengono aperte migliaia di pratiche. Nel solo 2018 sono state aperte 3945 pratiche. Con un semplice calcolo, attribuendo ad ogni pratica 10 ore di lavoro e un costo minimo di 70 euro per ogni ora di lavoro di un professionista, si risale a quanto, in termini monetari, i volontari di "Avvocato di Strada" hanno donato alla collettività, mettendosi a disposizione degli ultimi: 2milioni 761mila 500 euro.

Ma Avvocato di strada va oltre tutto

questo. Con i suoi eventi, convegni, manifestazioni e iniziative in tutta Italia e all'estero, vuole sensibilizzare e informare l'intera comunità sulle condizioni delle persone senza dimora e delle persone in forte svantaggio sociale. Intende promuovere ed affermare i diritti fondamentali di ogni individuo; ambisce a sostenere e favorire l'integrazione sociale e culturale di persone svantaggiate e dei migranti.

La prima emergenza affrontata da Avvocato di strada, purtroppo ancora attuale in molte città italiane, è stata quella legata alla questione della residenza anagrafica. Chi vive in strada a lungo finisce per perdere la residenza, perché esce dallo stato di famiglia o perché viene cancellato dalle liste compilate dall'anagrafe che vengono aggiornate costantemente. Come forse non tutti sanno, perdere la residenza anagrafica in Italia equivale a non esistere. Sono moltissimi, infatti, i diritti legati alla residenza che si perdono con essa. Chi non ha la residenza infatti non può votare, non può aprire una partita IVA, non può lavorare, non può avere una casa popolare, non ha diritto ad avere accesso al sistema sanitario nazionale, se non per le cure di pronto soccorso. La residenza anagrafica in Italia è talmente importante da essere garantita a chiunque dalla nostra Costituzione. Il problema è che chi dovrebbe far rispettare questo diritto, e cioè il Comune, spesso preferisce non dare la residenza a un senza tetto. Questo perché dare la residenza significa dover accordare tutta una serie di diritti: il diritto alla casa, al lavoro, agli assegni familiari ecc. Si registra dunque un'impasse di difficile soluzione, che non si risolve facilmente senza l'intervento di un avvocato. Il primo utente di Avvocato di strada viveva in un dormitorio comunale di

Bologna e si era rivolto agli avvocati proprio perché non riusciva ad ottenere la residenza anagrafica dal Comune, pur avendola chiesta da oltre un anno. Solamente dopo l'intervento dei legali, e dopo una causa d'urgenza (ex art.700 c.p.c.) promossa contro il Comune di Bologna, quest'ultimo ha riconosciuto la residenza all'utente, che poco tempo dopo è riuscito a trovare un lavoro e a riconquistare la sua dignità di cittadino. È solo invece in tempi più recenti che l'Associazione ha cominciato ad avere un numero sempre crescente di casi relativi al diritto dei migranti e ad occuparsi in maniera più significativa del diritto dell'immigrazione. Nel 2018 sono state aperte in Italia 1046 pratiche di diritto dell'immigrazione, di cui 543 riguardanti il rilascio o il rinnovo del permesso di soggiorno e 383 relative al diritto alla protezione internazionale. Altri casi, seppur in numero minore, hanno riguardato i decreti di espulsione e le richieste di cittadinanza. Sul tema dei permessi di soggiorno, i volontari dell'associazione hanno assistito un grande numero di migranti che, anche dopo molti anni di permanenza in Italia diventavano irregolari sul territorio a seguito della perdita del permesso di soggiorno. Questo avviene molto spesso in conseguenza della perdita del lavoro, complice anche la difficile condizione economica che ha attraversato il Paese, o della disgregazione di una rete familiare. Gli avvocati dell'associazione hanno poi un osservatorio privilegiato sui fenomeni migratori più recenti e sulla legislazione in materia di protezione internazionale e richiesta di asilo. Dall'esperienza dei legali nell'ambito delle procedure per il riconoscimento della protezione internazionale è emersa la necessità di un intervento non solo

in fase di studio e redazione dei ricordi avverso i provvedimenti delle Commissioni Territoriali, ma anche nella fase che precede l'audizione. In quest'ottica quindi i volontari si sono spesi nell'assistenza ai richiedenti asilo per un'informativa legale di base e per l'accesso alla procedura, per essere di supporto nella redazione delle memorie, nonché per la preparazione dell'audizione stessa. In tutto questo lavoro, che ha necessitato ed ancora necessita costante aggiornamento e formazione, gli avvocati dell'associazione collaborano in maniera costante con gli operatori sociali e legali delle strutture di accoglienza presenti nei vari territori ed in vari comuni italiani l'associazione è diventata vero punto di riferimento per le problematiche giuridiche legate al mondo dell'immigrazione.

Avvocato di strada collabora inoltre con altre associazioni italiane al fine di garantire una tutela il più possibile efficace anche contro le discriminazioni di cui i migranti sono spesso vittime.

Nel luglio 2017 il Tribunale di Genova ha accolto il ricorso per condotte discriminatorie dei Comuni di Alassio e Carcare presentato da ARCI, Avvocato di strada Onlus, ASGI Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione, Federazione Solidarietà e Lavoro di Genova. Una prima ordinanza del Comune di Alassio vietava alle "persone prive di fissa dimora, provenienti da paesi dell'area africana, asiatica e sud americana, se non in possesso di regolare certificato sanitario attestante la negatività da malattie infettive trasmissibili, di insediarsi anche occasionalmente nel territorio comunale". Analogamente, l'ordinanza emessa dal Comune di Carcare, vietava la "dimora, anche occasionale, di persone provenienti da paesi dell'area africa-

na o asiatica presso qualsiasi struttura di accoglienza, prive di regolare certificato sanitario attestante le condizioni sanitarie e l' idoneità a soggiornare". Le citate ordinanze costituivano un espediente per impedire tout court il transito e la permanenza degli stranieri sul territorio comunale. Infatti non è possibile certificare in un soggetto l' assoluta assenza di malattie infettive trasmissibili, poiché esse potrebbero, ad esempio, essere ancora in fase di incubazione: per le persone coinvolte dalle ordinanze era dunque estremamente difficoltoso, se non addirittura impossibile, procurarsi i certificati richiesti. Inoltre il divieto era rivolto unicamente a cittadini stranieri senza dimora, provenienti da diverse zone del mondo, senza che a fronte vi fosse alcuna situazione di emergenza sanitaria nel territorio comunale ed ita-

liano. Il Tribunale di Genova ha quindi accolto il ricorso riconoscendo il carattere discriminatorio della condotta tenuta dai comuni ed ha ordinato la revoca delle delibere sin dalla loro emanazione, oltre alla cessazione immediata delle condotte discriminatorie. Questo importante risultato ha garantito non solo la rimozione di due ordinanze a carattere discriminatorio, ma costituisce altresì un precedente che mira a dissuadere altri comuni dal riproporre analoghe disposizioni.

### **Il diritto alla salute e le persone senza dimora**

Una degli aspetti più drammatici della vita in strada riguarda il tema del diritto alla salute. L' articolo 32 della Costituzione Italiana recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto

dell' individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Attualmente, però, le prestazioni sanitarie sono erogate in base alla residenzialità degli utenti. Le persone prive di residenza, quindi, caso pressoché unico nel panorama dei Paesi occidentali, non possono iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale, non hanno un medico di base cui rivolgersi per chiedere la prescrizione di un farmaco o di una visita specialistica e non hanno diritto a cure continuative.

Una situazione paradossale, perché chi non ha una casa è più esposto di altri a numerosi fattori (freddo, malnutrizione, scarsa igiene, tossicodipendenza, alcolismo ecc) che generano gravi patologie che possono condurre in breve tempo alla morte, e allo stesso tempo non dispone delle condizioni per curarsi.



Il buio oltre la siepe (To Kill a Mockingbird) - Robert Mulligan - 1962

Da un punto di vista puramente pragmatico, inoltre, va sottolineato come la mancanza di un pronto aiuto medico oltre che danneggiare in maniera irreparabile la salute delle persone finisca per gravare maggiormente sulle casse pubbliche. Una persona con problemi di salute che può curarsi può limitare il progredimento della propria malattia e rimanere una persona attiva e valida. Chi non può curarsi vede la propria salute peggiorare rapidamente, molto spesso senza possibilità di un recupero pieno. A questo riguardo basti citare la vicenda di un nostro assistito che qualche anno fa fu colpito da un ictus. Rimase in strada senza cure per mesi. Il suo fisico minato dai tanti anni di vita

in strada peggiorò rapidamente. Prima rimase con una parte del corpo paralizzato. Con il sopraggiungere del freddo braccia e gambe andarono in cancrena e dovettero essere amputate. A quel punto grazie al nostro intervento riuscimmo a farlo prendere in carico dal sistema sanitario nazionale e adesso da anni vive in una struttura pubblica, senza nessuna possibilità di reale recupero.

Non garantire ai senzatetto il dritto alle cure è una grave violazione del dettato costituzionale e rappresenta un rischio per la salute pubblica. Per questo nelle ultime 4 legislature abbiamo presentato una proposta di legge per chiedere al Parlamento di garantire le cure sanitarie anche a chi è privo di residenza. Non-

stante diverse aperture da più parti politiche non siamo ancora riusciti a far approvare la nostra proposta ma la nostra battaglia continuerà. D'altronde come dice il nostro motto #NonEsistonoCausePerse.

*Antonio Mumolo  
Presidente Avvocato di strada Onlus*



Il buio oltre la siepe (To Kill a Mockingbird) - Robert Mulligan - 1962

## Architetti di strada *Nuovi luoghi urbani per affrontare il disagio sociale*

da [www.architettidistrada.it](http://www.architettidistrada.it)

Mamma Roma - Pier Paolo Pasolini - 1962

Architetti di Strada si propone di migliorare la risposta ai disagi sociali ed abitativi con progetti e realizzazioni sostenibili in termini economici, ecologici e sociali.

È composta da architetti, ingegneri, urbanisti, esperti di diritti umani, di comunicazione, di partecipazione, di sostenibilità energetica ed ambientale.

Usa un approccio basato sui principi di sviluppo sostenibile in termini economici, sociali ed ambientali.

Offre servizi, strumenti e azioni che consentono di trovare soluzioni anche in condizione economiche limitate, indicando e sperimentando nuovi concetti di casa e di abitare, soluzioni tecniche atte a rispondere meglio e più velocemente alle esigenze di uso e vita nelle città, per tutti.

Costruisce collaborazioni con amministrazioni pubbliche e altre istituzioni locali, centri sociali, cooperative, fondazioni e altri soggetti del terzo settore che operano sul territorio, in relazione ai progetti affrontati, con il preciso scopo di inserire lo strumento del progetto tecnico di architettura, design e ingegneria

nelle modalità con cui viene affrontato il disagio sociale, soprattutto abitativo, sin dalle fasi preliminari.

Si rivolge a chi non ha voce, a chi è escluso o al margine, basandosi in prima istanza sull'ascolto e la capacità di creare rete.

Riportiamo alcuni esempi dei progetti a testimonianza del loro intento di promuovere inclusione e benessere nella comunità, finalità e metodi di lavoro sicuramente in linea con concetti chiave e metodologici della promozione della salute, e che ci ricordano l'"antica", ma sempre valida definizione di salute del fondatore della nostra Rivista, Alessandro Seppilli, "la salute è una condizione di equilibrio del soggetto dinamicamente inserito nel suo ambiente fisico e sociale".

Architetti di Strada lavora con le persone per le persone al fine di garantire un contesto di vita fisico e sociale migliore che promuova socializzazione, ambiente sano e bellezza.

### **Garibaldi2/Blocco 3**

#### ***Il progetto***

Luogo residenziale dai fortissimi contrasti, considerato da molti quale punto critico della periferia bolognese oltre che spazio del degrado, è soprattutto la casa di molti nuclei familiari di culture diverse che condividono gli spazi dell'abitare. Inserendosi nel percorso partito già nel 2003 ad opera del Comune di Calderara di Reno per la riqualificazione di parte dell'immobile di edilizia residenziale pubblica, Architetti di Strada partecipa alla progetto volendo difendere la più ampia sostenibilità dell'intervento sia nella fase di progettazione che in quella di costruzione per la formazione di strategie per la gestione futura degli spazi. Intento del progetto è quello di inserirsi attivamente nel processo ben più ampio di trasformazione di questo complesso; facendo tesoro della sua storia, ci si è quindi riferiti all'edificio e alle sue caratteristiche costruttive e funzionali, al modo in cui è stato ed è abitato, alle caratteristiche e all'evoluzione del contesto in cui è inserito, alle recenti drastiche trasformazioni del complesso

edilizio, agli usi esistenti ed attesi unitamente alle attività trascorse o ancora attive connesse al Piano di Accompagnamento Sociale (PAS) connesso al PRU (Piano di Riqualificazione Urbanistica).

## **Metodologia**

Non disgiunta dalle componenti di sostenibilità ambientale ed economica si è presa in considerazione la sostenibilità sociale, interpretando le condizioni sociali esistenti ed attese per la creazione di legami dentro la comunità insediata e verso la città.

Fermamente convinti di quanto sia importante sempre mantenere la persona come obiettivo finale dell'operato, l'intervento mira a ribaltare il modo in cui lo spazio è percepito attraverso azioni e spazi permettendo agli stessi abitanti di poterli animare.

Parallelamente alle convenzionali formule di comunicazione esterna con progettisti ed addetti ai lavori, il progetto prevede inoltre la creazione di un punto di ascolto rivolto a tutti gli attori coinvolti con un continuo aggiornamento sullo stato dei lavori accompagnati a momenti di verifica con le famiglie destinate ad abitare i nuovi alloggi.

Il programma prevede in particolare l'attivazione di laboratori aperti alla cittadinanza, a partire dalle manifestazioni Porte Aperte e Settimana di Calderara in collaborazione con l'associazione Naufragi.

Il progetto tiene conto di questi aspetti, sapendo accogliere, interpretare e mettere in forma gli esiti dei processi di inclusione sociale e sviluppo della legalità che i diversi soggetti, cooperative, associazioni di residenti, istituzioni hanno portato avanti nell'ambito specifico del PRU e in generale nella comunità di Calderara.

## **Opportunità e sfide**

Volontà del progetto è quella di considerare il tema dell'accessibilità non solo come la semplice eliminazione delle barriere architettoniche ma andare oltre per non prescindere da una progettazione integrata per tutti nell'ambito di una riqualificazione complessiva. Attraverso la creazione di spazi comuni di semplice uso e riconoscibilità, unitamente alla ricerca della massima luminosità e ariosità degli ambienti, si mira al miglioramento della percezione del senso di sicurezza dell'abitato, elemento alla base di un vivere in equilibrio specie in un edificio di vaste dimensioni come il Blocco 3. Gli spazi esterni costituiscono, alla pari delle case, i luoghi dell'abitare; intento dell'intervento è quello di favorire l'esercizio di collaborazione tra le famiglie e con la città attraverso l'affidamento della cura delle aree verdi comuni. Obiettivo prioritario del progetto Garibaldi 2 è da principio stato quello di voler lavorare per la formazione di una comunità residenziale in equilibrio. Al fine di questo si cerca dunque di creare spazi funzionali capaci di favorire un maggiore senso di coesione e integrazione tra le persone abitanti del luogo specifico e con la città al fine di raggiungere nuove forme di autosostenibilità economica di vicinato.

## **Dal Degrado alla bellezza: 100% Casapesenna**

### **Il progetto**

Il progetto presentato è finalizzato all'acquisizione di proposte per il recupero di beni immobili confiscati alla camorra, di immobili comunali in disuso e di aree urbane da riqualificare nei comuni di Casal di Principe, Casapesenna, Santa Maria La Fossa, San Cipriano d'Aversa in provincia di Caserta che investono una por-

zione urbana di circa tre ettari, compresa tra diverse aree recuperate ad uso sociale e pubblico.

L'associazione Architetti di Strada propone di suddividere le risorse disponibili per attuare interventi strutturali attraverso azioni dedicate agli arredi urbani e alle aree verdi. Attraverso laboratori e attività di co-progettazione con la popolazione Architetti di Strada propone di suddividere le risorse disponibili in parti tutte fondamentali, dedicate ad interventi strutturali (arredi, pavimentazioni, aree a verde, ...), a laboratori ed attività di co-progettazione con la popolazione e alla attivazione di un programma start-up per la creazione di un'impresa che possa accogliere le istanze del progetto e attivarle nel tempo. L'obiettivo è quello di proporre un progetto di connessione urbana, con attenzione alle caratteristiche di fruibilità e accessibilità, di valorizzazione estetica con forte valore simbolico e miglioramento della sicurezza dei luoghi interessati e del quartiere.

### **Il nostro metodo**

Il progetto si fonda sul coinvolgimento delle persone e sulla loro percezione rispetto ai luoghi urbani e alla comunità cui appartengono, attraverso azioni che promuovono la comunicazione e condivisione da parte degli abitanti, verso un'azione di empowerment dei singoli abitanti partecipanti di gruppi e istituzioni.

### **Opportunità e sfide**

Nel nostro modo di intendere gli interventi proposti, tutto si fonda sulle persone, sulla popolazione di Casapesenna in primo luogo. È un progetto costruito intorno alle attività e al lavoro che potranno essere avviati, con le rispettive ricadute sui luoghi, sulle capacità di prendersene cura in relazione all'evolu-

zione della città. Aumenta la sostenibilità concreta: la qualità – materiale ed immateriale – è riconosciuta, viene da tutti ed è di tutti. Il cambiamento di un territorio passa anche attraverso la valorizzazione delle sue risorse umane. L'obiettivo è quello di avviare interventi semplici, che non costano molto, ma che funzionano e migliorano la città e le connessioni a tutti i livelli. La relazione tra i luoghi, le persone e le attività si consolida. Il modello può essere trasferito, modulato, interpretato.

### Un quadrilatero fuori porta

#### Proposta di progetto di riqualificazione di un'area urbana di edilizia popolare

##### Il progetto

Il progetto riguarderà la riqualificazione degli spazi verdi delle aree interne ai condomini erp delle vie Magazzari-Melato, Andreini-Ristori.

Tre gli ambiti d'intervento, strettamente intrecciati e d'influsso reciproco, da far procedere contemporaneamente:

- Manutenzione architettonica, straordi-

naria e ordinaria

- Risanamento e ri/qualificazione delle aree esterne: "stradelli", cortili, giardini

- Programmazione di attività socializzanti (anche in rapporto con quelle programmate per il Giardino Cervi)

##### Il nostro metodo

Il metodo adottato prevede la partecipazione attiva dei residenti (organizzati in comitato), nella definizione degli interventi e del percorso di attuazione. Il Comitato agisce in stretta collaborazione con l'Associazione Architetti di Strada, a cui è affidato il compito di proporre le soluzioni tecniche più appropriate.

Per la definizione del progetto l'Associazione Architetti di strada, oltre ad approfondire l'analisi delle condizioni dell'isolato, ha avviato un percorso basato su interviste ai residenti finalizzato a raccogliere informazioni, umori, sensibilità, idee, proposte. Le interviste che seguiranno saranno utili alla valutazione degli stati di avanzamento del progetto. Interlocutori fondamentali e attivi nel programma di riqualificazione sono il Quartiere San Donato e l'Acer, per gli

aspetti di mediazione sociale e recupero ambientale-architettonico.

Per gli interventi di riordino e abbellimento delle aree verdi il Dipartimento di Scienze Agrarie dell'Università offre il supporto scientifico.

##### Opportunità e sfide

L'intento è in sintesi quello di dare vita ad un processo di riqualificazione condivisa tra i residenti, il comune, il quartiere e Acer, anche tenendo presenti gli aspetti legati alla mediazione sociale e alla gestione dei conflitti. La proposta riguarda l'avvio di un percorso articolato in diverse fasi che comprendano la documentazione e raccolta dati, l'elaborazione progettuale, l'ascolto e riconoscimento delle esigenze degli abitanti, l'individuazione delle risorse disponibili in termini non solo economici, l'organizzazione di iniziative socializzanti che vedano la partecipazione attiva dei residenti e di altri soggetti attivi sul territorio e l'organizzazione di piccoli cantieri per le prime realizzazioni, con l'affiancamento e il coinvolgimento di Comune, Quartiere e Acer.



Mamma Roma - Pier Paolo Pasolini - 1962

## **ABITARE LA CITTÀ Inside Outside**

Un laboratorio di partecipazione e il successivo allestimento in Via Carteria a Modena di alcuni punti di sosta e sedute, attraverso la collaborazione attiva con i cittadini per promuovere la sensibilizzazione all'arte.

### *Se dico casa, cosa pensi?*

In concomitanza con l'evento organizzato il 9,10 e 11 Maggio da Rainbow AdvertisingArt per il lancio della Piattaforma per Artisti Emergenti, l'Associazione Architetti di strada ha organizzato un laboratorio di partecipazione e il successivo allestimento in Via Carteria, nella città di Modena, di alcuni punti di sosta e sedute, attraverso la collaborazione attiva con i cittadini per promuovere la sensibilizzazione all'arte.

L'area di via Carteria, luogo dell'intervento, insieme a via Sant'Eufemia e via Badia è un'area in cui si intersecano molte realtà e utenze: una zona residenziale multietnica e di diversa estrazione sociale; un'asse ad alta densità commerciale con una forte connotazione artigianale e artistica, accanto a importanti poli culturali e di aggregazione, che ruotano intorno alla facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università, gallerie d'arte, associazioni di promozione sociale e centri culturali. L'intervento si affianca al piano di riqualificazione e valorizzazione commerciale già avviato sull'area da alcuni anni, che il Comune di Modena ha predisposto attraverso un'azione di rilancio di via Carteria, partendo dall'individuazione di alcuni locali in cui insediare attività artigianali e commerciali di ricerca e qualità artistica, con l'obiettivo di rendere la strada attrattiva e farla diventare un punto di riferimento anche extra cittadino.

Secondo questa politica, Via Carteria è

la strada con la più alta predisposizione ad accogliere un evento partecipato simile, proprio per la sua connotazione, acquisita dall'intento promosso dal Comune, di una forte uniformità stilistica, costruita intorno ad un artigianato artistico evoluto e contemporaneo, con l'ambivalente fine di dare modo alle realtà artistiche e artigianali di Modena di avere una vetrina per farsi conoscere e al contempo di offrire un nuovo polo attrattivo con lo scopo di recuperare il concetto di strada.

L'intervento dell'Associazione Architetti di Strada è stato mosso dall'intento di consolidare e cercare appunto di concretizzare attivamente questo rapporto tra lo scenario artistico della via e la sensibilità dei cittadini a queste tematiche. La creazione di punti di sosta e di seduta come "salotti" ha cercato di favorire la socialità e avvicinare il concetto contemplativo dell'opera d'arte, prevalentemente intimo e quindi solitario, a un concetto collettivo e di convivialità, avvicinando anche la realtà artistica, spesso non concepita per un pubblico allargato, a tutti, in un contatto diretto con la cittadinanza nei salotti allestiti.

I materiali di allestimento, proprio per seguire la filosofia degli interventi promossi dall'Associazione Architetti di Strada, sono stati reperiti, adeguati all'uso e collocati all'interno di Via Carteria con il coinvolgimento attivo dei cittadini. L'abbellimento degli arredi ha avuto come scopo quello di renderli maggiormente adeguati all'uso attraverso il rivestimento con tessuti e con vernice bianca, in modo che gli arredi diventassero "fogli bianchi" dove poter esprimere le proprie idee. Le espressioni grafiche richieste in oggetto, proprio per avvicinare Modena alle tematiche promosse dall'Associazione Architetti

di Strada, sono state incentrate sul tema dell'Abitare, esplicitate nel concept del progetto: Inside Outside "se dico casa, cosa pensi?". Il concetto dell'abitare quindi è stato pensato nella declinazione di 6 temi, ognuno corrispondente a uno dei "salotti urbani" allestiti: spazio, relazione, temporaneo, emozioni, desiderio, sicurezza.

I cittadini coinvolti saranno per primi quelli più sensibili all'iniziativa: l'associazione Via Carteria, che unisce le associazioni, le gallerie, gli artigiani, gli artisti che hanno aderito al bando comunale sopracitato, che hanno inoltre messo a disposizione i loro spazi per le mostre temporanee degli artisti proposti dalla piattaforma Rainbow AdvertisingArt; insieme ai commercianti della zona. Sarà poi fatta una campagna comunicativa anche tra i residenti, per incentivare il concetto di partecipazione e di coinvolgimento in prima persona degli abitanti.

Per avvicinare alla dimensione artistica e collaborativa dell'iniziativa anche i più giovani, l'adeguamento del materiale e il successivo allestimento nella via è stato messo in atto attraverso dei laboratori pomeridiani che si sono svolti nell'ultima settimana di aprile e la prima di maggio, con la collaborazione di allievi delle dell'Istituto d'Arte Venturi di Modena e i ragazzi che aderiscono alle associazioni culturali della zona. Il coinvolgimento dei ragazzi è stato volto a incentivare la loro passione artistica, dare loro la possibilità di contribuire attivamente alla creazione dell'evento, offrire loro un corrispettivo diretto agli sforzi fatti con l'utilizzo concreto nell'allestimento del materiale prodotto e poter esprimere, attraverso il loro contributo, la loro personale visione del concetto dell'abitare.

**Dallo STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE ARCHITETTI DI STRADA****Art. 1**

È costituita una associazione denominata «Architetti di strada».

**Art. 2**

L'associazione è apolitica e non ha fini di lucro. Essa intende perseguire esclusivamente finalità di solidarietà sociale nei seguenti settori:

- assistenza sociale e sociosanitaria
- tutela, promozione e valorizzazione delle cose d'interesse artistico e storico di cui alla legge 1° giugno 1939, n. 1089, ivi comprese le biblioteche e i beni di cui al D.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409;
- tutela e valorizzazione della natura e dell'ambiente, con esclusione dell'attività, esercitata abitualmente, di raccolta e riciclaggio dei rifiuti urbani, speciali e pericolosi di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22;
- tutela dei diritti civili.

L'associazione intende contribuire alla riduzione del disagio sociale, contrastando l'esclusione derivante dal degrado delle condizioni abitative e dall'utilizzo improprio degli spazi pubblici cittadini. Al tempo stesso, tutela il diritto alla partecipazione nei processi che coinvolgono aspetti fondamentali della vita quali il vivere e lavorare in luoghi dignitosi e non segregati, in armonia con la natura, la storia e l'arte dei luoghi.

L'associazione, inoltre, intende attivare scambi con istituzioni di altri Paesi, in una prospettiva europea ed internazionale, con lo scopo di rendere efficaci gli interventi rivolti ai cittadini che vivono situazioni di emergenza in Stati diversi da quello di origine.

L'associazione, a tali fini, svolgerà le seguenti attività:

- progetti di architettura e ingegneria per la soluzione del disagio sociale;
- realizzazione di interventi urbanistici ed edilizi di recupero e/o nuova realizzazione di abitazioni temporanee o permanenti per gruppi sociali disagiati, nonché realizzazione di interventi di edilizia residenziale sociale;
- realizzazione di progetti a sostegno dell'innovazione nel settore edilizio ai fini di ottenere manufatti economici, e al tempo stesso di qualità, attraverso la ricerca e l'applicazione sperimentale;
- progetti di partnership con Enti, associazioni, cooperative, fondazioni e altri soggetti del settore non profit che si occupano della soluzione dei disagi e delle emergenze sociali connesse all'abitazione, alla fruizione degli spazi pubblici e a quanto attiene alla difesa dei diritti civili;
- progetti di riqualificazione di spazi urbani ed extraurbani.

A titolo esemplificativo, e non esaustivo, i destinatari delle attività associative sono:

- persone svantaggiate in ragione di condizioni fisiche, psichiche, economiche, sociali o familiari;
- cittadini e gruppi di cittadini che esprimono il bisogno di tutela dei diritti civili relativi all'uso degli spazi pubblici e all'abitazione;
- componenti collettività estere, limitatamente agli aiuti umanitari.

È fatto divieto all'associazione di svolgere attività diverse da quelle sopra elencate, ad eccezione di quelle ad esse direttamente connesse, nei limiti consentiti dal comma 5 dell'articolo 10 del D.Lgs. 4 dicembre 1997 n. 460.

da [www.architettidistrada.it](http://www.architettidistrada.it)

## “Un angolo di Paradiso” Un progetto di teatro sociale e di comunità con gli abitanti di un quartiere torinese

*Lorena La Rocca, Fabrizio Stasia e Alessandra Rossi Ghiglione, Claudio Tortone*

La strada - Federico Fellini - 1954

La Scuola di Formazione di Base in Teatro Sociale e di Comunità (TSC) è un percorso formativo annuale in cui il focus di lavoro si concentra dapprima sul gruppo in formazione (gli allievi della scuola), poi sull'incontro tra il gruppo e la comunità territoriale, per svilupparsi infine come intervento di TSC in strada. La Scuola è promossa dal *Social Community Theatre Centre* dell'Università di Torino (SCT Centre | Unito<sup>1</sup>) in collaborazione con DoRS – Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte<sup>2</sup>.

Il percorso formativo, della durata di 90 ore, si è articolato in più fasi di lavoro: la costruzione di legami di gruppo, conoscenza e fiducia tra i partecipanti-allievi; il training attoriale e sui linguaggi performativi, con particolare attenzione a quelli più efficaci in un setting di strada; il passaggio dal lavoro in gruppo al lavoro teatrale con la comunità. Quest'ultima fase è quella in cui i partecipanti-allievi sono accompagnati dai formatori nella progettazione e realizzazione di un evento di TSC, attraverso l'analisi del contesto territoriale che ospita il laboratorio. Si

tratta di allenare l'osservazione degli spazi urbani secondo una logica teatrale, lasciando che l'osservazione evochi immagini e racconti che possano trasformarsi in azioni sceniche secondo la metodologia del TSC. L'edizione 2017-2018 della Scuola di Base in TSC è stata ospitata dalla Casa del Quartiere (CQ) “Barrito”, ente di promozione socio-culturale del quartiere Nizza-Millefonti di Torino, il cui intervento sul territorio spazia dalla ristorazione alla proposta di attività culturali e ricreative orientate allo sviluppo di reti e legami comunitari. Se da un lato la vita nel quartiere Nizza-Millefonti si distingueva per la scarsa fruizione degli spazi pubblici e per l'alta frammentazione dei legami sociali, dall'altra la stessa CQ “Barrito” presentava difficoltà nell'aprirsi al territorio circostante riducendo l'impatto della sua mission. Il progetto teatrale si poneva, tra gli obiettivi, quello di co-progettare con la CQ un evento artistico che, oltre a sviluppare capitale sociale e promuovere abilità e benessere, fosse anche uno strumento di rappresentazione simbolica e di promozione e trasformazione delle attività del Barrito.

Le figure chiave della CQ quali il cliente abituale, la cameriera del ristorante, il coordina-

tore, la donna delle pulizie, sono state intervistate e i loro racconti e le loro storie sono diventate il materiale per creare una narrazione corale che raccontasse questa realtà.

La ricerca è stata ampliata all'esterno scoprendo le caratteristiche del quartiere intorno al Barrito per trovare possibili connessioni tra dentro e fuori: gli allievi hanno fatto una ricerca sulle tradizioni, la storia architettonica, le trasformazioni di Nizza-Millefonti.

Il materiale drammaturgico raccolto ha fatto emergere il racconto di uno spazio ricco di idee ma chiuso in se stesso, un “angolo di paradiso” sconosciuto in un quartiere marginalizzato. Su questa immagine centrale è stata creata l'intera azione teatrale. Il gruppo di allievi, divisi in sottogruppi di lavoro e sotto il coordinamento dei formatori, ha ideato e realizzato ogni parte del progetto artistico: scenografie, organizzazione logistica, musiche, azioni teatrali, il tutto finalizzato all'incontro tra gli abitanti del quartiere e lo spazio “Barrito”. Se la comunità interna è stata coinvolta anzitutto con le interviste teatrali, la popolazione residente è stata avvicinata col format della parata e della festa teatrale di comunità utilizzando il giardino pubblico situato di fronte al Barrito e le strade del

<sup>1</sup> [www.socialcommunitytheatre.com](http://www.socialcommunitytheatre.com)

<sup>2</sup> [www.doors.it](http://www.doors.it)

quartiere come scenario dell'evento. Partendo dalle suggestioni tratte dalle interviste si è deciso di costruire una scenografia itinerante da portare in parata: un grosso puppet con le sembianze di un elefante chiamato Barrito, simbolo della CQ, che esce dai suoi spazi per incontrare gli abitanti del territorio. Il gruppo scenografie ha realizzato il puppet decorandolo con i colori giallo, rosso e arancione della CQ. Gli stessi colori sono stati utilizzati per i costumi di parata e festa. Il gruppo musica ha allestito una piccola marching band (composta da allievi della scuola e musicisti esterni) per accompagnare parata e festa. La scelta delle musiche è stata realizzata a partire dalle interviste e dal contesto socio-culturale. Il giorno precedente l'evento è stata realizzata per le strade del quartiere una pre-parata con musica, scenografie e banditori con megafono finalizzata alla convocazione della cittadinanza alla festa della domenica. La parata è un invito festoso per la comunità circostante ed è volutamente costruita su un canovaccio molto semplice di azioni e parole, che permetta momenti di interazione e improvvisazione con il pubblico degli abitanti. Si realizzano così piccoli momenti di baratto teatrale improvvisato. Si baratta l'apertura e la partecipazione degli abitanti in cambio di un piccolo dono artistico: accade ad esempio che si improvvisi una serenata per la signora anziana che si affaccia incuriosita dal balcone di casa, o che si offre come dono a una famiglia del quartiere che si avvicina un breve pezzo teatrale tratto dalle interviste. È importante che già in questa fase di invito-ingaggio la dinamica relazionale che si innesca sia coinvolgente e partecipativa e non meramente fruitiva, che stimoli il "sentirsi parte di". Accade anche che, durante questi momenti di baratto artistico, vicini di casa si affaccino contemporaneamente al balcone di un condominio e comincino a parlare e successivamente ti raccontino che prima di allora non era mai

successo e che proprio quella è stata per loro l'occasione di un incontro<sup>3</sup>.

Esito di tutto questo lavoro è la performance teatrale itinerante *Un angolo di paradiso*: evento finale in cui le voci degli intervistati sono state raccontate al quartiere nelle tappe di una grande parata di strada. Barrito, rappresentato con la scenografia di un grande elefante che va alla scoperta di un territorio sconosciuto, accompagnato da musiche, azioni corali e racconti, ha sfilato per le vie del quartiere, normalmente deserte, riempite di colori e vitalità. Due attori e il capo parata, al megafono, invitavano i residenti ad affacciarsi alle finestre, a scendere per la strada e unirsi alla parata e al grande pranzo domenicale al termine del percorso, nel giardino pubblico davanti alla CQ<sup>4</sup>. Al termine della parata il baratto tra cittadini e CQ: ognuno è stato invitato ad attaccare dei biglietti ai palloncini appesi sul grande elefante con le proposte personali da portare a Barrito per farlo volare alto. Le proposte degli abitanti rappresentano una base ideativa su cui programmare gli eventi culturali e ricreativi della nuova stagione: bisogni reali e risorse della cittadinanza per creare una programmazione culturale efficace, partecipata, su misura dei destinatari. In cambio, una grande spaghettonata offerta dalla CQ Barrito per continuare la festa nel parco allestito con cura e ripulito per l'occasione con il contributo della Circostruzione. Alle parate e alla

<sup>3</sup> Rimandiamo al sito di SCT Centre UniTo per la descrizione di altri format di Parata di Comunità, quali *La Parata della Frutta* o *La Parata del Minestrone*, sempre sviluppati da SCT Centre, ma più articolati rispetto a quello qui descritto e che innescano ulteriori elementi di ingaggio e coinvolgimento degli abitanti.

<sup>4</sup> La preparazione della performance situata negli spazi esterni ha richiesto agli enti coinvolti di contribuire all'allestimento attraverso la manutenzione e la riqualificazione degli spazi con un impatto significativo sull'abbellimento degli spazi pubblici utilizzati.

festa hanno partecipato circa 200 abitanti, i 28 allievi della Scuola Di Base in TSC, gli 8 operatori del Barrito e le associazioni del quartiere attive sul territorio.

Un'azione teatrale di comunità che ha promosso uno spazio e un tempo di benessere per il quartiere, un incontro mediato dal teatro che ha fatto emergere bisogni e risorse a cui dare risposte attraverso proposte culturali e sociali.

Un progetto con la comunità che ha agito con le cinque strategie raccomandate dalla Carta di Ottawa (1986) della promozione della salute, trasformando un contesto e le relazioni esistenti attraverso azioni di advocacy, abilitazione e mediazione per creare comunità resilienti e ambienti favorevoli (Salute 2020). Un'occasione di apprendimento "sul campo", o meglio in strada, per gli allievi della Scuola di TSC. Un percorso salutogenico corale, sociale e ambientale.

Bibliografia disponibile su [www.dors.it](http://www.dors.it)  
Rossi Ghiglione A, Pontremoli A, Teatro Sociale e di Comunità, Scheda Metodologica DoRS, 2018 ([https://www.dors.it/documentazione/testo/201809/201809\\_tsc\\_scheda\\_metodologica.pdf](https://www.dors.it/documentazione/testo/201809/201809_tsc_scheda_metodologica.pdf))  
Rossi Ghiglione RA, Tortone C, Il Teatro Sociale di Comunità, DoRS, 2019 (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=3182>)

OMS, Carta di Ottawa, 1986 ([https://www.dors.it/alleg/0400/1986\\_Carta\\_Ottawa\\_OMS\\_ita.pdf](https://www.dors.it/alleg/0400/1986_Carta_Ottawa_OMS_ita.pdf))  
Tortone C, Cometti E, Salute 2020: intervista a giovani professionisti sull'ambito prioritario 4 "Creare comunità resilienti e ambienti favorevoli" (<https://www.dors.it/page.php?idarticolo=107>)

In libreria

Matricoti FC, I teatri di Igea. Il teatro come strumento di promozione della salute - Teorie, pratiche, cambiamenti. Italian University Press, Genova, 2010 (recensione <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=1206>)  
Rossi Ghiglione A, Teatro Sociale e di Comunità. Drammaturgia e messa in scena coi gruppi, Dino Audino, Roma, 2013

*Lorena La Rocca,  
Fabrizio Stasia  
Alessandra Rossi Ghiglione  
SCT Centre  
Università di Torino  
Claudio Tortone  
DoRS Regione Piemonte*

## Dalla parte della strada: l'esperienza ventennale dell'Unità di Strada Cabiria

*Barbara Pilati, Barbara Bartocci, Morena D'Agostino, Hélène D'Angelo, Anna Grazia De Giorgio, Sara Galeazzi, Stefania Guerrucci, Michela Nardi*

Le notti di Cabiria - Federico Fellini - 1957

L'Unità di Strada Cabiria nasce a Perugia nel 1998 per iniziativa di Arcisolidarietà Ora d'Aria come servizio di riduzione del danno socio-sanitario presso i/le sex workers presenti sulle strade, con attività di promozione della salute sessuale e della prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST). Nel corso degli anni, con i finanziamenti del Dipartimento delle Pari Opportunità e un ampliamento dell'area di intervento a tutto il territorio, l'UdS Cabiria ha acquisito un ruolo centrale anche nell'emersione delle vittime di tratta e sfruttamento sessuale. Oggi è partner del progetto FREELIFE 3 della Regione Umbria in cui svolge, in coordinamento con altri enti locali, attività di monitoraggio del fenomeno della prostituzione outdoor e indoor e di emersione del fenomeno della tratta e dello sfruttamento sessuale e lavorativo, mediazione sociale, prevenzione sanitaria non solo per le/i sex workers ma per la cittadinanza tutta.

Con chi si prostituisce outdoor l'intervento viene effettuato attraverso uscite in strada in orario diurno e notturno, nel corso delle quali si distribuiscono preservativi,

beni di prima necessità, materiale informativo. Con chi si prostituisce indoor<sup>1</sup> l'intervento avviene mediante contatto telefonico. In strada come telefonicamente si realizza un contatto diretto in cui si forniscono i recapiti del servizio<sup>2</sup> e si effettuano counselling mirati sulle tematiche della prevenzione delle IST, delle gravidanze indesiderate, sull'uso di condom e femidom, sui comportamenti a rischio, sui percorsi di screening e terapeutici. Si offre assistenza e orientamento su screening e servizi socio-sanitari del territorio e si propongono percorsi di empowerment, che passano anche dall'accesso al sistema socio-sanitario. Contestualmente si raccolgono i bisogni e le richieste delle persone intercettate, che vengono poi tradotte in

<sup>1</sup>. Tramite annunci su siti web o giornali.

<sup>2</sup>. L'Unità di Strada Cabiria è dotata sia di un numero di telefono di riferimento, per la reperibilità e l'organizzazione del lavoro, che di una pagina Facebook, utilizzata per la divulgazione di materiale informativo, aggiornata con informazioni sui servizi, sui progetti di prevenzione sanitaria promossi e realizzati dal servizio, sulle iniziative pubbliche dell'UdS e su quelle organizzate da altri enti e organizzazioni locali.

accompagnamenti ai servizi, consulenze e programmazione di percorsi individuali di autodeterminazione. L'obiettivo è garantire il diritto alla salute di chi si prostituisce e promuoverne l'autonomia a tutti i livelli, a partire da quello della cura di sé<sup>3</sup>, in si-

<sup>3</sup>. Particolarmente significativa, nel corso degli anni, è la collaborazione attivata con i Consultori del perugino, l'Ambulatorio immigrati di Anlaidis Umbria (che offre visite mediche generali e test sierologici a persone straniere con accesso diretto, gratuito, senza richiedere la tessera sanitaria), il Day Hospital di Malattie Infettive e il reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia, il reparto di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Media Valle del Tevere, il Centro Servizi Giovani del Comune di Perugia, lo Sportello per migranti della Cooperativa Papaveri Rossi, l'Associazione Donne dell'Est in Umbria, l'Associazione Omphalos LGBT. Ultimamente attivata un'importante collaborazione con il consultorio perugino M.A.K.A. Centro studi antropologici su corpi, generi e modificazioni genitali, ad accesso diretto e gratuito, dove troviamo personale formato e mediche in grado di affrontare la tematica delle modificazioni genitali femminili (MGF)

nergia con la rete sia locale che nazionale dei servizi socio-sanitari <sup>4</sup>.

La metodologia di intervento dell'UdS Cabiria si colloca tra quegli approcci che considerano la prostituzione come un'attività lavorativa non necessariamente legata alla tratta e allo sfruttamento sessuale. L'intervento viene costruito a partire da un ascolto non giudicante, volto a costruire un rapporto di fiducia con l'utenza, utile all'avviamento di percorsi di autonomia calibrati sulla persona. Ogni percorso è costruito individualmente muovendo dai bisogni espressi dalla persona e anzitutto da una sua attivazione, nel rispetto dei suoi tempi e delle sue possibilità. Si cerca di evitare la sovradeterminazione e l'eterodirezione, per far prevalere invece l'affiancamento alla persona nel suo percorso di autodeterminazione, tentando in tal modo di favorire l'adesione ai percorsi proposti. Questo ci porta ad avere un feedback generalmente molto positivo rispetto alla ricezione dell'offerta del servizio, ma contemporaneamente a seguire itinerari non lineari, del tutto coerenti con la precarietà delle condizioni di vita e lavoro delle persone che vengono intercettate dal servizio, legate a fattori di vulnerabilità e marginalità a volte estreme.

Le/i sex workers che entrano in contatto con l'UdS Cabiria sono donne (75%), transessuali MtoF (20%) o uomini

e di rilasciare certificazioni utili anche al riconoscimento di una protezione internazionale.

<sup>4</sup>. Costituita da aziende sanitarie e ospedaliere, medici di medicina generale, consultori, enti locali, ma anche da una galassia di associazioni e organizzazioni che svolgono un importante lavoro di accoglienza, mediazione culturale, segretariato sociale e consulenza.

(0.5%)<sup>5</sup> con vissuti, posizioni, condizioni di vita e lavoro molto differenti. Parliamo di una realtà complessa e non omogenea: esistono, infatti, molteplici forme di prostituzione con differenti intensità di costrizione e sfruttamento; molteplici forme di autonomia; differenti percorsi migratori, formativi e lavorativi; diverse condizioni economiche. L'intervento dell'UdS si muove tra le varie sfumature di questo fenomeno, fornendo alle persone intercettate strumenti a loro volta differenti e molteplici, a seconda delle esigenze espresse direttamente e indirettamente. L'utenza è costituita in gran parte da persone migranti, provenienti principalmente da Romania, Nigeria, Brasile, Argentina, Albania, Perù, Cina, e solo una piccola percentuale di cittadine/i italiane/i. La gran parte di queste persone per il fatto di non essere di cittadinanza italiana presenta anzitutto una vulnerabilità legata alla non conoscenza della lingua, della normativa, dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari e degli enti locali del contesto di arrivo. Inoltre, in parte, presenta problematiche legate alla regolarizzazione della propria presenza sul territorio italiano. Infine, un numero alto tra queste persone (difficile da quantificare con precisione) è coinvolto in situazioni di tratta e sfruttamento: parliamo di donne e transessuali giovanissime, dall'autonomia a volte molto esigua, legate ad un network criminale che si occupa della gestione del loro lavoro e della loro vita a tutto tondo (vitto e alloggio, relazioni sociali e con il contesto urbano, condizione legale, salute) e che spesso le "sposta" da territorio a territorio. Tutti gli elementi sopra citati determinano, con intensità diversa da persona a persona, difficoltà nell'accesso ai diritti, una maggiore possibilità di essere sottoposti sfruttamento, raggiri, una mino-

<sup>5</sup>. Dati UDS Cabiria Febbraio 2019.

re possibilità di richiedere aiuto e di accedere ai servizi, anche per paura di ritorsioni e ricatti, come nel caso delle persone vittime di tratta e sfruttamento.

Molte delle richieste formulate da queste persone riguardano consulenza legale, accesso ai diritti, accesso a percorsi di formazione linguistica. Per le richieste legate a problematiche migratorie l'UdS Cabiria offre consulenza legale e affiancamento nei percorsi di regolarizzazione, richiesta di protezione internazionale e di accesso a programmi di protezione per vittime di tratta e sfruttamento, infine un orientamento ai corsi di lingua presenti sul territorio.

Le richieste che maggiormente vengono espresse dal punto di vista sanitario riguardano problematiche di tipo ginecologico (contraccezione regolare e di emergenza, interruzioni volontarie di gravidanza, percorsi di assistenza al parto) e legate alla prevenzione delle IST (screening sierologico e accesso alle terapie). Per rispondere a queste e altre esigenze di tipo sanitario si propone all'utenza anzitutto l'accesso al SSN tramite iscrizione finalizzata all'ottenimento della Tessera Sanitaria o del STP<sup>6</sup>. Inoltre, si programma con l'utenza

<sup>6</sup>. Si tratta di una tessera sanitaria per Stranieri Temporaneamente Presenti, che consente anche a chi è irregolare sul territorio di essere assistito da un medico di medicina generale e di accedere a prestazioni ambulatoriali e ospedaliere. Rimane irrisolto, invece, il problema della presa in carico dell'utenza di provenienza comunitaria da parte del Servizio Sanitario Nazionale in quanto la Regione Umbria, a differenza di tutte le altre regioni italiane, non si è ancora dotata del codice ENI, strumento utile a garantire l'assistenza sanitaria per quei cittadini dell'Unione Europea indigenti che non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale né assicurati dalla Cassa estera di competenza. Tale situazione non garan-

il percorso di screening e terapeutico più adeguato. Di default si propongono visite mediche generali, visite ginecologiche<sup>7</sup>,

tisce una tutela sanitaria ad una grande fetta della nostra utenza, di provenienza est europea, e rappresenta un concreto ostacolo alla possibilità di avviare percorsi di emersione da eventuali situazioni di tratta e grave sfruttamento sessuale e lavorativo.

<sup>7</sup>. In seguito ad una formazione sul tema cui si è sottoposta l'Equipe e grazie all'attivazione del Consultorio M.A.K.A., l'UdS Cabiria propone anche - a donne provenienti principalmente dalla Nigeria - visite ginecologiche utili ad approfondire la presenza di modificazioni genitali femminili (MGF): pratica molto diffusa anche in alcune aree del continente africano, interna all'organizzazione di ruoli sociali e di genere e considerata ancora (nonostante illegale in alcuni paesi come la stessa Nigeria) del tutto accettabile. Sono molte le utenti nigeriane che sono state sottoposte a modificazioni genitali in età infantile nel proprio paese e attualmente lamentano dei fastidi e delle patologie ginecologiche correlate. Il tema è estremamente delicato ed il confronto con queste donne, che spesso non hanno alcun

test sierologici, visite infettivologiche, per poi affiancare l'utenza nei percorsi sanitari individuali.

Un elemento importante del lavoro dell'UdS Cabiria è quello della mediazione sociale entro l'attività di promozione della salute con le sex workers straniere. Anzitutto si rende necessario facilitare la comunicazione tra concezioni di salute, benessere, malessere, dolore, corpo e terapia molto differenti. L'equipe si relaziona a persone provenienti da contesti culturali anche molto lontani da quello italiano ed ha l'onere di comunicare in maniera comprensibile e convincente per le persone assistite informazioni utili alla cura di sé, creando dei veri e propri "ponti"

ricordo dell'intervento e presentano un atteggiamento di accettazione di una pratica che non percepiscono come lesiva della propria integrità corporea, risulta estremamente difficile per la differente lettura che il contesto culturale locale e la stessa normativa italiana ed europea ne danno.

comunicativi tra nozioni e impostazioni spesso in traducibili. Allo stesso tempo ha l'onere di raccogliere le esigenze di queste persone trasformandole in richieste che possano trovare una risposta nei servizi socio-sanitari del territorio, facilitandone quindi l'accesso e i rapporti con gli operatori e le operatrici dei servizi<sup>8</sup>.

L'UdS Cabiria effettua un delicato lavoro di affiancamento della durata di mesi, a volte di anni, che porta l'utenza nella maggior parte dei casi a proseguire in autonomia i propri percorsi sanitari<sup>9</sup>. Le sex workers con cui nel corso degli anni

<sup>8</sup>. In questo lavoro l'UdS si dota anche del supporto di mediatrici culturali specializzate, ricorrendo al servizio di mediazione previsto dai servizi sanitari o proposto da organizzazioni locali.

<sup>9</sup>. In ogni caso, l'utenza considera anche a distanza di anni l'UdS Cabiria un punto di riferimento per l'orientamento ai servizi o alla prevenzione sanitaria, da poter contattare all'occorrenza anche una volta terminata l'attività di sex worker.



Le notti di Cabiria - Federico Fellini - 1957

si è dimostrato più arduo effettuare un affiancamento sono le vittime di tratta o sfruttamento. Con questo tipo di utenza il primo contatto risulta molto delicato e quelli successivi vanno costruiti con una cura estrema, per acquisire e non perdere la fiducia della persona assistita. In questi casi possono verificarsi repentini abbandoni del percorso proposto, per ragioni non dipendenti dalla volontà della persona o per un improvviso spostamento della stessa su un altro territorio. Si deve dunque far fronte alla frustrazione di non vedere i frutti di un lavoro meticoloso effettuato con la persona, concentrandosi invece sulla potenzialità degli strumenti forniti nel corso dell'interazione e sull'attivazione delle risorse individuali in un futuro prossimo. Infine, nei casi di grave sfruttamento, come nel recente fenomeno della prostituzione indoor cinese, risulta quasi impossibile avviare dei percorsi di affiancamento.

Tra le sex workers del territorio è forte la consapevolezza dell'importanza dell'uso del preservativo per prevenire l'HIV, mentre è minore rispetto alle altre IST. Si rileva tra le donne una competenza più scarsa sulla prevenzione di gravidanze indesiderate, un uso sporadico della contraccezione regolare e una limitata conoscenza dei dispositivi di contraccezione d'emergenza. Generalmente bassa è la conoscenza dei servizi socio-sanitari del territorio: le persone straniere tendono così a rivolgersi ad ambulatori privati a pagamento, consigliati entro la rete di connazionali. Ai fini di aumentare i livelli di consapevolezza su queste tematiche si effettuano in strada dei counselling dedicati, con l'aiuto di materiale informativo multilingue redatto dalle stesse mediatrici sociali dell'UdS Cabiria con un taglio adeguato all'utenza intercettata. In particolare l'UdS ha redat-

to un opuscolo informativo multilingue, utile strumento ad acquisire conoscenze di base sulla salute sessuale e riproduttiva, conoscere e attivare in autonomia i servizi socio-sanitari a cui si ha diritto<sup>10</sup>. Ai fini della prevenzione delle IST, inoltre, nel 2011 l'UdS Cabiria ha partecipato al progetto pilota<sup>11</sup> di sperimentazione del test HIV salivare a risposta rapida<sup>12</sup>, offrendo lo screening con il rapid test direttamente alle/i utenti in strada. Da allora l'UdS offre periodicamente in strada screening tramite test rapidi salivari per HIV, Sifilide ed HCV alla presenza di personale medico specializzato<sup>13</sup>, ottenendo un ottimo feedback dall'utenza. Questa attività risulta estremamente efficace per molte ragioni: è veloce, facile e indolore; non necessita l'organizzazione di accompagnamenti dedicati; viene effettuata in un luogo familiare all'utenza ed informale, confortevole; la presenza del personale medico in

strada consente di effettuare counselling dedicati ed approfonditi; avvicina il personale medico all'utenza, rendendo la figura medica meno astratta ed estranea ai loro occhi. Infine, crea un collegamento immediato tra l'utenza ed il personale medico che lavora nella struttura ospedaliera e rafforza il legame tra l'utenza e l'UdS.

L'intervento effettuato quotidianamente dall'UdS Cabiria a beneficio delle/i sex workers che lavorano outdoor e indoor in Umbria è mirato ad aumentare i livelli di benessere e di autonomia delle persone assistite, ma ha anche una ricaduta indiretta sulla salute pubblica. Inoltre, a partire dalla già citata partecipazione al progetto pilota promosso sulla sperimentazione del test HIV a risposta rapida, l'UdS Cabiria, in partenariato con altri enti e associazioni del territorio, è costantemente impegnata in interventi di promozione della salute sessuale e riproduttiva rivolti alla cittadinanza umbra. La spinta per questo tipo di attività è arrivata dalle allarmanti lamentele delle sex workers in merito a sempre più insistenti richieste di prestazioni sessuali non protette da parte dei clienti, insieme al dato crescente delle infezioni da HIV rilevato dall'Istituto Superiore di Sanità.

Nel 2014 è stata attivata una collaborazione con la locale web radio indipendente Lautoradio<sup>14</sup> per la creazione di una rubrica dal titolo "La pillola di oggi"<sup>15</sup>: rivolta alle nuove generazioni e divulgata attraverso i social media, trattava con linguaggio semplice e diretto di contraccezione, preservativi, test HIV. Dal 2015 sono stati realizzati diversi progetti finalizzati a promuovere la prevenzione dell'HIV e delle altre IST presso la cittadinanza, per supe-

<sup>10</sup>. "Stare in buona salute. conoscere i propri diritti e i servizi della città per vivere meglio" (2011): realizzato nell'ambito del progetto "Andiamo Insieme. Ricerca - intervento per l'orientamento di donne straniere ai servizi socio-sanitari nel Comune di Perugia" finanziato nel 2010/11 dalla Chiesa Valdese con i fondi dell'Otto per Mille e tradotto in 9 lingue. <https://lautoradio.net/www/stare-in-buona-salute-conoscere-i-proprio-diritti-i-servizi-sanitari-citta-per-vivere/>.

<sup>11</sup>. "Valutazione dell'offerta del test per HIV a risposta rapida nei luoghi frequentati da popolazioni vulnerabili e ad alto rischio d'infezione", Istituto Nazionale per le Malattie Infettive (INMI) "Lazzaro Spallanzani" Roma 2011.

<sup>12</sup>. Il test salivare rapido per HIV consente, prelevando un campione di saliva, di fornire il risultato dopo soli 20 minuti: è un modo veloce, pratico e diretto per rilevare i casi di contagio.

<sup>13</sup>. Sanitari dell'Ospedale Santa Maria della misericordia di Perugia e membri di An-laid Umbria.

<sup>14</sup>. <http://lautoradio.net/www/>

<sup>15</sup>. <http://lautoradio.net/www/tag/la-pillola-di-oggi/page/2/>

rare le tradizionali “categorie a rischio” (omosessuali, sexworkers, tossicodipendenti) e cominciare a parlare di “comportamenti a rischio”<sup>16</sup>. È nata una campagna di informazione e sensibilizzazione con grafiche/audio/video multilingue distribuite su web, radio, cinema locali e luoghi pubblici e realizzati con il coinvolgimento diretto della cittadinanza attraverso una chiamata pubblica con lo slogan #io ci metto la faccia. Questa chiamata ha attivato il protagonismo diretto dei cittadini/e nella divulgazione dei contenuti proposti, con il risultato di consentire l’elaborazione di una comunicazione immediata ed un meccanismo di immedesimazione dello spettatore, per suscitare la riflessione su quanto il tema riguardi tutti e tutte al di là delle categorie. Sono stati, inoltre, proposti momenti di informazione e somministrazione dei test salivari a risposta rapida per HIV in luoghi pubblici, secondo l’ottica di prevenzione propria dei servizi di prossimità per cui è il servizio che va direttamente alle persone con una presenza attiva e interattiva nei contesti di incontro e socialità delle stesse. I luoghi interessati da questi interventi (modulati di volta in volta in base alla tipologia del luogo, al profilo dei presenti ed ai codici di fruizione degli spazi) sono stati: una sagra paesana, il Centro Servizi Giovani, un locale ricreativo e culturale della città di Perugia, una fiera regionale, un contest musicale giovanile.

<sup>16</sup>. “Aids Free Generation. Campagna di sensibilizzazione al di là degli stereotipi, per una cultura su sessualità sicura e consapevole” (2015-2016) Finanziato con i fondi dell’OttoPerMille della Tavola Valdese, in collaborazione con Anlaid Umbria, Cinegatti e Contro-Sguardi ha realizzato una campagna di comunicazione audio/video/grafica e momenti di informazione pubblica e somministrazione dei test salivari a risposta rapida per HIV.

Sono stati promossi, infine, degli incontri di formazione dedicati al personale medico e sanitario ed agli operatori del terzo settore<sup>17</sup>, riconoscendo a questi professionisti un ruolo centrale per la prevenzione delle IST e la diffusione dei test salivari a risposta rapida per HIV. In particolare, sono stati coinvolti Medici di Medicina Generale, personale sanitario ospedaliero e della Asl, pediatri di libera scelta, operatori/trici impiegati/e nell’accoglienza di richiedenti asilo e dell’associazionismo<sup>18</sup>. I progetti descritti<sup>19</sup> hanno avuto un’otti-

<sup>17</sup>. “Già fatto? Progetto per l’informazione sulle malattie a trasmissione sessuale e per la somministrazione di test a risposta rapida per l’HIV” è stato finanziato dal Fondo Sociale Regionale e realizzato da Anlaid Umbria Onlus in partenariato con: USL 1 Umbria; Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia – Reparto di Malattie Infettive; Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani di Roma; Arcisolidarietà Ora d’Aria – UdS Cabiria; Borgorete Soc. Cop. Soc. – Centro a Bassa Soglia; Centro Servizi Giovani Perugia; Omphalos Arcigay Arcilesbica Perugia – Gruppo Salute; Cesvol Perugia; Associazione Sida.

<sup>18</sup>. Giornata di formazione ECM “HIV e altre MST: dai dati alle buone prassi. Il ruolo dei Medici di Medicina Generale, del personale Ostetrico e Ginecologico e dei Pediatri di Libera Scelta”. <https://aidsfreegenerationpg.wordpress.com/2016/11/03/2611-giornata-di-formazione-su-hiv-e-mst-a-perugia/> Incontri con i medici di medicina generale del distretto di Perugia e Magione <https://aidsfreegenerationpg.wordpress.com/2017/04/03/gli-incontri-con-i-medici-di-medicina-generale-a-perugia/> Al termine di questi incontri è stata lanciata una campagna di prevenzione dell’HIV che ha previsto la sperimentazione presso il Centro di Salute di Magione (PG) della somministrazione del rapid test per HIV <https://aidsfreegenerationpg.wordpress.com/2017/05/03/da-maggio-test-hiv-rapidi-salivari-al-centro-di-salute-di-magione/>

<sup>19</sup>. Tutto il materiale relativo ai progetti

ma accoglienza da parte della cittadinanza, sia in termini di attivazione diretta che in termini di adesione agli screening proposti. Di fondamentale importanza è stato il coinvolgimento del personale medico e degli operatori del terzo settore, al fine di diffondere l’approccio test&treat, aumentare il livello di consapevolezza rispetto all’importanza della diagnosi precoce anche tra i medici, utile a ridurre sempre più i nuovi contagi con le terapie appropriate. L’UdS Cabiria realizza periodicamente iniziative in luoghi pubblici di socialità e incontro, nella convinzione che essi costituiscano un’occasione unica per parlare nuovamente in maniera pubblica di tematiche che negli ultimi anni sono diventate tabù e/o vengono percepite come estranee dalla maggior parte della cittadinanza, ma anche per attivare un confronto e uno scambio sia tra peers che tra medici e cittadinanza sulla sessualità e sulla prevenzione<sup>20</sup>.

*Barbara Pilati, Barbara Bartocci,  
Morena D’Agostino, Hélène D’Angelo,  
Anna Grazia De Giorgio,  
Sara Galeazzi, Stefania Guerrucci,  
Michela Nardi  
Unità di Strada Cabiria,  
Perugia*

descritti è raccolto in un sito, tutt’ora attivo e utilizzato per la pubblicizzazione degli eventi che l’UdS Cabiria promuove sul territorio <https://aidsfreegenerationpg.wordpress.com/info/aids-free-generation-pg/>.

<sup>20</sup>. Delle iniziative sul tema della salute riproduttiva e sessuale è possibile leggere nel blog <https://aidsfreegenerationpg.wordpress.com> e nella pagina Facebook dell’Unità di Strada Cabiria <https://www.facebook.com/Unità-di-Strada-Cabiria-647857435249959/>.

## 21 anni di riduzione del danno a Perugia

*Articolo degli operatori della cooperativa BorgoRete che gestiscono il Centro di accoglienza a bassa soglia e l'Unità di Strada*

Traffic - Steven Soderbergh - 2000

Il Cabs (Centro di accoglienza a bassa soglia) e l'UdS (Unità di Strada) sono servizi gestiti dalla Cooperativa Sociale BorgoRete di Perugia, che si avvale di un'equipe formata da otto operatori, con un referente interno, che si alternano tra il centro diurno e le uscite con l'unità mobile. La titolarità di Cabs e UdS spetta, invece, all'Asl Umbria e al Comune di Perugia: per la precisione Asl e Comune si dividono la titolarità dell'UdS, mentre la prima detiene per intero quella sul Cabs. Nasce prima l'UdS nel 1998 e, pochi anni dopo, nel 2001, il Cabs: quello che li contraddistingue è l'idea di attivare a Perugia interventi ispirati alla la Riduzione del Danno. Portare in Umbria dei modelli che sta (RdS) hanno cercando di radicarsi, in quella fase, in altre città, in altre Regioni d'Italia.

Per raccontare i servizi di RdD perugini è utile ascoltare due voci: la prima è quella della dottoressa Claudia Covino, responsabile del Ser.t di Perugia, il secondo è quello di Enrico (il nome è di fantasia), cinquantenne di un paesino alle porte di Perugia, assiduo frequentatore.

### L'intervista al professionista

*Verso la fine degli anni novanta un gruppo di operatori che ha cominciato a occuparsi di RdD si presenta al suo Servizi. Lei è disponibile ad ascoltarli nonostante nessuno di loro lavori per l'Asl. Ci spiega come è andata?*

Gli interventi di quella che allora era chiamata UdSC (Unità di Strada Centro) erano nati come un servizio del Comune di Perugia. A noi non era stato detto nulla. Sono stati gli operatori di quel gruppo che si sono presentati al Ser.t, ci hanno raccontato quello che stavano facendo, e che volevano continuare a fare. Noi li abbiamo accolti perché ci portavano i casi di persone, di consumatori, che magari già conoscevamo, o che invece non conoscevamo affatto. Anche se non esisteva nessun rapporto formale con loro si organizzava assieme il lavoro, si pianificavano le azioni.

*Il passaggio formale di quei servizi, che poi diventeranno Cabs e Uds, dal Comune all'Asl avviene ufficialmente nel 2007. Già, anche perché il Comune da solo non era più in grado di sostenerli. All'inizio*

c'erano dei dubbi, soprattutto rispetto al Cabs, perché ci chiedevamo "ma concedere lo spazio-tregua a un consumatore, garantirgli una doccia, farlo mangiare è un intervento sanitario?". Mentre c'erano meno perplessità per l'UdS. È anche vero, però, che quando ho cominciato questo lavoro, tanti anni fa, si diceva che i Ser.t erano nati con "un'alta integrazione socio-sanitaria". Non c'è dubbio alcuno, comunque, che oggi Cabs e Uds sono due nostre articolazioni, sono una nostra estensione, sono un pezzo del nostro servizio. È opportuno, credo, inquadrare anche il periodo storico in cui è avvenuto questo passaggio e che, in qualche modo, lo legittima. Erano gli anni in cui molto forte, e aggressiva, era la presenza dello spaccio nel centro storico; molti componenti della comunità tunisina erano protagonisti in negativo di quella stagione; diverse poi le morti per overdose. Ecco, di fronte a quello scenario c'era la necessità per noi di fare qualcosa di più operativo, di non essere solo "sala d'attesa", ma di offrire una nostra presenza, e una nostra risposta, a queste dinamiche. Gli opera-

tori dell'UdS, ormai i nostri operatori, ci permettevano di farlo. Loro erano, e sono, il nostro occhio sulla città.

*Un occhio che cerca di monitorare tutto ciò che succede nel mondo della strada*

Certo, svolgendo, tra l'altro, un'importante funzione di Sanità Pubblica, che si concretizza in modi diversi, magari impedendo che nessuno dei consumatori che vive per strada prenda la scabbia; garantendogli per un periodo un letto dove dormire ed evitare così una polmonite e un ricovero in ospedale (con un risparmio di risorse per il Servizio Sanitario); limitando i rischi legati alla trasmissione di malattie sessualmente trasmissibili. Interventi che non sono di pertinenza del Ser.t, non sono specifici di questo Servizio, ma credo che se c'è un bisogno (un bisogno non esattamente legato alle dipendenze) il Servizio deve intervenire. Perché le persone con cui noi abbiamo a che fare, che impattano gli operatori al Cabs o con l'UdS, sono fortemente a rischio e allora la domanda da cui partire è: "è utile?" e non "mi compete?". Io non credo nella parcellizzazione degli interventi, perché molto spesso ciò si traduce in un atteggiamento di chiusura. Bisogna sentirsi più liberi, che ci sia una presa in carico della persona nella sua "interezza". Bisogna, in definitiva, avere un approccio umanistico.

*Cabs e Uds che ruolo svolgono a proposito di questa "presa in carico"?*

Hanno un ruolo importante perché con il loro intervento permettono innanzitutto di tenere in buona salute le persone. Non è una cosa da poco. Con le persone in buona salute poi si può immaginare di modulare gli interventi, di fare via via le cose, di costruire dei progetti.

*È molto interessante questo aspetto della "modulazione degli interventi" perché è profondamente legato all'idea di RdD. Cosa ne pensa?*

Si sono d'accordo. Quello che caratterizza il nostro Servizio, e che è in linea con la RdD, è questa consapevolezza della gradualità dei passaggi. Si parte dalle cose più semplici e si cerca di arrivare a quelle più complesse, agli obiettivi più alti. Anche l'astinenza dalle sostanze è legata a questo, perché non è una cosa così semplice, può darsi che uno ci metta venti anni prima di arrivarci. Il fatto è che seguiamo persone con situazioni molto complesse e quando iniziamo un percorso chiediamo all'inizio il meno possibile, per alzare, col tempo, l'asticella: magari prima si fanno le analisi, i controlli, poi se la situazione di salute è buona si può pensare, ad esempio, al lavoro. Forse l'espressione RdD è riduttiva, un po' infelice, perché non spiega appieno gli interventi che fanno gli operatori, che sono certamente interventi di prevenzione secondaria.

*Forte della sua lunga esperienza, qual è l'aspetto più importante che un operatore deve curare per affrontare il lavoro nell'ambito delle dipendenze?*

Il buon senso credo sia una delle virtù che deve avere chi opera in questo campo. Posso dire con molta franchezza, e parlo della mia esperienza personale, che si fanno cose che uno mai avrebbe immaginato di fare. Il fenomeno droga può sconcertare, ma poi bisogna gestire le situazioni e allora fai delle scelte che possono sembrare anche paradossali, sui cui magari in cuor tuo sei anche in disaccordo, ma in quel momento sono le uniche scelte, quelle risolutive. Perché alla fine esiste una filosofia di fondo, un retro pensiero diciamo, i cui principi re-

stano immutati e che informano la tua pratica quotidiana.

*Quali sono le prospettive per Cabs e Uds all'interno della futura programmazione del Ser.T ?*

Ci sono molte cose interessanti da poter sviluppare. Idee, progetti che nascono dalla capacità degli operatori di saper leggere quello che avviene nel territorio, le esigenze che il territorio esprime. Insomma quello che ci siamo detti prima a proposito dell'occhio sulla città. Tra i progetti, partirei subito da questo nuovo spazio in Via Goldoni, questo spazio che può permetterci di agganciare persone, soprattutto i più giovani, che altrimenti sarebbe difficile riuscire a intercettare. Uno spazio che immaginiamo possa essere arricchito dal volontariato, dalla presenza della società civile organizzata. In questo senso anche il rapporto che sta nascendo con l'Associazione "Fiorivano le Viole" può essere molto interessante. Come Ser.t, poi, stiamo sperimentando la presenza più attiva di alcune nostre operatrici in alcune delle uscite che l'UdS fa a Fontivegge. Nonostante il clima generale non sia dei migliori c'è da salutare con favore l'inserimento della RdD nei Lea (Livelli essenziali di assistenza). Non era scontato, ma il Ministero della Salute è riuscito a soddisfare una richiesta che da tempo era stata avanzata.

## **Il racconto di Enrico**

*Enrico è un consumatore di eroina e cocaina*

Consumo sostanze da trentacinque anni circa, ho cominciato al militare, anche se c'è stato un periodo piuttosto lungo, quasi quattordici anni, in cui sono riuscito a non toccare nulla, prendevo però alcol e psicofarmaci, ed ero in cura al CIM. Riuscivo comunque a lavorare

e tutto sommato avevo una vita, come dire, normale: le moto, i viaggi, le ragazze. A marzo dello scorso anno sono andato via da casa, non riuscivo più a reggere la situazione, non andavo più d'accordo con mia madre e mia sorella. Sono arrivato a Perugia e ho cominciato a dormire nella zona della stazione. Lì un amico, un ragazzo di Perugia che conoscevo, mi ha parlato di questo furgone dell'Unità di Strada e del Cabs. Sapevo poco o niente di queste realtà, forse qualcuno mi aveva detto qualcosa ma personalmente conoscevo poco. A Fontivegge ho incontrato due operatori, era una mattina di lunedì, mi ricordo ancora. Con loro, dopo che hanno finito il turno, sono salito fino al Cabs. Quindi è da marzo del 2018 che vengo al Cabs, più o meno tutti i giorni, mentre qualche volta mi capita di passare dalla stazione e fermarmi a fare quattro chiacchiere e bere un the con gli altri ragazzi e con gli operatori che sono in turno.

### *Come definiresti il Cabs?*

Utile, perché qui riesco a lavarmi, a fare una doccia, riesco ad avere cose che non potrei avere da altre parti. Anche se adesso vivo per strada, dormo in giro, riesco a mantenere una mia dignità. Peccato che non c'è un posto dove poter dormire, che il dormitorio sia aperto solo per alcuni mesi d'inverno. La gente che, come me, dorme per strada dovrebbe essere aiutata. Adesso con gli operatori stiamo cercando di seguire le pratiche per ottenere il reddito di cittadinanza, spero di poterlo avere presto anche perché è dal 2010 che non trovo più un lavoro.

*Rispetto invece all'uso che fai delle sostanze credi che ti sia di aiuto quello*

### *che fanno gli operatori?*

Si, ritengo di sì. Qualche mese fa, ad esempio, ho avuto un overdose, me la sono vista brutta. Fortunatamente la persona che si trovava con me aveva il narcan, che aveva preso qui al Cabs, me ne ha fatti due e poi ha chiamato subito gli operatori che sono arrivati abbastanza presto. Dopo poco mi sono ripreso. Ora cerco di gestire meglio il consumo.

### **Il Centro di accoglienza a bassa soglia e l'Unità di Strada, oggi**

Oggi Cabs e UdS sono due realtà consolidate nel territorio. Quello che continuano a fare, in due setting diversi, è la RdD. Raccolgono siringhe usate e danno quelle pulite. Distribuiscono le soluzioni di acqua distillata, i preservativi, il naloxone, i kit del "tiro pulito" (che garantiscono a chi sniffa le sostanze di non utilizzare cannucce già usate da altri).

Distribuiscono la stagnola (usata per fumare solitamente l'eroina) e le salviette disinfettanti per detergere il braccio prima e dopo il consumo. Offrono, cioè, materiale utile a chi consuma affinché l'uso avvenga in sicurezza, senza il rischio di contrarre malattie. Non si tratta solo di questo, non si tratta cioè di consegnare materialmente ad una persona un presidio sanitario, c'è naturalmente dell'altro. L'operatore attraverso quel gesto trova il modo di instaurare (e, a seconda dei casi, di consolidare, riallacciare, chiarire) un rapporto di fiducia con chi si trova davanti. Perché dopo la consegna ci sono le domande su quale sostanza si usa, sulla sua qualità. C'è la richiesta di sapere poi come è andata, conoscere cosa sta girando sulla piazza, se magari c'è in giro qualcosa che può essere pericoloso, conoscere gli effetti collaterali che può generare. C'è la



Traffic - Steven Soderbergh - 2000

raccomandazione sul “non andare mai a farti da solo, stai sempre con qualcuno, perché se stai male nessuno può aiutarti”. C’è il consiglio di tenere con sé sempre il narcan, rivolto soprattutto ai consumatori di eroina, ma non solo a loro. Ma, ancora, non è solo questo, non è una lezione sulle buone pratiche. L’operatore utilizza queste raccomandazioni affinché il rapporto di fiducia con la persona sia la base legittimante per costruire la relazione significativa “assistito/assistente”, che caratterizza, in generale, gli interventi degli educatori/operatori nei diversi luoghi in cui si vive la relazione. L’operatore è al “servizio” del consumatore, cioè sta accanto a lui, lo supporta, lo aiuta, non si mette mai davanti. Non dice quello che deve fare ma cerca, assieme a lui, di trovare la soluzione più giusta nello specifico della situazione che sta vivendo. Nel corso del tempo l’equipe degli operatori ha allargato i piani di intervento, arricchendo la sfera delle proprie competenze. Partito nel 2011, è attivo lo “Sportello Carcere” rivolto a consumatori reclusi nel Carcere di Capanne. Tre operatori si alternano, ogni settimana, per fare visite e colloqui. Molto utili, in questo contesto, gli interventi in occasione delle scarcerazioni: la persona che esce dal carcere, perché il magistrato dispone che sconti la pena in un comunità, o in un altro luogo, oppure perché finisce la sua reclusione, trova (quando ci sono le condizioni) un operatore che lo supporta nell’affrontare questo passaggio da un contesto di restrizione alla ritrovata libertà. Per i consumatori è un fase molto delicata perché si ritrovano, come si dice in gergo, ad essere “puliti”, cioè il corpo è (ri)pulito dalle sostanze non assunte a causa della detenzione. Consumare, perciò, di nuovo droghe,

dopo una pausa, più o meno lunga, può risultare molto pericoloso e la possibilità di un’overdose molto alta. La presenza dell’operatore serve a ridurre sensibilmente questo rischio. Dal 2014, inoltre, sono iniziati gli interventi di Riduzione/Limitazione dei Rischi (RdR o LdR) nei contesti di divertimento notturni e durante raduni estivi che possono durare più giorni, quali rave e tekno party (legali e illegali). I primi interventi partono quando il dottor Sfara, del Reparto di Malattie Infettive dell’Ospedale di Perugia, propone agli operatori di effettuare test salivari in alcuni locali notturni della zona. Si cominciano così a conoscere i gestori di questi locali e anche chi li frequenta; si iniziano a capire meglio alcune dinamiche che li caratterizzano. Intanto arrivano delle richieste di collaborazione, per seguire alcuni eventi (dei grandi festival estivi), da altre realtà che si occupavano già di RdR, come il “Progetto Nautilus” di Roma. Inizia così una sorta di formazione sul campo mentre si allarga via via la rete delle collaborazioni con altri gruppi quali il “Lab. 57” di Bologna, “Extreme” di Firenze, “Neuttravel” di Torino. Si conoscono consumatori diversi da quelli che solitamente si impattano al Cabs o in UdS, che usavano sostanze diverse: ketamina, Lsd, funghetti. Da qui parte l’idea dell’analisi di queste stesse sostanze attraverso il controllo colorimetrico, il drug checking: chi ha intenzione di assumere delle droghe può farle analizzare. Quest’analisi ha un particolare valore perché, da una parte, cerca di tutelare il consumatore, responsabilizzandolo rispetto alla scelta che sta facendo, e mettendolo in guardia da eventuali pericoli e, dall’altra, permette di rilevare eventuali presenze sul mercato illegale di nuove sostanze, le NPS (nuove sostanze psicoattive),

sempre in continua espansione e sempre più pericolose. Come scrive Susanna Ronconi in questi contesti si “incrocia una popolazione in maggioranza giovane, o giovane adulta, che usa per lo più per obiettivi ricreazionali [...] raramente problematica, che usa magari anche in modo intensivo (ma non necessariamente problematico) in alcune occasioni, e che raramente porta una domanda di contatto con il sistema dei servizi formali, anche se a volte chiede confronto o aiuto agli operatori della RdR/LdR”.

Si presentano di tabelle in cui sono raccolti i dati relativi ad alcune delle attività. Dati quantitativi che permettono di avere un quadro più chiaro, e più ampio, dell’incidenza che questi servizi hanno nel territorio perugino.

### **Il Centro a bassa soglia**

Per il Cabs gli anni presi come riferimento sono quelli che vanno dal 2011 al 2018, ciò per far emergere l’andamento del servizio prima, durante e dopo i due trasferimenti di sede (novembre 2014 e febbraio 2016) e capire cosa ha comportato questo doppio trasloco.

Le Tabelle n. 1, 2 e 3 raccolgono, rispettivamente, il numero totale degli ingressi, il numero degli ingressi di maschi italiani e di maschi stranieri (la popolazione storicamente più numerosa che ha frequentato, e frequenta, il centro), il numero dei contatti, suddivisi sempre tra italiani e stranieri. È bene precisare la differenza fra contatti e ingressi: i contatti sono le persone che il Cabs ha effettivamente conosciuto, gli ingressi invece sono il totale (in un anno) delle presenze di questi stessi contatti. In altri termini, quando si parla di contatti si fa riferimento ai singoli utenti; quando si parla, invece, di ingressi si fa riferimen-

to al totale delle presenze di questi stessi utenti. Un contatto, ad esempio, può essere stato meno costante ed essere passato 15 volte (perciò in 15 giorni diversi), e un altro, più costante invece, 150 volte (e perciò in 150 giorni diversi).

Dalla Tabella 1 emerge come il numero complessivo degli ingressi sia calato sensibilmente nel 2014, l'anno del trasferimento: si passa infatti da 10428 del 2013 a 6995 dell'anno successivo. Per il 2015 i numeri tendono ancora ad abbassarsi mentre, dal 2016 (nonostante a febbraio c'è l'ulteriore spostamento), si assiste ad una ripresa, per arrivare al dato dell'anno scorso con 8926 ingressi. La Tabella 2 mette in comparazione gli ingressi dei maschi italiani e stranieri. I maschi stranieri, con delle oscillazioni, restano generalmente stabili, ritornando per il 2018 ai numeri pre-2014. Il numero degli ingressi italiani, dopo il 2014, evidenzia un progressivo calo, molto evidente dal 2011 al 2015, poi in ripresa, fino a stabilizzarsi l'anno scorso. Le altre tre Tabelle, 5, 6 e 7 indicano, rispettivamente, il numero delle siringhe date e di quelle recuperate (il famoso scambio), il numero delle fiale di naloxone (il narcan) consegnate, il numero di docce e igiene personale (barbe, taglio capelli ecc) che il Cabs ha garantito.

La Tabella 2 deve essere interpretata incrociando i dati con quelli della Tabella 3 (numero dei contatti). In quest'ultima, dove c'è ancora una comparazione fra italiani e stranieri, i dati sono in equilibrio. Anche per i contatti il 2014 fa da anno spartiacque (sono 420 mentre nel 2013 arrivano a 643). Dopo il 2014 il numero si stabilizza e si assiste a un pareggiamento fra italiani e stranieri, con il 2016 che vede gli italiani in maggioranza. Cosa ci dice in sintesi, allora, il raffronto tra le Tabelle 2 e 3? Che il

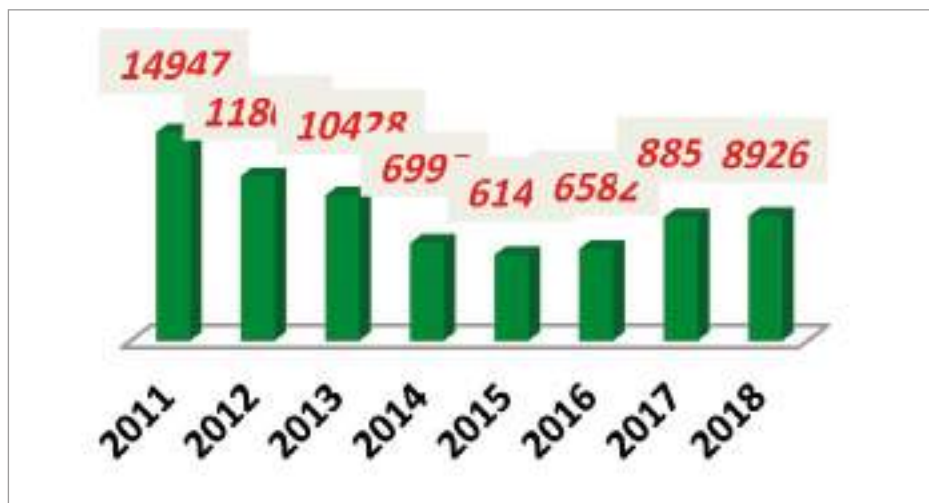


Tabella 1 - numero totale ingressi

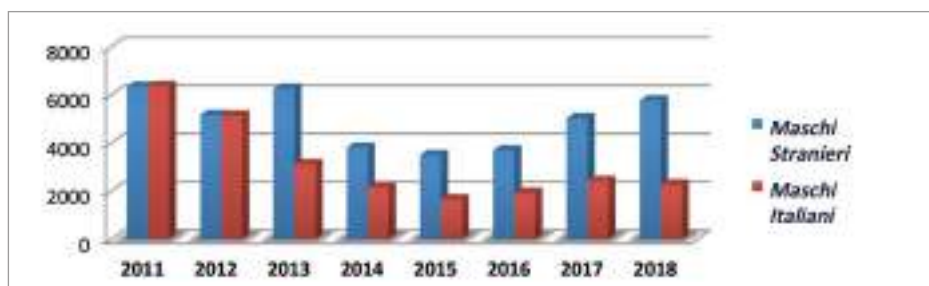


Tabella 2 - numero ingressi maschi italiani e stranieri

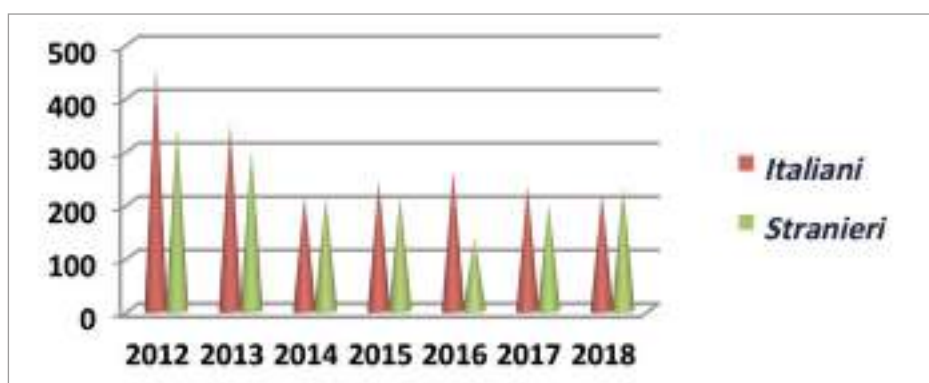


Tabella 3 - numero contatti maschi italiani e stranieri

Cabs accoglie italiani e stranieri, più o meno, in egual numero: gli italiani tendono però ad essere meno presenti, a frequentare più saltuariamente il Cabs, ad essere più sfuggenti, soprattutto dopo il 2104. Mentre, al contrario, gli stranie-

ri sono più assidui, sono più stanziali, soprattutto quelli che non hanno casa e hanno bisogno di un luogo dove poter fermarsi.

La Tabella 4 fa vedere come il numero delle siringhe date e recuperate sia in

costante aumento e non abbia risentito dello spostamento di sede. Anzi, appare chiaro come questa pratica tra i consumatori per via iniettiva, soprattutto consumatori di eroina, si sia consolidata, perché chi viene a prendere le siringhe è consapevole che prima dovrà consegnare quelle che ha già utilizzato.

Il numero di narcen distribuiti dal 2011 ha delle oscillazioni piuttosto evidenti, come racconta la Tabella 5: aumenta nel biennio 2015-17 per diminuire nel 2018 con solo 168 narcen consegnati. Dato, comunque, che viene compensato dalla consegna in UdS, che come vedremo, più avanti, nella Tab. 10, arriva a 628.

La Tab. 6 rispetto alle precedenti è quella in cui c'è maggiore continuità nei valori. Si parte dal 2011 con 4633 docce/igiene personale e si arriva al 2018 con 4486. È la conferma che Cabs svolge in città una importante funzione di accoglienza e assistenza. Cerca di garantire a tutti, anche ai non consumatori, a chi vive situazioni di marginalità sociale, i bisogni essenziali (fare una doccia, lavarsi, mangiare, fare una lavatrice) che altrove non vengono soddisfatti.

## L'Unità di strada

Il lasso di tempo preso in considerazione per l'Uds parte dal 2013 e arriva fino al 2018. Per l'Uds le variabili da considerare sono diverse: la postazione (il luogo di parcheggio) del furgone, ha un peso importante, poi però ci sono tutta una serie di variabili legate a quello che capita in strada (la presenza e il controllo della polizia, la presenza o meno degli spacciatori, le condizioni atmosferiche, ecc.)

A differenza del Cabs nelle tabelle che seguono si fa riferimento a passaggi e non a ingressi e contatti. Viene monitorato, cioè, solo il dato secco del numero

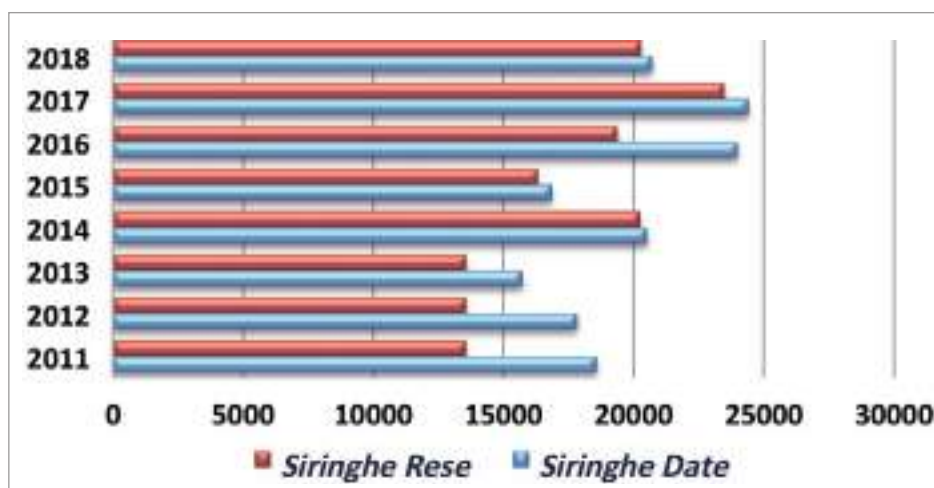


Tabella 4 - rapporto siringhe date e rese

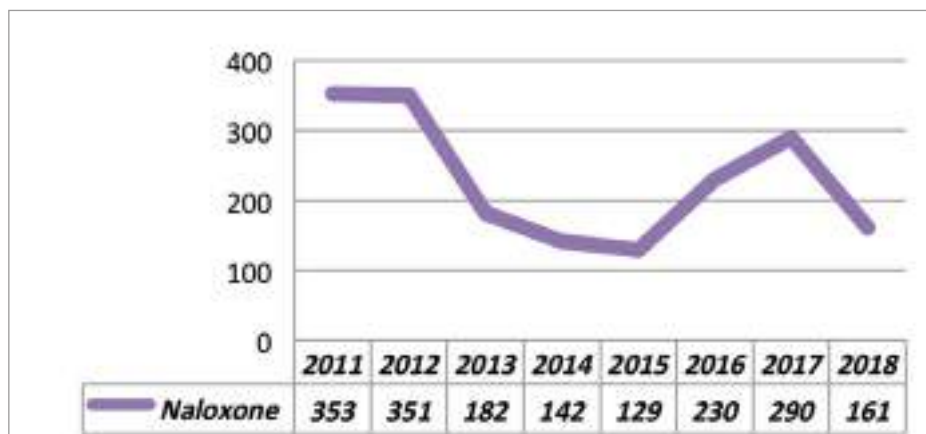


Tabella 5 - distribuzione Naloxone



Tabella 6 - docce e igiene personale

delle persone che passano, appunto, dal furgone, mentre le altre tabelle analizzano la distribuzione di siringhe, narcen e profilattici.

La Tab. 7 evidenzia che il numero dei passaggi è stato in continuo aumento in questi anni con un picco significativo

nel 2018 quando si è arrivati a 10549 passaggi (a fronte dei 7776 dell'anno precedente) con una media giornaliera di 33 persone. Una continuità di presenza che ha certamente giovato, facendo dell'UdS un punto di riferimento per la variegata popolazione di consuma-

tori ( e non solo quelli) sparsa in giro per la città, che trova nella Stazione di Fontivegge un suo punto di ritrovo. Altro elemento da considerare, di notevole importanza, è il cambio di posto del furgone avvenuto agli inizi del 2018: questo spostamento, in un luogo della piazza più defilato, meno visibile, ha creato le condizioni per l'arrivo di molti consumatori che prima avevano più difficoltà, più riserve, ad avvicinarsi.

La Tab. 8 circoscrive i passaggi dei giovani sotto i 24 anni (un gruppo unico in cui sono ricompresi maschi, femmine, trans, italiani e stranieri). Qui l'aumento, nel corso del tempo, è molto più evidente e significativo. Si parte dai 218 del 2013 fino ad arrivare ai 2405 del 2018: passaggi che sostengono, in qualche modo, quella tendenza, che si riscontra anche in altre città italiane, che parla di un avvicinamento di giovani e giovanissimi al mondo delle sostanze, molto spesso all'eroina.

Anche le Tab. 9 e 10 raccontano di un'intensificarsi delle pratiche di RdD da parte dell'UdS: numeri che confermano quelli delle due tabelle precedenti. Dalla 9 emerge come nel giro di un solo anno (dal 2017 al 2018) le siringhe distribuite siano aumentate di 3500 circa (da 6898 a 10423), mentre il narcan è passato da 266 a 628. Aumenti che spieghino, tra l'altro, come sia stato utile il lavoro di sensibilizzazione degli operatori sui temi dell'overdose e sulle buone prassi per il consumo per via iniettiva. L'unica nota stonata è quella della Tab. 10 che segnala una diminuzione dei profilattici distribuiti, soprattutto nel corso del 2018: 2901 contro i 5553 dell'anno precedente. Dato che si spiega con i minori passaggi di sex workers.

*Articolo degli operatori della cooperativa BorgoRete che gestiscono il Centro di accoglienza a bassa soglia e l'Unità di Strada, Perugia*



Tabella 7 - numero di passaggi all'UdS

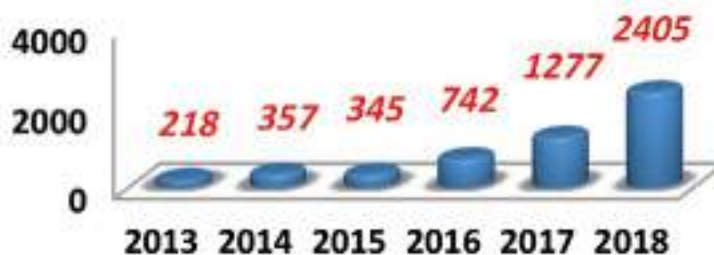


Tabella 8 - numero di passaggi all'UdS giovani sotto i 24 anni

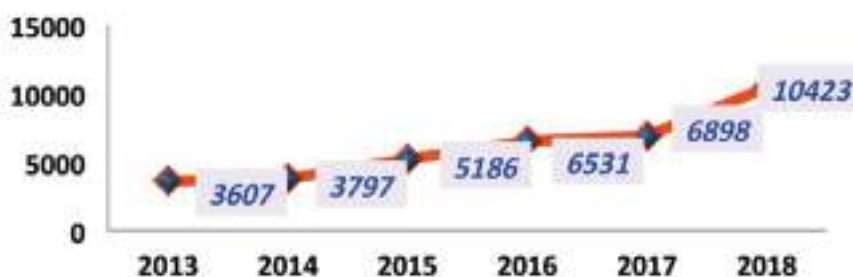


Tabella 9 - siringhe distribuite



Tabella 10 - profilattici distribuiti

# Indagine sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema

da: ISTAT "seconda indagine sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema"

Umberto D. - Vittorio De Sica - 1952

1. Nel 2014 è stata realizzata la seconda indagine sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema, a seguito di una convenzione tra Istat, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Federazione italiana degli organismi per le persone senza dimora (fio.PSD) e Caritas Italiana.
2. Si stimano in 50 mila 7241 le persone senza dimora che, nei mesi di novembre e dicembre 2014, hanno utilizzato almeno un servizio di mensa o accoglienza notturna nei 158 comuni italiani in cui è stata condotta l'indagine<sup>2</sup>. Tale ammontare corrisponde al 2,43 per mille della popolazione regolarmente iscritta presso i comuni considerati dall'indagine, valore in aumento rispetto a tre anni prima, quando era il 2,31 per mille (47 mila 648 persone).
3. Il collettivo osservato dall'indagine include tuttavia anche individui non iscritti in anagrafe o residenti in comuni diversi da quelli dove si trovano a gravitare. Circa i due terzi delle persone senza dimora (il 68,7%) dichiarano di essere iscritte all'anagrafe di un comune italiano, valore che scende al 48,1% tra i cittadini stranieri e raggiunge il 97,2% tra gli italiani.
4. La quota di persone senza dimora che si registra nelle regioni del Nord-ovest (38%) è del tutto simile a quella stimata nel 2011, così come quella del Centro (23,7%) e delle Isole (9,2%); nel Nord-est si osserva invece una diminuzione (dal 19,7% al 18%) che si contrappone all'aumento nel Sud (dall'8,7% all'11,1%).
5. Rispetto al 2011, vengono confermate anche le principali caratteristiche delle persone senza dimora: si tratta per lo più di uomini (85,7%), stranieri (58,2%), con meno di 54 anni (75,8%) – anche se, a seguito della diminuzione degli under34 stranieri, l'età media è leggermente aumentata (da 42,1 a 44,0) – o con basso titolo di studio (solo un terzo raggiunge almeno il diploma di scuola media superiore).
6. Cresce rispetto al passato la percentuale di chi vive solo (da 72,9% a 76,5%), a svantaggio di chi vive con un partner o un figlio (dall'8% al 6%); poco più della metà (il 51%) dichiara di non essersi mai sposato.
7. Anche la durata della condizione di senza dimora, rispetto al 2011 si allunga: diminuiscono, dal 28,5% al 17,4%, quanti sono senza dimora da meno di tre mesi (si dimezzano quanti lo sono da meno di 1 mese), mentre aumentano, le quote di chi lo è da più di due anni (dal 27,4% al 41,1%) e di chi lo è da oltre 4 anni (dal 16% sale al 21,4%)

## Meno servizi ma più prestazioni

Analogamente a quanto già osservato con la precedente indagine, la maggior parte delle persone senza dimora che usano servizi (56%) vive nel Nord del paese (38% nel Nord-ovest e 18% nel Nord-est), oltre un quinto (23,7%) al Centro e solo il 20,3% vive nel Mezzogiorno (11,1% nel Sud e 9,2% nelle Isole). Il risultato, ancora una volta, è fortemente legato all'offerta dei servizi sul territorio e alla concentrazione della popolazione nei grandi centri. Più di un terzo dei servizi (35,2%) ha



sede nel Nord-ovest, un quarto (24,1%) nel Nord-est, mentre il 19,1% è localizzato al Centro. La parte rimanente opera nel Sud e nelle Isole, rispettivamente con quote pari al 15,1% e al 6,5%.

Milano e Roma accolgono ben il 38,9% delle persone senza dimora. Palermo è il terzo comune dove vive il maggior numero di persone senza dimora, seguono Firenze, Torino, Napoli e Bologna.

Nel 2014, sono 768 i servizi di mensa e accoglienza notturna per le persone senza dimora nei 158 comuni italiani in cui è stata condotta la rilevazione. Rispetto al 2011, il numero è diminuito del 4,2%: i servizi di mensa passano da 328 a 315 e le accoglienze notturne da 474 a 453. Tuttavia, se si considerano le prestazioni (pranzi, cene, posti letto) mensilmente erogate si osserva un aumento del 15,4% (da 749.676 a 864.772), soprattutto per le mense, dove l'aumento è stato pari a circa il 22% (da 402.006 a 489.255). Ne deriva che, complessivamente, i servizi attivi nel 2014 erogano, in media, più prestazioni di quelli che erano attivi nel 2011.

### La struttura dell'offerta

La struttura dell'offerta è cambiata anche a causa dell'elevato turn-over che ha caratterizzato la rete dei servizi con dinamiche diverse tra mense e accoglienze notturne. In sintesi, alla diminuzione dei servizi (-4,2%) corrisponde

un aumento del 15,4% delle prestazioni, che non si accompagna ad un aumento del numero di persone senza dimora: è evidente che molte delle prestazioni in più sono state erogate a persone che già ne usufruivano, seppur con dinamiche differenziate sul territorio.

Il Nord-ovest è l'unica ripartizione dove il numero dei servizi aumenta (da 257 a 270), sia per le mense sia per le accoglienze notturne; tuttavia, la stima del numero di persone senza dimora è sostanzialmente stabile (l'aumento osservato non risulta infatti statisticamente diverso da zero), in quanto per le accoglienze notturne il posto letto viene occupato dalla stessa persona più spesso che in passato (il numero di prestazioni medie individuali settimanali passa da 3,0 a 3,9).

Nel Nord-est, alla diminuzione dei servizi (da 209 a 185) corrisponde un leggero aumento delle prestazioni ma un leggero calo del numero di persone senza dimora; la diminuzione delle persone che utilizzano accoglienze notturne (conseguente alla contrazione del numero dei servizi e delle prestazioni erogate) viene solo parzialmente compensata dall'aumento di quelle che utilizzano mense, aumento più contenuto di quello rilevato per le prestazioni, dato che più pasti vengono erogati allo stesso utente (la media passa da 2,9 a 3,1 per i pranzi, da 1,6 a 2 per le cene).

Nel Centro, invece, si osserva una diminuzione del numero di servizi (da 165 a 147) alla quale corrisponde un leggero calo delle prestazioni erogate e una sostanziale stabilità della stima del numero di persone senza dimora. Nei servizi di mensa sono, infatti, diminuite le prestazioni mediamente erogate alla stessa persona (da 3,2 prestazioni si scende a 2,8 per il pranzo, da 1,4 a 0,9 per la cena), mentre per le accoglienze notturne non si osservano differenze evidenti. Nel Sud, la riduzione del numero di servizi (da 118 a 116) riguarda esclusivamente le mense; ne è derivato, tuttavia, un aumento delle prestazioni che si è tradotto in un incremento del numero di persone senza dimora e, per le mense, anche in un aumento del numero di prestazioni mediamente erogate alla stessa persona (da 3,3 a 3,5 per il pranzo e da 0,9 a 2 per la cena).

Infine, nelle Isole, l'incremento delle prestazioni, verificatosi nonostante la diminuzione del numero di servizi (da 53 a 50), si è tradotto nella stabilità del numero di persone senza dimora; anche in questo caso infatti, più spesso che in passato, le prestazioni delle mense vengono erogate alla stessa persona (da 1,5 a 2 per il pranzo, da 0,3 a 1,3 per la cena).

### Età media in crescita tra gli stranieri

Per le persone senza dimora che hanno risposto all'intervista sono state rilevate informazioni dettagliate, non solo sulle caratteristiche socio-demografiche ma anche sulle relazioni familiari, parentali e amicali, il tipo di attività lavorativa, l'uso dei servizi e le principali fonti di sostentamento<sup>3</sup>.

Significativo è l'aumento dell'età media (da 42,2 a 44,4 anni), dovuto soprattutto alla consistente diminuzione della percentuale dei più giovani (under 34) tra gli

PERSONE SENZA DIMORA (AL NETTO DELLE PDI) PER CITTADINANZA E TIPOLOGIA DEI SERVIZI (a) UTILIZZATI NEGLI ULTIMI 12 MESI. Anni 2011 e 2014, composizione percentuale e valori assoluti

	Straniero		Italiano		Totale	
	2011	2014	2011	2014	2011	2014
Almeno uno:	99,8	99,8	99,7	99,6	99,8	99,7
Distribuzioni pacchi alimentari	37,4	33,1	45,6	36,7	40,8	34,7
Mense	91,3	89,5	86,5	87,8	89,4	88,8
Distribuzioni abiti	61,4	62,8	59,4	58,7	60,6	61,0
Distribuzioni medicinali	35,1	43,2	31,1	36,4	33,5	40,2
Igiene personale (docce/bagni)	67,5	62,3	58,7	52,8	63,1	58,0
Unità di strada (pulmini, camioncini, ecc.)	27,8	39,8	27,7	31,9	27,6	36,4
Accoglienze notturne	67,2	66,9	77,1	69,6	71,2	68,1
Accoglienze diurne	31,5	35,5	39,6	41,9	34,8	38,3
Altro (centri ascolto e simili)	31,9	39,5	41,2	46,9	35,7	42,7
Almeno uno:	76,1	72,3	88,0	86,7	80,9	78,6
Servizi per l'impiego	45,2	39,4	44,8	44,1	45,0	41,4
Servizi anagrafici	23,7	24,0	32,1	31,2	27,1	27,2
Servizi sociali	30,3	35,5	53,7	62,0	39,8	47,1
Servizi sanitari	48,2	45,9	64,1	64,2	54,7	53,9
Altri servizi pubblici	4,2	*	*	*	4,2	3,2
<b>Totale (=100%)</b>	<b>25.658</b>	<b>24.531</b>	<b>17.561</b>	<b>19.064</b>	<b>43.219</b>	<b>43.595</b>

\* Dato non significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria  
(a) Per dettagli si veda il Glossario.

stranieri (da 46,5% a 35,6%): l'età media passa da 36,9 a 39,8 anni, ma si mantiene stabile a 50,3 anni tra gli italiani.

L'aumento dell'età media tra gli stranieri si associa a quello della durata media della condizione di senza dimora (da 1,6 a 2,2 anni), aumento questo che non coinvolge la componente italiana (durata media stabile a 3,5 anni). In particolare, tra gli stranieri raddoppiano quelli che sono senza dimora da almeno 2 anni (da 9,2% a 18,7% se la durata va da 2 a 4 anni, da 9,3% a 17,1% se supera i 4 anni); diminuiscono in maniera significativa coloro che sono senza dimora da meno di 6 mesi (dal 49,7% del 2011 al 32,7% del 2014) e ancora di più chi vi permane da meno di un mese (da 17,8% a 8,8%).

L'aumento dell'età media tra gli stranieri si riflette anche nella crescita di quanti non hanno alcun titolo di studio (da

11,2% a 13,3%) e nel calo delle persone con almeno un diploma di scuola media superiore (da 43,1% a 39,5%); al contrario, tra gli italiani la percentuale dei più istruiti passa da 23,1% a 26,9%. Le differenze tra stranieri e italiani si stanno quindi riducendo in termini di età, permanenza nella condizione di senza dimora e titolo di studio, nonostante la componente italiana rimanga più anziana meno istruita e da più tempo nella condizione di senza dimora.

Stabile al 6,8% la quota di persone senza dimora che dichiarano di non avere mai avuto una casa; invariati rispetto al 2011 anche i luoghi in cui le persone vivevano prima di diventare senza dimora: circa i due terzi in una propria abitazione privata (si sale al 72,5% tra gli italiani) e un ulteriore 15,7% come ospite di amici e/o parenti (18,3% tra gli stranieri); il 18,9% in un campo noma-

di, in un alloggio occupato, in un istituto per minori, per inabili o altro (21,8% tra gli stranieri).

### **Aumenta la quota di chi non ha mai svolto attività lavorative, in calo i lavori stabili**

Il 28% delle persone senza dimora dichiara di lavorare<sup>4</sup>, valore stabile rispetto al 2011 e senza rilevanti differenze tra stranieri (28,6%) e italiani (27,2%) (Prospetto 7). Risultano invece in calo coloro che dichiarano di avere un lavoro stabile, dal 3,8% del 2011 al 2,3% del 2014, e si conferma il fatto che quando si parla di lavoro ci si riferisce prevalentemente a occupazioni a termine, poco sicure o saltuarie, a bassa qualifica nei servizi (pulizie, facchino, trasportatore, addetto al carico/scarico merci o alla raccolta dei rifiuti, giardiniere, lavavetri, lavapiatti, ecc.), nell'edilizia (ma-

novale, muratore, operaio edile, ecc.), nei diversi settori produttivi (bracciante, falegname, fabbro, fornaio, ecc.). E', inoltre, significativamente aumentata la quota di chi non ha mai svolto attività lavorativa, da 6,7% a 8,7%, soprattutto tra gli stranieri (da 7,7% a 10,4%).

Tra le persone che lavorano si riduce il peso di quanti svolgono un'attività per più di 20 giorni al mese (da 32,2% a 30,5%); il risultato è imputabile esclusivamente alla componente italiana, per la quale si passa da 38,6% a 34,2%, dove aumenta la quota di chi lavora per meno di 10 giorni al mese (da 33,8% a 38,8%) (Prospetto 8). Si riduce, infine, sia la quota di coloro che guadagnano più di 500 euro al mese (da 27,7% a 22,6%), sia la percentuale di chi guadagna meno di 100 euro (da 24,1% a 14,8%). La somma mediamente guadagnata è quindi stabile rispetto al 2011 e ammonta a poco più di 300 euro al mese: 311 euro tra gli stranieri e 319 euro tra gli italiani.

### Più aiuti in denaro da familiari, amici o parenti

Stabili rispetto al 2011 le persone senza dimora che dichiarano di non avere alcuna fonte di reddito (17,4%), il doppio tra gli stranieri (22,2% contro l'11,2% degli italiani) (Prospetto 9). Si tratta di una sola fonte in poco più della metà dei casi (53%) e di almeno due in un ulteriore terzo (29,6%, valore in aumento tra gli stranieri, da 21,7% a 29,8%).

Per quanto già esposto, si riduce la percentuale di chi ha come unica fonte di reddito il lavoro (da 17% a 14,2% tra gli stranieri e da 15,8% a 13,6% tra gli italiani), ma aumenta la quota di coloro che dichiarano di ricevere aiuti in denaro da familiari, amici o parenti (da 29,5% a 34% e da 24% a 29,6% rispettivamente). Tra gli stranieri aumenta (da 37,3% a

40,7%) anche il peso di chi riceve reddito da estranei (colletta, associazioni di volontariato o altro), valore in diminuzione tra gli italiani (da 36,5% a 33,8%).

### La separazione dal coniuge conduce sempre più alla condizione di "senza dimora"

La perdita di un lavoro stabile insieme alla separazione dal coniuge e/o dai figli si confermano come gli eventi più rilevanti del percorso di progressiva emarginazione che conduce alla condizione di "senza dimora"; un peso di un certo rilievo, seppure più contenuto, lo hanno anche le cattive condizioni di salute (disabilità, malattie croniche, dipendenze). Dal 2011 al 2014, si stima un forte aumento delle persone senza dimora che hanno vissuto una separazione, dal 59,5% al 63%, leggermente più accentuato tra gli stranieri (dal 54,4% al 57,8% rispetto al passaggio dal 67% al 69,6% rilevato tra gli italiani) (Prospetto 10). La perdita del lavoro stabile non è più l'evento maggiormente diffuso: nel 2014 ha riguardato il 56,1% delle persone senza dimora (61,9% nel 2011), variando tra il 48,4% degli stranieri (era il 55,9%) e il 66,1% degli italiani (era il 70,6%).

Poco più di un quarto delle persone senza dimora (25,4%) ha problemi di salute, in calo rispetto al 2011, (31%); la diminuzione ha riguardato soprattutto la componente italiana: (41,7% del 2011 è scesa al 31,4% del 2014 (tra gli stranieri dal 23,7% al 20,8%).

Rimane residuale la presenza di coloro che non hanno vissuto alcuno di questi eventi (16,5%) o che ne hanno vissuto uno (32,6%); ciò conferma che l'essere senza dimora è quasi sempre il risultato di un processo multifattoriale.

La maggior diffusione dell'evento se-

parazione rispetto al 2011 si riflette nell'aumento delle persone senza dimora che vivono sole (da 74,5% a 78,3%); tra gli italiani si osserva anche una riduzione significativa della quota di chi vive con familiari diversi da coniuge/partner/figli o con amici (da 12,1% a 9,3%) (Prospetto 11).

Nonostante vivano più spesso da soli, si mantiene maggioritaria la percentuale di chi ha i contatti con i familiari: 59,3% tra gli italiani e 72,4% tra gli stranieri (ma questi ultimi diminuiscono rispetto al 78,3% del 2011). Quasi i tre quarti delle persone senza dimora dichiarano, infine, di avere amici (74,9%), soprattutto al di fuori della cerchia dei senza dimora (63,6%).

*da: ISTAT "seconda indagine sulla condizione delle persone che vivono in povertà estrema"*

## Piccoli schiavi invisibili

*A cura di Giancarlo Pocetta*

Il cacciatore di aquiloni (The Kite Runner) - Marc Forster - 2007

Lo spunto per la decisione di aprire un focus su un aspetto nel quale la strada è luogo del peggiore dei crimini che sia dato di pensare quello della tratta dei minori a scopo di sfruttamento economico, sessuale, come fornitura di organi è venuto dalla pubblicazione della IX edizione Rapporto Piccoli Schiavi Invisibili prodotto da Save The Children e del quale riportiamo integralmente la sintesi.

Un fenomeno nel quale il discorso sulla promozione della salute si declina in termini di responsabilità e di advocacy della comunità e degli operatori. Un fenomeno rispetto al quale termini come intersettorialità, multidisciplinarietà. Advocacy appunto, mediazione, assumono una coloritura particolare.

Un fenomeno che, come riferisce Save the Children è in crescita nel nostro Paese. Nelle cinque Regioni nelle quali si è attuato il progetto Vie d'Uscita ovvero Marche, Abruzzo, Veneto, Lazio e Sardegna, nel 2018 sono state intercettate complessivamente 2.210 nuove vittime di tratta, minori e neo-maggiorescenti, rispetto alle 1.396 vittime intercettate nel corso del 2017.

### **Rapporto sui minori vittime di tratta e grave sfruttamento IX EDIZIONE: Save the Children Italia Onlus**

Ogni anno, nel mese di luglio, si celebra la giornata mondiale contro la tratta di esseri umani. Di tutti gli esseri umani. Anche i bambini e le bambine. Save the Children Italia pubblica, in questa occasione, il Rapporto Piccoli Schiavi Invisibili, giunto quest'anno alla IX edizione. Nel presente Rapporto si cerca di restituire al lettore un quadro completo e aggiornato del fenomeno della tratta e del grave sfruttamento dei minori in Italia. Attraverso la lettura e l'analisi delle fonti ufficiali e la ricerca sul campo, e tramite la raccolta di alcune interviste rivolte ad attori chiave, la IX edizione del Rapporto non solo cerca di offrire uno spaccato della dimensione del fenomeno in Italia e del relativo quadro normativo, ma intende far luce su una serie di criticità con cui si interfacciano gli operatori e le operatrici che interagiscono quotidianamente con i minori vittime di tratta e grave sfruttamento. Inoltre, altre criticità che si riversano sulla protezione delle potenziali vittime di tratta nel nostro Paese risie-

dono già negli aggiornamenti più recenti della normativa, ovvero nell'adozione della Legge n. 132 del 2018. I gruppi di riferimento su cui è stato fatto un focus di approfondimento nell'analisi del Rapporto sono quello delle donne e delle ragazze di origine nigeriana, che negli ultimi anni ha rappresentato il gruppo maggioritario, e quello delle donne e ragazze originarie dei Balcani e dei Paesi dell'Europa dell'Est. Gruppo, quest'ultimo, che, a fronte della diminuzione di arrivi da parte delle donne e ragazze di origine nigeriana, è rimasto sostanzialmente costante negli ultimi anni: addirittura, nelle parole di diversi intervistati, sembra si stia assistendo a un ritorno del fenomeno, in particolare con riferimento alle donne e alle ragazze di origine albanese. La IX edizione del Rapporto Piccoli Schiavi Invisibili ha inteso illustrare il percorso "di liberazione" che le giovanissime donne intraprendono nel nostro Paese, focalizzando l'attenzione sulle criticità incontrate lungo il percorso. I principali ostacoli riguardano due momenti chiave: il primo è la fuoriuscita, ovvero la decisione della vittima di tratta di "emergere"

e di liberarsi dalla propria condizione di sfruttamento; il secondo è l'inclusione/integrazione, vale a dire il percorso che la ex vittima di tratta intraprende al fine di superare definitivamente il trauma e inserirsi nella società d'accoglienza. Le problematiche riscontrate nell'ambito dei due percorsi riguardano tanto questioni afferenti al quadro normativo - come ad esempio il tipo di permesso di soggiorno, la sua durata, le modalità per ottenerlo - e istituzionale - come la necessità di fare rete per garantire tanto prese in carico multi-agenzia, quanto percorsi di avviamento all'autonomia tramite collaborazioni efficaci a livello locale. Altre criticità emergono in relazione alle modalità di sfruttamento che per le giovani nigeriane sono più invisibili rispetto al passato, o alla difficoltà per gli operatori di agganciare le potenziali vittime dei Balcani e dei Paesi dell'Est Europa. Intercettare e intervenire sulle criticità rappresenta la sfida che gli enti anti-tratta e gli stakeholder intervistati affrontano giorno dopo giorno. Tuttavia, per garantire un sistema in grado di agire efficacemente nel contrasto del fenomeno, superando le criticità identificate, le autorità competenti dovrebbero facilitare l'azione di chi opera a supporto e assistenza delle vittime o potenziali tali. Il Gruppo di Esperti del Consiglio d'Europa sulla lotta contro la tratta di esseri umani (GRETA), a seguito della missione di valutazione in Italia sull'implementazione della relativa Convenzione svolta nel 2018, ha rivolto una serie di raccomandazioni al Governo italiano, citate lungo l'intero Rapporto nel 2019 per dare evidenza delle attuali lacune. Save the Children riconosce la necessità che le autorità competenti si allineino alle richieste del Gruppo di Esperti del Consiglio d'Europa e, grazie alla ricerca sul campo e al progetto Vie

d'Uscita, con cui sono realizzate attività di assistenza e supporto rivolte ai minori vittime di tratta, arricchisce ulteriormente le raccomandazioni con particolare riguardo ai bisogni e alle esigenze della minorenni vittima di tratta e di grave sfruttamento.

Il testo completo del Rapporto è disponibile su:

[https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/piccoli-schiavi-invisibili-2019\\_0.pdf](https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/piccoli-schiavi-invisibili-2019_0.pdf)

## Farmacia di strada. Donate medicine a 15mila indigenti

*Da quotidianosanita.it*

Umberto D. - Vittorio De Sica - 1952

Protagonisti i farmacisti volontari che hanno organizzato e gestito il magazzino. Il bilancio di un anno del progetto di solidarietà realizzato a Roma da Assogenerici, Banco Farmaceutico, Fofi e Imes. Inaugurato il primo punto di dispensazione a Via della Lungara gestito dai volontari del carcere di Regina Coeli - Vo.Re.Co. Onlus.

Quasi 9mila confezioni di medicinali, valore complessivo oltre 88mila euro, per un armadio farmaceutico solidale che ha visto analgesici, antipiretici, antiipertensivi e gastrointestinali tra i farmaci più gettonati.

È quanto hanno messo sul piatto, le aziende farmaceutiche in favore delle persone socialmente svantaggiate.

Un'azione di donazione nata nell'ambito del progetto sperimentale "Farmacia di strada", avviato nel settembre dello scorso anno a Roma dopo la firma di un protocollo d'intesa tra Assogenerici, Fede-

razione Ordine Farmacisti Italiani (Fofi), Fondazione Banco Farmaceutico (BF) e Medicina Solidale (Imes - Istituto di Medicina Solidale), associazione di volontariato che da tempo gestisce - con il supporto dell'Elemosineria Apostolica e in collaborazione con l'Ateneo di Roma Tor Vergata - una rete di ambulatori di strada nella Capitale, per garantire accesso alle cure a quanti rimangono esclusi dall'assistenza sanitaria.

Un bilancio, presentato il 16 settembre, in occasione dell'inaugurazione del punto di dispensazione istituito presso il centro di accoglienza gestito in via della Lungara dai volontari del carcere di Regina Coeli - Vo.Re.Co.Onlus.

I numeri delle donazioni.

Sono state 7mila372 le confezioni di farmaci, per un valore complessivo di quasi 67mila euro, donati dalle aziende aderenti ad Assogenerici. A queste se ne sono aggiunte altre 1.566 donati da altre

aziende che regolarmente collaborano con Banco farmaceutico, per un totale di 32 categorie terapeutiche coperte e 17 aziende donatrici. "Un esempio virtuoso di come le imprese possano contribuire al benessere della società, diventando protagoniste di quell'alleanza tra Terzo Settore, istituzioni e aziende senza la quale il nostro Paese farebbe molta più fatica a farsi carico degli ultimi".

Solidarietà che ha avuto come protagonisti i farmacisti volontari, che hanno organizzato e gestito il magazzino di Cinecittà dove BF ha fatto confluire nel corso dell'anno i farmaci donati e poi dispensati secondo le prescrizioni mediche rilasciate dagli ambulatori solidali di Imes: sei in tutto, attorno ai quali gravitano approssimativamente 15mila assistiti. "Il progetto della farmacie di strada ci ha trovato da subito pronti alla massima collaborazione per tanti motivi - ha affermato Andrea Mandelli, presidente

Fofi – per i farmacisti italiani solidarietà e vicinanza alle persone in difficoltà sono valori fondanti dell’agire professionale, come dimostra la forte partecipazione alla Giornata di 17/9/2019 Farmacia di strada. Donate medicine a circa 15mila indigenti per un valore di 88mila euro raccolta del farmaco promossa da Banco Farmaceutico e la crescita costante del ruolo dell’Associazione Farmacisti Volontari in seno alla Protezione civile, dove è diventata uno degli elementi cardine dell’intervento sanitario nelle calamità. Il farmacista ha un ruolo importante, per le sue competenze, nel processo di

cura e assistenza, in collaborazione con gli altri professionisti della salute, ed è giusto che questo apporto professionale venga garantito anche in attività di volontariato e alto impegno sociale come questa”.

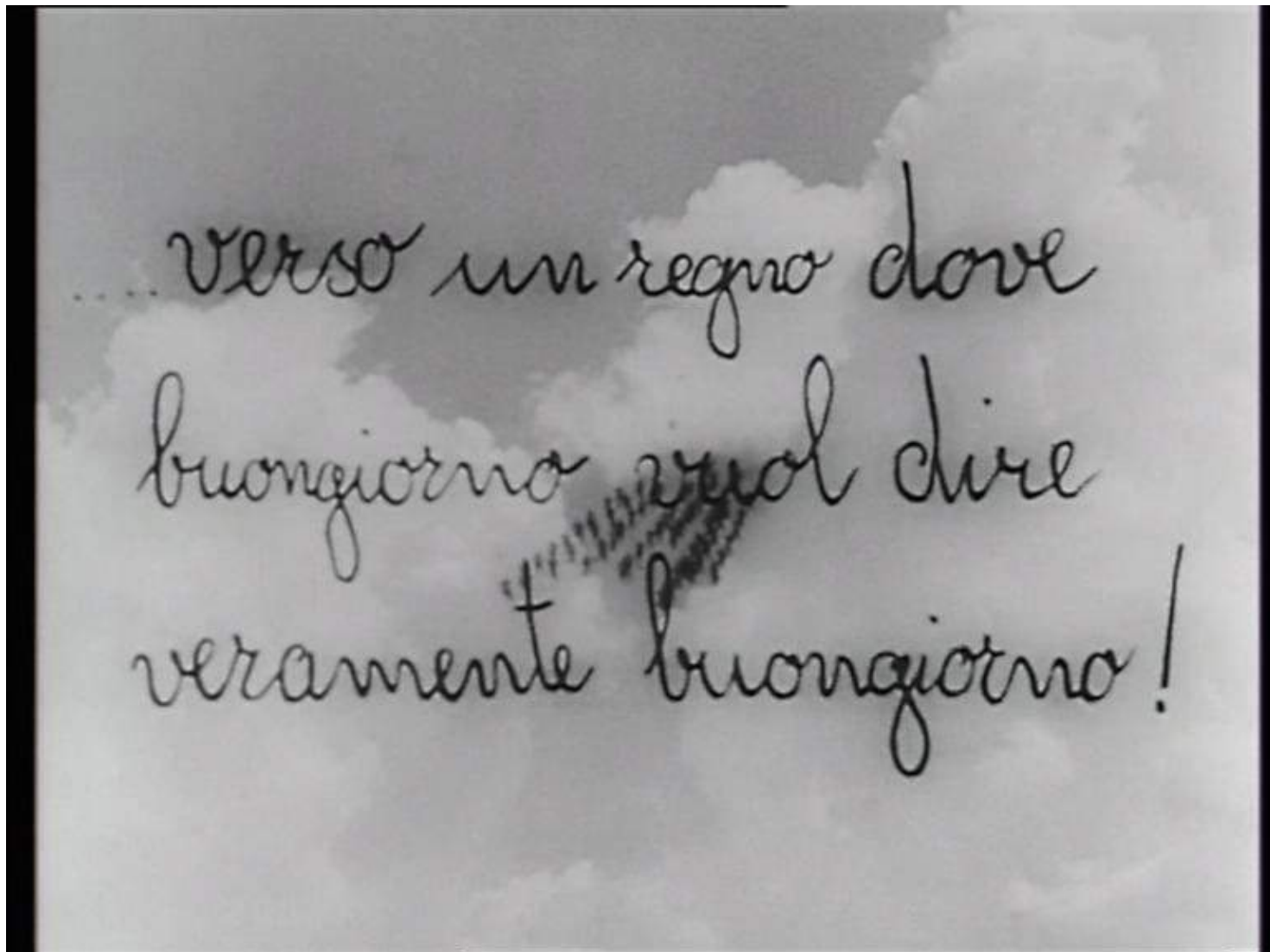
Lucia Ercoli, direttore di Medicina Solidale e responsabile scientifica del progetto conclude “La nascita della prima ‘farmacia di strada’ è un atto concreto per andare incontro a quelle ‘periferie esistenziali’ indicate da Papa Francesco – ha spiegato – e nello stesso tempo rappresenta un segno di speranza per tanti cittadini di questa nostra metropoli che

vivono ai margini, spesso dimenticati. Il luogo che la ospita, l’Associazione Vo-Re.Co. – ha concluso – è simbolo a Roma di solidarietà e di accoglienza. Un punto di riferimento per quanti credono che si può fare del bene a costo zero, mettendo in rete quanti hanno voglia di mettersi in gioco per un futuro migliore di Roma”.

*Da quotidianosanita.it*



Umberto D. - Vittorio De Sica - 1952



Miracolo a Milano - Vittorio De Sica - 1951

# Il tempo della comunicazione è tempo di cura

*Sandro Spinsanti*

Ippocrate - Thomas Lilti - 2018

Non ci illudiamo: una pratica di cura senza divergenze e conflitti non esiste. Anche perché spesso il conflitto, prima che rispetto a visioni della vita e del bene rappresentate da altri, nasce nel profondo di noi stessi, quando ci avviamo per la strada tortuosa della cura: ci accompagnano tante ambivalenze, delle quali non sempre siamo consapevoli. Siamo sfidati a conciliare valori contrastanti. Per risolvere questi conflitti non sono disponibili formule magiche; ma c'è un metodo e ci sono regole. Chiamiamola – se vogliamo – conversazione. Il nuovo libro di Sandro Spinsanti.

## **A che cosa ci riferiamo quando evociamo la conversazione in medicina?**

Cerchiamo di evitare anzitutto dei fraintendimenti. Non stiamo parlando di benevoli e magari anche simpatici scambi di opinioni come avviene tra amici. La conversazione a cui ci riferiamo è quella professionale. Ciò vuol dire che è soggetta a regole ben precise. A cominciare da quella che non riserva questo tipo di scambi a coloro con i quali ci sentiamo più in sintonia e dei quali condividiamo valori e preferenze. È uno scambio che il professionista della cura riserva sia alle persone malate che gli sono emotivamente e spiritualmente vicine come a

quelle che si situano agli antipodi delle sue preferenze personali. La conversazione professionale non è inoltre correlata con quello spirito che talvolta viene evocato con il termine “umanizzazione” della medicina: non è la caratteristica dei professionisti empatici e disposti in senso filantropico, ma il tratto costitutivo della “buona medicina” come la si concepisce ai nostri giorni. Un efficace avvicinamento in senso positivo a ciò che si intende promuovere con la conversazione in medicina è offerto dal documento nato dalla conferenza di consenso promossa dall'Istituto Superiore di Sanità sul tema della Medicina Narrativa: *Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale*, 2014. Il centro di gravità delle diverse pratiche che si vanno diffondendo in medicina è stato individuato nella narrazione quale “strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura”. Ecco il cuore pulsante della conversazione: i “diversi punti di vista”. Sullo sfondo individuiamo il profilo della pluralità, e non di rado della conflittualità che ne deriva.

Da quando l'etica medica ha perso il

monopolio, esercitato per secoli, che le permetteva di determinare ciò che nel processo di cura poteva/doveva essere perseguito, siamo entrati nell'ambito del pluralismo etico. Qualche studioso di bioetica si è spinto anche più in là dell'evocazione della pluralità dei riferimenti morali, affermando che ormai nelle questioni che dobbiamo affrontare in ambito clinico siamo spesso degli “stranieri morali”. Anche nell'ambito di una stessa cultura. È questa la tesi divulgata da Tristram Engelhardt: *Manuale di bioetica* (Il Saggiatore, 2000): “L'estraneità morale non comporta necessariamente l'incomprensibilità reciproca, ma solo che l'altro sia vissuto come uno straniero in virtù delle sue posizioni morali e/o metafisiche. Possono essere stranieri morali anche due amici estremamente legati l'uno all'altro e perfino marito e moglie (questi, anzi, possono essere anche veri e propri nemici morali). Essere stranieri morali significa abitare due mondi morali diversi”.

Su queste diversità di visioni morali si esercita la parte più delicata della conversazione in medicina. A condizione, naturalmente, che l'opzione di fondo non sia quella di combattere i mondi morali diversi: con la repressione – quando si dispone del potere per farlo – o con

la parola, sotto forma di polemica o di svalutazione sistematica della posizione altrui per esaltare la propria, ossia adottando un atteggiamento apologetico. La conversazione presuppone di considerare la diversità come una ricchezza e come un'opportunità. Ma richiede un impegno notevole. Viene in soccorso di chi si avventura in questi territori estremamente conflittuali una trama di regole sottostanti. Le più fondamentali sono i confini che traccia la legge, determinando quali comportamenti in una società, sono legali e quali configurano un reato. Quando gli ambiti della legalità e dell'illegalità sono chiaramente tracciati, la possibilità di scavalcarli non può essere oggetto di conversazione. Pensiamo alle diverse preferenze morali all'inizio e alla fine della vita (dalle varie modalità di procreazione medicalmente assistita agli interventi per accelerare la morte). Al professionista non si può chiedere di infrangere la legge, assumendone le conseguenze. L'attualità di questo atteggiamento di fondo è illustrata dalla legge 219, del 2107, che regola l'ambito dell'autonomia personale nelle decisioni cliniche dalle quali dipende la quantità e qualità della vita: un ambito soggetto a preferenze morali quanto mai soggettive. Il punto fondamentale è l'esplicito riconoscimento della facoltà di autodeterminazione nelle cure: "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale (art. 1/6)".

Molte incertezze, che hanno animato dibattiti giuridici per anni e hanno suscitato nei professionisti timori di infrangere la legge e di essere chiamati a risponderne, sono fugate dalla chiarezza del

dettato legislativo. Ma ancor più significativo per la promozione della conversazione è che la legge stessa affermi che il tempo della comunicazione "è tempo di cura" e caldeggi la programmazione condivisa delle cure, grazie alla quale il malato può entrare attivamente e responsabilmente nel percorso di cura. A rigore, le regole che qui affiorano sono di natura più deontologica che etica. Non dimentichiamo che la conversazione che intendiamo promuovere non è quella che nasce da un qualsiasi rapporto di gentilezza e umanità, ma si tratta di una conversazione "professionale". L'aggettivo qualificativo è importante! Le divergenze su scelte e etiche sono previste nei codici deontologici, tanto dei medici quanto degli infermieri. I medici sono espliciti nel chiarire che il modello alternativo al ruolo dominante del medico – decisioni prese dal curante per il paziente – non è quello del semplice rovesciamento dei ruoli, ovvero: il malato decide e il medico esegue. Se permangono discrepanze insanabili, sia di natura clinica che etica, il medico si riserva di recedere: "Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convinimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione (Codice di deontologia medica, 2014, art. 22).

Gli infermieri hanno assunto una posizione analoga. Salvo che mettono esplicitamente in evidenza che, di fronte a posizioni non condivise, il primo passo dell'infermiere non è di retrocedere, ma di mettersi in ascolto delle ragioni che inducono il malato a prendere quella

posizione. Solo se ascolto e negoziazione non danno i frutti sperati, l'infermiere avanza la "clausola di coscienza" – quando non sussistesse l'obiezione di coscienza prevista per legge – e rifiuta di accondiscendere alla richiesta: "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte (art. 20). L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito (Codice deontologico dell'infermiere, 2009, art. 8)".

Non ci illudiamo: una pratica di cura senza divergenze e conflitti non esiste. Anche perché spesso il conflitto, prima che rispetto a visioni della vita e del bene rappresentate da altri, nasce nel profondo di noi stessi, quando ci avviamo per la strada tortuosa della cura: ci accompagnano tante ambivalenze, delle quali non sempre siamo consapevoli. Siamo sfidati a conciliare valori contrastanti. Per risolvere questi conflitti non sono disponibili formule magiche; ma c'è un metodo e ci sono regole. Chiamiamola – se vogliamo – conversazione.

*Da saluteinternazionale.info*

**Nerina Dirindin, Enza Caruso “Salute ed economia. Questioni di economia e politica sanitaria” Bologna: Il Mulino; 2019, pp 207.**

Navighiamo nei mari inesplorati ed infidi di un fase politica, il post fordismo, caratterizzata dalla assenza di un soggetto capace di farsi portatore dell’interesse generale e dalla presenza di soggetti sociali dedicati alla affermazione dei propri interessi particolari: le elites sostengono un capitalismo estrattivo estremamente efficiente nel produrre disuguaglianze di anno in anno più estreme e crisi climatico/ambientali che prefigurano un futuro prossimo da incubo; le classi medie cercano di uscire dal gorgo dell’impoverimento comportato dal dispiegarsi delle neopolitiche postfordiste con soluzioni che oscillano tra un giacobinismo più gridato che praticato e la difesa muscolare di un “noi prima degli altri” dove non è nemmeno chiaro chi faccia davvero parte parte del noi e chi ne verrà escluso suo malgrado.

Navigazione a vista dunque per tutti i diritti sociali, chiamati alla difficile prova di resistere agli assalti di chi vuole mercificarli nell’attesa che passi una nottata di cui non si conosce la durata.

In queste acque agitate e infide veleggia il nostro diritto alla salute, cercando di scansare scogliere e siluri che si chiamano, tra le tante, politiche programmatiche “byartisan” di de-finanziamento, decognitivizzazione strut-

turale degli operatori, imposizione di artificiosi costi di accesso alle prestazioni (eccedenti per i lavoratori dipendenti, molto inferiori per la nutrita schiera di evasori del fisco, una categoria protetta), secondo pilastro, fondi integrativi, presunto esaurimento del ruolo della medicina generale, con passeggeri esasperati dall’evidente mancanza di una rotta sicura che sappia garantire loro le necessarie funzioni preventive, diagnostiche e terapeutico riabilitative per cui è nato, ormai 41 anni fa, il Servizio Sanitario Nazionale.

Nerina Dirindin (docente di Scienze delle Finanze e di economia e organizzazione dei sistemi di welfare all’Università di Torino che ha svolto ruoli importanti nel governo della sanità nazionale - direttrice generale del Ministero della Sanità - e regionale - Assessore alla Sanità della Regione Sardegna-) ed Enza Caruso (docente di Scienze delle Finanze e di Economia e Finanza pubblica all’Università di Perugia) hanno piena coscienza della fragilità strutturale in cui versa il nostro Servizio Sanitario Nazionale ed intervengono con autorevolezza con questo testo che già nel titolo “Salute ed economia” punta a fornire al lettore un approccio ampio volto a chiarire le principali problematiche sul terreno e ad aggiornare le conoscenze in materia, sulla base di una aggiornata rassegna delle evidenze disponibili.

Il volume si compone di una introduzione, dedicata a fare il punto sullo sviluppo attuale

della economia sanitaria e di 6 capitoli.

I primi due ci introducono al modo di pensare degli economisti e offrono una serie di argomentazioni a favore dell’intervento pubblico nella tutela della salute che sembrano parlare soprattutto a quella parte di loro colleghi economisti che quando pensa alla sanità vi vede una quantità di risorse consistenti sottratte inspiegabilmente all’accumulazione privata, cercando di ammansirne gli spiriti animali.

Il terzo capitolo affronta il problema della tutela della salute attraverso politiche sanitarie ed è particolarmente ricco di interesse per chi voglia arricchire le tematiche che abitualmente affrontiamo su questa rivista con valutazioni di economia sanitaria: vengono infatti discusse e argomentate le relazioni tra determinanti distali (reddito e sua distribuzione, istruzione, supporto sociale, ecc) e salute, mettendo in risalto sia i guadagni di salute che investimenti in questi settori e politiche intersettoriali procurano alle formazioni economico sociali che scelgono di investire risorse, sia le sostituzioni dei fini che si sono succedute e stratificate nella nostra formazione economico sociale negli ultimi lustri. Ne deriva una lettura attenta che assume le vesti di una denuncia competente e informata sui danni alla salute che derivano dall’attenzione differenziata che hanno ricevuto le diverse funzioni del servizio sanitario con la penalizzazione dei

servizi territoriali di prevenzione primaria e assistenza di base a favore del momento ospedaliero, nonché l'incuria programmata che ha investito le 3P che costituiscono il tripode funzionale del SSN -Prevenzione, Partecipazione, Programmazione- dissolte nelle melmose negoziazioni di un SSR già oggi talmente malato di regionalismo differenziato da soffrire di picchi di disuguaglianza nella attesa di vita in salute che vedono una differenza di 17,5 anni tra la regione Calabria e la Provincia Autonoma di Bolzano. Una disamina particolarmente efficace che mette lucidamente in fila sostituzioni e inversioni dei fini con cui ampi settori politici (il cosiddetto fronte bypartisan) hanno ripetutamente bullizzato in questi anni il nostro Servizio Sanitario Nazionale, creando le premesse sia per un suo indebolimento strutturale volto a fare spazio al cosiddetto secondo pilastro (quello per accedere al quale bisogna mettere le mani in tasca e tirare fuori i soldi) sia una riduzione dei guadagni di salute nei prossimi anni in conseguenza dei diminuiti investimenti nei determinanti distali.

Il quarto ed il quinto capitolo sono dedicati ad un confronto tra diverse tipologie di sistemi sanitari – che fa risaltare l'efficienza dei servizi sanitari nazionali, aggiungendo altra evidenza alla già assenza di evidenze sulla capacità del mercato di produrre salute da un punto di vista di popolazione – e ad una analisi approfondita del nostro SSN.

L'ultimo capitolo affronta alcune tematiche emergenti (conflitti di interesse, valutazioni delle tecnologie sanitarie, partenariato pubblico privato, fondi sanitari) fornendone elementi di giudizio critico dal punto di vista di una economia sanitaria attenta alle ricadute sociali.

Nel complesso un testo necessario ed importante per gli operatori sanitari in formazione e per quelli in servizio, ma di utile lettura anche per chi voglia capire di più in un settore ricco di specificità e nel quale esperienza e conoscenza approfondita sono requisiti indispensabili per prendere parola, fuori dai denti: i politici e gli amministratori.

Tra le problematiche che lettura e riflessione sulle argomentazioni sviluppate nel testo sollevano, si collocano le difficili ma necessarie risposte che bisognerà pur dare alle politiche pubbliche di servizio al privato, la cui consistenza e pericolosità per la salute della popolazione affiorano di continuo dal testo e che hanno assunto sia in Umbria recentemente, sia prima in altre regioni, la veste di sistemi sanitari regionali il cui possesso è stato usato ai fini della riproduzione di caste politico amministrative orfane del soggetto che le aveva guidate nel novecento, con lo spettacolo indecoroso di tecnici selezionati in base al principio di obbedienza e in disprezzo di quello di competenza che, come i personaggi di una tragedia greca sanno di errare e continuano a farlo fino alla catastrofe politico giudiziaria che li ha inghiottiti,

arrelando altresì danni gravi all'opera di quante e quanti hanno dedicato la loro vita a qualificare il nostro SSR.

Qui però sarebbe necessario un salto dalle pur attentissime letture di economia sanitaria delle nostre autrici alla critica dell'economia politica, aprendo una riflessione sui numerosi autori che già nel secolo breve hanno saputo vedere e descrivere gli effetti perversi del possesso in assenza di proprietà privata. Si tratta, a parere dello scrivente, di valutare bene se sia il caso di insistere su una tutela pubblica del SSN in un contesto in cui è proprio dal "pubblico" che sono venuti gli attacchi più devastanti e organizzati, le derive più drammatiche o se sia il caso di iniziare ad esplorare forme di gestione comune, dove notevoli contributi ci sono offerti dagli studi di economisti del calibro di Elinor Ostrom (premio Nobel 2009 per l'economia) e dal pensiero di economisti critici dell'economia politica che come Carlo Vercellone hanno approfondito lo studio dei sistemi di welfare nel post-fordismo.

La prospettiva è infatti quella di interagire con il nuovo soggetto sociale che sarà "obbligato" a controllare dal basso le politiche pubbliche e ad evitarne la torsione da parte di interessi privati: la generazione Greta, che per vivere dovrà porre un argine al quel biopotere che, ebbro di disuguaglianza e di irresponsabilità socio ambientale, vuole anche divorare il nostro diritto alla salute.

*Carlo Romagnoli*



L'idea di scrivere un libro nasce nella testa dell'autore qualche tempo dopo il pensionamento; cessata una fase assai intensa della vita volge, forse per la prima volta, la testa al passato. E scorge la quantità di case che ha abitato, tutte in luoghi diversi, sia pure in una stessa piccola regione; ed i tanti ambienti che ha visto nelle diverse situazioni che ha vissuto in una vita caratterizzata da un intenso peregrinare, un andare continuo durato poco meno di ottant'anni, due terzi del secolo breve ed oltre una decina del successivo ancora più svelto. E quindi descrive questo tragitto immaginando una sorta di pièce teatrale, divisa in quattro tempi, luoghi di riferimento della sua casa principale: Terni, Umbertide, Stroncone, Perugia. E di ciascuno racconta l'ambiente e le persone, le esperienze. Con un tratto di penna leggero e colori tenui disegna immagini a volte ben definite talora solo abbozzate. E così passo passo si dipana l'intera vita, in un susseguirsi di situazioni di maggiore intensità. Coloro che hanno vissuto lo stesso periodo facilmente si riconosceranno nelle situazioni e nei personaggi descritti. Ogni giorno appare migliore del precedente, l'esperienza di ieri è il viatico per il domani, un continuum di progressivi avanzamenti, nella conoscenza, nel lavoro, nella famiglia, con gli amici, nello svago. Bene e meno bene, bello e brutto sono intrinsecamente legati, sale e zucchero della vita; questa è la sigla del libro. Un invito all'ottimismo che deriva dall'esperienza accumulata, dalla II guerra mondiale al nuovo secolo. Ma tutto si tiene e la visione dell'autore esprime un ottimismo contenuto, perché la vita è comunque bella, degna di essere vissuta.

**Per informazioni: [libri@edizioniculturasalute.com](mailto:libri@edizioniculturasalute.com)**

# la salute umana

LA SALUTE UMANA pubblicata a cura del  
CENTRO SPERIMENTALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E L'EDUCAZIONE SANITARIA  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PERUGIA  
tel. 075 585.7357 / <http://cespes.unipg.it>



EDIZIONE E DIFFUSIONE

Cultura e Salute Editore Perugia

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

In un concetto di salute non esclusivamente biomedico, l'argomento è trattato da una prospettiva terapeutica, di prevenzione terziaria, di riduzione del danno, educativa, promozionale. I quesiti: cosa può significare salute sulla strada? Quali problemi di salute possono essere affrontati? Quali persone, quali gruppi di popolazione, e dunque quali professionisti *sulla strada*? Alcuni ruoli professionali sono ormai consolidati: gli operatori socio-sanitari dell'ambito delle dipendenze, della prostituzione e della tratta; gli operatori della prevenzione e della sicurezza nei luoghi di lavoro; gli operatori delle agenzie per l'ambiente. Tutti questi impegnati in azioni per la salute attraverso strategie che spaziano dalla riduzione del danno a interventi di sicurezza, di educazione e di promozione. Ma nuovi professionisti lavorano per la salute totalmente al di fuori – apparentemente – dell'ambito sanitario ma sicuramente inseribili nel novero dei costruttori di salute. Gli architetti di strada: affrontano - recupero di aree urbane e di edifici, nuove costruzioni - problemi di disuguaglianze, inclusione, assenza di senso di appartenenza, elementi riconducibili all'equilibrio salute. Gli avvocati di strada: esiste un diritto alla salute per i senzatetto? Tutti questi ed altri professionisti escono dai loro studi, dai loro uffici, dal loro lavoro di attesa dell'utente, per andare *sulla strada* verso le persone, confrontandosi con loro, ascoltandole, agendo per la loro salute. La strada, dunque, come cantiere privilegiato dove costruire insieme salute.