

Anno I - Numero 2  
Ottobre/Novembre  
2013



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Autorizzazione del Tribunale  
di Potenza  
Reg. Stampa 431  
Cron. 895/2012

# SALUTE e TERRITORIO

Periodico di informazione dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza



da pag. 9 SPECIALE SCUOLA  
[www.giovaniconsultorio.aspbasilicata.it](http://www.giovaniconsultorio.aspbasilicata.it)



# Una strana estate in attesa degli standard

“La gente non si accorge se è estate o inverno quando è felice” (Anton Čechov, *Tre sorelle*, 1900).

L'estate 2013 è finita tra condizioni climatiche instabili, forti e atipiche perturbazioni. E mentre la Federazione nazionale degli ordini dei medici sta eliminando dal Codice deontologico che regola la professione dei seguaci di Ippocrate il termine “paziente” per sostituirlo con quello, a mio avviso più triste, di “persona assistita”, la Sanità lucana discute di standard per le strutture semplici e complesse e per gli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento del personale di comparto.

Ma cosa sono gli standard e perché sono un nodo gordiano difficile da sciogliere?

Il termine inglese standard viene comunemente tradotto con “norma”, ovvero modello convenzionale. Uno standard è infatti una norma accettata, un modello di riferimento a cui ci si uniforma affinché sia ripetuto



successivamente.

Da quando i LEA – Livelli Essenziali di Assistenza - sono stati introdotti formalmente nella nostra Carta Costituzionale, a seguito della riforma del titolo V, la definizione di standard sanitari comuni, almeno a livello nazionale, diviene fondamentale per il dialogo e la pianificazione tra tutti i livelli di responsabilità in ambito sanita-

rio. Ma già con l'approvazione del decreto legislativo n.229 del 19 giugno 1999, i livelli di assistenza vengono qualificati come essenziali, in quanto definiti da servizi e prestazioni selezionati secondo criteri di necessità, efficacia

e appropriatezza d'uso, ossia si trasformano da un impegno programmatico per il Servizio Sanitario Nazionale in un diritto dei cittadini ad ottenere le prestazioni incluse nei livelli, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza, gratuitamente o dietro pagamento di una quota limitata a titolo di partecipazione al loro costo.

Innanzitutto è bene precisare che il termine standard si riferisce solo alle strutture e mai, almeno direttamente, al personale e che nasce con lo scopo di rivedere, nel numero e nelle funzioni, le previsioni organizzative e logistiche contenute negli atti aziendali delle singole aziende del SSN. Di fatto però il processo di definizione degli standard ha già prodotto, almeno in Basilicata, notevoli riverberi sulle dotazioni di personale.

In realtà gli “standard” non sono una novità dell'estate 2013 e vengono da lontano.

In sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano veniva approvata in data 03 dicembre 2009 l'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, concernente il nuovo “Patto per



Direttore Amministrativo  
Dott.ssa Cristiana Mecca

la Salute” per gli anni 2010-2012

L'art. art. 12, comma 1, lett. b) dell'Intesa, nell'ambito delle misure volte al contenimento della spesa complessiva per il personale degli Enti del Servizio

Sanitario Nazionale, prevedeva la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi della medesima normativa.

L'Intesa dava mandato al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza -Comitato LEA - di procedere all'individuazione dei citati parametri, costituendo uno specifico Sottogruppo di Lavoro, composto da rappresentanti di varie Regioni, dall'Agenas, da uffici dei Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, quest'ultimo aimè da qualche anno sempre molto presente nelle scelte strategiche del sistema salute.

Nel mandato conferito era stato altresì specificato che il “team” dovesse lavorare separatamente per le funzioni di comparto e per le strutture dirigenziali.

Nel frattempo il Consiglio Regionale di Basilicata con l'art. 35 della L.R. 30/12/2011,

n. 26 - Legge Finanziaria per il 2012 - demandava all'Organo esecutivo l'individuazione dei parametri standard regionali per il conferimento degli incarichi di dipartimento, aree, strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamenti esclusivamente per il personale delle Aziende Sanitarie provinciali, ossia solo dell'A.S.P. e dell'A.S.M., a seguito dei quali le stesse aziende avrebbero dovuto adeguare gli atti aziendali. L'ultimo comma chiosava con un divieto a conferire gli incarichi di cui al comma 1, compresi quelli già individuati dall'azienda e per i quali non fosse stato ancora adottato il relativo provvedimento di conferimento, sino all'approvazione dei nuovi atti aziendali.

Dunque solo per le Aziende Sanitarie Locali, per altro riduci da complessi accorpamenti e dolorose riorganizzazioni, incarichi sospesi e bloccati sino ai nuovi atti aziendali a loro volta dipendenti dall'individuazione dei parametri standard regionali.

Il 26 marzo 2012 il Comitato Lea approva gli standard organizzativi per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN in base all'articolo 12 del Patto per la Salute 2010-2012.

Il documento è seguito da una lettera circolare di chiarimenti che il Ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, invia agli Assessorati regionali nella quale si chiarisce che le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il piano di rientro dei disavanzi sanitari sono tenute a emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle Asl di specifici

## SOMMARIO:

pag. 2: Una strana estate ...

pag. 4: La misurazione della performance

pag. 6: La gestione delle malattie croniche

pag. 7: Brevi

pag. 8: Prevenzione post parto

pag. 9: La fabobia della scuola

pag. 11: Educazione all'affettività ...

pag. 13: Lo sport giusto per il tuo bambino

pag. 15: Il trapianto d'organi

pag. 16: Oftalmologia pediatrica

pag. 18: Postura corretta

pag. 20: Adolescenti a rischio

pag. 22: Pillole di educazione sanitaria

pag. 23: La città perfetta

pag. 24: Numeri utili

provvedimenti di riorganizzazione aziendale per contenere il numero complessivo sia delle strutture semplici che di quelle complesse entro i previsti standard, per le Regioni non sottoposte al piano di rientro le direttive potranno prevedere un adeguamento graduale e la verifica dell'adempimento regionale avverrà a partire dall'anno di valutazione 2012.

La circolare chiariva altresì che gli standard sono riferiti al livello regionale e ogni Regione, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, può emanare direttive che tengano conto delle specificità



tecnico – assistenziali ovvero tecnico –scientifiche degli enti che operano all'interno del SSR.

In piena adesione al principio autonomistico ribadito dal Ministero, il Piano Regionale integrato della Salute ha previsto che la Regione determini, con proprio atto di indirizzo e coordinamento e previo parere della Commissione Consiliare competente, il numero dei dipartimenti, delle unità operative complesse e semplici, delle posizioni organizzative e dei coordinamenti attivabili presso le aziende sanitarie regionali, ma nelle more, nonostante ciò il Consiglio Regionale con la legge 16 del 08/08/2012, ribadisce il blocco delle assunzioni a qualsiasi titolo di personale, fissa un tetto alla spesa per le assunzioni a tempo determinato e, finalmente sancisce un principio: a far data dall'assunzione degli standard di dimensionamento del personale del SSR le assunzioni in deroga saranno sottoposte al vaglio della verifica del rispetto dei parametri stabiliti.

Ossia la valutazione delle motivazioni e degli ambiti di

applicazione dei provvedimenti di autorizzazione alle assunzioni in deroga si baserà non più su un criterio meramente economico e pericolosamente lineare (30% della spesa del personale cessato nell'annualità precedente) ma su un criterio di funzionalità e di efficienza consistente nella verifica della conformità ai parametri prestabiliti di dimensionamento.

Orbene nuovi atti aziendali, organizzazione più confacente alle mutate realtà aziendali, diversi parametri di valutazioni per le autorizzazioni delle assunzioni in deroga, omogeneità tra le organizzazioni e conseguente tendenza verso una omogeneità dei livelli di assistenza tra strutture analoghe o sovrapponibili, risparmi di spesa per il sistema sanitario regionale e allora perché ancora si aspettano gli standard regionali?

Perché di fatto la prima conseguenza certa è che vi sarà una riduzione in termini numerici delle strutture complesse e di conseguenza e a cascata di quelle dipartimentali, di quelle semplici ma anche degli incarichi di coordinamento e di posizione organizzativa.

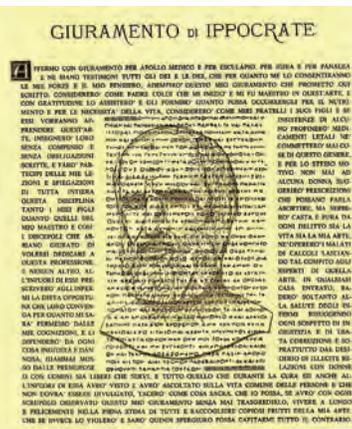
In alcuni casi, tipici delle Aziende provinciali, nate dall'accorpamento di altre aziende sanitarie locali, si può verificare che il numero delle strutture analoghe per disciplina ma con competenza territoriale diversa, attualmente presenti in dotazione organica e nella maggior parte dei casi coperte da un titolare, si riduca all'unità. In questo caso trattandosi di posto di nuova istituzione verrebbe messo a concorso pubblico con possibilità di accesso dall'esterno per tutti coloro che posseggono i requisiti.

A tal riguardo il D.L. 13/09/2012, n. 158, meglio conosciuto come "Decreto Balduzzi", modificando il più famoso D.Lgs. 502/1992, ha dettato nuove procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa ai dirigenti dell'area medica, veterinaria e sanitaria non medi-

ca del SSN, ad oggi non ancora pienamente applicabili. L'art. 4 del decreto demanda infatti alle Regioni il compito di disciplinare i criteri e le procedure per il conferimento di tali incarichi previo avviso, adeguatamente pubblicato, sulla base di una serie di principi che investono principalmente la composizione della commissione, l'iter procedurale che la stessa deve seguire e l'obbligo di garantire adeguata pubblicità alle singole fasi del procedimento.

La norma, per altro oggetto di una serie di polemiche, ha previsto che la commissione sia composta dal Direttore Sanitario dell'Azienda interessata e tre direttori di struttura complessa della medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei Direttori di Struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del SSN.

Di recente la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome si è pronunciata a marzo 2013 con un documento



di linee guida recante i criteri generali per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa convenendo – al fine di garantire la necessaria omogeneità delle operazioni di sorteggio – sulla necessità di individuare nel Ministero della Salute, l'unico soggetto responsabile della tenuta e dell'aggiornamento dell'elenco nazionale. E' di qualche giorno fa la richiesta ferragostiana di inoltrare i nominativi dei Direttori di

Struttura complessa al Ministero della Salute.

Un elemento di valutazione importante è dato dalla maturata cognizione di un'altra conseguenza connessa alla perdita dell'incarico dirigenziale. Infatti a seguito del tramonto del noto principio del divieto di "reformatio in peius", sancito dall'art. 9 comma 32 del D.L. 6/07/2011, n. 98, in caso di mancata conferma dell'incarico a scadenza, anche per riorganizzazione dell'ente e in presenza di valutazione positiva, al dirigente può essere assegnata un'altra funzione, anche se questa comporta una retribuzione di posizione di importo inferiore a quella in godimento. Il legislatore ha espressamente abrogato tutte le disposizioni, normative o contrattuali, di maggior favore.

La norma si pone però in netta controtendenza con l'orientamento costante espresso negli ultimi anni dalla Corte costituzionale ("ex plurimis" sentenze 103 e 104 del 2007 e la sentenza 34/2010), secondo la quale il principio del buon andamento previsto dall'articolo 97 della Costituzione viene garantito anche attraverso la continuità e l'imparzialità dell'azione amministrativa. Su questa base, anche nel campo dirigenziale, si deve assicurare una certa stabilità, nonostante gli incarichi siano sempre previsti come conferibili a tempo determinato. Di conseguenza, la pubblica amministrazione non può cancellare con decisione unilaterale dall'incarico dirigenziale, ma l'eventuale recesso deve rappresentare una conseguenza di un procedimento che preveda la contestazione di risultati negativi al dirigente.

In generale i processi di riorganizzazione sono traumatici e debbono superare prima lo scoglio culturale e le barriere mentali per subire un lento processo di metabolizzazione umana, strutturale ed infrastrutturale.

# La misurazione della performance nell' Azienda Sanitaria di Potenza

## Analisi degli indici di performance monitorati al 31 maggio 2013

Dott. Giovanni B. Chiarelli - Direttore Area di staff UOC Budget e Controllo di Gestione  
Dott. Raffaele A. Dalia - Dirigente UOS Sistema Informativo Aziendale (ambito ex ASL3)

Il sistema degli obiettivi regionali fissati per l'ASP dalla DGR n.298/2012 per l'anno 2012, e confermati con DGR n.337/2013 per l'anno in corso, prevede 5 aree di risultato: **Tutela della salute, Performance organizzative e cliniche aziendali, Gestione economico-finanziaria, Obiettivi strategici regionali, Obiettivi di empowerment**, articolate in 16 obiettivi e 47 indicatori. Al sistema di valutazione, il Direttore Generale, accede dopo aver superato la verifica di merito su 2 pre-requisiti di valutazione:

**A1. Equilibrio economico del SSR:** I costi di produzione rilevati nel corso dell'esercizio 2012 devono essere inferiori dell'1% rispetto ai costi rilevati nell'esercizio 2010.

**A2. Rete regionale degli acquisti-URA:** L'Azienda Sanitaria deve aver provveduto ad indire e/o aggiudicare le gare in unione regionale di acquisto di cui è individuata quale capofila secondo il cronoprogramma allegato al documento di programmazione.

Il trend positivo/negativo che il management aziendale ha saputo realizzare viene valutato attraverso il confronto del posizionamento (2012 vs 2010) ottenuto su 10 indicatori definiti di "Valutazione Globale della Performance" (VGP), scelti tra i 47 impiegati. In relazione al miglioramento/peggioramento della performance su questi indicatori il risultato ottenuto sugli obiettivi verrà incrementato/decurtato del 30%. Gli obiettivi sono stati assegnati alla dirigenza aziendale in sede di negoziazione del budget 2013. Il sistema prevede due verifiche intermedie sul grado di conseguimento degli obiettivi: al 31 maggio e al 30 settembre oltre a quella di chiusura al 30 dicembre che vengono effettuate dalle Tecnostrutture di staff Budget-Controllo di Gestione e Sistema Informativo Aziendale. Gli indici di performance registrati in occasione della prima verifica effettuata nell'anno 2013 sono riportati nelle tabelle consultabili sul sito [www.aspbasilicata.it](http://www.aspbasilicata.it).

### PREREQUISITI DI VALUTAZIONE

**A1. Equilibrio economico-finanziario:** Nell'anno 2012 si è registrata, rispetto all'anno 2010, una riduzione del 2,23% dei costi di produzione (646.437.000,00 vs 661.176.936,93) e del 1,95% rispetto

all'anno 2011. Per l'anno 2013, sulla base di procedure di stima del fatturato pervenuto al 31 maggio, si rileva un lieve aumento rispetto al preventivo 2013 ma una riduzione rispetto al 2012.

**A2. Rete regionale degli acquisti:** Nel biennio 2012-2013 l'ASP deve aggiudicare le seguenti gare in URA: n.1 Ausili protesici, N.2 Dispositivi di prelievo e materiale di laboratorio analisi, N.3 Vaccini, N.4 Assistenza respiratoria domiciliare, N.5 Sistema informativo contabile. Gara n.1: procedura in URA sospesa per antieconomicità. Gara n.3: conclusa. Gare n.2-4-5: in itinere.

### AREA DI RISULTATO: TUTELA DELLA SALUTE

**- Prevenzione Primaria:** La situazione fotografata alla verifica intermedia del 31 maggio 2013 dimostra che l'Azienda coglie risultati soddisfacenti nelle coperture vaccinali obbligatorie (**DTP3**) mentre per quelle non obbligatorie (**MPR e vaccinazione antinfluenzale over 64**) i risultati si confermano decisamente migliorabili. Per la copertura antinfluenzale si considera la campagna vaccinale dell'ultimo inverno (2011-2012 per il 2012), il dato comunicato al 31 maggio (54%) è quello definitivo relativo alla campagna vaccinale 2012/2013, in flessione rispetto ai dati delle precedenti campagne: 2011-2012 (61,08%) 2010-2011 (61,81%), 2009-2010 (59,99%), ed è stato negativamente influenzato dal ritiro dal commercio di una consistente quantità di vaccini.

**- Prevenzione Secondaria:** Abbastanza soddisfacenti anche i risultati ottenuti in questo campo, in termini di **estensione ed adesione grezza degli screening mammografico e della cervice-uterina:** il risultato intermedio registrato per l'obiettivo di **estensione grezza dello screening mammografico** (94%) fa ritenere che il risultato sarà pienamente conseguito a fine anno. **L'adesione grezza allo screening mammografico** (57,95%) mostra un incremento sia rispetto alla 1° verifica 2012 (+ 3,53%) sia rispetto al dato finale 2012 (+1,55%) e l'obiettivo, presumibilmente, sarà conseguito al 50%. **L'estensione grezza dello screening della cervice uterina (VGP)** (74,53%) mostra un lieve calo rispetto al dato intermedio monitorato nel 2012 (79,48%). Si ipotizza una sostanziale conferma performance finale del 50%, in

linea con quella dell'anno 2012 (88,46%). Aspetti di maggiore criticità mostra il dato di **adesione grezza allo screening della cervice uterina** (26,80%) che conferma, sostanzialmente, il dato di monitoraggio intermedio 2012 (26,45%) e che alla verifica finale 2012 si è fermato al 29%.

**- Sicurezza negli ambienti di lavoro:** Il dato registrato per le **attività di controllo sui luoghi di lavoro** (2,26%), conferma sostanzialmente la performance registrata alla 1^ verifica 2012 (2,87%) e lascia prevedere il conseguimento dell'obiettivo al 50%.

**- Sanità Veterinaria:** gli indici di attività monitorati al 30 aprile, raffrontati con quelli della 1^ verifica 2012, dimostrano un sensibile calo nel numero dei controlli ma va precisato che i dati al 30 giugno dimostrano che le attività svolte nei mesi di maggio e giugno hanno determinato un sostanziale riallineamento delle performance a quelle registrate nell'anno 2012 in maniera tale da far ritenere che tutti gli obiettivi dell'area saranno pienamente conseguiti a fine anno.

### AREA DI RISULTATO: PERFORMANCE ORGANIZZATIVE E CLINICHE AZIENDALI

Sul versante ospedaliero l'ASP, pur registrando apprezzabili miglioramenti su alcuni indicatori, conferma alcune criticità organizzative e di utilizzo dei diversi setting assistenziali, sia in ambito chirurgico che medico, che di seguito si declinano:

**La degenza media preoperatoria** (1,12%) mostra un calo sia rispetto al dato monitorato al 31 maggio 2012 (1,55%). Permangono aspetti di criticità presso alcuni reparti: Chirurgia (1,41) e Ortopedia (2,09) di Lagonegro. **Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i ricoveri ordinari (VGP):** L'indicatore evidenzia un andamento decisamente positivo (24,60% vs 33,58%). Criticità si rilevano nella chirurgia del PSA di Lagonegro (39,27). **Percentuale di ricoveri in D.S. per i DRG dei LEA chirurgici.** Il dato registrato (62,87%) induce a ritenere che è certamente possibile conseguire appieno l'obiettivo a fine anno. Criticità si registrano ancora nella chirurgia di Lagonegro (12,61%) e di Melfi (27,08%). **Percentuali di interventi per frattura di femore con durata di degenza ≤ 2 gg.**

(VGP): Il dato monitorato (59,26%) è molto favorevole e fa ritenere di poter conseguire appieno l'obiettivo a fine anno. La maggiore criticità si conferma nell'ortopedia di Lagonegro (18,92%). **Percentuali di parti con taglio cesareo primario (VGP).** La performance intermedia altamente positiva registrata (21,17%) fa ritenere che anche questo obiettivo possa essere pienamente conseguito a fine anno. La maggiore criticità si registra presso l'ostetricia di Villa d'Agri (37,10%). **Percentuale di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica (VGP):** Il valore dell'indicatore resta lontano (48,33%) dal target di pieno conseguimento dell'obiettivo. Le maggiori criticità si registrano nel PSA di Lagonegro (cardiologia; pediatria; Dh medico, dove però vanno tenute presenti le peculiarità del reparto), in pediatria a Venosa e in ostetricia a Villa d'Agri. **Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi:** Il risultato monitorato (9,06%) dimostra gli sforzi fatti dalla dirigenza aziendale per rendere più efficace l'azione di filtro dell'OBI, applicare i protocolli sul trattamento del dolore addominale e toracico, per potenziare i servizi territoriali. Persistono severe criticità nella pediatria e ostetricia di Lagonegro, nella chirurgia e ortopedia di Villa d'Agri. Troppi ricoveri brevi si registrano ancora nei reparti chirurgici dei tre ospedali sedi di PSA, indice di particolare inappropriatazza per detti reparti. **Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti:** Il tasso registrato per il periodo 2010-2012, con le modalità di elaborazione previste dall'Istituto Sant'Anna di Pisa, dimostra una progressiva riduzione dei ricoveri di residenti in strutture ASP e della mobilità passiva infra ed extraregionale: **112,21 anno 2010; 111,04 anno 2011; 106,55% (-5,22 x mille su 2010) anno 2012** (tassi standardizzati). **Tasso di ospedalizzazione per scompenso, diabete e BPCO in residenti:** La gestione delle patologie croniche (scompenso, diabete e BPCO) nell'ASP è ancora condizionata da quei limiti di efficacia assistenziale segnalati dall'Istituto Sant'Anna di Pisa nel biennio 2010/2011 anche se al monitoraggio intermedio i dati rilevati (che richiederebbero una più attenta analisi in relazione alla complessità dei casi trattati) mostrano un timido miglioramento delle performance. **Percentuale di over 64 trattati in ADI:** Si conferma buono il grado di presa in carico degli over 64 in ADI (3,29%: 2.583 over 64 trattati in ADI/78.701 pop. residente over 64). **Indicatori di appropriatezza prescrittiva:** Nel monitoraggio del consumo di antiacidi, antibiotici e sartani, delle percentuali di abbandono di pazienti in terapia con statine

ed antidepressivi, finalizzato alla misura dell'efficacia dell'assistenza territoriale, permangono ancora talune criticità, in primis i diffusi comportamenti iperprescrittivi, per il pieno conseguimento degli obiettivi associati a questo set di indicatori. Tuttavia va evidenziato che, ad eccezione dei farmaci antibiotici, **i dati di consumo relativi agli antiacidi e alle statine restano comunque inferiori alla media nazionale.**

### AREA DI RISULTATO: GESTIONE ECONOMICO- FINANZIARIA

**Efficienza prescrittiva farmaceutica:** I dati di attività confermano che l'ASP ha raggiunto un buon livello di efficienza prescrittiva: la **spesa farmaceutica territoriale procapite (VGP)** si attesta a quota 203,83 (- 5,14 euro rispetto al dato della 1<sup>a</sup> verifica 2012). Il dato relativo all'incidenza della **spesa farmaceutica territoriale rispetto al Fondo sanitario** è pari al 12,09% (proiezione su base annua del dato al 30 aprile 2013) vs 12,45% rispetto alla 1<sup>a</sup> verifica intermedia del 2012. La riduzione della spesa (-3,01%) è determinata, in gran parte, dalla sostanziosa riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (-5%) che copre ampiamente l'aumento di spesa registrato nella DPC (+5,59%) e il lieve incremento della spesa per i farmaci fascia A in Distribuzione Diretta (+0,16%). Soddisfacenti i livelli di consumo di particolari classi di farmaci **"off patent"** non coperti da brevetto (antipertensivi e calcio antagonisti) sul totale: **percentuale di derivati diidropiridinici:** 92,79% vs 92,24%, **percentuale di ACE-Inibitori associati (off patent) - C09BA:** 86,62% vs 87,54%. Obiettivi che, a fine anno, saranno probabilmente conseguiti appieno. Stabili e certamente migliorabili, attuando efficaci e tempestive misure correttive, i consumi di **sartani "off patent" associati - C09CA** (17,86% vs 18,06%) e **non associati - C09DA** (15,99% vs 15,90%). **Ottimizzazione delle giacenze di magazzino (Bilancio 2012):** Il risultato è stato pienamente conseguito: 35%. **Investimenti ex art.20:** tutti gli interventi APQ (6) previsti sono stati definitivamente aggiudicati; per 4 di essi sono stati stipulati anche i contratti entro il 30.6.2013

### AREA DI RISULTATO: CON- SEGUIMENTO DI OBIETTIVI STRATEGICI REGIONALI

**Utilizzo dei flussi informativi (Flussi**

**gruppi A e B):** i dati risultano inviati, di norma, in maniera completa e tempestiva. **Revisione contabile:** Il processo di certificazione per l'anno 2012 è in corso. **Controllo cartelle cliniche:** Al 30 aprile 2013 è stato controllato l'11,38% delle cartelle cliniche (n.592 cartelle controllate/5.200 dimessi al 30.04 ord.+dh) a fronte del 9,67% alla prima verifica intermedia 2012. La **Relazione sui controlli delle cartelle cliniche** (2012) è stata trasmessa in Regione nel termine previsto. **Risk management:** Il Piano di R.M. (anno 2013) e la relazione di attuazione del Piano (anno 2012) sono stati trasmessi alla Regione nel termine previsto. **Valutazione strategie di controllo del dolore (VGP):** Il dato registrato alla prima verifica 2013 (0,57 DDD x mille residenti) è ben lontano non soltanto dall'obiettivo assegnato (>1,6 DDD) ma anche da quello registrato nell'ASP nel 2011 (1,92 DDD x mille res.), tendenzialmente stabile rispetto a quello registrato alla verifica finale 2012 (0,56 DDD e a quello monitorato al 31 maggio (0,55 DDD).

### AREA DI RISULTATO: OBIETTIVI DI EMPOWERMENT

**Produzione della Relazione sulla Customer satisfaction (2012):** L'indagine sulla soddisfazione degli utenti è stata realizzata sui servizi di Laboratorio Analisi della ASP (8 strutture), intervistando un campione di 815 utenti che nel periodo 15 Giugno - 15 Luglio hanno utilizzato il Servizio. Il report finale è stato inviato al Dipartimento Regionale il 28 gennaio 2013. La valutazione complessiva del servizio si attesta su un giudizio di Buono-ottimo per l'87%, sufficiente/così così per il 12% e insufficiente per l'1%. **Produzione del bilancio sociale:** Il documento approvato dalla Direzione Strategica è stato trasmesso al Dipartimento Salute il 28 febbraio 2013. **Miglioramento dei tempi di attesa (VGP):** tenuto conto che la lista di attesa si deve attestare con valori per visite di 30 giorni ed esami strumentali di 60 giorni e che le liste critiche prese in considerazione dalla Regione risultano complessivamente in numero di 68, le liste che al mese di aprile 2013 risultavano risolte erano in numero di 47, pari al 70% di quelle critiche.

**La relazione integrale sulla prima verifica intermedia dell'anno 2013 e i report di dettaglio sono pubblicati sul sito aziendale nella sezione Area di staff Budget e Controllo di Gestione.**

# La gestione delle malattie croniche

Dr. Egidio Giordano

Medico di medicina generale rappresentante F.I.M.M.G. nel Comitato Consultivo ASP

La diffusione delle malattie croniche è un importante indicatore di salute di una popolazione. Le malattie croniche inducono un aumento della domanda di assistenza sanitaria, tale fenomeno si accentua in presenza di un alto tasso di invecchiamento, con incremento della disabilità. Le patologie croniche sono più frequenti negli anziani: già nella classe 55-59 anni ne soffre il 54,8% e tra le persone ultrasettantacinquenni la quota raggiunge l'86,1%. In Basilicata si registrano i livelli più alti per presenza di almeno una malattia cronica: 140,61% (media del Mezzogiorno 137,9%), in particolare il tasso standardizzato di cronicità per gli uomini è di 160,7% è superiore sia al valore nazionale (142,2 %), che al valore del sud (149,3 %); mentre per le donne è di 121,7% il tasso è superiore al valore nazionale (118,2%) e inferiore a quello del sud (128,4% (1)). Le malattie o condizioni croniche più diffuse, secondo l'ultimo piano di prevenzione regionale con dati riferiti al 2009, sono riportate nella tabella 1:



Il paradigma dell'attesa è quello tradizionale proprio delle malattie acute: il sistema sanitario si organizza per attendere che un evento accada e tutti si mobilitano nel momento in cui esso accade. La classe medica è stata formata nelle Università e successivamente nella Formazione Continua su questo modello "biologico". Questo modello è dominante sia in ambito ospedaliero, che territoriale.

Mentre il paradigma dell'iniziativa rappresenta l'innovazione gestionale e, se applicato alle malattie croniche, implica: la valutazione dei bisogni di comunità, l'attenzione ai determinanti della salute OMS, la propensione agli interventi di prevenzione, l'utilizzo dei sistemi informatici, la costruzione della rete e del database, la programmazione delle attività, la costruzione di interventi proattivi, il coinvolgimento dell'utenza e l'utilizzo delle risorse della comunità.

Attendere che gli eventi accadano significa, in tema di malattie croniche, che il sistema salute si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava, si scompensa e diventa un paziente acuto. Rinunciare alla prevenzione, alla rimozione dei fattori di rischio e, soprattutto, al trattamento adeguato della malattia cronica significa produrre danni incalcolabili al paziente e alla comunità con effetto dell'incremento della non auto-sufficienza.

Malattie croniche	Basilicata	Italia
Artrosi - Artrite	22.8 %	18.5%
Ipertensione arteriosa	17.9%	15.8%
Malattie allergiche	11%	9.6%
Osteoporosi	9.2%	8.4%
BPCO /Asma	9%	6.7%
Diabete	7.2%	5.5%
Malattie di cuore	5 %	3.4%
Disturbi Nervosi	6.3 %	4.7%
U. Gastrica/ Duod.	4.7 %	3,0%

In Basilicata, come nel resto del Paese, le malattie del sistema cardio vascolare rappresentano la prima causa di morte. Mentre i tumori rappresentano la seconda causa di morte (2). Le principali complicanze rimangono quelle cardiovascolari con un'incidenza sulla quota di "spesa" per ospedalizzazione pari al 20,5% del totale. Questo fattore produce effetti sulla "sostenibilità" del sistema sanitario.

La sofferenza degli Italiani è dovuta per il 15% a traumi per il 10% a malattie acute mentre il rimanente 75% è rappresentato dalle malattie croniche. La Regione Basilicata, fin dal 2000, ha attivato politiche di riordino della rete ospedaliera. Attività proattive, in merito alla stratificazione del rischio cardio-vascolare e la prevalenza dei tumori nella area interessata alle attività di estrazione petrolifera, sono state condotte dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale insieme ai Medici di Medicina Generale; nell'ex ASL3, prima con il progetto SETAP e poi con quello ATIP, si sono costituite le equipe territoriali di assistenza primaria. Queste ultime, sincronizzandosi con gli obiettivi di salute regionale, dal 2006 migliorano le performance in merito alla comunicazione medico-paziente, all'appropriatezza dell'assistenza farmaceutica e dei ricoveri ospedalieri e, più recentemente, al trattamento del dolore cronico non neoplastico.

Per garantire sostenibilità e equità il sistema sanitario deve riequilibrare le prestazioni dall'ospedale verso il territorio. Tale razionalizzazione (3) prevede che siano definiti anche i ruoli tra la sanità di attesa e la sanità iniziativa.

Medicina per acuti	Medicina per cronici
Attende l'evento	Anticipa l'evento
Focalizzata sulla patologia	Focalizzata sui bisogni di salute della persona
Relazione limitata al momento della interazione	Rapporto fiduciario protratto nel tempo
Assistenza intensiva	Assistenza estensiva
Il paziente è utente di servizi	Il paziente è partner nella gestione della propria salute e di quella della comunità
Tecnologie complesse	Tecnologie di primo livello
Ospedale	Distretto di Comunità

La Regione Basilicata si fa carico delle malattie croniche (4), quindi il problema non è più solo medico o del singolo paziente, ma riguarda le persone, le comunità, le istituzioni, la politica, l'organizzazione sanitaria, l'imprenditoria, il volontariato e i profes-

sionisti della salute.

La gestione dei malati cronici avviene nell'ambito del Distretto di Comunità ed ha i seguenti elementi costitutivi:

1. Spostare il focus del sistema sanitario: dalla malattia alla persona e alla popolazione.
2. Rapporto fiduciario: la persona sceglie il medico, che si fa carico dei suoi problemi di salute, garantendo il coordinamento, la continuità e la globalità degli interventi; la persona ha accesso a un team assistenziale interprofessionale che dispone di avanzati strumenti informativi;
3. Programmazione, attuazione, monitoraggio, re-ingegnerizzazione della pratica assistenziale secondo i principi del Governo clinico.  
Per gestire la cronicità occorre:
  - a) Passare da un'assistenza di attesa, o "reattiva", a un'assistenza "proattiva".
  - b) Un'assistenza basata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale.
  - c) Riconoscere che l'assistenza primaria deve essere il punto centrale (Hub) dei processi assistenziali, con forti collegamenti con il resto del sistema.
  - d) L'erogazione di un'assistenza focalizzata sui bisogni individuali della persona nel suo specifico contesto sociale.
  - e) La presenza di sistemi informativi evoluti.
  - f) Poter far leva sulla partecipazione comunitaria.
  - g) Investire sull'auto-gestione dei pazienti e dei caregivers.
  - h) Implementare percorsi diagnostici terapeutici.
  - i) Disporre di team multi-professionali, che puntano al miglioramento continuo, alla qualità del servizio e alla sicurezza del paziente. (5)

#### Bibliografia

- 1) Rapporto CEIS - Sanità 2010- 2011 Basilicata, Università degli Studi di Roma Tor Vergata;
- 2) PSN 2011-20131;
- 3) L.8-11-2012, n. 189;
- 4) PSR 2012-2015;
- 5) [www.saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info)



**brevi**

Le richieste di visite mediche presso la Commissione Medica per Patenti di Potenza dovranno essere protocollate direttamente presso la sede dell'Azienda Sanitaria di Potenza di Via Appia, 184/A.

Per informazione telefonare allo **0971 425216**

**Prevenzione  
della  
Corruzione**

**Legge n.190/2012**

Responsabile: **Dott.ssa Beatrice Nolè**  
tel. **0971/310565**

Per garantire l'instaurarsi di un rapporto stretto di natura comunicativa tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed i soggetti interessati o comunque coinvolti nei procedimenti amministrativi e di gara, è attivo il seguente indirizzo di posta elettronica per segnalare eventuali anomalie e irregolarità: [responsabile.anticorruzione@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.anticorruzione@aspbasilicata.it)

**AMMINISTRAZIONE  
TRASPARENTE**

D.lgs n.33 del 14 marzo 2013

Responsabile: **Dott. Antonio Bavusi**  
el. **0971/310515/536**  
[responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it)

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 222 del 16/4/2013, ai sensi del D.lgs n. 33 del 14 marzo 2013, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha proceduto al "riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" indicando le relative disposizioni attuative e nominando il responsabile aziendale della Trasparenza.



L'Azienda Sanitaria ha adottato il Codice Etico secondo il testo allegato alla deliberazione del Direttore Generale ASP n. 137 del 6 Marzo 2013, quale parte integrante e sostanziale, corredato dei relativi allegati. Con successivo atto deliberativo - è scritto nella deliberazione dell'ASP - verrà istituito il Comitato per il Codice Etico e la nomina dei suoi componenti. E' previsto inoltre nell'anno 2013 lo sviluppo di un percorso formativo volto alla definizione dal basso di una Carta Etica Aziendale che sia predisposta dagli stessi operatori impegnati nei servizi



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza  
Dipartimento Salute Mentale - Lauria  
Tel. - Fax 0973 /621813  
Direttore Dott.ssa *Alfonsina Guarino*



**PROGETTO: PREVENZIONE DELLA DEPRESSIONE  
POST- PARTUM E DEI DISTURBI PSICHICI  
NELLE FASI DEL CICLO VITALE DELLA DONNA**  
REFERENTE DOTT.SSA A. GUARINO



Le tre età della vita, G. Klimt

IL PROGRAMMA PREVEDE ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHICI DELLA DONNA IN UN'OTTICA INTERDISCIPLINARE E DI RETE. PARTICOLARE ATTENZIONE VIENE, PERTANTO, RIVOLTA AI FATTORI DI RISCHIO DEI DISTURBI PSICHIATRICI LEGATI AD ALCUNE FASI DEL CICLO VITALE DELLA DONNA ("DEPRESSIONE POST PARTUM", DISTURBO DISFORICO PREMESTRUALE, SINDROME CLIMATERICA, ECC) E, ALLA SUA CONDIZIONE DI GENERE (DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS DA VIOLENZA, MALTRATTAMENTI O MOLESTIE). IL PROGRAMMA INTENDE OFFRIRE INTERVENTI MULTIDISCIPLINARI IN RETE CON ALTRI SERVIZI SANITARI, SOCIOSANITARI E CON I CENTRI ANTIVIOLENZA.

**Gli interventi offerti**

- Valutazione psicopatologica e psicodiagnostica
- Colloqui psicologici
- Interventi di tipo psicoeducazionale
- Interventi eco-sociali
- Psicoterapia individuale
- Counseling di coppia
- Promozione di attività di auto-aiuto

PER INFORMAZIONI  
CONTATTARE  
TELEFONICAMENTE I CENTRI  
TUTELA SALUTE MENTALE  
DONNA DEL DSM

• **C.T.S.M.D. di Lauria**  
lunedì  
dalle ore 8.30 alle ore 13.00  
Tel:0973-621813

• **C.T.S.M.D. di Chiaromonte**  
mercoledì  
dalle ore 8.30 alle ore 13.00  
Tel 0973-641450

• **C.T.S.M.D. di Potenza**  
giovedì  
dalle ore 14.00 alle ore 19.00  
Tel 0971-310611 / 310606

• **C.T.S.M.D. di Venosa**  
lunedì  
dalle ore 9.00 alle ore 14.00  
Tel 0972 - 39278 / 39280





## La Salute è un dono

L'Azienda Sanitaria anche per il nuovo anno vuole dedicare particolare attenzione al benessere dei bambini e degli adolescenti promuovendo sempre di più stili di vita salutari.

**Dott. Mario Marra**  
Direttore Generale dell'ASP

La salute è un bene di tutti. Pensando a questa affermazione, certamente a ognuno di noi verrà in mente una definizione per la parola "salute".

Le nostre risposte sono condizionate dalla nostra cultura, dall'educazione che abbiamo ricevuto, dalle nostre convinzioni personali, dall'attività lavorativa che svolgiamo e dal contesto sociale in cui viviamo. Riteniamo di poter realizzare una Sanità più vicina ai bisogni delle famiglie.

**Dott. Giuseppe Nicolò Cugno**  
Direttore Sanitario dell'ASP



**Speciale Scuola**

## La "Fobia della scuola" come momento critico dello sviluppo della relazione madre-bambino

Dr. Giovanni Razza - Psicologo clinico - Psicoterapeuta - Consigliere Ordine degli Psicologi della Basilicata

Il problema della "fobia della scuola" rientra all'interno della tematica più ampia del disadattamento scolastico che generalmente testimonia un disagio all'interno della vita di relazione del bambino che si manifesta rispetto ad un contesto che potremmo definire alternativo a quello familiare.

L'analisi del rifiuto della scuola da parte del bambino può essere condotta a livelli diversi individuando le cause del comportamento di rifiuto della scuola o nell'ambiente scolastico quale fonte di paura, o nell'incapacità di adattamento del bambino a nuovi compiti o ancora nell'ambiente familiare restio a lasciar uscire il proprio figlio dal suo nucleo.

Il livello di analisi che qui si presceglie considera i vissuti d'ansia e i sintomi psicosomatici ad essi associati collegati non tanto alla semplice paura della scuola quanto all'ansia di separazione dalla famiglia ed in primo luogo dalla propria figura di attaccamento.

In tal senso le nuove classificazioni psichiatriche superano il concetto di "fobia della scuola" preferendo quello di Disturbo di Ansia da separazione (DSM III-R, DSM IV) sottolineando l'importanza che l'ansia di separazione dalle proprie figure di attaccamento assume rispetto al rifiuto della situazione scolastica.

In tal modo il disadattamento scolastico dovuto ad inefficienza della scuola o a problemi di apprendimento vengono inquadrati in disturbi diversi come il ritardo mentale o i disturbi specifici dello sviluppo (delle capacità scolastiche, del linguaggio o motori). Il D.S.M. afferma: "La manifestazione essenziale di questo disturbo è

D.S.M. fanno riferimento, da un punto di vista comportamentale e sintomatologico all'ansia, alle lamentele fisiche, alla tendenza a rimanere appiccicato alle figure di attaccamento, al rifiuto della scuola e di situazioni in cui il bambino deve allontanarsi dalla figura di attaccamento.

All'interno degli orientamenti psicodinamici attuali particolare rilievo assume la prospettiva assunta dai teorici dell'attaccamento che fanno capo alle teorie elaborate da J. Bowlby per inquadrare i temi dello sviluppo infantile all'interno della relazione bambino-caregiver e dei suoi sviluppi.

Al tema dell'ansia di separazione Bowlby ha dedicato il secondo volume della sua opera "Attaccamento e perdita" ("La separazione dalla madre" 1973), in cui ha definito l'ansia da separazione come risposta adattiva a situazioni di pericolo che mettono in discussione il legame di attaccamento con il proprio caregiver.

In una prospettiva etologica tale legame viene visto come funzionale alla "protezione dai predatori" e concettualizzato come comportamento istintivo di tipo primario. L'ansia da separazione diviene strumento essenziale di controllo del legame in quanto attiva nella diade madre-bambino comportamenti di avvicinamento.



l'eccessiva ansietà, ..., concernente la separazione dalle persone a cui il bambino è attaccato. Quando si verifica una separazione, il bambino prova un grado di ansietà che può arrivare al panico." (AA. VV. 1987).

I criteri diagnostici individuati dal

La modalità di gestione dell'ansia da separazione da parte della diade madre-bambino è uno degli elementi caratterizzanti lo stile di attaccamento osservabile in tali diadi a partire dai 6 mesi circa di vita, stile decisamente connesso con lo sviluppo di positive relazioni del bambino con l'ambiente esterno sia in senso fisico che sociale.



A partire dagli studi effettuati dalla Ainsworth con la procedura della Strange Situation che osservava la reazione di bambini alla separazione dalla loro madre, si sono accumulate ricerche e studi posteriori che hanno permesso di classificare quattro stili di attaccamento generale: lo stile sicuro, lo stile insicuro ambivalente, lo stile insicuro evitante e quello disorientato/disorganizzato (Ainsworth et alii 1978, Bowlby 1973 e 1988, Ammanniti e Stern 1992).

In tale ottica di studio il problema fondamentale del Disturbo da Ansia da Separazione e quindi del connesso rifiuto della scuola ed in generale di relazioni esterne può ben essere inquadrato all'interno dello stile di attaccamento insicuro di tipo ambivalente in cui la diade madre-bambino funziona con un elevato livello di ansia connesso ad ogni minaccia di separazione.

I bambini in particolare si mostrano alquanto ambivalenti e ansiosi, fondamentalmente incapaci a tollerare le frustrazioni e totalmente insicuri nell'avventurarsi all'esterno proprio perché insicuri rispetto alla loro figura di attaccamento che spesso, dal canto suo, si mostra incoerente nel suo comportamento di protezione. Il bambino e la sua cura diventano per questi caregiver fonte di ansia.

Bowlby ha individuato nel comportamento di rifiuto della scuola da parte del bambino quattro modelli di interazione

della diade madre-bambino facendo riferimento in particolare al significato che tale rifiuto assume all'interno della diade stessa.

Il primo modello di interazione è costituito da una relazione madre-bambino di tipo simbiotico in cui la madre mantiene vicino a sé il bambino quale fonte necessaria di compagnia.

Spesso la coppia genitoriale non ha un rapporto saldo e soddisfacente e il bambino assume un ruolo centrale in quanto ne permette l'equilibrio. L'ansia di separazione è connessa al "dovere" del figlio di non lasciare sola la madre.

Il secondo modello è connesso alla preoccupazione del bambino che durante la propria assenza possa succedere qualcosa di spiacevole alla madre. In questo caso il bambino rimane a casa per evitare che ciò accada. Il rifiuto della scuola è motivato dal dubbio che a un suo rientro egli non possa più ritrovare la madre.

Alla base di tale preoccupazione possono essere rintracciati o episodi di reale separazione per cause come malattie, divorzi e simili o anche uno stile di comunicazione della madre basato sulla minaccia di abbandonare il figlio.

Il terzo modello è connesso alla preoccupazione del bambino che lontano da casa gli possa succedere qualcosa di spiacevole. In tal modo egli non può allontanarsi per il pericolo che possa procurarsi una sventura. Anche in questo caso spesso è uno stile di comunicazione e di controllo del figlio da parte della madre che fa leva sulle minacce e che può instaurare ansie e preoccupazioni di tal genere.

Il quarto modello è connesso alla preoccupazione materna che qualcosa di spiacevole possa accadere al bambino lontano

da sé ed in maniera più o meno diretta lo tiene accanto a sé. Talora i vissuti della madre verso il bambino sono ambivalenti e caratterizzati dal timore di poter far del male al figlio come scacciarlo o ucciderlo.

Per difendersi da tali vissuti la madre proietta all'esterno la minaccia e tiene presso di sé il figlio. Spesso in tali madri sono presenti antiche esperienze traumatiche connesse alla separazione (Bowlby 1973 e 1979).

Questi modelli di interazione sono esemplari e se ne possono avere varie combinazioni. I modelli più comuni sono i primi due. A livello dinamico si può ipotizzare la formazione di modelli operativi di sé e dell'altro di tipo distorto in cui le previsioni sul proprio e altrui comportamento sono insicure e i legami affettivi costruiti sono caratterizzati da ambivalenza e ansia.

Talvolta la diade madre-figlio si chiude in se stessa per proteggere questo equilibrio e l'ambiente esterno viene vissuto come ostile. In definitiva tale concettualizzazione del Disturbo di Ansia da Separazione ci appare estremamente utile in quanto riporta il problema della gestione dell'ansia da separazione all'interno del suo contesto reale che è quello della relazione madre-bambino.

Qualsiasi intervento deve mirare a sollevare nella diade il problema del rifiuto della scuola dal punto di vista delle preoccupazioni che circolano in essa. Spesso il coinvolgimento di un terzo elemento come il padre all'interno della situazione è di per sé fonte di risoluzione in quanto permette sia alla madre che al bambino da uscire dal tunnel delle preoccupazioni incrociate.

Dal punto di vista degli operatori scolastici la situazione letta in questi termini può essere meglio gestita evitando di colpevolizzare o il bambino o la famiglia e cercando invece di farsi contenitori delle ansie e delle preoccupazioni di entrambi.

## Bibliografia

**AA. VV. (1987)** *DSM III-R* Masson Italia 1989

**Ainsworth M.D.S. et alii (1978)** *Patterns of Attachments* Erlbaum, Hillsdale, N.J.

**Ammanniti M. e Stern D. (1992)** *Attaccamento e psicoanalisi* Laterza.

**Bowlby J. (1973)** *Attaccamento e perdita: la separazione dalla madre*. Vol II Borinighieri 1975.

**Bowlby J. (1979)** *Costruzione e rottura dei legami affettivi* Franco Angeli 1980.

**Bowlby J. (1988)** *Una base sicura* Franco Angeli 1989.

# Educazione all'Affettività, alla Sessualità, alla Relazione

*Gli interventi dei Consulteri Familiari*

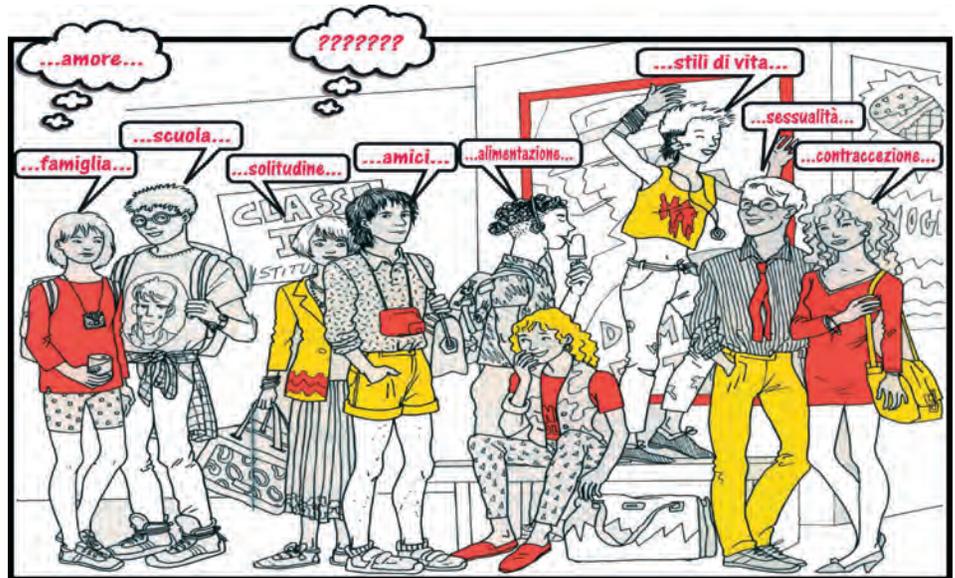
Gli adolescenti, da sempre, nel loro processo di crescita personale e sociale, sono accompagnati da dubbi, interrogativi per loro importantissimi e "vitali" sul rapporto con se stessi, con i genitori e gli altri adulti di riferimento, con i coetanei. Così, cercano e sperimentano il significato dell'amicizia o il perché della difficoltà a sviluppare rapporti soddisfacenti con i coetanei e spesso con gli adulti che, secondo loro, non li capiscono. Frequentemente sperimentano il senso della frustrazione e della solitudine. Ma non è tutto. Cominciano a porsi domande sul loro corpo e su come gestirlo. Sono inclini a sperimentare stili di vita "autonomi": il cibo, i rapporti con l'altro sesso sia sul piano sentimentale che fisico, la contraccezione, i rapporti con i coetanei, la curiosità per le droghe sono sicuramente fattori di crescita ma, in alcuni casi, possono diventare elementi di rischio.

Da questi presupposti le Attività Consultoriali dell'Azienda Sanitaria di Potenza individuano situazioni di difficoltà, offrono un primo accoglimento della domanda di aiuto; trattamenti di breve durata su situazioni emergenti; counselling; diagnosi e cura di prima istanza a carattere psico-sociale e sanitario, inoltre garantiscono una qualificata azione educativa in tema di prevenzione e tutela della salute, con interventi di pubblica comunicazione sul territorio e nelle scuole. L'educazione alla Salute è diventata un elemento fondante e trasversale della vita scolastica, nell'ambito della quale vengono affrontati i problemi attinenti al benessere psico-fisico dell'alunno per poter contrastare i vari aspetti in cui può manifestarsi il "disagio giovanile".

E' evidente che in questo campo la scuola assume una importanza fondamentale, poiché essa è chiamata a dare ai suoi allievi, che saranno i futuri genitori e i futuri responsabili della cosa pubblica, una moderna coscienza sanitaria. Punti di forza dei consulteri della rete aziendale sono la progettazione integrata che vede gli operatori, scuole, servizi e le agenzie territoriali che a qualsiasi titolo si occupano di salute, discutere e programmare attività che soddisfano la domanda degli utenti. Gli operatori, attivatori sociali, mettono in essere un processo che vede gli utenti protagonisti di un servizio a tutela del proprio benessere e in sinergia con le altre professionalità capitalizzano il loro lavoro per il conseguimento degli obiettivi di salute. Rispettando la programmazione generale e le linee guida aziendali, ogni anno definiscono obiettivi,

individuano target, percorsi di salute prioritari, modalità operative. E' così che ciascuno per il proprio ambito mettono in campo progetti di "Educazione all'affettività, alla sessualità, alla relazione" rivolto agli studenti, ai genitori e agli insegnanti. Il servizio consultoriale dell'ASP si è attestato come servizio di riferimento per i giovani, le famiglie e la scuola.

**Il Consultorio Familiare di Potenza e Villa D'Agri ha messo in campo il "Progetto Ben...Essere degli Studenti"\***



**OBIETTIVI GENERALI:** Promuovere e tutelare il Ben-Essere dei ragazzi, Promuovere e stimolare le loro capacità di socializzazione, comunicazione e relazione tra pari e con gli adulti, Prevenire il disagio e le scelte di vita "pericolose", Potenziare la collaborazione Scuola-Consulteri

### OBIETTIVI SPECIFICI:

Sostenere il processo di crescita psico-fisica e relazionale degli adolescenti, Favorire il processo di autonomia ("imparare a tenere la barra della vita"), Sostenere la diversità di genere come valore (sessualità, identità, comunicazione e relazione), favorire atteggiamenti positivi in tema di affettività, sessualità e relazione, il rispetto di sé e degli altri e il diritto di convivenza nella diversità (integrazione dei ragazzi immigrati, prevenzione del bullismo e dell'omofobia), Migliorare le competenze degli adolescenti per quanto attiene all'espressione di una sessualità responsabile (prevenzione dell'IVG), Far conoscere e prevenire le malattie sessualmente trasmissibili, Prevenire l'abuso e il maltrattamento, Rendere i genitori e gli altri adulti di

riferimento più consapevoli ed informati delle problematiche proprie dell'adolescenza, sostenendoli e indirizzandoli nei casi di situazioni critiche, Consolidare i Consulteri Familiari come servizi di riferimento per la scuola, gli adolescenti e le loro famiglie.

**TARGET:** pre-adolescenti 12-15 anni, adolescenti 15-18, genitori, insegnanti.

**RISORSE PROFESSIONALI IMPEGNATE:** 1 Sociologa, 5 Psicologi, 3 Ginecologi, 2 Pediatri, 5 Assistenti Sociali, 1 Assistente Sanitaria, 1 ostetrica, 1 Infer-

miera professionale.

### CENTRO DI ASCOLTO NELLE SCUOLE

Il Centro di Ascolto è un servizio di counselling rivolto soprattutto ai ragazzi che si trovano ad affrontare una fase critica della loro crescita, ma anche ai genitori e agli insegnanti. E' un servizio di prima consulenza, senza pretesa "terapeutica", dove, in un clima di attenzione e rispetto, si possono affrontare i problemi emergenti nella vita scolastica ed extrascolastica dei ragazzi.

**SITO ON-LINE PER GLI ADOLESCENTI** [www.giovaniiinconsultorio.aspbasilicata.it](http://www.giovaniiinconsultorio.aspbasilicata.it). Attraverso la sezione Aree Tematiche, il sito offre ai ragazzi la possibilità di "chattare" e trovare risposta a dubbi e curiosità sugli argomenti che statisticamente più interessano; la sezione posta elettronica offre la possibilità di accogliere richieste specifiche e indirizzarle agli specialisti consultoriali che forniranno risposte in tempi brevi.

### I Consulteri Familiari ambito territoriale di Venosa \*\*

In Tema di Educazione alla Salute promuove e porta avanti progetti Aziendali rivolti agli insegnanti, agli alunni e ai genitori delle scuole di ogni ordine e grado. Progetti e programmi proposti:

“Parliamone insieme” Corsi per genitori sulle tappe dello sviluppo psicofisico nell'infanzia: Progetto rivolto ai genitori ed insegnanti OBIETTIVO l'attività si propone di: favorire la crescita e l'armonico sviluppo psico-fisico dei bambini dai 0-2 anni e dai 3-5 anni.

MODULI INFORMATIVI di breve durata. Tempi 8-10 ore circa. “Primo soccorso pediatrico” Corsi per genitori sulle tappe dello sviluppo psicofisico nell'infanzia: Progetto rivolto ai genitori ed insegnanti, OBIETTIVO l'attività si propone di: fornire nozioni di primo soccorso atte a fronteggiare eventuali emergenze sanitarie in età pediatrica.

“Non scherzare con ....?” “Prevenzione Incidenti Domestici” Progetto rivolto ai genitori e agli insegnanti a cura dell'assistente sociale/ Ass.Sanitaria con la partecipazione di un Medico. OBIETTIVO l'attività si propone di: prevenire gli incidenti domestici nell'infanzia. MODULI INFORMATIVI di breve durata. Tempi 8-10 ore circa.

“Per Riscaldarsi senza scottarsi” Progetto di Educazione alla Sessualità e All'affettività: Progetto rivolto agli alunni OBIETTIVO l'attività si propone di: far conoscere i vari metodi contraccettivi, prevenire l'IVG, prevenire le malattie sessualmente trasmesse e porre l'accento sull'identità di genere e sull'affettività.

“Dimmi” Sportello Consultorio Spazio riservato agli alunni nelle scuole superiori con N. 2 ore di accoglienza quindicinale a cura dell'assistente con la partecipazione della psicologa a richiesta OBIETTIVO l'attività si propone di: offrire un punto di ascolto, di consulenza e di promozione della salute. MODULI INFORMATIVI di breve durata. Tempi 8-10 ore circa.

“Casco o non casco... attento che caschi...” Progetto Prevenzione Incidenti Stradali da motorino: Progetto rivolto agli alunni OBIETTIVO l'attività si propone di: pervenire gli incidenti da motorino, fornire ai ragazzi i primi elementi di pronto soccorso e far conoscere le norme che regolano il codice stradale per l'uso del motorino.

“Noi Dentro e Fuori” Progetto di educazione sulle tappe dello sviluppo psicofisico dell'adolescente: Progetto rivolto agli alunni di seconda media. OBIETTIVO



l'attività si propone di: far conoscere le tappe dello sviluppo psicofisico legate alla crescita dell'adolescente.

“Alla ricerca della salute” Progetto Alimentazione: Progetto integrato rivolto agli alunni della quarta elementare, agli insegnanti e ai genitori. Incontri e visite guidate OBIETTIVO l'attività si propone di: stimolare nuovi stili di vita, tutelare la salute psico-fisica dell'individuo e sviluppare una capacità di rifiutare il superfluo, il nocivo ed essere consumatori attenti. MODULI DI FORMAZIONE di lunga durata. Tempi 30-40 ore circa

“Un'attenzione in più” Scuole Elementari Progetto Prevenzione Abuso sessuale: Progetto di formazione rivolto agli insegnanti e genitori delle seconde elementari OBIETTIVO l'attività si propone di: contrastare la violenza e l'abuso sui minori.

“Stop al Bullismo” Strategie per ridurre i comportamenti aggressivi e passivi alle elementari e medie. Progetto rivolto ai genitori ed insegnanti, alunni. OBIETTIVO l'attività si propone di: fornire nozioni di primo soccorso atte a fronteggiare eventuali emergenze sanitarie in età pediatrica. MODULI INFORMATIVI di breve durata. Tempi 6-8 ore circa.

“Ecolandia” Educazione Ambientale Progetto rivolto agli alunni OBIETTIVO l'attività si propone di: fornire nozioni per il rispetto dell'ambiente. MODULI INFORMATIVI di breve durata. Tempi 3-6 ore circa.

“La salute si impara a Cinema” Decodificare messaggi visivi Progetto rivolto agli alunni della scuola superiore OBIETTIVO l'attività si propone di sensibilizzare gli alunni su alcuni temi importanti, attraverso storie cinematografiche sul vissuto quotidiano e su temi attuali. MODULI INFORMATIVI di breve durata. Tempi 3-6

ore circa.

### I Consulteri Familiari ambito territoriale di Lagonegro\*\*\*

Gli operatori dello “Spazio Giovani” (servizio consultoriale in grado di sperimentare efficacemente percorsi assistenziali integrati per promuovere l'armonico sviluppo dell'adolescente, consentire il riconoscimento precoce e la presa in carico di situazioni a rischio e/o problematiche) sono entrati nelle scuole dell'ambito territoriale di Lagonegro con varie offerte attive per poter dedicare, in collaborazione con i dirigenti scolastici e i docenti referenti, maggiore attenzione alla fase adolescenziale, stagione della vita caratterizzata da un'importante accelerazione dei processi di crescita.

L'obiettivo prioritario degli operatori consultoriale è stato quello di migliorare il livello di qualità della vita dei giovani in tutti i suoi aspetti cercando, quindi, di passare da un'ottica di prevenzione ad una di promozione, di integrazione sociale, di benessere e salute degli studenti. La prevenzione, quindi, come attività di formazione ad ampio raggio finalizzata a fornire strumenti di coping ai ragazzi, non solo a livello cognitivo (di informazione) ma anche relazionale ed emotivo (attività di counseling).

Gli interventi offerti in ambito scolastico sono: Educazione Socio-Affettiva-Relazionale e ad una Sessualità consapevole considerato che è necessario che gli adulti si assumano la responsabilità di trasmettere dei messaggi positivi sulla sessualità al fine di consentire un sano sviluppo psicofisico degli adolescenti. La promozione del benessere e la prevenzione del disagio ha senso quando si creano occasioni per i futuri giovani di:

- sapere e saper riconoscere che cosa succede loro, quali sono i loro timori, le loro insicurezze, le loro possibilità ed i loro limiti
- favorire la consapevolezza del loro “Cambiamento”, che è iniziata una nuova fase evolutiva che li coinvolge nella dimensione fisica, psicologica, affettiva relazionale e che li porterà alla costruzione di una identità futura

- educare all'importanza di un approccio alla sfera sessuale maturo e consapevole.

- informare sull'anatomia e fisiologia degli apparati sessuali maschili e femminile e sulla contraccezione, per poter vivere una sessualità tranquilla e soddisfacente e favorire, nel momento desiderato, una procreazione consapevole

- far conoscere le malattie sessualmente trasmesse per aumentare la capacità di auto tutela e di rispetto degli altri e sensibilizzare alla vaccinazione anti-HPV (Human

Papilloma Virus) per la prevenzione del tumore del collo dell'utero.

Spazio di Ascolto Psicologico

I ragazzi in età adolescenziale avvertono il bisogno di vivere esperienze di confronto con figure professionali esterne alla famiglia e alla scuola per individuare e superare conflitti ed angosce che incidono negativamente sul comportamento e ne pregiudicano l'apprendimento. L'istituzione di uno "spazio di ascolto psicologico" all'interno della scuola fornisce un valido sostegno relativamente alle problematiche adolescenziali. L'ascolto è un'azione attiva volta ad aiutare lo studente a capire meglio se stesso in rapporto al mondo relazionale e affettivo. Nell'ascolto psicologico l'esperto si rende disponibile ad accompagnare il ragazzo in un percorso di esplorazione, di comprensione, di consapevolezza del suo cammino di vita aiutandolo a superare eventuali ansie e dubbi. Il colloquio con lo psicologo, che si svolge all'interno dello spazio di ascolto, non si delinea come un

percorso psicoterapico ma di counseling, per aiutare i ragazzi ad individuare i problemi e le possibili soluzioni. I contenuti di ogni colloquio rimangono strettamente coperti dal segreto professionale

E' stata curata dagli alunni di un istituto di istruzione superiore del nostro territorio, in collaborazione con gli operatori consultoriali, un'attività di informazione e pubblicizzazione dello "Spazio di Ascolto", inserita sul sito della scuola.

Progetto Self-Help: progetto di sostegno al benessere. Una forma importante di prevenzione avviene attraverso la promozione del benessere dell'individuo, potenziandone le risorse individuali ed ambientali per far fronte alle difficoltà e ai problemi anche in condizioni avverse.

La prevenzione in età adolescenziale è una sfida non facile, a cui la scuola e la sanità sono chiamate a rispondere in modo efficace perché è in questa fase che l'individuo acquisisce competenze e requisiti necessari per assumere la responsabilità di

adulto. Nel processo di transizione verso lo stato adulto entrano in gioco ed interagiscono tra loro fattori di natura biologica, psicologica e sociale, per tale motivo si è deciso di lavorare con i ragazzi a sostegno del loro benessere, costruendo insieme riflessioni corrette sul concetto di salute e cercando di confermare il sano piuttosto che il malato.

Individuazione ed eventuale presa in carico degli alunni con B.E.S.

da parte degli operatori socio-sanitari consultoriali componenti dell'Unità Multidisciplinare, per stilare e/o aggiornare in ambito scolastico, con insegnanti e/o genitori, Piani Educativi Individualizzati e Piani Didattici Personalizzati per alunni con Bisogni Educativi Speciali (alunni disabili, con disturbi di apprendimento, con svantaggi socio-familiari-culturali).

A cura di:

**\*dott.ssa Liliana Romano**

**\*\*dott.ssa Battistina Pinto**

**\*\*\*dott.ssa Maria Landi**

## Lo sport giusto per il tuo bambino

**Dott. Vincenzo Di Nubila**

Responsabile U.O.S.D. di Medicina dello Sport ASP

Questo articolo nasce dalla precisa esigenza di aiutare i genitori a decidere verso quale attività ludico-sportiva indirizzare i propri figli, naturalmente avendo riguardo per i loro desideri e attitudini, ma anche con le dovute cognizioni di base che tale scelta inevitabilmente richiede.

Nella scelta dello sport, indubbiamente uno degli elementi più importanti è costituito da quello che potremmo definire "l'effetto trascinamento" esercitato dagli amici, di solito compagni di classe a scuola o all'asilo. Spesso sono la bambina o il bambino più in vista del gruppo a proporre all'attenzione degli altri un certo tipo di disciplina sportiva, iniziando a praticarla loro stessi, e ciò sovente genera desiderio d'emulazione.

Gli stessi genitori sono motivati da spirito di competizione, o anche da semplice convenienza della gestione ("Faccio fare un tipo di sport a mio figlio, anche se a lui non piace, perché è impegnato con tante altre cose, e soprattutto c'è chi lo porta e me lo riaccompagna a casa") rischiando di non tenere in debito conto quei fattori assolutamente individuali di tipo fisico, in-

dole, gradimento e così via, di importanza tutt'altro che trascurabile.

Non va dimenticato il ruolo quasi terapeutico che una certa disciplina può esercitare sul fisico e/o sul carattere di un giovane, il quale può essere particolarmente sensibile ai benefici che la stessa procura,



se adeguata alle sue condizioni. Al tempo stesso non si possono trascurare i potenziali effetti collaterali di una determinata attività ludico-sportiva se praticata da soggetti che presentino nei confronti della stessa qualche controindicazione.

L'attività motoria svolta nell'età evolutiva deve essere curata con grand'attenzione, distinta da quella dell'adulto (che ha un fisico definitivamente strutturato) e adeguata alle caratteristiche psico-fisiche di un individuo che cresce; bisogna, infatti, tener conto che un bambino e un adolescente non sono un uomo in scala più o meno ridotta bensì entità biologiche con precise variabili individuali (età, attitudini, esperienza, potenziale genetico, costituzione, velocità di accrescimento e così via) in continua evoluzione.

Per fare un esempio prima della pubertà sono sconsigliati esercizi che incrementano la resistenza anaerobica, semplicemente perché un bambino non è in grado da un punto di vista fisiologico di produrre e tollerare elevate concentrazioni di acido lattico; mentre gli esperti valutano che già entro i 12 anni si raggiunga addirittura il 75% del potenziale

patrimonio per quanto concerne la capacità di coordinazione, ben difficilmente migliorabile in età successive. Si può quindi affermare che una regolare attività fisico-sportiva, iniziata dai primi anni e pretratta fino al termine della vita, naturalmente

adeguata all'età e alle possibilità fisiche dell'organismo, rappresenta una vera e propria prevenzione nei confronti di molti problemi di salute, e non soltanto cardiovascolari.

Nei primi anni di vita, maggiormente, una regolare attività fisica, specialmente in alcune discipline, permette anche di sfogare, gli eccessi d'aggressività che in questa fascia d'età è da considerare fino ad un certo punto fisiologico, perché consente al ragazzo di mettersi alla prova sia verso se stesso che nei confronti degli altri, migliorando sensibilmente il rapporto con i genitori, gli amici, innalzando anche il rendimento scolastico.

Pertanto se si ha un figlio timido che fatica a buttarsi nella mischia e appare in preda a titubanze o inibizioni, sarebbe meglio non fargli praticare uno sport da solista, e indirizzarlo piuttosto verso una disciplina di squadra, naturalmente a lui ben accetta: gli gioverà molto di più.

Devono essere superati i pregiudizi di tipo sessuale, che tendono a catalogare le varie discipline motorie come maschili o femminili: eccezion fatta per attività veramente particolari (come il nuoto sincronizzato o la lotta tipo sumo), non deve suscitare scandalo se una bambina vuol provare, tra gli altri giochi, a cimentarsi nel calcio o negli sport motoristici, o se un maschietto, pur praticando ad esempio basket o tennis, si sente portato verso la danza.

Un fatto molto importante è che da parte dei genitori (ma naturalmente anche dei tecnici) non devono esserci forzature, derivanti magari da attese esagerate, perché rischierebbero di generare tensioni alle quali i giovani sono particolarmente sensibili, con il rischio di trasformare un

sano passatempo in una fonte di nevrosi. Il vero risultato da conseguire è quello di far sviluppare nei bambini l'apprezzamento per il senso di benessere che l'attività fisica procura, constatando al tempo stesso la tendenza verso la sedentarietà che la televisione, i videogiochi o altri intrattenimenti statici inducono.

Di fatti, purtroppo, uno dei problemi che può insorgere, quando un giovane in età evolutiva è avviato alla pratica di una disciplina sportiva, è quello concernente le pressioni che gli adulti, soprattutto i familiari e gli allenatori esercitano su di loro, talora anche inconsapevolmente. Capita, infatti, che il bisogno naturale di giocare e fare sport dei ragazzini entri in collisione con le ambizioni dei grandi, i quali, inseguendo sogni di gloria, li spingono verso un agonismo esasperato, talora volendo imporre ai figli quello che loro avrebbero voluto fare, o addirittura vedendo nel figlio "un campioncino dalle uova d'oro" che potrebbe assurgere nel futuro ad immensi guadagni e a gran notorietà. Svanisce così quella che è la vera ragione di avviare allo sport i ragazzi.

Nella mia quasi trentennale attività di medico dello sport, episodi appena descritti, ne sono capitati in gran quantità, la maggior parte delle volte con scarso potere di convincimento nei confronti dei genitori, che si superano, quando, oltre a pretendere dal proprio figlio la pratica di uno sport a lui non gradito, anche con un esasperato agonismo, entrano in conflitto anche con l'allenatore per motivi esclusivamente tecnici, di sicuro non di loro competenza.

Bisogna abituarsi a pensare e soprattutto accettare, che quando un bambino si avvicina ad uno sport, molto probabil-

mente vuole solo giocare e divertirsi, senza l'obbligo di primeggiare a qualunque costo; un atteggiamento intransigente in seguito a qualche risultato scadente, continue tensioni, non giova alla serenità di un piccolo atleta, anzi gli procura frustrazioni e calo dell'autostima...e magari voglia di abbandonare.

Dopo la carta dei diritti dei giovani atleti stilata nel 1977, in tempi più recenti, proprio per evitare i problemi appena descritti, è stata redatta e diffusa dal Panathlon International la meglio articolata ed evoluta Carta dei diritti del ragazzo nello sport:

- 1) **Diritto di divertirmi a giocare;**
- 2) **Diritto di fare dello sport;**
- 3) **Diritto di beneficiare di un ambiente sano;**
- 4) **Diritto di essere trattato con dignità;**
- 5) **Diritto di essere circondato e allenato da persone competenti;**
- 6) **Diritto di seguire gli allenamenti adeguati ai miei ritmi;**
- 7) **Diritto di misurarmi con giovani che abbiano le medesime probabilità di successo;**
- 8) **Diritto di partecipare alle competizioni adatte alla mia età;**
- 9) **Diritto di praticare il mio sport in assoluta sicurezza;**
- 10) **Diritto di avere i giusti tempi di riposo;**
- 11) **Diritto di non essere un campione.**

## GIORNI ED ORARI DELLE VISITE DI MEDICINA DELLO SPORT NELLE VARIE SEDI:

### POTENZA:

- Martedì e Giovedì ore 15,00/18,30;
  - Mercoledì » 8,30/12,30;
- Le visite si effettuano presso il Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta Potenza;

### VILLA D'AGRI:

- Ultimo venerdì del mese ore 15,00/19,00;

### LAURIA:

- Lunedì e Venerdì ore 8,30/12,30;
  - Martedì » 15,00/18,30;
- Le visite si effettuano presso il Plesso ospedaliero "Beato D.Lentini di Lauria;

### CHIAROMONTE:

- Ultimo giovedì del mese ore 9,00/12,00;
- Le visite si effettuano presso il plesso ospedaliero di Chiaromonte;

### SENISE:

- Secondo giovedì del mese ore 9,00/12,00;
- Le visite si effettuano presso il poliambulatorio ASP di Senise;

### VENOSA:

- Martedì, mercoledì, giovedì, venerdì ore 9,00/12,30;
- Le visite si effettuano presso ambulatorio di Cardiologia Ospedale di Venosa;

### MELFI:

- Lunedì - ore 15,00/18,30.
- Le visite si effettuano presso il poliambulatorio di Cardiologia Ospedale di Melfi.

Per accedere al servizio bisogna effettuare prenotazione tramite CUP.

# Il trapianto d'organi e tessuti per la scuola dell'obbligo

Dr. Gennaro Sansone

Responsabile Centri Dialisi e Nefrologia Osp. Lauria-Maratea

Si intende per trapianto la sostituzione di un organo o un tessuto non funzionante con quello di un donatore. Quando donatore e ricevente sono la stessa persona si parla di autotrapianto; in caso contrario si effettua un allograpianto.

Esempio tipico di un autotrapianto è quando, a seguito di una ustione si innesta sulla lesione un pezzo di cute prelevato dalla stessa persona in un'altra regione del corpo. Quando invece si sostituisce il rene malato di una persona con quello sano di un donatore vivente o cadavere si realizza un allograpianto. Il nostro organismo è dotato di un meccanismo capace di riconoscere tutto ciò che è estraneo (non self) ed organizzare una reazione di difesa (risposta immune) sfruttando le capacità dei globuli bianchi di aggredire e distruggere direttamente le cellule estranee o indirettamente, producendo anticorpi che, legati all'intruso, richiamano in sede linfociti "Killer", globuli bianchi presenti nel sangue, specializzati nell'aggredire e distruggere tutto ciò che viene riconosciuto come non self.

La reazione dell'organismo verso un organo o tessuto esogeno, meglio nota come "rigoito del trapianto", viene innescata immediatamente e, se non controllata con farmaci specifici, è in grado di distruggere in poche ore, giorni o settimane il trapianto.

Il sistema di riconoscimento si basa su un meccanismo semplice ma estremamente specifico ed efficace: sulla superficie di ogni cellula del nostro organismo è espressa una serie di proteine (antigeni) che come un "codice fiscale" identificano la specie a cui apparteniamo, il gruppo etnico, la famiglia e così via fino ad indentificare il singolo individuo. Questo sistema è noto come Sistema Maggiore di Istocompatibilità (MHS). Tra due individui quanto più sono simili questi antigeni tanto maggiore è la compatibilità, cioè la possibilità che l'uno tolleri le cellule dell'altro. Solo nei gemelli omozigoti, cioè derivati da un'unica coppia di spermatozoo ed ovocita, si può realizzare la assoluta compatibilità istologica.

L'identificazione del gruppo sanguigno è possibile proprio grazie ad alcuni di questi antigeni (antigeni A, B, O); sulla base di quanto detto prima, la trasfusione di sangue può essere effettuata solo tra due persone (ricevente e donatore) che abbiano lo stesso gruppo sanguigno; la compatibilità, in questo caso è stabilita dalla presenza sulle cellule del sangue del donatore degli stessi antigeni presenti su quelle del ricevente.

Fortunatamente, nell'armamentario dei medici esistono numerosi farmaci capaci di indurre la cosiddetta "tolleranza immunitaria"; spesso si tratta di sostanze che si trovano in natura a partire dalle quali l'industria del farmaco, grazie ad una intensa attività di ricerca e sperimentazione dapprima su modelli animali e poi sull'uomo, ha prodotto e continua a cercare molecole di sintesi con caratteristiche di tossicità più basse rispetto a quelle naturali e, quindi, meglio tollerate dai trapianti.

tati.

Senza dubbio, il trapianto di organi e tessuti per alcune malattie degenerative, per le quali ancora oggi non si conosce una cura efficace, è spesso l'unico modo per garantire ai pazienti la sopravvivenza. Il principale limite alla diffusione dei trapianti però è la carenza di organi da trapiantare.

La maggiore difficoltà a reperire organi e tessuti da trapiantare è che questi, benché prelevati (espianati) da cadavere, devono essere funzionanti. Ciò è possibile solo se l'espianto viene effettuato quando il cuore del donatore ancora batte. Tale necessità cozza contro credenze, principi filosofici e religiosi che nelle varie civiltà hanno identificato l'attività cardiaca come centro vitale dell'uomo; da qui scaturiscono le remore a donare i propri organi dopo la morte.

Secondo una visione meccanicistica il cuore altro non è che una pompa peristaltica, capace ad ogni battito di aspirare sangue dalle vene e spingerlo nelle arterie e, quindi, verso tutti gli altri organi e tessuti che possono così continuare a ricevere ossigeno dal sangue e, quindi, vivere.

Mentre tutti gli altri organi sono sotto il controllo della attività cerebrale mediante un intricato sistema di nervi (sistema nervoso centrale), il cuore è dotato di un proprio automatismo elettrico che ne garantisce per un certo periodo di tempo la pulsatilità anche quando l'attività cerebrale cessa definitivamente, a condizione che l'ossigenazione del sangue sia garantita con una respirazione artificiale, grazie ad apparecchiature sofisticate (ventilatori).

Secondo questa logica un individuo muore quando l'attività del cervello cessa definitivamente e, anche se il cuore batte la persona è morta (morte cerebrale). Le tecnologie oggi disponibili consentono ai sanitari la diagnosi di morte, secondo una procedura codificata per legge dallo Stato. In Italia, l'accertamento della morte viene effettuato da una commissione di tre specialisti (un esperto in neurofisiologia, un rianimatore e un medico legale) che monitora le condizioni cliniche per un periodo di almeno 6 ore e può stabilire lo stato di morte soltanto se, oltre alla constatazione clinica del decesso, si presentano contemporaneamente tutte queste condizioni:

1. stato di incoscienza
2. assenza di riflessi del tronco cerebrale (struttura deputata a mantenere le funzioni fondamentali della vita)
3. assenza di respiro spontaneo
4. assenza di qualunque attività elettrica cerebrale, verificata tramite elettroencefalogramma
5. assenza dell'irrorazione di sangue al cervello (nei casi in cui non sia possibile verificare i riflessi del tronco cerebrale o effettuare l'elettroencefalogramma, attraverso indagine radiologica con valutazione del flusso ematico cerebrale)

Tali segni devono essere presenti ininter-

rottamente per tutto il periodo di accertamento; se uno di questi viene meno si riparte da zero

Il tempo di accertamento dell'assenza di condizioni vitali nell'encefalo è stato, con successive modifiche alla Legge, portato prima a 12 ore, e poi alle 6 ore attuali. In alternativa, si procede al prelievo dopo 20 minuti di assenza del battito cardiaco.

La morte cerebrale non va confusa con lo stato vegetativo, che comporta soltanto la prima di queste condizioni, ovvero la perdita di coscienza, ma conserva le funzioni vegetative del cervello (ossigenazione, battito cardiaco e mantenimento della temperatura corporea); nel caso di morte cerebrale, invece, il cervello è profondamente danneggiato, e tutte le sue funzioni sono irreversibilmente compromesse; di conseguenza l'ossigenazione, la circolazione sanguigna e il mantenimento della



temperatura corporea sono possibili soltanto con l'ausilio delle macchine, e per un tempo limitato (generalmente non più di 48 ore).

Una volta accertata la morte cerebrale può essere effettuato il prelievo degli organi, mentre la ventilazione e l'irrorazione sanguigna degli organi vengono artificialmente mantenute dalle macchine; in seguito, il corpo del donatore viene staccato dal respiratore artificiale e dallo stimolatore del battito cardiaco (cosa che una volta accertata la morte avviene comunque, indipendentemente dal fatto che il paziente sia un donatore o meno).

Accertata la morte cerebrale si valuta se il potenziale donatore di organi/tessuti ha espresso in vita la volontà di donare gli organi; nel caso non l'abbia fatto saranno i familiari ad autorizzare l'eventuale espianto di organi e tessuti. Troppo spesso però questo consenso viene negato dai congiunti e, per emotività, credenze o per altri motivi, la lista dei pazienti in attesa di trapianto si allunga sempre di più.

Esprimere in vita la propria volontà di donare gli organi dopo la morte, anche semplicemente scrivendolo su un bigliettino conservato accanto ad un documento di riconoscimento oltre che a sollevare i propri familiari da una decisione emotivamente difficile, è quindi un atto di civiltà e di generosità nei confronti del prossimo.

L'occhio è la nostra "finestra" sul mondo, la vista è, infatti, la più importante via conoscitiva per la mente e di gran lunga il più evoluto dei cinque sensi. L'85% delle nostre informazioni derivano dalla vista (internet, televisione, libri, giornali, ecc), mentre solo l'11% deriva dall'udito, il 3% dall'olfatto, l'1% dal tatto.

Ma com'è fatto un occhio, come funziona? Può essere paragonato ad una straordinaria macchina fotografica: la cornea ed il cristallino sono vere e proprie lenti analoghe all'obiettivo, che servono per mettere a fuoco sulla retina i raggi luminosi provenienti dall'esterno; la retina, preziosa e delicata membrana che tappezza l'interno dell'occhio, ha la stessa funzione della pellicola fotografica, vale a dire su di essa convergono i raggi luminosi formando le immagini.

Tali immagini, tramite il nervo ottico ed un complesso meccanismo di impulsi nervosi, raggiungono la corteccia occipitale dove verranno riconosciute, catalogate e memorizzate. L'individuazione precoce di un deficit visivo è fondamentale per una migliore rieducazione della funzione visiva. Per tale motivo abbiamo cercato, con poche pagine, di focalizzare gli aspetti pratici dell'Oftalmologia Pediatrica che possono essere gestiti direttamente dal Pediatra e/o dal Medico di base, accennando brevemente anche a quei quadri che devono essere inviati alla consulenza dello specialista oculista.

### SVILUPPO DELLA VISTA

Il periodo che va dalla nascita fino ai 3 anni di vita, è decisivo per l'ottimale sviluppo dell'organo visivo. I danni che si verificano nei primi 2-3 mesi d'età, sono spesso irreversibili; dopo i 3 mesi i danni, invece, generano un regresso delle facoltà visive acquisite, ma un trattamento tempestivo consente di far recuperare le potenzialità perdute. Da qui l'importanza di una diagnosi il più precoce possibile. Alla nascita il neonato è in grado di captare tutti gli stimoli visivi provenienti dall'ambiente circostante ma non di elaborarli, di organizzarli in immagini e, quindi, di capirli; il bambino vede luci e forme ma non può attribuirli a cose, persone e am-

## Oftalmologia pediatrica

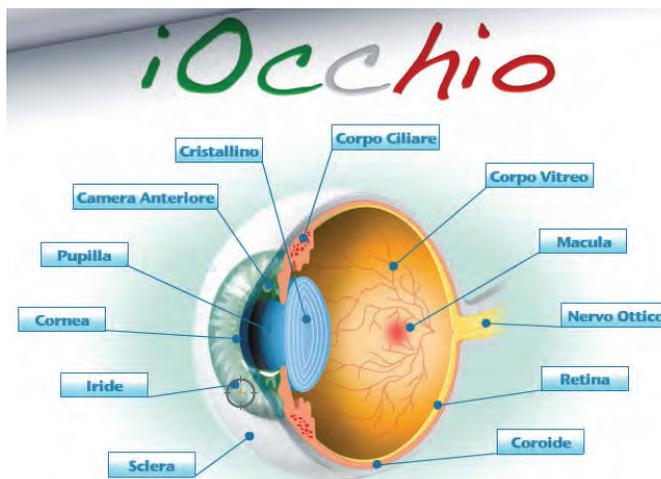
Dr. Domenico Lacerenza

Direttore Dipartimento Interaziendale di Oculistica

bienti. A 15 giorni, il bambino riesce a mettere a fuoco le immagini distanti 20-30 cm, non riconosce ancora i colori. Non avendo ancora il pieno controllo dei muscoli oculari si stanca presto e talvolta può apparire strabico.

### LA PRIMA VISITA OCULISTICA

Una prima visita è, generalmente, effettuata a tutti neonati prima della dimissione dai reparti di maternità, con particolare riguardo ai soggetti ad alto rischio genetico e nei prematuri



Verso i 2 mesi distingue il viso umano rispondendo a sorrisi, smorfie e movimenti delle labbra; segue le immagini in movimento ruotando gli occhi ed il capo e facendo convergere gli occhi se gli si avvicina un oggetto al viso. A 4-5 mesi il bambino è in grado di fissare correttamente un oggetto non troppo distante, di seguirne il movimento e di volgere lo sguardo verso uno stimolo visivo. Mette a fuoco le immagini fino a qualche metro di distanza, distinguendo chiaramente alcuni colori fondamentali quali il rosso, il verde e il blu. A 6 mesi è attratto soprattutto da oggetti di piccole dimensioni, controlla già bene i muscoli oculari, quindi deve essere scomparso l'eventuale strabismo saltuario (uno strabismo costante è, invece, sempre patologico indipendentemente dall'età). A 7 mesi vede ad una distanza di 4-5 metri, mentre a dieci acquista il senso di profondità delle immagini (stereopsi). Ad 1 anno il bambino raggiunge il pieno controllo dei muscoli oculari e l'accomodazione gli consente di mettere a fuoco gli oggetti a qualsiasi distanza. Ad un anno e mezzo/due raggiunge i dieci decimi di vista.

di basso peso.

I nati pretermine sono a rischio di sviluppare la retinopatia del pretermine (ROP) una forma gravissima di malattia della retina che può portare alla cecità se non trattata tempestivamente con laser-terapia e chirurgia vitreo-retinica.

Un successivo controllo specialistico viene eseguito a tutti i bambini tra i 6 e i 9 mesi in occasione della vaccinoprofilassi anti-poliomielitica. In seguito, i controlli sono demandati all'iniziativa di pediatri e genitori.

Una visita tra il secondo e il terzo anno d'età è assolutamente consigliabile e deve mirare



alla ricerca di eventuali vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia), di alterazioni della motilità oculare (strabismo, nistagmo) e soprattutto dell'ambliopia.

La tempestività diagnostica è fondamentale, poiché in questa fascia d'età il sistema visivo è ancora molto "plastico" e pertanto in grado di recuperare eventuali problematiche.

E' consigliabile anticipare il momento della visita oculistica nel caso in cui i genitori hanno notato particolari comportamenti del bambino quali: lo strizzare gli occhi quando guarda lontano (miopia), la chiusura di un occhio quando guarda la luce (strabismo), l'inclinazione o la rotazione della testa (strabismo e paralisi oculare), fastidio per la luce intensa (glaucoma, cheratite, ecc.), arrossamento e lacrimazione (congiuntivite, cheratite, ostruzione vie lacrimali).

### PRINCIPALI PATOLOGIE DELL'ETA' PEDIATRICA

#### Vizi di refrazione

Con tale termine s'intendono quei difetti dell'occhio che impediscono una corretta visione. Tali difetti possono essere congeniti o acquisiti e molto spesso vi è una predisposizione ereditaria alla loro comparsa. Se i genitori non hanno occhiali la probabilità per il bambino di aver bisogno di occhiali è del 10%, del 30% se un genitore ha gli occhiali, se entrambi i genitori hanno gli occhiali le probabilità salgono al 60%.

**Miopia:** il miope ha una vista corta, vale a dire vede bene da vicino e male da lontano. Nella maggior parte dei casi la miopia dipende dal fatto che l'occhio è più lungo del normale (un occhio normale di norma è lungo 23 mm). La miopia può essere lieve (entro le 3 diottrie), media (entro le 8 diottrie) o elevata (oltre le 8 diottrie).

Nelle forme lievi e medie l'occhio, in genere, non presenta alterazioni e una volta corretto raggiunge i 10/10 di vista. Nella miopia elevata invece, l'occhio è spesso affetto da gravi alterazioni degenerative soprattutto a carico della retina e potrà in età adulta andare incontro a deterioramento visivo per possibili gravi complicanze quali emorragie retiniche,

distacco di retina, cataratta e glaucoma. L'occhio miope è un occhio da tenere quindi sempre sotto controllo!

**Ipermetropia:** è il difetto opposto della miopia, l'occhio ipermetrope è, infatti, più corto del normale. Il soggetto ipermetrope incontra maggiori difficoltà nella visione per vicino, soprattutto se prolungata. Infatti a causa della ridotta lunghezza antero-posteriore dell'occhio, per mettere a fuoco le immagini da vicino, occorre che il cristallino aumenti il suo potere convergente. Tale sforzo accomodativo costringe il soggetto ipermetrope ad interrompere spesso la visione per vicino ed a stropicciarsi gli occhi, accusando frequentemente mal di testa. Il bambino ipermetrope deve inoltre essere seguito attentamente e corretto con opportuni occhiali poiché può andare incontro a strabismo ed ambliopia. **Astigmatismo:** la causa dell'astigmatismo è una diversa curvatura della cornea nei suoi vari meridiani. Un bimbo astigmatico non riceverà sulla propria retina immagini nitide e la sua visione risulterà sfuocata tanto di più quanto più grande sarà la differenza di curvatura fra i due meridiani principali. Esemplicando un occhio normale può essere paragonato nella sua forma ad un pallone da calcio, un occhio astigmatico ad un pallone da rugby.

### Ambliopia

L'ambliopia (la parola deriva dal greco e significa ottusità della visione) o anche volgarmente denominata "occhio pigro" è una riduzione dell'acuità visiva. Più spesso monolaterale è causata da un ostacolo al normale sviluppo visivo sensoriale insorto durante il periodo plastico (dalla nascita fin verso i 4-5 anni) e quando monolaterale, induce il cervello a preferire l'occhio migliore e a sopprimere l'immagine, e quindi la funzionalità, dell'occhio peggiore.

Il mancato esercizio dell'occhio più debole può portare all'ipovisione definitiva ed il bambino sarà da adulto funzionalmente monocolo (con relativi problemi per la patente, concorsi pubblici ecc...). Quando l'ambliopia riguarda entrambi gli occhi (realtà molto rara) il genitore, si accorge fa-

cilmente del problema, poiché il bambino mostra chiaramente di non vedere bene: non segue con lo sguardo, non riconosce le persone, non tende le mani verso gli oggetti, impara con molta difficoltà a camminare. Se, invece, l'ambliopia interessa un solo occhio è molto più difficile da rilevare, poiché il bambino mostra apparentemente di vedere bene e si comporta normalmente; fondamentale è quindi rilevare se uno dei due occhi viene usato meno. Nei bambini molto piccoli (fino a 12-18 mesi) molto indicativo è il test dell'occlusione: si copre alternativamente con una mano uno dei due occhi e si valuta la reazione di difesa. Se il piccolo vede bene con entrambi gli occhi non mostra particolare insofferenza durante tale test, se invece ocludiamo l'unico occhio che vede bene, il bambino inizierà a lamentarsi o si difenderà allontanando l'occlusione. Nei bambini più grandi, lo stesso esame può essere eseguito a casa dai genitori bendando alternativamente un occhio e chiedendogli di riconoscere un oggetto (le chiavi, una moneta, una caramella, ecc...) oppure mentre guarda la televisione.

Nel caso la benda sia posta davanti all'unico occhio vedente si noterà subito la difficoltà visiva del bambino. Anche un bambino che cade frequentemente, mostra difficoltà a scendere le scale o urta gli spigoli, può essere sospettato di ambliopia in quanto non avendo la visione binoculare è privo della percezione della profondità (stereopsi).

Le cause che generalmente determinano l'ambliopia possono essere classificate in tre principali gruppi: strabismo (il bambino utilizza sempre e solo l'occhio dritto), anisometropia ovvero differenza nei difetti di refrazione tra i due occhi (ad esempio, uno normale e l'altro miope o astigmatico o ipermetrope), deprivazione, quando cioè lo stimolo luminoso non riesce ad arrivare alla retina di uno dei due occhi (cataratta congenita, ptosi palpebrale, opacità corneale ecc...). "L'occhio pigro" è la causa più frequente di riduzione della vista nei bambini, se correttamente affrontato e non sottovalutato, può essere felicemente risol-

to nella quasi totalità dei casi.

L'intervento correttivo deve però avvenire il più presto possibile: se l'ambliopia viene diagnosticata oltre i sei anni d'età, diventa quasi del tutto inguaribile ed il piccolo rimarrà per sempre un soggetto monocolo, in pratica funzionalmente con un occhio solo.

La terapia consiste nell'identificazione e nella correzione delle cause. Innanzitutto la prescrizione ottimale dell'occhiale anche a pochi mesi di vita se necessario, e da portare il più possibile. Nelle forme da deprivazione (ad esempio cataratta, ptosi, ecc...) l'intervento chirurgico deve essere fatto al più presto. Dopo aver corretto le varie cause, l'occhio deve essere riabilitato, generalmente mediante l'occlusione dell'occhio sano (benda) che deve protrarsi fino agli 8-9 anni di età del bambino.

Il bambino piccolo accetta generalmente volentieri il bendaggio ed i risultati sono facilmente raggiungibili. Oltre i 4-5 anni accetta con sempre

maggiore difficoltà il bendaggio, quindi i risultati sono più difficili da raggiungere. In alternativa al bendaggio si possono somministrare nell'occhio migliore gocce di atropina 0.5% per annebbiare la vista o prescrivere lenti "sbagliate" sempre allo scopo di disturbare la visione dell'occhio buono e costringere il bambino ad usare l'occhio pigro.

### Lo strabismo

Lo strabismo è il mancato allineamento tra i due occhi, l'occhio utilizzato è quello dritto, l'immagine proveniente dall'occhio deviato viene soppressa a livello cerebrale.

Lo strabismo è quindi un problema sia estetico ma soprattutto funzionale. Tranne nei casi di strabismo alternante in cui i due occhi si alternano tra loro nella visione (cioè ora l'uno ora l'altro), l'occhio deviato non essendo utilizzato andrà incontro ad ambliopia se non tempestivamente stimolato, quindi un bimbo strabico deve essere subito indirizzato allo specialista.

## PROGRAMMA PER LO SCREENING PEDIATRICO

### FASE I: AL MOMENTO DELLA PRIMA VISITA (e comunque entro il 2° mese)

Metodi:

- anamnesi mirata
- ispezione del bulbo e degli annessi oculari
- osservazione del riflesso rosso del fondo
- osservazione dei riflessi speculari della cornea (*Hirschberg Reflex*)
- osservazione dei movimenti oculari

### FASE II: FRA IL 9° ED IL 12° MESE

Metodi:

- osservazione del riflesso rosso del fondo
- osservazione dei riflessi speculari della cornea (*Hirschberg Reflex*)
- Stereotest di Lang 1
- osservazione dei movimenti oculari

### FASE III: FRA IL 30° ED IL 36° MESE

Metodi:

- Stereotest di Lang 2
- cover-test
- determinazione acuità visiva monoculare con ottotipo a disegni (Pesando)

### FASE IV: PRIMA DELL'INIZIO DELLA SCUOLA

- determinazione acuità visiva monoculare con ottotipo a simboli (E di Albin)
- cover-test per lontano e per vicino

# Postura corretta nei banchi di scuola

Dott. Ft. Nicola Castelluccio

Scienze della Riabilitazione

L'autunno per gli studenti italiani sancisce la fine delle vacanze e il rientro a scuola. La salute comincia proprio dai banchi di scuola. Ogni bambino è come un piccolo germoglio. Il tempo lo vede crescere e maturare senza sosta, si modifica e si evolve mentalmente e fisicamente. Sta a noi però curarlo e proteggerlo per far sì che questa trasformazione possa avvenire al meglio e diventare un investimento per il suo futuro. Una postura scorretta è una crescita sbagliata.

Una postura sbagliata assunta abitualmente si può riflettere sulla colonna vertebrale, a livello delle articolazioni degli arti inferiori, e comportare una diversa posizione del capo, con conseguente mutazione dell'assetto mandibolare. In altri termini il corpo si adatta e, a questa età, si conforma. I ragazzi, in un anno scolastico, stanno seduti almeno 1000 ore! Moltissime! Col capo sempre girato da un lato, con la sedia troppo alta che blocca la circolazione, col banco troppo basso che obbliga a stare curvi o troppo alto con il libro a 10 cm dagli occhi. La salute futura passa da qui, a scuola come a casa. Uno stile di vita corretto e un arredo adeguato possono prevenire problemi ortopedici, visivi, odontoiatrici e di attenzione e permettere una crescita sana ed armoniosa.

Quando parliamo di bambini e ragazzi l'educazione ad una postura corretta è di primaria importanza: il mantenimento nel tempo di posture sbagliate è un grande fattore di rischio per problemi fisici presenti e futuri.

## I bambini sono diversi dagli adulti.

I bambini tendono a perdere la concentrazione molto facilmente, specialmente in un ambiente come la scuola che non sempre è in grado di affascinare i propri alunni; questi ultimi di conseguenza tendono ad assumere posizioni che rispecchiano il loro stato d'animo (linguaggio del corpo).

Se ci pensate bene, i bambini sono famosi per mantenere posture strane, spesso poco corrette e parecchio scomode per un adulto che le vede; grazie alla loro capacità di adattamento e di flessibilità però, riescono a mantenerle senza incorrere nei tipici dolori che invece proverebbe un adulto qualsiasi nelle stesse posizioni.

## Perché stare attenti alla postura

Il bambino o ragazzo raggiunge la maturità fisica solo intorno ai vent'anni, ma prima di quel momento il suo corpo si modifica in base alle esigenze subendo costantemente delle spinte di crescita molto forti; da qui l'importanza di educare i bambini ad una postura corretta in modo da:

1. evitare problemi alla schiena in età giovanile;
2. prevenire i dolori in età adulta, quando il nostro fisico non riuscirà più a compensare: scoliosi, dorsalgia, lombalgia, dolore cervicale solo per citarne alcuni;
3. limitare i vizi posturali che possono provocare problemi anche a livello del-



le articolazioni;

Una posizione scorretta deve essere mantenuta per un tempo prolungato per diventare un atteggiamento posturale e quindi poter creare problemi: a scuola un bambino tende a rimanere fermo in posizioni sbagliate per molto tempo, spinto dalla noia, dalla stanchezza o da deficit muscolari; in questo modo, giorno dopo giorno la postura viene viziata e in seguito mantenuta anche al di fuori del contesto.



Studi recenti hanno constatato che il 50-60% delle alterazioni posturali sono dovute agli orari scolastici; altra causa molto importante è la quantità di bambini sovrappeso e obesi del nostro bel paese.

## Con chi prendersela

I problemi posturali stanno diventando ogni giorno sempre più rilevanti, sia per il dilagare di obesità che per le situazioni sempre più sedentarie; proprio questi fattori portano a deficit muscolari: immaginate una torre fissata a terra con dei tiranti, cosa succederebbe se uno di questi perdesse tensione? Probabilmente col tempo la stabilità della torre verrebbe meno.

## Cosa fare

Una postura corretta abbiamo visto essere la base per una buona salute fisica sin dai primi anni di vita e raggiunge l'apice dell'importanza proprio nel periodo scolastico.

Per evitare problemi è molto importante mantenere una corretta postura a scuola e quindi bisogna comportarsi di conseguenza:

1. educare e sensibilizzare il bambino verso un atteggiamento posturale corretto nelle ore scolastiche;
2. approfittare anche delle ore di studio casalinghe per insegnare la postura corretta al proprio figlio;
3. evitare di portare gli zaini su una spalla sola;
4. limitare carichi troppo pesanti nelle cartelle;
5. alleggerire gli orari e rendere le lezioni più piacevoli e interattive;
6. migliorare la preparazione dei docenti riguardo la postura;
7. rivolgersi a personale qualificato al di fuori della scuola per consulenze e consigli pratici professionali.

## Le conseguenze di una scorretta postura e le regole da adottare per prevenirle

La schiena è la parte dell'organismo che risente maggiormente di una scorretta postura. I problemi non appaiono subito ma solo dopo un po' di tempo: mantenere per molte ore al giorno la schiena in una posizione sbagliata fa in modo che questa assuma una forma non naturale e non riesca più a svolgere i necessari compiti che

richiede il nostro corpo. La capacità di una posizione eretta, il camminare, il piegarsi, ed eseguire tutti i movimenti necessari e normali per l'uomo dipendono dalla nostra schiena. I disturbi che possono insorgere, già da bambini (intorno ai 6-7 anni) sono l'ipercifosi (l'accentuazione della normale curvatura del rachide, quindi si presenta nella parte superiore della colonna vertebrale) e l'iperlordosi (eccessivo inarcamento del tratto inferiore della colonna). Questi disturbi se non riconosciuti e trattati subito possono anche peggiorare portando a patologie ben più gravi, oltre a rappresentare la base per un mal di schiena immediato o futuro. Per evitare tutto ciò basta semplicemente assumere una giusta posizione quando si è seduti, non eseguire dei movimenti sbagliati e improvvisi (come sollevare dei pesi in maniera errata) e, molto importante fare sempre attività fisica a qualsiasi età.

### Schiena forte e sana? Ecco come

Quello che devi sapere per far sì che la colonna vertebrale dei bambini cresca mobile, elastica, adeguata a sopportare i pesi che si scaricano su questo asse.

Guardate i vostri figli: se sono irrequieti, non riescono a stare seduti per più di 20 minuti, si alzano da tavola prima del tempo o, mentre studiano, a un certo punto assumono strane posizioni... **allora state tranquilli**. Si stanno prendendo cura della loro schiena. La colonna vertebrale, infatti, è progettata per il movimento e il fatto di bloccarla a lungo in un'unica posizione, anche se è corretta, la danneggia. I bambini che si muovono spesso sono quelli che, istintivamente, danno sollievo alle loro strutture. Preoccupatevi quando, affascinati da un videogioco, rimangono immobili nella stessa posizione incurvata in avanti, col collo proteso e la mascella contratta, per più di mezz'ora. È una postura che provoca danni alla colonna vertebrale e induce mal di schiena anche in soggetti molto giovani.

### Un piccolo test di controllo

La schiena ha tre curve naturali che permettono il movimento: una a livello del collo, una al dorso e una lombare; quando una di queste curve si appiattisce o si accentua, il funzionamento della colonna vertebrale comincia a comprometersi.

In particolare controllate che:

- le scapole non siano sporgenti;
- la curva lombare non sia troppo accentuata (cosa che costringe il bambino a spingere la pancia in avanti).

Vista di fronte la colonna deve essere dritta. Quando ci sono deviazioni della colonna, si



parla di scoliosi. Guardate la schiena nuda dei vostri figli e controllate che:

- Le spalle siano alla stessa altezza;
- Non ci siano deviazioni a destra o sinistra.

Se il bambino accusa mal di schiena o avete il minimo dubbio, fategli fare una visita da un medico specialista. Le patologie che colpiscono la schiena, soprattutto nella pubertà, si evolvono in maniera rapidissima. Diagnosticarle subito permette di risolverle definitivamente e senza interventi impegnativi.

### Quando il mal di schiena arriva da lontano

Ricerche recenti hanno evidenziato che circa 5 adolescenti su 10 hanno sperimentato il mal di schiena. Quando la causa non è evidente (colpi, sforzi ecc.) è bene indagare sui tre fattori elencati qui sotto.

#### ➤ **Denti non allineati**

Quando le arcate dentali superiore e inferiore non combaciano, i muscoli facciali e quelli del collo vengono sottoposti a tensioni che si ripercuotono sulle spalle e sulla colonna vertebrale.

#### ➤ **Difetti della vista**

Miopia, astigmatismo, strabismo e altri difetti visivi sono spesso la ragione per la quale i bambini assumono posizioni scorrette alla scrivania. Abitudine che a lungo andare compromette l'assetto della colonna vertebrale.

#### ➤ **L'appoggio scorretto del piede**

Se il piede appoggia male al suolo, il modo di camminare è squilibrato e compromette la schiena.

### La postura "giusta"

Può sembrare strano, ma la posizione corretta è "figlia" del movimento. L'abitudine all'attività fisica, infatti, innesca un circolo virtuoso che coinvolge la respirazione e la postura corretta quando sono in piedi o seduti.

#### ➤ **Il controllo del peso**

Il peso di bambini e adolescenti è in costante aumento e ormai coinvolge anche i neonati. Il controllo è fondamentale perché la loro schiena non ha ancora la robustezza per sopportare chili in più.

#### ➤ **La posizione corretta alla scrivania**

La maggior parte dei danni alla schiena nasce dalla postura scorretta da seduti, soprattutto quando mantenuta a lungo, come sui banchi di scuola. La posizione adeguata prevede che:

#### ➤ **Tutta la schiena e i glutei siano appoggiati allo schienale.**

Il collo e la testa devono essere allineati con la colonna vertebrale, non sporgenti in avanti, come capita spesso davanti al computer o davanti ai videogiochi.

Nel caso il bambino tenda a sporgersi in avanti, dotarlo di un poggiatesta. Il libro e il quaderno su cui si scrive devono essere esattamente davanti al bambino, non spostati a destra o a sinistra.

### Concludendo

Spero di essere riuscito a togliere un po' di nebbia su questo argomento ancora molto trascurato e di aver sensibilizzato i genitori e gli insegnanti riguardo l'importanza di una postura corretta, specialmente quando si parla dei nostri figli e del loro futuro.



I Ser.T. (Servizi per le Tossicodipendenze) svolgono, come è noto, attività che sono sia di tipo clinico-assistenziale e sia di prevenzione. Un ruolo importante, è rivestito dalle attività di prevenzione in ambito scolastico. I dati provenienti dalla ricerca epidemiologica segnalano situazioni spesso multiproblematiche in cui gli adolescenti rischiano di rimanere impigliati: incidentalità stradale (prima causa di morte in adolescenza), abbandono scolastico, uso precoce di sostanze, poli-consumo, associazione fra abuso di droghe e comportamenti sessuali non protetti, comportamenti delinquenti; consumi, per quanto riguarda la Basilicata, superiori alla media nazionale per eroina, cocaina, altri stimolanti e gioco d'azzardo (ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – Italia 2011). Adolescenti a rischio, dunque, di “agire” comportamenti problematici ad ogni modo “dotati di senso”, finalizzati, dal punto di vista psicologico, a raggiungere obiettivi di crescita, a risolvere problemi, nel percorso di costruzione della propria identità.

Adolescenti, allora, come funamboli, in bilico sulla vita, tra bisogno di sperimentazione e fuga dal malessere, tra scarsa percezione del rischio e ricerca del rischio, sul filo di relazioni spesso problematiche con gli adulti educatori di riferimento, genitori ed insegnanti. Parlare di trattamento delle dipendenze non può esulare dal prendere in considerazione il grosso ed importante capitolo della prevenzione ed in particolare della prevenzione in ambito scolastico delle dipendenze, per l'ap-punto. Il complesso concetto di prevenzione racchiude in sé una vera e propria filosofia di vita. Fare prevenzione significa, infatti, cercare di promuovere cambiamenti individuali, sociali e situazionali che evitino l'insorgere di atteggiamenti distruttivi/autodistruttivi e che tendano a difendere e a promuovere il benessere psicofisico e sociale dei soggetti appartenenti ad una comunità.

L'attivazione di tali cambiamenti è quindi tesa sia ad allontanare elementi negativi, sia a rafforzare elementi positivi nell'individuo, nelle relazioni sociali e nella comunità/società nel suo complesso. I contenuti, dunque, dell'intervento preventivo, sono centrati nella promozione di cambiamenti consapevoli e duraturi, di ordine culturale, psicologico, sociale e politico. Di fronte all'evidente complessità del campo di intervento si impone, pertanto, la necessità di strategie di prevenzione capaci da un lato di identificare precocemente le situazioni a rischio, prima che determinino nell'adolescente l'acquisizione di un'identità negativa, dall'altro di riattivare

## Adolescenti a rischio...

### *A cura dei Servizi di Tossicodipendenza (Ser.T.)*

processi più funzionali, di comunicazione e di relazione, tra l'adolescente e i suoi adulti di riferimento, in un contesto di promozione e/o potenziamento di processi partecipativi e collaborativi all'interno della comunità.

#### *Attività della U.O Ser.T. di Melfi*

Il Progetto “ ADOLESCENTI a rischio...”, che ha ricevuto l'attenzione dell'Ufficio Scolastico Provinciale e del referente regionale dell'Assessorato alla Salute, è stato avviato, in tutti gli Istituti di Istruzione Secondaria Superiore dell'ambito territoriale aziendale, il Servizio Territoriale di Informazione e Consapevolezza (STIC). Il Servizio consulenziale è gestito dalle dott.sse Lucia Grazia Vood, psicologa psicoterapeuta, responsabile tecnico-scientifico del Progetto e Maria Teresa Mastromartino, educatrice professionale, responsabile organizzativo; con la collaborazione degli operatori e del direttore del Servizio Tossicodipendenze dott. Pietro Fundone, e delle tirocinanti psicologhe dott.sse Rosa Battafarano e Enza Elefante. Il Progetto ha adottato una metodologia di lavoro concertativo-partecipativa con un coinvolgimento attivo e propositivo degli attori in gioco, in grado di valorizzare risorse ed esperienze utili a perseguire quei cambiamenti delle rappresentazioni mentali dei problemi, necessari per una più efficace promozione della salute / prevenzione dei comportamenti a rischio. Nella prima annualità sono stati coinvolti circa 5000 utenti: dirigenti, docenti, famiglie, studenti, collaboratori scolastici, negli interventi di informazione, sensibilizzazione, formazione, sostegno. Lo STIC nasce a seguito della proposta progettuale avanzata alla Scuola, interlocutore istituzionale privilegiato, di condivisione, sulla base di una rinnovata sensibilità pedagogica, di una cultura dell'attenzione (nel suo significato etimologico di “volgere l'animo verso”) all'età evolutiva, capace di ascolto e di relazione. Una proposta di alleanza Scuola- Servizi Sanitari, intesa come primo passo nella costruzione di una rete sociale, di protezione e sostegno, ad una crescita armonica ed integrale dei giovani. Lo STIC, attraverso accompagnamento e sostegno psico-educativo sul campo a studenti, famiglie, docenti, è finalizzato a sviluppare percorsi di benessere progettati dalle componenti scolastiche e ad affrontare situazioni di malessere legate ai consumi di sostanze, legali e/o illegali, o ad altri comportamenti a rischio. Accompagnare e sostenere lo sviluppo di competenza e consapevolezza del giovane e dei suoi contesti di vita potrà migliorare la resilienza dell'adolescente nell'affrontare i propri compiti evolutivi per una piena auto-realizzazione nonché rafforzare la funzione educativa della scuola e della famiglia, “restituendo” protagonismo e responsabilità.

#### *Attività della U.O Ser.T di Lagonegro e del CRA di Chiaromonte*

La scuola, da sempre è stata terra fertile per la maturazione non solo educativa bensì

anche socio-valoriale, l'ambiente adeguato per esperienze pratiche di discussione e riflessione su temi centrali dell'esistenza odierna. In particolare nell'ambito di una programmazione pluriennale, l'azione dell'intervento è stata rivolta agli studenti degli Istituti superiori, adolescenti che attraversano una fase di cambiamento, una spinta alla sperimentazione o un periodo di trasformazioni biologiche e psicologiche.

Le difficoltà incontrate in questa fase possono essere superate in modo costruttivo o possono essere in parte o del tutto non risolte. Attualmente ciò che spesso si osserva è che all'interno di contesti familiari e sociali in cui agli adolescenti sembrano mancare tensioni ideali e motivi per combattere le loro battaglie, il sentimento dominante diventa la noia.

Il compito del progetto di prevenzione in questa direttrice, è stato quello di fare prevenzione, aiutare gli adolescenti dando informazioni sicure e scientificamente valide, ma anche occasioni di confronto e di scambio per poter attribuire parole e significati a tutto ciò che il loro corpo sente e vive così intensamente in questa fase della loro vita. Partire dai ragazzi, ponendo loro domande relative ai loro sogni, ai divertimenti o sbalzo, al motivo per cui si o ci si droga, alle sensazioni che si provano dopo l'assunzione di sostanze.

Parlare di droga non vuol dire soltanto presentare sostanze ed effetti neurobiologici, oppure stigmatizzare comportamenti con sterili visioni moralistiche. Chiama in causa le più attente e profonde analisi delle relazioni umane. Le sostanze psicotrope sono ormai innervate nel tessuto quotidiano e rimandano a più livelli complessi e a fenomeni di carattere bio-psico-sociale. Le attività previste in quest'azione sono state sia interventi di prevenzione primaria da parte di operatori presso le scuole di 2° grado, sotto forma di conversazione dibattito e/o gioco interattivo, con l'obiettivo di presentare il problema della educazione alla salute nell'insieme dei diversi fattori di rischio, sia la creazione di uno spot di prevenzione all'uso delle sostanze, realizzato dagli studenti con premiazioni dei migliori. Mentre le finalità e gli obiettivi sono stati quello di prevenire l'uso di sostanze stupefacenti, quello di aumentare la presa di distanza dall'uso di sostanze quale presunta strategia per il proprio benessere ed infine quello di rinforzare la motivazione all'astensione dall'uso di alcol e sostanze con particolare riferimento alla guida. Le attività sono state svolte con triplice modalità: una più raccolta, dove l'esperto si è confrontato con la singola classe; la seconda in plenaria, dove l'intero istituto o più classi hanno lavorato insieme; l'altra intermedia, ovvero con gruppi di classe divisi per anni o altri criteri.

#### *Attività dalla U.O. Ser.T. di Villa d'Agri*

Il Ser.T. di Villa d'Agri ha provveduto ad inserire diversi Istituti Scolastici, presenti nell'area di propria competenza territoriale, nella programmazione ed attuazione di pro-

getti di prevenzione riguardanti la informazione e la formazione sui rischi dell'uso di sostanze psicotrope o comportamenti d'abuso quali il GAP (Gioco di Azzardo Patologico).

Per motivi di spazio citiamo soltanto la realizzazione di un progetto svolto presso l'Istituto Comprensivo di Corleto Perticara (Scuola Media ed ITAS) denominato "Conoscere per Prevenire" dove, all'interno delle attività progettuali, è stato anche somministrato, in anonimato, un questionario focalizzato sulle tematiche relative all'alcol strutturato su tre aree di interesse delle domande:

1) area finalizzata ad individuare il livello di consapevolezza circa la presenza o meno di fenomeni d'uso e di abuso di sostanze nel territorio;

2) area finalizzata ad individuare il livello di conoscenza e di informazione sui rischi che in questo studio ha riguardato l'abuso di alcol (in linea con quanto indicato dall'attuale Piano di Salute Regionale);

3) area tesa ad indagare la presenza e consistenza, tra i giovani, di sistemi valoriali personali, familiari e di gruppo utili al contrasto di condotte d'abuso (questa ultima area ha interessato solo gli studenti dell'ITIS).

L'elaborazione dei dati del questionario ha permesso la stesura di un "report" che, pur non essendo esaustivo, può avere una sua certa utilità come una delle possibili fonti di "lettura" del mondo giovanile riguardo a questi fenomeni. Passando ai dati, su un campione di 106 studenti (con una età compresa, per la Scuola Media, tra 11 e 15 anni e per l'ITIS tra i 16 e i 21 anni) si è potuto individuare un buon livello di conoscenza dei danni causati dall'alcol ed una percezione, da parte dei giovani, dell'importanza e della diffusione sociale del "problema alcol": più del 93% del campione è consapevole, infatti, dei danni dell'alcol e conosce, nel proprio ambito territoriale, soggetti ritenuti alcolisti; il 98% ritiene che vi sia un aumento del "bere" tra i giovani rispetto al passato; il 40% ritiene che il "bere misto" (vari tipi di alcolici assunti nella giornata) sia la bevanda alcolica preferita dai giovani, seguita dai superalcolici (32%), birra (24%) e vino (4%).

La ricerca permette inoltre di sottolineare un certo atteggiamento critico da parte dei giovani verso alcuni "luoghi comuni" sul bere: il 93% del campione non ritiene, infatti che l'alcol renda "più forti"; il 70% non ritiene che faccia digerire; il 97% ritiene che l'alcol non debba essere assunto assieme ai farmaci. E' comunque anche da segnalare la presenza di comportamenti tesi a valorizzare, più o meno consapevolmente, situazioni di pericolo: il 12% circa del campione di ricerca ritiene, infatti, importante "reggere l'alcol" evocando un tipo di comportamento che gli anglosassoni (che già conoscono il problema) hanno denominato "binge drinking", cioè un comportamento estremo teso a "saggiare" la resistenza del corpo con dosi sempre più crescenti di alcol. I necessari spunti operativi che scaturiscono dall'analisi della ricerca brevemente presentata possono portare alla definizione di alcuni possibili obiettivi quali:

- promuovere l'educazione incrementando il livello di consapevolezza degli effetti dell'alcol tra i giovani;
- sviluppare programmi di promozione ala

salute che comprendano i temi dell'alcol in ambienti quali istituzioni educative, organizzazioni giovanili e comunità locali.

### Attività del Ser.T. di Potenza

Il Ser.T. si è integrato e raccordato con i numerosi e qualificati interlocutori del territorio di appartenenza ( Enti Locali e Provincia, istituzioni scolastiche, privato sociale, associazioni) per condividere e realizzare appropriate azioni preventive superando la logica dell'autoreferenzialità.

L'occasione è stata rappresentata dai Piani Territoriali Lotta alla Droga finanziati dal Fondo Regionale Lotta alla Droga. In tali piani il Ser.T. è intervenuto nella progettazione e supervisione delle attività e talora con intervento diretto. Attività realizzate nell'Ambito Territoriale Alto Basento con la supervisione del Ser.T. - Laboratori realizzati dall'Associazione Luna al Guinzaglio

Relazioni: laboratori creativi con 20 gruppi di adolescenti della scuola media in 15 comuni dell'ambito territoriale alto Basento.



Il laboratorio aveva l'obiettivo di far emergere il mondo delle emozioni esplorando se stessi e la realtà circostante attraverso diversi linguaggi ed arrivare all'elaborazione condivisa del concetto di "Dipendenze".

Il percorso si è concretizzato nella realizzazione di disegni con la tecnica della serigrafia e questa produzione artistica ha dato vita a cartoline spedite alla rete dei contatti (scuole, famiglie, amici ecc.) con l'idea di dar vita ad un'operazione di comunicazione partecipata per dire "no alle dipendenze!"

Le cartoline stesse, inoltre saranno utilizzate come materiale per un viaggio conoscitivo nei contesti giovanili partecipanti al progetto, tirando fuori, a beneficio degli amministratori e dell'intera comunità di riferimento, informazioni e conoscenze in grado di orientare le politiche e le scelte. Progetto di prevenzione dell'uso di bevande alcoliche presso le scuole medie inferiori dei comuni di .Filiano, Avigliano, Pietragalla, Brindisi di Montagna, Cancellara e Vaglio con la collaborazione di Associazioni del territorio:

- Laboratorio Alcol e Pubblicità con la realizzazione finale di uno spot
- Messa in scena Processo all'alcol
- Realizzazione di un opuscolo e dvd "Felice di non bere : la favola di Orfeo"
- Attività realizzate nell'Ambito Territoriale Marmo/Platano/Melandro
- Laboratori a cura della Cooperativa ISKRA con supervisione e partecipazione del Ser.T.

- Laboratori di Digital Story Telling in tutte le terze medie e scuole superiori del territorio (realizzazione di oltre 150 prodotti video, audio e cartellonistica realizzati dai ragazzi).
- Documentario realizzato a Brienza
- Tre video/spot (Cin Cin - alcol, Trainspotting in Satriano - droghe, Il Mago - Gioco d'Azzardo Patologico)
- Videoconcorso 8/18 Fuori la Testa (con spot video lancio)
- Calcio Balilla Umano in tutti i comuni dell'ambito
- Interventi di Prevenzione serali/notturni Locali e Feste
- Attività di centro ascolto web tramite sito [www.avvitamenti.it](http://www.avvitamenti.it)
- Giornata di formazione con Polidori (Convegno e Spettacolo)
- Convegno di Presentazione del progetto a Brienza
- Intervento insegnati/genitori con Psicologo
- Festa finale a Bella con 9 gruppi musicali giovanili intercettati durante le fasi progettuali, presentazione di tutti i lavori dei ragazzi, calcio balilla umano.
- Sportelli Infoazzardo
- Attività realizzate nella città di Potenza a cura della Cooperativa ISKRA con la supervisione e partecipazione del Ser.T.
- Laboratori di Flash Mob: Un Flash Mob Piazza Prefettura (realizzazione striscione: Vivere?il piacere è tutto mio)
- Laboratori Istallazioni: Quattro istallazioni realizzate e situate nelle scale mobili
- Laboratori Artview (Cineforum): Tre films scelti dai ragazzi con tematiche: Violenza, Gioco d'Azzardo, Drogha.
- Laboratori Radiofonici Web: 6 puntate di "gli arancini di adelina" - Radio Redazione
- Laboratorio di Scrittura Creativa: Presso Istituto Paritario 'G. Marconi' (a cura Associazione Insieme)
- Incontro di Prevenzione: Liceo Scienze Umane (Con Ser.T.)
- Santa Cecilia di Tito (campagna guidatore scelto)
- Videoconcorso 8/18 Fuori la Testa (con spot video lancio)
- Video: Documentario Set Point presso Università della Basilicata
- 2 documentari istallazioni
- Video Flash Mob
- Attività di centro ascolto web tramite sito [www.peerpotenza.it](http://www.peerpotenza.it)
- Laboratori estivi presso il Centro di Aggregazione comunale: Radio Web, Scrittura creativa, Breakdance, NewMedia

Al termine degli interventi in ogni paese è stato organizzato un incontro dibattito rivolto alla cittadinanza con gli operatori del Ser.T.

Progetto di prevenzione universale sul consumo di alcolici presso l'Istituto Paritario per Odontotecnici di Potenza

A cura di:

**Dott.ssa Lucia Grazia Vood**  
(Ser.T. di Mefli);

**Dott. Alberto Dattola**  
(Ser.T. Lagonegro e CRA Chiaromonte);

**Dr. Donato Donnoli**  
(Ser.T. di villa D'Agri);

**Dott.ssa Giuseppina Agriesti**  
(Ser.T. di Potenza)

# Pillole di Educazione sanitaria e stili di vita

## Attività del Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)

Le malattie croniche sono la principale causa di morte in quasi tutti i paesi, sia in quelli industrializzati che in quelli poveri. Scopo dell'educazione sanitaria è mettere ogni persona in condizione di adottare uno stile di vita salutare rifiutando comportamenti nocivi alla propria salute ed adottan-



do quelli vantaggiosi. L'azione educativa può essere indirizzata alla popolazione generale, alla popolazione scolastica o a particolari gruppi di popolazione, l'attuazione dei programmi educativi viene svolta dai competenti Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione e dalla scuola. L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza già da tempo condivide con l'Ufficio Regionale Scolastico programmi e progetti di educazione sanitaria che annualmente vengono proposti e discussi con tale Ufficio e attuati nel corso di ogni anno scolastico con le scuole che hanno aderito a tali progetti. Un ruolo importante, nel contesto delle azioni di educazione sanitaria, è quello svolto dalle Unità Operative di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione facenti parte del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana. L'istituzione di questi Servizi rappresenta, a livello nazionale e locale, la conseguenza di una situazione epidemiologica ingravescente per il dilagare del fenomeno obesità e delle malattie croniche aventi tra i fattori di rischio modificabili una non corretta alimentazione. E' questo un aspetto molto importante della medicina preventiva, spesso trascurato e che può dare buoni risultati in modo particolare se affrontato nell'età evolutiva, quando i ragazzi nella fase di crescita riescono più facilmente degli adulti ad apprendere sane abitudini di vita. Nell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza tali Unità Operative hanno, attualmente, una dislocazione territoriale corrispondente agli ambiti delle disciolte Asl n°1, ASL N°2 ed ASL N° 3. Ciò ha consentito una diffusione capillare ed omogenea delle attività di educazione sanitaria su tutto il vasto territorio della

Azienda Sanitaria Locale.

**\*Il S.I.A.N. di Potenza** ha proposto ed attuato nelle scuole elementari e medie ricadenti nell'ambito di competenza due progetti di educazione ad una corretta alimentazione ed ad un idoneo stile di vita denominati "Fruttileo" il primo, "Nutri-x" il secondo. Tali progetti sono stati eseguiti in 11 Comuni per un totale di 40 incontri che hanno coinvolto in totale 801 bambini. Questionari di verifica sono stati somministrati ai bambini prima e dopo la partecipazione ai progetti e tale verifica ha consentito di evidenziare un sensibile miglioramento delle abitudini alimentari degli alunni interessati ( aumento del consumo di frutta e verdura e dell'abitudine al moto, riduzione del consumo del cosiddetto "cibo spazzatura" ecc ). Si è anche preparato un CD interattivo, denominato Fruttileo, in forma di gioco semplice ed istruttivo per fornire in maniera divertente e piacevole nozioni di corretta alimentazione ai bambini. Il CD è stato distribuito nelle scuole aderenti al progetto ed è a



disposizione presso l'U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione di Potenza ubicata a Via Cicotti.

**\*\*Il SIAN di Venosa** ha effettuato vari incontri con gli alunni delle scuole elementari sul tema dell'educazione alimentare. Tra le numerose attività del SIAN vi sono, infatti, anche quelle che vengono effettuate in ambito scolastico tra cui, oltre alla stesura di tabelle dietetiche da utilizzare nelle mense scolastiche, vi è anche la divulgazione di corrette abitudini alimentari. Gli interventi si sono svolti cercando di integrarsi con le altre attività che spesso gli insegnanti già svolgono su questi argomenti. Anche se il personale impegnato in questo lavoro è costituito solo da un medico e una dietista, sono state effettuate numerose lezioni con gli alunni delle scuole primarie di alcuni comuni del Vulture

(Rionero, Barile, Ripacandida e Ginestra). Ai ragazzi sono state date nozioni sui vari aspetti dell'educazione alimentare: dalle conoscenze di base sui principi nutritivi alla suddivisione in classi degli alimenti ed all'importanza di assumerli associandoli tra di loro nella giusta proporzione, cercando di dare sempre maggiore importanza all'utilizzo di frutta e verdura; spiegazioni sulla piramide alimentare, sui principi di apporto calorico dei cibi, necessità di una buona prima colazione, ecc., cercando sempre di far capire l'importanza del fatto che mangiare in maniera corretta significa prevenire l'insorgenza di numerose malattie. L'utilizzo di colorate diapositive e l'inserimento di simpatici giochi didattici hanno contribuito ad aumentare l'interesse dei bambini che si sono dimostrati sempre attenti e coinvolti a discutere gli argomenti trattati. Alcuni interventi sono stati tenuti anche presso la scuola media di Rionero in Vulture con lezioni rivolte agli alunni delle seconde classi aventi per tema, oltre ai principi di educazione alimentare, anche la prevenzione dell'obesità, argomento quest'ultimo strettamente correlato al primo e che tanta importanza riveste, specialmente in questa fase dell'età evolutiva.

**\*\*Il SIAN di Lagonegro** tra la sua attività ha fatto: interventi di educazione nutrizionale nelle scuole, per la diffusione delle conoscenze di stili alimentari corretti; Interventi per la ristorazione collettiva: predisposizione, verifiche e controllo delle tabelle dietetiche, indagini sulla qualità nutrizionale dei pasti forniti e consulenza sui capitolati; Aggiornamento, in tema nutrizionale, per il personale delle strutture di ristorazione collettiva.

A cura di:

**\*Dr. Antonio Romaniello**

**\*\*Dr. Pasquale Calice**

**\*\*\*Dr. Angelo Caputo**



# La Città perfetta. Il miele e la scrittura Braille

Dr. Vito Bochicchio - Direttore Dipartimento salute animale.

Le attività istituzionali del Dipartimento SBA permettono di conoscere persone, strutture e prodotti, la cui storia, che pur arricchisce la bontà delle produzioni, deve essere tenuta in debita considerazione nell'approccio delle attività di prevenzione e controllo quotidianamente erogata all'utenza tutta.

In tale ottica, ci è parso opportuno dare la giusta evidenza alla storia che segue. Amore per il territorio, voglia di riscoprire le tradizioni, ricerca e sperimentazione, azione sociale: un po' tutto questo anima Gianni Infantino, collaboratore dell'azienda Antonia De Angelis di Tolve, intitolata alla mamma che è uno dei motori di tante riscoperte.

Come quella dei pomodori Ciettaicàle di Tolve, chiamati così in onore della nonna Lucia Aicale), che aveva conservato i semi per proteggere un ecotipo tanto speciale da crescere senza bisogno di acqua, in qualsiasi tipo di terreno, e che si prestava benissimo per l'essiccazione. Per arrivare in azienda, bisogna incipicarsi su una strada sterrata e in costante salita tra i terreni in cui la famiglia sperimenta coltivazione di pomodori, alberi da frutto con un'antica varietà di pere, erba medica, lavanda, con in lontananza, i profili di alcuni paesi lucani (Oppido, Genzano, Tolve) e della Puglia, a fare da corona a un ambiente che, basato sulla cerealicoltura, oggi rivendica un ruolo diverso e più importante.

E' in questo scenario, e da una fila ordinata di alveari, che origina il miele De Angelis, e Gianni Infantino alla domanda su come abbia voluto collegare il miele con la scrittura Braille, così risponde: "L'idea è nata un po' per caso, visitando il reparto oftalmico del San Carlo di Potenza ho constatato le difficoltà che incontrano i ciechi e gli ipovedenti, ciò ha stimolato la mia sensibilità, e ho sentito il bisogno di fare qualcosa, magari



offrire un servizio. Da lì, ho pensato: perché non condividere il prodotto anche con loro?"

Detto fatto: Gianni si mette all'opera ed avvia un'azione il cui esito mai aveva immaginato. Il miele, con il linguaggio Braille stampato sull'etichetta, sviluppa ed alimenta sensibilità, che portano alla pubblicazione del libro "La città perfetta". Opera realizzata con i disegni dei bambini della scuola elementare, che attraverso le tante illustrazioni tattili raccontano il fantastico mondo delle api e le inimitabili proprietà di questo miele, anche ai ciechi.

La bontà di questa azione, unita a quella del prodotto, consente a Gianni di stringere amicizie, fino all'incontro con Annalisa Minetti, atleta e cantante che, condividendone l'azione, ne diventa madrina, presentandolo anche alle Paraolimpiadi di Londra.

Pronto ad altre sfide, Gianni si è dedicato al cece nero e ora intende recuperare vitigni autoctoni come l'"uva dei cani", chiamata attualmente "uva cavallina" e l'uva tintoria i cui geni - da analisi effettuate - non sono mai stati codificati, nella speranza che il prodotto nel giro di qualche anno possa legarsi alle cantine presenti sulla rupe di Tolve, un tempo terra di vini, ma che a causa delle moderne coltivazioni è rimasta quasi priva di vigneti.

Ma resta sempre il miele il prodotto centrale e nel ricordare, con il giusto orgo-

glio, che il suo libro, riprodotto in sole 600 copie e stampato in Svizzera, da un'azienda specializzata in stampe con linguaggio Braille, viene letto da vedenti e non vedenti, ci racconta dell'entusiasmo che tante scolaresche mostrano in occasione delle loro visite presso l'Azienda.

Gianni, anima sensibile, contribuisce a premiare nobili cause, avendo pensato anche alla produzione di bomboniere solidali, segnaposto per matrimoni e tanti altri piccoli oggetti.

Anche "Salute e territorio" intende partecipare al dovuto riscontro mediatico che l'opera di Gianni, della mamma, del padre e dei familiari che con lui condividono oneri e onori della produzione, merita, convinto che, è la passione il vero motore che può smuovere queste terre.

Terre che sembrano immobili nel tempo e che invece, come il caso di Gianni dimo-



Il libro "La città perfetta"

stra, insieme a quanti in anonimato operano con le stesse caratteristiche, sono capaci di produrre innovazione, scoperta, ricerca e redditività.

Complimenti, dunque, a Gianni, che, da perfetto lucano, a piccoli passi, ma con costanza e con un entusiasmo, valorizza le potenzialità di un territorio.

## Numeri URP

**Potenza Sede Centrale** Via Torraca, 85100  
Potenza - tel 0971/310536 Fax:0971/310575  
**Numero Verde: 800.54.12.12** (attivo dal lunedì al venerdì, ore 9,00-12,00)

Orario al Pubblico: dal lunedì al venerdì ore 9,00-12,30

mail: [urp.potenza@aspbasilicata.it](mailto:urp.potenza@aspbasilicata.it)

**Potenza Polo Sanitario**, Via del Gallitello  
**Numero Verde 800-54.12.12** (attivo dal lunedì al venerdì ore 9,00-12,00, giovedì ore 16,00-17,30)

Orario al Pubblico: dal lunedì al venerdì ore 8,30-12,30, martedì e giovedì ore 16,00-17,30

### Sedi Territoriali Uffici URP

**Villa d'Agri** Distretto Via C. Colombo, tel. 0975/312468

Orario al Pubblico: dal lunedì al venerdì ore 9,00-13,00, lunedì e mercoledì ore 15,00-17,00 (info solo per gli stranieri)

**Villa d'Agri** Presidio Ospedaliero Via S. Pio, tel. 0975/312286

Orario al Pubblico: dal lunedì al sabato ore 9,00- 13,00, lunedì e mercoledì ore 15,30-17,00

**URP Venosa**, Via Roma 187- 85029 Venosa - tel. 0972/39445 fax:0972/39450

**Numero Verde: 800.213.205**  
mail: [urp.venosa@aspbasilicata.it](mailto:urp.venosa@aspbasilicata.it)

**Orario al pubblico:** dal lunedì al venerdì ore 9,00 - 12,00; giovedì ore 16,00 - 17,30

### Referenti Punti Informativi e di

#### Accoglienza:

Ospedale Distrettuale e Distretto di Venosa, tel 0972/39265 - Fax 0972/39250  
Distretto di Lavello, tel 0972/39128-152 - Fax 0972/39122-131

Distretto di Genzano di Lucania, tel/fax 0971/776524

Distretto di Rionero in Vulture, tel.

0972/773956, Fax 0972/719964

Distretto di Melfi, tel. 0972/773013 -

Fax 0972/773025

P.O. di Melfi, tel. 0972/773376-

Fax 0972/773010

**URP Lagonegro**, Via Piano dei Lippi 1, 85042 Lagonegro - tel.0973/48528-547

**Numero Verde: 800.013.504** Fax 0973/21730

mail: [urp.lagonegro@aspbasilicata.it](mailto:urp.lagonegro@aspbasilicata.it)

**Orario al Pubblico:** dal lunedì al venerdì, ore 9,00-12,00; lunedì, ore 16,00 - 17,30

### Referenti Punti Informativi e di

#### Accoglienza:

P.O. di Chiaromonte, tel. 0973/641421

P.O. e Distretto di Lauria, tel 0973/621432

P.O. di Lagonegro, tel. 0973/48271

P.O. di Maratea, tel. 0973/875619

Distretto di Senise, tel. 0973/641323

**numeri utili**

**CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE (CUP)**

**848 821 821 - 0971 471373 da cellulare**

**CUP on line [www.cupinlinea.it](http://www.cupinlinea.it) e FarmaCUP**

- **FARMACIA BLASONE** - p.zza San G. Bosco 18 - 85100 - Potenza
- **FARMACIA CAIAZZA FRANCO** - via Tirreno 3/13 - 85100 - Potenza
- **FARMACIA VERRASTRO** - via Piano S. Nicola 7 - 85100 Potenza
- **FARMACIA TREROTOLA** - via F. Nitti - 85100 Potenza

## Consultori Familiari

### AREA NORD

- Venosa - Via Appia, c/o Ospedale Tel. 0972 39111 int. 0972 39299
- Melfi - Via Medaglie d'Oro M. Ferrara - Tel. 0972 773113
- Rionero in Vulture - c/o Centro sociale - Tel. 0972 721214
- Lavello - c/o Distretto Sanitario - Tel. 0972 39132-134-131
- Rapone - Corso Umberto I, 1 - Tel. 0976 5580
- Palazzo S. Gervasio - Poliambulatorio Distretto Sanitario viale Violla D'Errico - Tel. 0972 39602
- Pescopagano - Via S. Pietro - tel. 0976 5580

### CITTÀ DI POTENZA E AREE ALTO BASENTO, MARMO PLATANO - MELANDRO, VAL D'AGRI

- Potenza - via Appia 184 A - Tel. 0971 425251-250 FAX 0971 425280-281
- Muro Lucano - Via San Biagio - Tel. 0976 72076 - 723893-984
- Oppido Lucano - Via P. Neruda - Tel. 0971 945447
- Picerno - Via Piacenza - Tel. 0971 991341
- Laurenzana - Via S.S. 92 - Tel. 0971 961583
- Avigliano - Via Guido Rossa - Tel. 0971 700989
- Campomaggiore - Via Scerre - Tel. 0971 982192
- Sant'Angelo le Fratte - Via G. Marconi - Tel. 0971 386552
- Villa d'Agri - Via C. Colombo - Tel. 0975 312433-34
- Marsiconovo - Via Roma - Tel. 0975 342442
- Sant'Arcangelo - Via L. Da Vinci - Tel. 0973 611518
- Corleto P. - Via De Gasperi - Tel. 0971 963557

### AREA SUD

- Lagonegro - Via G. Fortunato - Tel. 0973 48831-25-20-76
- Lauria - Via XXV Aprile - Tel. 0973 621432-05
- Maratea - Via S. Nicola - Tel. 0973 875619-715
- Latronico - Via Zanardelli - Tel. 0973 858569
- Rotonda - Via P. Nenni - Tel. 0973 661260
- Senise - Via G. Amendola - Tel. 0973 641376-73

Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare "G. Gioia" - Chiaromonte  
Sito: [www.anoressiabolimiachiaromonte.it](http://www.anoressiabolimiachiaromonte.it)  
**Numero Verde regionale (Basilicata) 800 161.315**  
**Numero Verde nazionale S.O.S. Disturbi Alimentari 800 180 969**

Centro di Riabilitazione Alcolologica P.O. di Chiaromonte

Contatti: Tel 0973 571161 - 0973 571121  
e-mail: [alcologia.chiaromonte@gmail.com](mailto:alcologia.chiaromonte@gmail.com)

Dipartimento Interaziendale Regionale Emergenza Sanitaria [Dires] **118**

Dipartimento della Salute Mentale  
Via XXV Aprile - Lauria - tel.0973 621803

Dipartimento Interaziendale Regionale di Oculistica - Venosa  
Contatti: 0972 39368 - 0972 39279 - 0972 39259

U.O. Di Chirurgia Centro di Riferimento Regionale Regionale Chirurgia dell'Obesità Villa d'Agri  
Contatti: tel. 0975 31221/214-215-216

## Numeri Sert.T

- Ser.T. Melfi - Via Foggia Tel. 0972 773266 - 206
- Ser.T. Potenza - Via Ciccotti (di fronte ingresso Don Uva) - Tel. 0971 310368 - 75 - 74
- Ser. T. Villa d'Agri - Presidio Ospedaliero - Via San Pio - Tel. 0975 312253 - 353
- Ser.T. Lagonegro - Via G. Fortunato - Tel. 0973 48863-865-874  
Fax: 0973/48865 - dal lunedì al venerdì, ore 8,15 - 13,45;  
martedì e giovedì, ore 16,00 - 18,30

EDITORE AZIENDA SANITARIA DI POTENZA  
Via Torraca, 1 - 85100 Potenza

Direttore Editoriale: Dott. Mario Marra

Direttore Responsabile: Giornalista Regina Cozzi

Direttore scientifico: Dr. Giuseppe Nicolò Cugno

Coordinamento di Redazione:

Dr. Antonio Bavusi, Dr. Giovanni Berardino Chiarelli,  
Dr.ssa Sandra Guglielmi, Dr. Giuseppe Cascini.

Per le collaborazioni contattare: UFFICIO STAMPA  
[ufficiostampa@aspbasilicata.it](mailto:ufficiostampa@aspbasilicata.it)  
tel. 0973 48547 - cell. 320 4618314

La collaborazione al periodico SALUTE E TERRITORIO è gratuita si ringraziano quanti hanno collaborato a questo numero.

Stampa: grafiche ZACCARÀ • 0973 41300 • LAGONEGRO

Distribuzione gratuita ai cittadini, al personale, ai medici, agli utenti, agli enti, alle associazioni di volontariato.