

Insero BEN

Bollettino Epidemiologico Nazionale

PROGRAMMA DI AUTOGESTIONE DELLA SALUTE "PAZIENTE ESPERTO: UN VIAGGIO NELLO STAR BENE". IL RUOLO ATTIVO DEL CITTADINO E DELLA COMUNITÀ. L'esperienza dell'AUSL Toscana Centro di Prato negli anni 2013-14

Elisa Nesi¹, Stefania Cecchi¹, Carlo Battaglia², Abdelghani Lachheb³, Anna Cristina Epifani⁴ e Lorenzo Roti⁵

¹UOC Infermieristica, AUSL Toscana Centro, Prato; ²UOC Recupero e Rieducazione Funzionale, AUSL Toscana Centro, Prato; ³Controlli di gestione e analisi statistiche, AUSL Toscana Centro, Prato; ⁴Centro Prevenzione Oncologica, AUSL Toscana Centro, Prato; ⁵Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi Cronicità, Regione Toscana, Firenze

SUMMARY (*Health self-management program*) - The growing prevalence of chronic non-communicable diseases urges local health systems to adopt effective self-management approaches among patients. In the last years, the local health unit of Prato (Tuscany) has been experiencing the chronic diseases and diabetes self-management program (by Stanford University) resulting in a significant appreciation among participants, probably produced by the increase in patient confidence for their adequacy perception in managing their disease.

Key words: community health; self-management; empowerment

enesi@uslcentro.toscana.it

Introduzione

All'epidemia delle malattie croniche registratasi negli ultimi 20 anni nelle popolazioni dei Paesi a sviluppo avanzato, i sistemi sanitari hanno risposto adottando un approccio di medicina proattiva all'interno di percorsi di "gestione della malattia". Il ruolo attivo del paziente è uno degli elementi considerati indispensabili per il successo di tali modelli. Si sono pertanto diffuse nel mondo esperienze, più o meno sistematiche, di programmi di supporto all'autogestione. Le dimensioni del fenomeno della cronicità, con l'invecchiamento della popolazione e l'impatto sociosanitario che ne deriva, rendono poco efficaci, in termini di tutela e promozione della salute nella collettività, le sole azioni di educazione sanitaria del paziente nell'ambito dei percorsi di cura (1). Occorre accompagnare, partendo da una visione di sanità orientata alla comunità, i diversi cambiamenti nel sistema sanitario, con azioni che facilitino le occasioni e le opportunità per il rafforzamento e il mantenimento delle capacità di autogestione da parte del paziente. Con queste premesse, la regione Toscana, con il Piano Sanitario 2008-10, ha adottato come modello di riferimento nell'azione di controllo e gestione delle malattie croniche il Chronic Care Model, nella sua versione Expanded (2). Questo modello ha tra i suoi componenti essenziali l'attenzione alla prevenzione e il supporto all'auto-cura e all'autogestione del paziente, da

svilupparsi in sinergia con le organizzazioni sociali presenti nella comunità di vita della persona.

A partire da questo modello di riferimento, l'AUSL Toscana Centro di Prato ha adottato, come programma di supporto all'autogestione, quello ideato da Kate Lorig presso l'Università di Stanford e diffuso in numerosi sistemi sanitari occidentali (3), acquisendo le licenze e formando i propri operatori per l'implementazione, nello specifico, dei programmi di autogestione delle malattie croniche e del diabete.

Questo programma, che si basa sulle teorie elaborate in psicologia sociale da Albert Bandura (4), ha dimostrato che il senso di autoefficacia è fortemente correlato all'adozione di comportamenti positivi per la salute e che può essere rafforzato con interventi educativi. L'obiettivo del programma è quello di rendere le persone con malattia cronica capaci di autogestire la propria malattia e quindi la propria salute.

Materiali e metodi

Il programma si rivolge a piccoli gruppi di pazienti cronici (in fase iniziale di malattia-basso rischio o malattia conclamata-medio rischio o avanzata) (4) o di loro familiari, che vengono coinvolti in un seminario composto da 6 sessioni di 2 ore e mezzo ciascuna, una volta la settimana per 6 settimane.

La metodologia dei seminari si fonda sui principi dell'educazione tra pari (*peer education*): accanto a un condut-

tore sanitario è infatti prevista, con assoluta interscambiabilità ed equivalenza di funzioni, la presenza di un conduttore cittadino volontario non sanitario (detto laico) che è un malato cronico o un loro familiare. I conduttori ricevono entrambi la stessa formazione, tenuta da formatori di conduttori certificati Stanford. Le due figure di conduttori si completano e si integrano; infatti il laico, che ha vissuto in prima persona l'esperienza della malattia, risulta credibile, costituisce un modello da imitare e rappresenta il punto di forza del programma, mentre la presenza di un sanitario rassicura i partecipanti, dà autorevolezza ai contenuti affrontati e diventa perno per la diffusione delle competenze nella comunità.

Gli argomenti affrontati all'interno del corso sono molteplici e diversificati: dalla gestione delle emozioni, alla capacità di pensare positivo nel prendere decisioni, da prove di rilassamento e di respirazione, alla sana alimentazione e ai benefici dell'attività fisica, per arrivare alla gestione dei farmaci e alla buona comunicazione con gli altri e con il personale sanitario.

Il focus è sui bisogni individuali di ogni singolo paziente, sull'efficacia del cambiamento di stile di vita in termini di salute e sull'uso appropriato dei servizi (e non solo sulla soddisfazione dei pazienti); il principio ispiratore è la centralità del paziente per incrementarne le capacità/potenzialità individuali di autogestione della propria salute. ▶

L'esperienza locale ha scelto di integrare questi principi con quelli dell'*empowerment* di comunità, attivando non solo il coinvolgimento del singolo cittadino, ma anche una collaborazione strutturata con le associazioni del territorio. I partecipanti ai seminari vengono reclutati all'interno di percorsi aziendali (ad esempio, alla dimissione dal servizio di riabilitazione cardiologica e all'interno dei moduli della sanità d'iniziativa), fornendo così agli utenti un servizio di *counselling* di gruppo, come previsto dagli obiettivi regionali; oltre a questo, sono state attivate forme di collaborazione tra AUSL e associazioni di volontariato presenti nel territorio. Aldilà dell'attiva collaborazione per il reclutamento dei partecipanti ai seminari, le associazioni forniscono la sede di svolgimento delle sessioni, in modo tale che l'AUSL esce dall'ambiente sanitario istituzionale e cerca di coinvolgere il più possibile i cittadini che per loro abitudine non si avvicinano all'ambiente di cura e prevenzione. In questo modo il programma ha come ulteriore esito la diffusione nella comunità, promuovendo un meccanismo a cascata dei seminari di autogestione delle malattie croniche e di autogestione del diabete.

Per la conduzione dei seminari, i facilitatori si avvalgono di un manuale, sottoposto a diritto d'autore, fornito dall'Università di Stanford, la cui traduzione e adattamento sono stati curati da Donatella Pagliacci*.

Risultati

L'albo pratese di conduttori e di formatori di conduttori a dicembre 2014 era composto da 2 formatori di conduttori e da 25 conduttori di seminari di autogestione delle malattie croniche e del diabete, di cui 15 laici.

Dalla rilevazione dei dati risulta che la popolazione degli iscritti ai seminari pratesi è composta da persone affette per il 6,5% da ipertensione, per il 5% da malattia cardiaca, per l'8% da artrite; il 9% è diabetico, il 4% soffre di malattie respiratorie, il 52% di due o più patologie precedentemente elencate e il 15,5% è portatore di altre malattie croniche.

Nel 2013 le persone iscritte ai seminari sono state 147, di cui 129 diplomate come "paziente esperto", con un abbandono del 13%. Il 100% dei partecipanti ai seminari è stato reclutato attraverso le associazioni di volontariato.

Nel 2014 le persone iscritte ai seminari sono state 204, di cui 147 diplomate, con un abbandono del 28%. I partecipanti sono stati reclutati dalle associazioni di volontariato per il 62%, dal servizio di sanità d'iniziativa per il 30% e dal servizio di riabilitazione cardiologica per l'8%.

Nonostante le diverse modalità di reclutamento adottate nei due anni, i dati anagrafici risultano sovrapponibili per età e per sesso: circa l'80% dei partecipanti ha un'età superiore ai 60 anni; il 30% degli iscritti sono uomini. Diversi nei due anni risultano invece la condizione professionale, per cui si registra un numero superiore di pensionati nel 2014 (75% contro il 50% del 2013) e il grado di istruzione, che nel 2014 è più alto: il 35% è in possesso di laurea o di diploma di scuola media superiore, contro il 20% del 2013. Quest'ultimo dato è interessante: rispetto ad attività che vanno oltre le prestazioni strettamente sanitarie (ambulatoriali, di ricovero, ecc.), sembrerebbe ipotizzabile una maggiore capacità delle associazioni di coinvolgere persone con un livello di istruzione più basso a partecipare ad attività di aula, comprese le iniziative di attività di formazione/educazione alla salute.

Non tutti coloro che iniziano il seminario aderiscono al percorso completo di 6 sessioni; è da notare che il 72,5% degli abbandoni si verifica entro le prime due sessioni e questo fa ipotizzare che non siano dovuti alla lunghezza del seminario (un mese e mezzo di impegno costante), quanto piuttosto alla mancanza di interesse, dal momento che le persone che interrompono non sono tenute ad avvisare dell'abbandono, ma semplicemente non si presentano più alle sessioni successive.

La valutazione dell'efficacia educativa si basa sulla percezione riferita dai partecipanti diplomati attraverso la somministrazione di un questionario anonimo di soddisfazione. I risultati evidenziano un alto gradimento del programma: l'84% attribuisce il punteggio massimo della scala, mentre il 10% quello immediatamente inferiore; molto positivi, anche se lievemente inferiori, sono i dati relativi all'autopercezione del cambiamento: il 62% attribuisce il punteggio più alto della scala all'incremento delle proprie capacità di autogestione della salute, mentre il 28% risponde attribuendo alla risposta il punteggio appena inferiore al massimo.

Da notare che risulta molto elevato il gradimento per i conduttori del seminario: il 95% assegna il massimo punteggio. Questo dato è particolarmente significativo, tenendo conto che la conduzione è affidata anche a un laico, a conferma dell'efficacia, percepita dai discenti, dei principi dell'educazione tra pari.

Conclusioni

Dai risultati emerge che la collaborazione tra aziende sanitarie e associazioni del territorio è in grado di produrre iniziative che raccolgono un forte gradimento tra cittadini e operatori, dovuto anche alla partecipazione attiva dei cittadini stessi, attraverso la figura del conduttore laico; la valutazione positiva del suo operato è uno dei dati evidenti. È emersa la necessità di sostenere simili iniziative, lavorando sulla formazione degli operatori, per far comprendere l'importanza di costruire un'alleanza terapeutica con i cittadini/pazienti, in qualsiasi contesto, ma forse di più nella cronicità; questa capacità si deve collocare tra gli strumenti di lavoro ordinario di un operatore sanitario. L'esperienza della metodologia Stanford ha consentito, ad esempio, all'infermiere di riconoscere nel conduttore laico un proprio pari, rafforzando la già alta motivazione a partecipare attivamente. Il riconoscimento professionale ha così trovato spazio oltre l'ambito lavorativo tradizionale, dando maggiore evidenza alla funzione di promozione della salute, oltre che di assistenza. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Innovative care for chronic conditions, building blocks for actions*. Geneva: WHO;2002.
2. Consiglio Regionale Toscana. Deliberazione 16 luglio 2008 n. 53. Piano Sanitario Regionale 2008-2010; 4.3.1
3. http://med.stanford.edu/searchsm/?numgm=0&searchid=&q=evidence&as_oq=site%3Apatienteducation.stanford.edu
4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191:215.
5. www.ars.toscana.it/files/aree_intervento/malattie_croniche/delibera_gr_894_2008_all_a_sanita_iniziativa.pdf

(*) Zona Distretto Val di Cornia, ASL 6 Livorno.

PROMUOVERE LA SALUTE NELLE SCUOLE: UN'ESPERIENZA DI RETE IN LOMBARDIA

Liliana Coppola, Lucia Pirrone e Danilo Cereda

Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia, Milano

SUMMARY (*Health Promoting School Network in the Region of Lombardy*) - The relationship between school and health system has changed over the years: initially there were many activities, but a common strategy was lacking. The Region of Lombardy health promoting school network provides an opportunity to give a common strategy to all schools in Lombardy on health promotion. Education and health authorities work together to develop a sustainable model of a health promoting school where teachers become leaders in health themes and health professionals collaborate with their skills and support the process of integration of health promotion principles in school *curricula*. The Vilnius Resolution was considered as the common strategy lacking in Lombardy.

Key words: health promoting school; network; skill

promozionesalute@regione.lombardia.it

La salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama (...)

The Ottawa Charter for health promotion. WHO; 1986

Introduzione

L'importanza di sostenere stili di vita favorevoli alla salute sin dalla prima infanzia, in un'ottica di prevenzione di fattori di rischio, quali obesità infantile, tabagismo, abuso di alcol e consumo di sostanze, chiama in causa una molteplicità di attori e di istituzioni e tra questi la scuola è certamente fondamentale. La centralità del ruolo svolto dalla scuola è ribadita anche dal protocollo d'intesa tra Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute (aprile 2015), relativo all'attivazione di percorsi di promozione della salute e prevenzione delle dipendenze (1).

Programmi e progetti realizzati nel corso degli anni per diffondere corretti stili di vita a partire dall'età scolare hanno privilegiato un metodo di tipo contenutistico-informativo, che da una parte ne ha resa difficoltosa la valutazione e dall'altra non ha consentito di ottenere risultati persistenti nel tempo.

A fronte di queste criticità, si è intrapreso in Lombardia un percorso di collaborazione tra servizi sanitari e mondo della scuola, centrato sul tema della promozione di stili di vita sani, che ha consentito di modificare i linguaggi, le metodologie e le strategie di intervento.

In questo percorso il sistema sanitario è stato indotto a interrogarsi sul tema della *evidence-based prevention*; la letteratura in tale ambito ha posto l'attenzione sulla necessità di un approccio globale di sistema in grado di coinvolgere tutti i settori che con le loro politiche interagiscono sui vari determinanti di salute; un esempio riferito

al contesto scolastico è il network europeo "SHE - School for Health in Europe" (2). Tale approccio è stato ripreso dall'ultimo Piano Nazionale della Prevenzione 2014-18, nel quale si evidenzia l'importanza di un criterio basato su programmi di prevenzione che entrano a far parte dell'attività didattica a pieno titolo.

Parallelamente, nel sistema scolastico, le novità normative hanno potenziato l'autonomia delle singole istituzioni scolastiche, introducendo due principi importanti: la personalizzazione dei percorsi formativi centrati sui bisogni educativi e formativi dei singoli alunni, la responsabilità delle scuole nel promuovere non solo l'apprendimento degli alunni, ma l'intero processo educativo. È cresciuta, infatti, la consapevolezza che migliorare la salute e l'istruzione sono obiettivi strettamente interconnessi: agire nel campo dell'istruzione ha un impatto notevole sui risultati di salute. Lo sviluppo delle competenze di vita (*life skill*) consente ai singoli di adottare comportamenti positivi e di adattamento che li rendono capaci di far fronte efficacemente alle criticità di tutti i giorni e in grado di mantenere il controllo sulla propria salute. D'altro canto, è risaputo che il potenziamento del livello di benessere e, più in generale, della salute, consente ai singoli di apprendere meglio e di ottenere risultati migliori anche sul piano del successo scolastico e formativo.

Da tale quadro emerge la rilevanza di diffondere una costante attenzione alla promozione della salute, intesa come processo che mette le persone e le comunità in grado di assumere decisioni nel contesto scolastico: "politiche per una scuola sana, ambienti scolastici come luoghi di benessere fisico e sociale, *curricula* educativi per la salute, collegamenti e attività comuni con altri servizi rivolti alla cittadinanza e con i servizi sanitari" (3).

Approccio globale ed *empowerment* sono i due focus alla base dell'Intesa "La scuola lombarda che promuove salute", sottoscritta nel luglio del 2011 dalla Regione Lombardia e dall'Ufficio Scolastico Regionale. Cardine di tale atto programmatico (4) è la concezione che la promozione della salute "non è una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma va al di là degli stili di vita e punta al benessere" (3).

L'Intesa, frutto di un percorso condiviso da circa 80 dirigenti scolastici di scuole di tutte le province della Lombardia e dai referenti delle ASL, individua un modello delle scuole che promuovono salute. Tale modello interpreta, legandoli alla realtà del nostro territorio, i documenti internazionali e in particolare la Risoluzione di Vilnius (5) della rete europea delle scuole che promuovono salute. Il modello, basato sull'approccio integrato e intersettoriale della promozione della salute, costituisce un quadro di riferimento condiviso per il benessere complessivo dello studente, richiamando le scuole a una specifica responsabilità.

La scuola che promuove salute si impegna ad attivare un processo di auto-analisi in relazione ai diversi determinanti, così da definire il proprio "profilo di salute", a pianificare un processo di miglioramento, a mettere in atto azioni fondate su evidenze di efficacia e/o buone pratiche validate e, infine, a monitorare il percorso intrapreso sulla base dei risultati funzionali alla ridefinizione dei propri obiettivi. Questo approccio globale si articola in quattro ambiti di intervento strategici: 1) lo sviluppo di competenze individuali; 2) la qualificazione dell'ambiente sociale; 3) il miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo; 4) il rafforzamento della collaborazione comunitaria.

Oggi gli orientamenti dell'Intesa sono divenuti una realtà concreta che coinvolge la "Rete delle scuole che ►

promuovono salute" (6), a cui aderiscono circa 240 istituzioni scolastiche (il 25% degli studenti lombardi). È stato formalizzato un accordo che vede una struttura e un'organizzazione territoriale definita, strumenti di lavoro condivisi, momenti di incontro e di formazione congiunta.

Per aderire alla Rete, sono condizioni essenziali:

- piano dell'offerta formativa orientato alla promozione della salute, secondo l'Intesa "La scuola lombarda che promuove salute";
- impegno a declinare il proprio "profilo di salute", a individuare priorità d'azione e a pianificare il processo di miglioramento nei quattro ambiti di intervento strategici, utilizzando gli strumenti predisposti dalla Rete, comprese le proposte di interventi *evidence-based*;
- impegno a realizzare interventi-azioni fondati su criteri di *evidence* e/o coerenti a buone pratiche validate;
- impegno a documentare le azioni svolte, alimentando il sistema informativo della Rete (sito web, newsletter, ecc.).

Il concetto di "profilo di salute" (7), che trova il suo fondamento nell'esperienza della rete scozzese delle scuole che promuovono salute, si riferisce a uno strumento di analisi che utilizza un approccio interdisciplinare, sociale e sanitario, attraverso il quale è possibile giungere alla lettura della realtà della scuola con strumenti quantitativi e qualitativi che raccolgono informazioni su: contesto formativo (programmi, metodologie), contesto fisico-ambientale (condizioni strutturali, sicurezza), contesto organizzativo (procedure, strumenti, servizi offerti), contesto relazionale (accoglienza, comunicazione interna, rapporti con le famiglie, rapporti con il territorio), contesto socioculturale (valori, credenze, tradizioni), contesto sanitario (dati epidemiologici, sociosanitari).

Per consentire alle scuole di riflettere sui propri approcci e sulle pratiche adottate in relazione alle aree strategiche dell'Intesa, è stato messo a punto un sistema informativo gestito dalle scuole per condividere la metrica dei processi di autovalutazione del modello CAF (8), che permette a ogni istituto scolastico di determinare i propri obiettivi e verificarne il raggiungimento nell'arco di tempo prefissato. Tale sistema è in fase

di rivalutazione per aggiornarlo coerentemente con il programma ministeriale di valutazione delle scuole alla luce della Legge 107/2015 "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti".

Una particolare attenzione è destinata alla messa a sistema, alla diffusione e alla documentazione delle buone pratiche, secondo il concetto proprio della promozione della salute (9). Le buone pratiche sono i progetti o gli interventi che "in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione" (10).

In tal senso è stata attivata, a fine 2014, una rilevazione di pratiche di promozione della salute nelle scuole della Rete. Le scuole hanno segnalato 373 pratiche. In seguito a un lavoro di selezione, attraverso l'utilizzo di una griglia di analisi per la descrizione delle buone pratiche (9) che ha coinvolto dirigenti scolastici, operatori dell'ambito sanitario e socio-sanitario, sono state selezionate 125 pratiche. Queste ultime sono state raggruppate per tipologia e da queste sono emerse alcune attività potenzialmente candidabili come buone pratiche (snack sani, sport a scuola, progetti di inclusione scolastica) e alcune attività già considerate buone pratiche e presenti nella Rete (i programmi Pedibus e Life Skills Training).

È evidente, infatti, che, al di là delle affermazioni di principio e dei valori alla base del modello, le scuole devono confrontarsi con la possibilità che ciascuno, nell'ambito della propria comunità, possa fare esperienze di salute rispetto ai principali determinanti che impattano in maniera più significativa sulla salute di ciascuno (in particolare, alimentazione, attività fisica, lotta al tabagismo).

Ed è questo il modo per la scuola di rispondere in modo efficace alla propria *mission* formativa, garantendo il successo formativo di tutti e di ciascuno e per il sistema sanitario di incidere profondamente sul piano della promozione di stili di vita salutari. ■

Dichiarazione sui conflitti di interesse

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ministero della Salute. Protocollo di intesa per la tutela del diritto alla salute, allo studio e all'inclusione. 8 aprile 2015 (<http://istruzioneer.it/wp-content/uploads/2015/06/Prot.-Intesa-MIUR-MIN.-SALUTE-firmato08.04.15.pdf>).
2. www.schools-for-health.eu/she-network
3. WHO. *The Ottawa Charter for health promotion*. Geneva: WHO; 1986.
4. Regione Lombardia - USR Lombardia. Intesa tra Regione Lombardia e USR. La scuola lombarda che promuove salute. Milano, 31 agosto 2011 (www.istruzione.lombardia.gov.it/proto9308_11/).
5. Better schools through health: the Third European Conference on Health Promoting Schools. Vilnius Resolution. 15-17 June 2009, Vilnius. (http://ec.europa.eu/health/ph_de/terminants/life_style/mental/docs/vilnius_resolution.pdf).
6. www.scuolapromuovesalute.it
7. NHS Health Scotland. School health profiling tool. Guidance notes. (www.promozionesalute.regione.lombardia.it/shared/ccurl/179/924/ProfiloSalute_Scuola_Scozia.pdf).
8. ReQuS - La Rete per la Qualità della Scuola - CAF and Education. (www.requs.it/default.asp?pagina=4317).
9. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (Dors). Griglia per l'individuazione delle buone pratiche di prevenzione e promozione della salute - versione 2010. (www.dors.it/cosenostre/testo/201111/scheda_BP_2011.pdf).
10. Kahan B, Goodstadt M. The interactive domain model of best practices in health promotion: developing and implementing a best practices approach to health promotion. *Health Promot Pract* 2001;2(1):43-67.

Comitato scientifico

C. Donfrancesco, L. Galluzzo, I. Lega, M. Maggini, L. Palmieri, A. Perra, P. Luzi

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

Comitato editoriale

P. De Castro, C. Faralli, A. Perra, A. Spinelli

Istruzioni per gli autori

www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp
e-mail: ben@iss.it