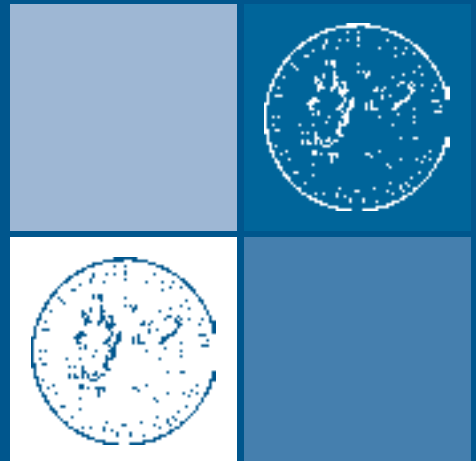


SISTEMA SALUTE

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 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2019

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia

<http://cespes.unipg.it>

rivistecepes@gmail.com

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

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

Estero

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

rivistecepes@gmail.com

tel.: 075.585.7357

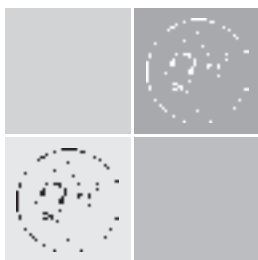
per informazioni: Dott.ssa Paola Beatini - 075. 585.7357

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 63, n.1, gennaio-marzo 2019

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

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia (SIPNED), Roma / Eric Breton, INPES Promotion de la Santé, Département Sciences Humaines, Sociales et des Comportements de Santé - SHSC École des Hautes Études Santé Publique (EHESP), France / Riccardo Casadei, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Carla Collicelli, Fondazione CENSIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina Clinica e Molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano / Enrico Desideri, Azienda USL Toscana Sud Est / Paola di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Università di Bologna / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Sabrina Flamini, Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute, Perugia / Fabrizio Fornari, Dipartimento di Scienze Giuridiche e Sociali, Università "Gabriele D'Annunzio", Chieti-Pescara / Fausto Francia, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Salvatore Genaci, Area Sanitaria, CARITAS Diocesana di Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Guido Giavelli, European Society for Health and Medical Sociology, Dipartimento di Scienze della Salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Marco Ingrosso, Dipartimento di Studi Umanistici, Università di Ferrara / Lynne Kennedy, University of Chester, Department of Clinical Sciences & Nutrition, UK / Domenico Lagravinese, ASL Bari / Gavino Maciocco, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Firenze / Edivge Mancinelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Liliana Minelli, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maurice Mittelmark, Faculty of Psychology, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Aldo Morrone, Istituto Nazionale per la Promozione della Salute della Popolazione Migranti ed il Contrasto delle Malattie della Povertà, Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, Scienze Sociali, Umane e della Formazione, Università degli Studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, European Public Health Association, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Pio Enrico Ricci Bitti, Società Italiana di Psicologia della Salute (SIPS), Università di Bologna / Carlo Romagnoli, Azienda USL Umbria 1, Perugia / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE/ITALIA) / Marzia Sandroni, Azienda USL Toscana Sud Est / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, Psichiatra / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Gianfranco Tarsitani, Dipartimento di Scienze Medico-Chirurgiche e di Medicina Traslazionale, Sapienza Università di Roma / Enrico Tempesta, Osservatorio Permanente Giovani e Alcohol, Roma / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Federico II di Napoli / Lenneke Vaandrager, Wageningen University, Group Health & Society (HSO) Department of Social Sciences, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia.

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

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 63, n.1, gennaio-marzo 2019

- 5 *In questo numero*
- Editoriale* 7 La promozione della salute nella nuova fase politica
Health promotion in the new political phase
Carlo Romagnoli
- Articoli* 11 Dai danni alle esposizioni o dalle esposizioni ai danni? Una analisi di caso nel Sin Terni-Papigno
From damage to exposures or from exposures to damages? A case analysis in the Terni-Papigno's Site of National Interest
Carlo Romagnoli, Fabio Neri, Lucio Pala
- 41 Un intervento multidisciplinare di promozione dei corretti stili di vita nel percorso postoperatorio di soggetti sottoposti a chirurgia dell'obesità
A multidisciplinary intervention to promote correct lifestyles in the post-operative path of subjects undergoing obesity surgery
Francesca Gallé, Assunta Cirella, Mirella Di Dio, Alessandra Miele, Roberta Ricchiuti, Nunzia Postiglione, Giuseppe Cerullo, Valeria Di Onofri, Giorgio Liguori
- 47 Objective Structured Video Examination (OSVE). Uno strumento innovativo nella valutazione universitaria delle competenze educative per promuovere salute
Objective Structured Video Examination (OSVE). An innovative tool to evaluate undergraduate educational competencies for health promotion
Patrizia Garista, Lucia Zannini
- 59 Realizzazione e validazione di un questionario di gradimento degli eventi promossi nell'ambito del progetto DianaWeb, una ricerca partecipata per lo studio dell'effetto dello stile di vita sulla prognosi del tumore al seno

- Creation and validation of a satisfaction questionnaire for the events promoted within the DianaWeb project, a participatory research for the study of the effect of lifestyle on breast cancer prognosis*
Vincenza Gianfredi, Daniele Nucci, Anna Villarini, Massimo Moretti, Milena Villarini
- 70 Sinergie tra Servizi e gestione di situazioni borderline. Uno studio di caso
Synergies between Services and management of borderline situations. A case study
Antonella Buffo
- 86 La Formazione del Medico di Medicina Generale. L'esperienza umbra
The General Practitioner Training. The Umbrian experience
Piero Grilli
- 96 Il cibo come patrimonio culturale: storie di vita e di impresa di pastori e casari sardi in Umbria
Food as cultural heritage: life and work narratives of Sardinian shepherds and cheese makers in Umbria
Elisa Ascione
- 109 Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale dell'assistenza domiciliare sociosanitaria
Model proposal for the institutional health and social accreditation in home care
Anna Paola Agnoletto, Anna Catelani, Cristina De Sarno, Bruna Odasmini, Simone Pauletto, Paola Stenico, Corrado Tosetto, Luciano Pletti, Silvio Brusaferrò
- Documenti* 120 Manifesto dell'alleanza tra professionisti della salute per un nuovo Servizio Sanitario Nazionale
Federazioni nazionali e Ordini delle professioni sanitarie e sociali, Fnopi, Fnomceo, FnoTsrp-Pstrp, Cnop, Fofi, Onb, Fnovi, Fnopo, Fncf e Cnoas

In questo numero

Sono raccolti in questo numero un corpo di contributi di ricercatori e professionisti che collaborano e seguono la nostra Rivista dedicato a temi di ambiti diversi.

Aprire la serie di articoli un importante e documentato contributo di *Carlo Romagnoli et al.* Gli Autori analizzano in profondità le evidenze sulle caratterizzazioni ambientali ed epidemiologiche relative al SIN Terni-Papigno desumendone indicazioni per misure di prevenzione primaria nel quadro di una innovativa proposta di politica sanitaria e ambientale centrata sugli “ecodistretti”.

Francesca Gallè et al presentano nel loro articolo i risultati di un intervento multidisciplinare su soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica. Si evidenzia come il supporto educativo e motivazionale costituisca uno strumento efficace per l’adozione di corretti stili di vita alimentari e rafforzi i risultati in termini di calo ponderale.

Lo sviluppo di competenze dei professionisti in educazione e promozione della salute costituisce un tema sul quale il progetto ComPH dell’Unione Internazionale per la Promozione della Salute e l’Educazione Sanitaria (IUPHE) ha avviato una profonda riflessione e proposto un nuovo scenario operativo. *Patrizia Garista e Lucia Zannini* riportano nel loro contributo un’esperienza didattica-valutativa che ha utilizzato la tecnica OSVE (Objective Structured Video Examination) per la valutazione delle competenze educative per promuovere salute.

Gianfredi et al riferiscono i risultati della validazione di un questionario di gradimento utilizzato all’interno di un progetto finalizzato alla qualità della vita delle donne con diagnosi di tumore al seno. Il complesso progetto “Diana Web” ha previsto al suo interno un percorso formativo con le donne a partire dai bisogni espressi ed ha garantito informazioni sulla patologia, su corretta nutrizione e attività fisica, utilizzando metodologie attive e partecipate. Lo strumento validato sul quale si espone indagava, in particolare, aspettative, metodi didattici, qualità delle relazioni e organizzazione.

Il testo di *Antonella Buffo*, attraverso l’analisi di un complesso caso clinico borderline, descrive le interazioni tra Servizi sanitari (Ser.T, CSM, Servizio di Neuropsicologia infantile), sociali (Ufficio di Cittadinanza) e strutture comunitarie. L’esperienza mostra come sia necessario “tenere vivo” un modello culturale caratterizzato da forte attenzione alla

costante tessitura di relazione e comunicazione tra tutti i soggetti coinvolti; fatto che non è sovente supportato da un modello organizzativo adeguato.

Da tempo e in diverse sedi sono stati evidenziati problemi strutturali nella formazione del Medico di Medicina Generale: focalizzazione su aspetti tecnici senza comprensione del contesto, concentrazione sull'episodio e assenza di attenzione per la continuità delle cure, incertezza di ruolo per la promozione della salute e, in particolare carenza delle stesse metodologie formative. *Piero Grilli* presenta nel suo articolo alcune riflessioni sul tema e descrive in dettaglio l'articolazione formativa dell'esperienza umbra.

Segue il lavoro di *Elisa Ascione*, un'analisi qualitativa realizzata attraverso la metodologia etnografica condotta su nuclei familiari di pastori di origine sarda attualmente residenti in Umbria: sono narrate storie di vita e di lavoro, in particolare i nuovi assetti organizzativi e produttivi, i cambiamenti del mercato e i loro complessi intrecci con i saperi tradizionali, con le memorie, con la trama culturale che sostiene il prodotto.

Conclude la serie di contributi *Anna Paola Agnoletto et al* con la esposizione del percorso realizzato per costruire uno strumento di accreditamento istituzionale per l'assistenza domiciliare socio-sanitaria, strumento che favorisca una concreta ed efficace integrazione dei diversi soggetti coinvolti. Nello sviluppo del lavoro sono stati considerati prioritari la centralità della persona e di chi l'assiste, l'azione educativa in una prospettiva di empowerment. Il percorso realizzato per la costruzione dello strumento ha costituito una occasione unica per i professionisti del gruppo di condividere linguaggio, contenuti e valori, un confronto aperto, troppo spesso inusuale che si è dimostrato arricchente per tutti.

Editoriale

La promozione della salute nella nuova fase politica *Health promotion in the new political phase*

Carlo Romagnoli

L'onda biopolitica¹ che si solleva in tutto il mondo grazie alla iniziativa della coraggiosa sedicenne svedese Greta Thunberg ci parla dell'apertura di una nuova fase, che vede irrompere un *Noi globale* deciso a prendere in mano *le redini* del pianeta per porre fine ai danni ambientali e sociali prodotti da élites che hanno fatto della irresponsabilità socio-ambientale sia la condizione per il proprio arricchimento che il nucleo del proprio programma politico concentrato su differenze di etnia, religione, e genere piuttosto che sui problemi globali dell'ambiente, una condizione ottimale per mantenere gli attuali assetti sociali e continuare a sfruttare le energie fossili.

Il 15 marzo, lo sciopero globale mondiale per il clima che si è svolto in più di cento paesi ed ha coinvolto milioni di giovani, ci ha posto di fronte ad una sorta di incarnazione globale di quanto prefigurato a suo tempo nella Carta di Ottawa: la generazione che dovrà vivere nel distopico futuro prossimo determinato dal cambiamento climatico e dal degrado delle matrici ambientali, ha individuato la priorità globale, analizzato gli elementi sociali e politici che hanno determinato la crisi attuale e si sta attivando per creare le condizioni politiche per ottenere i cambiamenti necessari per tutti noi, con il plauso della comunità scientifica globale.

1. Per Foucault la biopolitica è il terreno in cui agiscono le pratiche con le quali la rete di poteri gestisce le discipline del corpo e le regolazioni delle popolazioni, facendo del controllo delle condizioni della vita umana una questione politica e rovesciando la vecchia simbologia del potere, legato al sangue e al diritto di morte, in una nuova, in cui il potere garantisce la vita, divenendo quindi biopotere (Michel Foucault, *Nascita della biopolitica* (corso al collège de France anni 1978-1979), a cura di François Ewald, Alessandro Fontana e Michel Senellart, trad. Mauro Bertani e Valeria Zini, Feltrinelli, Milano 2005). Altri autori, come Michel Hardt e Toni Negri (Michel Hardt e Toni Negri “Comune” Mondadori 2010) hanno utilizzato e reinterpretato il concetto di biopolitica in una accezione che ha stretti legami con il concetto marxiano di dominio reale (Karl Marx: *Lineamenti fondamentali di critica dell'economia politica*. Gruntdrisse, Roma, Manifestolibri, 2010), intendo la biopolitica come “la vita che si oppone al biopotere”.

Questo *Noi globale* parla a tutti dei problemi di tutti e si pone nella prospettiva di dare finalmente alle enormi capacità delle forze produttive l'uso sociale reso indifferibile dalla gravità della crisi ambientale e sociopolitica che vede procedere appaiati e indissolubilmente connessi, aumento delle temperature e aumento delle disuguaglianze.

I rimbalzi di tutto ciò diventano percepibili anche nel nostro ordinamento sociale: i vecchi equilibri che garantivano la governance neoliberista vengono messi in discussione e con essi appaiono in tutta la loro indesiderabilità i tentativi di privatizzare la sanità facendo spazio a secondi e terzi pilastri.

Balzano agli occhi i grandi problemi creati dall'abbandono delle tre P che sono la quintessenza di un moderno sistema sanitario: l'assenza simultanea di programmazione (il piano sanitario nazionale abbandonato da decenni per fare posto ad interessi particolari...), partecipazione (...con le aziende sanitarie, le cui crepe e rughe resistono ormai ad ogni maquillage, che hanno cancellato ogni momento partecipativo dei molti dal governo della sanità lasciandolo nelle mani di pochi senza alcun bilanciamento sostanziale dei poteri monocratici ivi operanti, un modello che ha avuto applicazioni anche nei dipartimenti di prevenzione che operano in condizioni in cui agli esposti è interdetta ogni interazione strutturata...) e prevenzione (...producendo grande attenzione per interventi preventivi rivolti pressoché esclusivamente ai determinanti prossimali in assenza di iniziativa sui determinanti distali, dove si approfondisce l'impronta negativa della disuguaglianza e della decognitivizzazione) determina valori della speranza di vita in salute che, stando ai dati Istat, vedono una forbice di 18 anni tra la provincia di Bolzano dove supera i 69 anni e la regione Calabria dove è di poco superiore ai 51 anni, tanto per citare dati del 2017 non corretti per condizione socio economica; del pari il degrado ambientale ha raggiunto e superato i livelli di allarme, con evidenze plurime che riguardano tutte le matrici, anche in territori come la ricca Pianura padana - dove pure si rispettano e si applicano al meglio tutte le normative - parlandoci di una disgiunzione tra legalità, giustizia ambientale e diritto alla salute: le normative esistenti appaiono sempre più funzionali ai bisogni dei produttori di rischio, non garantiscono la salute della popolazione ed il rispetto dell'ambiente e sono sottoposte ogni giorno di più a critica sociale.

Disuguaglianze nella salute e avanzato degrado ambientale richiedono di collocarsi nella nuova fase mettendo in discussione priorità, scelte ed assetti che hanno portato al quadro attuale, anche nel settore della promozione della salute.

Nel numero precedente abbiamo pubblicato l'importante legge regionale che l'Emilia Romagna ha voluto dedicare (LR 5 dicembre 2018, n. 19) alla "Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria" che presenta sia elementi di novità che di continuità sui quali è opportuno sviluppare qualche riflessione.

La nuova centralità del territorio rappresenta indubbiamente un grande valore aggiunto, laddove si sostiene che i "contenuti degli accordi operativi per la salute di comunità di li-

vello locale... sono definiti, sentite le parti sociali comparativamente più rappresentative, dai comitati di distretto con il supporto degli uffici di piano e dei dipartimenti di sanità pubblica, in coerenza con i Piani attuativi locali e avvalendosi delle indicazioni derivanti dai profili di salute di comunità...”.

Un passaggio denso e ricco di spunti, perché colloca il territorio e la popolazione che ci vive, con il suo profilo di salute, la sua domanda di prevenzione primaria e le sue rappresentanze sociali, al centro di un processo programmatico partecipato, che viene supportato sul piano funzionale da competenze di sanità pubblica ed epidemiologia; tutto ciò mette a valore le relazioni operative che il territorio ha già in atto tra enti locali, servizi, esposti e portatori di bisogni socio-sanitari per la molteplicità di combinazioni che questi assumono.

Le relazioni operative vigenti all'interno dei servizi di prevenzione, in questa nuova fase sono chiamate a confrontarsi con una domanda di cambiamento che le nuove generazioni, non più incasellate in qualche categoria a rischio, stanno ponendo per affermare il principio di precauzione e conquistarsi condizioni ambientali in cui vivere in pace ed in armonia.

Bisogna pertanto essere pronti ad 'accompagnare l'onda biopolitica', darle i mezzi, creare le interazioni, interagire con la visione sistemica che la nutre, porre finalmente sotto tutela le matrici ambientali ed i territori in quanto beni comuni, abbandonare - insieme all'uso delle energie fossili - la linearità dei sistemi produttivi e porsi il problema di farli divenire circolari in tempi utili, partendo da sottosistemi quali la gestione di rifiuti, la produzione di energia, la qualità degli alimenti, il sistema dei trasporti, per i quali molto sapere sociale è già stato accumulato, rendendo le persone consapevoli dei limiti e delle potenzialità dei territori in cui vivono, che devono essere ospitali e gradevoli per tutti i viventi e per le nuove generazioni, smettendo di essere sottoposti a fattori di pressione tanto insostenibili quanto privi di effettiva utilità sociale.

Il sapere sociale accumulato dagli esposti deve investire anche la forma organizzativa con la quale oggi viene gestita la sanità, portando ad un cambiamento profondo, dato che la forma azienda non è né pensata, né adatta, né adattabile per interagire con processi partecipativi sostanziali, definiti dalla possibilità di essere presenti nei luoghi in cui si scelgono le priorità, si assegnano le risorse e si valutano i risultati.

Più perplessità in questo scenario, evoca la centralità assunta a suo tempo e tuttora riconosciuta al Piano Nazionale della Prevenzione.

Dato che i grandi errori si fanno sulle grandi scelte occorre in primo luogo chiedersi:

- perché il Piano Sanitario Nazionale manca da molti anni?
- perché il Piano Nazionale Prevenzione (PNP) ha tempi e procedure diverse e disgiunte dal Piano Sanitario Nazionale se dobbiamo “produrre salute in tutte le politiche”?
- per quali interessi di parte tale approccio programmatico possa risultare conservativo?

- quali dispositivi partecipativi sostengono e giustificano le scelte fatte nel PNP?
- questa disgiunzione ha prodotto i risultati prefissati (che andrebbero chiaramente esplicitati in una occasione valutativa strutturata di cui al momento non si vede traccia)?
- la separazione tra programmazione della prevenzione e programmazione del SSN è, se mai lo è stata, funzionale nella nuova fase che viviamo?

Se il divario nella speranza di vita in salute tra il Nord ed il Sud ha molteplici determinanti e se è necessario come OMS ed ONU dicono da decenni “fare salute in tutte le politiche”, sfugge il senso della settorializzazione degli interventi preventivi, anzi, nel quadro di un federalismo che già ora è più funzionale alla diseguità che all'equità, questa finisce per rappresentare un moltiplicatore di effetto della disuguaglianza e del degrado ambientale. Alla Ministra Grillo che ha colto il problema della forte disuguaglianza nella salute che caratterizza l'Italia dopo vent'anni di federalismo e che ha chiesto al Consiglio Superiore di Sanità come contrastarla e superarla suggeriamo di attivarsi per varare il Piano socio sanitario nazionale, in quanto è del tutto evidente che è la programmazione socio-sanitaria, opportunamente strutturata e partecipata, a rappresentare lo strumento cardine per dare di più a chi sta peggio e per produrre i cambiamenti necessari nei tempi necessari.

La prevenzione, per essere all'altezza della nuova fase, deve farsi sistemica e partecipata per cogliere la domanda di prevenzione primaria e di promozione della salute che muove l'onda biopolitica.

Dai danni alle esposizioni o dalle esposizioni ai danni? Una analisi di caso nel Sin Terni-Papigno

From damages to exposures or from exposures to damages?

A case analysis in the Terni-Papigno's Site of National Interest

Carlo Romagnoli, Fabio Neri*, Lucio Pala**

Medico specialista in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Presidente ISDE Umbria

** Sociologo, Presidente Comitato No Inceneritori Terni*

*** Insegnante, Presidente Osservatorio sulla discarica di Borgogligione (PG)*

Parole chiave: prevenzione primaria, caratterizzazione ambientale, caratterizzazione epidemiologica, falsi negativi, ecodistretti

SOMMARIO

Premesse: in Italia vi sono 45 Siti di Interesse Nazionale (SIN) in cui vivono circa 6 milioni di esposti a inquinanti ambientali per i quali il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2019 non ha previsto interventi mirati. Dato che in sanità pubblica la forza di una raccomandazione deriva dalla forza della associazione causale tra esposizione e danni alla salute, si pone il problema di valutare tale dimensione tra le evidenze disponibili sulle esposizioni e rispettivamente sui danni in atto nei SIN per verificare se esistono le basi per produrre raccomandazioni di maggiore forza.

Obiettivi: è stata condotta una analisi di caso nel Sin Terni Papigno per: 1) raccogliere le evidenze disponibili su emissioni e contaminazioni di matrici ambientali e dati di biomonitoraggio; 2) esaminare la forza della associazione causale per le evidenze disponibili sulle esposizioni a rischio nel SIN in funzione della forza delle raccomandazioni che possono supportare; 3) esaminare la forza della associazione causale per le evidenze sui danni (Studi SENTIERI) in relazione alla forza della raccomandazione che possono produrre; 4) Produrre raccomandazioni di prevenzione primaria nei SIN di forza appropriata alla qualità delle evidenze disponibili.

Materiali e metodi: sono stati definiti due processi che possono supportare raccomandazioni di sanità pubblica nel SIN: 1) analisi e valorizzazione delle sostanze inquinanti rilevate da fonti e studi di caratterizzazione ambientale, di cui viene valutata la forza della associazione causale grazie alle evidenze di epidemiologia inferenziale; 2) analisi e valorizzazione degli studi di caratterizzazione epidemiologica, grazie all'intero corpo degli studi SENTIERI. A supporto sono state realizzate due linee di ricerca bibliografica,

Autore per corrispondenza: surfcasting.dakhla@gmail.com

la prima su studi e fonti scientifiche che riguardano distintamente esposizioni ambientali e danni alla salute nel SIN, la seconda sui programmi di prevenzione primaria volti a ridurre/eliminare la esposizione a cancerogeni in contesti analoghi al SIN studiato.

Risultati: 1) le evidenze sulla caratterizzazione ambientale nel SIN indicano negli anni 2007-2015 esposizioni involontarie importanti a diossine e furani, policlorobifenili, cromo, nickel, cadmio, arsenico, mercurio, piombo, NO₂, PM₁₀ ed altri inquinanti tramite la matrici aria, acqua, suolo ed alimenti, che sulla base delle conoscenze di epidemiologia inferenziale possono sostenere raccomandazioni di forza maggiore nel nuovo PNP 2020-2024; 2) gli studi di epidemiologia descrittiva condotti nel SIN hanno caratteristiche metodologiche intrinseche che non permettono di distinguere lo specifico apporto degli impianti del SIN e possono produrre potenziali falsi negativi. 3) vi sono esperienze di eliminazioni/riduzione della esposizione a cancerogeni in contesti produttivi non dissimili dal Sin Terni Papigno.

Conclusioni: è necessario integrare i risultati delle caratterizzazioni ambientale ed epidemiologica per produrre raccomandazioni più forti, tali da supportare nel nuovo PNP 2020-2024 programmi SIN-specifici di prevenzione primaria, basati anche su soluzioni altrove attivate. L'attivazione di processi di prevenzione primaria basati su tutela e caratterizzazione delle matrici ambientali e trasformazione dei fattori di pressione in base ai principi dell'economia circolare potrebbe dare vita nel SIN ad un "ecodistretto", dispositivo di prevenzione primaria teso a proteggere gli esposti da inquinamento e spossessamento.

Key words: primary prevention, environmental characterisation, epidemiological characterisation, false negatives, ecodistricts

SUMMARY

Background: in Italy there are 45 Sites of National Interest (SIN) where about 6 million people are exposed to environmental pollutants and for which the National Prevention Plan (PNP) 2014-2019 has not provided for targeted interventions. Given that in public health the strength of a recommendation derives from the strength of the causal association between exposure and damage to health, the problem arises of assessing this dimension among the available evidence on exposures and respectively on the damage taking place in the SIN to verify whether there is a basis for producing recommendations of greater strength.

Objectives: a case study was conducted in the Terni Papigno's SIN in order to: 1) collect the available evidence on emissions and contamination of environmental matrices and biomonitoring data; 2) examine the strength of the causal association for the available evidence on risk exposures in the SIN depending on the strength of the recommendations they may support; 3) examine the strength of the causal association for the evidence on damage (SENTIERI studies) in relation to the strength of the recommendation they may produce; and, 4) produce primary prevention recommendations in the SINs of strength appropriate to the quality of the available evidence.

Materials and methods: two processes have been defined that can support the public health recommendations in the SIN, the: 1) analysis and enhancement of pollutants detected by sources and studies of environmental characterization, of which the strength of the causal association is evaluated thanks to the evidence of inferential epidemiology; and the 2) analysis and enhancement of studies of epidemiological characterization, thanks to the SENTIERI study. Two lines of bibliographic research have been carried out to support the study, the first on studies and scientific sources that clearly concern environmental exposures and health damage in the SIN, the second on primary prevention programs aimed to reduce / eliminate exposure to carcinogens in contexts similar to the SIN studied.

Results: evidence on environmental characterisation in the SIN indicates in the years 2007-2015 significant unintended exposures to dioxins and furans, polychlorinated biphenyls, chromium, nickel, cadmium, arsenic, mercury, lead, NO₂, PM₁₀ and other pollutants via air, water, soil and food matrices,

which based on knowledge of inferential epidemiology can support recommendations of force majeure in the new PNP 2020-2024. The descriptive epidemiology studies conducted in the SIN have intrinsic methodological characteristics that do not allow to distinguish the specific contribution of SIN implants and may produce potential false negatives. 3) There are experiences of elimination/reduction of exposure to carcinogens in production contexts not dissimilar from Terni Papigno SIN.

Conclusions: it is necessary to integrate the results of environmental and epidemiological characterizations to produce stronger recommendations, in order to support the new PNP 2020-2024 SIN-specific primary prevention programs, also based on solutions activated elsewhere. The activation of primary prevention processes based on the protection and characterization of environmental matrices and the transformation of pressure factors based on the principles of circular economy could give rise to an "eco-district" in the SIN, a primary prevention device aimed to protect those exposed from pollution and dispossession.

1) Premesse

I Siti di Interesse Nazionale (SIN) sono stati definiti da una serie di atti legislativi¹ che ne stabiliscono gli elementi costitutivi: *caratteristiche del sito, quantità e pericolosità degli inquinanti presenti, rilievo dell'impatto sull'ambiente circostante in termini sanitari ed ecologici nonché il pregiudizio arrecato ai beni culturali e ambientali*. Le oltre 40 aree del territorio nazionale che rispondono a tali criteri consistono in aree contaminate piuttosto estese e che necessitano di interventi di bonifica del suolo, del sottosuolo e/o delle acque superficiali e sotterranee (1) per evitare danni ambientali e sanitari ai circa sei milioni di cittadini italiani che vi risiedono.

L'esposizione involontaria ad inquinanti che si realizza nei SIN solleva la preoccupazione degli esposti e degli operatori sanitari che chiedono interventi di prevenzione primaria e bonifiche che abbattano i rischi e restituiscano qualità alle matrici ambientali. L'azione delle istituzioni in risposta a tali preoccupazioni ha portato sostanzialmente a due linee di intervento:

- la prima, conoscitiva, consiste nel finanziamento da parte del Ministero della Salute, attraverso la Ricerca Finalizzata 2006 ex art. 12 Dlgs 502/1992, del Programma strategico nazionale «Ambiente e salute», coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che riguarda *«l'impatto sanitario associato alla residenza in siti inquinati, in territori interessati da impianti di smaltimento/incenerimento rifiuti ed alla esposizione ad inquinamento atmosferico in aree urbane»*, ed è suddiviso in sei progetti di ricerca (41 unità operative). Uno dei progetti, denominato *«Rischio per la salute nei siti inquinati: stima della esposizione, bio monitoraggio e caratterizzazione epidemiologica»*, comprende dieci unità operative, otto delle quali dedicate al Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquina-

1. Tra cui principalmente il decreto legislativo 22/97 (decreto Ronchi), il decreto ministeriale 471/99 ed il decreto legislativo 152/2006.

mento). Il progetto, iniziato nel 2007 ha prodotto fino ad oggi 4 rapporti pubblicati dalla rivista *Epidemiologia e Prevenzione*, di cui: il primo illustra la metodologia individuata per la valutazione dell'evidenza epidemiologica (1), il secondo i dati di mortalità nei SIN relativi al periodo 1995-2002 (2); il terzo con un aggiornamento sui dati di mortalità, di incidenza tumorale e di ospedalizzazione nel periodo 2003-2010 (3); il quarto dedicato all'incidenza del mesotelioma nel periodo 2006-2011 (4), mentre è in attesa di pubblicazione il 5° rapporto SENTIERI, di cui sono stati anticipati risultati parziali relativi al SIN Terni Papigno in occasione di presentazioni promosse da regioni e asl in varie parti d'Italia (5).

- la seconda, operativa, trova sbocco nel Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2019(6) dove il capitolo 8 propone una serie di strategie e obiettivi centrali per “Ridurre le esposizioni ambientali potenzialmente dannose per la salute”, senza però che i SIN vi trovino citazioni specifiche, il che da un lato evidenzia che la forza dell'associazione casuale supportata dagli studi disponibili all'epoca della redazione del documento non è stata sufficiente a produrre specifiche raccomandazioni di sanità pubblica, mentre dall'altro lato certamente non rafforza l'iniziativa degli organi periferici del SSN.

Vi è quindi una disgiunzione tra:

1. le pericolose esposizioni involontarie subite da circa un decimo della popolazione italiana alla base della attribuzione della qualifica di SIN ai territori su cui risiede;
2. la pianificata produzione di dati epidemiologici sugli effetti per la salute di tali esposizioni involontarie con studi ed approfondimenti specifici condotti in ciascuno dei SIN;
3. le linee di intervento previste nel principale strumento programmatico del SSN, il Piano Nazionale della Prevenzione, che, puntualmente, individua tra i determinanti di tale disgiunzione anche gli “Inadeguati strumenti a supporto delle amministrazioni per la valutazione e gestione degli impatti sulla salute di problematiche ambientali (6)”.

Dato che in sanità pubblica la forza di una raccomandazione deriva dalla forza dell'associazione causale nell'evidenza che la supporta, si pone il problema di valutare tale dimensione nelle evidenze disponibili sulle esposizioni e rispettivamente sui danni in atto nei SIN al fine di verificare se esistono le basi per raccomandazioni di maggiore forza.

Ci si propone di apportare un contributo alle problematiche sopra richiamate partendo da una analisi di caso centrata sul SIN Terni Papigno: la città di Terni, “una delle aree urbane ed industriali più inquinate dell'Italia centrale” (7) è situata in una depressione intramontana, delimitata dalla catena appenninica, dove “le particolari caratteristiche geomorfologiche e le condizioni meteorologiche limitano la dispersione e favoriscono l'accumulo degli inquinanti atmosferici” (8).

Nella città di Terni vivono circa 110.000 abitanti (109.246 nel 2012, circa un nono dei residenti in Umbria) che, oltre al profilo di rischio presente per gli altri cittadini italiani e umbri e derivante da inquinamento atmosferico da traffico e riscaldamento, stili di vita

incongrui, condizioni socio economiche di deprivazione, sono anche *involontariamente* esposti a inquinanti emessi dall'azienda siderurgica Acciai Speciali Terni SPA (di seguito TK-AST) e dalla discarica di rifiuti tossici e nocivi collegata alla sua attività (impianti che caratterizzano il SIN Terni Papigno), oltre che alle emissioni di due inceneritori ed a quelle residue di vecchi impianti ed attività industriali². La definizione del Comune di Terni come SIN a inizio anni 2000 ha alimentato aspettative sia verso una precisa caratterizzazione del rischio industriale che verso la riduzione/ eliminazione delle esposizioni involontarie attraverso una piano di prevenzione primaria ben articolato e verificabile anche attraverso una partecipazione strutturata degli esposti. Nel Piano regionale della Prevenzione 2014-2018 è stata prevista l'attivazione di un Osservatorio su salute e ambiente.

2) Obiettivi

- Raccogliere le evidenze disponibili su emissioni e contaminazioni di matrici ambientali e dati di biomonitoraggio;
- esaminare la forza della associazione causale per le evidenze disponibili sulle esposizioni a rischio nel SIN in funzione della forza delle raccomandazioni che possono supportare;
- esaminare la forza della associazione causale per le evidenze sui danni (Studi SENTIERI) in relazione alla forza della raccomandazione che possono produrre;
- produrre raccomandazioni di prevenzione primaria nei SIN di forza appropriata alla qualità delle evidenze disponibili.

3) Materiali e metodi

Lo studio si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

1. Sono stati in primo luogo definiti due processi che possono portare a raccomandazioni di sanità pubblica per l'attivazione di interventi di prevenzione primaria nel SIN in cui si svolge l'analisi di caso (Fig.1): il primo centrato sulla caratterizzazione ambientale parte dalla conoscenza quali quantitativa delle specifiche esposizioni prodotte dagli impianti attivi nel SIN specifico, per desumerne in base ad evidenze di epidemiologia inferenziale, raccomandazioni di sanità pubblica; il secondo si basa sulla caratterizzazione epidemiologica partendo dalle evidenze sui danni alla salute riscontrate negli esposti residenti nel SIN per desumerne, ove e per quanto possibile in base alle caratteristiche metodologiche degli studi disponibili, le esposizioni che le

2. L'acciaieria è stata collocata a Terni intorno al 1890 in quanto area interna che, prima dello sviluppo dell'aviazione non poteva essere raggiunta dai bombardamenti effettuati dalle coste, ed ha quindi prodotto anche situazioni di inquinamento in epoche precedenti che possono prolungare i loro effetti nel presente, in quanto non risulta effettuata una mappatura storica dei principali siti in cui sono state smaltite le scorie prima della attivazione della discarica per rifiuti tossici e nocivi, attivata nel 1982.



Fig. 1 - Gli approcci seguiti nella metodologia dell'analisi di caso sul SIN Terni Papigno

hanno generate e su questa base produrre raccomandazioni di sanità pubblica.

2. Acquisizione di evidenze relative a ciascuno dei due processi nel sito oggetto di analisi di caso riguardanti:

a. dati/studi di caratterizzazione ambientale e valorizzazione delle evidenze relative alle sostanze inquinanti che emergono avere le caratteristiche fondative di un SIN nella normativa che li istituisce (caratteristiche del sito, quantità e pericolosità degli inquinanti presenti, rilievo dell'impatto sull'ambiente circostante in termini sanitari ed ecologici nonché il pregiudizio arrecato ai beni culturali e ambientali) in base alla forza della associazione causale presente negli studi di epidemiologia inferenziale;

b. dati/studi di caratterizzazione epidemiologica e valorizzazione delle evidenze risultanti relative al SIN: si è fatto riferimento all'intero corpo degli studi SENTIERI, costituito nel caso di specie dai 4 studi pubblicati (1-4) più la anticipazione dei risultati dello studio Sentieri 5 per la parte specifica riguardante il SIN Terni Papigno illustrata in un evento pubblico organizzato nel settembre 2018 dalle agenzie regolatorie ASL 2 TR e ARPA in cui sono stati presentati risultati relativi al solo SIN di Terni (5). Nello specifico: a) per la mortalità si sono confrontati i dati relativi ai due periodi 1995-2002 e 2006-2013, entrambi elaborati con la standardizzazione e IC al 90%; b) per l'incidenza di tumori e la ospedalizzazione non è stato possibile effettuare confronti a partire dalla diversa standardizzazione dei dati negli studi Sentieri 3 (3) e nei dati anticipati nell'evento scientifico in cui sono state presentate anticipazioni dello studio Sentieri 5 (5). Per esaminare la presenza di potenziali falsi negativi i dati sui casi ospedalizzati nel periodo 2006-2013 di fonte SDO sono stati

confrontati con i casi incidenti nel 2006-2013 di fonte Registro Tumori Umbri di Popolazione.

3. Valutazione della forza della associazione per le sostanze emesse dagli impianti del SIN e definiti esiti di salute valorizzando le fonti primarie, che, in analogia a quanto previsto in SENTIERI 1, sono “intese come quelle che esprimono valutazioni basate su criteri standardizzati che pesano il disegno degli studi e la possibilità di distorsione dei risultati” (1 pag 17). Nello specifico le fonti primarie utilizzate sono:
 - per gli effetti cancerogeni si è fatto riferimento alla collana IARC, ed in particolare al volume 49 del 1990 dedicato alle evidenze che fanno di cromo, nickel e saldatura cancerogeni di prima classe (9).
 - per gli effetti epigenotossici si è fatto riferimento al testo di Saura C. Sahu (2012) “Toxicology and epigenetics” Wiley (UK), pp 668 (10);
 - per gli effetti di Interferente Endocrino ai testi: a) WHO (2012) “State of the science of endocrinal disrupting chemicals” WHO Geneve, pp. 289 (11) ; b) A. C. Gore, V. A. Chappell, S. E. Fenton, J. A. Flaws, A. Nadal, G. S. Prins, J. Toppari, and R. T. Zoeller (2015) EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocr Rev.* 2015 Dec; 36(6) (12)

4. Produzione di raccomandazioni

Sono state inoltre attivate due linee di ricerca bibliografica:

1. la prima su studi e fonti scientifiche che riguardano processi di caratterizzazione ambientale e biomonitoraggi svolti nel SIN in studio: una ricerca per parola chiave “Terni” effettuata su Medline nell'ottobre 2018 ha prodotto 1057 studi, tra cui ne sono stati selezionati 35 come pertinenti con le finalità dello studio: l'analisi dei testi ha poi portato ad una ulteriore selezione di 11 studi, di cui 10 inclusi nella panoramica riportata nel paragrafo 4.1.2). Tra tali fonti assumono rilevanza i dati sulle emissioni inquinanti in aria, acqua e suolo dello specifico impianto siderurgico di Acciai Speciali Terni SPA pubblicati in auto dichiarazione nel sito del Registro Europeo degli Inquinanti Rilasciati e Trasferiti³(EPER) (13) su cui sono stati effettuati due accessi, uno nel settembre 2018 ed uno precedente nel marzo 2015.
2. una seconda linea di ricerca su Medline ha riguardato le evidenze disponibili sui programmi di prevenzione primaria volti a ridurre/eliminare la esposizione a cancerogeni in contesti produttivi e socio economici analoghi al SIN studiato.

3. Il Registro Europeo degli inquinanti emessi e trasferiti costituisce uno sviluppo specifico del Protocollo di Kiev, adottato nella capitale ucraina il 21 maggio 2003 ed i cui obiettivi ricomprendono e ampliano quelli già perseguiti a livello comunitario con il registro EPER e a livello nazionale attraverso la “dichiarazione INES”: sviluppare l'accesso del pubblico alle informazioni ambientali attraverso l'implementazione di un registro delle emissioni e dei trasferimenti di inquinanti (principalmente di origine industriale) coerente a livello internazionale, diretto a monitorare le emissioni effettive annue, piuttosto che quelle autorizzate.

4) Risultati

4.1) Dalle esposizioni ai danni alla salute

In questo paragrafo vengono riportate le evidenze sulle esposizioni documentabili e le relative evidenze disponibili in epidemiologia inferenziale, distinguendo, data la mole di apporti, tra quanto emerge dal sito del Registro Europeo degli inquinanti emessi e trasferiti e dagli studi pubblicati su Terni.

4.1.1. I risultati delle ricerche sulle emissioni della acciaieria

Un notevole contributo informativo sugli effetti negativi per ambiente e salute derivanti dalle attività svolte negli impianti del SIN potrebbe provenire dai dati sulle emissioni in aria, acqua e suolo prodotte dai due impianti. Purtroppo al momento non disponiamo di una caratterizzazione di fonte pubblica o almeno operante in regime di terzietà, senza conflitti di interesse, sulle emissioni prodotte da questi impianti in quanto il fine dei controlli realizzati dalla agenzie regolatorie istituzionali è quello di riscontrare il rispetto delle emissioni previste nelle procedure autorizzative, che a loro volta si basano sulla applicazione delle migliori tecnologie disponibili nei processi produttivi. La normativa vigente in Europa, in Italia e in Umbria per le emissioni nelle matrici ambientali rinvia ad adempimenti affidati allo stesso produttore di rischio, quindi a dati di validità intrinsecamente limitata e per di più gravati da vincoli di riservatezza. Qui ci si avvale di quanto pubblicato da TK-AST sul sito dell'European Pollutant Release and Transfer Registry (13) che riporta dati sulle emissioni in aria, acqua e suolo dal 2007 al 2015 (tab. 1).

Inquinante emesso	Principali effetti documentati sulla salute				Quantità emessa nel 2007- 2015 SIN Terni Pagigno	
	Cancerogeno	Epigeno fossico	Interferente endocrino	Tossicità d'organo	Emissioni in aria	Emissioni in acqua
Diossine e furani (TeQ)	1A classe IARC	si	si	Tossicità multi organo	9844 mg	
Policlorobifenili	1A classe IARC	si	si	-	29,3 kg	
Cromo e composti	1A classe IARC	si	-	Nefrotossico Allergiz. (10b)	6580 kg	21910 kg
Cadmio	1A classe IARC	si	si	Nefrotossico (10b)	648 kg	938,8 kg
Nickel	1A classe IARC	si	-	Nefrotossico Allergiz. (10b)	3850 kg	63420 kg
Mercurio (metilmercurio 2B classe IARC)		-	si	Neurotossico (9)	1386 kg	16,5 kg
Piombo	-	-	si	Tossicità multi organo (10)	1044 kg	1506 kg
Arsenico	1A classe IARC	si	si			147,5 kg
PM10	1A classe IARC-	-	-	Cardiotossico, pneumotossico + altri (11)	306,2 ton	
Ossidi di azoto	-	-	-	Cardio tossico (12)	11,723 ton.	

Tab. 1 - Sostanze inquinanti emesse da Acciai Speciali Terni SPA. 2007-2015 (Fonte 13)

Le quantità annuali emesse dal 2007 al 2015 nell'aria della città di Terni da TK-AST in base al registro E-RPTR per gli inquinanti a più noto impatto sulla salute sono riportate nella figura 2.

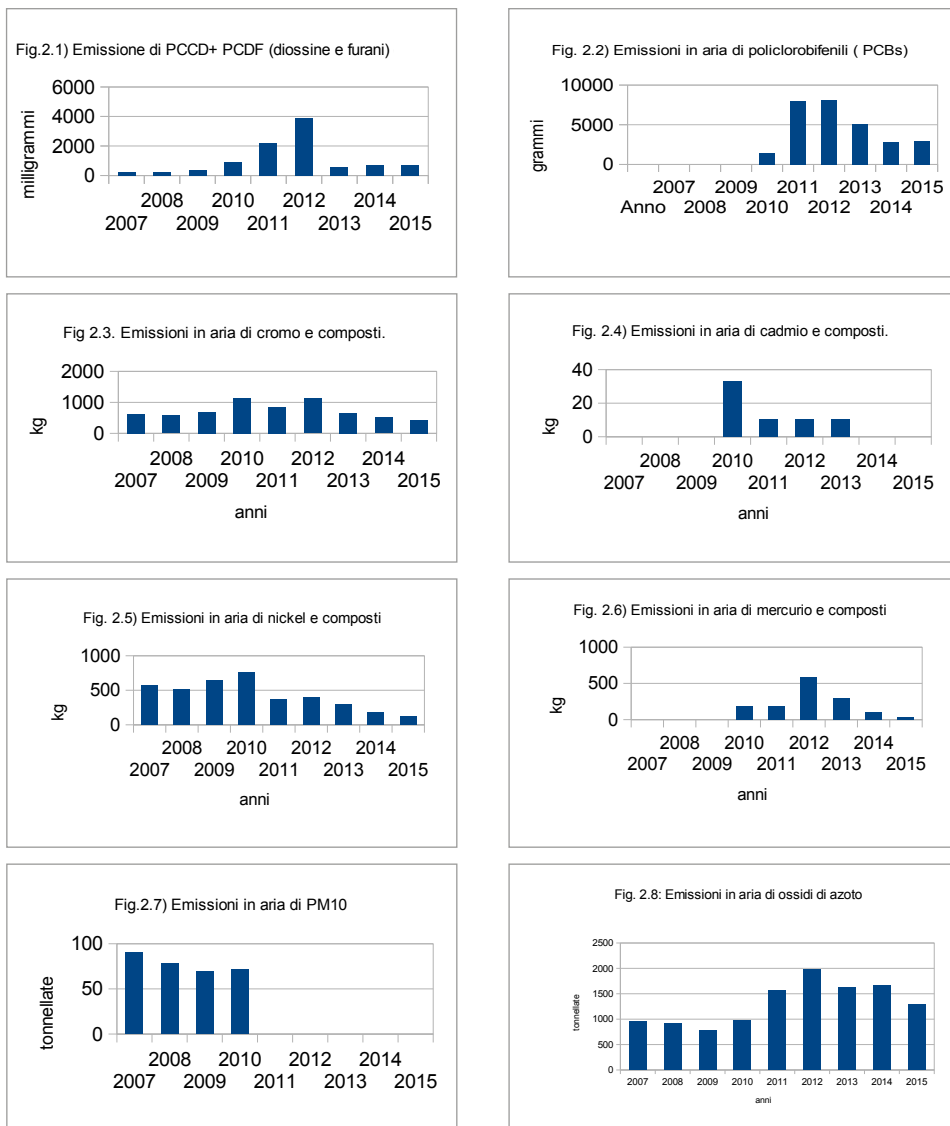
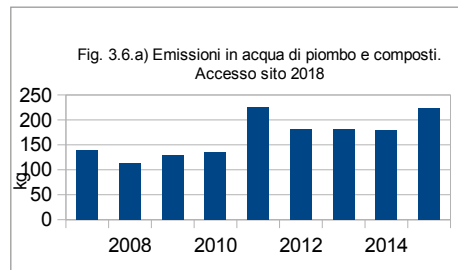
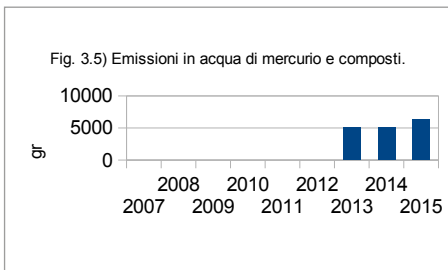
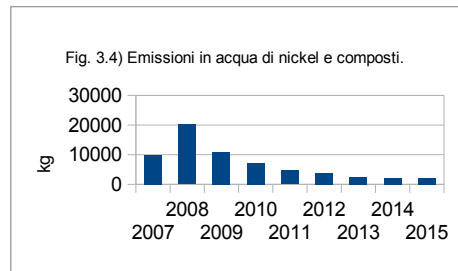
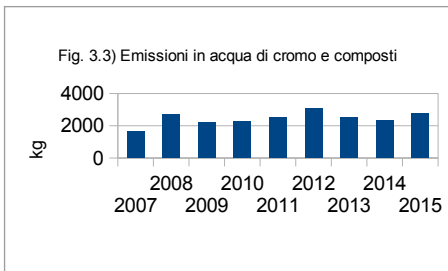
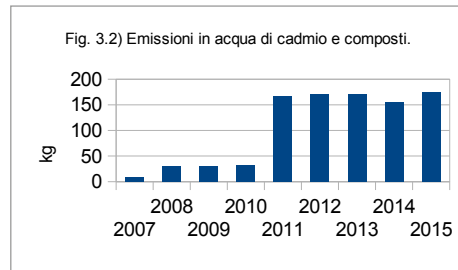
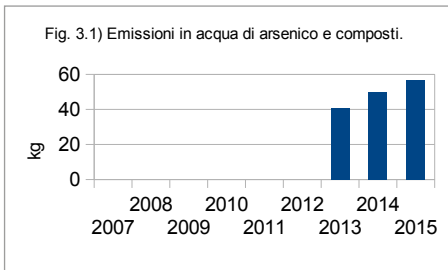


Fig. 2 - Quantità annuali emesse dal 2007 al 2015 nell'aria della città di Terni da TK – AST per gli inquinanti a più noto impatto sulla salute (Fonte 13)

Le emissioni auto dichiarate hanno andamenti variabili negli anni che risentono dei vari volumi di attività produttiva, con picchi intorno agli anni 2010-2012. Nell'aria della città vengono emesse in media tra una tonnellata ed una tonnellata e mezzo di cancerogeni di prima classe IARC, alcuni dei quali esplicando il loro effetto cancerogeno convergono sui medesimi organi bersaglio (polmone, emato-linfopoetico), altri, come le diossine ed i PCB hanno una tossicità elevatissima che configura milioni di dosi potenziali per gli esposti, che diventano miliardi nel caso dei bambini, con tempi di emivita nell'ambiente di almeno 15 anni.

Le quantità annuali emesse nell'acqua del fiume Nera che attraversa la città di Terni dalla Società Acciai Speciali Terni S.P.A. in base al registro E-RPTR dal 2007 al 2015 per gli inquinanti a più noto impatto sulla salute sono riportate nella figura 3.



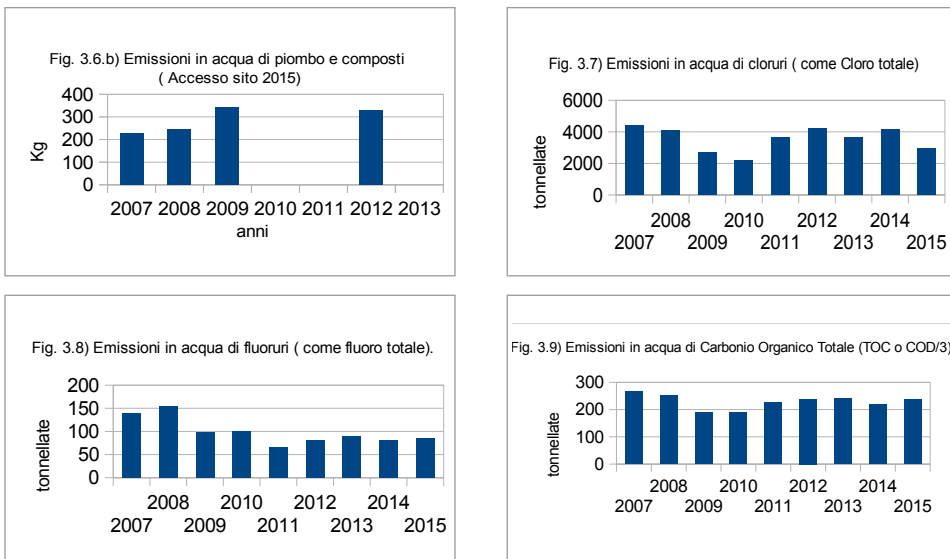


Fig. 3 - Quantità annuali emesse nell'acqua del fiume Nera da TK AST per gli inquinanti a più noto impatto sulla salute (Fonte 13)

Le quantità annue di rifiuti tossici e nocivi non altrimenti caratterizzati prodotti da TK - AST e distintamente riciclati o smaltiti nella discarica per rifiuti tossici e nocivi presente nel territorio del Comune di Terni sono riportate in figura 4. Nel 2007, durante gli scavi di costruzione di un tunnel, un denso lago sotterraneo di cromo esavalente (VI) è stato trovato sotto la discarica attiva dal 1982 (14).

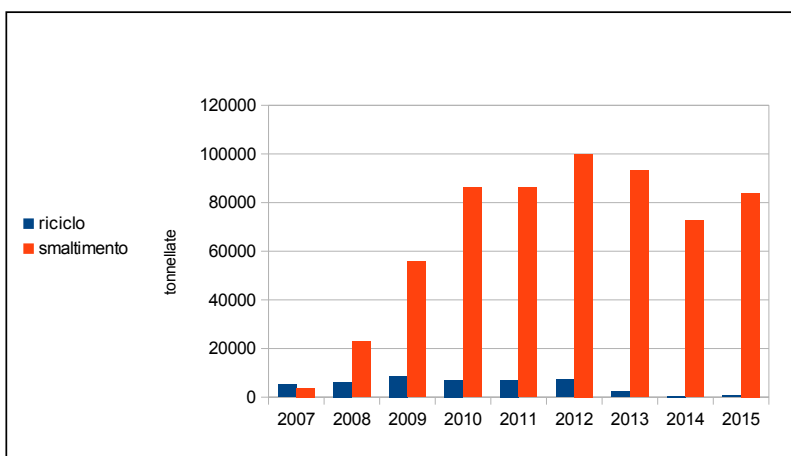


Fig. 4 - Rifiuti pericolosi prodotti per anno (Fonte 13)

4.1.2 *Prima panoramica delle rilevazioni e degli studi scientifici condotti a Terni sull'inquinamento ambientale*

Per la **matrice aria** nel 2011 Guerrini R (8) pubblica un ampio compendio delle rilevazioni e degli studi condotti da ARPA Umbria a Terni riportando dati che vanno dai primi anni 2000 al 2011, con specificazioni relative all'inquinamento da nickel e cromo (a partire dal 2008), che risultano presenti il primo in concentrazione superiore ai limiti ed il secondo in concentrazioni giudicate elevate rispetto ai valori riscontrati in altre città italiane, essendo all'epoca non definiti dalla normativa i limiti di concentrazione del cromo. Lo studio evidenzia la provenienza dei due metalli cancerogeni di prima classe IARC dall'impianto siderurgico.

Nel 2013 Moroni et al (7) effettuano misurazioni della distribuzione granulometrica degli aerosol e analisi delle singole particelle lungo il profilo verticale nell'atmosfera nel bacino di Terni, utilizzando un pallone aerostatico ad elio, legato e dotato di un contatore ottico di particelle, un impattore miniaturizzato a cascata con filtro di raccolta delle particelle e una stazione meteorologica portatile, facendo emergere distribuzioni distinte di numero, dimensioni e proprietà geochimiche di diverse classi di particelle negli aerosol. Questi riflettono comportamenti distinti e l'evoluzione spaziale/temporale delle particelle costituenti, insieme alla comune presenza di polveri in ingresso da fonti extraregionali a lungo raggio (ad esempio, gli ingressi di polveri sahariane).

Nel 2015 sempre ARPA Umbria ha pubblicato uno studio sui licheni epifiti rilevati in sette stazioni del territorio di Terni e comuni limitrofi, tra cui alcune di controllo, rilevando alterazioni dell'indice di biodiversità lichenica molto alte e alte nelle adiacenze di TK-AST e medie nelle adiacenze del polo di incenerimento, con bioaccumulo di arsenico, cromo e nickel nelle adiacenze di TK-AST e per CR e Ni anche nell'aria più contaminata del polo di incenerimento (15).

Nel 2017 Massimi e colleghi del Dipartimento di Chimica della Università La Sapienza di Roma hanno pubblicato uno studio sulla variabilità spaziale delle componenti elementari del PM10 nella città di Terni. Grazie all'utilizzo di nuovi campionatori intelligenti, utilizzati per la prima volta e operanti in parallelo in 23 siti di campionamento, distribuiti spazialmente al fine di valutare l'impatto di diverse fonti locali di PM10 è stato possibile descrivere la variabilità spaziale di sostanze traccianti delle diverse fonti di emissione (acciaieria, inceneritori, traffico, riscaldamento) e la diversa capacità di dispersione di ciascun elemento. La città di Terni è risultata essere, data la consistenza dei processi inquinanti e le particolari condizioni morfologiche e meteo climatiche, un'area ideale per testare e convalidare un nuovo metodo sperimentale per l'acquisizione di dati a risoluzione spaziale che offrono la possibilità di valutare adeguatamente la variabilità spaziale del PM10 e dei suoi effetti sulla salute umana (16).

L'ARPA Umbria pubblica a partire dal gennaio 2019 sul proprio sito istituzionale in

tempo reale le concentrazioni rilevate in tre stazioni urbane e due stazioni industriali dedicate a Terni per PM10, ossidi di zolfo, ossidi di azoto, ozono, PM 2,5 con finestre particolari per benzene, IPA su PM10, diossine su PM10, metalli pesanti su PM10, segnalando con apposite colorazioni la collocazione dei valori in relazione agli standard previsti dalla normativa (17).

Per la **matrice acqua**, il Dipartimento di Scienze della terra, della vita e dell'ambiente dell'Università di Urbino nel 2012 ha condotto uno studio sulle concentrazioni di metalli pesanti in campioni di Fontinalys antipyrethica del Fiume Nera a monte ed a valle di TK- AST, rilevando nei campioni prelevati a valle concentrazioni superiori rispetto ai campioni prelevati a monte di circa tre volte per il cadmio, di circa 300 volte per il cromo, di circa 2 volte per il ferro, di circa 100 volte per il nickel, della metà per il piombo (!!) e del doppio per rame e zinco (18).

Per la **matrice suolo**, Perone et al nel 2018, a partire dalla ricorrente osservazione che "Terni è una delle città più inquinate di Italia", hanno realizzato uno studio per capire se la composizione chimica del legno dell'anello di un albero può essere utilizzata per il monitoraggio della variabilità spazio-temporale degli inquinanti. I nuclei arborei sono stati prelevati da 32 roverelle (*Quercus pubescens*) situate a diverse distanze da diverse fonti inquinanti, tra cui una grande acciaieria. La presenza di oligoelementi indice (Cr, Co, Cu, Pb, Hg, Mo, Ni, Tl, W, U, V, e Zn) nel legno dell'anello dell'albero è stata determinata utilizzando ablazione laser ad alta risoluzione del materiale ligneo presente negli anelli di accrescimento annuali induttivamente accoppiato a plasma spettrometria di massa (LA-ICP-MS), ipotizzando che la presenza dei contaminanti rilevati negli anelli degli alberi riflettesse le attività industriali nel tempo. L'accumulo di contaminanti negli alberi è stato influenzato da attività antropogeniche nel periodo 1958 -2009, anche se i segnali variavano di intensità con la distanza degli alberi dall'impianto TK AST. Una limitazione più forte della crescita degli alberi è stata osservata in prossimità dell'acciaieria rispetto ad altre fonti inquinanti. Livelli di Cr, Ni, Mo, V, U e W sono aumentati nei profili ad anello degli alberi vicino all'acciaieria, specialmente durante gli anni '80 e '90, in corrispondenza di un picco di inquinamento in questo periodo, come registrato dalle stazioni per il monitoraggio della qualità dell'aria. Il contenuto di uranio negli anelli degli alberi è risultato difficile da spiegare, mentre il contenuto più elevato di Cu, Hg, Pb e Tl potrebbe essere collegato ai contaminanti rilasciati da inceneritori. Nel complesso l'accumulo di contaminanti negli anelli degli alberi rifletteva la variazione storica dell'inquinamento ambientale nel contesto urbano considerato (14).

Per la **matrice alimenti**, analisi della concentrazione di metalli pesanti in campioni di insalate coltivate nelle zone di ricaduta delle emissioni di TK AST hanno rilevato nel 2014 una pesante contaminazione con livelli di oltre 3 mg di cromo per kg di prodotto, 0,676

mg/kg di nickel, 0,408mg/kg di piombo⁴. A queste rilevazioni ha fatto seguito il divieto di coltivare orti in definite aree della città, il che ha rappresentato una ulteriore misura di sposessamento degli esposti, mentre nessuna iniziativa è stata intrapresa a carico del produttore di rischio.

Per quanto riguarda i **biomonitoraggi**, De Felip E et al hanno pubblicato nel 2015 uno studio condotto a livello nazionale su donne in età riproduttiva per il biomonitoraggio di diossine e furani + alcuni policlorobifenili ⁵in regioni del nord, centro e sud Italia. In ogni regione, sono state selezionate per l'iscrizione aree di presunta diversa esposizione (rurale, urbana e industriale). Era presente anche un campione di donne umbre, tra cui erano presenti anche donne in età riproduttiva residenti sia Terni che in zone rurali. I prelievi sono stati effettuati negli anni 2011 e 2012. Dallo studio è emerso che: a) le concentrazioni medie di PCDD + PCDF, DL-PCB, NDL6-PCB e NDL9-PCB nei campioni di siero erano rispettivamente di 6,0 e 3,5 pg di WHO-TE05 / g di grasso e di 75 e 93 ng / g di grasso; b) l'età era la variabile che più influiva sulle concentrazioni sieriche mediane, mentre le concentrazioni aggiustate erano significativamente diverse tra le zone geografiche: le donne provenienti dal Nord Italia mostravano i valori più alti, seguiti dall'Italia centrale e meridionale; c) in ciascuna regione le concentrazioni di PCDD + PCDF erano significativamente più elevate nel gruppo di donne residenti in aree industriali rispetto al gruppo residente in aree rurali; d) una chiara tendenza temporale decrescente è stata osservata rispetto ai valori medi riportati negli studi precedenti; e) nel complesso lo studio ha documentato la necessità di interventi di prevenzione per ridurre l'esposizione a queste sostanze (19).

Gli stessi autori hanno effettuato con lo stesso campione anche uno studio di biomonitoraggio sulle concentrazioni sieriche di PFOS e PFOAS, che sono degli sregolatori della funzione endocrina svolta dagli ormoni androgeni. Le concentrazioni mediane di PFOS e PFOA erano rispettivamente di 2,43 e 1,55 ng g(-1). Sono state osservate differenze significative nelle concentrazioni di entrambi i composti tra le regioni italiane: le donne in età riproduttiva dell'Italia centrale avevano i più alti livelli di entrambi i composti, seguite dalle donne del nord Italia e del sud Italia. Non sono state riscontrate differenze nelle concentrazioni di PFOS tra donne provenienti da aree urbane/industriali e donne provenienti da aree rurali, mentre i livelli di PFOA erano significativamente più elevati nelle donne residenti in aree urbane/industriali che nelle donne residenti in aree rurali. Per entrambi i composti è stata osservata una tendenza temporale al ribasso dell'esposizione, se si confrontano i risultati del presente studio con quelli valutati in uno studio condotto nel 2008 (20).

4. Fonte: accesso agli atti Comitato No Inceneritori di Terni del 2014 .

5. I PCB sono costituiti da 209 molecole tutte cancerogene e qui ne vengono misurate solo alcune.

4.2) Dai danni alla salute alle esposizioni

Eventi pubblici come quello organizzato dalle agenzie regolatorie ASL e ARPA Umbria e dal Comune di Terni nel settembre 2014 (5) hanno diffuso i dati dello studio Sentieri 5 della sezione riguardante il SIN Terni Papigno con gli aggiornamenti di mortalità, incidenza tumorale e ospedalizzazioni nel periodo 2006-2013 e una importante sezione dedicata all'età pediatrica adolescenziale giovanile, anche se la pubblicazione ufficiale dello Studio Sentieri 5 deve ancora avvenire. Rinviando ad una analisi più complessiva che sarà possibile solo dopo la pubblicazione dell'intero rapporto, qui vengono presentate tabelle riassuntive che raccolgono per mortalità, incidenza tumorale e ospedalizzazioni i dati confrontabili tra i diversi studi⁶ solo per le condizioni patologiche in cui si è riscontrato in almeno uno studio un eccesso statisticamente significativo, individuato in base al fatto che gli IC al 90% sono superiori a 100.

4.2.1 Mortalità

Le tabelle 2 e 3 mettono a confronto i Rapporti Standardizzati di mortalità (SMR) con IC al 90% relativi al periodo 1995-2002 e quelli relativi al periodo 2006-2013 per le grandi aggregazioni di cause di morte nei due periodi studiati e distintamente per i due sessi (in giallo solo le patologie con valori delle IC superiori a 100), permettendo di osservare:

- negli uomini incrementi della mortalità per tutte le cause (290 morti totali in eccesso rispetto all'atteso, sulla base del valore della stima puntuale), per tutti i tumori, per le

Tab 2. Andamento temporale della mortalità per specifiche cause con ambedue IC90% >100 in almeno uno dei due periodi confrontati nel Sin Terni Papigno. Rapporto standardizzato mortalità; intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale per le epoche analizzate (1995- 2002; 2006-2013). UOMINI*

Causa	1995-2002		2006-2013	
	OSS	SMR (IC90%)	OSS	SMR (IC90%)
Tutte le cause	4939	102 (100-105)	5116	106 (103-108)
Tutti i tumori	1532	104 (100-108)	1664	107 (102-111)
Tumore mal.trachea, bronchi e polmone	409	107 (98-116)	393	113 (104-122)
Mesotelioma pleura	10	119 (65-202)	24	241 (173-337)
Tumori mal. rene e di altri non specificati organi urinari	49	133 (103-168)	52	120 (96-151)
Tumore maligno della vescica	85	116 (96-139)	93	133 (112-158)
Demenze	66	98 (79-120)	172	131 (116-149)
Malattia ipertensiva	92	106 (88-126)	162	135 (119-154)
Malattie dell'apparato digerente	226	106 (95-118)	198	113 (101-127)
Malattie dell'apparato genitourinario	84	109 (91-131)	102	118 (101-139)
Malattie glomerulari, malattie renali tubulo interstiziali, insuf. renale	46	110 (85-141)	91	122 (103-145)

* Fonte: 2 opc it; ,5 op cit.

6. Nello studio di Pirastu et al 2014 (3) relativo al periodo 2003-2010 i dati sono stati standardizzati anche per indice di deprivazione, rendendo inappropriato il confronto.

Tab 3. Andamento temporale della mortalità per specifiche cause con ambedue IC90% >100 in almeno uno dei periodi considerati nel Sin Terni Papigno. Rapporto standardizzato mortalità; intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale per le epoche analizzate (1995- 2002; 2006-2013). DONNE*.

Causa	1995-2002		2006-2013	
	OSS	SMR (IC90%)	OSS	SMR (IC90%)
Tutte le cause	4913	102 (99-104)	5566	106 (104-108)
Tumore mal.trachea, bronchi e polmone	89	105 (87-125)	177	140 (124-158)
Tumore maligno della mammella (F)	217	115 (102-129)	206	116 (104-130)
Tumore maligno della cervice uterina	45	93 (72-120)	67	131 (107-160)
Diabete mellito	190	102 (90-116)	223	128 (114-143)
Demenze	126	110 (94-128)	298	111 (101-123)
Malattie del sistema circolatorio	2326	99 (95-102)	2492	105 (101-108)
Malattia ipertensiva	169	112 (98-127)	298	134 (122-148)
Malattie dell'apparato digerente	265	117 (105-129)	237	124 (111-138)

* Fonte: 2 op c it, ; 5 op cit.

malattie dell'apparato digerente e di quello urinario;

- nelle donne un aumento della mortalità per tutte le cause (314 morti totali in eccesso rispetto all'atteso sulla base del valore della stima puntuale), per le malattie dell'apparato circolatorio e per quelle dell'apparato digerente.

4.2.2 Incidenza dei tumori

Le tabelle 4 e 5 descrivono, rispettivamente per gli uomini e per le donne, l'incidenza tumorale, cioè i nuovi casi di tumore insorti nel periodo 2006-2013, per le sedi in cui vi è evidenza di eccessi di casi statisticamente significativa (ambedue gli IC > 100).

Nei maschi emergono, tra gli altri, eccessi: a) per tutti i tumori; b) per il mesotelioma della pleura che evidenzia un rischio elevato nel periodo 2006-2013, mentre in Sentieri 4 che raccoglieva i dati del periodo 2006-2011 in cui si sono verificati 23 casi tra maschi

Tab 4. Incidenza oncologica negli UOMINI per specifiche cause con ambedue IC90% >100 nel Sin Terni Papigno. Rapporto standardizzato di incidenza. Intervalli di Confidenza al 90% riferimento regionale per l'epoca analizzata. Fonte: 5, op cit.

Causa	2006-2013	
	OSS	SIR (IC90%)
Tutti i tumori	3314	105 (102-108)
Tumore maligno del colon retto	515	110 (102-118)
Mesotelioma pleura	34	298 (219-396)
Tumore maligno della prostata	687	108 (101-115)
Tumore del sistema nervoso centrale	65	133 (107-164)
Tumore maligno della tiroide	62	151 (121-186)
Tumore maligno del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati	288	112 (101-123)
Leucemia mieloide	49	140 (109-177)
Leucemia mieloblastica acuta	36	143 (106-188)

Tab 5. Andamento temporale della mortalità per specifiche cause con ambedue IC90% >100 in almeno uno dei periodi considerati nel Sin Terni Papigno. Rapporto standardizzato mortalità; intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale per le epoche analizzate (1995- 2002; 2006-2013). **DONNE***.

Causa	1995-2002		2006-2013	
	OSS	SMR ID(IC90%)	OSS	SMR ID(IC90%)
Tutte le cause	4913	102 (99-104)	5566	106 (104-108)
Tumore mal.trachea, bronchi e polmone	89	105 (87-125)	177	140 (124-158)
Tumore maligno della mammella (F)	217	115 (102-129)	206	116 (104-130)
Tumore maligno della cervice uterina	45	93 (72-120)	67	131 (107-160)
Diabete mellito	190	102 (90-116)	223	128 (114-143)
Demenze	126	110 (94-128)	298	111 (101-123)
Malattie del sistema circolatorio	2326	99 (95-102)	2492	105 (101-108)
Malattia ipertensiva	169	112 (98-127)	298	134 (122-148)
Malattie dell'apparato digerente	265	117 (105-129)	237	124 (111-138)

Fonte Studi Sentieri (2,5)

e femmine, il rischio non era statisticamente significativo, il che potrebbe dipendere da un picco di casi incidenti nel biennio 2012-2013, dove sarebbero stati diagnosticati altri 16 casi; c) per i tumori del sistema nervoso centrale, sede per la quale è stato osservato, in uno studio caso controllo, un cluster di 14 casi negli addetti all'acciaieria con un OR di 9,59 (IC90%= 2,76-33,34) cui ha fatto seguito, sembra, solo una pubblicazione scientifica (21); d) per i tumori maligni del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati, nonché per la leucemia mieloide e mieloblastica acuta.

Nelle donne emergono eccessi: a) per tutti i tumori; b) per quello di trachea bronchi e polmoni; c) per i tumori maligni del tessuto linfatico ematopoietico e tessuti correlati, al cui interno vi sono pure eccessi per le leucemie, per la leucemia mieloide e per quella linfatica cronica a cellule B.

4.2.3 Ospedalizzazioni/ prevalenza

Le tabelle 6 e 7 evidenziano rispettivamente per gli uomini e per le donne le patologie per le quali si sono registrate nel periodo 2006-2013 eccessi di ospedalizzazione statisticamente significativi rispetto al riferimento regionale, con ambedue i limiti fiduciali superiori a 100.

4.2.4 Sezione pediatrico-adolescenziale- giovanile

Sentieri 5 si arricchisce, rispetto agli studi precedenti, di una sezione “pediatrico-adolescenziale-giovanile”, che sul piano metodologico accorpa i dati tra i sessi al fine di aumentare la numerosità delle osservazioni e produrre analisi biostatistiche più robuste da cui emerge:

- per la *mortalità*: il quadro della mortalità generale evidenzia dati in eccesso rispetto all’atteso per la mortalità generale nel primo anno di vita (25 casi, SMR = 140, IC90% 101-195), e in età adolescenziale (49 casi, SMR = 129, IC90% 102-163).

Tab 6. Rapporto standardizzato di ospedalizzazioni negli UOMINI per specifiche cause con ambedue IC90% >100 nel Sin Terni Papigno; intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale per l'epoca analizzata.. Fonte: 5, op cit

Causa	2006-2013	
	OSS	SHR (IC 90)
Tutte le cause naturali(escluse complicanze gravidanza, parto, puerperio)	29177	113 (112-114)
Malattie infettive e parassitarie	1899	178 (171-185)
Tutti i Tumori	3862	110 (107-113)
Tumori maligni della pleura	42	232 (180-298)
Tumore del connettivo e di altri tessuti molli	49	172 (136-217)
Tumore della prostata	676	117 (110-125)
Tumore della vescica	481	109 (102-118)
Tumori maligni della ghiandola tiroidea	64	151 (123-185)
Linfoematopoietico totale	341	118 (108-129)
Linfomi non Hodgkin	168	124 (109-141)
Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	69	141 (116-172)
Malattie ereditarie e degenerative e altri disturbi del SNC	763	111 (105-118)
Malattie del sistema circolatorio	7733	108 (106-110)
Malattie cardiache	4874	111 (108-114)
Malattie apparato respiratorio	4793	115 (113-118)
Malattie respiratorie acute	1876	120 (116-125)
Malattie polmonari croniche ostruttive	754	132 (124-140)
Malattie dell'apparato digerente	6747	107 (105-109)
Cirrosi e altre malattie croniche del fegato	267	126 (114-139)
Malattie dell'apparato genitourinario	2207	124 (119-129)
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi (compresa IRC)	505	120 (112-129)
Insufficienza renale cronica	340	135 (123-148)

Tab 7. Rapporto standardizzato di ospedalizzazione nelle DONNE per specifiche cause con ambedue IC90% >100 nel Sin Terni Papigno; intervalli di confidenza al 90%; riferimento regionale per l'epoca analizzata.. Fonte: 5, op cit

Causa	2006-2013	
	OSS	SHR (IC 90)
Tutte le cause naturali(escluse complicanze gravidanza, parto, puerperio)	35542	115 (114-116)
Malattie infettive e parassitarie	1767	175 (168-182)
Tutti i Tumori	3543	108 (105-111)
Tumori maligni di trachea bronchi e polmoni	204	130 (115-145)
Tumore del connettivo e di altri tessuti molli	36	146 (111-192)
Melanoma maligno della cute	74	148 (122-179)
Tumore maligno della mammella	1052	116 (111-122)
Tumori maligni dell'utero	220	116 (104-129)
Linfoematopoietico totale	291	120 (109-132)
Mieloma multiplo e tumori immunoproliferativi	61	146 (118-180)
Leucemie	97	123 (104-145)
Malattie del sistema circolatorio	6774	104 (102-106)
Malattie cardiache	4011	112 (109-115)
Insufficienza cardiaca	1255	113 (108-119)
Malattie cerebro vascolari	2119	106 (102-110)
Malattie apparato respiratorio	4003	121 (118-124)
Malattie respiratorie acute	1634	123 (118-129)
Malattie polmonari croniche ostruttive	651	150 (140-160)
Malattie dell'apparato digerente	5816	117 (114-119)
Malattie dell'apparato genitourinario	1673	130 (125-135)
Nefrite, sindrome nefrosica e nefrosi (compresa IRC)	368	117 (107-127)
Insufficienza renale cronica	229	132 (119-148)

- per l'*incidenza neoplastica*: sono stati registrati 94 casi di tumori maligni nel complesso delle età considerate (0-29 anni), dei quali 18 in età pediatrica e 2 nel primo anno di vita (tab. 8). In età giovanile si evidenzia un eccesso del 36% per tutti i tumori (63 casi, SIR = 136 (IC90% 109- 168); Il contributo all'eccesso complessivo deriva anche da un eccesso dell'80% di tumori delle cellule germinali, trofoblastici e gonadici, per il quale si registrano 14 casi incidenti (SIR = 181 (IC90% 109-283). Si segnala infine che gli eccessi, con l'eccezione dei tumori delle cellule germinali, trofoblastici e gonadici, si mantengono anche quando si considera l'intero intervallo di età analizzate (0-29 anni).
- per la ospedalizzazione/ prevalenza: il numero di ricoverati è sistematicamente in eccesso rispetto all'atteso nelle diverse classi di età considerate per tutte le cause naturali e per le malattie respiratorie acute. Eccessi specifici per classe di età si registrano per i tumori del sistema nervoso centrale (0-14, 0-19 anni), per i tumori linfomoidici e i linfomi (0-14 anni), e per tutti i tumori (20-29 anni).

4.2.5 Cause con evidenza di associazione con le esposizioni ambientali Sufficiente o Limitata

Gli Studi Sentieri sono degli studi di epidemiologia descrittiva che non hanno le caratteristiche metodologiche per produrre inferenze causali. Per cercare di superare questo limite costitutivo, gli epidemiologi che hanno progettato SENTIERI hanno effettuato una revisione della letteratura esistente per indagare la forza della associazione tra la presenza di determinati impianti inquinanti e definite cause di malattia o morte, puntando a creare le condizioni per quella che è stata definita "*valutazione a priori*" (1, op cit). Dall'analisi della letteratura, per le specificità proprie della categoria generale "*impianto siderurgico*" è emersa una associazione di forza "Sufficiente" o "Limitata" per le sole malattie del sistema respiratorio ed, al loro interno, per le malattie respiratorie acute, le malattie respiratorie croniche e per l'asma.

Nei confronti di queste patologie nello studio SENTIERI 5:

- a. l'analisi della mortalità non indica eccessi statisticamente significativi né per gli uomini né per le donne per nessuna malattia respiratoria;
- b. non trattandosi di malattie tumorali, l'incidenza tumorale non fornisce alcuna indicazione;
- c. l'analisi della ospedalizzazione/prevalenza evidenzia eccessi significativi cumulando i generi (vedi tab 8) mentre nella sezione giovanile-adolescenziale anche per la classe di età 0-29 emergono eccessi di ospedalizzazione per le malattie respiratorie acute, ma non per l'asma.

4.3 Evidenze relative alla eliminazione/riduzione delle emissioni di cancerogeni in contesti analoghi al SIN Terni Papigno

Devra Davis, riflettendo sulla storia segreta della guerra al cancro rileva come "la lotta

Tab. 8: Incidenza cause oncologiche in età giovanile 0-29 anni. Numero di casi osservati (Oss), Rapporto standardizzato di incidenza (SIR), IC 90%, Riferimento pool dei registri (2006-2013), generi cumulati.

	20-29 anni		0-29 anni	
	Oss	SIR (90%IC)	Oss	SIR (90%IC)
I-XII Tutti i tumori maligni	63	136 (109-168)	94	130 (109-155)
I-XII Tutti i tumori maligni inclusi i non maligni del SNC	63	132 (106-163)	94	124 (104-148)
I-II Tumori del linfoematopoietico totale	15	130 (80-201)	31	130 (94-176)
I Leucemie	<3		10	105 (57-178)
Ia Leucemia linfoide	<3		6	110 (48-217)
Ib Leucemia mieloide acuta	<3		3	152 (41-393)
II Linfomi	13	(148 (88-236)	21	147 (99-212)
Iia Linfoma di Hodgkin	6	106 (45-209)	12	136 (78-220)
II-bc linfoma non Hodgkin	5	184 (73-387)	7	151 (71-284)
III Tumori del SNC maligni	<3		6	133 (57-260)
III Tumori del SNC maligni e non maligni	<3		6	75 (33-148)
IV Neuroblastoma	<3		3	198 (54-511)
X Tumori delle cellule germinali, trofoblastici e gonadici	14	181 (109-283)	14	155 (94-242)
Xib Tiroide	9	112 (58-195)	10	104 (57-177)
Tumori embrionali	13	154 (91-245)	23	150 (103-213)

al cancro ha combattuto molte battaglie sbagliate con le armi sbagliate ed i comandanti sbagliati” (22).

Per iniziare a riflettere su quelle che possono essere le battaglie giuste Jacobs et all in “Reducing the use of carcinogens: the Massachusetts experience” (23) partono dalla assunzione *che la riduzione dell'uso di sostanze tossiche (TUR) è centrale in una strategia globale di prevenzione del cancro*. La TUR punta alla riduzione dell'uso di sostanze chimiche cancerogene migliorando i processi produttivi e identificando e adottando alternative più sicure. L'analisi di Jacobs e colleghi si basa su 20 anni di dati raccolti dalle industrie che riferiscono al programma TURA (Toxics Use Reduction Act) del Massachusetts per valutare le tendenze nell'uso e nel rilascio di sostanze chimiche associate al cancro. Partendo da un elenco di cancerogeni noti e sospetti sviluppati da fonti autorevoli, sono state analizzate le tendenze nell'uso e nella emissione di sostanze chimiche da parte di impianti industriali che hanno aderito al programma TURA dal 1990 al 2010, facendo emergere che l'uso segnalato e le emissioni di agenti cancerogeni da parte di queste aziende del Massachusetts sono diminuite drasticamente nel tempo. L'uso segnalato è diminuito del 32% dal 1990 al 2010 e le pubblicazioni hanno registrato un calo del 93% dal 1991 al 2010 (nel 1991 sono stati introdotti nel programma altri settori industriali, comprese le società elettriche). Riduzioni particolarmente elevate sono state ottenute nell'uso di tricloroetilene, percloroetilene e cadmio e composti di cadmio. L'analisi di gruppi di sostanze chimiche associate a specifiche sedi tumorali mostra tendenze simili. Sono state identificate importanti opportunità per ulteriori riduzioni di molti agenti cancerogeni, tra cui la formaldeide, il cromo esavalente e una varietà di composti alogenati.

5. Discussione

Abbiamo passato in rassegna le evidenze connesse con due processi di caratterizzazione, quello ambientale e quello epidemiologico nel SIN di Terni. Dal primo emerge che:

1. i dati del registro E-RPTR evidenziano, pur avendo limiti costitutivi, l'emissione nell'aria della città, nelle acque del fiume Nera che la attraversa e nelle discariche per rifiuti tossici e nocivi che insistono sul suo territorio, negli anni 2007-2015, di quantità spesso importanti e talora impressionanti di diossine e furani, policlorobifenili, cromo, nickel, cadmio, arsenico, mercurio, piombo, NO₂, PM₁₀ ed altri inquinanti che in base alle conoscenze di epidemiologia inferenziale determinano azione cancerogena, epigenotossica, di interferente endocrino e/o risultano tossici e patogeni per vari organi e sistemi.
2. le evidenze prodotte dagli studi sulle matrici ambientali permettono di distinguere i diversi contributi e le aree di contaminazione connesse con TK AST, polo di incenerimento, traffico urbano e sistemi di riscaldamento domestico;
3. i dati relativi al biomonitoraggio su donne in età fertile evidenziano presenza nel siero e nel grasso di quantità non trascurabili di diossine e furani, e di alcuni PCB, che risultano maggiori nelle residenti a Terni rispetto a quelle residenti in zone rurali dell'Umbria, mentre quantità importanti di queste sostanze che tendono a persistere a lungo nell'ambiente sono state rilasciate nell'aria della città negli anni in cui sono stati acquisiti i campioni biologici, deponendo per possibili incrementi delle dosi assorbite e accumulate nei tessuti dalle donne in età fertile.
4. In questo quadro i risultati dei biomonitoraggi su PFOA e PFAS che derivano da esposizioni diverse da quelle emesse da TK-AST, sempre in donne in età fertile adducono ulteriori motivi di preoccupazione a causa della presenza di molteplici sostanze ad effetto di interferente endocrino ed epigenotossico.

Dal secondo emergono, tra le altre evidenze:

- a. eccessi nella mortalità 'per tutte le cause' sia negli uomini che nelle donne,
- b. maggiore incidenza per "tutti i tumori" sia negli uomini che nelle donne e nelle età giovanili.
- c. maggiore rischio di ospedalizzazione per le malattie respiratorie (evidenza di "associazione a priori", quindi attribuibile alle esposizioni specifiche del SIN), nonché di ricovero 'per tutte le cause' sia per gli uomini che per le donne.

Nel complesso, salvo il caso delle ospedalizzazioni per malattie respiratorie, gli eccessi di danno documentati - dati i limiti intrinseci degli studi descrittivi - sono attribuibili alla mancata o insufficiente prevenzione verso tutti i principali fattori di rischio presenti a Terni (inquinamento atmosferico da traffico e riscaldamento, stili di vita incongrui, condizioni socio economiche di deprivazione, oltre che alle emissioni di un polo di incenerimento ed a quelle residue di vecchi impianti industriali), senza che sia possibile

distinguere l'apporto degli impianti del SIN all'aumentato carico di malattia e morte pure evidenziato.

L'analisi di caso ha quindi raccolto molteplici evidenze che pongono molte domande.

In questa sede la discussione verterà intorno a tre aree di quesiti:

1. Quali sono i limiti e le potenzialità di questa analisi di caso?
2. Gli approcci programmatico e biostatistico/epidemiologico messi in atto dalle istituzioni risultano equamente conservativi per gli interessi dei produttori di rischio e per quelli degli esposti?
3. Il complesso delle evidenze prodotte dalle caratterizzazioni ambientale ed epidemiologica può supportare raccomandazioni di sanità pubblica nel PNP 2020-2024 di maggiore forza rispetto a quanto avvenuto in passato?

5.1) Limiti e potenzialità della presente analisi di caso

Come tutti gli studi anche questa analisi di caso presenta limiti di metodo e di merito che vanno evidenziati. Tra i tanti assumono rilevanza:

- la *generalizzabilità limitata* dell'analisi di caso, dovuta in primo luogo all'essere per l'appunto l'analisi di un solo caso, quello del SIN Terni Papigno, in cui sono attive due fonti di esposizione ambientale: l'impianto siderurgico, che ha repliche in altri 7 SIN nazionali (Sesto San Giovanni, Trieste, Piombino, Massa Carrara, Taranto, Tito, Milazzo) ma non rappresenta la tipologia prevalente di SIN e la discarica per rifiuti tossici che vede la tipologia di fonte inquinante "discarica" essere presente in ben 26 siti su 45 (1 op cit pag 12-13), con specificazioni dettate dai particolari usi cui le 26 discariche sono destinate e che comportano la formazione di definiti sottogruppi; in questa direzione sarà importante disporre dell'intero corpo dei risultati dello studio Sentieri 5 per vedere se emergono profili di danno comuni a tutti i SIN con impianti siderurgici, nonché a quelli in cui insistono sia discariche analoghe per destinazione che impianti siderurgici;
- altre condizioni particolari non necessariamente riproducibili altrove riguardano la *autodichiarazione delle sostanze emesse da parte del produttore di rischio*, criticabile finché si vuole (vedi più avanti) per l'affidabilità ed il conflitto di interesse, ma che potrebbe mancare negli altri SIN con impianti siderurgici, mentre qui fornisce notevoli argomenti all'analisi di caso; del pari la libertà concessa al produttore di rischio nell'autodichiarare le sostanze emesse dagli impianti, può comportare sia la eventuale omissione di alcuni inquinanti o la loro inclusione in categorie generali che ne impediscono l'apprezzamento, sia la modifica di dati già comunicati, si vedano le differenze tra le figure 3.6.a e 3.6.b, entrambe relative al piombo rilasciato in acqua ma che riguardano due accessi al sito ERPR svolti in due periodi differenti, 2015 e 2018.

- la assunzione di una *accezione ampia* del concetto di esposizione, che porta a ipotizzare una qualche forma di relazione lineare tra emissioni, contaminazioni ed esposizioni biologicamente attive, che se risulta consonante con il principio di precauzione, potrebbe creare problemi nella accettazione da parte del produttore di rischio chiamato a ridurre le esposizioni;
- la *parzialità delle due linee di ricerche bibliografiche*, condotte solo su PUBMED;
- la *mancata valorizzazione di materiale grigio* prodotto dalle lotte degli esposti (vedi le indagini svolte sulla contaminazione con diossine e PCB di latte e alimenti, che non ha raggiunto il profilo di pubblicazione ed è quindi non menzionata nella rassegna riportata nel paragrafo 4.2).

Allo stesso tempo, oltre ai limiti l'analisi di caso fa emergere alcune potenzialità:

- la *caratterizzazione ambientale basata sulla registrazione delle emissioni, se operata in regime di terzietà* rappresenterebbe una indubbia base per individuare priorità nelle attività di prevenzione primaria, sia per misurare l'efficacia delle azioni preventive secondo l'esperienza del Massachusetts (19);
- se le categorie con cui sono state etichettate le fonti di esposizione "*impianto siderurgico*" e "*discarica*" così come sono, hanno supportato la ricerca bibliografica per le valutazioni a priori designando contesti omogenei per le esposizioni, esse *possono anche fornire la base per confronti omogenei tra le popolazioni esposte a impianti siderurgici ed a discariche per rifiuti provenienti da impianti siderurgici*, permettendo di disporre di *coorti di esposti di maggiore potenza statistica* rispetto a quelle presenti nei singoli SIN, cui per ora i dati si riferiscono; potrebbero pertanto essere costruite coorti sulla base della esposizione omogenea a impianti siderurgici e/o a discariche di rifiuti di impianto siderurgico, su cui effettuare studi descrittivi più potenti grazie alla maggiore numerosità delle osservazioni inserite nell'analisi, un problema non secondario dato che nei primi 4 studi SENTIERI l'analisi di ogni sito viene portata avanti singolarmente, nonostante la esiguità degli esposti in molti SIN; coorti ad esposizione omogenea possono consentire studi disegnati per evidenziare relazioni causali quali studi longitudinali retrospettivi e di altro tipo, data anche la esiguità e la parzialità degli studi disegnati per produrre inferenze causali nella letteratura scientifica in questo settore.
- *La disgiunzione tra legalità e giustizia ambientale* nel caso del Sin Terni Papigno emerge in modo palese: ad onta di tutte le risorse impegnate nei processi di caratterizzazione, Terni viene descritta in più di una pubblicazione scientifica come "*una delle città più inquinate del Centro Italia*" (14), "*contesto perfetto per la realizzazione di studi volti a sperimentare nuovi metodi di caratterizzare ambientale*" (16) per la consistenza e la molteplicità dei fattori di inquinamento. C'è da restare sconcertati di fronte a queste connotazioni, soprattutto se ci si pone dal punto di vista degli esposti che possono evincere dall'accesso al sito ERPR che nell'aria della città vengono emesse tra

una tonnellata ed una tonnellata e mezzo di sostanze cancerogene di classe 1 IARC ogni anno. Se il tutto è perfettamente legale, all'esposto appare anche perfettamente ingiusto, per non parlare di quanto possa essere ritenuta salubre e rassicurante una condizione del genere; la *disgiunzione* non migliora passando da dati brutalmente quantitativi a quelli qualitativi, dato che le dosi prodotte per adulti o peggio per i bambini da diossine, furani e PCB bastano per diversi milioni di persone. Questo elemento che emerge dalla nostra analisi rappresenta un *elemento comune a gran parte dei Sin Italiani e richiede profonde modifiche della normativa attuale.*

5.2 Gli approcci programmatico e biostatistico/epidemiologico messi in atto dalle istituzioni risultano equamente conservativi per gli interessi dei produttori di rischio e per quelli degli esposti?

Quale medico di sanità pubblica il referente umbro per la Società scientifica International Society of Doctors for Environment (ISDE) è stato inviato a rappresentare ISDE Italia nell'evento tenutosi il 12 /10/2018 a Pescara, nell'aula verde dell'Ospedale S. Spirito sul SIN di Bussi sul Tirino organizzato dalla Regione Abruzzo e che ha visto la partecipazione, tra i vari ospiti, di rappresentanti del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità. In quella occasione ha portato un contributo valutativo su quanto sta accadendo nei 45 Siti di Interesse nazionale dal punto di vista degli esposti che risponde al quesito specifico sollevato nella discussione di questa analisi di caso. Infatti ISDE colloca la sua attività di società scientifica producendo raccomandazioni finalizzate a garantire l'advocacy degli esposti e ciò viene fatto cercando di tutelare i molti cittadini esposti involontariamente a fattori di rischio ambientali, anche supportandoli nel confronto talora difficile ed in ogni caso asimmetrico con i produttori di rischio, che abbiamo visto sia a Bussi sul Tirino che a Terni essere in posizione di tutto riposo rispetto alle contaminazioni ambientali che pure hanno prodotto e producono.

I circa 6 milioni di cittadini italiani che vivono nei SIN rappresentano un problema di giustizia ambientale in quanto devono sopportare esposizioni ambientali involontarie a miscele di inquinanti tra cui spesso sono presenti sostanze tossiche, cancerogene, epigenotossiche e con effetto di interferente endocrino, che non hanno contribuito a diffondere, che creano condizioni di rischio per la salute e per l'ambiente e *la cui eliminazione o riduzione risulta problematica perché fino ad ora non programmata.* Infatti, *dal punto di vista degli esposti è il mancato coordinamento delle attività di prevenzione nei SIN tramite il Piano Nazionale della Prevenzione a rappresentare la criticità principale.* Rispetto agli studi Sentieri vi sono osservazioni migliorative da fare, ma nessuno può negare che l'epidemiologia ha definito metodi di osservazione e realizzato studi conseguenti in tutto il territorio nazionale, offrendo un supporto conoscitivo che bilancia realisticamente qualità e risorse disponibili, mentre quello che manca è proprio una azione analoga a quella fatta per

l'epidemiologia sul versante della prevenzione primaria. Se noi osserviamo cosa avviene nei territori dei SIN italiani, ebbene vediamo con chiarezza che appropriate attività di prevenzione si sono sviluppate solo in rari contesti, dove evidentemente vigono condizioni di particolare favore, mentre:

- nella maggior parte dei territori inquinati le attività di prevenzione non sono mai iniziate;
- il coordinamento tra agenzie per il controllo ambientale e quelle sanitarie manca o viene lasciato alla sensibilità e disponibilità degli operatori locali;
- le poche iniziative preventive adottate consistono in ulteriori processi di spossessamento degli esposti che vengono privati dell'accesso a matrici ambientali fondamentali come aria, acqua e suolo, tramite il divieto di coltivare orti, di allevare animali da cortile, di far passeggiare o giocare i bambini nei parchi pubblici, mentre le attività scolastiche addirittura si possono svolgere solo nei giorni in cui il vento tira in una certa direzione ...e così via;
- ci si confronta con produttori di rischio estremamente strutturati: a Terni si tratta di TK-AST, una grossa multinazionale dell'acciaio, a Bussi sono in gioco industrie importanti della chimica italiana.

Quindi *dal punto di vista degli esposti* emerge con chiarezza che l'approccio programmatico nei SIN è stato finora ampiamente conservativo per gli interessi dei produttori di rischio, mantenuti in posizione di tutto riposo dalla mancanza di una appropriata azione programmatica coordinata a livello centrale e calibrata sulle specificità, sulle risorse e sui rapporti di potere presenti in ciascun SIN. È necessario far sì che questo problema di assoluta rilevanza sia risolto attraverso la previsione nel prossimo Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2024 di un appropriato programma di interventi preventivi.

Rispetto agli approcci biostatistici occorre ricordare che *alcuni autorevoli autori hanno da tempo posto il problema del diverso interesse che produttori di rischio ed esposti possono avere verso la realizzazione di studi che privilegino la riduzione del rischio di produrre falsi positivi rispetto alla riduzione del rischio di produrre falsi negativi*. Ted Schrecker (24) afferma che la riduzione dell'errore di primo tipo, che consiste nel rifiutare l'ipotesi nulla quando è vera, affermando quindi che un impianto inquina quando non inquina è certamente cara ai produttori di rischio, mentre la riduzione dell'errore di secondo tipo, che consiste nell'accettare l'ipotesi nulla quando è falsa, affermando che un impianto non inquina quando nella realtà lo fa, sta molto a cuore agli esposti. Da parte sua Parascandola (25) sostiene che molte più energie ed accortezze sono state e sono dedicate in biostatistica alla riduzione dell'errore di primo tipo, rispetto a quello di secondo tipo.

In questa prospettiva possono essere utili alcune osservazioni riguardanti *i potenziali falsi negativi presenti nelle misure di ospedalizzazione prodotte dagli studi Sentieri e sulle loro implicazioni metodologiche e contenutistiche nell'ottica dell'advocacy degli esposti*.

Per interpretare correttamente i Rapporti Standardizzati di Ospedalizzazione (SHR) prodotti dagli studi SENTIERI occorre ricordare che nella metodologia pubblicata (3 pag 25) viene specificato che la rilevazione: a) riguarda solo il primo ricovero nel periodo considerato; b) si limita alla causa riportata nella diagnosi principale contenuta nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), in quanto si è *optato* “per la cosiddetta scelta conservativa che potrebbe portare a una sottostima dei casi, ma che minimizza i falsi positivi”⁷; c) le misure di “ospedalizzazione” sono finalizzate a produrre *misure di prevalenza* a partire dai dati di ospedalizzazione.

Grazie sia al fatto che il periodo di osservazione dello studio Sentieri 5 riguarda gli anni 2006-2013 sia per l'incidenza dei tumori che per le ospedalizzazioni e che in Umbria è attivo un ottimo Registro tumori a copertura regionale, abbiamo osservato (Tab. 9) che nel

Casi incidenti per definite cause nel 2006-2013 (fonte 5, op cit)			Casi “prevalenti” per definite cause oncologiche nel 2006-2013 (fonte 5, op cit)		
Causa – Registro Tumori	OSS_U	OSS_D	Causa – Pazienti ricoverati (SDO)	OSS_U	OSS_D
Tutti i tumori maligni escluso cute	3314	2986	Tutti i tumori maligni	3862	3543
Tumore maligno dello stomaco	148	107	Tumori maligni dello stomaco	146	102
Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici	106	57	Tumori maligni primitivi del fegato	99	41
Tumore maligno della colecisti e di altre parti non specificate del tratto biliare	30	49			
Tumore maligno del pancreas	98	93	Tumori maligni del pancreas	84	87
Tumori maligni della trachea, bronchi e polmone	481	244	Tumori maligni della trachea dei bronchi e dei polmoni	396	204

Tab. 9 - Divergenze tra casi incidenti e casi prevalenti nel periodo 2006-2013 nel Sin Terni Papigno (Fonte 5)

SIN Terni Papigno *per i tumori di trachea bronchi e polmone l'incidenza negli uomini nel 2006-2013 è pari a 481 casi mentre la 'prevalenza', calcolata con i dati di ospedalizzazione sempre negli uomini e nello stesso periodo, risulta pari a 396 casi (82,3% dei casi incidenti), facendo così in modo che il valore del SHR del cr di trachea, bronchi e polmone negli uomini, nel periodo 2006-2013, oscilla tra 96 e 113, indicando che non vi sono più ospedalizzazioni rispetto al resto della Regione Umbria. Nelle donne si registra una sottostima analoga, dato che la incidenza 2006-2013 è pari a 244 casi mentre la prevalenza 2006-2013 è pari a 204*

7. Anche nella “Valutazione della evidenza epidemiologica dell'associazione tra specifiche cause di decesso ed esposizioni” è espressa attenzione verso “l'esigenza di ridurre il rischio di falsi positivi” (Sentieri 1 pag 17).

casi (83,6% dei casi incidenti); in questo caso il SHR indica un eccesso statisticamente significativo (130; 115-135). Per quanto riguarda il complesso delle patologie tumorali su cui SENTIERI produce SHR, casi incidenti nel 2006-2013 per il Sin Terni Papigno risultano superiori ai casi prevalenti nel 2006-2013 anche per i tumori maligni dello stomaco uomini e donne ed i tumori maligni del pancreas uomini e donne.

Queste osservazioni documentano a nostro avviso la presenza nelle stime degli SHR nel SIN Terni Papigno di una serie di importanti “*potenziali falsi negativi*” - dato che è *implausibile che la prevalenza risulti inferiore alla incidenza* - e inficiano i corrispondenti valori non significativi degli SHR per importanti sedi tumorali e di altre malattie non tumorali. Esse indicano inoltre che:

- *la sottostima sarebbe stata evitabile andando a cercare nelle altre diagnosi secondarie presenti nella SDO o, nel caso dei tumori ricorrendo, almeno nei SIN in cui ci sono registri tumori (in Umbria è attivo un Registro Tumori a copertura regionale) alla prevalenza stimata dai registri stessi (o ad altri tipi di misure) che si rivelano uno strumento indispensabile sia per produrre misure epidemiologiche di qualità, che per rendersi conto se le misure prodotte sono viziate da potenziali falsi negativi ovvero incorrono nell'errore di secondo tipo (accettare l'ipotesi nulla quando è falsa);*
- *possono comportare anche per gli SHR statisticamente significativi una potenziale distorsione sistematica verso stime del rischio più basse;*
- *nel merito, se il giudizio sull'andamento dei tumori nel SIN oggetto di analisi di caso si basa ovviamente più sui Rapporti Standardizzati di Incidenza tumorale e sui Rapporti Standardizzati di Mortalità che sugli SHR, questo risulta possibile solo per i 23 SIN italiani coperti da un registro tumori, perché in questi casi i dati di incidenza, rappresentando “la verità”, permettono di individuare le sottostime ed i potenziali falsi negativi, così come abbiamo fatto in Umbria. Negli altri 22 SIN sprovvisti di registri tumori, i dati delle ospedalizzazioni non possono essere confrontati con nessun riferimento “vero”, per cui le sottostime possono avere conseguenze negative per gli esposti perché possono portare a misure epidemiologiche viziate da potenziali falsi negativi che possono a loro volta portare a sostenere, sbagliando, che l'inquinamento prodotto dall'impianto non è dannoso per la salute quando in realtà lo è;*
- *limiti si riscontrano anche per le patologie che non determinano necessariamente il ricovero o per le quali il ricovero è una opzione che viene diversamente esercitata dai clinici a seconda di circostanze molteplici, come avviene nel caso dell'asma, i cui tassi di ricovero a Terni rientrano nella media regionale nonostante la massiccia emissione di inquinanti ad effetto allergizzante (nickel in primo luogo).*

Quanto alla scelta di privilegiare la riduzione dei falsi positivi (dire che un sito ha effetti negativi sulla salute quando nella realtà questi effetti non vi sono), occorre notare come essa non sia neutra ma risulti conservativa per gli interessi dei produttori di rischio.

Queste osservazioni sono finalizzate ad evitare che vengano vanificate le attenzioni adottate da chi ha programmato gli studi SENTIERI per rendere almeno neutro l'impianto biostatistico degli studi, come: a) l'assunzione di IC al 90% e non al 95%, che avrebbe rappresentato una soglia decisamente conservativa verso gli interessi dei produttori di rischio; b) la impegnativa attivazione della valutazione a priori; c) l'introduzione di una sezione sulla salute adolescenziale volta ad individuare patologie connesse con esposizioni ad epigenotossici ed interferenti endocrini in età precoce dove si cumulano i dati tra i due sessi, dando potenza statistica all'analisi.

Quindi sarebbe importante che in tutti i SIN italiani ed in particolare nei SIN di territori in cui non sono attivi registri tumori le misure di ospedalizzazione siano costruite con un approccio biostatistico più bilanciato, rifiutando di dare priorità alla riduzione dei falsi positivi e calcolando numeratori e denominatori in modo da utilizzare tutta l'informazione contenuta nella base dati SDO; del pari molta attenzione va riservata agli SHR che non riguardano malattie tumorali, tenendo presente che anche in questo caso i potenziali falsi negativi possono distorcere la valutazione epidemiologica della situazione.

5.3 Il complesso delle evidenze prodotte dalle caratterizzazioni ambientali ed epidemiologica può supportare raccomandazioni di sanità pubblica nel PNP 2020-2024 di maggiore forza rispetto a quanto avvenuto in passato?

In generale è necessario che le politiche di prevenzione ambientale si collochino all'interno di una visione complessiva capace di riequilibrare la attuale asimmetria tra esposti e produttori di rischio. In questa direzione in Umbria sta emergendo nell'interazione tra i comitati ambientali degli esposti la necessità di attivare gli ecodistretti ⁸ come dispositivo tramite cui i cittadini si reimpossessano delle matrici dei territori in cui vivono e lavorano e che devono essere lasciati ai propri figli senza contaminazioni. Questo dispositivo poggia su quattro pilastri fondamentali:

- a. *assunzione politico normativa del territorio e delle sue matrici fondamentali come bene comune*, indisponibili per attività prive di utilità sociale o che comportino danni permanenti ad aria, acqua/ falde, suolo e produzioni agricole alimentari e rischi documentati per la salute dei cittadini;
- b. *costruzione di una caratterizzazione non viziata da conflitti di interesse sulle condizioni complessive delle matrici aria, acqua, suolo ed alimenti*, che ne documenti limiti e potenzialità in ciascun territorio e *individui gli specifici fattori di pressione* che ne modificano la qualità;
- c. *abbattimento delle emissioni prodotte dai fattori di pressione applicando soluzioni proprie della economia circolare*, usando finanziamenti già disponibili a livello europeo e nazionale;

8. Una proposta di legge di iniziativa regionale per l'istituzione degli Ecodistretti è in via di redazione da parte della Law Clinic della Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Perugia.

- d. *attivazione del controllo popolare sulle istituzioni e sui produttori di rischio*, tramite audit periodici annuali che a partire dai limiti e dalle potenzialità delle matrici del territorio, verifichino il rispetto e l'avanzamento del piano di prevenzione primaria nel SIN di Terni Papigno.

La assunzione dei SIN come ecodistretti potrebbe consentire di sviluppare un PNP 2020-2024 in cui le raccomandazioni di sanità pubblica (trasformare i fattori di pressione in produzione sostenibili grazie al passaggio all'economia circolare, ampiamente finanziato dalla Unione Europea almeno per il recupero delle materie seconde) vengono allineate con la forza delle associazioni causali derivanti da caratterizzazioni ambientali ed epidemiologiche, auspicabilmente arricchite con alcune delle evidenze emerse in questa analisi di caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Pirastu R, et al. SENTIERI Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: valutazione della evidenza epidemiologica. *Epidemiol Prev* 34 (5-6) settembre-dicembre 2010 supplemento 3: 1-33.
2. Pirastu R, et al. SENTIERI Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: Risultati. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (5-6) Suppl. 4: 1-204.
3. Pirastu R, et al. SENTIERI Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: Mortalità, incidenza oncologica e ricoveri ospedalieri. *Epidemiol Prev* 2014; 38 (2) Suppl. 1: 1-170.
4. Zona A, et al. SENTIERI Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: L'incidenza del mesotelioma. *Epidemiol Prev* 2016; 35 (5-6) Suppl. 4: 1-204.
5. USL 2 TR, Arpa Umbria Sentieri da percorrere. Salute e ambiente a Terni: conoscenze attuali e prospettive di studio e intervento. 14 Settembre 2018, Terni
6. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2285_allegato.pdf
7. Moroni, B, Ferrero L, Crocchianti S, Cappelletti D. Aerosol dynamics upon Terni basin (Central Italy): Results of integrated vertical profile measurements and electron microscopy analysis. *Rendiconti Lincei* 2013; 24: 319-328.12
8. Guerrini R. Qualità dell'aria nella provincia di Terni tra il 2002 e il 2011. *Quad. ARPA Umbria* 2012; XXXIII: 81-87.
9. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: "Chromium, Nickel and Welding". 1990 (49); pp 677.
10. Saura C. *Sahu Toxicology and epigenetics*. Wiley (UK); 2012, pp 668.
11. WHO State of the science of endocrinal disrupting chemicals. Geneve WHO; (2012), pp. 289.
12. Gore AC, et al. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocr Rev*. 2015; Dec: 36(6).
13. <http://prtr.eea.europa.eu/>, accessi del 3 settembre 2018 e del marzo 2015.
14. Perone A, et al. Oak tree-ring record spatial temporal pollution trends from different sources in Terni (Central Italy). *Environmental pollution* 2018; 233: 278-289.
15. ARPA Umbria: Monitoraggio tramite licheni epifiti nella Conca Ternana. 23/09/15 <http://www.arpa>.

- umbria.it/articoli/monitoraggio-mediante-licheni-epifiti-nella-conca-000
16. Massimi L, et al. Monitoring and evaluation of Terni (Central Italy) Air Quality through Spatially Resolved Analyses. *Atmosphere* 2018; 8. 200 pp 14.
 17. <http://www.arpa.umbria.it/monitoraggi/aria/zonaperzona.aspx?zona=terni>
 18. Dipartimento di Scienze della Terra, della Vita e dell'Ambiente dell'Università di Urbino. Studio (biomonitoraggio) sugli effetti dei possibili inquinanti, anche in relazione al bioaccumulo in organismi acquatici dei metalli presenti nello scarico di immissione nel fiume nera 2012. Fonte: <http://www.umbriaon.it/2015/wp-content/uploads/2017/02/Relazione-AST-2013-firmata-1.pdf>.
 19. De Felip E, et al. Concentrations of polychlorinated dibenzodioxins, polychlorodibenzofurans, and polychlorobiphenyls in women of reproductive age in Italy: A human biomonitoring study. *International Journal of Hygiene and Environmental Health* 2017; 220: 378-386.
 20. De Felip E, et al. Current exposure of Italian women of reproductive age to PFOS and PFOA: A human biomonitoring study' *Chemosphere* 2015; 137: 1-8.
 21. Oddone E, et al. Occupational brain cancer risks in Umbria (Italy), with a particular focus on steel foundry workers. *Ital Med Lav Ergon.* 2014; Apr-Jun 36 (2):111-7.
 22. Devis D. *La storia segreta della guerra al cancro*. Torino: Codice Edizioni; 2008, pp 459.
 23. Jacobs MM, Massey RI, Tenney H, Herriman E. Reducing the use of carcinogens: the Massachusetts experience. *Published Online*: 2014;11-25.
 24. Schrecker T. Can health equity survive epidemiology? *Standards of proof and social determinants of health Preventive Medicine* 2013; 57: 741-744.
 25. Parascandola, M. Epistemic risk: empirical science and the fear of being wrong. *Law, Probab. Risk.* 2010 (9): 201-214.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Un intervento multidisciplinare di promozione dei corretti stili di vita nel percorso postoperatorio di soggetti sottoposti a chirurgia dell'obesità

A multidisciplinary intervention to promote correct lifestyles in the post-operative path of subjects undergoing obesity surgery

Francesca Gallé, Assunta Cirella, Mirella Di Dio, Alessandra Miele, Roberta Ricchiuti, Nunzia Postiglione, Giuseppe Cerullo, Valeria Di Onofrio*, Giorgio Liguori

Dipartimento di Scienza Motorie e del Benessere, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"

**Dipartimento di Scienze e Tecnologie, Università degli Studi di Napoli "Parthenope"*

Parole chiave: chirurgia bariatrica; stili di vita; perdita di peso; indici antropometrici; alimentazione; attività fisica adattata

RIASSUNTO

Obiettivi: valutare gli effetti di un percorso integrato di supporto psicologico-nutrizionale e attività fisica adattata sugli esiti della chirurgia bariatrica.

Metodologia: i partecipanti sono stati reclutati tra i pazienti adulti e senza gravi comorbidità sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica presso l'Ospedale "Villa Betania" di Napoli. I soggetti che hanno scelto di aderire hanno preso parte volontariamente al gruppo di intervento o al gruppo di controllo. L'intervento, della durata di un anno, consisteva in un programma di attività motoria e in un percorso di educazione nutrizionale, affiancati ad un supporto motivazionale. Prima dell'inizio delle attività e al termine dell'intervento i valori di peso, circonferenza vita (CV) e circonferenza fianchi (CF) dei partecipanti ai due gruppi di studio sono stati rilevati e comparati tramite test t di Student. Il confronto tra i gruppi è stato effettuato tramite ANOVA.

Risultati: nel gruppo di intervento (n=12, 66.7% F, età media 39,7±10,4 anni) si è rilevato un miglioramento significativo (p<0,05) di tutti i parametri considerati (Δ peso=-16,9 kg, Δ CV=-6,6 cm, Δ CF=-8,9 cm) a fine intervento. Non sono stati rilevati analoghi miglioramenti nel gruppo di controllo (n=10, 80% F, età media 37,9±8,1). Le variazioni di peso e CF sono state significativamente differenti tra i due gruppi (p=0,02 e p=0,03 rispettivamente).

Conclusioni: lo studio realizzato dimostra come un intervento multidisciplinare che includa esercizio fisico

Autore per corrispondenza: giorgio.liguori@uniparthenope.it

e supporto educativo e motivazionale possa essere considerato un valido strumento per favorire l'adozione di stili di vita corretti nei pazienti bariatrici, così da aumentare il calo ponderale indotto dall'intervento.

Key words: bariatric surgery; lifestyles; weight loss; anthropometric indices; diet; adapted physical activity

SUMMARY

Objectives: to evaluate the effects of an integrated intervention including adapted physical activity and motivational and nutritional support on bariatric surgery outcomes.

Methods: participants were recruited among adult patients without severe comorbidities who underwent obesity surgery at the Hospital "Villa Betania" in Naples. Those who accepted to participate chosen to take part to the intervention or to the control group. The intervention lasted one year and included an exercise program and a nutritional educational program, together with a motivational support. Before the start and at the end of the intervention weight loss, waist (WC) and hip (HC) circumferences were measured in both groups and compared through the Student's t test. The comparison between the two groups was made through ANOVA.

Results: all the variables considered improved significantly ($p < 0.05$) at the end of the activities (Δ weight = -16.9 kg, Δ WL = 6.6 cm, Δ HC = 8.9 cm) in the intervention group ($n = 12$, 66.7% female, mean age 39.7 ± 10.4 years), while similar changes were not observed in the control group ($n = 10$, 80% female, mean age 37.9 ± 8.1). Weight loss and HC decrease differed significantly between groups ($p = 0.02$ and $p = 0.03$ respectively).

Conclusions: this study shows that a multidisciplinary exercise-based educational and motivational intervention may represent a valid instrument to help patients in adopting healthy lifestyles and to enhance weight loss after obesity surgery.

Introduzione

L'obesità rappresenta una condizione patologica alla cui insorgenza concorrono diversi fattori di rischio sia genetici sia socio-ambientali, nonché fattori ascrivibili alla sfera comportamentale individuale, che conducono all'instaurarsi di uno squilibrio tra apporto calorico e consumo energetico, responsabile nel tempo di un incremento del tessuto adiposo che si traduce in danni biologici e fisiologici (1). Dal 1980 il numero di individui obesi nel mondo è raddoppiato, raggiungendo nel 2014 oltre 600 milioni. Nel 2016, nei soggetti di età > 20 anni si è registrato un incremento dell'incidenza mondiale di obesità, che è passata da 69 a 390 milioni nelle donne e da 31 a 281 milioni negli uomini (2), assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia. L'obesità rappresenta pertanto un importante problema di salute pubblica in quanto ha un importante ruolo nello sviluppo di patologie croniche quali ipertensione, diabete mellito di tipo 2, patologie respiratorie e tumori (3).

La chirurgia bariatrica risulta essere una strategia efficace per la riduzione del peso corporeo nei soggetti obesi, specialmente in presenza di obesità grave e di comorbidità ad essa associate (ipertensione, diabete, dislipidemie, apnee notturne) (4). Tuttavia, considerando l'importante ruolo che le abitudini adottate possono avere sugli esiti dell'intervento

chirurgico, affinché il calo ponderale ottenuto persista nel tempo è indispensabile che coloro i quali vi si siano sottoposti assumano un corretto stile di vita, basato su scelte alimentari adeguate e sulla pratica costante di attività fisica (5). Scopo del presente studio è quello di dimostrare l'efficacia di un percorso integrato comprendente supporto psicologico-nutrizionale e attività fisica adattata nel promuovere il cambiamento di abitudini nei pazienti bariatrici, al fine di migliorare gli esiti della chirurgia.

Metodologia

Lo studio è stato effettuato presso l'Ospedale Evangelico Villa Betania di Napoli negli anni 2015-2017. La partecipazione allo studio è stata proposta a pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia bariatrica che:

- avevano compiuto la maggiore età
- erano idonei alla pratica di attività fisica
- avevano subito l'intervento da 2 a 6 mesi prima
- non presentavano sindromi/patologie concomitanti gravi (né fisiche né psicologiche)
- non si trovavano in stato di gravidanza
- erano persone sedentarie.

I soggetti sono stati invitati a partecipare nel corso della visita medica di controllo post-intervento. A coloro che hanno deciso di aderire allo studio è stata offerta la possibilità di partecipare ad un percorso integrato di supporto psicologico-nutrizionale e attività fisica adattata o, in alternativa, di fornire periodicamente ai ricercatori informazioni relative alle proprie condizioni psico-fisiche. Il gruppo di intervento ha preso parte ad un programma motorio strutturato in due sedute settimanali di 60 minuti guidate da specialisti delle scienze motorie esperti in attività fisica adattata. Ogni seduta includeva una fase iniziale di riscaldamento di 10 minuti, una fase intermedia della durata di 40 minuti, in cui i partecipanti erano invitati a svolgere esercizi finalizzati all'aumento della capacità aerobica, della forza e dell'assetto posturale e una fase finale di 10 minuti dedicata ad esercizi di flessibilità. I protocolli di allenamento sono stati personalizzati in base alle caratteristiche dei soggetti e sono stati modificati lungo il percorso in relazione ai cambiamenti rilevati negli stessi. Il percorso nutrizionale era strutturato in incontri mensili di gruppo guidati da un esperto nutrizionista che ha inizialmente valutato il comportamento alimentare dei partecipanti ed ha successivamente offerto loro indicazioni pratiche e suggerimenti sulle corrette scelte alimentari, in linea coi principi della dieta mediterranea. Contemporaneamente, i partecipanti all'intervento hanno preso parte ad incontri di gruppo di supporto motivazionale. Tali incontri avevano una durata di 90 minuti e cadenza quindicinale, ed erano gestiti da un esperto psicologo che forniva loro occasioni di confronto sulle credenze acquisite e sui comportamenti adottati in relazione a dieta e attività fisica, supportandone il cambiamento.

I soggetti che hanno scelto di non prendere parte alle attività hanno costituito il gruppo di controllo, a cui è stato offerto un colloquio iniziale nel quale sono stati presentati i benefici della corretta alimentazione e della pratica di attività motoria.

Tutti i partecipanti hanno fornito il proprio consenso informato prima di partecipare allo studio. L'intervento ha avuto inizio ad Ottobre 2015 (T0) ed è stato concluso nell'Ottobre 2016 (T1); prima dell'inizio delle attività e alla fine dell'intervento per ciascun partecipante è stata effettuata una valutazione del peso, della Circonferenza Vita (CV) e della Circonferenza Fianchi (CF). Il peso è stato espresso in kg; i valori di CV e CF sono stati espressi in cm. Tutti i parametri considerati nei due tempi di misurazione (T0 e T1) sono stati espressi come valori medi \pm deviazioni standard. I confronti tra i valori riscontrati ad inizio e fine intervento in ogni gruppo sono stati effettuati tramite test t di Student per campioni appaiati. Il confronto fra i parametri registrati nei due gruppi in entrambi i tempi di rilevazione è stato effettuato tramite ANOVA.

Il valore di significatività assunto è stato $p < 0,05$. Le analisi statistiche sono state effettuate mediante il software SPSS v. 25 per Windows (IBM, Chicago, IL, USA).

Risultati e Conclusioni

Su un totale di 86 pazienti invitati, dieci (11,6%) hanno aderito al programma proposto e hanno costituito il gruppo di intervento; altri 10 (11,6%) non hanno potuto prendere parte alle attività per problemi logistici e organizzativi ma hanno dato la propria dispo-

	Gruppo di Intervento n=12	Gruppo di Controllo n=10
genere		
<i>n (%)</i>		
femmine	8 (66,7)	8 (80)
maschi	4 (33,3)	2 (20)
età		
<i>media \pm DS</i>	39,7 \pm 10,4	37,9 \pm 8,1
condizione lavorativa		
<i>n (%)</i>		
occupati	8 (66,7)	9 (90)
disoccupati	4 (33,3)	1 (10)
tipo di intervento chirurgico		
<i>n (%)</i>		
bendaggio gastrico	6 (50%)	6 (60%)
gastrectomia verticale	6 (50%)	4 (40%)

Tab. 1 - Caratteristiche socio-demografiche e tipo di intervento chirurgico dei due gruppi di partecipanti allo studio

bilità a fornire le informazioni relative ai propri indici antropometrici e hanno costituito il gruppo di controllo. La Tabella 1 mostra le caratteristiche socio-demografiche e la tipologia di intervento subito in entrambi i gruppi di partecipanti.

Dai risultati rilevati nei due momenti considerati (Tabella 2) è emerso che nel gruppo di intervento il peso, la CV e la CF si sono significativamente ridotti dall'inizio delle attività al termine delle stesse ($p < 0,05$). Al contrario, la riduzione di tali parametri è stata più lieve e non significativa nel gruppo di controllo. I risultati del test ANOVA hanno mostrato l'esistenza di differenze statisticamente significative tra i due campioni relativamente alla perdita di peso e alla diminuzione della CF ($p = 0,02$ e $p = 0,03$ rispettivamente).

	T ₀	T ₁	Δp (t test)	p (ANOVA)
Peso (kg)				
gruppo di intervento	107 ± 16,7	90,1 ± 20	-16,9	0,02
gruppo di controllo	108,5 ± 12,6	105,8 ± 11,6	-2,7	0,62
Circonferenza Vita (cm)				
gruppo di intervento	104,8 ± 8,8	98,2 ± 7,6	-6,6	0,04
gruppo di controllo	105,5 ± 8	103,5 ± 7,6	-2	0,57
Circonferenza Fianchi (cm)				
gruppo di intervento	105 ± 9,8	96,1 ± 10,6	-8,9	0,03
gruppo di controllo	106,9 ± 7,8	101,2 ± 8,2	-5,7	0,13

Tab. 2 - Valori medi degli indici antropometrici del gruppo di intervento e di controllo misurati all'inizio (T₀) e alla fine (T₁) dell'intervento, con valori di significatività corrispondenti ai relativi confronti effettuati tramite test t di Student e ANOVA

Lo studio condotto ha dimostrato come un intervento multidisciplinare basato sull'esercizio fisico e comprendente un programma educativo sui temi della corretta alimentazione e un supporto motivazionale possa essere efficace nel migliorare il calo ponderale indotto dalla chirurgia bariatrica. L'analisi del peso e degli indici antropometrici al termine dell'intervento ha infatti mostrato un miglioramento consistente nei soggetti che hanno preso parte alle attività rispetto al gruppo di controllo.

Lo studio effettuato mostra importanti limitazioni che potrebbero aver costituito dei bias

di selezione. La prima è rappresentata dall'esigua numerosità del campione in studio, la seconda dalla distribuzione dei partecipanti nei due gruppi, avvenuta su base volontaria. Tuttavia, sebbene non sia possibile una generalizzazione dei risultati, la differenza rilevata tra i due gruppi esaminati suggerisce che l'intervento realizzato sia stato efficace nel determinare un reale cambiamento nello stile di vita dei partecipanti alle attività. Ulteriori approfondimenti su campioni più ampi e per tempi più lunghi potranno essere utili per confermare tali risultati.

Simili programmi di educazione sanitaria, supportati da un'equipe multiprofessionale (psicologo, nutrizionista, chinesiologo), possono essere utili nel determinare l'adozione di uno stile di vita salutare e attivo da parte dei pazienti bariatrici, che può potenziare gli effetti del trattamento chirurgico. La presente esperienza, infatti, testimonia come l'approccio chirurgico nel trattamento dell'obesità possa rappresentare, piuttosto che il punto d'arrivo - risolutivo di un problema - il punto di partenza dal quale cominciare un nuovo percorso di vita che, sulla base di scelte consapevoli, possa generare un miglioramento della qualità di vita reale e duraturo.

Sarebbe pertanto opportuno che le politiche sanitarie consentissero e supportassero sempre più simili percorsi integrati nell'ambito delle strategie di educazione della salute, al fine di raggiungere obiettivi solidi nel contrasto dell'obesità.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Obesity, Preventing and Managing: the Global Epidemic. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet* 2017; (390) 10113: 2627-42.
3. Castelnovo G, Pietrabissa G, Manzoni G M, Corti S, Ceccarini M, Borrello M, Giusti E M, Novelli M, Cattivelli R, Middleton N A, Simpson S J, Molinari E. Chronic care management of globesity: promoting healthier lifestyles in traditional and mHealth based settings. *Front Psychol.* 2015; 6: 1557.
4. Società Italiana dell'Obesità, Associazione Italiana di Dietetica e di Nutrizione Clinica. Standard italiani per la cura dell'obesità 2012-2013. Disponibile all'indirizzo www.sio-obesita.org/Standard.pdf.
5. Papalazarou A, Yannakoulia M, Kavouras SA, Komesidou V, Dimitriadis G, Papakonstantinou A, Sidossis LS. Lifestyle intervention favorably affects weight loss and maintenance following obesity surgery. *Obesity* 2010;18:1348-53.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Objective Structured Video Examination (OSVE). Uno strumento innovativo nella valutazione universitaria delle competenze educative per promuovere salute

Objective Structured Video Examination (OSVE). An innovative tool to evaluate undergraduate educational competencies for health promotion

Patrizia Garista, Lucia Zannini *

Istituto nazionale di documentazione innovazione e ricerca educativa (INDIRE)

** Università degli Studi di Milano*

Parole chiave: competenze comunicative/educative; innovazione didattica; OSVE; promozione della salute, valutazione obiettiva

RIASSUNTO

Obiettivi: questo contributo presenta il resoconto di un'esperienza di valutazione di competenze professionali realizzata con la tecnica Objective Structured Video Examination (OSVE), quale strategia innovativa nella valutazione obiettiva delle competenze finalizzate alla promozione della salute in un corso integrato di Scienze del Comportamento in un Corso di Laurea in Odontoiatria.

Metodi: lo scenario in cui s'inserisce la valutazione è quello di un'innovazione didattica progettata presso l'Università di Milano e si raccorda con l'attuale framework sulle competenze chiave da sviluppare per la certificazione europea di "Promotore della Salute", proposta dall'Unione internazionale per la promozione e l'educazione alla salute. La tecnica OSVE, versione mediale della tecnica OSCE (Objective Structured Clinical Examination), verrà descritta nelle sue diverse fasi di progettazione e attuazione.

Risultati: l'OSVE e la sua implementazione nella didattica universitaria hanno consentito una riflessione sul contributo che questa tecnica può dare alla valutazione certificativa di competenze quali la comunicazione e l'educazione alla salute in ambito clinico. La certificazione delle competenze in questo ambito diventa cruciale anche ai fini di percorsi di accreditamento come quelli proposti da CompHP (Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe).

Conclusioni: sono discusse criticità e benefici nell'uso dei video per la valutazione, non solo in riferimento al corso specifico, ma anche ad altri, in cui è necessario valutare competenze di tipo educativo, comunicativo e relazionale. Le criticità riguardano soprattutto l'investimento necessario nella produzione dei video e la possibilità di avere a disposizione strumenti formativi, per sviluppare competenze comunicative ed educative, omogenei con quelli utilizzati successivamente nella valutazione.

Autori per corrispondenza: p.garista@indire.it, lucia.zannini@unimi.it

Keywords: assessment; communicative/educative competencies; curricular innovation; health promotion; OSVE

SUMMARY

Objectives: this paper describes an experience based on the technique Objective Structured Video Examination (OSVE), an innovative methodology to assess educational and communicative competencies, within a multidisciplinary course in Behavioral Sciences held in a Dentistry School.

Methods: this experience is framed within the process of curricular innovation planned at the University of Milan and is linked to the CompHP framework, defined by the International Union for Health Promotion and Education. The OSVE technique is the video-based version of OSCE (Objective Structured Clinical Examination); in this paper, it will be introduced as a strategy for assessment of educational/ communication skills.

Results: the OSVE implementation within the university setting fostered a reflection on how to assess specific competences, such as communication and health education, in a clinical environment, and how to document those activities for the international accreditation system.

Conclusions: Weakness and strengths of using videos as an assessment tool will be discussed with not only reference to the Behavioral Sciences course, but also to other curricula, where educational, communicative and relational competencies need to be assessed. Weaknesses are mainly related to the video making and to the possibility to use instruments, in communication/educational skills training, which are consistent with those later employed for assessment.

1. Dai contenuti alle competenze del framework CompHP: un focus sulle competenze educative e comunicative e la loro valutazione

I professionisti dell'educazione e della promozione della salute provengono da diversi ambiti disciplinari e professionali e, se da un lato l'interdisciplinarietà è sempre stata considerata una risorsa fondamentale, ciò dall'altro potrebbe portare, come contropartita, a una certa incertezza e confusione sui valori e le competenze da sviluppare per promuovere salute in collaborazione con altri colleghi o nel proprio contesto lavorativo. Il progetto Europeo CompHP (Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe) ha cercato di tracciare un quadro europeo sulle competenze chiave che definiscono il lavoro di promozione della salute, proponendo un framework che, da una parte, definisce le competenze chiave che i professionisti devono sviluppare durante la loro formazione di base e continua e, dall'altra, individua dei criteri per l'accreditamento internazionale di tali professionisti nonché l'accreditamento di corsi e strutture per la loro formazione (1). Infatti, in Europa sono ancora presenti approcci e proposte formative per la formazione accademica e professionale molto diverse tra loro, nonostante il processo di Bologna e la necessità di implementare scambi e mobilità. Questa eterogeneità delle proposte e della natura stessa dell'educazione e promozione della salute ha portato a definire, in linea con le più recenti prospettive pedagogiche, centrate sulle competenze da sviluppare più che sui contenuti da trasmettere, le competenze chiave che un professionista della promozione della salute dovrebbe certificare per ottenere il titolo

di professionista europeo dall'Unione Internazionale della Promozione ed Educazione alla Salute (IUHPE) (1).

Nel quadro delle suddette competenze chiave, la “comunicazione”, intesa in senso ampio, nelle sue dimensioni psicologiche, sociali ed educative, risulta di notevole rilevanza, soprattutto per quei professionisti che, lavorando a stretto contatto con le persone, sperimentano come l'efficacia del loro operato passi soprattutto attraverso la capacità di ascoltare i bisogni e impostare un dialogo orientato allo sviluppo di capacità per orientare il proprio stile di vita nell'ottica della promozione della salute.

In questo sistema di ripensamento della formazione dei professionisti della salute rientrano a nostro avviso anche gli odontoiatri e coloro che si occupano di salute orale. Una professione la cui formazione è stata in passato determinata da un curriculum molto tecnico, centrato sui contenuti e sulle skill psicomotorie dell'operatore sanitario che utilizzava perlopiù un modello di salute centrato sulla patologia e poco sulla possibilità di instaurare un dialogo partecipato con la persona in cura.

Ma quali azioni servono per portare i suggerimenti del framework CompHP nei curricula della formazione di base? Oltre al passaggio legislativo che definisce i crediti formativi, quali modelli educativi, quali strategie sono in grado di sviluppare le competenze? E quali possibilità e sperimentazioni presenti in letteratura possono suggerire strumenti utili da introdurre nei curricula della formazione di base, prima, e nella formazione continua, in seguito, per supportare tale processo?

Il presente contributo si sviluppa in linea con le precedenti questioni e descrive un'esperienza didattica universitaria, focalizzandosi sulla necessità di introdurre nuovi metodi per la valutazione delle competenze educativo-comunicative nella formazione di base del corso di laurea in odontoiatria, rileggendola attraverso la lente della promozione della salute. Se è vero infatti che il progetto CompHP ha avviato un nuovo scenario per progettare i curricula dei professionisti della salute è altrettanto vero che la parte “didattica e valutativa” non è stata particolarmente implementata (2). Si definiscono le competenze, ma non viene suggerita una “pedagogia in promozione della salute”, ovvero un modello formativo per lo sviluppo di tali competenze. L'esperienza che descriveremo di seguito rappresenta a nostro avviso un suggerimento su come sia possibile trasformare e cambiare elementi dei curricula della formazione accademica, orientandola maggiormente allo sviluppo di competenze e alla loro valutazione obiettiva. Suggerimenti che possono essere rielaborati anche dalla formazione continua dei professionisti in promozione della salute.

2. L'esperienza didattica e valutativa della tecnica OSVE

Riportiamo di seguito l'esperienza di introduzione della tecnica OSVE (Objective Structured Video Examination) come possibilità per la valutazione delle competenze educative e comunicative, in un corso universitario interdisciplinare, orientato alla

prospettiva della promozione della salute e della qualità di vita. L'idea di sostituire il classico test/esame attraverso il voto di fine corso per la certificazione nasce in realtà da lontano, da qualche decennio di innovazioni nell'organizzazione didattica universitaria e dai cambiamenti introdotti nei corsi di Laurea delle professioni sanitarie. Fino a circa la metà del XX secolo, infatti, l'organizzazione universitaria era molto burocratizzata e le attività didattiche erano costruite essenzialmente intorno alle lezioni frontali, basate su contenuti monografici (3). L'"Università degli studi", originatasi per chi voleva solo studiare e far crescere il sapere patrimonio della propria società, diventa un'università di massa a cui si chiede un inequivocabile guadagno formativo: entrare nel mondo del lavoro. Diversi sono stati i problemi che, in questa organizzazione, hanno portato alla spinta verso l'autonomia delle università; particolarmente interessante sembra essere la questione legata alla domanda di professionalizzazione proveniente dal mondo del lavoro. Tale problema è stato al centro del dibattito sulla ridefinizione dell'impostazione dei corsi nella formazione di base in ambito sanitario: l'introduzione della Tabella XVIII nelle Facoltà di Medicina ha creato la necessità di trasformare gli insegnamenti, sviluppandoli in modo interdisciplinare a partire da problemi, nonché l'urgenza di prevedere l'istituzione dei diplomi universitari, fino ad arrivare alla costituzione delle lauree brevi (4). Ogni università, guadagnata la sua autonomia, ha cominciato a rispondere al mercato del lavoro, programmando l'offerta formativa con curricula specifici, nuove professionalità da formare, nuove proposte di impostazione didattica per favorire l'acquisizione efficace delle competenze richieste. Il nuovo assetto universitario, dunque, si vuole caratterizzare per l'importanza attribuita alla dimensione tecnico-pragmatica nella formazione. In particolare, "esprime l'esigenza del miglioramento qualitativo dell'istruzione universitaria e delle condizioni complessive del funzionamento delle università italiane" (5).

In questo grande mutamento che hanno attraversato le università (3), si inserisce l'esigenza della valutazione. Pur non potendo ridurre in queste poche righe la questione della valutazione della qualità in università, da questi cenni si evince come essi definiscano criteri per una valutazione ex ante della coerenza e dell'articolazione delle singole proposte formative e richiedano una valutazione in itinere ed ex post delle proposte realizzate all'interno del proprio Ateneo (6). Ciò si collega alla nascita dei Nuclei di valutazione nei diversi Atenei. Tuttavia, controllando gli indicatori dei Nuclei di valutazione interna per la didattica ci si associa all'osservazione di Perla (5) per cui l'accento è posto soprattutto su aspetti organizzativi e materiali più che su variabili legate ad aspetti epistemologici della formazione e della valutazione.

Parlare di professionalizzazione, inoltre, significa mettere in discussione i contenuti intorno a cui si sviluppano i processi di insegnamento e apprendimento. Il dibattito sul tema della competenza da acquisire e sulle modalità per valutarla definisce lo spazio tra due antitetiche posizioni per pensare alla formazione, un modello istruttivo o educativo (4),

che ne delineano scelte metodologiche sia da un punto di vista didattico che valutativo. Ragionare su obiettivi smembrabili in una tassonomia tra sapere, saper fare, saper essere e così via, ritenendo la conoscenza come un contenuto insindacabile da trasmettere, è assai distante dal ritenere i saperi come “un dominio di continua e incessante attività, fortemente situata, di attribuzione di significati a fatti ed eventi, significati negoziati e condivisi in ‘comunità di pratiche’ in cui, nel caso delle istituzioni educativo-formative, l’insegnante formatore assume il ruolo specifico di ‘mediatore culturale’ tra gli artefatti concettuali in essi prodotti e quelli elaborati e accreditati, sempre in modo provvisorio, dalla più vasta comunità di scienziati” (7). La competenza, espressa in questi termini, si mostra come qualcosa di molto più complesso che l’esibizione di un comportamento. La qualità dei processi di apprendimento/insegnamento, in vista di un’autonomia professionale, sarà dunque data dalla capacità del corpo docente di rispettare l’autonomia dell’altro, di creare campi d’esperienza in cui sperimentare nuove conoscenze e riflettere su queste stesse esperienze, di valorizzare le componenti soggettive (motivazioni, aspettative, attitudini, scelte) di ogni partecipante (8).

3. Un’esperienza di valutazione delle competenze educative e comunicative in un corso integrato di Scienze del Comportamento

Il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria è stato istituito negli anni Ottanta. Verso la fine degli anni Novanta (9) è stata avviata una revisione dei curricula dei corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Tale cambiamento si proponeva di accompagnare lo studente attraverso “corsi integrati” che affrontassero le tematiche della professione integrando le discipline mediche con quelle psico-sociali. Uno scopo di tale cambiamento consisteva nel fornire allo studente una didattica per problemi, o, meglio ancora, una didattica centrata sullo studente. Altro scopo era quello di incentivare il corpo docente a integrare la didattica con problematiche di attualità. La nuova impostazione che si è voluta dare aveva la finalità di rispecchiare gli importanti progressi avvenuti nel campo della ricerca e in ambito delle scienze umane, con il fine ultimo di comprendere i bisogni di salute della persona (10). Se il curriculum non deve essere più centrato sui contenuti disciplinari e il sapere del docente, ma sui problemi e i bisogni dello studente e della persona di cui si prenderà cura, si impone un nuovo modo di pianificare, realizzare e valutare le attività didattiche. Il modello pedagogico a cui ci riferiamo segue i principi dell’apprendere dall’esperienza, della condivisione degli obiettivi e dei metodi sia tra il corpo docente di un corso integrato, sia tra docenti e studenti ad esempio attraverso un contratto formativo all’inizio del corso.

Un’esperienza peculiare nel corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi Dentaria si è costituita attraverso l’istituzione di un corso integrato di Scienze del Comportamento al primo anno, nel primo semestre. La scelta di introdurre un corso di questo genere all’inizio

del curriculum è legata alla convinzione che la vera professionalità dell'odontoiatra, allora e oggi, in linea con le indicazioni di CompHP, si basi su competenze comunicativo-relazionali, educative e di lavoro intersettoriale, necessarie per affrontare la complessità del lavoro di cura e di prevenzione, nonché su quelle cliniche, nella costruzione di un patto di solidarietà tra curante e paziente, tra esperti e comunità (9). Tra le Scienze del Comportamento, la pedagogia aveva un doppio ruolo: di contenuto, per il sapere che mette a disposizione nella costruzione di uno stile educativo orientato a supportare l'autonomia della persona nel controllo della sua salute orale; di supporto alla didattica per il lavoro di organizzazione e dialogo tra le varie discipline presenti nel corso integrato, al fine di armonizzare un percorso nella presentazione dei contenuti, nella definizione degli obiettivi formativi e nelle scelte metodologiche. Le strategie didattiche (ad esempio le simulazioni, l'utilizzo di videoregistrazioni, lo studio di casi-storia, i lavori di gruppo stimolati da narrazioni, film o altri strumenti art-based come i disegni e persino il teatro) vengono introdotte e monitorate in continuazione, al fine di assicurare un percorso di riflessione sulla pratica e miglioramento continuo del processo di insegnamento.

4. Innovare il metodo di valutazione di un corso multidisciplinare

La valutazione definisce ciò che gli studenti considerano importante, come spendono il loro tempo e come imparano a vedere se stessi nel ruolo di studenti, prima, e di professionisti di promozione della salute in seguito. Sulla valutazione va quindi posta tanta attenzione quanto a quella sulla didattica in aula. Nella pianificazione della didattica, infatti, non si può non considerare l'elaborazione di un sistema di valutazione coerente con le esigenze di certificazione dei crediti, ma, soprattutto, con il modello formativo adottato e condiviso nella realizzazione del corso (11). L'esperienza del corso integrato a Odontoiatria ha indotto un'ulteriore riflessione, ovvero la possibilità di delineare una valutazione centrata sullo studente, capace non solo di certificare le competenze apprese, ma che costruisce il processo valutativo in modo da diventare esso stesso un'occasione di apprendimento. Il metodo di valutazione è diventato così un asse portante del corso. Esso è stato definito mediante la realizzazione di una valutazione diagnostica, attraverso il contratto formativo, la raccolta delle motivazioni alla scelta del corso di laurea e le relative aspettative, determinanti per la gestione del gruppo classe e per la messa in pratica di una reale didattica centrata sul discente, coerente con un modello di salute centrato sulla persona. Ad essa si è affiancata una valutazione formativa, attraverso tecniche narrative e visuali, a partire dalle quali possono emergere il gradimento verso alcune attività proposte, ma soprattutto gli aspetti di "hidden curriculum" (12) ed elementi relativi al "saper essere" odontoiatra, permettendo un'ulteriore riflessione sugli aspetti comunicativi oggetto del corso. Infine, la valutazione certificativa, tramite la tecnica dell'Objective Structured Video Examination (OSVE), si è rivelata utile per valutare

l'acquisizione di una conoscenza rispetto al riconoscimento di competenze educative e comunicativo-relazionali sulla comunicazione odontoiatra-paziente. Ci soffermiamo in modo particolare sulla descrizione di tale tecnica, che si è rivelata particolarmente interessante per il corso in oggetto, ma che si presta a essere un utile strumento per la valutazione nei corsi di didattica a distanza centrati su contenuti analoghi a quelli qui descritti o per la costruzione di buone pratiche utili a certificare le competenze, come richiesto nell'accreditamento di CompHP.

5. La tecnica OSVE: Objective Structured Video Examination

La tecnica dell'OSVE corrisponde a un esame basato sulla visione di uno o più video, con la finalità di valutare le competenze sviluppate in ambito comunicativo relazionale ed educativo. Tale tecnica, che deriva dall'uso di casi-simulazioni per la valutazione, è stata descritta per la prima volta da Harden negli anni Settanta, che ha presentato l'Objective Structured Clinical Examination, OSCE (13) presentando una modalità in grado di valutare situazioni cliniche in cui mostrare una performance in azione. In pratica, si trattava di creare dei setting (chiamati anche "stazioni") che prospettavano di simulare, alla presenza di un attore/valutatore, il comportamento da adottare in presenza di specifiche situazioni cliniche. Ad ogni stazione veniva valutato un obiettivo di apprendimento o meglio una performance distinta. Tale tecnica, largamente diffusa nella sua versione simulata sul campo, ha migliorato, dando prove di efficacia e gradimento, la valutazione degli studenti, configurandosi come una scelta molto coerente con metodologie quali il problem based learning, la didattica per scenari, i role playing e i laboratori teatrali. Spesso infatti, la questione della valutazione di competenze comunicativo relazionali, per loro natura intangibili, ha sollevato dubbi e discussioni nella programmazione didattica (14). Tuttavia, mentre la tecnica di simulare la messa in scena di situazioni reali è molto complessa e costosa, la tecnica derivata dal proporre la visione di un video (OSVE) che simula una situazione comunicativo-relazionale e la richiesta di rispondere a un test, si è rivelata, in alcune sperimentazioni accademiche, efficiente ed efficace (15). Nella tecnica OSVE, quindi, non si tratta di simulare un comportamento dal vivo, ma di riconoscere le competenze studiate e sperimentate in aula nella visione di un video e attraverso la compilazione di un test a esso correlato (16).

6. La progettazione dell'OSVE

Per realizzare un OSVE è necessario progettare e realizzare diversi materiali da utilizzare nelle varie sessioni d'esame. Al corso di Scienze del comportamento dell'Università di Milano, il lavoro di ricerca dell'Archivio di videoregistrazioni (17) e l'attività di osservazione clinica non solo sono stati materiali utili per la didattica durante il corso, ma hanno supportato la scrittura di numerosi script da utilizzare per l'OSVE.

Infatti, il materiale da preparare per allestire un OSVE consiste nella definizione di una sceneggiatura che deve essere supervisionata dai docenti esperti nei contenuti (nel caso specifico, odontoiatrici) e rappresentare momenti specifici della comunicazione/educazione (listening skills e teaching skills) nel contesto attinente la formazione degli studenti cui è rivolta la valutazione. La videoregistrazione della sceneggiatura con degli attori (anche non professionisti) può riguardare una o più situazioni in cui spesso si viene a trovare il professionista. Nel caso del corso in oggetto, si è optato per un unico video in grado di rappresentare i diversi momenti di un colloquio in cui sono state messe in scena le competenze di tipo clinico, psicologico, sociale ed educativo di un odontoiatra. Agli studenti deve essere distribuita la sceneggiatura stampata e il test d'esame attraverso cui si valuta prevalentemente la capacità di riconoscere le competenze oggetto del programma del corso. Il video aveva una durata di circa 25-30 minuti ed è stato proposto come da scaletta descritta nella tabella 1.

	<p style="text-align: center;">Università degli Studi di Milano Facoltà di Medicina e Chirurgia Corso di Laurea in Odontoiatria Protesi Dentaria</p> <p style="text-align: center;">CORSO INTEGRATO SCIENZE DEL COMPORTAMENTO (Objective Structured Video Examination) Scaletta gestione OSVE</p>
Tempi	Mandato
9.00 9.10	Spiegazione modalità di svolgimento dell'esame: si tratta di un test con delle domande che riguardano la comunicazione tra un odontoiatra e una paziente. I materiali di supporto per la compilazione del test sono un video che vedrete per tre volte di seguito e il copione della visita da cui dovete estrapolare frasi della comunicazione come esempi nelle risposte alla domanda del test. Guardate il video attentamente e individuate nel copione gli aspetti, psicologici, educativi e strettamente legati all'ambito odontoiatrico della comunicazione richiesti nel test. Il tempo stabilito è quello sperimentato come appropriato per l'osservazione, la comprensione e la compilazione del test
9.10 9.40	Osservazione del video per tre volte di seguito
9.40 10.05	Compilazione del test

Tab. 1 - Esempio di scaletta per la gestione di una sessione d'esame condotta con la tecnica OSVE.

Nel presente lavoro esponiamo degli estratti dell'OSVE che riguardano le competenze oggetto del modulo di Pedagogia del corso integrato di Scienze del comportamento e che corrispondono prevalentemente ad alcune listening skills e soprattutto alle teaching skills (tabella 2 e box 3).

Odontoiatra	Paziente
(Esegue E.O.)	D'accordo.
Allora signora Anna, guardi, la sua visita è finita. Poi vedo che qui abbiamo anche una panoramica che risale all'anno scorso	Sì, me l'ha fatta fare un'altra dottoressa
Ecco. Le posso dire che si tratta di un problema di infiammazione delle gengive, quindi di una gengivite. Ed è normale, visto che le gengive sono infiammate, sono più gonfie, sono più delicate, è normale che con traumi anche piccoli come il mangiare cibi duri, è normale che le gengive sanguinino, che le facciano male e che le diano problemi di alitosi. Quello che le consiglio, è di fare adesso una pulizia dei denti qui nel nostro ambulatorio. Poi le spiegherò anche come spazzolare correttamente i denti, quindi, una volta fatta la pulizia, dovrà poi essere lei, brava e scrupolosa a casa, a mantenere una buona igiene orale	Ma... non mi prescrive esami, non so, un po' più specifici?
Cioè, che tipo di esami?	Non so, so che esiste il test della saliva che va a vedere, non so, se ci sono delle predisposizioni a particolari malattie...
Cioè, di che genere? Che tipo di malattia? A che cosa si riferisce?	No, per esempio, non so...la piorrea. Magari si possono fare degli esami che me la diagnosticano un po' prima
La vedo molto preoccupata, come mai mi fa queste domande?	Cioè, non è che sono preoccupata... io ho un'amica che ha la piorrea, e lei ha poi avuto delle cure lunghe, costose, faticose e abbastanza dolorose. Mi chiedo se io posso fare.... se esistono degli esami preventivi...
ci è preoccupata di avere la piorrea...	Anche perché, sinceramente, perdere i denti è una cosa che mi angoscia
Certo, la capisco signora però, le posso assicurare che il problema che ha lei non è proprio quello della sua amica. Lei non ha un problema di parodontite, comunemente piorrea, non ha proprio i segni. Quindi la posso rassicurare, anche lei stia tranquilla che non perderà i denti perché adesso non ha una situazione così grave per poterla definire come... la piorrea, la parodontite. Ha una semplice gengivite, quindi le cure che le ho prospettato, è quello di cui lei ha bisogno in questo momento; quindi si tranquillizzi perché non le succederà quello che è successo alla sua amica.	
Basta la pulizia che facciamo qui. Poi dovrà essere lei molto brava e scrupolosa a mantenere il livello di igiene che...	Quindi basta la pulizia...
Spazzolando in maniera corretta come le spiegherò. E poi le consiglierò appunto di fare dei controlli periodici in modo da tenerla sotto controllo, evitare che la situazione si possa aggravare ed eventualmente prendere i provvedimenti necessari al momento, ma adesso stia tranquilla che non ha niente di tutto quello che la sta preoccupando. Quindi io le darei un appuntamento per fare questo trattamento.	Spazzolando? Ok!!
	Va bene, vado... dalla signora. Va bene. Grazie.

Tab. 2 - Esempio di sceneggiatura preparata e distribuita durante l'esame del corso per la visione del video e per la compilazione del test

La parte della sceneggiatura riportata (tabella 2) si riferisce in particolare alle competenze educative. Così come la parte del test selezionato e riportato nel box 3. Tuttavia, si vuole qui sottolineare quanto uno dei caratteri di qualità del corso sia stata la volontà e l'impegno dei docenti di lavorare in modo integrato, ipotizzando script capaci di rappresentare le specificità disciplinari, ma di offrire allo studente una modalità di lavoro, studio e costruzione delle conoscenze e competenze realmente integrata, nella didattica e nella fase della valutazione.

Università degli Studi di Milano Facoltà di Medicina e Chirurgia Corso di Laurea in Odontoiatria Protesi Dentaria	
CORSO INTEGRATO SCIENZE DEL COMPORTAMENTO (Objective Structured Video Examination)	
PED1	Indicare e descrivere i principali modelli pedagogici in odontoiatria <hr/> <hr/>
PED2	Cosa significa costruire un'alleanza terapeutica? <hr/> <hr/>
PED3	Individuare i momenti educativi presenti nella visita odontoiatrica e descrivere le caratteristiche (obbligatorio) <hr/> <hr/>
PED4	Individuare quali strategie educative potevano essere utilizzate per influenzare la partecipazione della

Box 3. Esempio di test sulle conoscenze e riconoscimento delle competenze relative al modulo di pedagogia

6. Conclusioni

Gli OSVE sono degli strumenti altamente adeguati per valutare le competenze degli studenti in ambito relazionale ed educativo, soprattutto per quanto riguarda le dimensioni di "riconoscimento" (di emozioni e/o vissuti) intrinseche in tali competenze. L'utilizzo di tali modalità di assessment – e, precedentemente, di strumenti coerenti nella fase formativa (come utilizzo di video/simulazioni, grazie ai quali gli studenti esercitano tale capacità di "riconoscimento") – creano le condizioni per poter pensare a una didattica delle competenze attuabile in ambito sanitario, in linea con il nuovo scenario tracciato

dal framework CompHP e in linea con i valori etici della promozione della salute, la quale richiede lo sviluppo di tali competenze anche per chi lavora nella relazione di cura. Tuttavia, oltre alla validità, un criterio da considerare, nella scelta degli strumenti di valutazione, è la loro fattibilità, in termini di risorse a disposizione. Idealmente un certo “oggetto” della formazione (capacità di riconoscere emozioni, bisogni educativi ecc.) andrebbe valutato con un determinato strumento, ma non sempre vi sono le condizioni e le risorse per fare la scelta ideale. Un filmato per l’OSVE è in genere costruito ad hoc, e rappresenta una realtà esterna non direttamente accessibile in aula o una situazione verosimile di rapporto tra due o più soggetti. Soprattutto questi ultimi filmati devono essere prodotti appositamente, scelta che richiede tecnologie adeguate e quindi costi non indifferenti (dovuti non solo a riprese professionali, ma anche alla stesura di sceneggiature e, soprattutto, a una minima “post-produzione”). È dunque auspicabile, per la valutazione di determinate competenze, la scelta di produrre ad hoc un filmato, ma i costi vanno valutati attentamente. In particolare, si può decidere di produrre un filmato quando si sa per certo che esso verrà utilizzato in più e più edizioni di un corso e che i suoi contenuti non saranno soggetti a veloce obsolescenza, cosa non rara nei contesti sanitari. L’esperienza nel corso integrato si inserisce infine, a nostro avviso, nel filone di studi didattici sull’utilizzo dei video in formazione (18-19), anche oltre il contesto sanitario e traccia linee di sviluppo nell’ottica di una formazione europea, di scambi e di produzione di materiali utili per l’accreditamento in rete. La tecnica OSVE può essere utilizzata come opzione valutativa nei corsi di laurea in presenza, facendo seguito alle attività laboratoriali e all’uso di casi-simulazione nell’attività d’aula. Ma può essere un valido strumento innovativo per la valutazione anche per i corsi blended o a distanza in seguito alle sue caratteristiche metodologiche che ben si dispongono ad un loro adattamento nelle piattaforme digitali e quindi si inseriscono perfettamente negli scenari futuri che CompHP prefigura.

BIBLIOGRAFIA

1. Pocetta G, Garista P, Pace EM., Sotgiu A, Contu P. Core competencies per gli operatori della promozione della salute. Risultati del Progetto Europeo CompHP. Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute 2013; 57 (2): 265-277.
2. Garista P, Pace EM, Barry M., Contu P, Battle-kirk B, Pocetta G. The impact of an international online accreditation system on pedagogical models and strategies in higher education. REM - Research on Education and Media 2015; 7: 1. DOI: 10.1515/rem-2015-0006
3. Granese A. Istituzioni di Pedagogia generale. Principia Educationis. Padova: CEDAM; 2003.
4. Bertolini G, Massa R. (a cura di), Clinica della Formazione Medica. Milano: Franco Angeli; 1997.
5. Perla L. Valutazione e qualità in università. Roma: Carocci; 2004.
6. Garista P. Valutare i processi di apprendimento nella formazione in promozione della salute: una ricerca qualitativa al Master in promozione della salute ed educazione sanitaria. Educazione sanitaria e

- promozione della salute 2007; 30 (1): 28-49.
7. Varisco B. M. Portfolio. Valutare gli apprendimenti e le competenze. Roma: Carocci; 2004.
 8. Lichtner M. La qualità delle azioni formative. Criteri di valutazione tra esigenze di funzionalità e costruzione del significato. Milano: Franco Angeli; 1999.
 9. Garista P, Strohmenger L. (a cura di) Odontoiatria centrata sulla persona. Modelli di salute, stili comunicativo-relazionali e strategie educative nella promozione della salute orale. Roma: Società Editrice Universo; 2007.
 10. Garista P, Strohmenger L. Pianificare, realizzare e valutare le attività didattiche professionalizzanti nel corso di Laurea in Odontoiatria. In Gallo P. (a cura di), Insegnare nei corsi di Laurea in Medicina e Odontoiatria. Roma: collana SIPEM di Pedagogia Medica, ilmiolibro.it; 2010.
 11. Zannini L. Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni. Lecce: Pensa Multimedia; 2015.
 12. Neve H, Collet T. Empowering students with the hidden curriculum. *The Clinical Teacher* 2017; [Epub ahead of print].
 13. Harden RM, Caincross R.G. The assessment of practical skills: The objective structured practical examination (OSPE): *Studies Higher Education* 1980; 5: 187-96.
 14. Baribeau DA, Mukovozov I, Sabljic T, Eva KW, Delottinville CB. Using an objective structured video exam to identify differential understanding of aspects of communication skills. *Medical Teacher* 2012; 34:4, e242-e250, DOI: 10.3109/0142159X.2012.660213
 15. Humphris GM, Kaney S. The Objective Structured Video exam for assessment of communication skills, *Medical Education* 2000; 34: 939-945
 16. Nel PPC, Beylefeld AA, Nel MM. Video-based supplemental Instruction (VSI) as an integral part of an academic support and development Program. In: Scherpbier AJJA, van der Vleuten CPM, RethansJJ, vander Steeg AFW. (eds) *Advances in Medical Education* Dordrecht: Kluwer Academic Publisher 1997; pp. 784-786.
 17. Moja EA et al. L'archivio di videoregistrazioni di consultazioni cliniche dell'Università degli Studi di Milano. *Cura: rivista di comunicazione e relazione in medicina* 2005; 1(1): 35-40.
 18. Goldman R., Pea R., Barron B, Derry, S. (eds.). *Video research in the learning sciences*. Mahwah, NJ: LEA Publishing; 2007.
 19. Kiemer K., Gröschner A, Pehmer AK, Seidel, T Teacher learning and student outcomes in the context of, classroom discourse. Findings from a video-based teacher professional development programme. In: *Form@re - Open Journal per la Formazione in Rete* 2014; 14(2): 51-62. <http://dx.doi.org/10.13128/formare-15124> (ver. 09.09.2015).

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Realizzazione e validazione di un questionario di gradimento degli eventi promossi nell'ambito del progetto DianaWeb, una ricerca partecipata per lo studio dell'effetto dello stile di vita sulla prognosi del tumore al seno

Creation and validation of a satisfaction questionnaire for the events promoted within the DianaWeb project, a participatory research for the study of the effect of lifestyle on breast cancer prognosis

Vincenza Gianfredi¹, Daniele Nucci², Anna Villarini³, Massimo Moretti⁴, Milena Villarini^{4*}

¹ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi di Perugia

² Unità Semplice Dipartimentale di Endoscopia Digestiva, Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS, Padova

³ Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

⁴ Dipartimento di Scienze Farmaceutiche (Unità di Sanità Pubblica), Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: promozione della salute, resilienza, tumore della mammella, validazione, questionario

RIASSUNTO

Obiettivi: il Progetto DianaWeb è uno spin-off del Progetto DIANA5, che nasce dalla richiesta espressa da numerose donne con diagnosi di tumore al seno non incluse nel precedente progetto. Obiettivo del presente lavoro è stato quello di costruire e validare uno strumento in grado di valutare il gradimento delle attività svolte all'interno del progetto, al fine di migliorare la qualità degli incontri e delle attività proposte, permettere alle donne di suggerire le tematiche da programmare e, infine, individuare le modalità di svolgimento che maggiormente risultano essere apprezzate dalle partecipanti.

Metodi: sulla base della letteratura disponibile è stato redatto il questionario, somministrato in due tempi a distanza di 15 giorni l'uno dall'altro, ed è stato calcolato l'indice di concordanza Kappa di Cohen, e il coefficiente di consistenza alpha di Cronbach. Le frequenze relative e assolute sono state calcolate per le variabili qualitative.

Risultati: i dati mostrano valori di $k = 0,53$ e $\alpha = 0,88$ e una percentuale di concordanza pari 81,2%.

Conclusioni: l'alto livello di fattibilità e una riproducibilità elevata permettono di definire il questionario uno strumento utile per valutare la qualità degli eventi proposti.

Keywords: health promotion, resiliency, breast cancer, validation process, survey

SUMMARY

Objectives: DianaWeb Project, a spin-off of the DIANA5 study, was request of participation of women with breast cancer diagnosis not included in the previous project. The purpose of this paper is to build and validate a tool to evaluate the appreciation on activities carried out within the project, in order to improve the quality of proposed meetings and activities, as well as to allow women to suggest the themes to be programmed and, finally, to identify the most appreciated methods.

Methods: the questionnaire was drawn up on basis of the available literature. It was then administered in two different occasions, 15 days from each other. The Cohen kappa concordance index and the Cronbach alpha consistency coefficient were calculated. The relative and absolute frequencies were calculated for the qualitative variables.

Results: data show $k = 0.53$ and $\alpha = 0.88$ and a concordance rate of 81.2%.

Conclusions: high level of feasibility and reproducibility allows us to define the questionnaire as a useful tool to evaluate the quality of the proposed events.

Introduzione

Il carcinoma della mammella (CM) è uno dei tre tumori per il quale il Sistema Sanitario Nazionale Italiano, offre un programma di screening gratuito, attraverso la mammografia. L'introduzione dello screening mammografico ha determinato un aumento dell'equità (1) e una significativa e stabile riduzione dell'incidenza di tumori in stadio avanzato (2). Attualmente le evidenze circa l'efficacia degli screening oncologici derivano da trials randomizzati, per quanto riguarda i tumori del seno e del colon retto, e da studi osservazionali, per quanto riguarda il tumore della cervice (3). Il numero di carcinomi diagnosticati allo screening supera le 13.000 unità nel biennio 2011-12 (contro circa 1.600 lesioni benigne), nello specifico dati di 20 studi di coorte e 20 studi caso controllo, condotti in Paesi ad alto tenore di vita (Australia, Europe, and North America) su pazienti di età compresa tra 50-69 anni sottoposte a mammografia, mostrano una riduzione della mortalità per CM di circa il 40%.

L'aumentata sopravvivenza, registrata nelle ultime decadi, ha fatto sì che il progetto EU-ROCARE-5 stimasse un tasso di sopravvivenza a 5 anni dell'82% in pazienti con CM diagnosticati tra 2000-2007 (4). L'aumento della sopravvivenza determina, nei soggetti, cambiamenti psicosociali inducendo gli stessi a percepirsi come "sopravvissuti". Tale percezione comporta una serie di problematiche che includono l'incertezza temporale e la necessità di cambiare le proprie prospettive dal "rischio di morire" a "vivere per lungo tempo con la malattia" (5).

I risultati di un crescente numero di studi dimostrano che non occorre essere in buona salute per percepire benessere o buona qualità di vita (6). Le origini di questo concetto derivano dalla definizione stessa di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (1948): "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e

non l'assenza di malattia o infermità". La salute viene vista quindi come un equilibrio, un nuovo concetto lanciato nel 1966 da Seppilli, che definisce la salute come: "una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale". Antonovski nella sua teoria salutogenica, del 1979, considera la salute come un continuum tra salute-malattia (health ease/dis-ease continuum) così come era stata per la prima volta definita nel 1978 durante la prima Conferenza Internazionale sulle Cure Primarie, ad Alma Ata, promossa dall'OMS in collaborazione con UNICEF. Successivamente nel 1984 sono state gettate le basi concettuali della promozione della salute ed è stata formulata la sua definizione: "La promozione della salute è il processo che permette alle persone di aumentare il controllo su di sé e migliorare la propria salute". In questo framework teorico, nasce il progetto DianaWeb, una ricerca "community-based participatory (CBPR)" offerta a pazienti con tumore alla mammella. Minkler and Wallerstein (7) definirono la CBPR come "a process that involves community members or recipients of interventions in all phases of the research process". Questa nuova forma di partecipazione dei cittadini nella ricerca e nella produzione di conoscenze è sempre più in crescita (8). Il coinvolgimento delle comunità nel processo decisionale, è in grado di implementare le strategie per la salute al fine di sviluppare azioni comunitarie di empowerment e raggiungere un miglior livello di salute. Recenti evidenze mostrano che un approccio salutogenico sia in grado di migliorare la resilienza e sviluppare emozioni positive nei soggetti, sia per quanto riguarda la salute mentale che fisica, in generale la qualità della vita e il senso di benessere (9).

La resilienza scaturisce quindi dall'interazione attiva e costruttiva dell'individuo con l'ambiente e gli eventi della vita (10). Il progetto DianaWeb è uno spin-off del Progetto DIANA5, trial randomizzato multicentrico (di cui è coordinatore il Dipartimento di Medicina Preventiva e Predittiva dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano), finalizzato alla prevenzione delle recidive del tumore al seno attraverso l'adozione di una dieta equilibrata (11). Gli studi DIANA (DIet ANd Androgens) condotti presso la SC di Epidemiologia e Prevenzione della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano, hanno mostrato che una dieta basata prevalentemente su ingredienti e ricette della tradizione mediterranea, riduce significativamente il peso corporeo, il testosterone, l'insulina e la biodisponibilità degli estrogeni e dell'IGF-I sia nelle donne sane che in quelle che con CM (12-14).

Il progetto DianaWeb nasce dalla necessità espressa da tutte le donne con diagnosi di tumore al seno non incluse nel Progetto "DIANA 5". La partecipazione alla coorte avviene su base volontaria, questo rappresenta un punto di forza del progetto stesso poiché recluta solo partecipanti che hanno reale interesse verso gli obiettivi della ricerca, garantendo dunque una maggiore compliance. Il DianaWeb tramite piattaforma internet ad hoc (<http://www.dianaweb.org/>) si rivolge a donne con CM, indipendentemente dallo

stadio e dal momento della diagnosi, al fine di valutare, mediante questionari on-line, l'aderenza a stili di vita più salutari.

Gli obiettivi del progetto DianaWeb sono spiegati più diffusamente in altri articoli (11, 15). In breve:

1. costruire una coorte di donne con una diagnosi precedente di CM, coinvolgendole attivamente al progetto;
2. fornire informazioni scientificamente valide sul cancro al seno, migliorando l'empowerment delle partecipanti, attraverso cooking classes veicolando informazioni nutrizionalmente valide (dieta ricca di cereali non raffinati, legumi e altri alimenti vegetali, secondo le linee guida WCRF); e promuovere un'attività fisica regolare di moderata intensità;
3. facilitare l'integrazione dei messaggi nutrizionali nella propria vita quotidiana;
4. monitorare le abitudini alimentari, l'attività fisica, il peso corporeo e la prevalenza dei parametri della sindrome metabolica;
5. monitorare il verificarsi di lesioni secondarie e altri eventi clinici, oltre a valutare la qualità della vita dei partecipanti;
6. testare l'ipotesi che lo stile di vita proposto possa diminuire l'incidenza delle ricorrenze tumorali e aumentare la sopravvivenza;
7. fornire prove scientifiche, ai decisori politici, al fine di promuovere la creazione di ambienti sani necessari per la prevenzione del cancro.

Obiettivo

Obiettivo del presente lavoro è stato quello di costruire e validare uno strumento in grado di valutare il gradimento delle attività svolte all'interno del progetto, al fine di migliorare la qualità degli incontri e delle attività proposte, permettere alle donne di suggerire le tematiche da programmare e, infine, individuare le modalità di svolgimento che maggiormente risultano essere apprezzate dalle partecipanti.

Metodo

Realizzazione del questionario

Il questionario è stato costruito sulla base della letteratura disponibile. I criteri della scelta degli items sono stati: 1) esplorare le caratteristiche qualitative del corso, 2) indagare la qualità delle relazioni svolte e l'organizzazione dell'evento, 3) raccogliere consigli per il miglioramento dei successivi incontri. Il team di esperti ha esaminato la correttezza del contenuto e la chiarezza del questionario.

Il questionario è composto da 10 domande, di cui 8 a risposta multipla e due a risposta aperta. Le domande a risposta multipla prevedevano 5 possibili risposte (scarso, sufficiente, discreto, buono, ottimo) alle quali, in fase di analisi sono stati attribuiti dei punte-

gi, su scala Likert (16), compresi da 1 a 5.

Da un punto di vista contenutistico, il questionario è suddivisibile in 3 sezioni:

- caratteristiche del corso. Questa prima sezione, composta da quattro domande, intendeva valutare se i contenuti dell'incontro rispondevano alle aspettative del partecipante, se la durata dell'evento fosse congrua con l'argomento trattato, se i metodi didattici utilizzati fossero ritenuti efficaci e se il materiale didattico fornito fosse adeguato.
- qualità delle relazioni e organizzazione. In questa sezione, composta da altre quattro domande, veniva richiesto di esprimere un giudizio circa la qualità del contenuto e la chiarezza espositiva del relatore, se l'evento avesse raggiunto gli obiettivi specifici del corso, un giudizio sull'organizzazione e la logistica e infine un giudizio complessivo sulla qualità dell'evento.
- consigli per il miglioramento degli incontri. Questa ultima parte del questionario si componeva di sole due domande in cui si chiedeva alle partecipanti di indicare aspetti organizzativi da migliorare e gli argomenti da approfondire nei successivi incontri.

Analisi statistiche

Il questionario così composto è stato somministrato su base volontaria e in forma anonima a un campione di donne partecipanti al progetto DianaWeb. Il questionario auto-compilato è stato somministrato nel mese di Dicembre 2015 dopo che, alle partecipanti, sono stati illustrati gli obiettivi del lavoro, e le modalità di pubblicazione dei risultati. A tal proposito il questionario è stato preceduto da una lettera informativa riguardante l'argomento, le modalità di partecipazione alla ricerca, nonché i nomi dei componenti del gruppo di lavoro.

Il questionario è stato somministrato in due momenti a distanza di 15 giorni l'uno dall'altro, al fine di poter calcolare l'indice di concordanza Kappa di Cohen (17), mentre la consistenza del questionario è stata valutata attraverso il coefficiente alpha di Cronbach (18). Considerando $\alpha > 0,80$ come valore di accettabilità.

Il grado di concordanza e il rispettivo kappa di Cohen sono stati interpretati secondo la scala di Fleiss (19).

Le frequenze relative e assolute sono state calcolate per le variabili qualitative. Il software utilizzato per l'analisi statistica è stato STATA/SE.

Risultati

Il progetto DianaWeb, iniziato a gennaio 2015 ha reclutato fino a luglio 2017 oltre 2800 pazienti. Di queste, 848 hanno inviato la documentazione richiesta e hanno completato tutti i questionari, risultando pertanto attive nello studio.

La coorte DianaWeb è una coorte dinamica, quindi la popolazione reclutata può entrare e uscire dallo studio in qualunque momento desiderato. Per tale motivo, sono ancora solo

251 le donne che hanno compilato tutti i questionari del baseline e sono rimaste fino al primo follow-up (avvenuto dopo 6 mesi).

Delle 251 donne, 181 (72,1%) sono state reclutate nel Nord Italia, 42 (16,7%) nel Centro Italia, 27 (10,8%) nel Sud e nelle Isole e 1 donna (0,4%) è stata reclutata in Europa (proveniente dalla Svizzera). Delle donne reclutate nel centro Italia, 39 hanno avuto diretti contatti con i ricercatori di Perugia ed hanno partecipato alle attività realizzate nel territorio.

Le pazienti della coorte totale presentano un'età media pari a 51 anni (± 8 anni) e nessuna differenza significativa si osserva, per tale parametro, tra le donne reclutate dal centro di Perugia e quelle reclutate dal centro di Milano (età media rispettivamente pari a 50 anni ± 8 e 51 ± 8).

Il questionario oggetto del presente lavoro è stato somministrato a un campione di 22 donne, appartenenti alla coorte di Perugia, presenti durante uno degli incontri del progetto DainaWeb. Il test re-test ha permesso di ottenere un valore complessivo K di Cohen = $0,53 \pm 0,05$ mostrando una concordanza dell'81,2%. La tabella 1 mostra la percentuale di concordanza, la qualità di accordo tra i due test e il valore di K per ogni variabile. La maggior parte delle domande mostrano un buon grado di concordanza (ovvero $K \geq 0,40$); una domanda mostra un grado di concordanza eccellente ($K \geq 0,75$) e solo due mostrano un basso grado di concordanza ($0,00 \leq K \leq 0,40$). Queste ultime sono state quelle relative al materiale didattico fornito e al giudizio delle capacità espositive del relatore.

Variabili	Valore di K	% di concordanza	Grado di concordanza
Domanda 1	0,59	81,82	Buono
Domanda 2	0,65	86,36	Buono
Domanda 3	0,54	81,82	Buono
Domanda 4	0,27	63,64	Scarso
Domanda 5a	0,51	76,19	Buono
Domanda 5b	0,33	86,36	Scarso
Domanda 6	0,45	77,27	Buono
Domanda 7	0,77	90,91	Eccellente
Domanda 8	0,67	86,36	Buono
Valore complessivo	0,53	81,19	Buono

Tab. 1- Valore di K, percentuale di concordanza e qualità della concordanza

La tabella 2 invece riporta i dati relativi all'alpha di Cromnbach, riportando un alto valore di consistenza $\alpha = 0,88$. I dati relativi al livello di gradimento percepito dalle partecipanti sono riportati in tabella 3. I dati mostrano un alto grado di soddisfazione verso tutti i domini indagati dal presente questionario. La percentuale di donne che assegna il punteggio massimo (ottimo) è compreso tra 59,09% e 90,91%. Nessuno soggetto ha assegnato il punteggio di scarso o sufficiente, mentre solo le domande 2 e 4 relative alla durata dell'evento e alla qualità del materiale didattico fornito nel 4,55% (1 rispondente) dei casi ha ottenuto un giudizio medio (discreto). Relativamente alla completezza nella compilazione del questionario, solo un soggetto non ha risposto ad una sola domanda, quella relativa alla qualità del contenuto.

In riferimento alle due domande aperte, la prima indagava circa possibili consigli utili a migliorare l'aspetto organizzativo. In questo caso solo sei donne hanno risposto alla suddetta domanda. Indicando nel 33,33% dei casi di preferire il venerdì come giornata da dedicare agli incontri DianaWeb, mentre nel 16,67% dei casi richiede di continuare con la distribuzione del materiale didattico, in particolar modo riferendosi alle ricette culinarie proposte durante le cooking classes, sempre il 16,67% gradirebbe una maggiore possibilità di manipolare gli alimenti in fase di realizzazione delle ricette, così come aumentare il livello di concentrazione in cucina. Infine nel 16,67% le rispondenti han-

Variabili	Valore di alpha
Domanda 1	0,87
Domanda 2	0,86
Domanda 3	0,88
Domanda 4	0,88
Domanda 5a	0,87
Domanda 5b	0,88
Domanda 6	0,86
Domanda 7	0,87
Domanda 8	0,86
Valore complessivo	0,88

Tab. 2 - Valore di alpha riportato per ogni domanda e valore complessivo

no rilasciato note di soddisfazione per la partecipazione (dati non riportati in tabella). Mentre gli argomenti considerati di maggior interesse sono risultati essere quelli relativi alla carne (22,22%), acqua minerale (66,67%), latte e derivati (22,22%), integratori (22,22%), farine (11,11%) e merende da preparare per i propri figli (11,11%) (In questo caso, ogni soggetto poteva indicare più di un argomento. Dati non riportati in tabella).

Variabili	Ottimo N (%)	Buono N (%)	Discreto N (%)
Domanda 1	13 (59,09)	9 (40,91)	0
Domanda 2	16 (72,73)	5 (22,73)	1 (4,55)
Domanda 3	16 (72,73)	6 (27,27)	0
Domanda 4	13 (59,09)	8 (36,36)	1 (4,55)
Domanda 5a*	13 (59,09)	8 (36,36)	
Domanda 5b	20 (90,91)	2 (9,09)	
Domanda 6	15 (68,18)	7 (31,82)	
Domanda 7	15 (68,18)	7 (31,82)	
Domanda 8	15 (68,18)	7 (31,82)	

* Un soggetto non ha risposto alla domanda

Tab. 3 - Livello di gradimento percepito dalle partecipanti. Numerosità (N) e percentuale (%) riportata in parentesi

Discussione

Diversi sono gli esempi presenti in letteratura che evidenziano la necessità di colmare il gap tra i pazienti con CM e le scoperte scientifiche in campo oncologico. Helen e colleghi ha dimostrato come il 92% dei pazienti senta la necessità di dialogare con il proprio medico circa la malattia e le sua gestione, ma solo il 58% di questi ha realmente avuto un confronto all'inizio della diagnosi (20). Utile anche l'esempio del blog on the "D la Repubblica" website che dà voce alle donne con CM allo scopo di condividere le proprie esperienze di vita e di malattia. Alcuni degli argomenti trattati sono: "la vita in terapia e con il follow-up", "la relazione con i medici e con le strutture sanitarie", e "la vita di tutti i giorni" (21) Lo studio longitudinale qualitativo svolto nel 2014 da Thorne ha dimostrato come donne con CM, terminato il periodo di trattamento, e che si accingevano a tornare alla vita quotidiana, vivevano una condizione di confusione e ansia derivante

dalla incapacità di gestire i sintomi e di prevenire e riconoscere le recidive. Esse inoltre richiedevano chiarimenti su come pianificare il follow up e come essere responsabili nel preservare il loro stato di salute (22). DianaWeb si inserisce in questo contesto come potenziale strumento con cui tentare di rispondere alla pressante richiesta di donne con diagnosi di CM di conoscere il punto più avanzato della ricerca scientifica in merito alla prevenzione delle recidive, di avere uno spazio in cui confrontarsi, dove ricevere consigli e attingere a informazioni pratiche per la gestione quotidiana del cambiamento degli stili di vita. Noi crediamo che l'empowerment del cittadino sia il primo passo necessario per l'accettazione di stili di vita salutari.

Il nostro desiderio è di promuovere la resilienza attraverso l'interazione attiva e costruttiva dell'individuo con l'ambiente e gli eventi della vita. Infatti dall'ascolto dei pazienti e dei loro familiari, possono emergere difficoltà e sofferenze, ma anche abilità, capacità e speranze. Questi rappresentano aspetti cruciali nella promozione della salute e nella resilienza. In accordo con le recenti linee guida dell'OMS emerge l'esigenza di promuovere un cambiamento culturale, sia nella sanità che a livello sociale. La focalizzazione su gli aspetti deficitari della malattia deve essere integrata con la valorizzazione degli aspetti sani della persona. Tale cambiamento di prospettiva rappresenta un passo fondamentale verso una concezione di salute bio-psico-sociale che deve porre al centro la persona nella sua interezza e con le sue possibilità di adattamento a una condizione avversa di malattia.

Limiti

Se è vero che la somministrazione di questionari e l'auto-compilazione costituiscano di per se un limite al presente studio, (social desirability bias) (23) è pur vero che risulta esserci un crescente interesse verso il Patient Reported Outcomes. Questi infatti, inseriti nei trials clinici risultano più accurati nel monitoraggio delle esperienze dei pazienti (24).

Conclusioni

Il personale di DianaWeb incoraggia periodicamente le partecipanti organizzando gruppi di camminate, conferenze, lezioni di cucina, incontri formativi e di condivisione delle proprie esperienze al fine di migliorare l'adesione alle raccomandazioni internazionali. I primi incontri, conferenze e corsi di cucina sono stati organizzati dal personale di DianaWeb per soddisfare le esigenze di conoscenza dei partecipanti, espresse nei precedenti studi di DIANA. Questi sistemi assicurano l'approccio bottom-up utile per aumentare l'accesso a informazioni accurate in linea con le richieste di conoscenza delle partecipanti (25).

L'alto livello di fattibilità e una riproducibilità con $k = 0,53$ e $\alpha = 0,88$ permettono di definire il questionario uno strumento utile per valutare la qualità degli eventi proposti.

Aspetti Etici:

DianaWeb non interferisce con i protocolli terapeutici previsti per il trattamento del CM, al contrario raccomanda la stretta adesione alle prescrizioni mediche che le donne hanno ricevuto dal proprio oncologo.

DianaWeb è stato approvato dal comitato etico della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (Numero di riferimento: INT 24/16).

Ringraziamenti

Gli Autori intendono ringraziare tutte le donne che hanno aderito al progetto e in particolare coloro che volontariamente hanno scelto di partecipare al presente lavoro di validazione. Inoltre ringraziano l'Istituto Alberghiero di Assisi per la competenza e la disponibilità dimostrate durante le lezioni di cucina e IT⁷ - Soluzioni Informatiche e Comunicazione (Brescia) per la creazione sito web dedicato al progetto.

Finanziamenti

Questo lavoro è parzialmente finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Perugia (Grant Number: 2013.0185 021) e dall'Associazione Vita&Salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Pacelli B, et al. Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region. *Eur J Public Health*, 2014; 24(2): 280-5.
2. Foca F, et al. Decreasing incidence of late-stage breast cancer after the introduction of organized mammography screening in Italy. *Cancer* 2013; 119(11): 2022-2028.
3. The Council of the European Union, Council Recommendation of 2 december 2003 on cancer screening. *Official Journal of the European Union*; 2003.
4. De Angelis R, et al., Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO-CARE-5-a population-based study. *The Lancet. Oncology*, 2014. 15(1): 23-34.
5. Gelmon K, Thorne S. Long term survival with advanced disease. Challenges for the patient, their support system and care givers. *The Breast* 2015; 24(S3): S21-S75.
6. Masera G, Delle Fave A. Resilience: resource to be nurtured. *Medico e Bambino* 2015; 34(6): 9.
7. Minkler M, Wallerstein N. *Community-based participatory research for health: From process to outcomes*. 2nd; San Francisco, CA: Jossey Bass; 2010.
8. Koelen MA, Vaandrager L, Colomer C. Health promotion research: dilemmas and challenges. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55(4): 257-62.
9. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 2006; 60(5): 376-81.
10. Zautra AJ, J. Stuart Hall M. K.E. Resilience. A new definition of health for people and communities, in *The Handbook of adult resilience*. New York: G. Press, Editor; 2012.
11. Villarini M., et al. Community-based participatory research to improve life quality and clinical outcomes of patients with breast cancer (DianaWeb in Umbria pilot study). *BMJ Open* 2016; 6(6): e009707.
12. Berrino F, et al. Reducing bioavailable sex hormones through a comprehensive change in diet: the diet and androgens (DIANA) randomized trial. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001; 10(1): 25-33.
13. Kaaks R, et al. Effects of dietary intervention on IGF-I and IGF-binding proteins, and related alterations in sex steroid metabolism: the Diet and Androgens (DIANA) Randomised Trial. *Eur J Clin*

- Nutr 2003; 57(9): 1079-88.
14. Carruba G, et al. A traditional Mediterranean diet decreases endogenous estrogens in healthy postmenopausal women. *Nutr Cancer* 2006; 56(2): 253-9.
 15. Villarini A, et al. DianaWeb: a demonstration project to improve breast cancer prognosis through lifestyles. *Epidemiol Prev* 2015; 39(5-6): 402-5.
 16. Likert R. Technique for the measure of attitudes. *Archives of Psychology*. New York : The Science Press; 1932.
 17. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res* 2010; 68(4): 19-23.
 18. Cronbach LJ, Warrington WG. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16(2): 279-334.
 19. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley and sons; 1981.
 20. Azmi R. Middle eastern abc/mbc patients:Overcoming the triple-burden of stigmatization, lack of information and recurrent illness. *The Breast* 2015; 24(S3): S21-S75.
 21. Balena F, et al. "Fight, live, keep smiling": the first Italian blog about metastatic breast cancer (MBC) addressed to the general public. A quali-quantitative analysis of all the comments posted online on the blog of the Europa Donna Italia MBC Working Group. *The Breast* 2015; 24(S3): S21-S75.
 22. Thorne S, et al. Changing communication needs and preferences across the cancer care trajectory: insights from the patient perspective. *Support Care Cancer* 2014; 22(4): 1009-15.
 23. Zammuner WL. *Interviste e questionari*, Roma: Borla Edizioni; 1996.
 24. Fallowfield L. The role of patient reported outcomes. *The Breast* 2015; 24(S3): S21-S75.
 25. Kapambwe S, et al., Innovative approaches to promoting cervical health and raising cervical cancer awareness by use of existing cultural structures in resource-limited countries: experiences with traditional marriage counseling in Zambia. *Glob Health Promot* 2013; 20(4 Suppl): 57-64.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Sinergie tra Servizi e gestione di situazioni borderline. Uno studio di caso

Synergies between services and management of borderline situations.

A case study

Antonella Buffo

Operatore SerT Perugia, Sociologa, Psicologa Psicoterapeuta

Parole chiave: paziente borderline, complessità, supervisione

RIASSUNTO

Obiettivi: il lavoro si propone di descrivere ed esplorare l'impatto di un caso clinico sui Servizi. La premessa è che i pazienti con una personalità borderline manifestano sintomi e comportamenti multiformi e variabili nel tempo. I meccanismi primitivi di difesa che li caratterizzano (idealizzazione e svalutazione, scissione, identificazione proiettiva, passaggi all'acting-out) impegnano i Servizi a cui fanno riferimento, con il rischio che, da una parte, possano trovare terreno fertile proprio nel tipo di organizzazione di questi ultimi e, dall'altra, rischiano di mettere in seria crisi il tipo di organizzazione medesima.

Metodi: attraverso la narrazione della storia clinica, dei vari eventi e degli innumerevoli interventi si vuole analizzare il passaggio da un pensiero "dissociato e frammentato" ad un pensiero riflessivo del gruppo di lavoro. Tutto ciò è stato possibile attraverso la supervisione. Una modalità di questo tipo permette di offrire argini di contenimento all'angoscia del paziente ma anche evitare l'adesione a rigidi protocolli tecnici. L'introduzione di elementi teorici, interpretativi e tecnici consentono di ampliare e arricchire la valutazione di ciò che avviene offrendo interventi e supporti più consoni che non rispondono alla logica del qui ed ora.

Risultati: occorrono modificazioni strutturali nel rapporto tra i Servizi che rendano possibile il lavoro di gruppi multidisciplinari degli operatori in un processo di progressiva umanizzazione e familiarizzazione con il mondo interno e i suoi percorsi più inquietanti e complessi. Ciò può essere messo in atto con l'utilizzazione e la valorizzazione delle competenze professionali che sono presenti nelle diverse equipe: solo una visione condivisa e profonda della sofferenza del paziente può sostenere una crescita volta ad una maggiore integrazione anche delle risorse oggettive.

Keywords: borderline patient, complexity, supervision

SUMMARY

Objectives: the work aims to describe and explore through a case study and its impact on the Services. The preamble is that patients with a borderline personality shows symptoms and behaviors that change and change over time. The primitive defense mechanisms that characterize them (idealization and devaluation, splitting, projective identification, transitions to acting-out engages the services to which they refer and can often find fertile ground in the latter.

Methods: through the narration of the clinical history, of the various events and of the countless interventions we want to analyze, the passage from a "dissociated and fragmented" thought to a reflexive one. All this has been possible through supervision. Such a modality allows us to offer containment dams to the patient's anguish but also to avoid adherence to rigid technical protocols. The introduction of theoretical, interpretative and technical elements allows to widen and enrich the evaluation of what happens by offering more appropriate interventions and supports that do not respond to the logic of here and now.

Results: structural changes are needed in the relationship between the Services to make possible the work of multidisciplinary teams of operators in a process of progressive humanization and familiarization with the internal world and its most disturbing and complex paths. This can be done through the use and enhancement of professional skills that are presented in the different teams: only a shared and deep vision of the suffering of the patient can support a growth aimed at greater integration of objective resources.

Il presente testo analizza un caso clinico, iniziato nel 2014 e ancora aperto presso il Ser.T. di Perugia, particolarmente complesso. La complessità è data dalla storia dei personaggi coinvolti, dal numero dei Servizi interpellati, dalle vicende avvenute. Raccontare un percorso clinico dipende dal punto di vista del narratore, dalla posizione che egli occupa. Da dove cominciare allora? Cosa dà inizio alla vicenda? Chiamerò la protagonista Maria Giulia. Ma innanzi tutto, di che storia si tratta? Di una donna? Di una tossicodipendente? Del suo compagno e dei loro figli? Dei servizi e/o delle organizzazioni intervenuti? La storia, nella sua complessità, non può essere schiacciata su nessun individuo singolo, su nessun aspetto particolare: è storia di sostanze stupefacenti, di figli minori, di una relazione coniugale alterata, di violenza domestica perpetrata da un marito violento ma anche di servizi e organizzazioni. Prima di iniziare il racconto mi sembra importante indicare i vari protagonisti di questa storia da una parte i fruitori o richiedenti servizi e dall'altra parte tanti Servizi che hanno erogato tante prestazioni.

I personaggi di questa storia: lei, Marco, Marzia, Cesare. Poi la madre, la suocera, la sorella di Maria Giulia, l'amica Daniela. Ai personaggi sono corrisposti molti Servizi: il Ser.T., l'Ufficio di Cittadinanza, il Centro Salute Mentale, il Tribunale dei Minori, le Comunità per tossicodipendenti "San Martino" e Ceis di Spoleto, la Comunità per minori "la Caravella", il Servizio di Neuropsicologia infantile.

La storia comincia al Ser.T. diversi anni fa...

1. Il Ser.T.

Nel 1996 Maria Giulia si rivolge per la prima volta al Ser.T. perché dipendente da eroina. Ha 20 anni. Riprendo, oggi, la sua cartella clinica: ci sono fogli ingialliti, è registrata la terapia metadonica e poche altre informazioni. Un foglio ci dice che ha iniziato a usare cannabinoidi a 15 anni ed eroina a 18. Maria Giulia ricorda quei tempi come anni febbrili, segnati dalla sua incapacità di stare in casa, dal rapporto conflittuale con la madre. Rimane poco al Ser.T. perché, insieme a Stefano, parte per l'India, dove rimane quattro anni. Poi conosce Marco, anche lui tossicodipendente da eroina. Insieme si rivolgono al Ser.T. per la terapia farmacologica. Ho un ricordo vago: Maria Giulia è bella, di una bellezza particolare. Si presenta bene, è curata, eccentrica ed estrosa nel vestire. Non ha l'aspetto di una tossicodipendente, rimanda l'immagine di una persona efficiente. Ed è immancabilmente accompagnata da Marco: sembra una coppia affiatata. Il ricordo sfuma, cambiano Ser. T. Rimane il ricordo di altri colleghi, che li descrivono come una coppia imprendibile e sfuggente. Quando sanno di aspettare la prima figlia, decidono di sposarsi, smettono con l'eroina per più di 10 anni, utilizzano solo il metadone.

Negli anni dal 2001 al 2014 abbiamo poche notizie della coppia. Sappiamo che hanno due figli (la clinica di Ostetricia chiede una consulenza al Ser.T. riguardo alle indicazioni mediche per l'allattamento al seno). Qualcuno dei colleghi sa che hanno gestito un negozio di divise da lavoro. Attualmente, Maria Giulia ha 41 anni. È sposata da 16 anni con Marco. I due figli, Marzia e Cesare, hanno 16 e 14 anni.

Per i Servizi sociali di Territorio, la storia di Maria Giulia inizia l'8 dicembre 2014 con la collocazione, sua e dei figli, dopo l'intervento delle Forze dell'Ordine, presso il Centro di Pronto Accoglienza. Dopo tre giorni, sono trasferiti presso un Centro Antiviolenza. Il Centro chiede un incontro alla responsabile del Ser.T. per presentare una situazione per loro anomala. Hanno una donna, Maria Giulia, che assume la terapia farmacologica di metadone cloridrato e che ha denunciato il marito per violenze a lei e ai figli. Si concorda la modalità di somministrazione, la necessità di fare il monitoraggio urinario. L'aspetto fisico riflette lo stato di confusione in cui versa. È truccata, vestita bene, ma colpisce la sua postura: spalle curve e collo proteso in avanti, appare come ripiegata su sé stessa, rigida, sembra un automa. Mi colpisce lo sguardo fisso, che esprime paura e smarrimento. L'eloquio è veloce, ma si interrompe spesso, aggiungendo considerazioni apparentemente superflue. Forse si tratta di uno stato dissociativo. Il racconto di quella sera è confuso. C'è una frase che Maria Giulia pronuncia più volte: "ah, tornassi indietro!". Esprime i sensi di colpa per la denuncia fatta, oscillando tra la consapevolezza che non c'erano altre soluzioni possibili e l'angoscia per aver messo i figli in una situazione drammatica.

Maria Giulia e i due figli rimangono poco al Centro Antiviolenza: Marco viene arrestato e loro ritornano nella casa di residenza. Qui, però, al piano sottostante, vive la madre di Marco, che rende loro la vita impossibile, a cominciare dalla sospensione di tutte le

utenze di casa. I litigi sono all'ordine del giorno. Seguono mesi instabili, e i Servizi sociali cercano soluzioni. I conflitti con la suocera li costringe a trasferirsi dalla madre di Maria Giulia, in un altro quartiere. C'è sempre stato un rapporto difficile con la madre e Maria Giulia reggerà pochissimo la vita quotidiana con lei. Le soluzioni abitative diventano così sempre più precarie. I Servizi Sociali offrono piccoli contributi economici e l'affidamento extra familiare diurno per i ragazzi. Nel novembre 2015, a seguito di segnalazioni al Tribunale dei Minori, viene chiesto un sostegno psicologico per i ragazzi. Viene individuato un percorso psicoterapico per Marzia, prima in un gruppo per adolescenti e poi in un percorso individuale. Cesare sarà inserito in un gruppo psico-pedagogico, ma lui rifiuta il rapporto con la psicoterapeuta. I ragazzi continuano ad andare a scuola, entrambi con profitto, ma rifiutano l'affidamento extra familiare diurno. Entrambi sono preoccupati per la madre: Marzia ne parla con la psicoterapeuta, Cesare con le assistenti sociali. Maria Giulia sembra insofferente, vive ogni proposta come un attentato alla sua libertà.

2. Il romanzo familiare

Il Ser.T. garantisce la continuità farmacologica e il monitoraggio urinario. Propone a Maria Giulia uno spazio di ascolto, che le permetta di raccontare i fatti e valutare un programma terapeutico. Occorre offrirle sostegno psicologico, poiché non potrà essere ospitata a lungo presso il Centro antiviolenza, dal momento che le problematiche relative alla dipendenza non sono compatibili con la struttura. Questo consente di formulare un programma più articolato.

Non vedevo Maria Giulia da anni: è sempre bella ed eccentrica, nonostante gli ultimi giorni siano stati per lei burrascosi. Chiede di scalare il metadone. Senza metadone non è tossicodipendente. Sottolineo che il metadone, dal punto di vista simbolico, è legato alla percezione dell'identità di tossicodipendenti. Garantirle uno spazio di ascolto sarà però l'obiettivo prioritario.

Gli eventi si succedono in modo vorticoso. Maria Giulia sembra trasformarsi. Anche dal suo aspetto emerge la precarietà che sta vivendo: mani callose e sporche, unghie spezzate, trucco pesante, vestiti macchiati o sguaiati. Nelle prime sedute parla della sera del litigio, dei figli, della suocera e di Marco. Parla di problemi economici poiché è senza lavoro. Il linguaggio è scarno ed essenziale, quasi monocorde. Sembra non avere consapevolezza di quello che le accade. Piano piano emerge una vita coniugale connotata da violenza fisica e psicologica: più volte è ricorsa al Pronto Soccorso per le percosse (diagnosi: rottura del timpano e del setto nasale). L'ira di Marco si scatenava per qualsiasi futile motivo. Descrive i figli come ragazzi pieni di capacità, con interessi fuori dal comune, che ha sempre sostenuto.

Poi tre quattro mesi di lunghe assenze dal Ser.T. Maria Giulia racconta di svolgere piccoli

lavori. Ha ripreso l'uso di cocaina ed eroina. Sembra non essere consapevole di ciò che vive: "il tentativo di sedare emozioni troppo forti per l'io fragile di questi soggetti (rabbia, delusione, vergogna) può agire da spinta inarrestabile all'uso di sostanze" (1). Metto insieme strategie di brevissima durata. Con lei, si costruisce sulla sabbia: "il clinico ha spesso la sensazione di costruire sulle sabbie mobili. Ogni volta si ricomincia daccapo (...). Da questi attimi non scaturisce una storia. Ognuno di essi occlude una storia che non può essere raccontata. Qualunque cosa accada ne accadrà un'altra, e se si continua a inseguire gli eventi, concentrandosi sul presente, si potrà avere a che fare solo con un evento invece che con una storia o con una narrazione nella quale riconoscersi"(2).

3. Il progetto terapeutico

Il Ser.T. prova a formulare con Maria Giulia un programma terapeutico che garantisca, oltre alla terapia farmacologica, uno spazio fisico e psicologico perché lei si racconti la sua storia. Ripensando a quel periodo, mi sembrava facile garantirle lo spazio per riflettere. Con il tempo, mi sono resa conto di quanto tutto fosse per lei precario e inconsistente. Maria Giulia utilizza il Ser.T. in modo non costante. E l'uso, prima di eroina e poi di cocaina, fa il resto. Io sono in contatto con le assistenti sociali di territorio che formulano i programmi assistenziali. L'assistente domiciliare ci dice che la situazione dei ragazzi si sta sempre più degradando: fanno assenze da scuola, hanno ritmi stravolti, non sono curati nell'igiene. Spesso la notte vengono lasciati soli. Si profila la possibilità di un inserimento dei ragazzi in Comunità.

Eppure è in questa fase che Maria Giulia sembra dare parola al suo sentire. Oscilla tra sentimenti di colpa ("se tornassi indietro"), di impotenza e di onnipotenza, ma pensa anche di poter ritrovare – o forse trovare – sé stessa. L'obiettivo è costruire un'alleanza terapeutica che le permetta un contenimento della sua carica emotiva e, nello stesso tempo, la aiuti a non annullare il suo sentire nella frenesia delle cose che fa. Maria Giulia sembra "soggetta ad oscillare caoticamente tra diversi stati dell'io, e non è ancora in grado di integrare questi aspetti differenti di Sé (...) oscilla, confusamente per sé e per gli altri, tra un attaccamento simbiotico e una separatezza ostile ed isolata. Entrambi gli stati sono isolanti: uno fa emergere lo spettro dell'inglobamento, l'altro dell'abbandono" (3).

Quando appare necessario l'inserimento dei figli in una struttura, la aiuto ad accettarlo: può essere un'opportunità per tutti. È lei che accompagna Marzia dalle assistenti sociali. A marzo 2016, i ragazzi sono inseriti in una Comunità di Perugia. Questo permetterà loro di frequentare la stessa scuola, gli stessi amici, lo stesso quartiere e mantenere costanti i rapporti con la madre. Nonostante ciò, la vita di Maria Giulia non sembra cambiare. Decido di essere più incisiva e le propongo un percorso comunitario, così che si possa fermare, nutrire e proteggersi dalle droghe. È maturo il tempo per offrirle un limite, darle le responsabilità che un contratto terapeutico comporta. Maria Giulia accetta, sente che

è l'unico modo per riprendersi i figli. Insisto che per fare ciò è necessario che lei riprenda sé stessa.

4. Le Comunità

Il 28 maggio 2016 entra al Ceis di Spoleto. Le viene stabilizzata la terapia metadonica e lo psichiatra della struttura le prescrive una psicofarmacologica. Emergono da subito le difficoltà di relazione con il gruppo delle altre ospiti, tutte donne. Dopo solo due mesi, il responsabile mi chiede di trovarle un'altra Comunità: per lui è necessario salvaguardare il gruppo. Per fortuna, pochi giorni dopo il Centro residenziale di San Martino dà la sua disponibilità e Maria Giulia entra nella nuova struttura a novembre 2016. Anche qui, mette in atto comportamenti "poco consoni alle regole della struttura ... ha cercato rapporti preferenziali con alcuni utenti, creando invidie e gelosie tra loro, ha agito piccoli gesti autolesionistici, ha avuto momenti di crisi in cui si è mostrata fragile e debole" (relazione periodica redatta dal Centro San Martino). Sembra difficile raggiungere Maria Giulia, proprio per tutte le modalità trasgressive che mette in atto. Con la Comunità concordiamo di individuare un operatore di riferimento che le stia accanto: qualche giorno prima, andando a fare la spesa, aveva rubato una bottiglia di vodka e si era ubriacata. Maria Giulia condivide questa strategia protettiva, forse per evitare di essere nuovamente allontanata dalla struttura.

Ora la Comunità inizia a diventare terapeutica, cioè trasformativa: lei lavora con alacrità, partecipa alle attività del Centro, rispetta gli orari, partecipa utilmente ai colloqui individuali e alle riunioni di gruppo. Dagli incontri coi figli emerge "una madre affettuosa, empatica e sufficientemente capace di gestire le due ore da dedicare a loro" (relazione periodica redatta dal Centro San Martino). La mia collaborazione con la Comunità è costante. Ogni tre settimane ho verifiche e colloqui con lei e l'equipe: l'obiettivo condiviso è farle sentire la vicinanza degli operatori, farla sentire in una realtà concreta e condivisa. Come sottolinea Mc Williams, "tutto il lavoro relativo alle condizioni di trattamento è la terapia." (3).

Così, gradualmente, Maria Giulia è capace di prendere consapevolezza di sé, del vuoto che spesso l'attanaglia, delle sue paure, di non avere, come dice, "pezze d'appoggio". Riesce a farsi aiutare e guidare dall'equipe degli operatori, a costruire quella alleanza terapeutica necessaria per fare passi in avanti. Sempre nella relazione della comunità si legge: "in sintesi ha iniziato a fare il programma in modo serio". Di conseguenza, si inizia a immaginare un possibile sviluppo del suo percorso di autonomia. Un obiettivo condiviso tra Maria Giulia, la Comunità e me è individuare la rete di risorse interpersonali, che vengono trovate nella sorella e in un'amica. Si passa così, siamo a fine maggio 2017, ad una permanenza di tre mesi presso il Centro Diurno di Boneggio, nella direzione di "un programma d'inserimento graduale" nel territorio di appartenenza. Poi, improvvisamente,

avviene un episodio che destabilizza Maria Giulia e, per la verità, anche noi. Marco, che è informato dai figli del percorso di Maria Giulia, riesce a contattarla in Comunità e si incontra con lei, di notte, fuori dalla struttura. Vanno in un albergo alla periferia di Perugia, usano cocaina. Maria Giulia sembra ripiombare nel passato, ed è sconvolta. Tutti i suoi sintomi passati tornano prepotentemente.

Diventa evidente come sia necessario affrontare la relazione con Marco, che non è solo quella con un uomo violento, ma è anche un legame “disperato e disperante”, sorretto, dal punto di vista psichico, da un patto segreto, che “rappresenta l’intreccio inconsapevole, su base affettiva, della scelta reciproca” (4). Maria Giulia rifiuta la proposta di trasferimento in un’altra Comunità, torna a Perugia e si stabilisce dalla madre.

5. L’album di famiglia

Maria Giulia, appena uscita dalla comunità, mi porta un grosso album di foto. Ci sono le foto dei figli, di quando erano piccoli, delle loro vacanze, dei campeggi, dei compleanni e di Carnevale. Sono belli, sorridenti e allegri. Ci sono le foto del matrimonio e le foto con il padre, qualche anno prima della morte. Ci sono i genitori di Marco con i bambini. Ci sono anche le foto dell’India. Nessuna della madre e della sorella. Tutte si fermano a una decina di anni fa. L’album rappresenta la possibilità di raccontare, di mettere insieme i vari pezzi. Mi sembra una richiesta: aiutami a ricostruire la mia storia. La foto su cui più si sofferma ritrae Marco con il figlio che gli dorme tra le braccia. L’album è ancora al Ser.T: talvolta lo riprendiamo insieme, si continua a ricostruire il filo rosso della sua storia.

Nel corso degli ultimi mesi, riesco a ricostruire la storia di Maria Giulia anche attraverso le visite domiciliari presso l’abitazione della madre. La sua famiglia è composta dalla madre, oggi 83enne; dal padre Gianluca, morto quattro anni fa all’età di 84 anni; dalla sorella, Maria Teresa, più grande di due anni. I genitori sono entrambi vedovi. La madre racconta che, durante il viaggio di nozze, il suo giovane primo marito si ammalò di tumore al pancreas e morì dopo pochi mesi. Anche la prima moglie del padre, un’ostetrica, muore di cancro. Povertà, bellezza, emancipazione, case, lutti e disciplina sono variabili che, nel racconto dell’anziana madre, trovano una composizione mitica. Secondo lei, solo grazie al suo sacrificio, al suo impegno, si è mantenuto l’equilibrio familiare.

La signora è un fiume di parole. Tento di portare il discorso su Maria Giulia, sull’altra figlia, ma la signora è irremovibile. Narra la sua infanzia, le conquiste come operaia, il grande amore perso. Le figlie e il marito compiono solo malefatte: il marito era uno spendaccione, aveva trasformato la casa in un bordello, cambiava sempre lavoro. Maria Giulia ruba, come rubava lui. Provo a chiederle di Maria Teresa, ma mi dice solo che non le permette neppure di vedere i nipotini. Aggiunge una frase di Maria Teresa rivolta a lei: “io sotto il tuo regime non ci sto!”. Osservo la casa: è piena di foto, delle figlie, del marito,

dei nipoti. Forse, tutto, per essere perfetto, deve essere immobile, non ci devono essere sbavature. Provo a immaginare Maria Giulia bambina, adolescente: probabilmente per lei non c'era spazio, tutto doveva avere l'ordine precostituito dalla madre.

Questa famiglia nasce dall'unione di due persone segnate dal lutto. La madre è ancorata ad un amore perduto, a una perdita insanabile che il nuovo marito non può colmare. Dal racconto emerge un'unione formalmente basata sul sostegno reciproco, ma saturo di rabbia, financo di disgusto per la vita coniugale. Quale intreccio, quale trama inconsapevole è nata da questi lutti? Assisto ad un attacco devastante al legame (5), in cui non c'è spazio per una riconciliazione, neppure simbolica.

Maria Giulia riporta con sofferenza l'abitudine continua della madre a parlare male del padre. Da lei emerge il bisogno di scappare, di uscire da una casa soffocante. Perciò occorre riflettere sul clima emotivo nella sua famiglia. La letteratura, da Mc Williams a Van der Kolk, a Corrales, mette l'accento sulla teoria dell'attaccamento disorganizzato. Psico-diagnosticamente, Maria Giulia è stata definita borderline, "un termine ormai entrato nel lessico comune, a designare una condizione non soltanto clinica, ma umana ed esistenziale, un modo di essere e di vivere, uno stato sempre più diffuso e riconoscibile" (6). La trama delle relazioni familiari può essere così pervasiva da rendere impensabile, per il paziente borderline, l'affrancarsi dall'eterna oscillazione tra "idealizzazione e disprezzo," "appartenenza e separazione." L'io immaturo, infatti, caratteristico di questa tipologia di persone, vive costantemente in balia di un senso d'impotenza e di precarietà nel quale "il trauma antico può riattualizzarsi in qualsiasi momento, senza un'apparente spiegazione, facendolo ri-sprofondare fino alle radici stesse della vita", in una dimensione della quale sfugge il senso. Numerose linee di ricerca sulla trasmissione transgenerazionale dello psichico convergono nell'affermare che l'incapacità o l'impossibilità di elaborare l'esperienza traumatica dell'impotenza e della passività, ovvero "dell'essere in balia di qualcuno che può fare di te ciò che vuole," transita da una generazione all'altra, producendo tempestosità familiare conclamata, ma anche semplicemente aree di omissione, ostruzione, invadenza, assenza di disponibilità, litigiosità frequente, assenza di contenimento. Rabbia e distruttività appaiono così l'unico modo per potersi difendere dalla riattivazione del trauma antico: "sono io ora che aggredisco te," per arginare, combattere la sensazione di vuoto perenne, "risultato di una fiducia sempre aleatoria e precaria che sfocia in una solitudine insopportabile" e nella paura dell'abbandono.

6. Il legame con Marco

Il racconto della storia sentimentale con Marco ha una connotazione ambivalente: da un lato, romanzo rosa, carico di buoni sentimenti; dall'altro, racconto di violenze fisiche e psicologiche. Aspetti che si alternano in modo ciclico. La storia tra Maria Giulia e Marco inizia nell'agosto del 2000. Lei ricorda il primo incontro come pieno di tenerezza. Il

racconto assume contorni mitici. Come sopra detto, quando sapranno di aspettare la prima figlia, decidono di sposarsi e smettono di usare eroina per più di 10 anni. Maria Giulia racconta il giorno del matrimonio: niente sembra allegro e vivo. Descrive sé stessa come una sposa triste: “non vedevo l’ora di uscire da casa mia”. Per Marco, invece, è tutto più eccitante. Alle 7.30 è già vestito di tutto punto, gronda sudore per l’emozione. E poi, arriva con una Harley Davidson, con cui andranno via.

L’atmosfera cambia 6 anni dopo, quando Marco ha “un momento difficile”: è chiuso in camera, non vuole nessuno, è depresso. Lei chiama il medico e Marco, appena il medico entra in camera, “gli butta addosso una lampada”, rifiutando ogni forma di aiuto. Tutto sembra fermarsi. Maria Giulia racconta della necessità di tenere tutto sotto controllo: i bambini non devono far rumore, le uscite devono essere “cronometrate”, ogni difficoltà pratica deve essere subito affrontata e risolta. Lei riusciva ad ottemperare a tutto, ma bastava poco perché Marco alzasse le mani, la scaraventasse contro il muro. Descrive l’angoscia che si viveva in casa. Era come sovrastata da emozioni che non riusciva a capire. Ricorda le abbuffate notturne e l’uso del metadone per coprire l’angoscia.

A questo proposito, Correale sostiene che “le esperienze traumatiche ripetute sono quelle relazioni allarmanti, imprevedibili, in cui l’aspetto di continuità è continuamente messo a rischio da un aspetto di interruzione, di rottura e di lacerazione in cui una mancanza di affidabilità introduce un elemento di allerta, di attenzione vigilante sempre eccessiva e di profonda instabilità”. Proprio così si descrive Maria Giulia, sempre in allerta, sempre attenta. Devo capire cosa ha lasciato una traccia indelebile nel suo essere, cosa l’ha così segnata. Forse la dinamica tra appartenenza e separazione da “una casa, da un legame (...) che diviene rifugio-prigione, dalla quale è difficile allontanarsi e dove l’interazione si rifà a canovacci sempre più rigidi che portano tutti gli attori-membri a recitare copioni collusivi che bloccano i movimenti centrifughi dettati dalla necessità di essere autonomi ed elusivi, che ostacolano relazioni ed esperienze che non possono svilupparsi fisiologicamente all’interno della famiglia” (7).

7. Fermarsi per comprendere: la richiesta di supervisione

Una sensazione di caos mi ha sempre accompagnata in questa storia. Tutti gli operatori, me compresa, sembrano “trottole impazzite” nel tentativo di tamponare, almeno in una prima fase, le esperienze e le sofferenze di Maria Giulia. Caos e frammentazione: per tanto tempo, è stata questa la sensazione nel lavorare con lei. Come se l’emergenza continua non avesse permesso a nessuno di avere un tempo per comprendere, e a tutti è sempre parso impossibile superare l’individuo come minima unità significativa per entrare in una visione complessa e reale (8). Per me, ad un certo punto, è stato impellente il bisogno di riflettere, fermarmi e fare il punto.

Il paradigma della complessità di Morin ci dice che scopo della conoscenza è dialogare

con il mondo senza l'ambizione di scoprirne l'equazione dominatrice. Il disordine, cioè, non necessariamente è caos: bisogna però avere la capacità di cogliere la differenza tra i due concetti. Nella storia di Maria Giulia, significa provare a "mettere ordine" nel suo racconto, per trovare un senso nel passato e, possibilmente, nel presente. Perciò ho cercato di creare una comunicazione dentro tutto il gruppo di lavoro attraverso la supervisione di uno psicoterapeuta e gruppo-analista. Mi sono così accorta che eravamo in tanti a ruotare intorno a Maria Giulia e tutti, mi sembrava, con obiettivi diversi. La costituzione del gruppo aveva aperto uno spazio di comunicazione tra i servizi: ora la sfida diventava chiedersi come utilizzare questa opportunità.

Anch'io mi sentivo immersa in una girandola di richieste, interventi, eventi, di cose e parole slegate. Mi sentivo condizionata da un pensiero distruttivo, tutta concentrata a trovare un colpevole, da un lato, e una soluzione efficace e immediata, dall'altro. Così ho provato a spostare il vertice di osservazione sulla relazione parte-tutto: la supervisione costringeva i Servizi a cercare sinergie, convergenze. Un primo aspetto da sottolineare era l'assenza di un responsabile clinico: ogni istituzione sembrava lavorasse per proprio conto. Sentivo che non mancavano le risorse concrete: in effetti, erano stati messi in atto molti interventi. Ciò che mancava era un pensiero forte che fissasse gli obiettivi, che stesse alla base di un progetto complessivo. Probabilmente, alla base di tutto c'era l'idea di Maria Giulia come madre in grado di superare un momento così difficile: sarebbe bastato metterla in una situazione diversa. Invece, la sofferenza di Maria Giulia, i suoi auto-boicottaggi suggerivano altro. Ero sempre più convinta che fosse necessario un coordinamento, capace di produrre un pensiero più complesso, una visione più articolata. Nelle fasi successive, il gruppo di lavoro, utilizzando pregresse esperienze, ha messo in atto una modalità di lavoro su situazioni complesse utilizzando il metodo "dei gruppi sul caso". Per ogni persona in carico si aprono situazioni "caotiche", e si prova a lavorare con il caos. In concreto, significa creare una situazione in cui si mettono insieme tutte le voci che fanno parte di una storia. Lavorare con un solo elemento dentro una situazione complessa, quello che compete alla singola istituzione, semplificando così il caos, può risultare riduttivo e limitante. Grazie alla disponibilità di un supervisore, che ha svolto a titolo gratuito tale attività, è stata aperta "una situazione di caos", cioè "un gruppo sul caso", che ci permettesse di discutere, condividere le idee e mettere in connessione i vari programmi.

L'obiettivo, da me condiviso con la Comunità "La Tenda", era lavorare con Maria Giulia "cercando non di proporle modelli di "normalità" predefiniti a cui eventualmente adeguarsi, ma confidando nella possibilità di trovare un proprio percorso di sviluppo creativo e originale, acquisendo competenze per leggere, abitare i propri contesti e le proprie relazioni. In questi termini, l'ipotesi di sviluppo è che se una persona è in grado di costruire e di utilizzare competentemente le relazioni d'aiuto, può acquisire una più

generale capacità di costruire i legami, riappropriandosi della possibilità di avviarsi verso un autonomo processo di sviluppo” (dalla relazione periodica redatta dalla Comunità Terapeutica).

È stato così possibile organizzare tre riunioni di supervisione, alle quali erano presenti tutti i servizi coinvolti. Nei tre incontri si sono create dinamiche forse inevitabili, ma essere riusciti a farle confluire in un unico spazio le ha rese quanto meno visibili, trasformandole in possibili risorse. Gli operatori presenti condividevano la fatica del confronto: ognuno “porta frammenti dell’identità del paziente (o di altri protagonisti della storia), i quali creano una rappresentazione fisica del suo mondo interno e il supervisore esercita quella funzione di meta-pensiero (coscienza unificatrice) che a tutt’oggi appare come la funzione psichica carente nella persona con organizzazione borderline; alla fine della supervisione, ciascun terapeuta, implementato nella propria capacità di integrazione, e con i colleghi e con i temi del paziente, potrà andare avanti nella propria funzione con maggiore efficacia” (9).

Nella prima riunione erano presenti le due assistenti sociali e l’educatore dell’Ufficio di Cittadinanza; due operatori del servizio domiciliare; la responsabile e un operatore della Comunità per minori; la psicoterapeuta di Marzia e quella di Cesare; il tutore nominato dal Tribunale dei Minori; il Ser.T., da me rappresentato; due operatori referenti del programma della Comunità per tossicodipendenti di San Martino. Si è iniziato a tessere la storia complessa di Maria Giulia: raccontare quello che avevamo visto, vissuto, messo in campo era l’obiettivo che mi ero posta chiedendo a tutti di incontrarci. Un ulteriore, e necessario obiettivo, però, era condividere i successivi percorsi.

La costruzione di un progetto condiviso, più che la ripetizione di uno schema di lavoro, cosa che può essere garantita da elementi organizzativi, è simile a un macramè, come dice Fasolo, cioè ad una trama intrecciata che prende forma mentre si lavora. Il supervisore ha sottolineato che “lavorare con quel gruppo è stato lavorare e costruire nell’imprevedibilità. Accettare il caos vuol dire accettare questo. Che tipo di elementi rischiano di svilupparsi?”. Da una parte, c’è la volontà di mettersi insieme, perché ciascuno è consapevole della necessità di condivisione; dall’altra, c’è un elemento, invece, disgregativo e di chiusura, del tipo “questo non mi compete” oppure del tipo “mi coordino solo con qualcuno per fare più agevolmente ciò che mi compete”.

Riflettendo sull’esperienza fatta, un gruppo di lavoro si definisce come tale quando si mettono confini metodologici per costruirlo: “di frequente nell’esecuzione di un compito i membri del gruppo tendono ad eseguire il mandato organizzativo trascurando gli aspetti di pianificazione e di gestione delle relazioni tra i membri del gruppo e tra il gruppo e l’organizzazione; così nel lavoro di gruppo ciascuno svolge un incarico o affronta parallelamente e contemporaneamente un problema dal suo punto di vista e trova la “sua” soluzione. Il lavoro di gruppo si riduce, in tal modo, al tentativo di

far sì che gli altri approvino scelte operative individuali, anche se effettuate su quella che si presume essere la migliore soluzione; ma il significato del lavoro di gruppo sta, invece, nell'aspettativa di un prodotto sostanzialmente diverso da quello che ciascuno può produrre individualmente, soprattutto dal punto di vista qualitativo: ed è questa "diversità" che caratterizza l'esistenza di un gruppo di lavoro. La fase della "negoziazione", attraverso la quale viene ampliato il ventaglio delle possibilità immaginabili, rende possibile considerare oltre al proprio punto di vista (logica dell'"e") anche quello degli altri (logica dell'"o"). La fase della "condivisione" rappresenta il passaggio finale di questo processo, che permette al gruppo di concretizzare le decisioni prese e di raggiungere obiettivi e risultati considerandoli come propri. La presenza di un obiettivo condiviso, definito nei risultati, espresso in termini chiari, articolato nei compiti e valutabile contribuisce sia a consolidare la coesione e il senso di appartenenza al gruppo da parte dei membri, sia a definire in maniera chiara il rapporto con l'organizzazione" (10).

Risulta di fondamentale importanza la qualità dei rapporti che si stabiliscono, qualità che contribuisce a definire l'identità del gruppo, gli scopi comuni, le emozioni collettive, la cultura di gruppo. Il metodo è costituito dall'insieme dei principi, dei criteri e delle norme che orientano l'attività del gruppo; l'applicazione del metodo consente un miglior impiego delle risorse disponibili e determina una strutturazione efficace (10).

Per ogni incontro ho individuato una parola chiave. Per il primo, tenutosi a maggio, prima che Maria Giulia abbandonasse la Comunità, la parola che ho scelto è "conoscersi". C'era l'esigenza di dare spazio in modo equilibrato a tutti. All'inizio, il gruppo si è mosso permettendo a tutti di esprimersi, senza sovrapposizioni. Contemporaneamente, l'attenzione si è spostata sul chiedersi "chi siamo noi come gruppo". Le domande successive erano rivolte al lavoro che si stava facendo lì: "che dobbiamo fare? Come prendersi cura di una famiglia?". In questa fase era importante riflettere sulla propria conoscenza, fermarsi insomma rispetto a un frenetico fare. È emersa un'idea dominante e condivisa: Maria Giulia è una buona madre e i figli sono geniali, adeguati ma, al tempo stesso, portatori di grandi sofferenze. Cattivo è il padre, "che è un cavallo pazzo". Idea che accomunava tutti, tranne gli operatori che curavano gli incontri con il padre.

Il secondo incontro si è tenuto il 23 giugno. Maria Giulia, dopo aver trascorso una notte con Marco scappando dalla struttura, ha abbandonato la Comunità. Questo evento e le condizioni di Marco – precarie per un evidente uso di sostanze stupefacenti, secondo gli operatori domiciliari che curano i suoi incontri con i figli – connota il lavoro di gruppo. La parola chiave è "incertezza". Tutto sembra concentrarsi sulla fragilità di Maria Giulia e di Marco, e su come questa si rifletta sui figli. La sofferenza di questi ultimi è sempre più esplicitata e condivisa. Viene sottolineata la loro capacità di resilienza, che può indurre a lavorare sugli elementi di forza, portando a trascurare gli elementi di fragilità e negando la loro componente infantile. I ragazzi chiedono di uscire dall'incertezza: riguardo

i tempi (quanto tempo dobbiamo stare in Comunità? quando si troverà una famiglia affidataria?) e riguardo l'affidabilità degli adulti che si prendono cura di loro. Questo aspetto, non riuscire a dare tempi e risposte certe, scuote me e il gruppo: "corrisponde a sperimentare vette di angoscia spesso intollerabili o meglio incontenibili, dissociate dalla capacità di rappresentazione, che al tempo stesso risultano indispensabili per portare avanti il processo terapeutico; (...) invece di attivare meccanismi di difesa o rischiare il burn-out [il gruppo] trova nella supervisione un'occasione di elaborare questo magma emotivo, apparentemente incandescente e inavvicinabile" (10). Intanto, nel gruppo il livello di conflittualità si è innalzato. La rabbia che attraversa le interazioni degli operatori appare come una reazione contro-transferale alla rabbia di Marco e di Maria Giulia, così palesemente autolesiva, ma esprime anche la possibilità di fare un investimento emotivo nel lavoro di gruppo. Una sorta "di feconda specularità rispetto alla struttura intrapsichica del soggetto borderline, con agglomerati di narrazione frammentari, descrizioni fantasmatiche, forte emotività fluttuante" (11). Anche l'uscita dalla comunità terapeutica può essere dovuta a questi elementi trasformativi, probabilmente arrivati alla persona. In termini psicodinamici: la possibilità di cambiare spaventa e, quindi, diventa più rassicurante chi rappresenta il passato, anche se crea grande sofferenza.

Il terzo incontro si svolge il 13 ottobre. Erano assenti la psicoterapeuta di Marzia, gli operatori della comunità dei ragazzi e gli operatori della Comunità San Martino, per imprevisti lavorativi. La parola chiave che ho individuato è "mappa". L'incontro si apre condividendo la necessità di orientarsi. Per farlo, è necessario tenere a mente i vari pezzi di questa storia, ri-annodare i fili che si sono intrecciati e districarli. Come le mappe cartografiche, l'incontro deve produrre una visione d'insieme, deve ipotizzare strade e, contemporaneamente, valutare possibili alternative. I diversi operatori danno voce ai vissuti e alle sofferenze dei protagonisti, soprattutto a quelle di Marzia e di Cesare. I ragazzi vivono la situazione come una grande ingiustizia nei loro confronti. Soffrono per la situazione dei genitori – "loro [riferendosi ai genitori] sono in giro e noi qui" – ed esprimono rabbia verso il mondo degli adulti – gli operatori della comunità vengono additati come disattenti ai loro bisogni. A questo, contrappongono le loro risorse personali. Io racconto di Maria Giulia. Voglio focalizzare l'attenzione sugli aspetti evolutivamente positivi, anche se solo embrionali: la capacità di "fermarsi" durante i colloqui con me e, quindi, di fare esperienza del suo sentire; l'avvio di un percorso lavorativo/formativo, che potrebbe essere per lei un ulteriore elemento di concretezza. Sottolineo come possano essere tentativi di Maria Giulia di trovare dei "salvagenti" nel mare sempre agitato e insidioso della sua vita quotidiana. Mi sembra necessario far presente che Maria Giulia è sempre coinvolta con le sostanze, ma ora in modo più consapevole. Avverto però una certa riluttanza nel gruppo ad accogliere il mio punto di vista.

È l'ultimo incontro: il supervisore ci invita a valutare "non l'impossibile ma ciò che è

possibile”. La mappa ci permette di orientarci e intorno a quel tavolo è possibile dare parola anche alle aspettative deluse dei Servizi. Ma lavorare insieme, lavorare come una “mente collettiva” che riflette e prende decisioni, permette di pensare il paziente, di collocarlo. Parlare di Maria Giulia significa riconnettere i suoi molti aspetti e dare unità alla sua famiglia. Condividiamo l’opportunità ormai improcrastinabile di individuare un responsabile di rete che, attraverso incontri costanti, abbia il polso della situazione e consenta di dare unità.

8. Riflessioni conclusive sul percorso ancora in atto

“Il cambiamento diventa possibile quando il soggetto si accorgerà che la droga in realtà non era un problema, ma una soluzione, un tappo per riempire la mancanza e curare le ferite”. Maria Giulia sta continuando il suo percorso. Attualmente, e finalmente, viene in modo quasi regolare ai colloqui settimanali. Ha una nuova relazione affettiva, e convive con quest’uomo. Il Ser.T. ha attivato un percorso lavorativo con il Servizio Accompagnamento Lavoro (SAL) e, dopo i sei mesi di tirocinio, Maria Giulia è stata assunta con un contratto a tempo determinato.

Nei colloqui, è stato affrontato il legame tra lei e Marco, legame ambivalente, violento, distruttivo, drammatico e, paradossalmente, vissuto in alcuni momenti da Maria Giulia come l’unica base sicura. In effetti, anche la fuga insieme a Marco dalla comunità può essere letta come un tentativo di annullare l’angoscia di sempre, di cancellare, con un colpo di bacchetta magica, tutto quello che era accaduto. Maria Giulia mi dice: “potevamo tornare insieme e rimettere tutto a posto”. Le faccio presente che difficilmente quella fuga poteva avere l’effetto desiderato. Così facendo, rinunciava, ancora una volta, a investire su di sé, a credere in sé. Mi dice anche che ora deve far di tutto per riprendersi i figli. Ma anche questa cosa, insisto, potrà avvenire solo se si prenderà in primo luogo cura di sé stessa.

Non mi mancano naturalmente i dubbi. Come è noto, l’esperienza clinica che ci mette in contatto con il disagio, ed in particolare con i disturbi di personalità, impone l’esigenza di costruire una riflessione “sui processi interni, che regolano il comportamento di ognuno di noi e le trasformazioni della dimensione collettiva che abitiamo” (12). Non v’è dubbio su quanto i disturbi borderline di personalità stiano mettendo attualmente in crisi molti modelli terapeutici. Questa tipologia di pazienti ci mette a confronto con la difficoltà di costruire un’alleanza terapeutica poggiata sulla motivazione legata alla percezione di un malessere. Il vuoto sembra essere percepito, da questi pazienti, come uno stato di normalità, colmabile soltanto con stimolazioni estreme, con condotte distruttive. Non ci troviamo di fronte a un quadro tipicamente psicotico, e Maria Giulia ne è la conferma. Ma è la costruzione di un legame stabile che sembra un ostacolo insuperabile, poiché la possibilità di un’autentica relazione appare sfumata, precaria ed impoverita: “se potessi tornare indietro!” Forse, anche per lei, la scarsa capacità di contenere le proprie emozioni,

di tollerare l'angoscia, è alla base della spinta verso azioni distruttive, come conseguenza sia di esperienze recenti particolarmente stressanti (la violenza di Marco; il peregrinare tra vari alloggi e varie comunità); sia di fattori interni che la inducono a proiettare una madre inefficace, assillante ed autoreferenziale sugli operatori con cui si rapporta. A quel punto non è più solo la paziente ad avere un ruolo patologico, ma è un intero sistema che partecipa alla rappresentazione di una scena, mettendo in atto il suo dramma interno.

Appare evidente che non è certo ipotizzabile trattare disturbi di personalità di questa entità esclusivamente con terapie farmacologiche, con psicoterapie in regime ambulatoriale o con brevi ricoveri senza un raccordo tra gli interventi. Il funzionamento limite, che si origina nel contesto familiare o sociale caratterizzato da un'elevata emotività espressa, facilitata, in quella stessa comunità, l'attivazione di scene dolorose, che tendono a ripetere i vissuti interni del paziente, intesi come simbolizzazioni affettive: "gli elementi, forgiati per mezzo dell'identificazione proiettiva, irromperanno nella realtà condivisa. Quando ciò avviene, la comunità, il più delle volte, non è in grado di comprendere e sospendere quel modello di relazione e, a sua volta, svilupperà meccanismi rivolti a proteggere il gruppo di appartenenza, che possono spingere il paziente alla stigmatizzazione, all'isolamento, al rinforzo degli aspetti patologici, fino a condotte auto ed etero distruttive, unici gesti possibili per percepirsi vivi e per manifestare un disperato bisogno di contenimento".

In una prima fase di questa storia clinica, abbiamo visto come la mancata attivazione tempestiva di pensiero riflessivo, che anticipasse le azioni rivolte all'adattamento e al benessere della paziente e dei suoi figli, abbia caratterizzato le azioni di Maria Giulia e degli operatori stessi dei Servizi. Ciò ha esposto all'impotenza. Al contrario, la possibilità di sedersi tutti attorno ad un tavolo ha reso possibile nel tempo un "pensiero di gruppo" che, pur evidenziando in una prima fase le diverse letture derivanti da impostazioni cliniche e modelli teorici eterogenei, ha poi cercato un linguaggio comune, che si è poi tradotto operativamente: "questi aspetti hanno imposto, a chi voleva continuare l'esperienza, un atteggiamento di ascolto, lo sforzo di comprendere i linguaggi teorici e le specificità delle varie impostazioni professionali, nel rispetto di ciascuna, ma nell'intento di arrivare a una visione d'insieme che potesse arricchire il quadro interpretativo" (13) di una situazione così complessa. Le sinergie che si sono create nel tempo hanno rappresentato un'opportunità di crescita professionale per tutti noi operatori, ma sono anche alla base della speranza per Maria Giulia di pensare che per lei e per i suoi figli sarà forse possibile scrivere un'altra storia.

Conclusioni

Al di là di questo mio lavoro, della disponibilità straordinaria di tutte le persone dei Servizi che si sono lasciate coinvolgere, il problema è: come trasformare questa straordinarietà, che dipende dalle persone, in ordinarietà, che dipende dall'organizzazione delle strutture,

in un metodo più o meno formalizzato?

Questa mia esperienza indica, forse, una direzione verso la risposta a questa domanda, facendo emergere che il nodo sembra essere: non solo tener vivo un modello culturale di condivisione, di costante tessitura della comunicazione delle diverse esperienze vissute con i pazienti, nei diversi percorsi di cura, ma è necessario affrontare il problema del modello organizzativo dei Servizi e lavorare su un modello che permetta la sinergia dei diversi ruoli e competenze.

BIBLIOGRAFIA

1. Damiani G, Triciarelli, P. Zane Tossicodipendenze e disturbi gravi di personalità. Un'ipotesi di trattamento psicoterapico. <http://www.psychiatryonline.it/node/2324> .
2. Rossi Monti M. Psicopatologia e figure del presente. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2008.
3. Mc Williams N. Il caso clinico. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2002..
4. Scabini EV, Cigoli V. Il familiare. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.
5. Cigoli V. il familiare. Milano: Raffaello Cortina editore; 2002.
6. Barnà AC. Dal gruppo di supervisione a un modello di trattamento del paziente borderline. In: Barnà C, Corlito G. (a cura di), *Emergenze borderline. Istituzione, gruppo, comunità*. Milano: Franco Angeli; 2011, p.33.
7. Bardicchia F. La famiglia del borderline. In: Barnà AC, Corlito G. (a cura di) *Emergenze borderline. Istituzione, gruppo, comunità*. Milano: Franco Angeli; 2011, p. 125.
8. Mancini E. Facciamo ... i conti! Milano: Franco Angeli; 2016, p. 26.
9. Cerretini M. La supervisione al trattamento del disturbo borderline di personalità: operatori al tavolo di confronto: In: Barnà A, Corlito G (a cura di), *Emergenze borderline*, Milano: FrancoAngeli; 2011, p. 129.
10. Marinelli P, Medici T, Velotti P. La formazione alla relazione: un'esperienza in e attraverso il gruppo Roma: Edizioni Kappa; 2007.
11. Cerretini M. La supervisione al trattamento del disturbo borderline di personalità: operatori al tavolo di confronto. In: Barnà A, Corlito G. (a cura di) *cit.*, p. 131.
12. Sammarco G P. La prospettiva psicoanalitica nei servizi territoriali. In: Barnà A, Corlito G. (a cura di) *op cit.*, p.107.
13. Petruzzello MG. La mente e il gruppo: funzionamento e criticità del gruppo di supervisione al trattamento multidisciplinare del disturbo borderline di personalità. In: Barnà A, Corlito G (a cura di), *cit.*, p. 150.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La Formazione del Medico di Medicina Generale. L'esperienza umbra

The General Practitioner Training. The Umbrian experience

Piero Grilli

Medico di Medicina Generale, Presidente della sezione SIMG (Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie) di Perugia, Coordinatore delle attività teoriche del Corso di Formazione Specifica Regione Umbria

Parole chiave: Medico di Medicina Generale, formazione, Medicina di Iniziativa

RIASSUNTO

La "professionalizzazione" del Medico di Medicina Generale implica un insegnamento e pratica post-laurea per tradurre le nozioni apprese in procedure di "problem solving", in ambulatorio ed a domicilio del paziente. E' in quelle sedi infatti che si offrono al Medico di Medicina Generale problemi indifferenziati e confusi, sindromi precliniche, disagi sociali ed esistenziali e malati cronici da assistere e monitorizzare continuamente nel tempo, da affrontare con gli strumenti del "sapere", del "saper fare" e soprattutto del "saper essere". Il contributo presenta l'esperienza di formazione specifica in Medicina Generale nella Regione Umbria, dettagliandone l'articolazione formativa e le diverse fasi e ruoli.

La parte fondamentale del percorso formativo del corso di formazione è il tirocinio presso il tutore medico di medicina generale al quale spetta il compito di operare la trasformazione "professionale" di un laureato in medicina in un Medico Generale. Egli non è infatti deputato ad insegnare la Medicina ai giovani medici, ma di assisterli nella pratica della professione. In un percorso di riorientamento dell'intero SSN si inserisce quindi un ruolo del Medico di Medicina Generale formato ai principi della medicina preventiva e promozione della salute, all'interno di una nuova organizzazione delle cure primarie che utilizza lo strumento della medicina di iniziativa.

Keyword: General Practitioner, training, Initiative Medicine

SUMMARY

The "professionalization" of the General Practitioner implies a postgraduate teaching and practice to translate the notions learned into problem solving procedures, in an outpatient clinic and at the patient's home. In fact, it is in those places that undifferentiated and confused problems, preclinical syndromes, social and existential discomforts and chronic patients are offered to the General Practitioner, to be assisted and monitored continuously over time, to be tackled with the tools of "knowledge", "know-how" and above all "know-how".

The contribution presents the experience of specific training in General Medicine in the Umbria Region, detailing the training structure and the different phases and roles.

The fundamental part of the training course is the internship at the medical guardian of general medicine who has the task of making the "professional" transformation of a medical graduate into a General Practitioner. He is not in fact appointed to teach medicine to young doctors, but to assist them in the practice of the profession. In a process of reorientation of the entire NHS is therefore inserted a role of the General Practitioner trained in the principles of preventive medicine and health promotion, within a new organization of primary care that uses the tool of medicine initiative.

Introduzione

“ I medici di medicina generale/medici di famiglia sono medici specialisti formati ai principi della disciplina. Essi sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che necessita di cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Essi curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia dei propri pazienti. Sono consapevoli di avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavorano. Quando negoziano con i pazienti la gestione delle cure integrano i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti.

I medici di medicina generale/medici di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie, fornendo terapie, cure o interventi palliativi e promuovendo la responsabilizzazione del paziente e l'autogestione della propria salute (empowerment). Tutto ciò avviene sia direttamente, sia attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute e le risorse disponibili nella comunità in cui sono inseriti, aiutando i pazienti dove necessario nell'accesso a questi servizi. Essi devono assumersi la responsabilità di sviluppare e mantenere le loro abilità professionali, l'equilibrio personale e i valori come base per la cura efficace e sicura dei pazienti. Al pari degli altri professionisti sanitari essi devono assumere la responsabilità di un continuo monitoraggio, mantenimento e, se necessario, miglioramento degli aspetti clinici, dei servizi e dell'organizzazione, della sicurezza del paziente e della loro soddisfazione in relazione alle cure da essi erogate” (1).

La professione di Medico di Medicina Generale, caratterizzata dall'assistenza continuativa, globale e personalizzata dei pazienti di ogni età e dei loro familiari, è un esercizio difficile, anzi in qualche modo il più difficile della Medicina, e richiede conoscenze e competenze sconosciute ad ogni altro specialista, esclusivo suo patrimonio professionale.

Al Medico di Medicina Generale sono richieste conoscenze medico-biologiche, ma anche psicologiche, nei confronti dell'individuo e delle dinamiche relazionali, oltre che di counselling e psicoterapeutiche. Il Medico di Medicina Generale deve essere anche un filosofo, nell'accezione più ampia del termine, con conoscenze di sociologia, di antropologia culturale ed economia sanitaria, ed avere un rilevante base di cultura umanistica, se vuole che l'Uomo, e non solo un organo o apparato alterato, sia la misura di tutte le cose. Al Medico di Medicina Generale sono richieste alcune indispensabili abilità, corrispondenti all'uso della piccola tecnologia e una buona padronanza della semeiologia fisica, ma principalmente la costante applicazione di una rigorosa metodologia di approccio e di gestione ai problemi del tutto distintiva della Medicina Generale.

La Medicina Generale non si apprende durante il corso di laurea. La “professionalizzazione” del Medico di Medicina Generale implica un periodo di insegnamento e pratica post-laurea per tradurre le nozioni apprese in procedure di “problem solving”, in ambulatorio ed a

domicilio del paziente. E' in quelle sedi infatti che si offrono al Medico di Medicina Generale problemi spesso indifferenziati e confusi, sindromi precliniche, disagi sociali ed esistenziali e malati cronici da assistere e monitorizzare continuamente nel tempo, da affrontare con gli strumenti del "sapere", del "saper fare" e soprattutto del "saper essere", all'interno delle nuove forme organizzative della Medicina Generale e delle Cure Primarie (2).

Dal 1994 è stato attivato il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Italia, che rispondeva alla Direttiva Europea 93/16, sulla libera circolazione dei medici di Medicina Generale in Europa, da cui la necessità di dare ai discenti le competenze costitutive (condivise) della Medicina Generale, recepita in Italia, prima dal D.Lgs 8 agosto 1991 N.256 e poi modificata dal D. Lgs 17 agosto 1999, n.368 e successive modifiche.

Tali competenze, integrate con le conoscenze di base acquisite nel corso di laurea, consentiranno al medico formato di affrontare nel modo migliore i delicati e spesso difficili problemi diagnostici, terapeutici, riabilitativi, medico-legali, ma anche e ormai soprattutto, educativi, preventivi e più in generale di clinical governance e gestione delle cronicità. Problemi presenti quotidianamente in un'attività svolta a contatto con persone ammalate, spesso anche con pluripatologie e con persone che soltanto temono di essere ammalate e con persone a rischio di comportamenti scorretti. A tutto ciò bisogna aggiungere la necessità per il medico di medicina generale di rapportarsi con i colleghi specialisti, con l'ospedale, con il territorio nei suoi vari servizi (azienda, distretto, AFT (aggregazioni funzionali territoriali) nuova organizzazione funzionale della medicina generale, servizi socio assistenziali, servizi di salute mentale e consultoriali, etc.); le difficoltà derivanti dalle incombenze sempre più pesanti di tipo burocratico-amministrativo (comunque ormai facenti parte a tutti gli effetti delle conoscenze teorico-applicative necessarie al medico di medicina generale), non ultimo la complessità di dotarsi di competenze di economia sanitaria per una valutazione costo/beneficio e beneficio/rischio delle decisioni che è tenuto ad assumere.

Con il corso triennale, la Formazione Specifica della Medicina Generale in Italia si colloca definitivamente in un ambito specialistico, riconoscendo alla Medicina Generale contenuti, competenze ed attitudini specifiche.

L'esperienza umbra

In Umbria il corso di formazione specifica è iniziato nel 1994, ad oggi sono stati formati 519 medici di Medicina Generale; durante questi anni il corso ha subito numerose modifiche sia in termini organizzativi che didattici fino alla attuale struttura. Dal 1994 al 2005 è stato gestito dall'Ordine dei Medici-Chirurghi della provincia di Perugia regolato da un protocollo di intesa tra l'Ordine dei Medici e la Regione Umbria, dal 2006 al 2008 è stato gestito in convenzione con la "Scuola di Amministrazione Pubblica Villa Umbra", dal Dicembre 2008 ad oggi, con legge regionale n.24, la gestione dei corsi è passata al

Consorzio “Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica”.

Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Umbria prevede la suddivisione del territorio in 4 aree geografiche: Perugia, Città di Castello; Foligno, Terni. La Commissione Tecnico-Scientifica dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Umbria costituisce il supporto scientifico nella gestione del Corso e svolge le seguenti funzioni:

- definisce i criteri per la predisposizione del Piano Didattico (sia per le attività di carattere pratico che teorico) e delle modalità di attuazione
- verifica semestralmente i risultati e la qualità dell'attività didattica di ogni tirocinante
- valuta nuove iniziative metodologiche e didattiche per il miglioramento dei corsi
- predisporre direttive per eventuali verifiche ispettive verso i tirocinanti
- esprime pareri di carattere tecnico-scientifico in supporto alle competenze proprie della Regione Umbria.

I responsabili didattici sono rappresentati dalle figure istituzionali dei Coordinatori delle attività pratiche e Coordinatori delle attività teoriche, Tutori di Medicina Generale e Tutori di Struttura. I Coordinatori sono nominati dalla Regione Umbria sentito il parere della Commissione Tecnico-Scientifica. Le competenze didattiche dei coordinatori consistono nella predisposizione dei programmi didattici sia per la parte pratica che teorica del Corso; definizione degli obiettivi didattici per lo svolgimento dell'attività pratica relativa a ciascun periodo formativo, definizione delle attività teoriche, indicazione degli argomenti da sviluppare per la tesi finale; iniziative metodologiche e didattiche per il miglioramento corsi; verifiche in itinere sull'attività didattica seminariale, risultati e qualità di ogni singolo tirocinante.

Il corso comprende una serie di fasi che compongono la struttura organizzativa del Corso: *Apertura* (registrazione e presentazione del Corso); assegnazione dell'area geografica (in plenaria)/ *Settimana di studio e ricerca* (attività autodidattica)/*Settimana metodologica* (Attività seminariale) a cura dei Coordinatori delle attività teoriche e pratiche / *Assegnazione Tutori di Medicina Generale / Tirocinio pratico* presso le strutture ospedaliere e territoriali nel 1° e 2° anno di Corso (Periodi formativi Attività pratica); 3° e ultimo anno di Corso, Tirocinio pratico e approfondimento teorico presso il Tutor Medico di Medicina Generale / *Seminari* clinici ed interdisciplinari (in media 1 a settimana per tutto il triennio)/*Espletamento Attività teoriche* (per tutto il triennio)/ *Verifiche in itinere* nel 1° e 2° anno di corso/ *Esame finale*: discussione tesi.

Settimana Metodologica

La “Settimana Metodologica” è dedicata a lavori di gruppo e discussioni tra coordinatori e tirocinanti e ha lo scopo di discutere ed ampliare gli obiettivi contenuti nel Programma didattico proposto, alla luce del ruolo, funzioni e compiti del Medico di Medicina Generale, sulla base delle esigenze che si delineano in maniera differenziata tra i tirocinanti

e a fronte delle loro diverse conoscenze ed esperienze.

Tirocinio pratico 1° e 2° Anno

Il programma triennale dell'attività pratica prevede lo svolgimento di periodi formativi di frequenza nei diversi reparti delle strutture ospedaliere e territoriali accreditate dalla Regione Umbria.

Tirocinio pratico 3° Anno

Nel 3° anno di corso è previsto un periodo di tirocinio pratico e di approfondimento teorico presso l'ambulatorio del Tutor di Medicina Generale.

Obiettivi Didattici

Gli obiettivi didattici da perseguire per ogni argomento affrontato durante l'attività pratica guidata e/o durante quella teorica sono:

- analisi delle modalità di presentazione del problema al medico di medicina generale,
- progettazione di un iter diagnostico ipotetico-deduttivo che tenga conto delle peculiarità dell'approccio in medicina generale, della logica bayesiana, del rapporto costo/beneficio (in termini economici e di "invasività" nei confronti del paziente),
- impostazione e attuazione di un piano terapeutico (farmacologico, chirurgico, riabilitativo) adeguato al problema secondo i criteri del rapporto costo/beneficio e beneficio/rischio,
- predisposizione e realizzazione attiva di un piano di controlli nel tempo per valutare l'efficacia del trattamento, individuare tempestivamente eventuali eventi avversi da esso provocati, riconoscere precocemente la ricomparsa del problema o la sua progressione,
- scelta fra la gestione diretta del problema da parte del medico di medicina generale, la collaborazione con altre figure professionali, il ricorso al ricovero ospedaliero e messa in atto delle diverse modalità assistenziali,
- verifica della fattibilità di interventi preventivi, di promozione della salute o di screening e loro eventuale attuazione.

Le esperienze didattiche a disposizione dei medici in formazione per il raggiungimento degli obiettivi formativi sono:

- insegnamento tutoriale del medico di medicina generale,
- insegnamento tutoriale del medico di struttura,
- attività didattiche teoriche.

Prima dell'inizio di ciascun periodo di formazione il Coordinatore delle attività teoriche e i Coordinatori delle attività pratiche predispongono, attraverso un confronto con i Tutori e con i tirocinanti, il piano didattico dei periodi formativi nel quale le suddette esperienze sono integrate nel modo più appropriato al perseguimento degli obiettivi.

Attività Teoriche

Le attività teoriche comprendono 1/3 dell'intero monte ore previsto dalla normativa

nazionale (art. 26 D.Lgs n. 277/2003), vale a dire 1600 ore nell'intero triennio.

Le attività teoriche sono sviluppate secondo una didattica orientata, non tanto per discipline o patologie, quanto per problemi, comprendenti l'analisi dei vari fattori di rischio nel singolo individuo. Rappresentano il momento di approfondimento dei problemi incontrati o che si potranno incontrare nella pratica quotidiana, ma anche lo spazio per la formulazione delle basi teoriche e metodologiche delle varie attività.

Seminari

L'attività seminariale costituisce la parte prevalente dell'attività teorica ed è programmata e realizzata in modo da permettere la massima interattività tra docente e discenti. Essa approfondisce basi teoriche e aspetti peculiari delle attività professionali così come aspetti organizzativi e competenze trasversali, come la deontologia, la relazione, la comunicazione. Le attività seminariali non possono e non intendono coprire tutte le attività cliniche della Medicina Generale ma devono intendersi come modelli per situazioni paradigmatiche, fornire un modello metodologico. I discenti guidati dai docenti devono imparare ad evidenziare i problemi che incontrano, ad individuare i campi in cui necessitano approfondimenti e a verificare, con l'applicazione sul campo o tramite confronto, la validità dei concetti appresi.

L'attività seminariale non include solo la lezione frontale ma comprende, di norma, una fase preparatoria di documentazione svolta individualmente o in gruppo dai discenti, una discussione in piccolo gruppo dei temi trattati nella lezione introduttiva ed una lezione di sintesi finale contenente le indicazioni per l'ulteriore approfondimento individuale.

Al termine di ogni seminario viene distribuito ai tirocinanti un questionario di gradimento, impostato secondo i criteri dell'utilità, efficacia e proponimenti, al fine di permettere l'esposizione delle proprie considerazioni.

Sessioni di confronto

Le sessioni di confronto si svolgono, con i tutori di Medicina Generale, per l'intero triennio di formazione e rappresentano periodici momenti di confronto sull'esito dello studio guidato e sull'attività pratica svolta.

Al fine di stabilire una relazione di confronto più continuativa possibile anche nei primi due anni del Corso, queste sessioni si svolgono con cadenza di due/tre volte al mese.

Studio preliminare (ai seminari)

Lo studio preliminare al seminario consiste in un lavoro di ricerca. Le linee guida dei lavori previsti per lo studio preliminare sono proposti dai docenti dei seminari e raccolti in un'apposita dispensa distribuita ai tirocinanti all'inizio del Corso.

Il lavoro studio preliminare comprende l'estrapolazione di dati disponibili nel database del proprio tutor di Medicina Generale e nella letteratura, completati poi con le modalità più opportune di gestione clinica del problema in questione. Questo lavoro diviene oggetto di discussione in sede di seminario.

Studio guidato e finalizzato

Lo studio guidato e finalizzato è uno studio individuale che comprende ricerche bibliografiche, compiti progettuali e attività di ricerca "sul campo", proposti dal tutore di Struttura per ciascun periodo di formazione; il tutore di Struttura attiva il discente alla cura e all'approfondimento di un caso clinico e/o di un tema inerente all'attività professionale del medico di Medicina Generale.

La rilevazione dell'effettivo svolgimento dell'attività verrà certificata dal Tutore di Struttura utilizzando degli appositi moduli forniti dalla Scuola, in cui saranno specificati gli argomenti affrontati.

Sessioni di ricerca

Le sessioni di ricerca fanno parte anch'esse delle attività teoriche e consistono nella ricerca ed approfondimento di argomenti predisposti dai Coordinatori delle attività teoriche per ciascun periodo formativo. Gli argomenti sono compresi in un elenco predisposto dai Coordinatori stessi, comuni per tutti i tirocinanti.

L'obiettivo è quello di stimolare nei Medici in formazione l'abitudine al confronto e alla discussione che, acquisita e praticata nel tempo, può contribuire al miglioramento delle competenze e delle prestazioni professionali del Medico di Medicina Generale.

Tesi finale

Le ore dedicate alla sessione di ricerca e allo studio guidato e finalizzato durante il terzo anno sono utilizzate per lo sviluppo e la ricerca della tesi finale, frutto del lavoro di tre anni che esprime l'originalità del lavoro del medico di Medicina Generale.

Formazione tutoriale

La parte fondamentale del percorso formativo del corso di formazione specifica in Medicina Generale è il tirocinio presso il tutore medico di medicina generale (3-4). Al tutore in Medicina Generale spetta il compito di operare la trasformazione "professionale" di un laureato in medicina in un Medico Generale. Egli non è infatti deputato ad insegnare la medicina ai giovani medici, in comportamento discente, ma ad aiutarli e assisterli nella pratica della professione. L'incontro tra tutore e discente rappresenta infatti un momento di confronto ed arricchimento reciproco tra una cultura medica filtrata dall'esperienza pratica e una cultura prevalentemente teorica e non applicata.

L'insegnamento della Medicina Generale è apprendere la Medicina Generale sul campo accanto al Medico Generale Tutor perché "Voler imparare la Medicina Generale in una clinica universitaria è come voler apprendere la selvicoltura in un deposito di legname" .

I punti di forza del medico di Medicina Generale in funzione tutoriale sono:

- 1) l'azione in presenza dei pazienti con i loro problemi a volte indistinti altre volte ben codificati ai quali applicare le conoscenze scientifiche individualizzando l'intervento.
- 2) il Medico di Medicina Generale opera nell'ambito di un modello di salute e non di malattia; il suo impegno è verso il paziente e verso la comunità, il suo lavoro è

rivolto al benessere, non solo alle infermità. Non solo questo modello è quello sancito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ma è quello che il paziente predilige e che la società si attende.

Il tutore di Medicina Generale facendo vivere l'esperienza professionale della Medicina Generale garantisce un insostituibile contributo per raggiungere obiettivi formativi centrali per la futura attività di medico di medicina generale:

- 1) recuperare "l'arte di curare" la persona nella sua globalità, nel contesto in cui vive, nell'integrazione dei ruoli dei vari operatori sanitari e con le strutture specialistiche;
- 2) apprendere l'approccio ai problemi oltre che alle patologie;
- 3) imparare a costruire ogni giorno la trasposizione del "sapere" in "fare";
- 4) apprendere l'importanza e la difficoltà di tradurre in atti professionali condivisi dal paziente gli obiettivi di prevenzione, promozione della salute, di trattamento, di recupero della salute psicofisica;
- 5) vivere nella realtà della professione l'importanza del rapporto di fiducia e dell'assistenza continuativa ai singoli e ai gruppi familiari.

Organizzazione dell'attività tutoriale durante il corso in Umbria

I Tutori di Medicina Generale sono Medici di Medicina Generale iscritti all'apposito Albo Tutori di Medicina Generale della Regione Umbria (D. Lgs. 277/2003, art. 27 comma 3). Durante questi anni sono stati formati con appositi corsi 180 tutori di medicina generale e 32 tutori pediatri di libera scelta. I tutori vengono affiancati al medico in formazione sin dall'inizio del Corso (5).

Per i primi due anni di Corso, in concomitanza alla frequenza presso le strutture ospedaliere e sanitarie, il rapporto Medico in Formazione/Tutor Medicina Generale è essenzialmente di natura teorica.

Il terzo anno di Corso è dedicato interamente al tirocinio presso l'ambulatorio del MMG (Medico di Medicina Generale). L'attività da svolgere con il proprio Tutor comprende sia l'attività pratica a tempo pieno (visite ambulatoriali e domiciliari), che quella di confronto teorico.

Tra gli obiettivi educativi formulati nel piano didattico per il periodo di frequenza presso il Tutor di Medicina Generale sottolineiamo i seguenti obiettivi:

- Modalità di intervento sul singolo assistito per la prevenzione e/o la diagnosi precoce delle malattie metaboliche, cardiovascolari, oncologiche, degenerative
 - educazione alimentare, prevenzione e trattamento del sovrappeso
 - individuazione ed eliminazione dei comportamenti a rischio
 - ricerca attiva, individualizzata, dei segni e sintomi della patologia
- L'anziano: prevenzione della disabilità
- Gestione delle patologie croniche

- prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle complicanze e delle patologie intercorrenti
- sorveglianza della compliance igienico-dietetica e farmacologica
- educazione e sostegno psicologico dei familiari.

Questi obiettivi intendono far acquisire i concetti di promozione della salute e di educazione alla salute, individuando nell'educazione del singolo assistito e della famiglia, un prezioso mezzo di promozione.

In sintesi il tutore di Medicina Generale nel nostro corso specifico:

- Guida il medico in formazione dal I anno di corso
- Gestisce la sessione di confronto con il medico in formazione
- Aiuta il medico in formazione a preparare i dati per alcuni seminari
- Sviluppa e gestisce con il medico in formazione il seminario sul tema della tesi
- Guida il medico in formazione nella costruzione della tesi finale
- Partecipa al corso di aggiornamento triennale

Costituisce il cardine del processo formativo del corso di formazione specifica in Medicina Generale.

Conclusioni

Da tempo e in diverse sedi sono state evidenziati problemi strutturali nella formazione in Medicina Generale

Recentemente il Lancet in un numero specificamente dedicato alla formazione del medico evidenzia come esistano problemi sistemici: la formazione non va incontro ai bisogni dei pazienti e delle comunità; non promuove il lavoro di gruppo, e mantiene un'ingiusta stratificazione di genere; si focalizza su problemi tecnici senza comprendere il contesto più ampio, si concentra sui singoli episodi e trascurando la continuità delle cure; predilige le cure ospedaliere a spese delle cure primarie e la quantità piuttosto che la qualità, con scarso interesse verso le performance del sistema sanitario" (6).

È fondamentale ampliare e diffondere la cultura delle Cure Primarie, sostenendo una formazione che:

- metta al centro la persona, considerata nel contesto della sua famiglia
- metta il medico in rapporto con altre professioni sanitarie e socio-assistenziali
- consenta di affrontare i bisogni di salute fisica, mentale, sociale
- consenta ai cittadini di rimanere sani e li aiuti a cambiare abitudini scorrette di vita
- curi e si prenda cura anche attraverso la partecipazione attiva di individui, famiglie e comunità (7).

Una Formazione, orientata a sostituire il tradizionale modello bio-medico con il modello bio-psico-sociale, deve essere sviluppata soprattutto nel pre-laurea, diventare il denominatore comune per tutte le Specializzazioni e costituire lo specifico professionale

della Formazione specialistica di medici dedicati al sistema delle Cure Primarie (7).

Il nostro Sistema Sanitario si trova di fronte a note problematiche quali l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle disabilità e delle patologie croniche e dunque sta andando incontro anche ad una crescente richiesta di assistenza sanitaria caratterizzata da un inevitabile incremento della spesa al fine di garantire adeguati livelli di salute. Per sostenere il nostro sistema sanitario è indispensabile per prima cosa avere degli ottimi professionisti, oltre che per competenze tecniche, con competenze comunicative e gestionali per far diventare i pazienti coproduttori attivi della propria salute.

In un percorso di re-ingegnerizzazione dell'intero SSN si inserisce un Medico di Medicina Generale formato ai principi della medicina preventiva e promozione della salute, all'interno di una nuova organizzazione delle cure primarie (vedi Aggregazioni Funzionali Territoriali) che utilizza lo strumento della medicina di iniziativa.

Dovranno essere trasferite risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione. Aspettare che i cittadini, in seguito ad anni di stili di vita poco salutari (ad es. eccessivo introito calorico e proteico, malnutrizione, vita sedentaria, alcol, fumo), si ammalino e si rechino in pronto soccorso o in ospedale è una strategia perdente e costosissima.

E' quindi imperativo cambiare la rotta e promuovere politiche incisive di prevenzione e promozione della salute (8).

L'esperienza riportata segue i concetti e le linee indirizzo sopra citate e propone un modello formativo che contribuisce a gestire al meglio le problematiche di salute che caratterizzano i nostri tempi.

BIBLIOGRAFIA

1. WONCA EUROPE The European definition of general practice/family medicine; 2011. <http://www.medisin.ntnu.no/wonca/>
2. Gallini R. Schola Medici – Basi e Tecniche dell'Apprendimento Formativo. Roma: Ed. Nuova Italia Scientifica; 1991.
3. EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice - Tartu 2002 <http://www.euract.org/html/page03b.shtml>
4. Verby JE, Schaefer MT, Randall S, Voeks MA. Learning Forestry Out of the Lumberyard A Training Alternative for Primary Care JAMA. 1981;246(6):645-647. doi:10.1001/jama.1981.03320060047021
5. Padula MS, Tomasi A. a cura di. L'insegnamento della Medicina Generale agli studenti di Medicina – Manuale per il tutor. Modena: Ed. Athena Audiovisuals; 2004.
6. Frenk J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet 2010; 376 (9756): 1923-58.
7. Maciocco G. Il futuro delle cure primarie. Salute internazionale, 2015; aprile. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/04/il-futuro-delle-cure-primarie/#biblio>
8. Ricciardi W, Atella C, Cricelli C, Serra F. a cura di La Tempesta Perfetta, il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: Come Evitarlo? Milano: Ed. Vita e Pensiero; 2015.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Il cibo come patrimonio culturale: storie di vita e di impresa di pastori e casari sardi in Umbria

Food as cultural heritage: life and work narratives of Sardinian shepherds and cheese makers in Umbria

Elisa Ascione

The Umbra Institute, Perugia

Parole chiave: Antropologia dell'alimentazione, patrimonio, casari

RIASSUNTO

Questo articolo, basato su un'indagine etnografica presso sette nuclei familiari di origine sarda residenti in provincia di Perugia, analizza le storie di vita e di impresa di pastori, allevatori e produttori di formaggio. L'osservazione del lavoro e la raccolta delle storie di vita dei produttori di origine sarda permettono di teorizzare il "prodotto locale" come una categoria che non può essere definita a priori, ma che va esplorata come esperienza e come continua negoziazione delle persone con il loro passato, con i paesaggi lasciati e con quelli di nuovo insediamento che hanno trasformato tramite le attività produttive. Per conoscere la "vita sociale" dei formaggi di origine sarda, considerati eccellenze artigianali del territorio, anche se non regolamentati da disciplinari né protetti da consorzi, occorre prendere in esame la complessità dei fattori che compongono l'esperienza di vita e di lavoro dei pastori e dei produttori: la migrazione, la memoria, le capacità professionali, il mercato, i saperi tradizionali, i cambiamenti e le innovazioni. Il formaggio di origine sarda in Umbria può pertanto essere denominato "cibo di qualità" non solo le sue proprietà organolettiche e nutrizionali, ma anche per la densa trama culturale che lo sostiene.

Keywords: Anthropology of food, heritage, cheesemakers

SUMMARY

This article is based on an ethnographic research among seven Sardinian families living in Umbria, and it analyzes life and work narratives of shepherds and cheese producers. Observing their work, interviewing family members and analyzing their products, I reconsider the notion of "local food" as a complex category that cannot be defined a priori, but that is theorized as a lived experience and as an ongoing negotiation of people with their past, with the landscape they left, the one they now inhabit and that they are transforming with their labor. In order to understand the "social life" of cheese one must take into account the complex

Autore per corrispondenza: eascione@umbra.org

interplay of the different factors that make up their experience of migration, their memories, the market, traditions, changes and innovations. Sardinian cheese in Umbria could thus be defined as “quality food” not only for its nutritional and organoleptic qualities, but also for the dense cultural patterns that sustains it.

Introduzione

Mangiare è un’attività intima e personale fondamentale per la sopravvivenza umana, e un atto sociale e culturale che determina modelli di trasformazione della natura e delle relazioni umane: l’alimentazione è infatti un ambito particolarmente interessante da esplorare antropologicamente perché si colloca tra la sfera biologica e quella culturale (1). Il cibo è anche un marcatore identitario primario, che connette le persone attraverso il tempo e lo spazio: i gruppi e gli individui ricordano le esperienze passate attraverso la gastronomia, riformulano ciò che le generazioni precedenti hanno fatto attraverso la preparazione e il consumo di determinati cibi seguendo regimi alimentari particolari, ricostruendo e riproponendo riti e abitudini alimentari (2).

In epoca contemporanea i saperi attorno all’alimentazione sono sempre più considerati come un vero e proprio patrimonio culturale, un insieme di beni da studiare e valorizzare. Ne è testimonianza, tra le altre cose, il riconoscimento UNESCO della Dieta Mediterranea come patrimonio dell’umanità (3), ed il crescente numero di musei del cibo in cui preparazioni, strumenti, tecniche e paesaggi produttivi vengono messi in mostra, ricostruiti e valorizzati. Comunemente il patrimonio è definito come un insieme di beni materiali e immateriali che si eredita dal passato, si conserva nel presente e viene trasmesso nel futuro. Analisi antropologiche contemporanee hanno tuttavia messo in evidenza la processualità dei fenomeni di patrimonializzazione dei saperi tradizionali, che sono invece in continua trasformazione (4-6). La costruzione del cibo come patrimonio avviene per motivi politici ed economici, ma anche per soddisfare bisogni e definizioni di appartenenza e auto-riconoscimento (7).

Questo articolo, basato su un’indagine etnografica presso alcuni nuclei familiari di origine sarda in provincia di Perugia, analizza i saperi e delle pratiche dei pastori, allevatori e produttori di origine sarda residenti in Umbria, le continuità e i cambiamenti rispetto al passato¹. I formaggi di origine sarda sono considerati eccellenze artigianali del territorio

1. I dati sono stati raccolti tra il 2014 e il 2016. Sono state condotte interviste etnografiche semi-strutturate con diversi membri di sette nuclei familiari di origine sarda, e osservazione partecipante nelle loro abitazioni, negli allevamenti, nei mercati e nei caseifici. I nomi sono stati abbreviati per preservare l’anonimato delle persone. L’accesso al campo è stato facilitato dalla mediazione del Prof. Mariano Pauselli del Dipartimento di Scienze Agrarie, Alimentari ed Ambientali dell’Università di Perugia, a cui va la mia gratitudine. Si ringraziano molto l’Università degli Studi di Cagliari che ha finanziato la ricerca, la Prof.ssa Maria Gabriella Da Re, il Prof. Pietro Clemente, il Prof. Filippo Zerilli, la Prof.ssa Cristina Papa, e il Dr. Lucio Pala per i consigli e il sostegno. Un ringraziamento particolare va a tutte le persone intervistate per questa ricerca che hanno condiviso il loro tempo e le loro storie e ad Alessandro Celani per le foto scattate durante il lavoro di campo.

pur non essendo regolamentati da disciplinari né protetti da consorzi in quanto fuori dalle zone ufficiali di produzione delle DOP umbre o sarde. I produttori sono però stimati dai consumatori a livello locale per la bontà dei loro formaggi, che possono essere acquistati nei mercatini biologici mensili, in quelli della Coldiretti specializzati in prodotti di filiera corta, e nei mercati settimanali dei produttori dislocati nella provincia di Perugia. Le persone intervistate allevano pecore e producono formaggio in Umbria, e a volte integrano la loro produzione con la vendita dei prodotti importati dalla Sardegna. Sono molto attivi sul territorio e producono formaggio che viene definito da loro stessi e dai consumatori come di qualità. Il lavoro dei pastori sardi può essere considerato come un vero e proprio patrimonio che concorre alla formazione dei terreni faticosamente conquistati alla selvatichezza in bei paesaggi (8). Il paesaggio è infatti costruito quotidianamente dai soggetti che lo abitano, che ci lavorano, e che hanno reti di relazioni con altre persone e con l'ambiente e gli animali circostanti. I saperi che sono alla base di questo loro agire vanno pertanto esplorati, valorizzati e sostenuti. Oltretutto la conoscenza delle storie e dei saperi di chi il cibo lo produce, ci permette di essere consumatori attenti non solo alle proprietà organolettiche del cibo, ma anche alla densa trama culturale che lo sostiene.

Memorie della migrazione: lavoro e insediamento

A partire dagli anni '60 i primi pastori sardi si sono trasferiti in Italia Centrale, soprattutto in Toscana (9-10). L'arrivo dei pastori è stato favorito da una serie di opportunità, tra cui l'abbandono dei poderi da parte dei mezzadri, la possibilità di accedere a credito e mutui a tassi agevolati per acquistare terre che non potevano essere acquistate in Sardegna. Oltre alle opportunità economiche sono state fondamentali le relazioni di parentela e amicali nel favorire l'insediamento e nel creare dei canali di comunicazione sulle terre disponibili. Con il tempo, all'attività della pastorizia molti produttori hanno affiancato l'attività agricola e l'attività agrituristica. Anche in Umbria le modalità di insediamento sono state simili a quelle toscane, alcune famiglie hanno scelto l'Umbria in un secondo momento, solo dopo un periodo trascorso in Toscana: hanno acquistato terreni e poderi abbandonati dai mezzadri del posto.

Uno studio del 1975 sui pastori sardi in Umbria (11) rilevava 97 famiglie sarde in provincia di Perugia con 83 greggi, per un totale del 26% del patrimonio ovino Umbro. Analizzando gli elenchi attuali dei produttori regionali dell'associazione allevatori si rilevano 85 allevatori ovis di origine sarda, anche se nei registri troviamo fratelli come titolari di imprese diverse che condividono lo stesso gregge. Si stima che i sardi abbiano al momento più del 80% del patrimonio ovino regionale. Le valutazioni del 1975 calcolano una media di 150-200 capi a produttore, ma attualmente c'è stata una concentrazione maggiore in qualche azienda. Un produttore intervistato possiede ad esempio 600 capi,

divisi in due aziende non molto distanti.

I primi pastori sardi in Umbria hanno scelto la migrazione per sperimentare nuove forme di imprenditorialità, per acquistare la terra, o perché “la terra era più verde”: a un brevissimo periodo di affitto ha fatto seguito l’acquisto delle terre e la ristrutturazione delle grandi case contadine umbre. Questo spostamento ha provocato cambiamenti strutturali nell’organizzazione del lavoro rispetto al contesto precedente, soprattutto il progressivo abbandono delle lunghe transumanze grazie al possesso della terra, alle coltivazioni foraggere e alla trasformazione delle aziende in moderne imprese agricole.

I migranti di prima generazione ricordano i primi periodi della migrazione come più difficoltosi rispetto al contesto precedente, nonostante l’abbandono delle transumanze. Il signor G., di quasi 80 anni, ad esempio è arrivato col fratello nel 1970:

Per chi va fuori la vita è brutta. I primi anni la Sardegna mi mancava troppo, mi mancavano le montagne, alte e belle. Era tutta una vita diversa. Non c'erano i telefoni quindi chiamavamo raramente, solo cartoline e lettere. Quando ci siamo trasferiti qua c'erano i contadini umbri, ma negli anni sono spariti tutti, tranne quei pochi che erano proprietari. Dove siamo ora in casa c'erano le stalle. In Sardegna la casa era più piccola, ed era in paese, non in campagna. Però non rientravi spesso in paese, magari stavi anche una settimana senza rientrare a casa. In inverno cercavi i pascoli per le pecore e dovevi andare lontano, ci volevano giorni di cammino. Una volta abbiamo fatto 15 giorni e 15 notti di cammino, ci fermavamo in qualche posto per mungere, vendevamo mentre eravamo in giro. Qui in Umbria di pecore ce n'erano poche. Noi siamo venuti a richiesta, i contadini erano andati via, e i padroni non sapevano che farsene del terreno, all'inizio eravamo a mezzadria, ma senza contratto scritto. Alla fine siamo andati in lite col padrone, e poi col tempo abbiamo acquistato.

Tutte le aziende visitate sono caratterizzate dall’ordine e dalla cura dei pascoli e dei campi, che sono però stati il frutto di un lavoro molto faticoso e impegnativo, come ad esempio ci raccontano il produttore M. e sua madre:

Mamma: Abbiamo tribolato un bel po' per metterla a posto, abbiamo anche speso molto, oltre al costo dell'acquisto

M.: C'era l'importanza di fare coltivazione, oltre al pascolo, per avere scorte per il bestiame; e quindi sono state fatte tutte le coltivazioni, sono stati ripuliti e rilavorati i campi, rifatte tutte le forme, le scoline, fatti i recinti per il bestiame perché c'era la necessità di contenerlo in qualche maniera, perché se no si sarebbe spostato. E poi sono state fatte nel tempo le strutture e i capannoni per tutte le esigenze del bestiame stesso.

Gli uomini sono stati i primi ad arrivare in Umbria alla ricerca di terreno e case dove

poter andare con fratelli, cugini e il gregge. Gli uomini della prima generazione sono generalmente stati più schivi rispetto alle donne durante le interviste ma hanno sempre sottolineato il cambiamento positivo nonostante gli sforzi. Le donne si sono invece focalizzate molto sul loro isolamento iniziale, poiché non avevano la possibilità di partecipare alla vita di paese e alle attività della chiesa come in Sardegna. Emerge però chiaramente la nuova centralità delle donne nella conduzione dell'azienda, oltre che nella cura della casa e dei figli.

L'adattamento alle grandi case coloniche in campagna è stato difficile, poiché in Sardegna vivevano in appartamenti più piccoli all'interno dei paesi o molto vicino ad essi. Il lavoro pastorale si svolgeva "là fuori", con la campagna e il pascolo lontano dagli spazi domestici e del paese, sebbene sempre in maniera molto fluida, come racconta il saggio di Maria Gabriella Da Re (12) "La casa e i campi". In Umbria invece la casa, il lavoro produttivo e riproduttivo, i campi e gli ovini si avvicinano in maniera inedita rispetto al contesto di provenienza.

Tra le donne di prima generazione incontrate, solo D. possiede la patente di guida: questo le ha permesso una maggiore libertà individuale e la possibilità di essere attiva anche nella commercializzazione dei formaggi. D. infatti guida un furgone e si reca direttamente a casa dei clienti, stando però attenta a non andare nelle zone già servite da altri produttori sardi. D. ha circa 60 anni, viene dalla provincia di Oristano, ed è madre di tre figli nati a Perugia che lavorano con lei e con il marito (originario invece di Orune, provincia di Nuoro): è arrivata in Umbria nel 1969 a diciotto anni, a seguito dello spostamento della sua famiglia, assieme a 200 pecore. L'intervista è stata svolta presso la sua abitazione una domenica mattina:

Io sono arrivata nel '69, ai tempi non c'era la strada. Ora c'è la strada asfaltata ma prima il mondo finiva lì, non c'era né acqua né luce. Il patimento è stato quello, perché siamo arrivati e i mezzi non c'erano. In Sardegna nelle case l'acqua e la luce già c'era, invece qui nelle campagne ancora niente. Io sono di Mogoro, mio marito invece è di Orune, e ci siamo incontrati quassù, non ci conoscevamo in Sardegna. Mio padre aveva visto un annuncio sul giornale dell'Umbria Verde e lui si era innamorato di questa Umbria Verde, ed è venuto con un amico a fare un sopralluogo, e poi ha fatto il contratto con il padrone della terra. Dopo lui è venuto in primavera, verso Ottobre, a Novembre è venuta mia madre per calcolare e vedere, al tempo le mogli andavamo davvero appresso ai mariti.

Io avevo 18 anni e non ci volevo venire francamente, quando è tornata mia madre le ho chiesto "come è questo posto?", lei mi disse "bene", ma solo per fare coraggio a me, perché a 18 anni non è che potevi dire che non volevi andare.

Quando siamo arrivati erano due metri di neve, la casa sporca, senza luce, senza acqua, un freddo che ti portava via. Io lì per lì l'ho presa male, io venivo da un paese di 6.000 abitanti,

avevo una bella casetta, non mi mancava niente, dicevo a mia madre che si doveva ribellare. Ma mi rendo conto che allora non erano i tempi di ribellarsi per le donne, allora quello che Dio ci dava si faceva.

Abbiamo lavorato come schiavi, abbiamo sofferto tanto, alla notte con le candele di carburo, una puzza. Dopo ho conosciuto mio marito e da lì ho avuto la carica di andare avanti, però c'è voluto. Poi al tempo c'era il banditismo in Sardegna, e quelli del posto qui non ti davano fiducia, ti parlavano però non ti sentivi a casa tua. Dopo nell'arco degli anni hanno imparato a conoscere le famiglie qui intorno. I sacrifici sono stati tanti, ma ora in Sardegna non ci tornerei, ho tutto qua. Io tornando in Sardegna ora è come quando sono venuta qua, devi ricominciare un'altra vita, non conosco più nessuno. Mio marito un po' d'anni fa diceva di tornare che quando andava in pensione voleva tornare, ma ora gli è passata la voglia.

G., di 63 anni, viene da Sarule (Nuoro), e racconta di essere venuta come giovane sposa col marito.

Solo io della mia famiglia sono venuta qui. Il primo anno sono arrivata a Villastrada, eravamo sposini, a casa del fratello di mio marito, ma avevamo ognuno il suo appartamento. Quando sono arrivata qua in questa casa avevo M. di 11 mesi. Allora la gente non era aperta, ora la gioventù è cambiata, ma le persone anziane di prima erano chiuse a riccio. Dell'estraneo avevano terrore probabilmente, ci vedevano un po', non so come, noi siamo più aperti come carattere. Ora conosciamo tutti, con tutti ho buoni rapporti. Ma il primo periodo ti guardavano, ti studiavano, nemmeno buongiorno, e io allora ne avevo bisogno di sentirmi dire buongiorno, io avevo 31 anni e avevo un bambino piccolo.

La casa non era così come la vedi ora. Qui giù dove siamo ora erano le stalle, noi stavamo su, avevamo una bella sala, con un camino enorme di quelli umbri antichi, ma la casa era fredda, non c'erano i termosifoni, il tetto non era isolato. In Sardegna la casa aveva il terzo piano non abitato ma era isolato e protetto. Qui c'erano i sassi sul tetto. Nel '95 abbiamo ristrutturato, però dal '77 siamo stati al freddo. La difficoltà per le donne è che abbiamo trovato il casolare intero da pulire, l'abbandono che c'era. Era una cosa tutta completamente diversa da noi e io mi sentivo come in un buco. Ora non ci tornerei in Sardegna, anche perché dopo quasi 40 anni, e abbiamo costruito tutto da noi, abbiamo fatto tante cose.

Il processo di adattamento e la ristrutturazione delle grandi case abbandonate dai contadini umbri viene narrato come lungo e laborioso. Le case visitate durante le interviste sono ricche di ricordi, foto, oggetti e utensili portati dalla Sardegna. Nel tempo, e attraverso le generazioni, si stratificano foto di famiglia, foto di costumi tradizionali, cartoline turistiche, calendari, icone religiose, souvenir in sughero. Segnare lo spazio significa farlo diventare casa attraverso atti e oggetti che delimitano il "dentro/fuori", e

pertanto questi oggetti e accessori non hanno mera funzione estetica ma sono parte del processo di appiamento in un nuovo ambiente. Come propone l'antropologo Daniel Miller nel libro "Per un'antropologia delle cose" (13), nei confronti delle case le persone sono coinvolte parallelamente in processi di accomodating e di accomodation: secondo la sua teoria, l'adattamento tra oggetto e soggetto è sempre reciproco. La casa diventa un processo in cui gli abitanti sono agenti di cambiamento, ma essi stessi sono a loro volta cambiati dalla struttura e dalla materialità degli edifici. Anche in questo caso la casa è uno strumento potente di oggettivazione e radicamento, e una conquista che avviene nel tempo. Seppur cariche di segni identitari, la narrazione del proprio posizionamento nelle nuove case, e in Umbria in generale, sembra permanentemente sospesa tra ricordo del passato, a cui però non si tornerebbe, e una certa sensazione di estraneità rispetto al luogo presente, a cui non si vuole o non si può totalmente aderire. In questo cambiamento di spazi e di senso le persone del nucleo familiare e della rete parentale rinegoziano i propri poteri, il proprio ruolo economico all'interno e al di fuori della famiglia, la propria socialità.

Il racconto della sospensione e della doppia appartenenza da parte delle generazioni che sono immigrate è condivisa anche dalle generazioni nate in Umbria, che ne sono testimoni, la reinterpretano e la superano attraverso strategie individuali, l'innovazione del prodotto, e l'impegno politico e culturale nel territorio.

Né umbro né sardo ma "locale"

I produttori sardi in Umbria hanno una loro clientela affezionata, che preferisce i loro pecorini a quelli acquistabili al supermercato. I prodotti dei sardi sono apprezzati soprattutto dai consumatori attenti all'alimentazione biologica, al prodotto locale, e che attribuiscono un valore aggiunto al "chilometro zero". In passato la maggior parte dei produttori conferiva il latte all'azienda locale di trasformazione: il prezzo al litro però negli anni è diminuito e per i pastori non è stato più conveniente vendere il latte. Le aziende attive, quando hanno abbastanza manodopera, trasformano tutto il latte e vendono i formaggi direttamente. Il titolare di un'azienda, ad esempio, 25 anni fa vendeva il latte a 1.620 lire al litro a una ditta di Roma. Al momento delle interviste invece il latte veniva comprato a 80 centesimi il litro.

P. è un produttore di 35 anni. E' arrivato in Umbria da Orune (Nuoro) all'età di 10 anni, con la sua famiglia e 200 pecore. Ha preso in mano l'azienda paterna cinque anni fa, dopo anni di lavoro assieme al padre. Si è dapprima iscritto alla facoltà di farmacia, ma dopo qualche anno di università ha deciso di continuare il lavoro del padre. La sua voglia di innovare e presentare una più ampia varietà di prodotti alla sua clientela lo ha spinto ad andare a studiare diverse tecniche di caseificazione in Piemonte e in Emilia Romagna. In Sardegna, a suo parere, il suo formaggio non sarebbe accettato, perché non

sono abituati a cose nuove e “hanno la mentalità un po' chiusa”. Durante uno scambio di battute con dei clienti al mercato P. dice: “Posso offrirvi un pezzo di provola sarda? Anzi una provola sarda fatta da un umbro, anzi da un sardo cresciuto in Umbria. Non so come dire!”. Ride per questa sua difficoltà a definire il suo prodotto e le sue origini, che rivela la complessità della definizione di località.

Per i figli e le figlie dei primi migranti, la scelta di continuare il lavoro dei genitori quando sono troppo anziani o quando non ci sono più è spesso complessa e articolata. Molti figli si sono diplomati e hanno cominciato percorsi lavorativi diversi. Ereditare il lavoro e renderlo proprio è una conquista personale, anche se emerge la pressione esercitata dai legami familiari, e la volontà di continuare ciò che i genitori hanno costruito. L., di 29 anni, nato a Perugia, ad esempio, espone ciò che lo ha spinto a continuare il lavoro: una grande passione e il senso di libertà nonostante gli orari di lavoro lunghi e difficili. Dice però: “Non pensare che chi è figlio di un pastore faccia automaticamente il pastore! Questo è il lavoro più brutto del mondo, ma anche il più bello se lo fai con passione. Io penso sempre che lavori per le pecore e non sono le pecore che lavorano per te”.

M. è un produttore nato a Perugia, di genitori della provincia di Nuoro, di quaranta anni: mentre fa il formaggio ascolta la sua collezione di cd rock e blues, perché a suo parere, ascoltando Jimi Hendrix, il formaggio viene particolarmente bene. Parla del padre che non c'è più, del suo carattere forte e autoritario, mostrando delle sue foto mentre lavorava e indicando gli oggetti che usava il padre per fare il formaggio, come la grande caldaia in rame che da piccolo gli sembrava immensa, e che lui ancora usa. M. sottolinea il fatto che in questo lavoro è padrone del suo tempo, e che, sebbene questo sia un lavoro duro, permette una certa autonomia e padronanza di sé.

Molte persone delle seconde generazioni che conducono le aziende hanno appreso dai padri e dalle madri le tecniche di caseificazione, ma anche introdotto alcune novità.

Intervistatore: Il tuo formaggio è simile o è diverso da quello che faceva tuo padre appena arrivato?

M: C'è differenza, ma non così tanta differenza. Perché già babbo quando è arrivato qui e ha cominciato a fare il formaggio era già diverso da quello che facevano gli altri sardi. Il problema col formaggio sardo è che è molto forte, molto salato, molto duro e le persone che lo compravano qui non lo volevano, ma lo volevano più dolce, più morbido. Babbo è stato tra i pochi che si è adattato al mercato, e ha fatto un formaggio sardo non sardo, cioè fatto da sardi ma diverso, con meno sale, cercando di andare un po' incontro al gusto del posto. Noi abbiamo cercato di andare anche oltre, chi lo vuole vendere deve fare così. Ora facciamo formaggio pecorino a latte crudo, facciamo la ricotta, lo yogurt e il primo sale.

Anche P. segue essenzialmente le tecniche imparate dal padre, con alcuni adattamenti tecnologici:

I: Mi hai raccontato che le tecniche sono rimaste immutate, ma le attrezzature sono cambiate?

P: Alcune sì, prima utilizzavamo delle forme in alluminio a tronco conico, quindi bisognava lavorare molto di mano perché non è uno strumento regolare, dovevi modellarlo proprio bene con le mani. Non sempre la superficie veniva perfetta, quindi si ritagliava finemente con il coltello, e questo io l'ho imparato a fare per eliminare le imperfezioni. Ora questo non lo faccio perché queste forme non si trovano più, quelle che ho sono tutte bucate. Le conservo per ricordo. Ora uso queste in plastica, e ci metto un'altra forma sopra per la spremitura. Questa si doveva fare a mano, e ritagliare per far sì che la superficie diventasse liscia. Adesso ho la cella frigorifera, invece un tempo si metteva in magazzino, se c'erano imperfezioni c'erano le muffe, c'erano gli insetti, poteva rovinarsi, il motivo era questo. E a termine di questa operazione si poteva immergere un attimo nel siero bollente, ci si scottava un po' le mani, diventava perfetta, la superficie si induriva e faceva da schermo per qualsiasi intrusione esterna. Prima utilizzavamo per girare la cagliata un ramo di pero e di melo, che hanno tantissimi rami, e veniva questo strumento con tante punte, ora lo chiamiamo spino in acciaio. Però ho mantenuto da mio padre un oggetto in legno che si utilizzava sopra un calderone di 60 litri, bisognava appoggiarci sopra il formaggio, si mette la forma sopra e sprema, di modo che il siero finisca di nuovo dentro al calderone. Questo sì, questo l'ho conservato e lo uso, sempre per quel motivo, per non perdere il siero.

Molti dei giovani che conducono le aziende hanno introdotto nuovi prodotti e hanno cambiato le caratteristiche del pecorino preferendone un tipo meno salato e più morbido, introducendo anche nuovi nomi. Non essendoci un consorzio di tutela o un disciplinare che protegga e valorizzi questi prodotti, i cambiamenti apportati sono frutto delle sperimentazioni individuali e della volontà di differenziarsi dagli altri sul mercato. Ad esempio M. produce un formaggio che ha chiamato il "crudolone", fa lo yoghurt di pecora con aggiunta di frutta, e così via. Nella sua azienda ha creato una iniziativa di promozione, come il progetto "adotta una pecora" e il "bee-lefono", mettendo una trasmittente sul collare di una pecora che può essere così "contattata" telefonicamente. Nonostante queste novità, A., un produttore di 36 anni che vive e lavora con i genitori e il fratello, dice:

I miei genitori sono stati i veri innovatori. Hanno lasciato tutto e sono venuti qui. Già da subito mio padre ha provato a fare un formaggio un po' diverso che piacesse agli umbri. Io penso che noi stiamo lavorando solo per mantenere e non sciupare quello che loro hanno costruito. Ora si parla tanto dei giovani in agricoltura, ma non dicono che devono essere dei

giovani milionari per entrare in agricoltura: noi abbiamo ereditato tutto ciò, non avremmo mai potuto costruirlo da soli.

Anche P., riflette su cosa voglia dire per lui fare il pastore “in chiave moderna”.

Oggi siamo la seconda generazione, facciamo questo lavoro...anche se purtroppo ahimè questo cambio generazionale in questo settore non si sta avendo del tutto, ma solo per pochi. Confrontandomi con ragazzi della mia età vedo che non sono tanti, ma solo pochi, è un lavoro che o ti piace, o non ce la fai. E' duro, ma devi creare la situazione per renderlo stimolante. Per fare il pastore oggi, lo devi fare in chiave moderna, non si può fare in chiave vecchia. Diversificare, andare sui mercati, fare vita sociale, molta vita sociale, alla fine non devi confnarti nelle quattro mura dell'azienda, ma devi misurarti col mondo che passa, non ci si può rinchiudere solo nella tradizione. Se lo rendi stimolante è un lavoro imprenditoriale come tanti altri, certo il lavoro te lo porti anche a casa, i pensieri sono tanti.

Le storie di vita e di lavoro dei produttori di origine sarda spinge pertanto a riconsiderare il concetto di “locale” come una categoria che non può essere definita a priori ma che va esplorata come esperienza e come continua negoziazione delle persone con il loro passato, con i paesaggi lasciati e quelli di nuovo insediamento che hanno trasformato con la loro attività produttiva, attraverso le innovazioni tecnologiche, le nuove forme dell'abitare e così via (14). Per quanto riguarda l'unicità e la qualità di questi formaggi, molti produttori sottolineano come l'artigianalità del prodotto crei un valore aggiunto che non può essere paragonato al prodotto industriale.

Parliamo di un prodotto artigianale. Molte volte uno parla di artigianale e vuol dire altre cose, io faccio artigianale e chiudo la filiera, dalla pecora alla vendita ci penso io. Quindi è a chilometro zero, ma soprattutto chiudo la filiera. A differenza di un prodotto di un caseificio industriale qui si tratta solo prodotto proprio, il latte è di quell'azienda, quindi le essenze, i sapori sono quelli, il prodotto poi non viene pastorizzato, non viene trattato termicamente, si lavora a latte crudo e il sentore olfattivo è particolare. Invece nell'industria arrivano tonnellate e tonnellate di latte da diversi allevamenti, messi su un contenitore, che poi viene trattato termicamente, distruggendo tutta quella flora e quei microorganismi patogeni ma anche quelli fanno venire un formaggio tipico, quindi si ammazza tutto. Poi viene aggiunto uno starter che è un fermento per l'acidificazione, quindi otteniamo lo stesso prodotto tutto l'anno, ma ormai tutti i formaggi di mucca o di pecora si assomigliano tutti quanti, le aziende che fanno i fermenti non sono molte, quindi puoi mangiare un formaggio in tutta Italia con lo stesso gusto. Un prodotto industriale e artigianale hanno differenze come il giorno e la notte. Un prodotto artigianale ha delle sfumature e dei cambiamenti, un formaggio estivo ha essenze

differenti, ad esempio, perchè l'inverno la pecora sta più dentro e mangia sostanzialmente sostanza secca, invece l'estate mangia le essenze dei pascoli.

La qualità delle materie prime, i saperi e le conoscenze ereditate dal passato da questi giovani produttori possono essere valorizzati solo attraverso rapporto diretto con i consumatori, anche se alcuni dei loro prodotti sono entrati anche nella grande distribuzione, che cerca sempre di più di inserire cibi locali e identitari nella propria offerta.

I: Quali negozi rifornite?

M.: La piccola distribuzione, per una questione quasi... come dire... etica: io preferisco il contatto con il piccolo distributore piuttosto che con il grande; perché il piccolo distributore riesce a capire quale può essere il valore del prodotto, e anche per il rapporto umano.

I: Quando dici "valore del prodotto" a cosa ti riferisci in particolare?

M: Beh il valore qualitativo; non perché la grossa distribuzione non riesca a capire il valore del prodotto, però la grossa distribuzione ti mette dei paletti: paragona il tuo prodotto a un altro formaggio; quando è nel banco, poi è formaggio. Dietro al bancone ci sta una persona che spesso non conosce davvero il prodotto: lui sta vendendo formaggio, non sta vendendo un certo tipo di formaggio, un certo tipo di qualità di formaggio; ma per una ragione molto semplice: proprio perché non conosce il prodotto non conosce la storia, come viene fatto, gli ingredienti. La difficoltà della grossa distribuzione è questa qua: che molto spesso dietro al banco ci sta una persona che fundamentalmente è solo di lì per fare delle porzioni e per vendere, quando in realtà dovrebbe conoscere quello che vende.

L'importanza del loro ruolo dei produttori di seconda generazione di origine sarda va oltre alla conservazione di tecniche e saperi artigiani, al loro adattamento a nuove esigenze di mercato e a nuove clientele, e si iscrive anche in una dimensione pubblica e politica delle loro attività (15): con la loro presenza e con il loro lavoro sono stati agenti attivi di trasformazione di territori marginali e non ritenuti interessanti dall'agricoltura industriale. Alcune delle persone più giovani sono diventate anche protagoniste di azioni politiche e eventi culturali a tutela del territorio.

M. e L., sono due produttori di circa 40 anni che hanno ereditato il caseificio e l'azienda dal loro padre originario di Urzulei (provincia dell'Ogliastra), e vivono e lavorano in famiglia con la madre. Sono due tra i principali esponenti del comitato anti-discardica della frazione dove vivono e lavorano, per contrastare l'allargamento di una discardica che il comune di appartenenza sta effettuando senza il consenso della popolazione locale, a discapito di un paesaggio rurale particolarmente suggestivo, e senza condurre le analisi sanitarie necessarie per proteggere i residenti. La discardica rischia di compromettere la loro attività produttiva biologica, costruita in oltre 20 anni dai genitori. M., con la sua

conoscenza puntuale e precisa dei luoghi, dei rilievi e dei fiumi della zona ha spesso affiancato il geologo comunale che non aveva invece alcuna conoscenza diretta dei problemi e delle criticità della zona, e non sapeva, ad esempio, dove raccogliere i campioni per analizzare i liquami prodotti dalla discarica.

P, un produttore di 38 anni che gestisce col padre e la madre l'azienda con il bestiame e l'agriturismo, è un membro del comitato direttivo di un'associazione che si è impegnata nella rivitalizzazione di spazi pubblici nella città di Perugia, organizzando giornate di eventi, musica e degustazioni di generi alimentari locali e prodotti con metodi agro-ecologici.

Molti di questi produttori sono pertanto attivi in movimenti sociali, sorti intorno alla tutela del cibo "buono, giusto e pulito". Questi movimenti sono molto vari e diversi tra loro, ma in comune hanno alcuni punti fondamentali: il rigetto della separazione tra consumo e produzione, la giusta retribuzione dei contadini e dei produttori, la creazione di mercati in cui il cibo non sia visto solo come mera merce ma come un bene comune, il cui valore venga determinato anche dalla loro attenzione ai metodi agro-ecologici, dal bagaglio di saperi che ereditano dal passato e che rielaborano creativamente nel presente (16).

Conclusioni

Dalle storie di vita e di impresa dei pastori e produttori sardi in Umbria sono emerse le memorie della Sardegna, le narrazioni dei sacrifici e dei cambiamenti incontrati durante il percorso migratorio, l'accumulazione di capitale, la rinegoziazione di ruoli sociali ed economici nella nuova regione, i modi in cui famiglia, impresa e soggettività individuali si formano e si trasformano a vicenda. Non totalmente sardo né definibile come umbro, il formaggio sardo assume una forte valenza simbolica come "prodotto locale", come sintesi creativa tra saperi, pratiche, identità, territori. Il prodotto locale infatti non è una categoria che può essere definita a priori (17), ma va esplorata come esperienza e negoziazione delle persone con il loro passato, con i paesaggi lasciati, e con quelli di nuovo insediamento che hanno trasformato tramite le attività produttive.

Le memorie e le conoscenze dei produttori di origine sarda rappresentano un patrimonio vivo, una risorsa per il presente. Essi producono alimenti unici e di grande qualità grazie a un intreccio complesso di tecniche e saperi ereditati dal passato e trasformati nel presente. Emerge, però, una domanda e una paura ricorrente da parte dei produttori: i loro figli e nipoti continueranno a fare i pastori e i produttori? Questo lavoro, e i prodotti che ne derivano, rappresentano un patrimonio per tutta la Regione Umbria, ed ha bisogno di essere valorizzato e sostenuto dai consumatori e dalle istituzioni attraverso una politica attiva di tutela nei confronti dei saperi contadini ed artigiani e dei territori in cui si collocano. Valorizzare i saperi e le pratiche che sono dietro al cibo di qualità permette di ridare centralità ai piccoli-medi produttori che da anni trasformano paesaggi a rischio di abbandono in luoghi belli e utili.

BIBLOGRAFIA

1. Seppilli T. Per una antropologia dell'alimentazione. Determinazioni, funzioni e significati psico-culturali della risposta sociale a un bisogno biologico. *La ricerca folklorica* 1994; 30: 7-14.
2. Di Giovine M A, Brulotte R L. Introduction: Food and Foodways as Cultural Heritage, In: Di Giovine M A, Brulotte R L. (eds) *Edible Identities: Food as Cultural Heritage*. Farnham, Burlington: Ashgate; 2014.
3. Moro E. *La Dieta Mediterranea. Mito e Storia di uno Stile di Vita*. Bologna: Il Mulino; 2014.
4. Clemente P, Mugnaini F. (eds.) *Oltre il Folklore. Tradizioni Popolari e Antropologia nella Società Contemporanea*. Roma: Carocci; 2001.
5. Dei F. *Beethoven e le Mondine. Ripensare la Cultura Popolare*. Roma: Meltemi; 2002.
6. Badii M. *Processi di patrimonializzazione e politiche del cibo. Un'etnografia della Toscana contemporanea*. Perugia: Morlacchi Editore University Press; 2012.
7. Ascione E. *Food and Cultural Heritage. Preserving, Re-inventing and Exposing Food Cultures*. In: LeBesco K, Naccarato P. (eds). *The Bloomsbury Handbook of Food and Popular Culture*. London: Bloomsbury; 2017.
8. Papa C. *Paesaggio/paesaggi: una introduzione*. In: Papa C (ed) *Lecture di Paesaggi*. Milano: Guerini e Associati; 2012.
9. Solinas PG. *Pastori Sardi nella Provincia di Siena. Laboratorio Etno-Antropologico, Università degli Studi di Siena*; 1990.
10. Meloni B. *Pastori nella campagna toscana*. *Meridiana* 1996; 25: 167-202
11. Melelli A. *Pastori sardi nella Provincia di Perugia: un nuovo aspetto della utilizzazione delle campagne, Atti del Convegno Internazionale "I paesaggi rurali europei"*. Perugia; 1975.
12. Da Re MG. *La casa e i campi. Divisione sessuale del lavoro nella Sardegna tradizionale*. Cagliari: CUEC; 1990.
13. Miller D. *Per un'antropologia delle cose*. Milano: Ledizioni; 2013.
14. Papa C. *Antropologia dell'Impresa*. Milano: Guerini e Associati; 1999.
15. Pitzalis M, Zerilli F. *Pastore sardu non t'arrendas como! Il Movimento pastori sardi: alterità, resistenza, complicità*. *Rassegna Italiana di Sociologia* 2013; 3 luglio-settembre: 379-400
16. Counihan C, Siniscalchi V. Introduction. *Ethnography of Food Activism*. In: Counihan C, Siniscalchi V (eds). *Food Activism: Agency, Democracy and Economy*. London: Bloomsbury; 2013.
17. Piermattei S. *Il giardino perduto. Ecologie morali di un paesaggio montano*, In: Papa C (ed) *Lecture di Paesaggi*. Milano: Guerini e Associati; 2012.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale dell'assistenza domiciliare sociosanitaria

Model proposal for the institutional health and social accreditation in home care

Anna Paola Agnoletto*, Anna Catelani°, Cristina De Sarno*, Bruna Odasmini*, Simone Pautetto, Paola Stenico**, Corrado Tosetto°, Luciano Pletti §, Silvio Brusaferrò **

*Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

°Azienda pubblica per i servizi alla persona D. Moro di Codroipo

~Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. 7 "Pedemontana" Veneto

**Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

°°Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.3 "Alto Friuli-Collinare-Medio Friuli"

§Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.2 "Bassa Friulana - Isontina"

**Dipartimento di medicina (DAME) Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Udine

Parole chiave: accreditamento, assistenza domiciliare sociosanitaria, ADI, valutazione, qualità

RIASSUNTO

Introduzione: il percorso di accreditamento delle strutture e dei servizi territoriali è fondamentale per il miglioramento e la crescita verso la qualità e la sicurezza, soprattutto per contesti fino ad ora meno soggetti alla regolamentazione delle attività. Nel caso dell'assistenza domiciliare Integrata (ADI) la principale difficoltà nasce dalla sua specificità, quella di basarsi tipicamente sul fondamentale concorso di risorse informali, professionalmente supportate dalle organizzazioni sanitarie e sociali che contribuiscono, con le loro specifiche attività, a permettere alla persona fragile di continuare a vivere a casa. Sull'applicazione di uno strumento di accreditamento dei servizi domiciliari si è concentrata la ricerca di un gruppo multidisciplinare del Triveneto, che ha ridefinito la concezione di assistenza in questo specifico setting come risultato dell'interconnessione di risorse sanitarie, sociali e comunitarie.

Obiettivi: definire uno strumento di accreditamento dell'ADI che faccia crescere la cultura del miglioramento secondo una visione e una pratica comune per i diversi soggetti coinvolti, motivandone l'adesione ai principi di qualità e sicurezza necessari all'accreditamento.

Metodi: è stato adottato l'impianto metodologico della "Proposta di modello per l'accreditamento

Autore per corrispondenza: annapaola.agnoletto@aas4.sanita.fvg.it

istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera” di Agenas (2015) pur carente nella valutazione dell’apporto dei servizi sociali e dei soggetti informali. In particolare, il gruppo ha utilizzato il ciclo di Deming (PDCA) e ha ipotizzato l’introduzione progressiva di criteri qualitativi anche in settori dove usualmente non sono impiegate tali metodologie, rafforzando il concetto del miglioramento continuo della qualità.

Risultati: lo strumento di valutazione sviluppato, composto da sei aree tematiche, dopo la fase di autovalutazione, rappresenterà l’avvio di un percorso propedeutico all’accreditamento istituzionale comune per i tutti i soggetti dedicati alla domiciliarità.

Keywords: accreditation, health and social care, integrated home care, assessment, quality

SUMMARY

Background: the accreditation process for the local structures and services is fundamental way to improving and raising of the commitment towards quality and safety, especially in settings that, until now, have been less engaged in quality control activity. Regards Integrated home care (IHC), the main difficulty is due to its peculiarity, i.e. it is mainly carried out by informal resources, which are professionally supported by health and social organizations that, with their specific activity, allow the patient to stay at home. On the accreditation tool implementation has focused the multidisciplinary team from Triveneto (Italy) research, redefining the care concept in this specific setting as an interconnection between health, social and community resources.

Objectives: to define a HC accreditation tool that can be applied both in social and health organizations. This tool should let the improvement culture grows thanks to an integration of the three subjects through their interest and engagement towards safety and quality requirements, which are necessary for accreditation.

Methods: starting by the analysis of the “model proposal for the institutional accreditation of extra-hospital local care structures” by Agenas (2015), even if lacking in the evaluation of social elements and involved informal subjects, the researchers’ team has adopted the Agenas methodological structure, particularly the Deming cycle (PDCA) on which it is based, and the team has considered his gradual with implementation of quality criteria even in settings where those methods are not usually employed, thus reinforcing the concept of continuous quality improvement.

Results: the developed evaluation tool, which is made up by 6 thematic areas, will represent the beginning of a path. This path will be preparatory to the institutional accreditation for all the subjects involved in home care.

Introduzione

L’autonomia delle persone fragili e del corrispondente sistema familiare-assistenziale, il soddisfacimento dei bisogni sanitari e sociali nel proprio contesto rappresentano valori da perseguire per una migliore qualità di vita della comunità. In quest’ottica l’assistenza domiciliare, intesa come l’insieme delle attività sanitarie e sociali realizzate nel contesto di vita delle persone, si configura come elemento strategico su cui diverse organizzazioni sono chiamate ad investire attenzioni e risorse a fronte del progressivo aumento della non autosufficienza, cronicità e disabilità nella popolazione (1).

L’accreditamento delle strutture e dei servizi extra ospedalieri è un importante processo di miglioramento che può garantire qualità e sicurezza in particolare a contesti fino ad

oggi poco strutturati e predisposti alla regolamentazione delle attività (2-3). Nel caso dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) la principale difficoltà è legata proprio alla sua specificità, quella di essere realizzata tipicamente con il fondamentale concorso di risorse informali (familiari, assistenti privati, vicinato, volontariato), professionalmente supportate dalle organizzazioni sanitarie e sociali che contribuiscono, con le loro specifiche attività, a permettere alla persona in condizioni di fragilità di continuare a vivere a casa propria (4-6).

L'accreditamento rappresenta uno strumento che consente di migliorare la qualità dell'assistenza e l'appropriatezza degli interventi (7-8). Fino ad oggi, i percorsi di accreditamento hanno trovato maggior sviluppo in ambito ospedaliero, sia relativamente all'accreditamento istituzionale che a quello di eccellenza (9-10).

Inoltre, i diversi modelli organizzativi con i quali nelle regioni l'accreditamento è stato implementato, hanno fatto emergere notevoli differenze e, pur in presenza di una ricca e diversificata normativa, non prevedono il coinvolgimento di tutti gli attori che intervengono, in particolare nel setting domiciliare (11-13). In talune realtà territoriali sono stati intrapresi percorsi di accreditamento limitatamente però all'ambito sanitario, ad eccezione di sporadiche esperienze condotte dai servizi sociali.

Nel processo delle cure domiciliari assumono un ruolo centrale anche tutti gli altri soggetti della comunità che, con finalità diverse, intervengono a domicilio.

In quest'ottica i percorsi di accreditamento territoriale risultano particolarmente complessi dovendo coinvolgere e integrare sia attori istituzionali, già di per sé molto diversi, ma anche risorse informali ed enti "terzi" che a vario titolo intervengono nell'assistenza (14-16).

Assume un ruolo centrale il cambiamento di mentalità che programmi di accreditamento, siano essi istituzionali che di eccellenza, generano nelle persone che agiscono la domiciliarità. Promuovere una logica di autovalutazione o di valutazione condotta da terzi, consente all'organizzazione di mettersi in discussione analizzando i singoli processi e producendo competenze e attenzioni che determinano un percorso di miglioramento e di sicurezza per tutti i portatori di interessi, assistiti ed assistenti (17-19).

Per valutare l'applicabilità di uno strumento di accreditamento nell'ambito della domiciliarità un gruppo di lavoro multidisciplinare del Triveneto, composto da professionisti con esperienza nel tema, ha analizzato la normativa e la letteratura su integrazione socio-sanitaria, domiciliarità e assistenza domiciliare giungendo ad una concezione di assistenza nello specifico setting come interconnessione delle risorse proprie dell'ambito sanitario, sociale e comunitario (20-23).

L'assistenza domiciliare (ADI) si realizza grazie ad un complesso di risorse formali e informali, che intervengono al domicilio delle persone in condizioni di fragilità, permettendo loro di continuare a vivere a casa (24-26). Partendo da questa prospettiva critica, è stata analizzata la "Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale delle

strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera” di Agenas del 2015 che è parsa inadeguata ai setting domiciliari per l’insufficiente valutazione degli elementi del sociale e dei soggetti informali che vi sono implicati (27-30).

Obiettivi

L’obiettivo del lavoro è quello di definire uno strumento di accreditamento dell’Assistenza Domiciliare che favorisca una concreta integrazione dei soggetti coinvolti mediante l’allineamento dei sistemi organizzativi e operativi che li sostengono, attraverso l’interesse e l’impegno degli stessi ad aderire ai requisiti di sicurezza e qualità necessari per accreditarsi. L’elemento fortemente innovativo è rappresentato dalla strutturazione di uno strumento trasversale applicabile in tutte le organizzazioni che operano nello specifico setting che presuppone la volontà di sviluppare una cultura di integrazione forte e di miglioramento della qualità.

È stato adottato l’impianto metodologico del documento di Agenas che trova nel ciclo di Deming particolare valore per un’effettiva implementazione progressiva di criteri qualitativi, anche in ambiti in cui ancora non sono state sperimentate tali metodologie; viene così facilitata l’attivazione del miglioramento continuo per l’accreditamento di tutte le componenti coinvolte nell’ADI.

Materiali e metodi

Dopo la costituzione del gruppo di lavoro, le principali fasi del progetto possono essere così sinteticamente rappresentate:

- revisione del manuale Agenas, della letteratura e della normativa di riferimento;
- condivisione di un linguaggio comune;
- identificazione delle sei aree rappresentative dell’assistenza domiciliare e strutturazione dello strumento di valutazione;
- studio pre-pilota, rielaborazione dello strumento e validazione;
- studio pilota nelle tre regioni.

La modalità operativa condotta dal gruppo per la definizione dello strumento si è basata sul metodo decisionale del brainstorming. Si è proceduto alla lettura del manuale Agenas 2015 e all’approfondimento bibliografico su specifici argomenti. L’attenzione si è focalizzata sul grado di applicabilità dello strumento sia ai servizi sanitari territoriali sia a quelli sociali nell’ambito dell’assistenza domiciliare.

Rispetto alla scelta praticata dalle Regioni e da Agenas per la costruzione del manuale, il gruppo di lavoro ha deciso di mantenere l’approccio generale delle evidenze dei singoli requisiti secondo il ciclo di Deming (P.D.C.A.) considerando che per perseguire la qualità è necessaria la costante interazione tra pianificazione, progettazione, implementazione, misurazione, monitoraggio, analisi e miglioramento.

Diversamente invece, rispetto alla proposta di Agenas, la valutazione dei singoli requisiti e delle evidenze che li compongono è stata declinata con tre possibilità di risposta: conforme (C), non conforme (NC) e non applicabile (NA).

Tale scala di valutazione presuppone una limitata capacità dello strumento di leggere i livelli intermedi di attuazione, in quanto utilizza il modello “pass-fail” dell’accreditamento istituzionale, che appare più appropriato ad una situazione poco standardizzabile ed in evoluzione come stimolo alla crescita.

Gli autovalutatori o i valutatori infatti, sono incentivati a formulare osservazioni relative ad eventuali non conformità definendo il piano di adeguamento con le azioni correttive e le scadenze previste.

In una prima fase lo strumento approntato dal gruppo di lavoro è stato somministrato a un pool di professionisti operanti nei contesti sociali e sanitari territoriali, allo scopo di testare la chiarezza dei singoli item, l’applicabilità e la sostenibilità del percorso di valutazione negli specifici contesti lavorativi, e ad evidenziare eventuali carenze, sia relative alle sei aree sia ai requisiti che le caratterizzano. Ciò ha portato all’evidenza di alcuni punti critici rispetto alle sei aree e ai correlati requisiti. Le osservazioni, discusse nell’ambito del gruppo di lavoro, hanno consentito l’integrazione e modifica dello strumento ove necessario.

La struttura dello strumento riadattato prevede sei aree tematiche, rappresentative della complessità dell’ADI, con il relativo CORE che descrive in sintesi il significato che la singola area vuole esplorare.

Le sei aree sono di seguito elencate:

- “governance e organizzazione” che mette a fuoco la struttura gestionale e direzionale;
- “sicurezza e rischio clinico” che definisce strumenti e metodologie garantiti di un’assistenza domiciliare sicura;
- “profilo di ruolo, conoscenze e competenze” che descrive i requisiti minimi professionali e formativi delle figure che intervengono a domicilio;
- “comunicazione e informazione” che riguarda l’efficacia dello scambio di informazioni tra le organizzazioni e i cittadini;
- “strumenti di integrazione nei processi assistenziali”, che individua gli strumenti operativi necessari alla valutazione e presa in carico integrata del bisogno;
- “miglioramento e innovazione”, che rappresenta la capacità dell’organizzazione di evolvere e di ridefinire i propri percorsi a fronte dei diversi bisogni della popolazione.

(vedi Fig.1)

Complessivamente lo strumento è costituito da 26 requisiti con l’esplicitazione dello specifico obiettivo e del rationale, nonché delle evidenze per la soddisfazione di ogni requisito secondo il ciclo PDCA.

Sono schematizzati i criteri di valutazione delle evidenze (conforme, non conforme, non

Area 1 - GOVERNANCE E ORGANIZZAZIONE	
1.1	Pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto
1.2	Programmi per lo sviluppo di reti assistenziali
1.3	Definizione delle responsabilità
1.4	Valutazione della qualità dei servizi
1.5	Prevenzione dei disservizi e gestione delle segnalazioni
Area 2 – SICUREZZA E RISCHIO CLINICO	
2.1	Idoneità all'uso delle strutture e sicurezza nell'accesso a domicilio
2.2	Gestione e manutenzione delle attrezzature
2.3	Gestione dei farmaci e degli elementi nutritivi a domicilio
2.4	Valutazione e gestione dei rischi nei processi assistenziali
2.5	Sistema di segnalazione/gestione degli eventi indesiderati
Area 3 – PROFILO DI RUOLO, CONOSCENZE E COMPETENZE	
3.1	Profili di ruoli e di posizione
3.2	Programmazione e verifica della formazione necessaria e specifica
3.3	Inserimento e addestramento di nuovo personale
3.4	Competenze educative
Area 4 – COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	
4.1	Gestione delle informazioni
4.2	Comunicazione per la continuità assistenziale
4.3	Comunicazione interna e tra gli attori del sistema integrato
4.4	Informazione e comunicazione con i cittadini
4.5	Partecipazione delle persone e dei familiari/caregiver al progetto assistenziale
Area 5 – STRUMENTI DI INTEGRAZIONE NEI PROCESSI ASSISTENZIALI	
5.1	Accesso al sistema integrato dei servizi socio sanitari e assistenziali
5.2	Valutazione multidimensionale del bisogno
5.3	Progetto Assistenziale Individualizzato
5.4	Percorsi assistenziali integrati
Area 6 – MIGLIORAMENTO ED INNOVAZIONE	
6.1	Progetti di miglioramento
6.2	Valutazione e implementazione dell'innovazione tecnologica
6.3	Innovazione tecnico – professionale organizzativa

Fig 1-Lo strumento di valutazione

applicabile). Nell'ambito del percorso di accreditamento istituzionale si è concordato di considerare come "Essenziali" (E), cioè irrinunciabili, le fasi "plan e do" per ogni requisito, presupponendo che le successive fasi siano in esito di un processo di maturazione e sviluppo da implementare progressivamente nell'ambito di un percorso continuo di miglioramento (vedi Fig. 2).

Area 3: PROFILO DI RUOLO, CONOSCENZE E COMPETENZE					
L'organizzazione deve curare che l'operatore possieda, acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività					
REQUISITO 3.4	Competenze educative				
Obiettivi: sviluppare competenze educative del personale ai fini di favorire capacità di auto e autocura dei cittadini e dei caregiver.					
Razionale: lo sviluppo di competenze di cura e di auto-cura della comunità è uno dei cardini per il benessere dei singoli membri della collettività stessa. Attività rivolte al potenziamento di queste capacità sono parte delle funzioni core degli operatori. È necessario che l'organizzazione preveda quindi specifici programmi formativi con la finalità di sviluppare e potenziare le conoscenze e competenze della cittadinanza, dei caregiver e del singolo assistito che assume un ruolo centrale nel processo decisionale e nelle fasi assistenziali.					
Evidenze per la verifica del requisito			Situazione attuale		
Plus	L'organizzazione ha definito programmi formativi specifici per operatori per favorire la capacità degli stessi di promuovere percorsi di educazione terapeutica e di sviluppo dell'empowerment nei cittadini finalizzati al self-care.	E	C	NC	NA
Tri	Vi è evidenza dell'attivazione di percorsi formativi che prevedono l'acquisizione di metodologie di educazione terapeutica da parte degli operatori.	E	C	NC	NA
Check	Sono monitorate le conoscenze e competenze acquisite dagli operatori nei percorsi di educazione terapeutica.		C	NC	NA
Att	L'organizzazione sulla base dell'analisi dei dati valuta l'efficacia dei programmi di formazione e programma eventuali azioni di miglioramento.		C	NC	NA

Fig. 2 - Esempio di requisito dello strumento di valutazione

Considerazioni e conclusioni

Gli elementi dello strumento sono stati definiti considerando prioritariamente le caratteristiche proprie dall'assistenza domiciliare, ossia la centralità della persona e di chi l'assiste, da potenziare attraverso il costante riferimento alla dimensione educativa degli interventi. L'empowerment diventa elemento strategico della sicurezza e qualità dell'assistenza domiciliare come frutto dell'integrazione di attività svolte con il contributo dalle risorse formali ed informali coinvolte (31).

L'accreditamento istituzionale, pur non essendo strumento sufficiente di per sé a promuovere un miglioramento continuo dei servizi offerti, può configurarsi come il primo passo per definire i criteri minimi da soddisfare per un servizio di assistenza domiciliare di qualità (32-33). In particolare l'integrazione dell'applicazione del ciclo di Deming trasforma un percorso che tendenzialmente si configura come statico, in un

processo dinamico e circolare tendente pertanto al miglioramento continuo.

Lo strumento di valutazione proposto può rappresentare in questo senso l'avvio di un percorso di accreditamento di livello istituzionale per quei servizi dedicati alla domiciliarietà, sociali e sanitari, che non hanno ancora intrapreso in modo strutturato alcun processo di accreditamento (34-35). Lo stesso, dopo una fase di prima applicazione e nell'ottica di un miglioramento continuo dei servizi dedicati alla territorialità, potrà anche essere sviluppato ed implementato per essere reso più conforme e specifico.

L'esperienza effettuata dal gruppo si è rivelata particolarmente impegnativa in quanto ha preliminarmente richiesto una condivisione oltre che di linguaggio, di contenuti e valori risultando una occasione unica di confronto di professionalità, vissuti lavorativi ed esperienze diverse estremamente arricchenti per tutti i membri del gruppo.

Lo strumento, ai fini della validazione, verrà ulteriormente sottoposto ad analisi con il metodo del consenso (cosiddetto "consensus-based tool") attraverso la tecnica Delphi, modello revisionale sistematico e interattivo basato su input indipendenti di un panel di esperti selezionati che forniscono, attraverso vari round, opinioni su una specifica tematica fino al raggiungimento della versione o dell'opinione di convergenza e condivisa.

Lo strumento una volta validato verrà applicato in via sperimentale in alcuni distretti e servizi sociali appartenenti almeno alle tre regioni individuate per lo studio pilota.

Negli intenti degli autori la compilazione e l'autovalutazione dei requisiti sarà curata dai direttori dei distretti e dai responsabili dei servizi sociali dei comuni individuati, che a loro volta potranno essere coadiuvati rispettivamente da professionisti con funzioni di coordinamento e gestione all'interno delle singole organizzazioni (36).

Per ogni requisito pertanto sono previsti due punteggi distinti: uno riferito al requisito misurato dal Servizio sociale e uno alla valutazione dello stesso nell'ottica sanitaria. La lettura complessiva dei due risultati ottenuti rappresenta il valore di autovalutazione della qualità globale dei servizi, ed è finalizzata ad enfatizzare il concetto di integrazione dei servizi sociali e sanitari e ad analizzare in maniera unitaria la qualità dei servizi soprattutto nell'ottica del cittadino e di quanto complessivamente gli viene offerto.

La valorizzazione dei risultati parziali dei singoli requisiti indagati nell'ambito sanitario e in quello sociale permette ai servizi una lettura delle eventuali criticità e consente ai responsabili delle diverse organizzazioni di focalizzare con immediatezza le aree carenti e maggiormente suscettibili di miglioramento sulla base del ciclo di Deming. Ai fini di una più immediata lettura potrà essere considerata la modalità di rappresentazione del grafico Kiviat o a radar per le 6 aree con evidenza degli specifici requisiti.

Conclusa la fase di sperimentazione sarà possibile una revisione dello strumento per il suo progressivo miglioramento.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO NAZIONALE

- D.lgs. 30 dicembre 1992, n.502 in materia di “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”.
- D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 in materia di “Modifica al D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”.
- L.28 dicembre 1995, n. 549 in materia di “Misure di razionalizzazione della spesa pubblica”.
- D.P.R.14 gennaio 1997, in materia di “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private”.
- D.lgs.31 marzo 1998, n. 112 in materia di “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59”.
- D.lgs.19 giugno 1999, n. 229 in materia di “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419”.
- D.lgs.18 agosto 2000, n. 267 in materia di “Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali”.
- L. 8 novembre 2000, n. 328 in materia di “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali”.
- D.P.C.M.14 febbraio 2001 recante: “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.
- D.P.C.M. 30 marzo 2001 recante: “Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona”.
- D.P.R. 3 maggio 2001 in materia di “Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003”.
- D.M. 21 maggio 2001, n. 308, Regolamento concernente “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione all’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma della L. 8 novembre 2000, n. 328”.
- L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3 recante “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”.
- D.P.C.M. 29 novembre 2001 recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.
- Direttiva 2004/18/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004, “relativa al coordinamento delle procedure di aggiudicazione degli appalti pubblici di lavori, di forniture e di servizi”.
- D.lgs.12 aprile 2006, n. 163 in materia di “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE”.
- L. 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge finanziaria 2007).
- Direttiva Europea 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, “concernente l’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza transfrontaliera”.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Piano Nazionale della Cronicità, Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
2. Raccomandazioni ministeriali (numeri: 7,8,12,13,17)
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&cid=250&area=qualita&menu=sicurezza

3. Setti Bassanini MC. Accreditemento e sviluppo della qualità dei servizi. *Prospettive sociali e sanitarie* 2000; (20-22): 27.
4. O.M.S. ICF: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. *Organizzazione Mondiale della Sanità*. Trento: Erickson; 2002.
5. Apicella A, Banchieri G, Di Stanislao F, Goldoni L. (a cura di) *Raccomandazione SIQuAS 2012. La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario*. <http://www.agenas.it/aree-tematiche/organizzazione-dei-servizi-sanitari/programmazione-sanitaria-e-psr/integrazione-socio-sanitaria>.
6. Accreditation Canada International. *Pratiche organizzative obbligatorie*. Manuale 2016. Programma Qmentum International; versione 3, 2015
7. Catalano N, Pasquarella A (a cura di). *L'accreditamento*. Agenzia per i servizi sanitari regionali, Roma 2000.
8. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Health Literacy: Taking action to improve safety and quality*. Commonwealth of Australia 2014. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications/health-literacy-taking-action-to-improve-safety-and-quality/>, 2014.
9. Accreditation Canada International. *Pratiche organizzative obbligatorie*. Manuale 2016. Programma Qmentum International; versione 3, 2015.
10. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. *L'accreditamento delle strutture e dei servizi sanitari il quadro internazionale*. Monitor 2002 (2): 12-26.
11. Ghetti V, Stea S. L'uso strategico dell'accreditamento: una comparazione tra regioni. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2010 (16-17): 14-19.
12. Pesaresi F. L'istituto dell'accreditamento: quadro comparativo regionale. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2010 (16-17): 14-19.
13. Novelli D. *L'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi socio sanitari: le esperienze nelle regioni Sardegna e Veneto*. Venezia: Edizioni Genisidesign.com; 2008.
14. Regione Emilia Romagna – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Servizio Integrazione Socio Sanitaria e politiche per la non autosufficienza. *Progetto di affiancamento e accompagnamento dei servizi per anziani e disabili verso l'accreditamento verso l'accreditamento definitivo*. 2011. https://salute.regione.emiliaromagna.it/documentazione/rapporti/progetto_rer_accompagnamento_servizi.pdf
15. Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna, 2000, Pesì, Misure, Soglie nei processi di accreditamento. *Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento n.5*, <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/collane-cessate/sussidi>
16. ARSS del Veneto. *Definizione di un programma di accreditamento di eccellenza del Servizio Socio Sanitario Regionale*. 2007; 5.
17. Comunità Montana di Valle Camonica – Ufficio di Piano. *Accreditamento dei servizi socio assistenziali. Elementi di definizione e requisiti*. Piano di Zona, 2009/2011 http://www.cmvallecamonica.bs.it/Allegati/all_47371_Documento%20Accreditamento%20dei%20Servizi%20Socio%20Assistenziali-elementi%20di%20definizione%20e%20requisiti.pdf.
18. Assessorato ai Servizi Sociali Regione Veneto. *La strada del Sociale nel Veneto*. Venezia; 2013.
19. Battistella A, Previdi C. *Accesso al Welfare e accreditamento*. *Prospettive Sociali e sanitarie*. 2006; (20): 8-12.
20. Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. *The Expanded Chronic Care Model; An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model*. *Hospital Quarterly* 2003; 7(1): 73-82.
21. Battistella A. *Accreditamento Istituzionale: una sfida difficile*. Milano: IRS. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2001; 21.

22. Caponnetto S. L'accreditamento istituzionale: modello per la qualità o controllo formale. Università Cà Foscari, Venezia, Tesi di Laurea; 2014.
 23. Folgheraiter F, Donati P. Community care, Teoria e pratica del lavoro sociale di rete. Trento Centro Studi Erikson; 1991.
 24. WHO. Home-based long-term care. Report of a WHO study group. Technical Report Series; 898. Geneva: World Health Organization. whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_898.pdf, 2000
 25. WHO. Community Home-Based Care In Resource-Limited Settings. A Framework For Action. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/isbn9241562137.pdf. 2002
 26. WHO. Key Policy Issues in Long-Term Care. World Health Organization Collection on Long-Term Care. Geneva: World Health Organization. whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562250.pdf. 2003
 27. Agenas. Proposta di modello per l'accreditamento istituzionale delle strutture di assistenza territoriale extra-ospedaliera giugno 2015
 28. Tilli C. Valutazione di qualità e servizio sociale un connubio possibile? Rassegna di Servizio Sociale, 2003; 3.
 29. Zennarolla A. Costruire qualità sociale – Indicazioni teoriche e operative per lo sviluppo della qualità nei servizi Scienze Sociali, Solidarietà, Formazione. Milano: Franco Angeli; 2007.
 30. Elia P. Valutare la qualità dell'intervento sociale. Torino: Conedis; 2000.
 31. Fosti G, Tognetti S. Qualità e orientamento al cliente nei servizi di assistenza domiciliare per anziani. Milano: Franco Angeli; 2002.
 32. Brusaferrò S, Cambieri A, Cantaro S.P, La Pietra L, Marcolongo A, Mura I, Pascu D, Privitera G, Romano G, Tricarico P. La gestione del rischio clinico attraverso un approccio integrato: standard minimi per le organizzazioni sanitarie italiane Roma: Iniziative Sanitarie; 2013.
 33. Ranci Ortigosa E. La valutazione di qualità nei servizi sanitari. Milano: Politiche Sociali Franco Angeli; 2000.
 34. Ministero della Salute. La qualità del Servizio Sanitario Nazionale. In "Le risposte attuali del Servizio sanitario Nazionale". <http://www.rssp.salute.gov.it/rssp/paginaCapitoloRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=qualita&lingua=italiano>, 2011.
 35. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Direzione Centrale Salute, Integrazione Sociosanitaria e Politiche Sociali Area degli interventi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria, Servizio Sistema Integrato degli interventi e dei servizi sociali. Linee guida per la predisposizione del Piano di Zona. 2012.
 36. Garena G, Gerbo A.M. Qualità e Accredimento dei Servizi Sociali Elementi per la costruzione di un Manuale di autovalutazione. Rimini: Maggioli Editore; 2010.
- Ultimo accesso ai siti e link: 30 marzo 2019

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Serve anche un Piano Nazionale di Azione per il contrasto alle disuguaglianze nell'accesso al diritto alla salute, tenuto conto dello sviluppo tecnologico, dell'intelligenza artificiale, dei cambiamenti ambientali e della consapevolezza dei diritti da parte dei cittadini, dell'evoluzione delle competenze dei professionisti e dei nuovi ruoli attribuiti a tutti gli Ordini professionali.

Nella riunione del Consiglio dei Ministri n. 33 del 21 dicembre 2018 si è proceduto alla illustrazione delle intese concernenti l'autonomia differenziata ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione.

Tra le materie su cui sono attivabili ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia rientrano tutte le materie di legislazione concorrente tra le quali la tutela della salute e all'interno di questa le professioni sanitarie e sociali e tutto il personale.

È in corso un'intesa fra Governo e Regioni in merito alla maggiore autonomia da concedere alle stesse sulla base di un modello di regionalismo differenziato. Ancora non vi è stata condivisione con le Federazioni nazionali delle professioni sanitarie e sociali e nessuna valutazione di rischi/benefici è stata predisposta e valutata in modo uniforme per tutte le Regioni.

Le autonomie locali devono essere uno strumento che facilita l'erogazione dell'assistenza e non un ostacolo per l'universalità e l'equità del SSN; a tutti i cittadini va garantito il diritto alla salute, nello stesso modo e negli stessi termini, in ossequio agli articoli 3 e 32 della nostra Costituzione.

Le differenze regionali sono uno dei problemi maggiori del sistema sanitario nazionale e, secondo l'Ocse (rapporto divisione salute 2015 pubblicato a gennaio 2015), il sistema sanitario italiano è caratterizzato da un alto livello di frammentazione e mancanza di coordinamento dell'assistenza erogata dai diversi professionisti e da una bassa e disomogenea diffusione sul territorio nazionale; sempre secondo l'Ocse ci sono in Italia 21 sistemi sanitari regionali con differenze notevoli sia per quanto riguarda l'assistenza che gli esiti, con un elevato numero di pazienti che si spostano da regione a regione.

Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella il 12.12.2018 al termine del convegno "40 anni di Servizio Sanitario Nazionale 1978-2018" nel ringraziare gli operatori sanitari ha celebrato il SSN come esempio di eccellenza che ci pone all'avanguardia nella comunità internazionale e che è materia da mantenere e migliorare.

Il Ministro della salute Giulia Grillo ha ugualmente celebrato i principi fondanti del SSN esortando il Paese a lavorare per "sanare le intollerabili disparità tra le diverse aree" nell'accesso alle cure, precisando che la richiesta di maggiore autonomia deve necessariamente tener conto dell'assetto costituzionale esistente, i cui capisaldi sono rappresentati proprio dalla necessità di una tutela uniforme del diritto alla salute, dalla certezza che ogni cittadino" possa venire curato e assistito allo stesso modo indipendentemente da dove egli vive".

Il Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, Sen. Pierpaolo Sileri ha affermato che il SSN è stata un'enorme conquista e che l'impegno dovrà essere quello di eliminare storture per garantire l'accesso al pubblico in modo omogeneo in tutta Italia.

Dovrebbe essere promosso un regionalismo solidale per dare piena attuazione all'articolo 3 della Costituzione, che promuove l'uguaglianza dei cittadini e la solidarietà tra le Regioni così come previsto dall'art. 119 della Costituzione.

Si dovrebbe procedere alla revisione del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti, al fine di promuovere maggiore equità nell'accesso alle cure.

La garanzia del diritto alla salute non può essere affidata solo a criteri di utilità economica e dinamiche di mercato, perché deve invece fondarsi su "dignità e libertà", i due principi cardine del Servizio Sanitario

Nazionale che regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie.

Nella stessa direzione si sono espresse nel tempo sia la Commissione Affari sociali della Camera dei deputati che la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica: la prima affermando che per quanto riguarda il riparto costituzionale delle competenze tra lo Stato e le Regioni, appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale, la seconda sottolineando la necessità di uno sforzo per promuovere un sistema organico di strumenti di governance per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese.

LE FEDERAZIONI NAZIONALI DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI SI IMPEGNANO A

attivarsi, quali Enti sussidiari dello Stato, al fine di garantire una sempre maggiore equità nell'accesso alle cure e l'eguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio del diritto alla salute;

sostenere politiche efficaci per un adeguato finanziamento degli obiettivi di salute;

mettere a disposizione le loro competenze in collaborazione con le Istituzioni pubbliche, al fine della promozione, organizzazione e valutazione di percorsi formativi che sono alla base della rispettiva attività professionale per fornire il giusto contributo al progresso scientifico, culturale e democratico della nostra società;

proporre soluzioni e nuovi modelli di governance per un Servizio sanitario nazionale sempre più equo, solidale, sostenibile e universale per superare le disuguaglianze presenti nel Paese;

CHIEDONO

allo Stato, alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, di intensificare la collaborazione con le professioni sanitarie e sociali e i loro enti esponenziali, in quanto enti sussidiari dello Stato, al fine di assicurare un Servizio Sanitario Nazionale che garantisca effettivamente e uniformemente i diritti costituzionalmente tutelati dei cittadini, quale segno irrinunciabile di civiltà e di crescita sociale;

al Governo che siano rispettati i principi costituzionali di uguaglianza, solidarietà, universalismo ed equità che sono alla base del nostro Servizio Sanitario e ne confermano il carattere nazionale, garantendo la sostenibilità economica dei livelli essenziali di assistenza attraverso un coerente finanziamento del fondo sanitario nazionale;

al Governo di elaborare un'analisi rischi/benefici delle proposte di autonomia differenziata presentate dalle Regioni, al fine di misurare l'impatto di tali riforme sulla finanza pubblica, sulla tenuta di tutti i servizi sanitari regionali, sulla mobilità interregionale, sul ruolo di garante dei Livelli Essenziali di Assistenza del livello centrale, sui diritti dei pazienti e sull'equità dell'assistenza;

al Governo e al Parlamento di adottare iniziative per parametrare il fabbisogno regionale standard anche in base alle carenze infrastrutturali, alle condizioni geomorfologiche e demografiche, nonché alle condizioni di deprivazione e di povertà sociale, condizioni che inevitabilmente determinano variazioni anche sui costi delle prestazioni;

al Governo e al Parlamento di agire in modo da garantire il superamento delle differenze tra i diversi sistemi sanitari regionali anche mediante la definizione e implementazione di un Piano Nazionale di Azione per il contrasto alle disuguaglianze nell'accesso alle cure e all'assistenza;

al Parlamento di scongiurare il rischio che sia pregiudicato il carattere nazionale del nostro Servizio sanitario e di addivenire quindi alle decisioni migliori per garantire l'equità nell'accesso alle cure a tutti i cittadini, come presidio di democrazia e di civiltà.

Sulla base di quanto esposto

ESPRIMONO PREOCCUPAZIONE E SOLLECITANO

l'attivazione di un tavolo di confronto permanente tra le Professioni Sanitarie e Sociali, il Governo e le Regioni, in seno alla Conferenza Stato-Regioni, nel rispetto delle prerogative del Parlamento, esteso alla partecipazione delle organizzazioni dei cittadini;

la sottoscrizione con tutte le professioni sanitarie e sociali e l'attivazione in tutte le Regioni e secondo schemi omogenei condivisi dei recenti protocolli voluti dalle Regioni e le Province autonome che rappresentano un segnale positivo da parte dei responsabili regionali della volontà di mantenere universale e unico il Servizio sanitario e di instaurare un rapporto diretto con i professionisti che di questo fanno parte secondo le loro peculiarità professionali;

i cittadini di farsi parte attiva ponendo in essere iniziative per garantire il perseguimento degli obiettivi indicati nel presente documento e

INVITANO

Il Governo a porre al centro dell'agenda politica il tema della tutela e unitarietà del Servizio Sanitario Nazionale e a sollecitare le Regioni al rispetto dell'art. 2 della Costituzione che ricorda alle Istituzioni i doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale su cui deve fondarsi la vita del Paese, dell'art. 3 (eguaglianza dei cittadini) e dell'art. 32 della Costituzione (tutela della salute).

Roma, 23 febbraio 2019

Fnopi – Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

Fnomceo -Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Fno Tsmr-Pstrp - Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione

Cnop - Consiglio Nazionale Ordine Psicologi

Fofi - Federazione Ordini Farmacisti Italiani

Onb - Ordine Nazionale dei Biologi

Fnovi - Federazione Nazionale Ordini Veterinari Italiani

Fnopo - Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

Fncf - Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici

Cnoas - Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali

Finito di stampare nel mese di marzo 2019

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it

