

Regione Piemonte

ANCI

Piemonte

CIPES Piemonte

## **ATTI**

Primo Convegno "Città Sane Piemonte"

organizzato presso il Comune di Torino

**10 giugno 2003**



## **SANTE BAJARDI**

Stiamo avviando una fase nuova nella presenza dei comuni piemontesi, nella rete italiana ed europea di “Città Sane”, promossa dall’Organizzazione mondiale della Sanità negli anni ‘80. Sono passati quindici anni e non a caso, a Belfast, nell’autunno, nell’ambito della Conferenza Internazionale ci sarà una riunione sui quindici anni di esperienze compiute da Città Sane.

In Piemonte dobbiamo riflettere sul passato, perché prima del 2001, i comuni piemontesi aderenti alla rete italiana erano 8, ora aderiscono all’Associazione Nazionale, fondata nel 2001, tre comuni piemontesi: Valenza, Vercelli e Biella. Ci saranno anche problemi soggettivi e di lavoro, ma a me non pare questo essenziale. Per me sono prevalenti gli aspetti oggettivi. In Piemonte abbiamo 1204 comuni, di questi, con oltre 5000 abitanti sono circa 130, mentre oltre 600 hanno meno di 1000 abitanti.

I consiglieri comunali, in Piemonte, sono oltre 20.000, un esercito! una cifra imponente di persone, da coinvolgere, ma con grande differenza di ruoli, competenze e di risorse degli amministratori comunali di questi 1204 comuni. E non a caso, da questa grande diversità tra i comuni, è sorta anche l’associazione dei piccoli comuni, proprio per tenere conto di queste peculiarità. Da questa realtà noi siamo partiti proponendo l’ipotesi di lavoro, di raggruppare i comuni ad una dimensione già esistente, proponiamo i distretti sociosanitari, per i quali nel piano sociosanitario regionale, si prevede un ruolo specifico per i comuni che ne faranno parte. Saranno quindi 56 i distretti, più le dieci circoscrizioni a Torino, con una popolazione media attorno ai 70.000 abitanti: il comune medio degli aderenti attualmente a “Città Sane”, però questi distretti, hanno un numero di comuni, che varieranno da 1, nel distretto di Venaria, a 63 comuni, nel distretto di Alba. Vorremmo considerare questo un fatto unitario, attribuendo al comune più strutturato un ruolo di primus inter pares, comuni che lavorano assieme in quella realtà territoriale. Una sede di lavoro comune a livello politico e tecnico, che si autoregolamenta e si auto organizza. Sostanzialmente una scommessa di lavoro integrato.

Ciò detto un caldo ringraziamento alle autorità, che sono stamani con noi.

## **MARIO CARZANA**

L’Assessore alla Sanità D’Ambrosio prega di giustificare la propria assenza in quanto impegnato con il Presidente della Regione in IV

Commissione per discutere importanti programmi regionali di cui i giornali danno ampia notizia questa mattina.

Il presidente del CIPES Sante Bajardi richiamava l'attenzione su vicende che sono sotto gli occhi di tutti, ed è proprio su queste che si concentreranno le attività che Regione, CIPES, ANCI si apprestano a fare nell'ambito dello sviluppo del progetto della rete "Città Sane" in Piemonte. Bajardi richiamava anche le difficoltà di questo processo: citarle è un fatto oggettivo dovuto tra l'altro alla frammentazione, che è certamente una ricchezza, ma anche una difficoltà del tessuto istituzionale piemontese. Ciò significa l'esistenza di molti comuni, parecchio personale politico, esigenze molteplici, complessità da considerare e tenere insieme. La strada scelta dal CIPES e dall'ANCI, condivisa dalla Regione Piemonte valorizza proprio queste diversità, cercando di coglierne le strutture di integrazione, che costituiscono la premessa per il successo.

In questa direzione non possono che andare i Piani Sanitari Regionali, che la commissione si appresta a discutere, focalizzando l'attenzione su alcuni elementi centrali su cui si fonda il servizio sanitario nazionale. Tra questi, certamente il distretto che costituisce il fulcro dell'assistenza sanitaria e della politica della promozione della salute e in questo senso l'accento posto da Bajardi sul ruolo dei distretti e sul loro collegamento con il progetto "Città Sane" è una scommessa che può risultare decisiva e vincente.

Non mi nascondo che una parte di rilievo nel sollecitare la Regione Piemonte ad aderire a "Città Sane" è stata svolta dal CIPES e quindi da Bajardi e Briziarelli; diciamo che i loro stimoli sono caduti su un terreno già ampiamente sensibile e fertile nell'affrontare l'argomento.

L'approccio con cui aderiamo a "Città Sane" tenta, per così dire, di aumentare il tasso della "cultura della salute", cioè di quel modo di affrontare temi, problemi e politica di settore nell'ottica della produzione di salute che, al di là dell'intenzione, vengono alimentate. Una cultura della salute, che deve essere presente anche nei soggetti e nei contesti là dove spesso si producono determinanti e cause delle malattie o comunque del disagio che ricadono poi sul servizio sanitario nazionale, reso colpevole di situazioni che non gli competono se non per l'aspetto della cura.

Aderire ai programmi dell'OMS e a Città sane in particolare non vuole però dire concorrere ad un esercizio esclusivamente culturale, bensì prevedere le modalità attraverso cui le nuove conoscenze ricadono e sono perciò trasferite nei programmi della sanità pubblica. Una discussione quindi che va oltre gli esperti e professionisti della salute, ma che deve

invece coinvolgere i decisori politici e strategici: Direttori Generali AA.SS.LL. in primo luogo e, ancora, delle e coloro che vengono definiti nel mondo anglosassone *stake holder*. Consentitemi ora una piccola parentesi personale che vuole anche essere un ringraziamento all'amico Sante Bajardi: è grazie al ruolo che egli ha svolto nel passato in quanto amministratore regionale, che ci siamo aperti anche personalmente a considerare l'organizzazione sanitaria con un approccio che ha saputo cogliere di questa principalmente gli aspetti relativi ai diritti alla salute dei cittadini.

In Piemonte abbiamo avviato queste considerazioni proprio con Sante Bajardi qualche anno fa. Ora questo patrimonio deve trovare una strutturazione nei documenti, nei piani socio sanitari a venire, pena rimaner confinato in un recinto culturale senza ricadute sui servizi. Proprio questo si sta cercando di fare a livello amministrativo, proponendo alla politica e ai suoi decisori questo decisivo cambio di prospettiva.

Con il suo intervento l'Assessore D'Ambrosio si dimostra consapevole di alcuni dati di fondo: non solo la sanità deve concorrere alla salute dei cittadini, ma una sanità che deve e vuole farsi efficace ed efficiente, non può prendersi carico totale dei problemi della salute bensì sostenerne le ragioni nella comunità.

Per la salute, infatti, grande rilevanza rivestono gli stili di vita e le politiche settoriali. Anche gli incidenti stradali o quelli domestici possono essere collocati nella sfera della salute, ci ricorda l'assessore D'Ambrosio, una sanità attenta promuove una politica di promozione della salute e di prevenzione, ma richiama anche altri settori che devono fare la loro parte. E quando si parla di incidenti stradali ci si riferisce ai sistemi e alle strutture della viabilità e, nel caso specifico al lavoro che stiamo, in collaborazione con altri assessorati facendo per migliorare lo stato complessivo della viabilità piemontese.

Sempre l'assessore ci ricorda che quando si parla di incidenti domestici, occorre far riferimento alle strutture edilizie, alle norme di sicurezza che vigono, non sempre rispettate per gli interni di ogni abitazione.

Solo politiche di ampio respiro, che guardino a tutti i momenti della vita economica e produttiva, rappresentano la grande riserva di salute e ci permettono di aumentare l'attesa di vita, in condizioni accettabili e senza investimenti aggiuntivi.

Il progetto "Città Sane" ha trovato nella Regione un terreno fertile, in quanto da anni la Regione stessa è attiva nella proposizione delle politiche conosciute sotto il programma di Promozione Salute Piemonte, che nasce da queste intenzioni, e l'assessorato alla Sanità, ci dice D'Ambrosio, farà

la sua parte concreta. In particolare lavoreremo per un distretto che dovrà avere nel medico di famiglia un centro nodale sul quale sviluppare la sanità attraverso un sistema informatico in rete, capace di snellire le tanto e a ragione criticate liste di attesa. In questo senso i programmi regionali già contengono idee forti, come ad esempio l'azione svolta per organizzare la formazione a distanza nei confronti dei medici di base.

La nostra Regione, insieme all'ANCI Piemonte e al CIPES Piemonte, sta assumendo un ruolo importante per la salvaguardia della salute con particolare riferimento alla proposta di stili di vita più rispondenti alle attuali esigenze della comunità piemontese. Credo che tutta questa azione, che la Regione Piemonte intende supportare, sia resa possibile dai soggetti che partecipano al progetto e che ci consentono di affrontare con un approccio scientificamente corretto questi problemi. Voglio citare alcuni relatori che e interverranno successivamente, e in particolare il professore Briziarelli, con il quale la Regione Piemonte ha collaborato, le strutture di ANCI e Federsanità, che favoriscono il collegamento tra gli Enti Locali e le Aziende sanitarie senza le quali questo progetto non sarebbe realizzabile, e un ringraziamento in questo senso va al presidente Rabino, che ci da modo di svolgere questo lavoro. Grazie.

## **MARIA PIA BRUNATO**

La Provincia di Torino, da qualche anno, con un grosso stimolo e pungolo da parte del CIPES, ha deciso di affrontare il tema delle proprie politiche e le politiche a supporto dei piccoli comuni, della salute, nell'ottica che è già stata sottolineata attraverso gli stili di vita, attraverso politiche che sembrerebbero non centrare con la salute ma in realtà sono fondamentali per la salute, pensiamo alla viabilità, che è una delle competenze più importanti della Provincia, all'ambiente, che adesso è diventata una delle competenze più importanti della Provincia, pensiamo al lavoro, che è stato trasferito anche alla Provincia, quindi anche una corretta applicazione delle politiche di salute della legge 626, nell'ambito delle aziende e del lavoro, passa attraverso la Provincia.

Il risultato che abbiamo ottenuto in questi anni, oltre a una serie di progetti, è stato proprio che da un lato stimolare i colleghi a rivedere nell'ottica della salute le proprie politica, dall'altro è stato quello di incominciare a confrontarci con il territorio, i sindaci in particolare ma i consorzi socioassistenziali, nel trasformare le loro politiche in politiche di salute. Io banalizzo sempre un po' dicendo che partecipando alle varie riunioni indette dall'assessorato alla Sanità, per consultare il territorio circa

i vari atti, ci sono momenti in cui da parte dei sindaci, tranne alcuni particolarmente attenti, la rivendicazione è sempre quella ospedale sì ospedale no. Senza nessun tipo di sensibilità rispetto a tutte quelle che invece sono le politiche sanitarie e le politiche di salute. La Provincia di Torino ha voluto porsi come tutore dei sindaci rispetto a questo tipo di sensibilità. Abbiamo commissionato alcuni studi al servizio Epidemiologico della Regione, che ce li ha fatti pagare, quello che c'è presso l'ASL 5, e abbiamo quindi fornito i dati di salute della condizione dei cittadini della provincia ai vari sindaci. In alcuni casi questi dati sono stati ben utilizzati e soprattutto i comuni più grandi hanno incominciato a ragionare in termini di salute, sui comuni più piccoli il lavoro è ancora lungo da fare.

Mi pare che rispetto a quanto ci diceva Bajardi che il nodo è arrivato al pettine, nel senso che se l'ambito delle città sane, che voi proponete in Piemonte è quello che corrisponde ai distretti, in questo momento è in discussione finalmente la legge regionale di applicazione di riforma dell'assistenza, la legge nazionale 328, prevede dei provvedimenti regionali di applicazione, nell'ambito della legge regionale, sono previsti i piani di zona. I piani di zona dovrebbero essere quelli che secondo me, avendo una formazione urbanistica, dovrebbero essere i piani regolatori, a questo punto non solo più del sociale, ma degli stili di vita e delle condizioni di salute dei cittadini. La coincidenza di ambito territoriale tra il distretto sociosanitario, il consorzio assistenziale, quindi tra il piano delle "Città Sane" e il piano di zona, potrebbe essere il felice momento in cui il territorio, per ora parlo della provincia di Torino ma auspichiamoci di tutta la regione Piemonte, in cui la regione Piemonte diventa davvero un esempio nazionale perché tutti i vari stimoli hanno coinciso nell'ambito di uno stesso ambito territoriale.

Nei nostri vari incontri ci pare che la consapevolezza della sovrapposizione di ambito territoriale, e di politiche tra sanità e il sociale manca un po'. Nelle varie riunioni o c'è l'assessore D'Ambrosio o c'è l'assessore Cotto o non ci sono nessuno dei due, gli interlocutori dovrebbero essere entrambe, in eguale misura, e con pari dignità. Questo mi sembra non ancora sufficientemente "digerito" da parte della Regione Piemonte: come Provincia e come amministratore mi sembra che l'apporto che posso portare a un convegno di esperti, più che un saluto e un fronzolo, volevo fare un intervento più di contenuto. Rispetto ai progetti parlerà il dottor Neirotti, però io sono sicura che il numero delle persone presenti, le professionalità presenti, possono essere di grande stimolo per tutti noi amministratori per continuare su questa strada. Grazie.

## **SILVIO AIASSA**

Vi porto il saluto dell'ANCI Piemonte e approfittando anche della presenza dei colleghi quali il dottor Mengozzi, che è presidente di Federsanità Toscana, anche quelli di Federsanità Piemonte. Come Federsanità ANCI viviamo qualche difficoltà. Conduciamo comunque sempre con un lavoro in sinergia, portando avanti i problemi dei comuni e della sanità regionale. Probabilmente, in qualche momento, come ha accennato l'Assessore provinciale, ci sono delle fatiche a cui noi, in particolare, ci accingiamo. Credo che però queste fatiche siano capite, in quanto il lavoro dei sindaci in ANCI è assolutamente di puro volontariato, portando le proprie esperienze. Credo che il collega, sindaco Cappelletto, di un comune che ha poco più di 5000 abitanti, ci parlerà, molto meglio di quanto potrei io, di questo problema.

Noi, pur con fatica, con il collega vicepresidente De Maria, stiamo seguendo questi argomenti. Non vi rubo dell'altro tempo, ci sarà l'occasione per approfondire alcune tematiche. Tra di noi c'è la presenza della Lega delle Autonomie e di tanti altri colleghi, che con ANCI Piemonte collaborano a verificare le varie problematiche sia del socioassistenziale sia del sociosanitario. Grazie.

## **GAETANO CAPPELLETTO**

Ringrazio gli organizzatori di questo convegno, il CIPES Piemonte, in particolare l'amico Sante Bajardi, di questo gentile invito per presentare una riflessione sull'impatto del progetto "Città Sane" nei piccoli comuni, in modo particolare nel mio comune Zero Branco. Evidentemente questo invito mi è stato rivolto in qualità di sindaco che anni fa deliberò di adottare il progetto dell'OMS, era l'anno 1996, ma anche in qualità di medico, che è anche segretario nazionale della società italiana di medicina di famiglia e di comunità. Devo dire subito che tento di descrivere l'impatto di tale progetto nel mio comune, dove per 40 anni ho esercitato la professione di medico condotto, dove ho vissuto culturalmente da professionista, direttamente coinvolto, gli emozionanti cambiamenti talora anche sconvolgenti, provocati dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale in Italia. Ricordo che la riforma sanitaria del 1978, ha trasferito al nuovo servizio nazionale le tradizionali responsabilità dei comuni in materia socio-sanitaria. E, conseguentemente, ha determinato la soppressione delle condotte mediche, ostetriche, veterinarie e dei servizi

comunali di igiene e profilassi, che fino ad allora avevano costituito i cardini dell'assistenza. Si è aperta così la strada a nuove forme di assistenza sanitaria primaria, che la conferenza mondiale dell'OMS, svoltasi nel 1978, ha rivendicato come centro e fulcro dei futuri sistemi sanitari. Per tanto, in quel periodo, ho preso coscienza del nuovo concetto di salute, quel concetto che anche oggi verrà ricordato nel corso del convegno. Allora, io, da medico, avevo focalizzato la mia attenzione sulla salute considerandola quasi soltanto un'assenza di malattia e di infermità, però in quanto a medico condotto, coinvolto anche nella soluzione dei problemi ambientali del singolo cittadino e della comunità, con ripercussioni sul loro stato di salute fisica, mentale e sociale, mi fu facile recepire il nuovo concetto di salute.

Il dibattito politico e scientifico che accompagnò e seguì la riforma sanitaria nel nostro Paese fece nascere all'interno dell'Associazione nazionale dei medici, allora condotti, un movimento culturale e politico-scientifico, che portò a delineare il profilo professionale di un nuovo medico del servizio sanitario, da noi concepito come il logico successore del medico condotto, in versione moderna. Mi riferisco alla nuova figura del medico di comunità, funzionale per l'assistenza sanitaria primaria, modernamente concepita, e anche perché reso idoneo scientificamente e culturalmente alla coordinazione ed eventualmente alla gestione di un distretto. Le cose che dico probabilmente interessano in modo particolare la classe medica (penso che ci siano altri medici fra noi) e ancor più per il rapporto che questa figura di medico può avere con il servizio sanitario nazionale, quindi anche con la "Città Sana".

Il progetto di "Città Sana" per la promozione della salute nelle aree urbane fu adottato nel 1987 dai comuni di Padova e Milano, da allora cominciai a seguire con interesse lo sviluppo delle strategie che venivano proposte per la politica della salute. Eletto sindaco ne proposi l'adozione nel mio comune, perché vidi, in quel progetto, la possibilità di un forte recupero dei comuni nel processo di tutela e di promozione della salute della popolazione, e mi sembrò di vedere la possibilità di recuperare, in veste moderna, i legami necessari fra l'amministrazione comunale e la popolazione per la loro attuazione. Questa premessa mi è sembrata necessaria anche per spiegare la peculiarità della personale esperienza rispetto a quella di numerosi altri sindaci di piccoli comuni, che hanno in questi anni deliberato di adottare il progetto dell'OMS sulla base di processi motivazionali differenti probabilmente dal mio.

Qual è stato l'impatto del progetto, quali sono stati gli ostacoli e le difficoltà incontrate per la sua applicazione?

Io non porterò dati o statistiche, perché il piano di salute di Zero Branco lo stiamo realizzando e sarà pronto a fine anno. Abbiamo già sentito però che molti strumenti per la promozione della salute sono nelle mani dei comuni: l'edilizia, il piano regolatore generale, il mercato, il traffico, la viabilità, gli spazi verdi, le strutture sportive, i servizi sociali, le aree industriali, artigianali, residenziali, i servizi culturali, scuole e biblioteche. Perciò sono necessari l'integrazione e il coordinamento di questi servizi e di essi con quelli sanitari.

Qualsiasi comune o città, piccola o grande che sia, può essere sana se si realizzano azioni coordinate tra tutti i settori, se c'è la volontà di migliorare continuamente, accompagnando la civitas, nel suo processo di evoluzione. Se c'è impegno per la salute pubblica, se si persegue una politica che comporti il coinvolgimento partecipativo della comunità locale per migliorare gli stili di vita e la qualità degli ambienti fisici sociali, economici e occupazionali.

L'idea "Città Sana", suggerita dal titolo del progetto OMS, adottato anche dal mio comune, fu rapidamente recepita. L'idea piacque subito, ma devo dire con sincerità, che all'inizio non fu presa alcuna iniziativa di tipo formativo sui contenuti e sulle metodologie indicate nel progetto. Sono stati organizzati dall'amministrazione comunale alcuni congressi allo scopo di fare conoscere e informare sulla nuova cultura della salute su argomenti sempre connessi al concetto di città sana:

nel 1996 "Città Sana per una migliore salute pubblica";

nel 1999 "Pianificazione urbanistica e città sane per la promozione della salute e lo sviluppo sostenibile";

nel 2000 "Scuola, famiglia, comune, per la promozione della salute";

nel 2001 "La medicina di comunità verso nuovi modelli assistenziali";

nel 2002 "Il ruolo del volontariato nella società moderna".

Solo oggi è in fase di programmazione la non semplice attuazione del profilo di salute della città, basato sulla identificazione di indicatori dai quali deriverà la necessità di realizzare i prerequisiti della salute e la formulazione di un piano comunale, che deve essere integrato con il piano regolatore generale in modo da progettare interventi, che non tengano soltanto conto di norme tecniche di edilizia e di urbanistica, ma anche e soprattutto di ogni provvedimento atto a promuovere la salute: quindi ad esempio il verde pubblico, l'illuminazione, l'inquinamento, gli ambienti scolastici, la viabilità e la segnaletica stessa, orizzontale e verticale, le aree a parcheggio, le aree per le attività produttive artigianali industriali commerciali, il tessuto urbano.

La deliberazione comunale ha messo in alto la salute nei processi decisionali. Si pensa alla salute tenendo in prioritaria considerazione il raggiungimento di prerequisiti.

Qualche esempio di quanto abbiamo fatto recentemente, in modo molto semplice: il problema degli immigrati, degli extracomunitari, è un problema che assilla un po' tutti, quindi anche noi; sappiamo che devono essere perseguite iniziative e realizzazioni tali da raggiungere i prerequisiti indispensabili alla tutela della salute: la pace sociale, il cibo, l'acqua, l'istruzione, il posto di lavoro, l'ecosistema.

Esiste in modo particolare la richiesta di un'abitazione decente, la sua mancanza rappresenta uno dei più frequenti motivi di malessere sociale ed è un grave problema igienico-sanitario. L'amministrazione comunale ha deciso di destinare all'Associazione Industriali della provincia di Treviso un'area comunale per la costruzione di alloggi destinati a immigrati lavoratori regolarmente assunti, consapevole che la disponibilità di un'abitazione rappresenta uno dei prerequisiti della salute. Una partnership fra pubblico e privato, che oggi è indispensabile se si vogliono raggiungere determinati obiettivi. Per lo stesso motivo e per corrispondere ad un altrettanto necessario prerequisito, che è quello dell'equità, sono stati decisi interventi per l'insegnamento della lingua italiana alle mogli e ai figli dei lavoratori stranieri, con la consapevolezza che per la pari opportunità di accesso ai servizi, e per la loro integrazione sociale e lavorativa, è necessario che sappiano comunicare. Altro esempio che posso portare di programmi e deliberazioni intesi alla promozione della salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale: è una RSA, una residenza sanitaria assistita in fase di realizzazione, capace di 116 posti letto per non autosufficienti, per lo più anziani, progettata per nuclei di 25 ospiti, e destinata anche ad accogliere casi limite (malati terminali). Possiamo attuare questa RSA grazie alla generosa disponibilità finanziaria della Fondazione Cassamarca, che costruisce questa struttura, del costo di circa 30 miliardi delle vecchie lire, su terreno reso disponibile dall'Amministrazione C.le. Nella stessa zona esistono già un CEOD per handicappati, un centro diurno e un centro di riposo per anziani, con un reparto per ricoveri permanenti limitato a 16 posti letto. Tutte iniziative che rientrano nell'ottica di cui stiamo discutendo.

La pace e la sicurezza urbana sono anche questi prerequisiti per la salute; abbiamo quindi dato inizio alla costruzione della nuova caserma dei carabinieri; evento solennizzato il 7 giugno con la posa della prima pietra. Inoltre è in atto una regolamentazione dei rapporti fra vigili urbani e operatori di protezione civile. Sto elencando, come vedete, delle iniziative

concrete, quello che anche in un comune medio piccolo si può fare, se si vuole fare; fra cui quindi anche una regolamentazione dei rapporti fra vigili urbani e operatori civili non solo per le emergenze, ma anche per una maggiore sorveglianza nel territorio comunale anche durante le ore notturne e la domenica. Ciò ha procurato una maggiore sicurezza sulle nostre strade e negli stessi cittadini, prerequisiti anche questi del benessere, cioè della salute. A tale scopo vengono anche organizzati corsi di educazione civica parascolastica per i giovani, corsi di educazione stradale nelle scuole per la cultura della sicurezza, con intervento didattico dei vigili urbani, corsi di karate per l'autodifesa, soprattutto per le donne. E' esemplare di ricerca di benessere sociale, nel mondo giovanile, l'attivazione del centro giovani, che vive di una sua attività autonoma ma controllata, in una sede privilegiata il promotore di officine culturali: teatro, fotografia, musica e altro. Esempio di città sana è anche l'acquisizione di una villa settecentesca, che è il centro socioculturale, in cui viene realizzata una intensa attività programmata durante tutto il corso dell'anno. Nella stessa area, se sarete ospiti di Zero Branco, vedrete la realizzazione, di un teatro-auditorium e di una nuova biblioteca. Tutte queste iniziative e quelle promosse dalle circa 50 associazioni di volontariato, presenti nel comune di Zero Branco, che hanno anche una funzione di sussidiarietà, sono rivolte alla promozione dei più sani stili di vita della popolazione, e sono anche programmi rivolti allo sviluppo di un vasto supporto all'ambiente sociale e all'ambiente economico, in una città prevalentemente agricola ma in fase di incremento, moderato e controllato, industriale e artigianale. Abbiamo provveduto alla riqualificazione del centro urbano alla regolamentazione disciplinata del traffico e della viabilità; anche noi abbiamo fatto il nostro PUT, pur se in continua evoluzione, dimostrando un'ulteriore azione di promozione e tutela della salute, come lo sono il piano comunale per l'inquinamento acustico, già realizzato, legato alla viabilità, per l'inquinamento elettromagnetico, con la mappa delle linee di media e alta tensione che percorrono il nostro territorio, e il piano idrico comunale con la partecipazione del Consorzio di Bonifica Dese-Sile (abbiamo infatti avuto degli episodi di esondazione non indifferenti).

So benissimo che molte iniziative, che possono sembrare più o meno simili, si trovano anche in altri comuni, tuttavia credo che la visione dei problemi di promozione della salute, fatta in modo globale, olistico, seguendo le strategie suggerite dall'OMS, possa consentire di identificare soluzioni più razionali e soddisfacenti, con maggiore sicurezza. La intersettorialità, secondo l'esperienza del mio comune, non ha finora

incontrato difficoltà a livello politico, mentre non appare altrettanto fluida la disponibilità alla intersettorialità operativa, perché, a mio parere, esistono ostacoli di una difficoltà al lavoro di insieme per la diversità delle professionalità, dell'estrazione culturale, del linguaggio, che esistono tra gli operatori di settori diversi. Benché i servizi siano nel nostro comune fisicamente vicini e non a chilometri di distanza, come accade nelle grandi città, ognuno ha la tendenza a lavorare un po' per conto proprio, esiste la percezione del potere nel proprio ambito, e non è facile cambiare il modo di pensare e anche quello di operare, anche se il nostro direttore generale riunisce in assemblea periodicamente i funzionari e i collaboratori ai vari livelli, creando in tal modo le condizioni per un possibile dialogo di intersettorialità operativa.

La partecipazione della comunità locale al processo di promozione della salute, seppure in fase di elevazione, mi sembra limitata. E' un problema di informazione e di diffusione della nuova cultura, ma devo anche ammettere che il nostro impegno a stimolarla è stato per lo più occasionale, anche perché non abbiamo trovato seri ostacoli nei rapporti con la comunità. Mi propongo di considerare e di far considerare con maggiore attenzione ai miei collaboratori questo aspetto, perché riconosco che stimolando e facilitando una maggiore partecipazione attiva della comunità, si potrebbe far crescere la soddisfazione nell'opinione pubblica con tutti i conseguenti vantaggi, compresa una migliore percezione soggettiva della qualità della vita, se partecipata.

Quindi, secondo la mia valutazione, il progetto "Città Sana" ha avuto un impatto che considero notevole nel mio comune, che potrà essere ulteriormente sviluppato con un incremento del livello culturale sul concetto di salute, di partecipazione della popolazione e di operatività intersettoriale della civica amministrazione. Il progetto "Città Sane" è un esempio di autentica ecologia umana. Grazie.

## **FRANCESCO SCHINO**

La qualità della vita delle città è inscindibilmente connessa a quella dei cittadini. L'attenzione delle comunità locali e di organizzazioni nazionali ed internazionali è sempre più incentrata sui rapporti esistenti fra la salute degli uomini e la salute dell'ambiente in cui viviamo. Le "malattie" della città, delle campagne e dell'intero pianeta Terra si trasmettono agli uomini, che ne sono, di volta in volta, vittime o responsabili. Una nuova coscienza ecologica impone interventi adeguati a preservare la qualità della vita ad ogni livello.

Un approccio di tipo sistemico può consentire di valutare meglio i problemi esistenti a livello globale per affrontarli più efficacemente a livello locale. Applicare un approccio sistemico allo studio di una città significa osservare la città in termini di sistema. La città come sistema presenta una struttura complessa composta da un insieme di elementi rappresentati da residenti e quartieri, in stretta interazione tra loro.

In particolare, ogni città presenta le caratteristiche di un supersistema, in quanto gli elementi che concorrono alla sua formazione sono, a loro volta, dei sistemi. Se osservassimo singoli quartieri della città o gruppi di essi (circoscrizioni), trascurando gli altri, otterremmo un sistema parziale o sottosistema del supersistema città. Allo stesso modo, ogni città è un sistema parziale dei supersistemi provincia, regione e nazione.

Poiché tra gli elementi che concorrono alla formazione del sistema città intercorrono relazioni di diversa specie (relazioni economiche, politiche, culturali, amministrative ecc.) la città può definirsi un polisistema. Se l'analisi, ad esempio, si sofferma sulle relazioni di carattere politico, ignorando le altre tipologie di relazioni che avvincono gli elementi che concorrono alla formazione della città, si realizza un sistema estratto del polisistema originario, vale a dire il sistema politico cittadino.

La città, come la Terra, è un vero e proprio organismo vivente. In quanto tale, essa è un sistema aperto attraversato continuamente da flussi di materia, energia ed informazioni provenienti dall'ambiente che la circonda. La città trasforma al suo interno ciò che entra e immette nuovamente nell'ambiente i prodotti di trasformazione. La città è un sistema che presenta fenomeni non lineari, per cui la variazione dell'output in uscita non è proporzionale a quella dell'input in ingresso nel sistema. In tal modo, il comportamento del sistema città è "emergente", nel senso che presenta proprietà e caratteristiche strutturali e funzionali differenti rispetto a quelle derivanti dalla somma dei comportamenti delle parti che lo compongono. L'immagine della città, dunque, non si costruisce per addizione di pezzi separati, ma attraverso continue interazioni non lineari originate da sinergie, conflittualità, differenze, alterità tipiche di una descrizione sistemica della realtà urbana.

La città, come ogni sistema, presenta un confine che nelle città storiche è ancora ben evidente e rappresentato dalle mura. Grazie al confine che la delimita, la città conserva la sua autonomia ed identità. Il confine determina le condizioni strategiche di appartenenza e/o estraneità al sistema, compiendo un processo di distinzione tra ciò che è ascrivibile alla struttura della città e quello che, invece, fa parte dell'ambiente del sistema. Ogni città, dunque, è parte dell'ambiente di altri sistemi (altre città). Gli

scambi fra la città ed il mondo esterno avvengono attraverso “porte” materiali ed immateriali.

Come ogni organismo vivente, la città nasce e conosce una data di fondazione. La nascita di una città non è riducibile ad un puro evento territoriale, ma è innanzitutto il risultato della sedimentazione di credenze, valori e norme vigenti in una comunità al momento della fondazione.

In passato, il fondatore della città era considerato un “predestinato”, colui che folgorato dalla rivelazione della volontà divina, indicava con fermezza il luogo in cui sarebbe sorta la nuova città. Il fondatore-augure, interpretando il messaggio divino, disegnava il confine della città. Il mito di fondazione ha notevole incidenza sull’identità collettiva di una unità urbana e la celebrazione delle feste popolari tradizionali rappresenta la principale occasione di rinnovamento delle credenze originarie.

Al pari di ogni organismo vivente, la città cresce e nel tempo, comportandosi come sistema autoreferenziale, attinge dal proprio ambiente gli input necessari ad attivare quei processi interni che consentono una riproduzione espressa in termini di espansione e accrescimento della propria complessità. I processi di urbanizzazione ed urbanesimo ne sono una conferma evidente.

Infatti, se è vero che la città è l’espressione di una civiltà superiore rispetto a quella dei borghi e dei villaggi, è altrettanto indiscutibile che nel XIX secolo, solo il 10% della popolazione mondiale risiedeva nelle città. Solo nel XX secolo, a ridosso degli anni cinquanta, dapprima nei paesi industrializzati e, a seguire, anche nei paesi in via di sviluppo, ha inizio quel processo di urbanizzazione caratterizzato dallo spostamento di ingenti masse di popolazione dalla campagna verso le città, molte delle quali diventano megalopoli e per le quali è preferibile adottare l’accezione di *sistema urbano* piuttosto che quella, decisamente restrittiva, di città. Al semplice mutamento quantitativo della popolazione che abita le città, conseguente all’urbanizzazione, si sviluppa, seguendo un andamento circolare, la diffusione di valori, atteggiamenti e comportamenti esplicitivi di una cultura nuova e omologante, tipica della grande città, etichettata “urbanesimo” dalla letteratura socio-antropologica urbana.

Come ogni organismo vivente, la città respira (i parchi verdi sono i polmoni della città), si alimenta (i consumi della città) ed elimina i rifiuti (le discariche e le fogne sono assimilabili al colon della città), presenta un sistema vascolare (le arterie della città), ha un cervello (le amministrazioni, gli intellettuali), una memoria (le biblioteche, i musei, le pinacoteche, i monumenti, le feste popolari che ripercorrono la storia della città), un

cuore (le piazze, i mercati sono il simbolo della vita collettiva, nati come luoghi per attività sociali, culturali e commerciali di una città).

La città è collegata ad altre città ed al mondo esterno (il suo ambiente) da una fitta rete di comunicazione continuamente attraversata da flussi di materia, energia ed informazione. La rete stradale costituisce il sistema vascolare della città con le sue piccole e grandi arterie. La rete telefonica, le fibre ottiche, la rete elettrica ne rappresentano il sistema nervoso attraverso cui sono trasmesse informazioni ed energia. L'aria, l'acqua, l'energia solare, eolica ed artificiale sono in parte trasformati in rifiuti che possono diventare tossici per la città stessa, per i suoi abitanti e per l'ambiente circostante.

La città, come ogni organismo dinamico vivente, si modifica continuamente nel tempo ed ha una capacità ricettiva di persone, strutture edilizie, attività, traffico, rifiuti al di là delle quali si manifestano "malessere" o vere e proprie "malattie". La diagnosi, cura e prevenzione delle "malattie urbane" sono, per molti versi, simili alle malattie umane.

Le malattie della città possono essere congenite (ad esempio, l'inquinamento dovuto ad una particolare collocazione geografica della città), dello sviluppo (crescita inadeguata della città da un punto di vista sia quantitativo che qualitativo), dell'invecchiamento (degrado fisico e sociale dei centri storici), neoplastiche (crescita incontrollata di un quartiere), infettive (ad esempio, trasmissione di malattie come il traffico di droga o insediamenti malavitosi da una città vicina), cerebrali (instabilità del sistema politico cittadino, caratterizzato dall'incapacità delle forze politiche di maggioranza di portare a termine il mandato elettorale con conseguente caduta dell'esecutivo comunale ed inevitabile ritorno alle urne che impedisce, nel tempo, la lineare realizzazione di un programma politico per la città), vascolari (il traffico eccessivo e la sosta abusiva degli autoveicoli provocano inquinamento ambientale, consumo di carburante, limitazione degli spostamenti dei pedoni, riduzione degli spazi verdi e perdita di tempo, ossia la risorsa più preziosa per i viventi in quanto non rinnovabile). Parti della città possono presentare problemi particolarissimi, paragonabili a veri e propri tumori.

La diagnosi delle malattie della città è possibile con la "visita della città" e la raccolta di "indicatori" utilizzabili per redigere il *Profilo di Salute della Città*, strumento essenziale per un progetto di miglioramento della qualità della vita, in virtù della sua capacità intrinseca di fornire informazioni preziose che fungano da "guida" sia per l'osservazione degli effetti dei cambiamenti, sia per la pianificazione e realizzazione dei *Piani di Salute della Città*. Questi ultimi rappresentano la fase di cura delle malattie della

città, la quale deve mirare a rimuovere le cause e non solo a trattare i sintomi.

La prevenzione delle malattie della città deve rappresentare l'obiettivo prioritario di una municipalità. In ottica sistemica, diagnosi, cura e prevenzione sono possibili solo attraverso interventi pluridisciplinari e non settoriali, l'impegno dell'intera collettività e non dei singoli individui, la manutenzione e la valorizzazione dei beni e valori esistenti, patrimonio della città nel suo complesso.

### ***La Rete Pugliese Città Sane-OMS***

All'Associazione *Rete Italiana Città Sane-OMS*, attualmente aderiscono oltre 110 Comuni appartenenti a 19 regioni. Al Comune di Bologna è affidato il coordinamento nazionale, a Barletta la vice-presidenza. I Comuni di Barletta e Foggia fanno parte del Direttivo Nazionale. In quasi due anni, i Comuni pugliesi che hanno aderito all'Associazione *Rete Italiana Città Sane-OMS* sono stati 19: Acquaviva delle Fonti (Ba), Andria (Ba), Bari, Barletta (Ba), Bisceglie (Ba), Bitetto (Ba), Bovino (Fg), Cassano delle Murge (Ba), Fasano (Br), Foggia, Margherita di Savoia (Fg), Mesagne (Br), Molfetta (Ba), Polignano a Mare (Ba), Rignano Garganico (Fg), San Ferdinando di Puglia (Fg), Terlizzi (Ba), Troia (Fg) e Vico del Gargano (Fg).

Il 13 dicembre 2002, a Bari, alcuni comuni aderenti alla Rete Nazionale di Città Sane, hanno ufficialmente costituito la *Rete Pugliese Città Sane-OMS*, allo scopo di rafforzare l'impegno delle municipalità per divulgare i principi e le strategie di attuazione del progetto *Città Sane-OMS* in tutta la realtà regionale. Il Gruppo di Studio "Università di Bari per Città Sane-OMS" affianca la ricerca e le proprie conoscenze tecnico-scientifiche all'attività delle Amministrazioni locali.

Attualmente, alla *Rete Pugliese Città Sane-OMS* hanno aderito i Comuni di Acquaviva delle Fonti, Bari, Barletta, Bisceglie, Bitetto, Fasano, Foggia, Margherita di Savoia, Mesagne, Molfetta, Polignano a Mare, Terlizzi e Troia. Il primo coordinamento della Rete, della durata biennale, è stato affidato al Comune di Molfetta. Una volta l'anno, in analogia a quanto avviene a livello nazionale, è previsto lo svolgimento di un meeting della Rete Pugliese, in occasione del quale, i comuni aderenti hanno la possibilità di scambiare informazioni ed esperienze. La Rete si è dotata di un comitato politico e di un comitato tecnico scientifico composti, rispettivamente, dai rappresentanti politici e dai referenti tecnici dei comuni aderenti.

## ***I Profili di Salute e l'esperienza del Comune di Molfetta***

L'adesione al progetto Città Sane-OMS, implica il passaggio attraverso tre fasi essenziali:

- 1) il rilevamento dei 32 indicatori proposti dall'OMS per "quantificare" lo stato di salute della città e "misurare" le sue modificazioni nel tempo e nello spazio;
- 2) la redazione del *Profilo di Salute*, con cui vengono analizzati e interpretati gli indicatori, per poter identificare i prioritari problemi di salute della città;
- 3) la formulazione di un *Piano di Salute*, in cui vengono fissati obiettivi, strategie e programmi di intervento.

I Comuni di Bari (2001), Barletta (2001), Mesagne (2002) e Molfetta (2003) hanno redatto il proprio Profilo di Salute. A Bari, è stata direttamente l'Università, grazie al lavoro del Gruppo di Studio "Università di Bari per Città Sane-OMS", ad aver provveduto a redigere il Profilo di Salute della Città. Il Gruppo di Studio "Università di Bari per Città Sane-OMS", successivamente, ha coordinato, a Barletta, un gruppo di lavoro (composto da sociologi, psicologi, biologi ed esperti di epidemiologia) che ha elaborato il Profilo di Salute della Città di Barletta.

Il Comune di Mesagne ha preferito affidarsi ad uno staff di esperti socio-sanitari per redigere il proprio profilo. Nei tre casi descritti, i risultati si sono rivelati interessanti dal punto di vista scientifico, nel senso che le pubblicazioni hanno fornito dati molto preziosi alle Amministrazioni, ma anche estremamente tecnici e poco comprensibili per gran parte della popolazione.

A Molfetta, invece, l'Amministrazione Comunale ha tentato di realizzare il progetto *Città Sane*, puntando molto sul coinvolgimento della cittadinanza e pianificando una redazione "partecipata" del Profilo di Salute. L'Amministrazione Comunale ha costituito, nel 2000, un apposito coordinamento cittadino, di cui fanno parte i rappresentanti politici, i consulenti scientifici del Comune per *Città Sane-OMS*, i rappresentanti di associazioni ambientali, del volontariato sociale, della ASL BA/2 e del Distretto Scolastico presenti nel territorio.

Nel periodo marzo-giugno 2001, l'Amministrazione Comunale, con la consulenza scientifica del Gruppo di Studio "Università di Bari per Città Sane-OMS", ha organizzato un corso di formazione che ha coinvolto un folto gruppo di cittadini, appartenenti a fasce di età ed estrazione sociale diverse, per la

## I 32 INDICATORI OMS

### **Indicatori di salute**

A1 Mortalità: tutte le età

A2 Cause di morte

A3 Basso peso alla nascita

### **Indicatori dei servizi sanitari**

B1 Esistenza di un programma della città di educazione alla salute

B2 Bambini completamente vaccinati

B3 Abitanti per personale sanitario di base

B4 Abitanti per infermiere

B5 Popolazione coperta da assicurazione sanitaria

B6 Disponibilità di servizi di prima assistenza in lingua straniera

B7 Argomenti relativi alla salute esaminati ogni anno dal Consiglio Comunale

### **Indicatori ambientali**

C1 Inquinamento atmosferico

C2 Qualità dell'acqua

C3 Inquinanti idrici eliminati da tutti i reflui prodotti

C4 Qualità della raccolta dei rifiuti solidi urbani

C5 Qualità del trattamento dei rifiuti solidi urbani

C6 Superficie relativa degli spazi verdi della città

C7 Pubblico accesso agli spazi verdi

C8 Siti industriali abbandonati

C9 Sport e tempo libero

C10 Strade pedonali

C11 Piste ciclabili

C12 Capacità del trasporto pubblico

C13 Copertura della rete stradale di trasporto pubblico

C14 Spazio abitabile

### **Indicatori socio-economici**

D1 Popolazione che vive in alloggi precari

D2 Stima dei senza tetto

D3 Tasso di disoccupazione

D4 Persone che guadagnano meno del reddito medio pro-capite

D5 Posti nei centri di assistenza per bambini in età pre-scolare

D6 Nati vivi da madri di età <20; 20-35; >35 anni

D7 Tasso di aborti

D8 Persone disabili assunte

rilevazione dei 32 indicatori OMS per *Città Sane*. Il corso si è svolto in lavori di gruppo, all'interno dei quali i discenti hanno discusso sulle modalità di rilevazione degli indicatori. La strategia dei lavori di gruppo ha consentito la creazione di uno spirito di squadra e permesso a ciascun corsista di partecipare attivamente ai lavori e mettere a disposizione dei colleghi le proprie esperienze e competenze. Alla fine del corso, i discenti formati hanno illustrato ai propri concittadini, in una conferenza appositamente organizzata, la modalità di rilevazione degli indicatori, e dei 32 indicatori OMS relativi all'anno 2000. In una fase successiva, la quasi totalità dei rilevatori formati, insieme ai consulenti del Comune per *Città Sane-OMS* e, sotto la direzione scientifica del Gruppo di Studio "Università di Bari per Città Sane-OMS", hanno costituito il gruppo di lavoro per la redazione del *Profilo di Salute della Città di Molfetta*. Essi, inoltre, hanno individuato e rilevato altri indicatori che, insieme a quelli OMS, hanno fotografato in maniera più esaustiva lo stato di salute della città di Molfetta.

Nel volume, i numerosi dati sono presentati in modo da consentire una lettura diversificata. Ogni capitolo del volume inizia con due o tre pagine in cui si mostrano i dati più significativi del capitolo, accompagnati da clipart.

Il cittadino poco interessato a tutto il contenuto del volume o che ha difficoltà a leggere dati troppo tecnici, può limitarsi a leggere solo le pagine riassuntive. Coloro che, al contrario, sono interessati ad una esposizione più esauriente dei dati (tecnici, amministratori, esperti dei vari settori considerati), possono procedere ad una lettura più attenta e tecnica del volume.

Il concetto di partecipazione, coinvolgimento della cittadinanza è fondamentale per consentire ad una città di diventare un'organizzazione capace di apprendere, in cui tutti i cittadini acquisiscono delle competenze, le quali non diventano specificità di pochi e contribuiscono ad accrescere lo stato di salute dell'intera collettività.

## **GIULIANO BARIGAZZI**

Ciò che illustro è la storia del Piano per la Salute realizzato in provincia di Bologna, dove da 10 anni sono sindaco e da quattro ricopro il ruolo di capo-Conferenza della Conferenza Sanitaria Territoriale di Bologna Nord, ovvero il territorio corrispondente alla ASL della provincia a nord di Bologna. Si tratta di un territorio di pianura che conta 200.000 abitanti per un totale di 20 comuni. Un luogo particolarmente ricco dal punto di vista

sociale, economico e dei servizi, e con una lunga storia - lo dico perché è importante per capire il senso di questa esperienza - di impegno dei sindaci e degli enti locali, nel campo della sanità in maniera particolare. La nostra Conferenza si riunisce una volta al mese, assolvendo i compiti che la legge 229 le assegna: compiti di indirizzo, di programmazione, di verifica e di controllo per quanto riguarda gli ambiti della sanità e del sociale - la Conferenza infatti non è solo sanitaria ma anche sociale.

Sono direttamente i sindaci a partecipare alla Conferenza. Questo perché siamo assolutamente convinti che la titolarità delle funzioni di indirizzo e di programmazione nel campo della sanità e della salute sia materia fortemente allocata nelle funzioni dei sindaci. Lo preciso perché credo che questo progetto, per come è stato realizzato, sia anche frutto di una tradizione e di una storia di questo territorio, di forte impegno degli enti locali, senza il quale il percorso sarebbe stato più accidentato.

Quello che vi illustrerò è appunto il percorso del nostro Piano per la Salute. Il Piano è previsto dalla regione Emilia Romagna: oltre ad aver redatto delle linee guida, la Regione ha inserito il Piano per la Salute all'interno del suo piano sanitario regionale, indicandolo come uno dei luoghi e degli strumenti attraverso cui fare politiche di salute e farle in maniera partecipata, dando agli enti locali in maniera particolare la titolarità del Piano per la Salute. Il Piano per la Salute non lo fanno le ASL, lo fanno i comuni, differenza strategica e fondamentale, che sottolineo come punto cruciale.

Non è un modello valido sempre ed ovunque, ma ritengo siano interessanti i presupposti teorici di fondo, che nel nostro caso sono diventati anche pratica. In altre parole, credo si tratti di un modello che può essere esportato altrove, tenendo conto però che la realizzazione di questi presupposti di fondo può essere diversa di volta in volta, a seconda del contesto.

Venendo al merito, il primo presupposto è rappresentato dal passaggio dalla sanità alla salute - che sta alla base del progetto "Città Sane". Siamo in un territorio che si era già impegnato fortemente in sanità ma che vuole ora porre la salute come momento fondamentale nella costruzione delle politiche pubbliche, mettendo cioè la salute al centro di ogni decisione che può essere presa nei processi di formazione delle nostre politiche. Il che comporta l'integrazione di politiche diverse: casa, scuola, pianificazione territoriale, ponendo al centro gli effetti che queste hanno sulla salute dei nostri cittadini. Quindi si tratta di uno "spostamento", di prospettiva, nell'azione amministrativa. I Piani per la Salute, abbiamo detto, possono diventare un esperimento per cominciare a rendere concreto ed effettivo

questo concetto: la centralità della salute nelle nostre politiche, quindi anche la necessità di coordinarle.

Il secondo presupposto è che i Piani per la Salute sono da considerare un esperimento di partecipazione. Partecipazione che comincia nel momento in cui si costruiscono le decisioni. Non dunque la partecipazione che arriva alla fine del processo decisionale, dove di solito si va ad informare il cittadino di ciò che si è già deciso, al massimo si dibatte se va bene o no, quindi con il conflitto che si sposta tutto alla fine del processo decisionale, difficile da cambiare. L'idea è invece quella di gestione preventiva del conflitto, inevitabile quando si devono fare scelte e prendere decisioni, quindi di un esperimento di partecipazione allargata, che però comincia nel momento in cui la decisione viene costruita ed anzi collabora attivamente a definirla.

Tornando al percorso, è durato un anno e mezzo - tempi lunghi, che fanno parte della democrazia partecipata - ma è stato in gran parte un processo di intensa partecipazione. L'idea che ci ha mosso: si possono costruire obiettivi condivisi tra le istituzioni pubbliche e tutti i soggetti della società civile, a patto che riusciamo a trovare luoghi e strumenti per far sì che quegli obiettivi siano il frutto reale di un processo di discussione, di confronto, di scontro a volte, ma che alla fine diventino obiettivi condivisi in base ad un'analisi effettuata sul territorio, da tutta la comunità.

Noi siamo partiti con un corso di formazione. E' stata una delle esperienze più originali, si è cercato di comunicare ai cittadini che la salute non si esaurisce nella sanità, ma che è ben altro - e non si tratta di cosa scontata, magari se ne ha una vaga cognizione ma a fianco dell'idea della salute come qualità della vita l'identificazione con la sanità è ancora forte. Il corso di formazione ha coinvolto circa 150 persone, ci sono stati gruppi composti ad hoc e ha partecipato una molteplicità di attori, dagli amministratori pubblici ai parroci, passando per i carabinieri e le associazioni di volontariato. Lo scopo era di arrivare ad avere un linguaggio comune per incominciare ad entrare nei concetti che qui dibattiamo. In questi corsi abbiamo simulato il Piano per la Salute.

Vi è stato un convegno di apertura, ci siamo dati un'identità attraverso un'immagine riconoscibile e l'abbiamo diffusa con un opuscolo, dove abbiamo spiegato che cosa volevamo fare, qual era il senso, e veniva ribadito questo concetto di salute. Sono state distribuite 20.000 copie su tutto il territorio attraverso sia i cittadini sia le forme organizzate, che erano state preventivamente mappate. Ricordiamo infatti che questo territorio è ricchissimo di associazioni, ha una tradizione molto forte, un territorio di campagna esteso dove il comune più grosso conta 20.000

abitanti, con una popolazione estremamente diffusa, una enorme mobilità e ricco economicamente.

Insieme all'ASL abbiamo realizzato un profilo di salute che individuava i principali gruppi di fattori che incidono sulla salute, una mini-guida ai termini per capirsi su mortalità, anni di vita persi e altri dati, e una prima classifica dei problemi con una raccolta di schede, ognuna dedicata a un problema di salute del territorio complessivo.

Dopo questa fase abbiamo incominciato a mettere in atto le fasi di decisione partecipata con un questionario esplorativo e assemblee consultive proposte in due distretti, uno di 70.000 abitanti e l'altro di 120.000. Poi, con una modalità che ritengo originale, abbiamo formato un Comitato di Saggi: si tratta di 20 cittadini particolarmente rappresentativi del territorio, che ci hanno aiutato a scegliere, considerando anche i dati dei questionari e quelli delle assemblee, i due obiettivi di salute che ci siamo dati.

Il Comitato di Saggi è stato in parte mutuato dall'idea delle giurie dei cittadini inglesi, noi e i partecipanti, i Saggi, siamo stati soddisfatti di questa formula. Sono stati indicati dai sindaci, dopo un lungo lavoro per comune, e vanno da un volontario ambientalista a un rappresentante dei genitori, ad un imprenditore. Ma attenzione: queste persone non erano rappresentanti delle organizzazioni - con cui abbiamo organizzato incontri dedicati -, la scelta è caduta su di loro perché persone riconosciute dalle loro comunità. A loro abbiamo fornito tutto il materiale raccolto nelle consultazioni già avvenute, con i questionari e con le organizzazioni più strutturate, e insieme alla conferenza dei sindaci abbiamo stabilito che, a fronte di una serie di problemi di salute presenti nel territorio, ne sarebbero stati scelti due per evitare l'effetto "lista della spesa" e per improntare il Piano anche a un criterio di fattibilità, lavorando concretamente con azioni volte a migliorare due ambiti di salute. I temi scelti sono la promozione della sicurezza stradale e la prevenzione del disagio giovanile. Per arrivare a questa scelta la discussione ci ha impegnati per 5 mesi. Il tema della sicurezza stradale è emerso anche perché gli incidenti sono una delle principali cause di morte nella nostra zona, ricca di discoteche, di locali, di vita notturna con diversi problemi conseguenti; il secondo tema, la prevenzione del disagio giovanile, si è andato ad intrecciare con la redazione dei piani sociali di zona, in seguito all'applicazione della legge 328. E' stato curioso constatare che le persone che partecipavano al Comitato di Saggi erano in gran parte di mezza età, a volte anziani, che avrebbero potuto spendersi sul tema dei servizi agli anziani. E' stato invece riconosciuto che nella nostra zona i servizi agli anziani sono

particolarmente sviluppati, mentre il tema del disagio giovanile è davvero una delle “patologie” in ascesa. Basti pensare alla ricerca del CENSIS secondo cui le due grandi categorie di problemi oggi sono da un lato l’invecchiamento della popolazione anziana con il diffondersi delle patologie croniche di lungo periodo, che pongono un tema a tutta la rete dei servizi sociali e sanitari, dall’altro tutte le patologie legate al tema del disagio. E il disagio giovanile si intreccia con il tema della famiglia, che fa il paio con i temi legati alla società del benessere, perché quel disagio è connesso a modelli di sviluppo, al modo di stare insieme, al modo di concepire la comunità.

Alla fine di tutto questo lavoro, insieme a due gruppi tecnici abbiamo predisposto un elenco dei potenziali partecipanti al Piano e una ipotesi di azioni. Gli incontri sono stati tantissimi, soprattutto quelli con le scuole sono stati incredibilmente partecipati, e sono stati un contributo fondamentale a proposito dell’integrazione delle politiche. In questo senso abbiamo svolto un ruolo di coordinamento e di sollecitazione ed è emerso che proprio il mondo della scuola è stato uno dei protagonisti principali di questo progetto, sentendosi fortemente coinvolto.

Infine abbiamo firmato un Patto con 80 associazioni, da Assindustria al mondo del volontariato, e poi i sindacati, i centri sociali e le parrocchie, solo per citare alcuni esempi. Adesso esiste un Patto su quei due obiettivi che ci impegna a fare delle cose, in maniera coordinata: conferenza dei sindaci, azienda usl, associazioni... ognuno ci mette un po’ di risorse, finanziarie o di risorse umane, e indica quali obiettivi vuole perseguire, quali azioni vuole fare per arrivare all’obiettivo. L’idea è: ognuno con quello che può, senza annacquare le proprie autonomie e le diverse responsabilità, diversa la responsabilità di un comune, diversa la responsabilità di un’associazione di volontariato, però unite in un’idea di territorio, di programmazione condivisa e di obiettivi condivisi.

I gruppi tecnici vanno avanti nel controllare e nel formare un sistema di indicatori, che è il passaggio più delicato, per monitorare i risultati che avremo. Abbiamo messo insieme un report di monitoraggio su tutte le iniziative in campo, abbiamo predisposto una newsletter che mandiamo a tutte le associazioni e ai molti cittadini che ne hanno fatto richiesta per informare tutti di come procedono i lavori. Ci sono state due giornate dedicate a tutte le associazioni che hanno firmato il Patto - che è stato approvato in tutti i consigli comunali - per discutere sia il sistema degli indicatori sia come coordinare le azioni.

Il lavoro è in atto, è molto concreto, è cominciato su questi due progetti e, aldilà dei risultati che verranno, credo che il primo risultato sia

rappresentato proprio dal processo stesso che abbiamo messo in campo: si è diffusa una cultura nuova di consapevolezza sui temi dell'intreccio tra fattori ambientali, socioeconomici, comportamentali e la salute, e inoltre un'idea di cultura partecipata, ed è anche stata riconosciuta la volontà di formare e definire un luogo per questa voglia di contare di più, di esserci e di auto organizzarsi. C'è da tenere presente che proprio questa novità è una complicazione del processo decisionale, non sempre si va nella direzione di fare bene e fare in fretta: la democrazia, in questo caso, ha significato ascoltare e confrontarsi. Per le amministrazioni coinvolte e per i 20 sindaci ha anche significato mettersi in discussione, maturare una capacità di ascolto, che è molto professata ma è difficile da porre in atto. Quindi, credo sia in qualche modo un processo di formazione anche per chi vuole fare governance e non semplice amministrazione. Grazie.

### NATALE MENGZZI

Non so se - come dice Barigazzi - sia giusto parlare o non parlare di modelli: possiamo parlare di comportamenti per un obiettivo da raggiungere. Giuliano ha illustrato un percorso personale, che non sta dentro la logica stretta di "Città Sane" ma che è sicuramente un percorso per "Città Sane".

Io parto da due presupposti: 1) la cosiddetta riforma Bindi, DLgs 229/1999, che nel piano sanitario nazionale a supporto della stessa dice: *"La salute, quale benessere fisico, psichico e sociale non è il mero prodotto dell'amministrazione sanitaria, ma deve rappresentare piuttosto un obiettivo perseguito"*. 2) la legge 328/2000, che dice qualcosa di più, nel senso che assicura ai cittadini il benessere e le garanzie di tipo sociale attraverso una politica integrata fra sanità, istruzione, politiche scolastiche, lavoro, formazione ecc. Noi abbiamo nelle mani, dal punto di vista normativo, tutto ciò che ci serve per operare, quindi il problema è quello dei comportamenti, il problema è di vedere se il sistema di governo di questo Paese, intendendo il governo nella sua complessità - così com'è disegnato dal titolo V della Costituzione, così come modificato e confermato dal voto referendario - per quel concetto di sussidiarietà, che prevede un livello ascensionale: comune, province, città metropolitane, regioni e stato centrale all'interno della Repubblica. Se il governo di questo Paese, in tutti i suoi aspetti, avrà la capacità di mettere in atto, di praticare, ciò che il Parlamento, a questi soggetti istituzionali, ha consegnato, avremo un risultato positivo. Credo che al di là dei

comportamenti, dei metodi, delle forme, degli strumenti di cui noi ci dotiamo o ci possiamo dotare, il punto di arrivo è il risultato.

Non mi pare che ci sia ancora, neanche negli enti locali, neanche nei comuni, la cultura di questo percorso. Questo è il punto vero. Da qui la possibilità di capire se ci sono le condizioni strutturali per fare questo.

Credo che noi dobbiamo valutare intanto le grandi diversità che ci sono in questo Paese, quando Sante Bajardi, nella sua introduzione, ci ricordava i 1300 comuni del Piemonte, potevamo metterci accanto i 1500 e più della Lombardia, i soli 287 della Toscana, o i soli 400 della Sicilia - che ha il doppio di abitanti della Toscana e che è molto vicina agli abitanti del Piemonte o della Lombardia. Voi capite che il sistema di relazioni e il sistema di governo, rispetto a una forte diversificazione, nei territori e nei governi territoriali, cambia molto l'approccio su queste cose. Bisogna cominciare a chiedersi se per il mantenimento di strutture, come quelle necessarie per i piccolissimi comuni, è sufficientemente la motivazione del mantenimento del campanile, dalla storia e delle tradizioni, o se, comunque - garantendo tutto questo, in ogni caso - si dovessero o si possano trovare forme nuove di aggregazione tra comunità locali, per mettere in moto un sistema più vasto, per un'economia di scala che possa supportare questo tipo di percorso: quindi non soltanto un processo legato alle forme dell'articolazione dell'area di riferimento, i venti comuni di Giuliano Barigazzi o i sette comuni della mia realtà. Il problema vero è di cominciare a cedere potere politico, nel percorso, perché se noi facciamo la sommatoria dei tanti poteri politici dei venti comuni o dei sette o dei trentaquattro comuni della zona della Val Tiberina in Toscana, è chiaro che facciamo una grande operazione, ma non è sufficiente se su alcune questioni fondamentali, quelle della regolazione dei comportamenti, non si va ad una lettura comune e non si va all'affidamento ad un organo, un organismo, una struttura o quel che si vuole, di questi comuni, in qualche modo consorziati, che abbia la potestà di decidere, di programmare e di operare in questa scala: I singoli Consigli Comunali in questa ottica devono essere abilitati ad approvare in Consiglio il programma che viene proposto dalla struttura sovraordinata e poi a quello sono tenuti ad ottemperare. Se non facciamo questa operazione non riusciremo a mettere in atto questo percorso, questo processo, perché è chiaro che dietro a questo ragionamento c'è una grande necessità di mantenimento di solidarietà; proprio perché i comuni sono diversi e con diverse potenzialità. Nello spettro dei venti comuni o dei sette o dei trentaquattro abbiamo il comune forte, strutturato, con tanti dipendenti, con tante figure professionali ed abbiamo il comune piccolissimo: una programmazione

unitaria deve partire da un presupposto, per cui i livelli dell'essenzialità siano comunque garantiti a tutti: e se qualcuno ha le risorse per garantirle e qualcuno non le ha è inutile avere una condizione unitaria di comportamenti se poi non c'è una condizione unitaria di risultato. Questo ragionamento sulla solidarietà è comunque una riflessione che va messa in atto da subito: in termini semplici se il comune di quarantacinque abitanti non si può permettere l'assistente sociale, l'assistenza sociale del comune di tremila abitanti deve in qualche modo garantire anche quei quarantacinque abitanti, e questo lo si fa solo se si supera il ragionamento del cerchio stretto di quel Consiglio comunale e si lavora in termini di scala e di area più vasta.

Una seconda riflessione è quella di un rapporto fra le comunità locali e gli enti sovraordinati, dal punto di vista gerarchico ed istituzionale, che parta dal presupposto che nel comune c'è la sostanza del governo locale e partecipato e quindi l'obbligo del riconoscimento e della necessità del coinvolgimento delle comunità locali nei processi decisionali di governo. Al contrario abbiamo, purtroppo, in tutte le regioni, ancora comportamenti "matrigni", ovviamente diversi da regione a regione, rispetto agli enti locali.

Lo dico perché noi ora stiamo discutendo del nuovo Piano sanitario nazionale, dove c'è una centralità, senza essere mai citata, delle autonomie locali come punto di riferimento di ogni azione di quel piano, ed è un fatto importante anche se purtroppo la Conferenza delle regioni ha proposto emendamenti per tornare indietro da questa impostazione. In definitiva una partita che si gioca sostanzialmente fra governo centrale e Regioni.

Io credo che il federalismo, sia questione alla quale si crede o non si crede, si esercita o non si esercita; perché se io devo sostituire il centralismo nazionale con il centralismo regionale, per quanto riguarda gli enti locali non cambia nulla: siamo sempre di fronte ad un centralismo. Quindi il coinvolgimento delle comunità locali, il credere che le comunità locali possono essere quelle da cui parte il governo vero, una volta stabilite le regole, è uno dei problemi più importanti da risolvere prima di tutto sul piano culturale.

Terzo aspetto è quello del garantire qualità ed appropriatezza agli interventi, siano essi sociali, sanitari, o riferiti a tutti gli altri aspetti di quel ventaglio generale di servizi che abbiamo citato e che poi portano al benessere complessivo di una comunità e di una persona.

Altro aspetto, non meno importante, è quello del controllo e della certezza dei costi; perché se andiamo ad una programmazione dei servizi, non possiamo pensare che i servizi che si danno possano lasciare un margine di

discrezionalità, in pratica che si vada oltre ciò che è consentito dare. Dobbiamo trovare il punto unitario, di quel bacino di riferimento, di quella area di intervento, per cui i servizi siano garantiti a tutti: chi dà di più deve dare un di più che non sia di contrasto all'unitarietà dell'intervento, che si fa nel confronto degli altri. Altrimenti scatta la furbizia: il tutto, uguale per tutti, ce lo garantiamo comunque, e poi siccome sono un comune forte, siccome ho quell'azienda produttiva, quella fondazione, che ogni anno mi garantisce risorse extra, costruisco qualcosa di nuovo, faccio una RSA, qualifico il mio comune.... e creo diseguaglianza. No! Anche quella che è una potenzialità ulteriore deve stare dentro la programmazione generale e se ne deve tenere conto perchè vada a configurarsi come un ulteriore livello di accessibilità per tutti i soggetti di quell'area.

Altro punto rilevante è quello dell'universalismo e dell'equità. E' forse il punto più ostico da affrontare, perché, come ha chiaramente detto l'ANCI nazionale, attraverso decisioni dei suoi organi, non possiamo pensare di vedere disegnare modelli sanitari e sociali e di risposta ai bisogni dei cittadini, in questo paese, che, fondandosi su una accelerazione dell'iniziativa privata, in effetti creino i presupposti della diseguaglianza, perché non avendo la stessa potenzialità di accesso, chi non può accedere è diseguale da chi può accedere.

I livelli essenziali di assistenza (LEA) e i livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) dovrebbero essere la garanzia di questa equità e di questo accesso, anche se i LEA sono ancora troppo in diretta dipendenza dalle risorse disponibili: in altre parole l'essenzialità è ciò che è essenziale per un cittadino, o è ciò che è possibile rispetto alle risorse assegnate? Questo sarebbe un ribaltone culturale inaccettabile. Se noi partiamo, nella nostra programmazione a livello locale, col dire che un'ora di assistenza domiciliare agli ultrasessantacinquenni la garantiamo nel comune di quarantacinque abitanti ed in quello di quarantonovemila, dobbiamo garantirla, non è che se viene a mancare la risorsa economica per quell'ora non la eroghiamo, dobbiamo garantirla comunque e conseguentemente dobbiamo trovare le risorse, all'interno anche dei nostri bilanci, prima di tutto, all'interno dei rapporti con il livello regionale, con il livello nazionale, perché quello sia garantito. E' bene ricordare che l'essenzialità è garantita dalla fiscalità ordinaria, quindi un diritto generale del cittadino contribuente.

Potrebbe insegnare qualcosa a tutti la vicenda dell'IRAP. L'impegno governativo di eliminarla si scontra con la realtà. Il risultato è che o cambi nome, fai un'altra tassa, o mantieni l'IRAP, perché copre il 50% del fondo sanitario nazionale: se si toglie cade il sistema. Bisogna prestare molta

attenzione alle scelte che vengono indicate, perché se queste vanno ad intaccare quelli che sono i servizi essenziali, garantiti a tutti, non possono ne devono essere percorse.

Ultimo punto di questo percorso, che è grande, che è importante, che ci può dare anche dei risultati. è la valorizzazione di tutto il settore no-profit. Valorizzare il settore no-profit vuol dire mettere accanto alla istituzione pubblica, che ha la responsabilità della programmazione, soggetti con i quali devi coprogettare i servizi. Una volta indicate le regole devi, come ente locale, con loro, lavorare, per progettare insieme e devi anche creare le condizioni per fare una cosa ad oggi non prevista e non normata, ma essenziale per i servizi. Va trovato il modo di garantire a chi coprogetta di essere poi il soggetto che gestisce quei servizi. Oggi questo non c'è, anzi in qualche realtà si ha il no-profit che con te progetta, poi gli enti locali vanno ai bandi e vanno sul mercato, e vince normalmente, in quasi tutta Italia, ancora chi fa l'offerta economica più bassa e non quella qualitativamente migliore.

Perché sono partito da queste valutazioni di ordine generale? Perché se si va sulla logica di salute e non di sanità, di salute e non di sociale, di salute e non di casa, di salute e non di immigrazione, di salute e non di formazione, ma in una logica generale del benessere perseguito per i propri cittadini, dobbiamo mettere in conto che anche nel nostro modo di amministrare vanno cambiati i comportamenti: bisogna dare al piano regolatore dei servizi sanitari o sociali alla persona lo stesso valore che nei nostri comuni si dà al piano regolatore generale. Anzi il piano regolatore generale deve nascere in dipendenza del piano regolatore del benessere, questo è lo scambio vero: prima disegno la città che voglio, disegno prima ciò che voglio dare, ciò che penso giusto per i miei cittadini, e poi rispetto a questo adegua anche i comportamenti della tecnica, delle previsioni urbanistiche, delle strade, dei marciapiedi, delle piste ciclabili, cioè le adegua in funzione dell'obiettivo che ho, rispetto al raggiungimento di un valore.

Se i programmi elettorali dei sindaci cominceranno ad avere come contenuto questo tipo di impostazione, probabilmente cambierà anche il modo di discutere e confrontarsi, anche in preparazione e prima del momento elettorale.

Perché è un problema di comportamenti? Perché lo strumento ce l'abbiamo, la Conferenza dei Sindaci è anche conferenza sociosanitaria. La conferenza dei sindaci è lo strumento, è un organismo previsto in sanità, è un organismo previsto all'interno della legge 328, sul quale si può fare conto rispetto a questi percorsi: la conferenza dei sindaci è insieme alla

conferenza di programmazione permanente regionale, uno strumento che non è stato ancora compreso fino in fondo dai sindaci: è perlomeno sottovalutato. Nessun sindaco abbandonerà mai una conferenza dei servizi per il piano della mobilità, o per i rifiuti urbani. I sindaci, normalmente, sottovalutano la conferenza dei sindaci in sanità. Perché con il DLgs 502/92 - con l'espropriazione della responsabilità dei sindaci in sanità, dopo la legge 833/78 - è entrato in moto un meccanismo, che ha fatto alleggerire gli enti locali di figure professionali di riferimento ed ha disabituato i sindaci ad interessarsi di sanità. Bisogna recuperare questo tipo di passaggio e, secondo me, la conferenza dei sindaci nella logica dell'integrazione è elemento e strumento per la risposta che ci serve.

Nelle regioni del Sud per i problemi che stiamo trattando noi oggi, la cultura della risposta ai bisogni di servizi di salute dei propri cittadini è ancora strettamente ed esclusivamente legata all'ospedale, è tutta ospedalocentrica: o c'è l'ospedale o non c'è. Abbiamo ospedali con trenta/quaranta posti letto, che sono vere bombe, sono un pericolo costante, non danno nessun tipo di garanzia, però mantenere un ospedale in un paese di mille abitanti è emblema da difendere fino in fondo. Non esiste un distretto, non c'è uno specialista ambulatoriale, non c'è una guardia medica, o ci sono troppe guardie mediche, ma l'ospedale c'è, l'ospedale con venti posti letto, che non garantisce nulla, che diventa per la maggior parte dei casi un cronicario, che costa due o tre volte più di quanto costi un RSA.

Nel centro-nord per fortuna le cose sono molto diverse. Molte scelte sono state già fatte; anche se ricordo, in Lombardia, in Piemonte, la polemica di qualche mese rispetto alla chiusura di ospedali, che anche quassù ci sono ancora sedimentati e mantenuti non del tutto coerentemente. O noi riscopriamo il territorio come punto di valore di erogazione dei servizi, di cure primarie, e nel territorio costruiamo le condizioni perché la gente non vada in ospedale, perché la gente non abbia bisogno dell'ospedale, o facciamo questo o altrimenti, non soltanto non avremo la qualità ma non reggeremo neanche economicamente con il sistema. Una volta che si è messa in piedi una struttura ospedaliera, comunque bisogna garantirla e se quella struttura ha un'occupazione di letti che non è confacente ed ha un risultato poco brillante salta sul piano economico oltre che sul piano della qualità. Scatta poi una forte emigrazione e una deriva verso il privato, ma si continua a pagare la struttura pubblica in ogni caso. Oltre al danno la beffa poiché la conseguenza è anche una caduta delle professionalità, che è incredibile.

Se iniziamo a discutere così si può fare un ragionamento, che è quello che fa l'OMS a livello nazionale e che noi in qualche modo, con una lettura un po' diversa, abbiamo cercato di fare in Toscana.

In Toscana stiamo andando ad un superamento addirittura della concezione della conferenza dei sindaci, verso un modello che si chiama Società della Salute, che è un modello di natura giuridica pari a un consorzio fra la Regione attraverso il Direttore dell'Azienda sanitaria e gli enti locali attraverso i sindaci: una sorta di Giunta, che governa il consorzio, tutta politica che non fa gestione, ma che fa programmazione. Non esiste più il servizio sanitario territoriale, non c'è più un servizio sociale degli enti locali, ma c'è una struttura unica, che, a regime, gestisce tutto per conto di tutti. E' una scommessa dura e complessa, che parte ora in maniera sperimentale.

Ma in Toscana, come in Emilia, in ogni caso c'è già il Piano Integrato di Salute (PIS), in vigore da quest'anno, quindi il modello di costruzione dei servizi è in ogni caso quello dell'integrazione, del superamento delle chiusure, quasi confessionali, che ci sono fra le singole professioni ed il risultato che le professioni devono dare.

Nel PIS c'è la messa in discussione di noi stessi, intesi come operatori, ed una messa in discussione di alcuni modelli ormai accertati, abbandonando alcune religiosità, che molti hanno rispetto al fatto, che invece sul territorio bisogna lavorare in maniera diversa. C'è un forte rapporto con il privato sociale, che noi consideriamo non terzo settore, ma un sistema a sé, con un valore economico, sul quale poggiare molto della possibilità di reperire risorse. C'è in atto una grande operazione, l'ha già fatta l'Emilia, intorno alle questioni delle IPAB, perché sono strutture, che vanno ricondizionate e riconvertite, perché sono risorse che dobbiamo recuperare ai bisogni degli enti locali e c'è più che altro una volontà da parte degli enti locali di mettere risorse proprie.

Noi abbiamo una media pro capite, per ogni cittadino, sugli interventi sociali degli enti locali di risorse proprie, che ha delle punte incredibili in alcune città, ma che a livello mediato è tra i 65/70 euro a persona, in tutta la regione. Il sistema socioassistenziale locale della Toscana si alimenta di risorse proprie tali poter considerare il fondo sociale nazionale, le stesse risorse regionali o provinciali come complementari al complesso del sistema di servizi usufruibili dai cittadini. La struttura portante economica del sociale sulla persona e del sociale allargato, senza mettere in conto il costo del personale è negli enti locali un rapporto che tocca 1400/1500 dei vecchi miliardi di lire, quest'anno.

Questo ci consente di essere il soggetto che determina le scelte, perché se si è il soggetto che mette le risorse, e sono ancora insufficienti; perché ci siamo resi conto che più si investe nelle risposte territoriali, meno si spende in altri settori e siccome dobbiamo governare insieme, più risparmiamo nei territori, meno costa il sistema, anche quello sanitario regionale. Non a caso in questi anni abbiamo di fatto realizzato il pareggio di bilancio in sanità, lavorando sulla chiusura di ospedali da superare e su una spoliatura di funzioni inutili negli ospedali, riportando nel territorio tutte quelle mansioni che vi si potevano riportare. Ovviamente il tutto si fonda su una grande volontà politica di andare su questa strada, volontà politica che a volte è interrotta e viene coartata dall'impossibilità pratica, da parte di tutti, di rispettare gli impegni, a fronte di mancanze nazionali rilevanti sul piano programmatico e sostanziale.

Anche per questo stiamo lanciando un ragionamento regionale, intorno alla mutualità integrativa. o meglio ai fondi integrativi non intesi, come erano proposti qualche mese fa e poi abbandonati dal governo centrale, ma addirittura con gli enti locali che diventano i soggetti della mutualità, cioè l'ente locale fa la scommessa con i propri cittadini, l'ente locale propone una "tassa di scopo" ai propri cittadini, in un rapporto di fiducia, per cui si chiedono dei sacrifici, di dare risorse per metterle dentro ad una cassa comune che dovrà poi domani, regalare a te, quando ne avrai bisogno, ciò che ti servirà. Quindi investire oggi, quando si è ancora giovani, per domani quando si avranno 65 anni ed oltre: questo è un modo secondo noi razionale di lavorare per una vera sussidiarietà solidale.

Per finire vorrei sottolineare una cosa. Come ANCI, molto spesso, ci siamo confrontati con "Città sane", non siamo mai riusciti a stabilire un rapporto reale. Io credo che oggi ci possano essere gli spazi per fare questo. Il problema è stato ed è uno, fino a che "Città sane" sarà una rete di città, presa ognuna singolarmente, che vanno in rete per rappresentare al meglio la loro realtà e le loro iniziative, ma non sarà una rete di comportamenti, non potrà stare in un'ottica di rapporto di governo e di gestione unitaria con l'ANCI.

Bisogna che "Città sane" diventi un pezzo del sistema nazionale, che non raccolga solo le esperienze che si fanno, ma sia in grado di veicolarle e di renderle omogenee ed unitarie nel paese, allora starebbe nella logica di cui vi ho parlato fino ad ora e piena sarebbe la nostra disponibilità ad un proficuo rapporto. Grazie.

## SILVIO AJASSA

Io vorrei intervenire, perché come ANCI Piemonte, non condivido, e mi spiace, gran parte dell'intervento di Mengozzi. Ogni regione ha le proprie esperienze, il Piemonte ha i suoi mille comuni, la Lombardia altrettanto, la Francia ne ha addirittura quarantamila. Il problema non è quello di un sindaco, di un comune di 49 abitanti, che deve assicurare alla sua vecchietta le stesse cose che assicura la città di Torino. Il problema è che a quel sindaco devono essere date le stesse risorse che vengono date alla grande città. Solo in quel momento "giochiamo tutti a carte pari". Questa condizione dev'essere assolutamente rispettata affinché i nostri atti abbiano un senso. Gli amministratori non possono accettare che, a fronte del loro impegno, li si riduca ad essere dei Consigli comunali sotto tutela, che deliberano quello che hanno deciso altri. Si riveda pure in ANCI questo discorso, ma così fatto, come rappresentante dei comuni piemontesi affermo la mia forte perplessità ad accettarlo. Forse da altre parti non accade, ma nella nostra regione sta succedendo il fenomeno dell'abbandono delle città a vantaggio dei piccoli centri: è giusto perciò che i piccoli centri ricevano le stesse risorse che riceve la grande città. Ma a questo punto vanno fatte le giuste riparametrazioni tra chi riceve centomila lire per abitante e chi ne riceve un milione e mezzo. Solo a quel punto potremo fare ed accettare certi discorsi.

## FULVIA SIGNANI

Il Progetto Città Sane dell'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS si propone di individuare metodologie di miglioramento continuo delle tecniche e delle politiche volte a mantenere e promuovere la salute dei cittadini. OMS attraverso questo ed altri progetti chiede di rendere concreta la convinzione, ormai largamente condivisa, che i fattori che determinano la salute non sono solo di tipo sanitario, legati unicamente agli aspetti igienici o dei servizi sanitari, ma si rifanno ad una inevitabile *intersettorialità ed interdipendenza plurifattoriale*. Esempio classico è lo stretto legame tra ambiente e salute, tra traffico urbano e salute e le recenti evidenze di rapporto tra aspetti sociali e salute. Città Sane uno dei vari percorsi di progetto proposti da OMS, assieme a Città Sostenibili, Ospedali promotori di salute, Città sicure. Il progetto si articola dal punto di vista organizzativo in un movimento mondiale, con Reti nazionali, accreditate da OMS come soggetto che nella propria nazione può gestire ed applicare il progetto. Esse comprendono Comuni con vari livelli di esperienza e di

applicazione del progetto. Tra i Comuni di ogni Nazione, i più esperti e attivi partecipano alla Rete delle Città Progetto, cui viene riconosciuto il ruolo di promotori di metodologie sperimentali ed innovative. I principi motori dell'azione Città Sane sono attinti dagli enunciati delle Carte e Dichiarazioni (per esempio Ottawa, Jakarta, Atene, Documento Health 21) scaturite da altrettanti Convegni Internazionali volti ad indicare linee-guida ed a testimoniare i progressi di consapevolezza ed applicazione del Progetto. In sintesi Città Sane propone di intraprendere un percorso decisionale sulla salute che si basi su dati concreti ( da qui viene la sollecitazione a delineare il profilo di salute della città), le evidenze emerse orientano le scelte delle tematiche di salute da affrontare ed approfondire, le azioni che si intraprendono si prefiggono di aggredire specifici determinanti, così da favorire un miglioramento dei dati di salute della popolazione. Le evidenze di dati emerse dai profili di salute, influenzano l'applicazione delle politiche, attraverso lo strumento del Piano per la Salute, percorso decisionale condiviso con le forme aggregate della comunità.

Città Sane anche in Italia era nata come movimento nei primi anni '90, poi aveva assunto forme più aggregate, condiviso a livello nazionale un atto d'intesa e una carta programmatica, ma non era associazione. Il cammino per la costituzione dell'Associazione senza scopo di lucro, gli incontri volti a condividere una statuto sono stati condivisi con ANCI. La nascita di un'Associazione Italiana di Comuni Città Sane, era motivata dalla ricerca di uno stretto legame tra l'adesione dei Comuni al Progetto e l'azione conseguente. Nel 2000 avevamo 189 delibere di altrettanti Comuni, risalenti anche a 8 anni prima, con il risultato di 4/5 comuni veramente attivi. Devo dare atto al Comune di Bologna di avere dimostrato coraggio. Bologna fin dai primi anni novanta aveva avuto il riconoscimento di capofila nazionale, sentiva quindi il dovere morale di facilitare una positiva trasformazione. L'atto di costituzione dell'Associazione fu firmato il 21 marzo 2001 da 56 Sindaci: Il Prof. Salvioli, Assessore alla Sanità del Comune di Bologna è il Presidente, chi parla è la Coordinatrice Nazionale.

A tutt'oggi i Comuni aderenti sono 120 e possiamo contare 9 milioni e 300000 cittadini italiani coinvolti nel Progetto "Città Sane". Alla Rete aderiscono grandi città, Roma, Milano, Firenze, Venezia, Bologna, Bari, Messina, Siracusa, ma anche Comuni di meno di 5000 abitanti. Siamo alle prese con una complessità gestionale che l'ANCI ben comprende.

Dicevamo che uno strumento fondamentale per l'applicazione del Progetto Città Sane è quello del Profilo. Questo strumento deriva da una tradizione

epidemiologica, di derivazione bio-medica, attenta ai dati di morbilità e di morte, più che al guadagno di salute. Il Profilo di salute è importantissimo, ma non va assolutizzato, i dati solitamente, se raccolti in modo esperto, rivestono carattere di indiscutibile attendibilità, il problema è un altro, e si riferisce alla difficoltà di avere dati raccolti davvero su tutti i temi di vita che si vorrebbero conoscere invece non è possibile, poichè mancano numerosissime fonti di dati seppur necessari, esempio per tutti può essere il dato attendibile di dispersione scolastica. Ma c'è dell'altro: non è detto che la popolazione si riconosca nel profilo delineato dai dati numerici. Quando il Sole 24ore ed Italia oggi pubblicano le classifiche dei Comuni più in gamba per certe cose, più sani per certe altre, non è detto che i cittadini concordino e percepiscano la realtà di salute allo stesso modo. I Sindaci e tutti gli Amministratori stanno rendendosi conto sempre più che devono dare dignità alla percezione della gente e prestare attenzione ad accorciare sempre più le distanze. Questo è uno degli aspetti sui quali Città Sane sta ricercando e lavorando, sta promuovendo la partecipazione, tema non nuovo, ma che si presenta sotto diversa luce in questi ultimi vent'anni. Tema da esplorare a seconda della estensione e popolosità dei territori. La partecipazione dei cittadini in un Comune di 500, 5000 abitanti è diversa e presenta problematiche diverse rispetto ad un comune di 5000, 50000, 500000, è diversa nei modi, nei tempi ed anche nei prodotti.

In questi ultimi vent'anni sono cambiate diverse cose tanto che l'obiettivo tecnico di Città Sane non è più solo il profilo di salute, ma assume particolare significato approfondire come lo si fa. Come si svolgono le varie azioni diventa uno degli aspetti più importanti per gli amministrazioni locali, ormai opportunamente più attenti a curare il processo decisionale e di coinvolgimento della popolazione che il prodotto-risultato. A ciò si aggiungano temi forti quali quelli dell'equità. Un problema emerso più recentemente in Italia che in altre nazioni è dato dalle forti immigrazioni. Quali sono i cittadini di riferimento di un Sindaco di un Comune meridionale costiero? deve far finta che non arrivino da lontano, continuamente, persone in barche di fortuna, con il rischio di morire tutti i giorni? sono solo il suo bacino elettorale i suoi riferimenti? Questo fenomeno mette in campo nuovi modi e nuove sensibilità di promuovere e gestire la cittadinanza e l'appartenenza territoriale.

“Città sane” in tutto questo si colloca nella consapevolezza che i Sindaci hanno effettivamente il potere locale di applicare la salute nella sua essenza paradigmatica l'intersettorialità, la reciproca influenza trovano ogni giorno occasione di affermazione nei modi di gestire il piano regolatore territoriale, ma anche lo stato di salute dell'ambiente e tanti altri

atti di decisione e di governo che caratterizzano la vita amministrativa quotidiana. Se gli Assessori che hanno deleghe diverse non interagiscono tra di loro, spetta al Sindaco obbligare all'intersectorialità, una intersectorialità vera, che faccia sì che non venga presentato il documento dello stato di salute dell'ambiente e successivamente quello riferito al piano della salute e quello riferito al piano di zona. Così non ha senso. E' su questo che fonda il proprio paradigma "Città sane".

L'altro aspetto della Rete è importante perché è un ambito di *governance* non ci sono delle leggi nazionali, che danno gli strumenti per promuovere la politica della salute. In Italia c'è questo pudore, una sorta di omertà, forse si ha anche paura che ci sia troppo potere da parte degli amministratori locali o la paura che ci sia troppa consapevolezza del potere effettivo che gli amministratori locali hanno: lascio a voi la risposta. Comunque in questo ambito si stanno sperimentando nuove metodologie e l'essere in rete consente ai Comuni di confrontare le azioni intraprese e delineare linee-guida per buone pratiche. Su questi aspetti la Rete italiana si è mossa cercando di rinforzare molto l'aspetto qualitativo e di metodologia: nel marzo 2004 si terrà il terzo convegno nazionale a Potenza, siete fin da ora tutti invitati. Questo convegno sarà anche il momento in cui verrà presentato il manuale applicativo di "Città sane", per tecnici e per politici. Frutto di una serie di confronti a livello nazionale ed internazionale. L'auspicio è quello di fornire oltre ad importanti contenuti anche metodologie applicabili facilmente, vicine agli Amministratori e tecnici, vicine alla gente.

## GERMANO TOSETTI

Mi pare che le relazioni di questa mattina sono state squisite dal punto di vista della presentazione e sollecitano ogni amministratore a riflettere se quanto ha fatto finora sia sufficiente. La mia è una delle città che ha aderito alla rete "Città Sane", presentandomi in Bologna, con la pretesa di possedere qualche idea, per essere sede di un progetto, ma mi sono incontrato, qualche anno fa, con dei miei colleghi amministratori, che oltre al progetto avevano anche problemi diversi, tra gli altri c'era Casale Monferrato, Pordenone, quelle città che avevano una espressa criticità sul loro territorio, c'era un problema vero, a Casale amianto, tanto per ricordarlo, le raffinerie e tutto il resto. A fronte di questi problemi mi sono sentito quasi fuori luogo, mi chiedevo: cosa vengo a presentare io che sono venuto ad immaginare di essere sede di un progetto per sviluppare la politica di una città, che partendo dalla sua progettualità, dall'urbanistica

allo spazio verde, al dividere la parte residenziale dalla parte dove si lavora, o concepire aree verdi piuttosto che aree pedonali... mi sentivo un po' fuori luogo. Invece così non era, e ne ho avuta la conferma questa mattina. Io non sono uno di quelli che ritiene che in assoluto possediamo tutto e abbiamo fatto tutto, anzi, ritengo che come amministratori locali siamo consapevoli delle difficoltà di quanto vorremmo fare, e di quanto invece riusciamo a fare, quindi non c'è un problema di gelosia e di custodia delle cose che abbiamo realizzato, pensando che chi ci viene a portare una sollecitazione per essere migliori, sia un accenno critico, di un giudizio poco positivo. Sono convinto che i sindaci di tutta Italia, come i sindaci del Piemonte, abbiano fatto molte cose per conservare concretamente la salute dei cittadini, utilizzando gli strumenti di programmazione urbanistica, pensando di consegnare aree pedonali al posto delle aree destinate alla circolazione delle autovetture, individuando gli spazi necessari perché l'ambiente sia rispettato, però, tutto questo rispetto a quanto ho potuto riscontrare questa mattina, forse è insufficiente. Noi dobbiamo, fare tutti insieme, un passo avanti collaborando, pensando che le esperienze degli uni possono servire agli altri e mettere insieme significa fare crescere dal punto di vista culturale e sociale anche la figura dell'amministratore, oltre che offrire un messaggio importante, alla propria popolazione, perché se è vero che è un percorso culturale a cui noi dobbiamo coinvolgere i nostri cittadini a degli obiettivi di salute, è altrettanto vero che chi guida e governa le realtà territoriali, deve essere così sensibile da poter ottenere questa partecipazione convinta e consapevole per concertare gli obiettivi e i percorsi futuri. Il progetto di salute, per quanto riguarda il ruolo dei sindaci, veniva qui giustamente ricordato, è sicuramente ancora più valorizzato se si pensa che abbiamo gli strumenti legislativi a disposizione, ci sono due leggi, che ci consentono di esercitare delle funzioni molto specifiche. C'è da dire che in Piemonte non siamo fortunati come da altre parti: noi non abbiamo ancora una legge che disciplina la materia applicativa della legge 328, non abbiamo ancora una legge di piano socio sanitario regionale, in applicazione del decreto legislativo 229. Si dirà che questi sono aspetti che probabilmente poco importano, ma se li associamo a quella particolarità territoriale del nostro Piemonte, che è così diffusa, con 1206 comuni, a volte scomodi da raggiungere, se uniamo le due cose, che l'una è tipicamente geografica, l'altra è politica, a confronto con altre realtà ci mettono un po' in difficoltà. Questo non vuol dire che dobbiamo rinunciare anzi, credo che si debba trovare il modo perché insieme si costruiscano progetti, che vanno dal più piccolo comune del Piemonte, che mi pare conti 46 o 47 abitanti,

fino alla città metropolitana di Torino, quell'armonia nella progettualità e nella programmazione che consente a questo Piemonte, di lunghe e grandi tradizioni, di fare la sua parte. Per fare questo occorre dotarci di alcune strategie fondamentali per gli amministratori, un progetto di salute deve fare parte di un obiettivo strategico di un sindaco, di un amministrazione, perché l'obiettivo di salute vuol dire che dall'altra parte controlliamo la spesa che, molto spesso è in discussione, la spesa sanitaria che definiamo incontrollabile, impropria, eccetera.

Per fare tutto questo è evidente che se noi creiamo tutta una serie di motivi in cui c'è la conservazione della salute, non abbiamo più bisogno di ricorrere successivamente alla spesa, o si ricorre alla spesa qualificando la spesa per obiettivi che rafforzano ancora di più la qualità del vivere e dello stare bene nei luoghi dove uno abita e lavora. Questo è un aspetto importante come quello di pensare a controllare il disagio che spesso si crea nelle nostre città, è disagio essere parte della famiglia, della società, dei servizi non ricevuti, del problema del lavoro che manca, di una situazione economica particolare, dei portatori di handicap, di coloro che hanno delle devianze, tutto questo dobbiamo saperlo interpretare e ricondurre alla politica territoriale, questa sarà tanto più efficace quanto sapremo costruirla insieme, a livello di area più vasta, che mettendo insieme le diverse esperienze, daranno delle risposte molto positive.

Tra le cose che dovremmo fare, solleciterei le associazioni degli enti locali, perché temi come questi diventino un tema di confronto delle nostre dinamiche, perché aiutano a crescere dal punto di vista civile e culturale, e aiutano a qualificare la spesa, offrendo servizi di qualità, questo vuol dire essere molto attenti a ciò che sta succedendo, per quanto riguarda qualcosa che è strettamente collegato al discorso sul progetto di salute, e che mi vede polemico, che è la proposta di piano sanitario regionale, una proposta del maxi emendamento, che doveva essere più giusto ritirare il precedente, riformularlo con una proposta di legge che fosse nuova, interpretando davvero delle esigenze, ma c'è un grossissimo limite contenuto in tutto questo, che non chiama neanche più piano sociosanitario regionale, ma si definisce semplicemente: linee di indirizzo. Voi capite quanta incertezza possa costruire questo negli operatori, nelle persone che devono lavorare e convincere che stiamo in una realtà dove ci vengono assicurati i diritti, come è giusto che sia perché è sancito dalla Costituzione. Su questo dovremo fare molto, e io credo di dover rivolgere qui un invito alle istituzioni locali, agli amministratori e ai sindaci, perché non solo prestino molta attenzione in questa fase, ma siano molto presenti anche nel futuro perché la crescita del nostro territorio, a cui tutti vogliamo bene piemontesi

e non, va difeso nelle sue parti essenziali ma pensando che indipendentemente dalla guida politica temporanea possa ritrovare la condizione di fare una buona progettualità e consegnare ai cittadini il diritto sancito dalla Costituzione.

### **ENZO DE MARIA**

Iniziamo la seconda sessione di interventi avendo rispettato i tempi che ci eravamo proposti. Credo che ciò che sino ad ora è stato detto esprima a sufficienza le ragioni per cui l'ANCI ha deciso di seguire il progetto CIPES. Non mi dilungo però in altre considerazioni per consentire ai successivi Relatori di svolgere pienamente i loro interventi.

### **STEFANO LEPRI**

Promuovere un lavoro di confronto permanente tra Enti locali è oltremodo importante perché ci consente, come in ogni buona organizzazione complessa, di conoscerci e acquisire le esperienze migliori. La Città di Torino sta cercando di realizzare un nuovo impegno sul tema della promozione della salute. Penso sia necessario ricordare le ragioni per cui in questi ultimi anni c'è stato questo aumento di interesse.

Anzitutto, abbiamo percepito con evidenza che i cittadini hanno come riferimento l'Amministrazione comunale anche per i problemi di salute. Mi ricordo ad esempio una signora, che in una manifestazione di piazza aggredì il Sindaco dicendo: siete stati voi ad aver reintrodotta i ticket sui farmaci! Il sindaco, in modo garbato, le disse di rivolgersi al Presidente della Regione.

Ce lo chiede anche la legge: sempre più il socio-sanitario prevede una integrazione forte, perché molte delle competenze che attengono alla promozione della salute sono competenze delle amministrazioni locali. Occorre, quindi, che davvero ci sia uno sforzo congiunto, sinergico, dei diversi Assessori, dei diversi uffici, per affrontare questioni che non attengono solo all'Assessorato regionale alla sanità o alle ASL sanitarie, ma anche a funzioni attribuite agli Enti locali.

In questa logica, un anno fa, abbiamo realizzato il primo forum cittadino sulla salute, con la presenza di quasi mille persone. Nel corso delle due giornate, alle quali hanno partecipato molti rappresentanti dell'associazionismo e delle categorie, oltre ai responsabili delle diverse politiche pubbliche ai diversi livelli, abbiamo declinato questo grande

impegno e la consapevolezza che salute, come CIPES non si stanca di ricordare, non coincide con sanità.

Da questo convegno sono emerse molte piste di lavoro: innanzitutto ci siamo dotati, come Divisione servizi sociali, di un ufficio per le politiche sanitarie, per il quale abbiamo individuato una vice direzione. Inoltre, abbiamo potenziato anche gli organici interni, come condizione per poter operare. Abbiamo nel primo bilancio utile individuato risorse ad hoc, per sviluppare politiche di promozione della salute. Abbiamo richiesto all'osservatorio epidemiologico regionale documentazione sullo stato di salute e sulle criticità che la Città manifesta. All'interno delle singole Divisioni - non ancora in modo organico ma certamente attraverso una collaborazione costante - abbiamo individuato obiettivi di promozione della salute che sono stati inseriti all'interno del PEG, cioè come obiettivi di promozione della salute attribuiti ai direttori delle Divisioni.

Ricordo l'impegno che la polizia municipale ha assunto per potenziare i controlli sulla velocità e sull'uso delle cinture di sicurezza; nei giorni scorsi, in giunta, è passata una delibera che ha approvato l'acquisto di segnalatori di eccesso di velocità, che saranno collocati nei maggiori corsi cittadini. L'inverno trascorso si è caratterizzato per un forte impegno sul tema della qualità dell'aria. Ci sono obiettivi molto concreti assunti nel contrasto all'inquinamento atmosferico.

Un altro esempio, contenuto all'interno degli obiettivi assegnati ai direttori e nella relazione previsionale programmatica, riguarda la qualità degli alimenti distribuiti nelle mense scolastiche. Potrei fare un lunghissimo elenco; ne ho fatti solo alcuni per dire che, pur non essendoci ancora un piano cittadino per la salute, nel 2002/2003 abbiamo costruito obiettivi per la qualità della salute.

C'è poi il lavoro di programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, che si sta realizzando a diversi livelli. Il primo è quello del piano sanitario regionale, che sappiamo essere ancora in alto mare. Il secondo sono i Piani di attività: proprio in questi giorni le ASL li hanno approvati e trasmessi alla Regione, che sta attendendo dalle Conferenze dei Presidenti di Circostrizione il parere, che stiamo per formulare.

Un terzo livello di programmazione riguarda i servizi sociali e socio-sanitari. Abbiamo, nel corso del 2002 e inizio 2003, svolto un lavoro molto serio e coinvolgente con il vasto mondo dell'associazionismo e i responsabili degli operatori dei servizi sociali, che ci ha portato a concludere ormai il primo Piano cittadino dei servizi sociali. Va ricordato che la presenza costante di funzionari e dirigenti delle ASL, all'interno del

percorso di programmazione partecipata, ha contribuito a realizzare un risultato di valore.

Quindi la sfida è di mettere insieme questi livelli di programmazione: quello regionale; i Piani di attività delle Aziende sanitarie, gli accordi di quadrante, il Piano dei servizi sociali e le linee di indirizzo delle Conferenze dei presidenti. Da questo combinato deve uscire una strategia per la salute che metta insieme anche obiettivi e azioni degli altri comparti dell'Amministrazione comunale (scuola, viabilità, qualità dell'aria, ambiente, verde, ecc.).

Concludo ricordando alcuni dei macro-obiettivi formulati quest'anno dalle Conferenze dei Presidenti di circoscrizione. La fascia d'età 0-3 anni richiede un grande sforzo in termini di promozione della salute: dalla sicurezza stradale, alla prevenzione degli incidenti domestici, al potenziamento delle capacità genitoriali, ecc. All'opposto, abbiamo individuato la fascia degli ultra-settantacinquenni meritevole di un grande investimento, attraverso metodiche tese a rendere abili i cittadini, anche attraverso percorsi di mutuo aiuto. Un terzo filone è quello dell'alimentazione.

Sul piano delle politiche territoriali, le indicazioni sono concentrate sul potenziamento della domiciliarità. Quest'anno la città di Torino sarà in grado di proporre il riordino di tutto il sistema della domiciliarità, per il quale attualmente Torino spende circa 16 milioni di euro.

Intendiamo poi avviare tavoli di programmazione sui grandi filoni di integrazione sociosanitaria. Penso, ad esempio, alla neuropsichiatria infantile e alla psichiatria adulti, alla tossicodipendenza. Un altro grande titolo è quello della continuità assistenziale, in riferimento soprattutto al tema della cronicità degli anziani. In ultimo, ma non meno importante, la questione dell'ottimizzazione della rete ospedaliera.

Ci accingiamo infine, finalmente, a far partire l'Organismo di Coordinamento cittadino, previsto non solo dalla legge quadro sanitaria nazionale, ma anche da atti della Regione. Tale Coordinamento consentirà una partecipazione maggiore della Città al governo della sanità e permetterà - lo confidiamo - di dare più voce ai cittadini torinesi e alle loro aspettative di salute.

## **MARIO NEIROTTI**

Se permettete mi presento. Io sono il Coordinatore del Comitato Tecnico-Scientifico (CTS), organo di consulenza tecnica, che opera nell'ambito della Conferenza Provinciale sulla Salute. Noi abbiamo il mandato dalla

Giunta Provinciale di sviluppare un processo sperimentale sia sulle filosofie, che devono poi informare la Conferenza stessa, sia sui progetti che possono essere proposti inizialmente ad altri livelli istituzionali periferici (Comuni, Consorzi, Distretti, ASL).

Il concetto fondamentale, che è stato più volte esposto anche in questa sede, oggi, e che è la base del nostro ragionamento di tecnici, fin dall'inizio del nostro lavoro nel 1999, è che salute e sanità non sono la stessa cosa, ma l'una comprende l'altra.

D'altro canto, proprio questo processo, che ha iniziato e sviluppato la Provincia di Torino, specie sotto l'egida dell'Assessore Brunato, è molto seguito anche dall'Ordine dei Medici di Torino, di cui sono il Segretario. Noi siamo convinti, infatti, che la professione medica debba comprendere che ormai esistono opportunità di intervento sui cittadini, che non sono solo preservare dalle malattie, curare la salute perduta e tentare, spesso con sforzi e risorse imponenti, di allontanare la fine della vita, senza badare alla sua qualità, in una battaglia persa in partenza, ma, oltre a queste ineliminabili e pur importantissime funzioni, che occorre aprirsi ad altri confini e ad altri livelli, che mirano ad una visione più vasta e coerente con le necessità di salute globale dei cittadini che si assomiglia sempre di più ad una tensione verso un benessere psicofisico totale, che comprende le condizioni di vita personali, familiari, lavorative e ambientali

Il mio è, quindi, un intervento tecnico, cioè sono qui a spiegare sia la filosofia che ha informato i lavori del CTS in questi ultimi tre anni sia i progetti che sono stati collocati in questo percorso.

Come ho sentito citare stamattina in altri interventi, anche per noi c'è stato prima di tutto un momento di approfondimento e di comprensione di che cosa poteva essere il concetto di **salute globale**, che, come è noto e più volte citato, si basa sul documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Sante' 21), ma anche sui piani sanitari regionali e nazionali, ed è anche citato nel trattato Maastricht. Tutto il CTS ha dibattuto su questo argomento per raggiungere una consapevolezza, che doveva poi servire a costruire delle linee di intervento.

Questo concetto è stato discusso più volte anche con Sante Bajardi e si è giunti alla conclusione che è importante creare, anche in un Ente come la Provincia, una cultura di intersettorialità, di partecipazione, di collaborazione tra i vari settori, se si vuole arrivare alla convinzione, che gli interventi amministrativi e politici hanno inevitabilmente un impatto sulla salute della popolazione e agire di conseguenza.

Compreso questo, era necessario dotarci di strumenti, dovevamo cercare di capire come era la situazione nella provincia di Torino, quindi ci servivano

delle banche dati, e per questo abbiamo “commissionato” il Rapporto sullo Stato di Salute della Provincia di Torino e sull’Offerta dei Servizi Sociosanitari, rispettivamente al gruppo del Professor Costa e dell’IRES Morosini, che sono stati poi pubblicati nel 2001.

Questo, in itinere ovviamente, ci è servito per valutare dove si poteva cominciare a ragionare su progetti che potessero andare ad incidere su grandi indicatori di disagio di salute; questo ci permetteva di individuare delle priorità di intervento.

Dietro questa attività di ricerca stava la volontà politica della Provincia di Torino e soprattutto dell'Assessorato alle Politiche Sociali e alla Sanità, di porsi come ente facilitatore soprattutto per le realtà minori. Ho sentito con piacere, l’Assessore Lepri, spiegare i percorsi e le iniziative importanti per la salute del Comune di Torino. Queste politiche, sempre meritorie, sono più agevoli in un grande Comune metropolitano; invece gli strumenti tecnico-operativi e finanziari dei Comuni minori possono essere meno incisivi per raggiungere gli obiettivi dei comuni maggiori

Può essere quindi utile la funzione di un Ente sovrazonale, come la Provincia, che offra metodologie e strumenti per aiutarli e facilitarli in questo processo: questa era l’intenzione politica della Provincia di Torino nel gettare le basi per la Conferenza Provinciale sulla Salute.

D’altro canto, però, avevamo la necessità di dare esempi pratici perché molti sindaci dei comuni minori ci interpellavano per conoscere oltre la filosofia, che cosa in pratica avrebbe potuto generare una Conferenza sulla Salute.

Siamo partiti da un’analisi dei dati molto grossolana, che avevamo sotto gli occhi, e abbiamo deciso di scegliere alcune priorità di intervento, che generavano dalle cause più frequenti di morte della nostra provincia.

Voi le conoscete, sono le malattie cardiovascolari, i tumori, gli incidenti in senso globale, che nel biennio ‘95-’97, hanno dato più di 16.000 morti. A fronte, tra l’altro, di servizi sanitari e sociali che sono, con tutte le limitazioni, senz’altro di buon livello e anche distribuiti in maniera relativamente omogenea.

Questa lettura dei dati ci ha portato a pensare che probabilmente la situazione affondava le sue radici oltre lo stretto ambiente sanitario, nell’ambiente sociale. Quindi, cresceva la nostra convinzione che tutte le iniziative amministrative e politiche, erano coinvolte in un concetto di salute globale.

Abbiamo esaminato poi, sempre dal Rapporto sullo Stato di Salute della provincia, di cui disponevamo in via preliminare, la differenza di distribuzione di elementi di patologia tra pianura, collina e montagna,

scoprendo, con una certa sorpresa, che la concentrazione maggiore di disagi e di problematiche patologiche, si aveva in ambiente montano.

Di conseguenza, abbiamo cercato di organizzare il nostro lavoro tenendo presenti quattro filoni di intervento. Io li ho sentiti nominare in ordine sparso, ma comunque sono tutti presenti nelle iniziative collegate al **Progetto “Città Sane”**.

Noi siamo convinti che il primo filone, non necessariamente il più importante, ma sicuramente fondamentale in un processo di valorizzazione della salute, sia quello della **formazione e dell’informazione** di alcuni operatori privilegiati.

In questo campo il CTS ha realizzato il progetto **Ambiente e Malattia**, coordinato dal Dr Vittorio Grivet, che è costituito da diversi momenti formativi rivolti non solo a medici di Famiglia, ma anche a funzionari della Provincia e regionali, a medici dei servizi, a infermieri..

Esso ha visto realizzato un primo **corso di formazione sugli incidenti domestici**. L'obiettivo è sollecitare attenzione su un universo che normalmente non è toccato dalla sanità e dai suoi operatori, che invece, opportunamente sensibilizzati, possono fare molto per prevenire morbilità e mortalità evitabili.

Nell’ottobre prossimo si svolgerà un nuovo corso di formazione per medici di famiglia sul **counselling breve per ridurre l'abuso del fumo**.

Gli stili di vita errati o dannosi, infatti, sono una grande causa di malattie e di morte e, se pure, già la sanità è più abituata ad occuparsene, è bene potenziare l'educazione sanitaria in un rapporto 1:1 o su piccoli gruppi di pazienti, per avere, come dimostrano le statistiche, maggiori possibilità di cambiamento positivo, rispetto alle pur meritorie grandi campagne di educazione sanitaria e di informazione di massa.

La Provincia e la Conferenza Provinciale sulla Salute, anche su quest'ultimo argomento hanno provato a promuovere una **Campagna di prevenzione degli incidenti in montagna** e questa campagna è andata avanti con la distribuzione di 10000 depliant e 200 CD Rom, in punti strategici e rivolti essenzialmente alle giovani generazioni, che paiono le più esposte ai rischi dell’uso incongruo della montagna.

Altro progetto informativo, infine, che va avanti da tempo, ma che è stato inserito in questo primo filone, è i **Martedì della Salute**, che in quest'ultimo anno sono stati dedicati ad argomenti molto diffusi dal punto di vista sanitario e soprattutto alla correzione degli stili di vita: la partecipazione dei cittadini è stata veramente rilevante.

Per venire ad un altro filone di intervento, i dati che avevamo in mano facevano supporre un'alta diffusione di malattie cronico-degenerative, con

tutto il loro corredo di complicazioni evitabili o rimandabili, a fronte di una organizzazione sanitaria di buon livello.

Era importante immaginare, quindi, modelli gestionali della sanità, che avessero la possibilità di generare migliori livelli di assistenza e avessero maggiori probabilità di generare una concreta e diffusa variazione degli stili di vita, specie quelli che influenzano il rischio-cardiovascolare e la genesi di molti tumori.

Indubbiamente la categoria di medici a cui è più vantaggioso da questo punto di vista rivolgersi è quella dei medici di famiglia. Con essi e specialmente con la FIMMG (Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale), abbiamo costruito un modello assistenziale che vuole arrivare ad una tangibile diminuzione dei danni, derivanti da patologie croniche, ma usufruibile anche per ambiziosi obiettivi di riduzione di incidenti domestici, sul lavoro e stradale, variando stili di vita e comportamenti incongrui. Abbiamo creato, ovviamente in via sperimentale, una nuova struttura operativa nella medicina di famiglia, coordinata dal Dr Guido Giustetto e da chi vi parla, che riguarda 10000 persone circa, nella provincia di Torino.

Questo modello è caratterizzato dall'introduzione di una équipe nella medicina di famiglia e dalla trasformazione della tradizionale modalità di intervento, detta di attesa, e che tutti voi avete sperimentato con il vostro medico, in una medicina di opportunità e di iniziativa.

Questo modello ha iniziato ad operare con il **Progetto GIANO (Gestione della Ipertensione Ambulatoriale: Nuovi Orizzonti)**, che lavora già dall'inizio del 2001. I risultati sono interessanti e la qualità percepita dai pazienti è molto buona, quindi noi siamo stimolati ad andare avanti, anche perché cominciamo ad avere dati confortanti sulla riduzione della mortalità, della morbilità degli impatti delle patologie croniche. GIANO lavora sull'ipertensione, però ha la potenzialità di intervenire su altre patologie croniche, sull'impatto dei tumori, sull'educazione sanitaria per gli stili di vita e probabilmente anche sui comportamenti dei giovani, soprattutto quelli più pericolosi che aumentano l'incidentalità stradale o si riferiscono all'uso di alcol, fumo e droghe

Un altro progetto che si inserisce prepotentemente in questo filone ed è di elevata qualità è il progetto pilota "Timoteo", a cui collabora anche Sante Bajardi, che vuole creare un osservatorio permanente sulle incidentalità stradale, ma ha anche delle azioni sperimentali pratiche: quali l'ideazione di modelli di fermata sicuri, di mescole dell'asfalto che siano più sicure delle altre, un controllo telematico della velocità con un avviso al

guidatore, quindi con un tentativo di convincimento non punitivo degli utenti.

Il Progetto si propone ancora la diffusione di strumenti di informazione e formazione come videogiochi e CD Rom per le scuole

Come ho accennato prima, il CTS è impegnato a dimostrare che il potenziamento dell'intersectorialità all'interno del medesimo Ente e tra strutture istituzionali differenti è una filosofia vincente e contribuisce a migliorare concretamente il benessere della popolazione, rendendo gli interventi più armonici e con minore probabilità di impatto negativo sull'ambiente e sulla popolazione stessa.

Abbiamo tentato di dare corpo a questa idea con un lavoro "a cascata".

Prima con il **progetto "Montagna viva"**, che è un'iniziativa operativa già dal 2001, e che ha la speranza e l'obiettivo di valorizzare e ripristinare dal punto di vista ambientale, sociale e della salute globale il territorio dei Comuni di Cesana e Clavière, che sono piccolissimi comuni (Clavière credo che rivaleggi con il Comune che è stato citato da qualcuno oggi, e che abbia tra i 30 e i 50 abitanti effettivamente residenti...). Questo progetto nasce dall'analisi dei disagi di salute delle aree montane. Esso ha cercato immediatamente il coinvolgimento preliminare dei Consigli Comunali e delle organizzazioni locali.

Essi hanno analizzato l'idea, rivisto i nostri dati sui disagi di salute di montagna e individuato, insieme a noi, alcune priorità e linee di intervento che sono andate a creare quattro direttrici, che non starò ad approfondirvi, per ragioni di tempo.

Immaginate, però, una direttrice viaria, una idrogeologica, un'agropastorale, e una turistica compatibile. Ma perché queste quattro? Perché vanno rispettivamente a tentare di risolvere problematiche territoriali, che ci sono in questi comuni: quindi l'isolamento, i rischi ambientali, lo spopolamento per la scarsità di occasioni di lavoro, la perdita di attività tradizionali e la ricerca di una nuova gestione delle risorse in un'ottica turistico-economica rispettosa dell'ambiente.

A ognuno di questi disagi sono agganciati dei problemi di salute che, visti da sfaccettature diverse, sono di competenza sanitaria e sociale, però dipendono dall'intervento politico amministrativo. In questo progetto gli indicatori per dare obiettività al valore degli interventi nel campo della salute globale sono stati messi a punto con il Servizio Epidemiologico dell'ASL5.

E' ancora sicuramente troppo presto per poter dire se l'intervento è stato di successo o è stato semplicemente un intervento come tanti. Ma se i risultati

saranno pari alle aspettative potremo offrire un modello operativo di interventi coordinati ad altri piccoli comuni montani.

Parlavo prima di un lavoro "a cascata" del CTS e della Provincia nelle sperimentazioni di coinvolgimento sulla Salute di altri Enti locali.

Ed ecco l'ultima iniziativa che voglio accennarvi oggi: la creazione nei Comuni di Ivrea, Pinerolo e Chieri di **Laboratori per la Salute** in collaborazione con ASL e Enti Gestori. Tali laboratori sono in notevole sintonia rispetto ai concetti di "Città Sane", che ho sentito nominare stamani.

L'auspicio mio e del CTS, che ha lavorato in questi anni con differenze di impostazione filosofica, ma sempre con molta onestà intellettuale, è di proseguire su questo percorso.

Noi abbiamo fornito una filosofia di fondo, dato esempi e percorsi operativi. Le esperienze di "Città Sane" a livello locale, nazionale e internazionale, possono notevolmente arricchire questo, pur piccolo patrimonio.

Una nuova cultura politica e amministrativa che si ponga come obiettivo l'integrazione degli interventi per mirare ad un sostanziale miglioramento della salute globale e del benessere della popolazione amministrata è una filosofia che localmente può trovare un utile luogo di dibattito e di organizzazione nella Conferenza Provinciale sulla Salute, che noi auspichiamo raggiunga al più presto una sua concreta e importante operatività.

Grazie.

## **GABRIELE BAGNASCO**

Queste occasioni credo che siano sempre utili per uno scambio di esperienze e una riflessione comune perché una delle tante condizioni negative in cui spesso ci troviamo, anche comuni di dimensioni medie, è quella, se non dell'isolamento, comunque di non riuscire effettivamente a partecipare in modo reale a una rete di azione, invece trovare momenti di collegamento che permettano di avere stimoli utili a crescere nella propria esperienza e nella propria azione, è uno degli aspetti che dovrebbero essere più interessanti, quindi grazie al CIPES di avere avuto questa volontà di proporsi come punto di riferimento piemontese, perché, altrimenti, nella nostra esperienza regionale, effettivamente, anche la volontà di partecipazione a un processo come quello di "Città Sane" rischiava e rischia di essere occasionale, episodico, un po' velleitario. Questo è quanto ci dice l'esperienza perché se, come veniva ricordato, oggi membri

dell'associazione nazionale "Città Sane", sono tre comuni in Piemonte, evidentemente questo è un dato che oggettivamente ci dice la difficoltà di partecipare in modo costruttivo, coerente, attivo, a questi processi che credo riteniamo tutti interessanti, alla cui filosofia tutti aderiamo, ai cui obiettivi cerchiamo in vario modo di adeguarci, però in una forma che certamente non permette poi di portare un reale contributo al miglioramento della organizzazione o della gestione dei servizi sanitari o di tutte quelle attività che possono avere un'incidenza sulla salute, quindi alla promozione delle reali condizioni di salute dei nostri cittadini.

Noi abbiamo aderito alla rete "Città Sane" nel 1996. Poi abbiamo seguito la sua evoluzione, abbiamo partecipato al momento ufficiale della nascita della rete italiana, abbiamo, con un po' di ritardo aderito all'associazione, avendo qualche perplessità sulla necessità di trasformare la rete in un'associazione formalizzata, ma oggi è così e forse può essere stato utile.

In realtà pur avendo aderito e avendo seguito il percorso, avendo seguito per lo più i momenti di incontro e di confronto tra i comuni italiani aderenti non eravamo riusciti a importare a livello locale un processo in funzione di un prodotto, invece è cambiato il nostro approccio e la nostra capacità di costruire un piccolo tessuto di relazioni locali, tese a individuare degli obiettivi e delle strategie, con l'avvio di un altro processo che è quello di "Agenda 21 locale". Nel momento in cui abbiamo aderito alla Carta di (...), e quindi abbiamo avviato il processo di "Agenda 21 locale" nel 2000, ci siamo trovati con uno strumento in mano che ci ha permesso di recuperare anche gli obiettivi e le finalità e la filosofia di "Città Sane" cercando di integrare i due momenti e i due percorsi, con molte difficoltà perché l'attenzione che la dottoressa Signani poneva sull'importanza del come piuttosto che del che cosa, quindi sul processo piuttosto che sul prodotto, che io condivido fino ad un certo punto, perché i due aspetti devono necessariamente essere collegati, perché altrimenti non avrebbe senso, quindi il processo deve essere funzionale poi al miglioramento del prodotto, quindi non senza difficoltà perché in realtà come la nostra, ma anche per altre realtà piemontesi, non è poi così facile promuovere una partecipazione, non basta offrire un'occasione, una sede fisica, un tavolo, non vi è forse una grande abitudine ad una partecipazione strutturata, continuativa, non una partecipazione episodica, casuale, occasionale, ma una partecipazione che sia, appunto, funzionale a creare una dimensione locale di dialogo continuo sui temi dell'ambiente, della salute, tutto quanto può essere collegato, funzionale ad individuare insieme i problemi, gli obiettivi, le strategie, ecc..

Però è stata un'esperienza certamente interessante, che stiamo continuando con le varie tappe previste dal modello di "Agenda 21". Una di queste tappe è stata la redazione della relazione sullo stato dell'ambiente e della salute della città di Vercelli, che abbiamo pubblicato l'anno scorso. Questo documento, interessante perché riporta per la prima volta in modo unitario tutta una serie di dati sia di indicatori sanitari sia di indicatori ambientali e demografici, e che quindi è uno strumento di lavoro per chiunque sia interessato a questi argomenti, quindi interessante come contenuto, interessante perché è il frutto di un dibattito, di un dialogo, un confronto, ed anche di una collaborazione interistituzionale, che è un altro tema non dei più semplici e dei meno importanti, cioè una collaborazione essenzialmente tra il Comune e l'ARPA provinciale ed il laboratorio di Grugliasco di epidemiologia. Anche in questo senso è stata certamente un'esperienza positiva e che ha avuto un riscontro, in termini di interesse, nella collettività già quasi immediato, perché nel momento in cui abbiamo presentato il lavoro, alcuni dei dati contenuti, che non erano prima sufficientemente conosciuti e soprattutto non erano evidenziati, sono emersi ed hanno suscitato l'attenzione, l'interesse di componenti, più o meno organizzate, della comunità locale, che quindi si è "svegliata" ed ha chiesto di lavorare ulteriormente su questi temi, quindi a differenza di quello che era stato il percorso precedente, in cui era stato sostanzialmente il Comune ad avviare un processo, a proporlo, a chiedere la partecipazione, a porre un'offerta di disponibilità, adesso invece è parte dell'opinione pubblica che ha cercato di organizzarsi per porsi come interlocutore rispetto ad alcuni problemi, che l'hanno sensibilizzata e adesso il problema che la difficoltà passa di nuovo a noi, non solo Comune, ma anche Azienda sanitaria, nell'essere capaci di organizzare una nuova parte di lavoro per dare risposta a queste esigenze, che sono state sollecitate. Questo è uno dei tanti problemi del governo dei fenomeni e delle politiche sanitarie, il fatto di sollecitare, talvolta, una domanda prima non esistente, di evidenziarla, ma nel momento in cui la si evidenzia, però, non essere preparati ad assecondarla, a dare una risposta. Questo sarà l'impegno, che le varie componenti, nella speranza che si possa ricreare ed ampliare una collaborazione interistituzionale, che veda il Comune, l'ARPA, l'ASL organizzarsi per procedere ulteriormente bell'analisi della realtà di salute e nell'individuare quei fattori di malattia, che sono ancora ignoti o incerti, per poi cercare di programmare gli interventi in termini di servizio più opportuni. Questo in sintesi è il significato della nostra esperienza, vorrei però fare qualche accenno sulla base degli interventi che si sono susseguiti questa mattinata: le esperienze che ci vengono da alcune Regioni sono

certamente molto interessanti e forse un po' lontane dalla nostra dimensione, quindi non necessariamente riproducibili, però noi abbiamo indubbiamente un problema, che vedo riproporsi frequentemente, di integrazione tra istituzioni, enti ed integrazione tra processi, reti con il pericolo di disperdere risorse, di sbagliare percorso, di doverlo continuamente correggere, ecc. Si è accennato prima al problema di rapporti tra ANCI, nella sua dimensione storica, tra l'ANCI, nella sua dimensione Federsanità, tra la rete "Città sane", che sostanzialmente fa sempre riferimento a Comuni, quindi i soggetti istituzionali, che partecipano sono sempre gli stessi, io ho citato il processo di "Agenda 21", che è un'altra entità che vede coinvolti soprattutto i Comuni, Federsanità coinvolge anche le Aziende sanitarie, in Piemonte, numerose se non tutte; poi spunta una Provincia, che encomiabilmente si pone problemi analoghi e li conduce in parte per conto suo, in parte in relazione con i Comuni. Detto così il tutto non fa pensare ad una grande efficienza del sistema, allora credo che dovremo fare tutti uno sforzo di integrazione tra le nostre azioni, tra le nostre responsabilità, tra le nostre iniziative per ottimizzare se possibile, non solo l'uso delle risorse, ma le modalità anche perché il rapporto con l'interlocutore finale, il cittadino singolo o associato, se già non è facile una volta, non può essere scomposto in dieci momenti diversi, proposto da dieci soggetti diversi. perché certamente produce sempre più difficoltà ed esaurimento, cioè il cittadino partecipa con una certa capacità e un certo interesse a un processo, a un percorso, a un confronto o dialogo, difficilmente può partecipare a quattro, cinque sei diversi, con la stessa continuità, con lo stesso entusiasmo, con lo stesso interesse, con la stessa capacità di portare un contributo positivo.

Più di una persona ha fatto un accenno all'importanza della percezione dei cittadini della dimensione e dell'entità del problema salute, questo è senz'altro un elemento fondamentale, chiunque svolga un'attività a contatto con il cittadino, tanto più un'attività di tipo medico è ben consapevole di quale sia la differenza tra la dimensione oggettiva, per quanto può essere, della salute o della malattia, la dimensione soggettiva, anche qui però sono maglie che si sovrappongono e si intrecciano, quindi è necessario che noi abbiamo una conoscenza quanto più possibile vicina alla realtà dei fatti, tramite l'uso degli indicatori, che possono essere più o meno numerosi, come sono scelti e se la scelta degli indicatori è partecipata, per intanto questa cosa dovremmo averla, e quello che invece nella nostra esperienza è stato utile è che abbiamo acquisito una conoscenza, non certamente esaustiva, però di una realtà di salute che non c'era, neanche quello avevamo, perché nella nostra organizzazione

sanitaria la conoscenza dei dati non c'è o non è evidenziata né tanto meno è usata in quello che dovrebbe essere un momento fondamentale della programmazione. Certamente questa conoscenza dei dati, quanto più possibile fotografia della realtà deve essere confrontata e messa in un momento di approccio dialettico, con la percezione che di questa stessa realtà hanno i cittadini per cercare di raggiungere una sintesi, in funzione di una programmazione che deve essere il più possibile razionale. Noi oggi abbiamo, lo dico sempre pensando alla mia realtà ma anche a livello regionale, un grande problema in termini di programmazione sanitaria. Abbiamo un grande difetto e abbiamo il grande difetto della assoluta insufficienza di contributo alla programmazione sanitaria da parte degli enti locali, per non dire una quasi totale impossibilità di dare un reale contributo a processi di programmazione, questo è un dato che dobbiamo, in tutte le sedi, se riusciamo a fare massa critica, lo dico soprattutto all'ANCI ma a tutti gli altri soggetti interessati. Per quanto riguarda "Città Sane" credo che questa iniziativa del CIPES sia importante, ne abbiamo parlato a Trieste, nell'ultima occasione dell'assemblea nazionale, effettivamente il tentativo di coinvolgere in modo maggiore, più esteso, i comuni a lavorare su questo tema penso debba passare da un livello territoriale di integrazione che potrebbe essere davvero distretto sociosanitario, pensando che distretto va alla conferenza di distretto eccetera, in teoria c'è qualche elemento che dovrebbe essere una premessa positiva, personalmente penso che noi potremmo provarci come comune, polo di un distretto, se ci fosse qualcun altro che in Piemonte si pone lo stesso obiettivo, sarebbe interessante poter fare un percorso insieme per cercare fin dall'inizio di confrontare le idee e di impostare un lavoro che possa avere una diffusione più ampia, che non una singola esperienza che magari rischia di finire da sola nella propria dimensione troppo piccola. Grazie.

## **LUCIANO DEMATTEIS**

L'ANPAS è un'associazione che trae le sue origini dalle società di mutuo soccorso, perciò è un tema ampiamente legato alla discussione di stamattina. Io ho sentito con interesse le cose che sono state dette stamattina e il mio è un intervento propositivo, non è un intervento né critico né di modifica delle cose che sono state dette. Noi siamo una associazione di volontariato e a livello regionale coordiniamo 82 associazioni, per circa 12.000 volontari. Nel '92 siamo partiti con un patto con 72 delle 82 associazioni sulla formazione dei volontari,

prevalentemente sul discorso del trasporto sanitario urgente. Questo patto si è poi trasformato, nell'arco degli anni, nello standard formativo regionale che oggi, è quello che viene utilizzato dalla Regione Piemonte, per il trasporto degli utenti in ambulanza.

Dico questo perché noi ci sentiamo di proporre, come associazione di volontariato a carattere regionale, una collaborazione con il CIPES, essendo poi, anche soci del CIPES Piemonte. Una collaborazione, se si intende fare un programma regionale, che potrebbe attuarsi con un impegno da parte nostra a svolgere, essendo capillarmente presenti sul territorio, un ruolo di sensore periferico dei bisogni della gente..

Potremmo svolgere anche un ruolo di promotori di ricerca del dialogo con la popolazione, come andare a cercare questi dati che necessitano per avere un progetto che sia veramente l'espressione della gente, e che non sia, come si diceva stamattina, chi porta già il prodotto fatto. Mi è piaciuto molto il progetto del rappresentante di Bologna Nord, perché ha ribaltato il metodo progettuale: la sanità non la fanno le ASL ma la fanno i cittadini.

Noi crediamo che come associazione di volontariato si possa dare un grosso apporto a questo concetto, non ultimo credo che noi potremmo fare, essendo anche all'interno di un centro di servizio per il volontariato sinergia con altre associazioni.

I centri di servizio per il volontariato sono nati a fronte della legge 266, e hanno dei fondi a disposizione proprio per la promozione del volontariato, per la formazione, eccetera. Io quest'ottica i centri di servizio, sempre a fronte di un progetto, sarebbero anche in grado di investire in formazione dei volontari, che poi andranno a fare questo tipo di attività e ricerca, di sensore all'esterno. Io credo che questo potrebbe essere estremamente interessante, noi ci mettiamo a disposizione del CIPES Piemonte, se lo ritiene, e in futuro vedremo di concretizzare questa nostra disponibilità con l'esperienza che abbiamo maturato. Grazie.

## **VINCENZO COSTANTINO**

Oggi abbiamo voluto partecipare con interesse a questo convegno perché riteniamo che il Comune di Alessandria con la nuova amministrazione insediata un anno fa, voglia iniziare un percorso nuovo e anche noi come altri comuni piemontesi vogliamo essere protagonisti in questa avventura che trova il CIPES Piemonte capofila e punto di riferimento. Anche noi pensiamo che questo progetto sia una scommessa strategica per ogni singolo comune ma in modo particolare una scommessa che deve rilanciare quello che poi è l'oggetto che sta a cuore a tutti noi e cioè il

cittadino. Noi siamo a disposizione come comune a lavorare e portare avanti insieme all'organizzazione del Piemonte qualsiasi iniziativa e proposta, anche perché stiamo lavorando sia con l'Assessorato ai LL.PP e Servizi Sociali su progetti mirati per cercare di migliorare e in particolare modo sensibilizzare il cittadino, per costruire insieme un progetto di città sane Grazie.

## **SANTE BAJARDI**

Fulvia Signani, Coordinatrice della Associazione Nazionale Città Sane, ci ha detto che sta avviando, in accordo con la rete europea, la partecipazione all'elaborazione del manuale per la costruzione delle reti di "Città Sane", oppure dei profili di salute e o... capiremo meglio. Io ho già espresso la disponibilità, i comuni di Valenza e di Vercelli, che sono soci ufficiali dell'associazione, hanno dichiarato il loro interesse a delegare al CIPES Piemonte, questo ruolo di presenza in modo da fare parte attivamente a tutte le fasi, che a livello nazionale e internazionale si verranno proponendo. Vogliamo partecipare e studieremo con le formule organizzative, che andrò a proporre, di essere partecipi, protagonisti di tutte le sedi, quella dell'anno prossimo a Potenza, ma anche quella di Belfast, in autunno, in modo di tentare di recuperare nella realtà della nostra regione, conoscenze, esperienze e informazioni, perché molte cose non vengono fatte o non approdano a certi risultati perché c'è una inadeguatezza nelle informazioni.

Poco fa, l'intervento del Sindaco di Vercelli Bagnasco, è stato illuminante. La stragrande maggioranza delle informazioni a cui lui faceva riferimento, sono lì, disponibili in Regione, perché non creiamo un meccanismo automatico per mettere semplicemente in modo rapido, le informazioni disponibili a disposizione di chi le vuole? Si tratta solo di fissare con qualche programma informatico, e come è stata fatta l'estrazione dalla banca dati dei dati della provincia di Torino, per fare il profilo di salute della provincia di Torino, per estrarre i dati della Città di Torino, da inserire nel profilo di salute, ed ancora gli altri, che sono stati raccolti dalla V Circoscrizione, a mano in larga parte, e che hanno prodotto il fascicolo che ci è stato consegnato, Noi dobbiamo creare una condizione oggi tecnicamente possibile, per cui inserendo gli estremi dell'area a cui mi voglio riferire ottengo tutti i dati che ci sono a disposizione nelle banche dati del Servizio Sanitario e del Sistema Informativo Regionale. Mi ricordo proprio adesso, che stamattina, al Centro Incontri, c'è stata la presentazione dell'"Annuario Statistico Regionale – Piemonte in cifre

2003”, ed è stato consegnato a tutti i partecipanti il cartaceo ma anche un CD contenente tutte le informazioni al momento disponibili.

Io credo che sia giusta, sacrosanta, la nostra richiesta di un’accesso semplice e puntuale a tutte le informazioni che ci sono.

Stamattina Mario Carzana nel suo intervento ci ha dato la dichiarazione di disponibilità dell’Assessorato Regionale alla Sanità per quanto riguarda i dati archiviati dal Servizio Sanitario Regionale, ma credo che non ci siano difficoltà ad accedere anche agli altri dati. Dico tra me e me che una parte dei dati che ci servono sono disponibili aprendo il sito della Regione nella parte del sistema informativo. Forse si tratta di rendere più comprensibili quelle tabelle anche ai non specialisti. Io credo che il lavoro faticoso, che Bagnasco ha fatto per raccogliere delle informazioni debba e possa essere ridotto. Cose che in parte già abbiamo devono essere messe immediatamente a disposizione, le nostre intelligenze devono essere utilizzate per la interpretazione di quelle informazioni, perché certamente nessuno, lontano da quella realtà è in grado di dare a quei dati dei significati precisi e di stabilire le connessioni con le competenze istituzionali di quell’ente che su quel territorio c’è. Mi permetto di aggiungere ancora, rilevando la differenza, per esempio tra la relazione dello stato di salute della Provincia e quella del Comune di Torino, che ha un archivio di informazioni della propria attività comunale, che conosco bene per avere fatto per dieci anni il consigliere comunale, molto ricco, archiviate sulla base degli stessi standard, per cui è stato possibile incrociare dati di origine regionale con dati di origine comunale. Certo, quando si esce fuori da Torino non avrò un’aggregazione di informazioni così compiuta, ma innanzitutto adesso l’informatica è più diffusa di 10 anni fa, ed in secondo luogo, a livello locale, i modi con cui aggiungere informazioni a quelle che arrivano dai sistemi informativi esterni, non sono così complessi e non sono così insuperabili, e ciò ci permette di incominciare a ragionare su informazioni e su dati veri. Dopo di che scattano tutti i meccanismi interpretativi e partecipativi. Io sono molto lieto della dichiarazione che ha fatto stamane Dematteis, dirigente storico dell’ANPAS ed ora del Centro Servizi Idea Solidale, perché noi, in queste realtà di distretto, se non riusciremo a coinvolgere i cittadini, gli esperti grezzi e i cittadini organizzati nelle associazioni, se quella interpretazione sarà data da gruppi ristretti, rischia di essere unilaterale e di non corrispondere alla bisogna,

Quindi il disegno che noi vogliamo portare avanti è di individuare una dimensione accettabile di aggregazione dei comuni, quella che, ci è stato ribadito, diventerà il distretto, unica sede di discussione e di attuazione

delle politiche di promozione della salute. La attribuzione di un ruolo preciso ai sindaci di quel distretto (se sono pochi tutti, se sono molti, tramite i sistemi rappresentativi) ci permetterà di lavorare in quel distretto, assieme ad un interlocutore informato di dati, che ha fruito in quel pezzo di territorio di una elaborazione collettiva, che potrà dare forza alle proprie opinioni e che, in ogni caso, anche di fronte ai processi che il decentramento dell'attività produrrà a livello di distretto, sarà un interlocutore che non sarà chiamato a discutere solo di localizzazione dei servizi e delle attività, ma di discutere dei problemi di salute di quella popolazione, con cui loro hanno dei legami, ed è questo il salto di qualità culturale, che le informazioni diffuse ci mettono a disposizione.

Vedo il Dottor Valpreda, Direttore in Regione di tutta quanta l'attività di prevenzione, sia dei dipartimenti di prevenzione sia dell'Osservatorio epidemiologico regionale. Credo che nei prossimi mesi, partendo da quei distretti che stamattina hanno dichiarato la loro disponibilità (Valenza, Vercelli e Alessandria, Alba, ..) noi inizieremo il nostro peregrinare e in ognuno di questi comuni andremo a verificare concretamente se l'ipotesi dell'aggregazione del distretto è attendibile. Mi auguro che Valpreda decida per qualcuno che si affianchi a noi, anche per assicurare che la messa a disposizione di informazioni non è una velleità sulla carta ma è qualcosa che potremo con gli informatici concretamente organizzare: un programma di accesso, semplice, che giorno per giorno ci aiuti camminare. L'Assessore Lepri ci ha detto del modo in cui il Comune di Torino si sta organizzando per imprimere all'attività delle circoscrizioni un ruolo che sia sempre di più di rappresentanza generale. Nelle Circoscrizioni di Torino, sulla base di tutto questo lavoro è cresciuta l'istituzione dei Forum della Salute, non come emanazione delle IV Commissioni Ambiente, ma come rappresentanza generale, sotto la responsabilità del Presidente della Circoscrizione. E' un fatto importante per cui la salute non è più un problema settoriale, ma diventa il problema delle istituzioni.

Credo che tra sei mesi potremo incominciare a fare il punto e valutare con i presenti i risultati ottenuti. Credo in particolare ad un ruolo delle rispettive associazioni, dei rispettivi enti di appartenenza che vorranno dichiarare la loro disponibilità al sostegno di questo processo. Questo elenco di primi quattro distretti, sarà integrato da altre località e su questa strada cercheremo di portare un contributo qualitativamente e quantitativamente rilevante.

L'impegno dell'ANCI alla costruzione della Rete di Città Sane è stato esaminato più volte nel passato senza implicazione organizzative. La proposta di lavoro elaborata da CIPES Piemonte un anno e mezzo fa, e che

è stata fatta propria dall'ANCI Piemonte e dalla Regione Piemonte, è una ipotesi un pò azzardata; sono pienamente consapevole di giocare sul rischio su queste cose, di puntare a 56 distretti più le 10 circoscrizioni di Torino, come elemento per il recupero massimo di questa attività, e ciò non mi crea imbarazzo. Se le cose sono fatte con convinzione ed entusiasmo la gente non ti farà mai la forza se qualcosa non va bene; assieme correggeremo gli errori e ritroveremo il giusto equilibrio, la cosa che per me era diventata insopportabile era l'assenza, pesante, del Piemonte in questa rete nazionale, quando nella pratica quotidiana noi abbiamo fior di comuni, che fanno fior di politiche serie, concrete, e che non sono riuscite ancora a integrarsi reciprocamente e a diventare sistema con gli altri comuni contigui.

Andando in questi quattro comuni, la nostra proposta organizzativa è: partiamo dalla raccolta delle buone pratiche che quel comune ha fatto. Non cerchiamo di sovrapporre alle esperienze di quei comuni altre cose a freddo, se non la sintesi con loro delle cose fatte in precedenza, **il primo obiettivo è quindi la raccolta delle buone pratiche di salute** che le singole amministrazioni hanno fatto. **Il secondo obiettivo è la costituzione in ognuno dei distretti di un laboratorio della salute**, un laboratorio costituito dagli amministratori; dai tecnici e esperti locali e dai "tecnici grezzi", che sono le associazioni, la popolazione aggregata e raccolta nei modi come localmente la gente si riunisce. Non un processo tecnico, ma un processo politico, che tenda a recuperare la volontà della gente e, tramite la loro volontà, la partecipazione della gente non solo alle scelte ma all'attuazione di quelle scelte, in modo che non sia una scelta che poi dice al comune: tu fai. Una scelta che si concluda dicendo: faremo. Queste sono le cose che mi pareva di poter dire concludendo.

## LAMBERTO BRIZIARELLI

Voglio anzitutto ringraziare Sante Baiardi e gli altri organizzatori di questo convegno, gli amici del CIPES Piemonte, perché anche in questi tempi duri mi hanno permesso per la seconda volta, nel giro di pochi mesi, di respirare aria buona, qualche mese fa a Trieste e oggi a Torino. Due occasioni felici che travalicano l'oggetto del nostro incontro, vanno oltre "Città Sane", cercando ridisegnare o, se volete in maniera meno impegnativa, di ridare un progetto di gestione della società, al di là delle etichette dietro alle quali ciascuno di noi è collocato.

Prendete me: non so bene come sono qui a fare le conclusioni, non sindaco, non assessore, non membro dell'ANCI, non operatore di

un'azienda sanitaria, probabilmente è perché ho una posizione di osservatore esterno a tutti i soggetti che stamani si sono presentati attorno a questo tavolo. Da questo punto di vista forse sono anche in posizione vantaggiosa, perché non ho nessuna bandiera da seguire né parte da sostenere.

Preparando la testa a fare queste conclusioni avevo elencato una serie di punti che pensavo dovessero essere toccati e devo dire, con grande soddisfazione, che sono stati toccati quasi tutti con l'offerta di un largo spettro, al quale vorrei aggiungere solo alcuni elementi di maggiore approfondimento e precisazione.

Partirei dal problema posto dal sindaco di Vercelli, i dati. Abbiamo sentito molti dati, visto eccellenti prodotti ma vorrei aggiungere un dato in più: prendiamo i dati sull'Europa occidentale ed esaminiamo i fenomeni considerati più di frequente, i morti ed i malati, guardiamoli però da un altro punto di vista, quello delle morti evitabili. Considerando le ragioni per cui tutte le morti sono avvenute, al primo posto troviamo quelle che non sono state evitate per mancanza di prevenzione, al secondo posto per mancanza di igiene e solo all'ultimo posto per mancanza di cure.

Se facciamo la somma di tutti gli anni di vita perduti per morti precoci, rispetto alla mortalità media della popolazione e vi aggiungiamo gli anni di vita vissuti con una disabilità, formando il cosiddetto "carico complessivo delle malattie" (GBD in inglese), viene fuori una classifica molto interessante che vede al primo posto i disturbi depressivi unipolari, non le malattie cardiovascolari, non i tumori. Quindi troviamo l'ischemia cardiaca, che però viene assieme ai disturbi legati all'uso di alcool, al cancro della trachea, bronchi e polmoni, agli incidenti stradali, alla perdita di udito in adulti. Confrontando questo dato con i rischi cui attribuire queste patologie, troviamo al primo posto il tabacco, al secondo l'alcool, al terzo l'attività lavorativa, una cosa che avremmo dovuto risolvere fin dai tempi delle mappe grezze. Al quarto posto la mancanza di attività fisica, al quinto l'ipertensione, molto tardiva rispetto ad altri fattori di rischio. Esattamente il contrario nei paesi del terzo mondo, dove al primo posto troviamo la malnutrizione.

Questi elementi, che peraltro sono già emersi, debbono essere rafforzati. La Sanità da questo punto di vista ha certamente qualche difetto: non ci dà i dati, ce li dà in maniera sbagliata, non cerca probabilmente quelli giusti o deve pensare di cercarne anche altri. Tuttavia dobbiamo tirare in causa qualche altro soggetto, ancora qui tirati in ballo. Prendiamo in considerazione i due più importanti: il modo di governare, i governi. Tutto

quanto è stato detto rafforza uno degli elementi centrali non sufficientemente praticato: l' intersettorialità.

Bagnasco ha molto insistito su integrazione e intersettorialità, non so se li intendiamo alla stessa maniera. Qualcuno ha detto che l' intersettorialità è solo a parole ed è poco praticabile. In effetti credo che dobbiamo praticarla in due diversi modi. All'interno di ogni struttura, c'è bisogno di un momento unificante; ad es. pensando al governo della città, al comune, il sindaco deve riassumere in sé tutti i poteri distribuiti a livello politico ed i diversi pezzi che compongono un'amministrazione comunale. Gli esempi che abbiamo dinanzi mostrano una situazione differente: in molte città, a mia conoscenza e restando in questo solo settore della Promozione della salute, ci sono quelli che portano avanti "Agenda 21" ed altri che si occupano "Città Sane", accanto ad altri progetti, il traffico ad es., i trasporti, appartenenti ad uffici ed Assessorati diversi, talora un contrapposizione. Ciascuno di questi settori naviga per conto proprio, ciascun assessorato fa i propri programmi, indipendentemente dagli altri, spesso senza alcuna comunicazione.

Guardando all'interno dei singoli programmi, non si prevede comunicazione tra i vari pezzi, risalta che sono scritti da mani diverse. Dietro a ciascuno di questi progetti c'è un gruppo di lavoro diverso, composto da tecnici di varia estrazione e proprio per questo occorre una sintesi politica, che indichi il senso generale, la direzione dove si vuole andare, che vada oltre i grafici, le torte, le tabelle e gli indicatori. Salendo verso le Amministrazioni centrali il problema rimane lo stesso, basta guardare alla storia del Consiglio dei ministri di questo Paese. Non di questo solo momento, con il Presidente del consiglio attuale: chiaramente c'è un difetto nel sistema, in cui i ministri fanno ciascuno la propria politica e nessuno tira a sintesi quello che si fa.

Il secondo problema intersettoriale riguarda i rapporti esterni, in particolare con le aziende sanitarie e le agenzie. Ancora Bagnasco ha citato più volte l' ARPA , cui aggiungerei le agenzie di servizi che stamani ho sentito poco citare. Ebbene, ricordiamoci che le aziende o agenzie per i vari servizi comunali gestiscono metà dei problemi che impattano con la salute dei cittadini e non possono rimanere fuori da questo contesto. C'è infatti il rischio che, altrimenti, l'azienda per i servizi municipalizzati diventi il nemico delle organizzazioni dei cittadini; pensiamo solo all'azienda che gestisce i rifiuti solidi, le discariche, gli inceneritori e quant'altro.

Questo è certo il problema più grosso, dell'integrazione fra le aziende sanitarie e tutte le altre agenzie che a vario titolo operano nella società,

nel pubblico e nel privato. Se infatti prendiamo in considerazione non la salute in negativo, espressa solo attraverso le misure tradizionali dell'epidemiologia e spostiamo il discorso ai determinanti della salute, compiendo il vero salto di qualità, dobbiamo coinvolgere tutti questi altri soggetti. Si è parlato poco, stamani, di determinanti della salute e se questi non diventano centrali nei nostri discorsi, faremo poco più di quello che il nostro servizio sanitario nazionale fa prevalentemente, ovverosia diagnosi e cura, settori per i quali esso funziona bene. Ma riprendendo il discorso sulle morti evitabili, le indicazioni sono precise. I decessi che non siamo riusciti ad evitare si sono avuti non per deficienze dei servizi di cura e diagnosi ma perché non è stata fatta prevenzione, in specie quella primaria, cioè per la mancanza di interventi che stanno oltre il servizio sanitario.

Tuttavia il servizio sanitario nazionale, che come dicevo ha fatto molto, deve fare qualcosa in più. Una cosa l'abbiamo già detta, la prevenzione per la sua parte: la prevenzione secondaria è fatta poco, male e non in modo routinario. Ben più grande è il problema dell'educazione sanitaria dei cittadini, che oggi quasi non esiste più, salvo eccezioni e grazie all'operato volontaristico di molti operatori sanitari e sociali a livello periferico. Solo alcune Regioni, tra cui questa, hanno mantenuto gli impegni che in passato erano stati assunti; a livello di aziende sanitarie sta tranquillamente passando nel dimenticatoio. E' invalsa una convinzione, nell'abbondanza dei mezzi di comunicazione di massa, televisione, internet ecc., che basti offrire una grande messe di informazioni perchè l'educazione sanitaria si compia, miracolosamente. Il che non è assolutamente vero, per la semplice ragione che i cittadini non capiscono niente di tutto quanto arriva sotto forma di messaggi confusi, incerti, imprecisi, mescolati a mille altre cose, con un grandissimo rumore. E quand'anche capiscano e ricevano i contenuti dei messaggi non basta certo per compiersi un processo di elevazione della coscienza sanitaria; ci vogliono ben altre forme di contatto, strumenti di comunicazione effettiva con i cittadini.

Ed ancora richiamerei due aspetti che mi pare siano anche stati poco sottolineati, il problema dell'accesso e della disuguaglianza, nell'accesso e nel trattamento: nei piccoli comuni, in particolare, è forte la carenze nella conoscenza e nella disponibilità dei servizi di una certa complessità, sono disponibili a quel livello, ed è inevitabile una disparità nell'accesso. Ecco dunque uno dei problemi centrali, su cui un progetto che si chiama "Città sane" deve garantire i cittadini, integrando ciò che il piccolo comune può mettere a disposizione con servizi agibili, vicini, raggiungibili, messi a disposizione dall'azienda sanitaria o da altri soggetti ancora. Spesso

abbiamo infatti strutture appartenenti a soggetti diversi che, integrate opportunamente, possono coprire eventuali carenze.

Una seconda tappa da affrontare, nocciolo centrale per i servizi sanitari, riguarda l'autoreferenzialità, la mancanza o la scarsità di valutazione degli effetti che loro producono e l'econometrismo, la misura in funzione delle finanze, in termini di costi finanziari e non in termini di salute. Forse anche perché la salute è difficilissima da misurare, si preferisce ragionare quasi esclusivamente di efficienza del servizio e assi poco di efficacia e di soddisfazione, dell'utenza e del personale

A questo punto mi pare importante introdurre anche elementi tecnici attorno alla necessità di costruire nuovi strumenti di valutazione, per andare oltre la misura dei tradizionali parametri e dedicare maggiore interesse ai determinanti di salute. E' molto di moda riempirsi la bocca con la parola indicatori: ma a parte il fatto che la costruzione degli indicatori è cosa molto complessa, occorre che l'indicatore sia derivato ed adattato alla realtà nella quale si applica. I 21 obiettivi dell'OMS non debbono essere buttati nel cestino, dovranno servirci per costruire un progetto che parte dal mondo che noi viviamo e tiene conto dalla nostra situazione di partenza, costruire indicatori ad hoc.

Uno è quello che citavo prima, il GBD, che accanto alla mortalità introduce quasi tutti gli elementi sopra menzionati, considerando le disparità, l'ineguaglianza nell'accesso, gli anni di vita passati nella disabilità, ecc. Però andrei accorsa oltre, adottando l'indicazione che ci viene ancora una volta dall'OMS, la valutazione di impatto sulla salute (HIA), che si può considerare a buon diritto l'elemento centrale per valutare le attività di cui abbiamo qui parlato, denominate "Città sane" o in qualsiasi altro modo. Questo modello consente di valutare l'impatto complessivo di tutto ciò che si sta facendo per la salute e di tutte le altre azioni, non specificamente pensate per l'obiettivo salute ma che con essa impattano, in positivo o in negativo. Facendo del progetto salute il progetto di governo della zona in cui lavoriamo, nel quale si scrivono gli strumenti con cui lo valuteremo. Prendendo ad esempio l'attività del Consiglio comunale, fatta di diversi sistemi: trasporti, traffico smaltimento rifiuti, potabilizzazione dell'acqua, ecc. che formano l'insieme delle politiche del Comune, in ciascuna di esse devono essere considerati le ricadute per la salute ed i rischi che ciascuna delle azioni attivate comporta.

In qualche modo, come si vede, si riscrive il progetto comunale che comprende anche gli elementi valutativi. Questo modello è stato già applicato, noi stessi lo stiamo provando con qualche difficoltà, nel Galles,

Olanda, a Liverpool dimostrando di funzionare; Credo, quindi, sia tempo di passare a questi nuovi modelli di *assessment*. Sono convinto che qui ci siano le condizioni per farlo.

Per finire concluderei con alcune riflessioni molto personali nella ricerca della ragione degli inconvenienti e delle mancanze denunciate, per ricercare una soluzione. Una prima è ovvia, e consiste nel recuperare interamente il ruolo dei Comuni nei confronti delle Aziende sanitarie, la vacanza dei Sindaci rispetto al potere autocratico dei Direttori generali: questo è certo un problema fondamentale a livello di distretto. Trovo poco concepibile che nel 2000 e oltre, esistano figure che, quasi per mandato divino, sono chiamate ad amministrare praticamente senza controllo migliaia di miliardi, praticamente da soli. Non esistono situazioni aziendali al mondo simili a questa, perché in tutte le aziende c'è un consiglio di amministrazione c'è un amministratore delegato, ci sono i sindaci revisori, un'assemblea dei soci; insomma un meccanismo di controllo. Qui no! i Direttori generali comandano, fanno, disfano, ad onta della Regione, ad onta della Provincia, ad onta del Comune. Ed essendo per di più sottoposti al ricatto di chi li ha nominati, governano in modo certo non rispondente in primis ai bisogni della gente.

In secondo luogo va considerato il rinascere di un nuovo centralismo, quello regionale. Con la normativa disposta dalla cosiddetta Bindi ter sono stati reintrodotti pericolosi elementi di centralismo, a livello nazionale e regionale. Non credo si possa accettare che le Regioni, effettori dell'articolo 117 della Costituzione, diventino nuovi governi centralistici. Accanto a distorsioni istituzionali, alla perdita di ruolo di alcuni livelli di governo ed allo strapotere di altre, al risorgere di nuovi centralismi, che non possiamo assolutamente accettare, ci sono anche altri difetti, che dobbiamo ugualmente correggere. Penso allo spirito di appartenenza, alle logiche dell'organizzazione, alla superiorità di corpo, all'orgoglio di categoria, alle mille spinte autonomistiche presenti nel nostro vasto territorio, tutte giustamente orgogliose della propria bandiera. Spesso costituiscono una ricchezza, esprimono la vivacità del nostro Paese ma comportano anche grossi i rischi del conflitto, della sovrapposizione di competenze, dello scarico di responsabilità: una cosa la fanno in tre, un'altra non la fa nessuno. Questo forse è il problema più grave.

Tornando al nostro tema, un tentativo di soluzione mi sembra risiedere, come dicevo prima, nell'instaurare quello che si chiama il governo politico della salute. La salute entra a far parte della politica generale di qualsiasi livello di governo, di qualsiasi amministrazione, che con i loro poteri la estendono anche al settore privato, a tutti i soggetti che operano nella

società. Sicuramente “Città sane” è uno strumento di ciò, una strada, però la strada che vale non sono con gli organigrammi, che certo servono ma con comportamenti reali. La sfida la giocano i sindaci, secondo me, se riescono in primo luogo a fare una sintesi della giunta e compattare coordinatamente tutti i settori dell'intervento. Agendo poi, con lo strumento della concertazione o con altri sistemi, verso tutti gli altri soggetti operanti sul territorio amministrato.

Un problema fra i piccoli comuni e lo strapotere dei grandi, una realtà non eludibile e in particolare in Piemonte. Non basta fare opzioni di principio o esprimere desideri, bisogna costruire un modello che salvaguardi la volontà di indipendenza ed autonomia delle piccole comunità locali, garantendo loro l'esercizio di tutti i diritti. Sui piccoli comuni gravano due gravissime contraddizioni, la scarsità di risorse e la trasferibilità nei loro confini dei fattori di rischio (pensiamo ai problemi dell'inquinamento atmosferico o delle acque) prodotti dai grandi comuni. E' un problema di correttezza e di equità. E su questo versante mi sembra che da questo incontro qualche indicazione sia venuta.

A me sembra che la nostra proposta conclusiva possa essere riassunta nella messa in atto di una specie di new deal culturale nostro, nel rifare una sorta di sessantotto, privo degli elementi ideologici o di schieramento che c'erano allora ma con lo stesso senso del mutamento delle condizioni dei rapporti civili, dei rapporti di forza tra istituzioni e cittadini, del recupero della presenza della gente nell'amministrazione, nel governo. Cose tutte che stanno venendo meno e vanno riproposte. Moltissime delle difficoltà che qui scontiamo dipendono anche da nostri difetti, da quello della mancanza di informazione e di comunicazione con la gente. Ed è per questo che bisogna lavorare.

La mia esperienza operativa, nella città di Terni, è – pur così lontani - molto in sintonia con quello che diceva il coordinatore del comitato scientifico della conferenza. Stiamo lavorando esattamente sulla stessa cosa, la realizzazione di un osservatorio permanente sulla salute e l'ambiente ed un sistema informativo per i cittadini e le istituzioni. Dalla lettura di tutto questo insieme di dati si crea un flusso di informazioni, tradotto in modo che la gente lo possa leggere e contemporaneamente si mette a disposizione dei responsabili a tutti i livelli materiale necessario alla valutazione del loro operato passato ed alla programmazione del futuro. Il confronto e la scelta di nuovi indirizzi avviene in una Conferenza permanente sulla salute. Il tutto avviene ad opera della Provincia, che risolve così moltissimi dei problemi sopra richiamati, non ultimo quello dei conflitti tra la città di Terni e le restanti decine di medi e

piccoli Comuni. Nella città capoluogo è stato già siglato un Patto per la salute, che coinvolge la quasi totalità dei soggetti attivi in Città sane, progetto che è stato adottato anche nel comune di Narni.

**ALLEGATO A)**  
**BUONE PRATICHE CITTÀ SANE**  
**E. Chiara**

Il progetto OMS “Città Sane” nacque a metà degli anni '80 come diretta emanazione del programma HFA (Health for All, Salute per Tutti) avviato nel decennio precedente. Città Sane si propone di applicare localmente quanto previsto dal programma europeo che si ispira ad un approccio globale, sistemico, alla salute (fattori urbani, demografici, geoeologici, culturali, socioeconomici...) per andare a scomporsi, nel suo concretizzarsi, in attività progettuali localmente più specifiche ma comunque sempre ispirate ad un **criterio d'azione intersettoriale**.

Uno dei modi per dare atto al Progetto è il censire le “buone pratiche”, riferendosi alle azioni compiute, per stabilire i criteri che le ispirano, vale a dire le metodologie di “buona prassi”.

Ogni buona pratica, per essere tale, deve potersi basare su elementi di **misurabilità, confrontabilità** e, possibilmente, **riproducibilità** che ci consentono di considerare lo storico e di progettare il nuovo. Fondamentale, poi, è la **verificabilità nel tempo**.

Questa potrà essere attuata con un'**analisi del progresso**, se questo esiste, od un **monitoraggio del divenire**. Ciò che ci sembra importante evidenziare sono soprattutto i molti esempi già esistenti di “buona prassi”, la cui attuazione è avvenuta o avviene però in modo solitamente episodico, sulla base di singoli atti non ispirati ad alcun processo generale come, al contrario, dovrebbe accadere per un'attività di Promozione della Salute. Città Sane rappresenta quindi **l'occasione per dare “organicità”** alle singole azioni inserendole in un *continuum* progettuale con realtà diverse ma comunque convergenti su alcuni campi di comune interesse.

Le buone pratiche devono poi ispirarsi ad uno **standard di riferimento** che non può che trovare nell'OMS il suo primo punto di confronto. In questo senso occorre guardare agli **indicatori ed ai profili di salute come suggeriti dall'OMS** che dovranno però essere attuati in osservanza delle esigenze o caratteristiche locali, prestandosi, quindi, a successive modifiche od integrazioni.

Un terzo buon criterio è il **confrontarsi con esempi accertati ed attuati di buona pratica**. L'esperienza altrui è una risorsa da non perdere ma è anche uno stimolo a far bene.

La verifica dell'esistente ed il confronto con altre realtà di buona pratica può essere favorita dal disporre di una sufficiente raccolta di esempi di

attività, **un registro delle buone pratiche** che potrà un giorno, perché no, divenire una vera e propria **banca dati**, in cui raccogliere ed ordinare in modo sistematico, quindi facilmente utilizzabile, quanto messo in atto dalle diverse municipalità.

In ultimo una buona pratica deve poter **indurre delle modificazioni**. Se ciò non accade sarà bene procedere ad una verifica del processo, tenuto presente che gli errori non sono da intendersi come fallimenti ma esperienze “in negativo” con cui giungere ad escludere un metodo a vantaggio di un altro.

Bisogna poi ancora considerare che anche un metodo funzionante può ammettere l'adozione di un altro diverso approccio la cui utilità si sia dimostrata pari o superiore in base a considerazioni di costo-beneficio o, ancora, in seguito all'utilizzo di indicatori diversi e complessi caratterizzati da una maggior attenzione verso l'aspetto qualitativo della vita. È ad esempio il caso dei QALYs, dei DALYs, del GBD il cui utilizzo può mutare in modo anche importante la “classifica” di gravità delle diverse patologie valutate in campo sanitario.

Un ultimo cenno lo meritano infine i diversi metodi di valutazione della “povertà” considerata nella sua pluridimensionalità. È dimostrata una diretta correlazione fra deprivazione, tendenza ad ammalarsi, durata di malattia, possibilità di rispondere efficacemente alle cure.

Dobbiamo quindi tenere presente come il registro delle buone pratiche non debba costituire solo l'occasione per costruire un modello, elaborare una teoria, verificare un meccanismo.

L'obiettivo ultimo è il fornire uno strumento concreto per **potenziare il senso di appartenenza, di identità, di sicurezza, di solidarietà, di comunità di ciascun Cittadino**. E questo può essere ottenuto non ragionando in soli termini di costo-beneficio ma anche osservando un criterio di qualità di vita intesa sia come “possibilità a fare” sia per come è “il percepito” dai Cittadini, nel rispetto delle culture e delle tipicità locali.

**L'OMS, ricordiamocelo, non propone mai un modello fatto di sole teorie, riservato a pochi tecnici o ad una ristretta cerchia di intellettuali.** L'OMS parla sempre di “politiche” e le “politiche” implicano un coinvolgimento esteso di tutti, implicano l'acquisizione di una diffusa consapevolezza ed, infine, di una forte partecipazione. In questo senso l'esame delle “buone pratiche” unito ad un ragionamento sugli indicatori, viene a costituire la base teorica ed applicativa su cui dar vita all'attività dei “laboratori di salute” che potranno operare localmente.

La CIPES si è impegnata ad un lavoro di traduzione dei testi che l'OMS ha prodotto -di cui il primo esempio sono le schede degli indicatori- su cui

costruire un “profilo di salute” cittadino. È una base autorevole e comune di ragionamento, un punto di confronto utile a tutti, un metodo, uno strumento di uso facile ed immediato. Con questi indicatori si può già da subito muovere le Amministrazioni, coinvolgere le Associazioni, far partecipare i Cittadini.

A chi si avvicina per la prima volta al Progetto Città Sane è bene far presente come senza una riflessione di fondo su indicatori e buone pratiche si rischierebbe di creare situazioni di disorientamento fra errori ripetuti, costi evitabili, delusioni, senso di isolamento del proprio agire, frustrazioni di fronte ad errori di fatto evitabili. **Ecco perché pensiamo che il registro delle buone pratiche non sia solo un “archivio”,** dove ritirare in modo collezionistico documenti di vario genere, ma una risorsa viva che ci parla di Uomini le cui idee, azioni, tentativi, errori, miglioramenti, fatiche, cambiamenti sono una testimonianza palpitante di come una **buona amministrazione pubblica sia la miglior garanzia di rispetto dei diritti individuali e di progresso civile delle popolazioni.**

## **ALLEGATO B)** **I LABORATORI DI SALUTE** **M. Petrolo**

L’obiettivo 14 di SALUTE 21 enuncia: “un approccio efficace allo sviluppo della salute richiede che tutti i settori della società siano controllabili quanto all’impatto delle loro politiche e programmi sulla salute e quanto al riconoscimento dei benefici derivanti dal promuovere e proteggere la salute. La valutazione dell’impatto sulla salute deve perciò essere applicata ad ogni politica o programma sociale ed economico, oltre che ai progetti che possono avere effetti sulla salute...” Secondo l’OMS la trasparenza dell’impatto sulla salute è quindi legata ad una responsabilità multisettoriale la cui rispondenza ricade in modo determinante anche sui leaders di governo ai vari livelli territoriali. I Sindaci sono così una delle colonne di questo sistema.

Gli amministratori locali, infatti, attraverso la conoscenza delle caratteristiche e dei bisogni del territorio e della popolazione, sono in grado di mettere in campo progetti e competenze capaci di attivare in primis le straordinarie risorse rappresentate dalla rete di partecipazione democratica presente localmente. Di conseguenza è giusto definire Città Sane “un potente movimento a favore della salute e dello sviluppo sostenibile nelle realtà locali” in quanto l’approccio del lavoro da svolgere si basa su quattro aspetti principali:

- ◆ L'esplicito impegno politico, ai più alti livelli, verso i principi e le strategie del progetto;
- ◆ Il mettere in atto nuove strutture organizzative per gestire il cambiamento;
- ◆ L'impegno a sviluppare una visione condivisa della città tramite il piano di salute e il lavoro in specifiche aree;
- ◆ L'investimento nella cooperazione e la collaborazione con le reti formali ed informali della società.

Quale può essere lo strumento e il luogo, non solo fisico, in cui realizzare il cambiamento e produrre azioni innovative e sostenibili individuate con tale metodologia?

Noi proponiamo in ogni distretto la costituzione del LABORATORIO DI SALUTE.

Il laboratorio di salute è uno spazio strutturale, organizzativo, politico, culturale in cui far convergere le capacità e le funzioni in grado di progettare e agire la promozione della salute; parte dalle buone pratiche, ma accoglie e raccoglie esperienze, progetti, proposte, competenze.... I dati di base, organizzati come previsto dagli indicatori dell'OMS, vengono utilizzati non solo per realizzare una fotografia della realtà, ma vengono resi particolarmente utili e significativi dalla capacità di intreccio che assumono se letti e interpretati in riferimento alle opinioni che vengono espresse e costruite in funzione della localizzazione delle politiche calate nella realtà territoriale in relazione ai bisogni e agli obiettivi di salute. In questo senso diventa fondamentale e strategico il ruolo svolto dalle associazioni, dagli esperti "grezzi", dagli opinion's leaders...Nel laboratorio i profili e i piani di salute verranno costruiti considerando l'attività, la partecipazione, le opinioni delle associazioni e delle varie agenzie presenti sul territorio.

Si tratta perciò di far emergere il lavoro svolto, talvolta persino di rendersi consapevoli di quanto lavoro viene svolto, mettendo a sistema teorie e pratiche con tutti i dati, le azioni e gli obiettivi, orientando e valorizzando il lavoro dei tecnici, dei politici, degli amministratori, dei rappresentanti delle associazioni, delle OOSS, del mondo produttivo...

In sintesi il laboratorio di salute ha due filoni strategici: la partecipazione democratica e l'intersettorialità, entrambe sviluppate nell'ambito del bacino distrettuale.

Avviando, a livello sperimentale, le prime esperienze di laboratori di salute di fatto si avviano processi di conoscenza dentro la rete di Città Sane. Ma insieme alle funzioni di monitoraggio e di promozione della salute e di buona pratica, nel laboratorio di salute è auspicabile

l'insediamento di veri e propri COMITATI LOCALI in grado di rappresentare e coinvolgere la cittadinanza nella definizione delle politiche di salute e nella promozione di stili di vita sani, tenendo conto dei bisogni particolari dei gruppi più deboli, così come già realizzato in altre interessanti esperienze di partecipazione democratica e di progettazione partecipata.

Questa è l'alleanza che proponiamo. Contiamo sulla adesione e sul contributo di idee, di impegno e di esperienze che verranno portate.

## INDICE DEGLI INTERVENTI

- Pag. 2* S. Bajardi, Presidente Cipes Piemonte
- Pag. 2* M. Carzana, Responsabile dell'attività di Promozione della salute e l'educazione sanitaria Regione Piemonte.
- Pag. 5* M. P. Brunato, Assessore solidarietà sociale provincia di Torino.
- Pag. 7* S. Aiassa, Vicepresidente dell'ANCI Piemonte.
- Pag. 7* G. Cappelletto, sindaco di Zerobranco (TV)
- Pag. 12* F. Schino, Università degli Studi di Bari – Componente del Gruppo di Studio Università di Bari per Città Sane-OMS.
- Pag. 19* G. Barigazzi, Sindaco di S.Pietro in Casale (BO)
- Pag. 24* N. Mengozzi, VicePresidente Federsanità ANCI e Pres. Toscana
- Pag. 32* S. Aiassa Vicepresidente dell'ANCI Piemonte
- Pag. 32* F. Signani, Coordinatrice Nazionale dell'Associazione 'Rete Italiana Città Sane – OMS' e del Progetto Città Sane di Bologna”
- Pag. 35* G. Tosetti, Sindaco di Valenza
- Pag. 38* E. De Maria, Vicepresidente ANCI Piemonte
- Pag.38* S. Lepri, Assessore ai servizi sociali del Comune di Torino
- Pag. 40* M. Nejrotti, Coordinatore Conferenza provinciale sulla salute Provincia Torino
- Pag. 46* G. Bagnasco, Sindaco di Vercelli
- Pag. 50* L. De Matteis, Presidente regionale ANPAS Associazione di volontariato.
- Pag. 51* V. Costantino, Vice Presidente Commissione Politiche del Territorio Comune di Alessandria
- Pag. 52* S. Bajardi, Presidente CIPES Piemonte
- Pag. 55* L. Briziarelli , Presidente CIPES, Direttore CSESI – Università Perugia.

### ALLEGATI.

- Pag. 63* E. Chiara: “Buone pratiche città sane”
- Pag. 65* M. Petrolo: “I laboratori di salute”