

Toscana

Poste Italiane
Sped. in A.P. D.L. 353/2003
conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Versione Pdf del supplemento al n. 27
anno XIV del 12-18 luglio 2011
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.Toscana.it

Una legge
per difendere
le donne

di Anna Ajello *

La Regione Toscana, con la legge 59/2007 «Norme contro la violenza di genere», ha inteso affermare che ogni tipo di violenza di genere costituisce una violazione dei diritti umani alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità, all'integrità fisica e psichica.

Questa filosofia esprime la volontà di garantire prioritariamente adeguata accoglienza, protezione, solidarietà, sostegno e soccorso alle vittime, quindi di creare un sistema territoriale di intervento, che tenga conto della reale diffusione del problema, di quali siano le azioni e gli strumenti più appropriati per prevenirlo e per contrastarlo, della necessaria integrazione dei soggetti che sono chiamati a realizzare risposte efficaci.

La legge promuove la costituzione di intese territoriali fra tutti i soggetti pubblici e del privato sociale che operano e lavorano per la prevenzione, il contrasto, la protezione e il sostegno delle vittime di violenza nonché sinergie tra le strutture della Giunta regionale competenti in materia di sociale, di Sanità, di istruzione, di formazione, di lavoro e sicurezza urbana. Due i criteri guida: contrastare la violenza di genere è una questione di civiltà ed è uno dei principi su cui si verifica la scelta di un Governo di investire o meno nella salute delle donne.

Sono quindi stati individuati precisi filoni di in-

CONTINUA A PAG. 2

ANTI-VIOLENZA Fase sperimentale del progetto avviata dal 2011 in cinque Asl pilota

Codice rosa al pronto soccorso

Intesa Regione-Procura della Repubblica - Lo scorso anno 1.761 assistite

Il progetto "Codice rosa", il percorso di accesso al pronto soccorso riservato alle vittime di violenze, verrà esteso a livello regionale con l'avvio della fase di sperimentazione a Lucca (Asl 2), Viareggio (Asl 12), Prato (Asl 4) e Arezzo (Asl 8), e il proseguimento dell'esperienza svolta a Grosseto (Asl 9). A conclusione della sperimentazione di un anno, poi, sarà gradualmente esteso a tutte le sedi di pronto soccorso della Regione.

E quanto prevede il protocollo d'intesa siglato tra la Regione Toscana e la Procura generale della Repubblica di Firenze che prevede - nei casi di violenze a donne, ma anche bambini, anziani, immigrati e omosessuali - l'intervento congiunto di personale sanitario delle Asl e delle Procure della Repubblica per permettere di intercettare i segnali non sempre evidenti di una violenza subita, già dall'arrivo in pronto soccorso, e di assicurare l'intervento sanitario nel totale rispetto della privacy, dei "tempi di silenzio" delle vittime e delle loro scelte sul percorso da seguire successivamente al momento di cura.

Il secondo rapporto sulla violenza di genere in Toscana, presentato nel 2010, indica che dal 1° luglio 2009 al 30 giugno 2010 sono state 1.761 le donne che si sono rivolte ai 24 Centri anti violenza della Toscana. Il 62% ha tra i 30 e i 49 anni e circa la metà è coniugata. Chi si rivolge ai Centri, lo fa soprattutto per denunciare i maltrattamenti subiti tra le mura domestiche: 8 su 10 hanno subito violenza psicologica, oltre 6 su 10 fisica, il 27% economica, quasi l'11% stalking, quasi l'8% violenza sessuale, il 3% molestie, l'1% mobbing. Autori delle violenze sono soprattutto il coniuge (45,6%) e il convivente (16,3%). Quasi 7 donne su 10 tra quelle che ricorrono a cure mediche, chiedono di essere prese in carico dai vari Centri e circa il 26% decide di sporgere denuncia alle autorità pubbliche. Mancano dati ufficiali sulle violenze commesse nei confronti delle fasce deboli di popolazione che permetterebbero di conoscere la reale consistenza del fenomeno.

Gli interventi 2010 a Grosseto



Le Asl scelte per la sperimentazione in ciascuna delle tre Aree vaste regionali, hanno caratteristiche peculiari: la Versilia è stata scelta per l'alta concentrazione di strutture di intrattenimento e discoteche, Prato invece per la forte presenza di lavoratori immigrati e Arezzo per la conformazione del territorio.

Il progetto avviato con successo a Grosseto dall'Asl 9, nel primo anno di attività ha portato all'emersione di circa 300 casi, ai quali è seguita l'apertura di procedimenti giudiziari e l'attivazione di azioni di sostegno della vittime. Nel 2010 il pronto soccorso di Grosseto ha trattato con il codice rosa 240 casi di maltrattamento, 36 casi pediatrici, 25 di stalking, 8 di abuso. Nei primi 5 mesi del 2011, 115 maltrattamenti, 8 casi pediatrici, 4 di stalking, 4 abusi.

«La creazione di un gruppo di lavoro coordinato a livello regionale - ha detto il procuratore generale di Firenze, Beniamino Deidda - ha l'ambizione di creare momenti di collaborazione nei vari circondari tra Asl e Procure della Repubblica, capaci di intervenire tempestivamente per il raggiungimento delle finalità. In tal senso sono esemplari il percorso e l'attività fatta a Grosseto».

L'azione della "squadra" composta da operatori dell'Asl, della Procura e delle forze dell'ordine, che operano attraverso procedure condivise, permette di assicurare oltre alle cure mediche necessarie, un corretto repertamento degli elementi di prova con la redazione di una nuova e più approfondita cartella clinica in grado di fornire dati utili anche all'autorità giudiziaria e contribuendo a garantire un contenimento dei tempi di indagine. Il flusso informativo condiviso tra i soggetti istituzionali coinvolti nel progetto permetterà, anche nei casi di mancata denuncia, di monitorare e tenere sotto controllo le situazioni a rischio.

Paola Magneschi

Settore Diritti e servizi socio-sanitari della persona in ospedale Regione Toscana

ALTRI SERVIZI E TESTO A PAG. 2 E 4-5

ACCORDO CON URTOFAR E CISPEL

Gli ausili li distribuiscono le farmacie

Finanziamento di un milione - I servizi con la tessera sanitaria

La Regione Toscana, Urtofar (Unione regionale toscana titolari di farmacia) e Cispel Toscana (Confederazione italiana servizi pubblici enti locali) hanno siglato un accordo che consentirà la distribuzione diretta di farmaci e ausili medici nelle farmacie convenzionate che vengono distribuiti dalle aziende sanitarie. Le farmacie inoltre parteciperanno a un programma condiviso per il completamento delle procedure di attivazione della tessera sanitaria, e allo sviluppo delle potenzialità della carta stessa in termini di servizi al cittadino. Per questo aspetto, la Regione destinerà la somma di 1 milione.

Le parti si riuniranno per promuovere un ulteriore modello di farmacia integrata con il Ssr. In pratica si rafforzano alcuni servizi che venivano già offerti dalle farmacie e si gettano le basi per altri progetti che coinvolgono sempre la rete delle farmacie sul territorio regionale. La Regione Toscana inoltre punta a un grande programma che vede nelle farmacie un luogo in cui sviluppare le potenzialità della carta sanitaria. Entro luglio, per esempio, la Regione conta di rendere operativa su tutto il territorio regionale la possibilità di stampare i referti di laboratorio, usando la carta sanitaria.

CONTROCANTO

«Abusi sui deboli: Mmg più attenti»

di Loretta Polenzani *

I medici sono più abituati a occuparsi di malattie piuttosto che della tutela della "salute" che origina dal rispetto dei diritti umani fondamentali alla vita, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità, all'integrità psico-fisica.

Questo atteggiamento trova motivazione in un modello di medicina centrato sulla malattia, mirato a trovare risposte diagnostiche e tera-

peutiche a patologie, ma insufficiente a comprendere la complessità della sofferenza dell'uomo. Le azioni della violenza investono le persone sul livello fisico, psicologico, esistenziale e sociale, irrompendo nel loro ambiente di vita e modificandolo talvolta per sempre. Sono i pronto soccorso e le forze di

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

I diritti del bambino in ospedale

La Giunta regionale ha deciso di dare continuità alle azioni già avviate per lo sviluppo di un sistema di promozione e valutazione del rispetto dei diritti del bambino in ospedale e di monitorare in modo sistematico l'applicazione del sistema di autovalutazione. Per questo sarà istituito un Osservatorio regionale per il monitoraggio del rispetto dei diritti del bambino in ospedale, che tra i suoi obiettivi ha anche quello di agevolare la realizzazione di progetti di miglioramento e la diffusione di buone pratiche nelle aziende anche tramite un concorso di idee. Il coordinamento del Centro sarà affidato all'Aou Meyer. (Delibera n. 511 del 20/06/2011)

Contributo per le zone disagiate

Approvati i requisiti, i criteri e le modalità previsti per l'anno 2011 per la concessione del contributo a favore delle farmacie disagiate della Regione Toscana. Il contributo è concesso a favore delle farmacie pubbliche e private che nel corso dell'anno 2010 hanno fatto registrare un basso volume d'affari ai fini Iva: non superiore ai 329mila euro. La Regione Toscana mette a disposizione per ogni anno solare un contributo che per l'anno 2011 è di 250mila euro a favore delle farmacie disagiate e con basso fatturato ubicate nella Regione. (Delibera n. 512 del 20/06/2011)

ALL'INTERNO

Pisa cura i dipendenti

A PAG. 3

Rete retina anti-gambling

A PAG. 6

Ateneo virtuale a Grosseto

A PAG. 7

MODELLI

Le proposte per il nuovo Piano socio-sanitario integrato regionale



«Tosca» contro la violenza

Educare le donne a prevenire soprattutto in casa - Più formazione professionale

Nel 2010 sono state 1.933 le donne che si sono rivolte ai Centri antiviolenza e alle Case delle donne aderenti a «Tosca», il coordinamento dei Centri antiviolenza della Regione Toscana. Le donne che hanno chiesto supporto e sostegno per la situazione di violenza che vivevano - 68,75% italiane e 31,25% straniere - sono state per la maggioranza dei casi nuove situazioni (91,74%), ovvero donne che non avevano già usufruito dei servizi di «Tosca».

I dati sono emersi durante il convegno «Politiche di contrasto alla violenza di genere» che si è tenuto a fine giugno a Firenze, e in cui «Tosca» ha fornito un documento che descrive la situazione attuale e lancia alcune proposte per il nuovo Piano socio-sanitario integrato regionale (Pssir 2011-2015) rispetto alla problematica della violenza di genere e i suoi effetti sui bambini/e e adolescenti.

Nel 2010, secondo «Tosca», le donne accolte nei Centri antiviolenza sono la grande maggioranza di quelle accolte nell'intero territorio toscano (89,38%) e nelle case rifugio -

Donne che si sono rivolte al centro nel 2010						
Centro antiviolenza	Città	Totale	Italiane	Straniere	Nuove richieste	Già conosciute
Pronto donna	Arezzo	108	71	37	102	6
Donne insieme Valdelsa	Colle Val d'Elsa (Si)	43	25	18	41	2
Artemisia	Firenze	830	559	271	644	186
Olympia de Gouges	Grosseto	103	73	30	90	13
La Luna	Lucca	71	45	26	62	9
Libere tutte	Montecatini	91	59	32	87	4
Amica donna	Montepulciano	37	24	13	34	3
Casa delle donne	Pisa	180	134	46	150	30
La Nara	Prato	265	166	99	186	79
Frida	San Miniato (Pi)	29	23	6	25	4
Donna chiama donna	Siena	55	45	10	42	13
L'una per l'altra	Viareggio	121	105	16	111	10
Totale		1.933	1.329	604	1.574	359

abitazioni che rimangono segrete per motivi di sicurezza e che accolgono le vittime che hanno necessità di allontanarsi da una situazione di pericolo, anche con i loro figli e figlie - sono state accolte 133 persone, 58 donne e 75 minori.

Nel contributo allo Pssir da parte di «Tosca», che definisce le priorità da cui ripartire, si propone di interve-

nire con obiettivi specifici sulla violenza, soprattutto quella domestica, fondamentale sul piano della prevenzione rispetto ai danni trans-generazionali, ai costi sociali e sanitari che essa comporta e sull'accrescimento della qualità della vita di tutti i cittadini. Infatti in una legge regionale viene riconosciuto che ogni tipo di violenza di genere «costituisce un'auten-

tica minaccia per la salute e un ostacolo al godimento del diritto a una cittadinanza sicura, libera e giusta». Una vera e propria autentica minaccia viste le uccisioni di donne per questioni di genere, l'epilogo di numerosi atti di violenza che ancora vengono subite e taciute da molte donne. Secondo un'indagine di «Casa delle donne per non subire violen-

za» di Bologna sul femicidio in Italia, dal titolo «Il costo di essere donna», nel 2010 sono state 127 le donne uccise con un aumento del 26% negli ultimi 5 anni, e solo dal 2009 quasi del 7 per cento.

Tosca mette in risalto l'aspetto dell'integrazione tra le politiche sociali e sanitarie, auspicando un consolidamento di questo rapporto legato, ai fini della prevenzione, anche con quelle educative.

Tra le proposte anche quella di adottare un piano di formazione e aggiornamento professionale organico e continuativo nel tempo che favorisca l'integrazione tra saperi, tecniche, servizi e pratiche.

Proposte di migliorie quindi, soprattutto perché i Centri antiviolenza hanno dimostrato di essere in grado di rispondere in modo qualificato alle richieste e supporto alle donne e ai/alle loro figli/e e di accompagnamento nel percorso di uscita dalla violenza.

a cura di
Roberto Tatulli

PROGETTO MINISTERO DEL LAVORO-COORDINAMENTO NAZIONALE DEI SERVIZI

Affido: un manifesto comune in tre Regioni

Conoscere, organizzare, valutare, promuovere e valorizzare, supportare, sostenere, affidare con flessibilità e liberare tempo per l'affido. Questi i punti chiave del manifesto delle Regioni Marche-Toscana-Umbria sull'affido familiare presentato al seminario «Un percorso per l'affido» che si è tenuto a fine giugno presso l'Istituto degli Innocenti di Firenze.

Il documento - che traduce sinteticamente tutte le proposte e le riflessioni in materia di affido familiare di 72 operatori delle tre Regioni emerse in tre seminari che si sono svolti nel 2010 a Firenze, Ancona e Perugia - indica come obiettivo primario la tutela del minore e la promozione di misure di sostegno e aiuto alla famiglia di origine e agli adulti nei confronti dei minori, nella prospettiva dell'attuazione dei loro diritti. Un processo che deve tendere ad aiutare il nucleo familiare a uscire dalla condizione di criticità, restituendo al minore affetto, benessere e possibilità di crescita.

Accoglienza presso le Case rifugio (2010)					
Centro antiviolenza	Città	Capacità max di accoglienza	Donne ospitate	Minori ospitati	Totale utenti
Pronto donna	Arezzo	5	11	11	22
Artemisia	Firenze	16	15	14	29
La Luna	Lucca	8	8	14	22
Libere tutte	Montecatini	13	12	19	31
Casa delle donne	Pisa	8	4	6	10
La Nara	Prato	8	8	11	19
Totale		58	58	75	133

Secondo il rapporto «Servizi e interventi sociali per bambini e ragazzi e famiglie. Anni 2007-2009», pubblicato nel 2011 ed elaborato dalla Regione Toscana e dall'Istituto degli Innocenti, nel triennio i bambini e ragazzi da 0 a 17 anni vittime di maltrattamenti in famiglia (segnalati agli organi giudiziari) e presi in carico dalle zone socio-sanitarie sono stati 2.789 (1.036 nel 2007, 763 nel 2008 e 990 nel 2009) mentre le vittime di abusi sessuali in famiglia sono

stati 508 (199 nel 2007, 159 nel 2008 e 150 nel 2009). I bambini e i ragazzi di 0-21 anni in affidamento familiare registrano, nel triennio, una diminuzione del 20,6% passando dai 1.667 del 2007 ai 1.503 del 2009. Al 31 dicembre 2009 i minori in affidamento familiare in Toscana erano 1.219 (-7,8% rispetto al 2008).

Il manifesto nasce quindi grazie allo studio e all'analisi del delicato

percorso dell'affidamento familiare nell'ambito del progetto nazionale «Un percorso nell'affido», promosso dal ministero del Lavoro e delle politiche sociali con il Coordinamento nazionale dei servizi affido (Cnsa).

Nel documento viene messa in evidenza l'importanza del sostegno ai servizi pubblici per fare in modo che possano svolgere i loro compiti in modo serio e continuativo e segnalare la necessità del supporto alle famiglie d'origine dei bambini in affido

perché spesso in difficoltà nell'esercizio delle loro funzioni genitoriali. Indispensabile anche supportare le famiglie affidatarie per facilitare una buona accoglienza del bambino ma anche per comprendere e rispettare le difficoltà della famiglia d'origine.

Durante il seminario, per dare maggiore enfasi al manifesto, i partecipanti hanno potuto fare una sorta di «viaggio cinematografico sull'affido» con la proiezione di alcune scene di quattro film che trattano l'argomento e con due brevi video del gruppo Ripplemarks di «Teen Press», spazio web dedicato dei ragazzi nel portale dell'infanzia e dell'adolescenza del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza.

Il manifesto è quindi il risultato, messo nero su bianco, dello scambio d'esperienze e buone prassi come utile strumento per lo sviluppo di un sistema costante di coordinamento fra gli enti e gli operatori in modo da favorire contributi da tutto il territorio nazionale.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

polizia a raccogliergli le drammatiche testimonianze. Si scopre sovente che gli scenari della violenza perdurano nel tempo, soprattutto a livello familiare, e forse un diverso ascolto, un'attenzione ancora più accorta da parte del Mmg, potrebbe cogliere i linguaggi e le maschere della sofferenza prima che si aprano disastrose ferite esistenziali.

Il Mmg, medico di fiducia, entra ogni giorno in contatto con le persone nell'ambiente in cui vivono; al medico vengono narrati eventi, storie di vita, presentati segni e sintomi espressione di malattia, ma anche di disagio, di sofferenza psicologica ed esistenziale. Nelle cure primarie, ambito a bassa prevalenza di malattia, la domanda al medico può sottendere bisogni diversi: mancanza di relazioni, richieste di

attenzione, di ascolto e di aiuto. Ma di fronte al sospetto o all'eventualità della violenza insorgono spesso difficoltà, criticità.

I Mmg temono responsabilità medico-legali, sono poco disponibili a occuparsi di problemi che appaiono collegati al «privato» e le segnalazioni di violenza li trovano imbarazzati, inadeguati e talvolta stupiti. L'aggressore era anche lui un assistito? Quali implicazioni per la famiglia? Quali pregiudizi e stereotipi sulla violenza contro le donne? Contemporaneamente è necessario riflettere sul fatto che la Mg oggi è oppressa da una enorme mole di lavoro, da oneri improduttivi in termini di salute, costretta fra incremento della domanda e necessità di ridurre costi insostenibili.

È doveroso che la Mg favorisca

l'emergere della violenza sommersa, la valutazione del danno e l'attuazione di misure adeguate, che i Mmg riflettano e si confrontino su pregiudizi e luoghi comuni, informati su centri e strutture di accoglienza.

Possono così aprirsi nuovi orizzonti etici e operativi, che prevedono il ruolo del Mmg a ponte tra la vittima e un secondo livello di intervento multiprofessionale. Una sempre maggiore presenza femminile nella pratica della Mg sembra predisporre verso un'accoglienza accorta e rispettosa di queste tematiche e vari studi sulla relazione medico-paziente già possono confermarlo.

* Mmg coordinatore didattico tirocinio in Medicina generale, Firenze

Una legge per difendere ... (segue dalla prima pagina)

tervento, con il proposito di raggiungere una maggiore conoscenza del fenomeno, il potenziamento di un sistema di servizi a tutela della persona e di contrasto della violenza, l'effettiva presa in carico della vittima fino all'offerta di reali percorsi di fuoriuscita. Particolare attenzione è poi riservata sia alla riqualificazione dei consulenti che hanno funzione di coordinamento locale della rete dei servizi a garanzia della presa in carico, sia al sostegno di tutti i soggetti della rete, non ultimi i Centri antiviolenza, nello svolgimento delle funzioni attribuite.

La priorità è assicurare il funzionamento di luoghi rifugio e di reti di protezione da attivare tra le aziende sanitarie e le Società della salute, i Comuni, gli uffici scolastici regionali e provinciali, le forze

dell'ordine, la magistratura, i Centri antiviolenza.

Non mancano interventi per la prevenzione finalizzati all'educazione al rispetto nella relazione tra i sessi, identità sessuale, religiosa e culturale e non violenza come metodo di convivenza civile.

Parole chiave: «omogeneità» delle procedure di intervento per l'accoglienza, la cura e l'assistenza delle vittime; «integrazione» e «multidisciplinarietà» relativamente alla metodologia di intervento; «formazione» degli operatori; «partecipazione» della società civile nel riconoscimento e nella denuncia del fenomeno.

* Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Settore servizi alla persona sul territorio

SSR AI RAGGI X "Benessere organizzativo": un percorso per promuovere la salute degli addetti

Pisa, l'Asl «cura» i dipendenti



Azioni di prevenzione, diagnosi e assistenza nei casi di disagio accertato

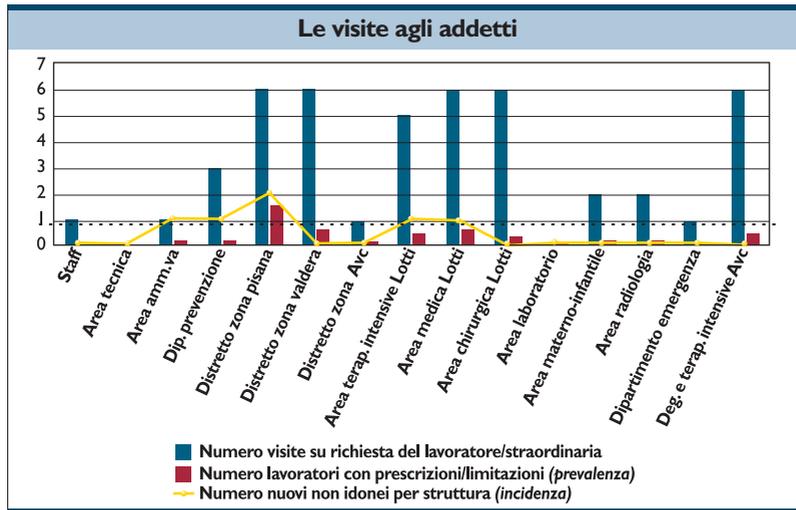
Promozione, analisi e cura della salute organizzativa nell'Asl 5 di Pisa che dal 2006 ha messo in atto il progetto "Benessere organizzativo", anche seguendo i dettami dell'Oms secondo cui la salute non è più semplice assenza di malattia, ma processo di miglioramento del benessere fisico e psicologico.

Il gruppo, coordinato da Gabriella Smorto, responsabile della Psicologia dell'Asl 5, è partito dalla ricognizione della letteratura sull'argomento e da una lettura condivisa del tema. È stata inizialmente definita la procedura "Benessere organizzativo" ed è stata costituita una rete di dipendenti formati come facilitatori. La sua applicazione ha consentito di offrire opportunità di valutazione e di intervento su situazioni di disagio presenti in qualsiasi struttura aziendale (applicazione questionario "Cantieri" del Dipartimento della Funzione pubblica, attivazione "gruppi di miglioramento") ovvero in un gruppo di lavoratori o in singoli dipendenti (Sportello di ascolto).

Utilizzando i dati del Laboratorio Mes del S. Anna di Pisa quali indicatori di esito del lavoro svolto, l'azienda è stata rapidamente sostenuta nel proseguire le azioni intraprese e nell'affiancarne altre. Tra queste, l'introduzione della valutazione delle competenze nelle selezioni interne, l'applicazione della valutazione del rischio stress lavoro-correlato resa obbligatoria dal Dlgs 81/2008, che ha ampliato i metodi diagnostici, e la collaborazione ad azioni di miglioramento come il progetto "Conciliazione tempi di vita tempi di lavoro" gestito dal Comitato Pari opportunità.

Da qui è scaturito un sistema di interventi che, sotto la direzione della Coordinatrice dell'Ambito staff Gestione risorse umane e valorizzazione clima interno, Marcella Filieri, si articola in attività di prevenzione, diagnosi e cura. Le azioni di carattere preventivo vanno dal miglioramento della comunicazione interna all'impiego ottimale delle persone, permettendo la massima espressione delle competenze e delle attitudini di ciascuno (valutazione e archivio delle competenze). Le attività diagnostiche spaziano dal supporto organizzativo all'indagine di clima MeS, alla valutazione dei rischi stress lavoro-correlati e/o metodologia "Cantieri", al monitoraggio degli indicatori di malessere (assenze, infortuni, esclusione dalla formazione, inidoneità lavorative, richieste di mobilità); le attività di cura passano dai gruppi di miglioramento per approdare allo Sportello d'ascolto psicologico.

Dell'intero gruppo di lavoro fanno parte la Medicina occupazionale, il Servizio prevenzione e protezione, le Politiche del personale, la Comunicazione e la Psicologia. I dati Mes continuano a rappresentare gli indicatori utilizzati per la valutazione e anche i risultati del



Chirurgia vertebrale, Volterra "pioniera"

In un piccolo ospedale, quello di Volterra, che attrae circa il 25% dei pazienti da fuori Regione ed extra-nazionali, ci si sottopone all'innovativo intervento di chirurgia vertebrale di stabilizzazione dinamica per giovani pazienti e alla chirurgia destinata a pazienti più anziani con spaziatori interspinali, su patologie degenerative, traumatiche, tumorali, deformanti e, in particolare ernie del disco. Il sistema di stabilizzazione vertebrale "dinamica" Dynasys, utilizzato da Giuseppe Calvosa - responsabile Uo Ortopedia del presidio ospedaliero - dal 2001, è formato da viti coniche transpeduncolari, da uno spaziatore in sulene e da una corda di tensionamento in polietilene.

«La nostra esperienza nell'utilizzo della stabilizzazione dinamica - afferma Calvosa - nasce dall'esigenza di intervenire precocemente sulla cascata degenerativa restituendo la fisiologica rigidità e stabilità all'unità funzionale spinale preservando al tempo stesso la naturale mobilità del segmento spinale irreversibili». Questo tipo di approccio risulta indicato nei casi di: instabilità degenerativa fino al I grado sia di antero che di retrolistesi, con o senza stenosi relativa di livello; di spondilosi, quando i fenomeni degenerativi dell'unità funzionale sono ancora in divenire, nei dischi degenerati fino al IV grado della classificazione di Pfirrmann 2001.

Gli spaziatori interspinali rappresentano la nuova frontiera della chirurgia vertebrale. Essi vengono impiegati dopo una discectomia per erniazione con perdita massiva di materiale discale, nei reinterventi di ernia del disco al fine di prevenire la post-discectomy syndrome; nelle ernie del disco operate in pazienti con sacralizzazione di L5 a livello dei dischi transizionali; nelle degenerazioni discali adiacenti al livello di artrodesi al fine di prevenire le sindromi giunzionali e nei casi selezionati di lombalgia e lombosciatalgia irritativi.

2010 vanno nella direzione del monitoraggio messo in atto dal gruppo.

Oggi l'attenzione va alla definizione di azioni di promozione della salute dei dipendenti, all'affinamento del cruscotto per la rilevazione dei dati di disagio in collaborazione con altre strutture di staff (Rischio clinico, Qualità e accreditamento, Personale, Affari legali, Urp ecc.), al confronto con le realtà delle altre aziende di Area vasta Nord-Ovest attraverso

l'elaborazione di un progetto trasmesso ai Dg.

L'impegno della direzione è prevalentemente dare un contributo alla salute dei dipendenti e con essa alla maggiore efficacia ed efficienza del servizio all'utenza, nonché ridurre i costi per l'azienda.

a cura di
Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 di Pisa

ORTOPEDIA DOC ALL'OSPEDALE LOTTI

Interventi di protesi d'anca: l'eccellenza di Pontedera

La chirurgia ortopedica è un fiore all'occhiello dell'ospedale Lotti di Pontedera, in modo particolare per le protesi d'anca che vengono eseguite con paziente supino in via anteriore e l'intervento di alluce valgo con tecnica per cutanea che fa confluire a Pontedera molti pazienti provenienti da tutte le Regioni.

Presso l'ospedale della Provincia pisana circa il 90% degli interventi viene eseguito con queste metodiche e i risultati hanno portato il Lotti al riconoscimento di centro di riferimento per la chirurgia dell'anca e dell'alluce valgo. Ciò ha fatto sì che l'équipe diretta da Franco Carnesecchi sia stata visitata da molti chirurghi degli ospedali delle Regioni del Nord come Piemonte, Lombardia, Veneto e Trentino, i quali hanno assistito ai due tipi di interventi.

L'approccio chirurgico anteriore diretto all'articolazione dell'anca con il paziente posizionato supino permette la somministrazione di un'anestesia cosiddetta "blended", tale da permettere al paziente di respirare autonomamente.

Uno dei vantaggi del posizionamento supino del paziente è la facilità con cui è possibile controllare la corretta lunghezza degli arti. La via anteriore verrà scelta dopo un'accurata valutazione del paziente e, per il momento, è riservata alle protesi primarie. Questa nuova via permette di rispettare quasi integralmente i muscoli, di limitare il rischio di lussazione e un recupero funzionale veloce. La posizione del paziente è più comoda (decubito supino) e permette di controllare con sicurezza le correzioni ottenute con la protesi (lunghezza, rotazione).

La chirurgia mini-invasiva per la correzione dell'alluce valgo, senza modificare la filosofia del trattamento classico della correzione delle deformità delle dita, semplifica enormemente il trattamento, che può realizzarsi ambulatorialmente, in anestesia locale, attraverso piccole incisioni, con utilizzo di strumenti chirurgici appositamente disegnati. Questa tecnica permette di ottenere risultati sovrapponibili alla chirurgia classica convenzionale e, a differenza di questa, è poco dolorosa, limita la necessità di analgesici, permette una deambulazione precoce con carico totale immediato grazie a un bendaggio speciale e una calzatura con suola di gomma rigida.

Ovviamente le eccellenze nei due specifici campi sono affiancate dagli interventi di protesi di ginocchio e di spalla che, solo nel 2010, sono stati più di 300. Inoltre, viene svolta costantemente un'attività di chirurgia artroscopica di spalla, caviglia e ginocchio per la ricostruzione del legamento crociato con la tecnica "over the top", che consente un recupero veloce senza ausili di tutori.

Alluce valgo risolto con pratiche mini-invasive

TRATTAMENTO DEI TUMORI

Tumori, microonde d'ausilio alla laparoscopia

All'Ospedale Lotti di Pontedera (si veda anche l'articolo di spalla all'apertura) tecnologia d'avanguardia nella chirurgia oncologica grazie a una "enucleoresezione" per via laparoscopica con l'ausilio di microonde.

Da circa un anno e mezzo presso la Chirurgia generale, diretta da Orlando Goletti, viene utilizzata questa nuova apparecchiatura che sfrutta la tecnologia delle microonde per il trattamento sia di metastasi sviluppatesi nel fegato e dovute a tumori intestinali, pancreatici e renali sia anche per il

trattamento di tumori primitivi del fegato e del rene. Fondamentale è, comunque, la stretta collaborazione tra la Chirurgia generale e l'Oncologia, diretta da Giacomo Allegrini. Infatti, solo un approccio multidisciplinare integrato con costante monitoraggio dei risultati chemioterapici consente la scelta del trattamento e del timing chirurgico ideale per ogni paziente.

La nuova tecnica, che prevede la resezione della neoplasia renale per via laparo-

scopica tramite l'utilizzo delle microonde, rappresenta una delle prime esperienze nella letteratura scientifica internazionale e anche una delle prime esperienze nel mondo occidentale.

La metodica prevede di utilizzare questo nuovo dispositivo a microonde, che genera calore, per ottenere una coagulazione del tessuto facilitandone l'asportazione. Così facendo si riducono i tempi operatori e si ha un ridottissimo rischio di sanguinamenti intra e post-

operatori, ottenendo una migliore coagulazione dei tessuti. L'utilizzo delle microonde, la maneggevolezza e l'efficacia dell'apparecchiatura usata, potrebbero aprire nuove prospettive di cura per pazienti con diagnosi di metastasi epatiche da carcinoma del colon retto.

In questi ultimi anni, con l'introduzione nella pratica clinica di farmaci sempre più attivi per il trattamento delle metastasi da carcinoma del colon retto, si è assistito a un importante miglio-

ramento della prognosi di questi pazienti. In caso di metastasi diffuse non reseccabili la mediana di sopravvivenza ha raggiunto i 20-25 mesi rispetto ai 6-12 mesi osservati quando ai pazienti era offerto unicamente una terapia di supporto o un trattamento in monochimioterapia con l'agente chemioterapico antitumorale 5-Fluorouracile.

A fronte di questi risultati, il vero punto di svolta in termini prognostici è stato però raggiunto con il tratta-

mento chirurgico radicale delle metastasi residue, soprattutto epatiche, dopo chemioterapia. Pazienti con un impegno importante di malattia a livello epatico da carcinoma del colon retto che abbiamo risposto ai trattamenti chemioterapici proposti in associazione alle target therapy e che siano sottoposti a trattamenti radicali sulla malattia residua, possono raggiungere mediane di sopravvivenze intorno ai 36 mesi con una quota di pazienti intorno al 20-25% libera da malattia a 5 anni. Risultati impensabili fino a qualche anno fa.

DOCUMENTI Intesa tra la Regione e la Procura di Firenze per promuovere interventi a tutela delle donne e delle fasce deboli di popolazione colpite da abusi



Vittime della violenza, una «task force» in ogni Asl

L'obiettivo è creare un punto di riferimento per chi accede alle strutture sanitarie creando un percorso specifico di assistenza

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 495/2011 con l'intesa tra Regione Toscana e Procura generale di Firenze...

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare lo schema di protocollo d'intesa tra la Regione Toscana e la Procura generale della Repubblica di Firenze...

mini di tempestività, efficacia, efficienza e ridistribuzione delle risorse è ormai evidente che a causa del notevole aumento di segnalazioni...

ambito sanitario che giuridico, nel primo anno di attività; Ritenuto opportuno creare protocolli per i reati perpetrati nei confronti delle fasce deboli della popolazione...

tuzionali, finalizzati a ottimizzare risorse ed energie, a migliorare la qualità delle risposte offerte alle vittime, nonché a mantenere un rapporto di costante interlocuzione tra le diverse componenti che operano nel settore;

seto, prevedendo il coinvolgimento di ulteriori Aziende UsI in modo da assicurare un riferimento per ciascuna delle tre Aree vaste regionali;

(segue da pagina 4)

li, di task force interistituzionali che opereranno in stretto raccordo con le Procure della Repubblica competenti per territorio che avranno il compito di assicurare il coordinamento tra i "Centri di coordinamento per le vittime di violenza", e le altre strutture presenti sul territorio;

• promuovere azioni comuni per affrontare le situazioni di criticità individuate; • promuovere strategie pubbliche di intervento contro la violenza e azioni specifiche sui problemi rilevati;

stenza e il sostegno alle vittime in tutte le fasi susseguenti al verificarsi di un episodio, attraverso il "Percorso rosa". 2. L'attuazione dei contenuti del presente protocollo avverrà sulla base di un comune e concordato "progetto tecnico operativo" che verrà successivamente definito da parte del gruppo di lavoro coordinato a livello regionale.

APPROVATE LE MODALITÀ OPERATIVE PER I PROCEDIMENTI ORDINARI E D'URGENZA

I meccanismi per trattare i minori alle prese con la giustizia penale e bisognosi di cure

Pubblichiamo la delibera 505/2011 che contiene «le modalità operative per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale».

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare le modalità operative per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale, contenute nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento...

magistrato; successivamente l'attenzione è stata focalizzata sulle modalità di collaborazione fra i Servizi della Giustizia minorile e i Servizi competenti delle Aziende UsI di riferimento.

ore. La media attuale di permanenza è di 48 ore, data la tempestività di fissazione dell'udienza di convalida da parte del Tribunale minorile.

(segue da pagina 4)

peutico concernente un inserimento in una comunità terapeutica. Il progetto viene sottoposto all'Autorità giudiziaria (Ag) competente. Qualora l'Ag ritenga di accogliere l'indicazione di collocamento in comunità terapeutica, sarà cura dei servizi sanitari individuati seguire il minore e riferire periodicamente all'Ag.

3. Procedimento d'urgenza disposto dal Giudice minorile

Nell'ambito della presa in carico del minore fermato dalle Forze dell'ordine, questi viene accompagnato presso il Cpa (Centro di prima accoglienza), per poi essere giudicato dal Giudice minorile.

PROTOCOLLO D'INTESA

Per la promozione di strategie condivise finalizzate alla prevenzione e al contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle fasce deboli della popolazione

La Regione Toscana e La Procura generale della Repubblica di Firenze premissa

Nell'ottica dell'ottimizzazione in ter-

Logo of Sanità Toscana with contact information for the director and editorial staff.

Versione Pdf dell'Allegato al n. 27 del 12-18 luglio 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

I CONTRIBUTI AL PSSIR 2011-2015



PARTECIPA AL PIANO

È questa l'iniziativa destinata ai lettori e agli operatori che intendano esprimere le proprie valutazioni e proposte sul nuovo piano sanitario e sociale integrato. Alla pagina del sito regionale www.regione.toscana.it/partecipaalpiano sarà possibile scaricare un modulo organizzato per aree di intervento...

La pagina web dedicata al Psir sul sito della Regione Toscana - www.regione.toscana.it/partecipaalpiano - nella prima settimana dalla sua messa on line, dal 28 febbraio al 7 marzo, ha registrato 801 visualizzazioni

Modulo per i contributi a «Partecipa al piano» 2011-2015

- Scegli uno o più temi proposti di tuo interesse
• Aggiungi un tema se hai proposte al riguardo
• Invia i tuoi contributi all'indirizzo e-mail: pianosanitariosociale@regione.toscana.it

La domanda di salute: La domanda di salute aumenta ogni giorno, ma da cosa dipende? E come rispondere? Per esempio: - dall'allungamento della vita; - dal progresso della medicina e da un ricorso eccessivo alla diagnostica;

Integrazione: Una delle parole chiave del nuovo Psir sarà "Integrazione": fra quali soggetti, articolazioni o percorsi è importante? Come realizzarla? Per esempio: - percorsi intraospedalieri, interni al territorio, tra ospedale e territorio, fra gli interventi preventivi e i servizi specialistici;

La rete degli ospedali In Toscana la rete degli ospedali è stata rivista alla luce della sicurezza e della qualità delle prestazioni rese. Quali i prossimi passi? Per esempio: - valorizzazione dei piccoli ospedali; - accentramento dei servizi iperspecialistici;

Appropriatezza: Il Psr 2008/10 ci invitava a dare risposte appropriate ai bisogni, ma come? Per esempio: - decidendo in base alle evidenze; - intervenendo sui problemi più diffusi;

Equipe multiprofessionali: Sempre più spesso si parla dell'importanza del lavoro in équipes multiprofessionali. Utile davvero? Come e perché? Per esempio: - per favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio; - attraverso coabitazione;

Nuovi modelli organizzativi: Il nuovo Piano prevede un'innovazione dei modelli organizzativi e l'evoluzione dei presetti. Verso dove? Per esempio: - verso la Sanità d'iniziativa; - verso l'ospedale per intensità di cure; - verso un ruolo diverso per i professionisti sanitari;

GIOCO D'AZZARDO Il modello di intervento del dipartimento dipendenze di Arezzo

Una rete contro il gambling



La parola chiave è integrazione degli approcci preventivi e clinici

Negli ultimi anni il gioco d'azzardo è diventato un vero e proprio fenomeno di massa che invade il nostro quotidiano: si gioca nel bar sottocasa, alla cassa del supermercato, in coda alle Poste oppure protetti dall'anonimato delle quattro mura della propria abitazione attraverso la tv, il cellulare e Internet. Se per gli operatori del servizio pubblico il gioco d'azzardo, anche quello lecito, è un comportamento a rischio di derive patologiche, il modello di business promosso dalle politiche pubbliche - come ci ricorda l'analisi di Maurizio Fiasco pubblicata su "Il Sole24ore-Sanità Toscana a marzo scorso" - spinge a farlo diventare addirittura un'opportunità di welfare. Si gioca sempre di più e con una predilezione per i giochi a "bassa soglia", come il gratta-e-vinci e le slot machine, che garantiscono micro-vincite immediate e molto frequenti. Vincite irrilevanti che inducono a rigiocare alimentando inconsapevolmente il motore del business. Aumentando le giocate aumentano le perdite e si finisce per giocare non più per divertimento, ma per rincorrere le perdite: una trappola mentale che alimenta il circuito della dipendenza.

Il gioco d'azzardo patologico ("gap"), tra le dipendenze a più elevata prevalenza e incidenza da sola o in combinazione con altre (nella popolazione adulta si stima una diffusione che va dall'1 al 3%), è una problematica complessa: spesso in comorbilità con altre dipendenze (soprattutto alcol), può presentare frequentemente quadri psicopatologici rilevanti con elevata probabilità di gesti autolesivi. Inoltre, seppur riconosciuto come dipendenza patologica già dal 1994 da una fonte autorevole come il Dsm IV (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), rimane in Italia una patologia orfana di un riconoscimento formale e finisce per proporsi come un fenomeno in bilico tra l'interpretazione moralistica e quella sanitaria. L'esempio più eclatante arriva dalle campagne promozionali dei giochi d'azzardo legalizzati che veicolano messaggi che creano confusione come quello che il gioco legale sia automaticamente anche sicuro, dando per certo che la legalità di un gioco sia

Identikit degli utenti presi in carico per gap dal Dip.to dipendenze Usl 8
Utenti presi in carico per gap
Unità 128; maschi 73%; femmine 27%
Età media accesso al SerT (range: 18-80)
Unità 45,1
Scolarità (%)
Elementare 9; medie inferiori 64; medie superiori 22; laurea 5
Occupazione (%)
Lavoro dipendente 52; lavoro autonomo 7; lavoro saltuario 4; disoccupato 18; pensionato/casalunga 18; studente 1
Stato civile (%)
Coniugato/convivente 50; celibe/nubile 35; separato/divorziato 14; vedovo 1
Gioco prevalente (%)
Slot machine 78; cavalli e scommesse sportive 13; gratta e vinci 6; lotto 3
N.B.: periodo gennaio-dicembre 2010

elemento sufficiente per proteggere la salute del giocatore e l'eventualità di futuri problemi di indebitamento. Questo porta, soprattutto i giovanissimi come testimonia la nostra ricerca, a sottovalutare i rischi.

Un altro elemento di ulteriore preoccupazione deriva dalla contingenza economica che stiamo attraversando: dato consolidato in letteratura è che in periodi di recessione si gioca molto di più, come se il gioco rappresentasse una soluzione "magica" per uscire da situazioni economiche critiche. In Italia, come afferma il rapporto Eurispes 2010, la spesa in azzardo ha superato i 61 miliardi. In un periodo di contrazione di consumi si calcola una spesa pro-capite annua di circa 1.000 euro. La Toscana, pur tra piccole variazioni da provincia a provincia, è pressoché in linea con il dato nazionale.

Sempre la Toscana, stavolta in controtendenza rispetto al resto del Paese, è stata tra le prime Regioni a inserire il "gap" nei Piani sanitari regionali: pur non essendoci specifici riferimenti ai livelli essenziali di assistenza, ha però posto le basi per definire percorsi di assistenza ad hoc per la presa in carico dei giocatori all'interno dei SerT e ha promosso un aggiornamento e una qualificazione degli operatori del servizio pubblico, del privato sociale e del territorio attraverso l'or-

ganizzazione di due corsi formativi, uno nel 2007 e l'altro nel 2010, gestiti dal Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo.

Di fronte a queste nuove domande di cura, il Dipartimento delle dipendenze di Arezzo propone un modello di intervento che mette al centro gli interventi di rete, sia nella risposta terapeutica che nei progetti di prevenzione e di ricerca. "Integrazione" è la parola chiave: tra un approccio clinico con l'ambulatorio situato presso l'Ospedale S. Donato di Arezzo e un approccio di rete con la creazione di un gruppo di lavoro interistituzionale che coinvolge diverse istituzioni del territorio aretino; in ambito clinico, tra figure e interventi multiprofessionali (psicologici, socio-riabilitativi, medico-farmacologici); in ambito preventivo, tra i diversi soggetti della comunità locale per una condivisione di informazioni, esperienze e strategie.

a cura di
Valentina Cocci
 Responsabile Gruppo Gand
 Dipartimento dipendenze Usl 8 Arezzo
Paolo E. Dimauro
 Direttore Dip.to dipendenze Asl 8 Arezzo,
Federico Taverniti
 Agenzia Toscana notizie

INDAGINE NELLE SCUOLE

Un test fotografa gli abusi giovanili

L'attuazione del progetto da parte del Dipartimento delle dipendenze di Arezzo è stata possibile grazie al finanziamento che la Regione ha destinato nel 2010 a ciascuna Asl. "È ancora un gioco?" si è articolato su più livelli: a) ricerca tra le figure chiave della comunità locale (medici di medicina generale, parroci, esercenti, ecc.) per sensibilizzare la potenziale rete in via; b) progetto di ricerca e sensibilizzazione degli studenti delle scuole superiori della provincia di Arezzo attraverso un concorso per la produzione di materiale su "gioco e giovani"; c) sensibilizzazione della popolazione aretina sui rischi del gioco lecito attraverso incontri specifici nelle circoscrizioni comunali, associazioni sportive e parrocchie; d) campagna di informazione sui rischi del gioco lecito attraverso i media locali con lo slogan "Se perdi i soldi... rischi di perdere anche la testa".

La ricerca è stata condotta su un campione di 384 studenti tra i 16 e i 20 anni (221 femmine e 163 maschi) delle classi terza e quarta di alcune scuole medie superiori della provincia aretina che hanno risposto ad alcune domande sulle abitudini dei loro coetanei. Il questionario è diviso in due parti: un pre-test (diffusione dei giochi d'azzardo tra i giovani, conoscenza su giochi e loro caratteristiche, funzionamento psicologico-comportamentale del giocatore patologico e presenza di servizi specialistici sul territorio) e un post-test (indagine sulle stesse aree del pre-test dopo che i ragazzi hanno partecipato a un intervento psicologico/educativo).

Secondo il 35,7% degli intervistati il "gap" è diffuso

Secondo gli intervistati fumare è praticato dal 60,7% dei loro coetanei, così come il bere (54,9) e usare droghe (45,6). Venendo al gioco d'azzardo, per quasi la metà (47,4) è poco praticato, per un terzo (30,5) lo è abbastanza e per il 5,2% molto. Soltanto per 63 ragazzi non è praticato da giovani della loro età. Scommesse e giocare a soldi tra coetanei sembra essere una pratica diffusa per 9 ragazzi su 10. Molti sottovalutano il rischio derivante da alcuni giochi: per quasi 7 su 10 il bingo non è un gioco d'azzardo, così come per il 65,1% le lotterie, per il 55,2% il "Gratta e Vinci", per il 54,4% il winforlife, per il 52,9% il lotto/superenalotto e per il 43,2% le scommesse sulle partite di biliardo o altri giochi.

Piuttosto approssimativa la conoscenza dei ragazzi nel merito: per quasi la metà dei ragazzi l'abilità influenza il risultato di gioco, per il 40,6% è possibile prevedere il caso, per un terzo scegliere i numeri incide sulla probabilità di vincere e uno su 3 ritiene falso che un giocatore patologico miri a riguadagnare i soldi.

Infine, soltanto 1 interpellato su 2 ha dichiarato di sapere che ad Arezzo ci sono servizi pubblici specialistici. I risultati del post test dimostrano che i ragazzi modificano rapidamente il proprio punto di vista se informati o sollecitati da interventi mirati, che poi è stato uno degli obiettivi del progetto. Risultati completi della ricerca su www.cedostar.it.

COME FUNZIONA LA PRESA IN CARICO

Una strategia a 360 gradi

L'idea di fondo del modello organizzativo del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo è che l'operatore socio-sanitario, da solo, non può rispondere ai bisogni complessi del giocatore d'azzardo e della sua famiglia. È indispensabile un'integrazione tra clinica e territorio, sia per mettere a punto strategie terapeutiche condivise che nel gap coinvolgono sempre aspetti molteplici e complessi che per promuovere azioni di studio e progetti di prevenzione.

È in questa ottica, che concepisce il gioco d'azzardo come un problema di salute pubblica, che il SerT di Arezzo, fin dal 2004, anno di apertura dell'ambulatorio per il "gap" e le nuove dipendenze, ha promosso la costituzione di una rete territoriale che ha aperto un dialogo costante tra il Dipartimento delle dipendenze e l'Educazione alla Salute dell'Asl 8, il Comune, la Provincia, la Prefettura, la Guardia di finanza, la Caritas Diocesana, le categorie economiche, la Misericordia in qualità di Fondazione antiusura, l'Associazione Mirimettoingiochi. Questo "tavolo" permanente ha permesso di costruire

una cultura sui rischi del gioco lecito attraverso azioni di studio e di ricerca e l'apertura di spazi di confronto che hanno coinvolto scuola, associazionismo, gestori, parrocchie e centri di aggregazione. Significativa la campagna di denuncia sui rischi del gioco lecito da parte della Caritas Diocesana di Arezzo-Cortona-Sansepolcro attraverso l'affissione di manifesti per informare le famiglie sui rischi e sul servizio di aiuto presso l'Asl 8.

Nel 2010 il Dipartimento delle dipendenze di Arezzo ha preso in carico 128 persone con problemi di "gap" (92%) e altre dipendenze comportamentali. Il profilo medio del giocatore è maschio, coniugato, lavoratore dipendente, tra i quaranta e i cinquant'anni, con licenza media inferiore, giocatore di slot machine che si rivolge all'ambulatorio quando il gioco ha già causato diversi danni (conflitti familiari, debiti, messa a rischio del posto di lavoro e microilleciti). Il trattamento prevede, fin dal primo colloquio, il coinvolgimento della famiglia come risorsa terapeutica attraverso la partecipazione ai gruppi multifamiliari.

L'ASSOCIAZIONE «MIRIMETTOINGIOCO»

Informare è la prima cura

Nel 2007 nasce ad Arezzo l'associazione Mirimettoingiochi. L'iniziativa parte da alcune persone alle prese con problemi di "gap" che partecipano ai gruppi terapeutici del Dipartimento dipendenze della Asl 8.

Tra queste, anche l'attuale presidente, Marco Sbragi. «Il nostro obiettivo - dice - è promuovere informazione e sensibilizzazione principalmente sul "gap" ma anche su altre dipendenze, come a esempio lo shopping compulsivo, e di collaborare con il servizio pubblico per la prevenzione e il trattamento di queste patologie. Inoltre mettiamo a disposizione uno spazio di auto-mutuo aiuto ai giocatori e ai loro familiari. In questo momento fanno parte dell'associazione circa una quarantina di persone, tra ex giocatori e familiari».

Anche Marco è stato un giocatore problematico che un bel giorno si è svegliato, ha aperto gli occhi e ha deciso di smettere. «Tutto è accaduto un sabato mat-

tina. Il giorno prima - racconta - avevo passato nove ore consecutive davanti a una slot machine. Nove ore senza poter essere rintracciato da nessuno, familiari o clienti. A un certo punto nel bar dove stavo giocando entra mia moglie. Litighiamo di brutto. La mattina dopo capisco che non potevo andare avanti così, raccontando bugie e sperperando grosse somme di denaro».

L'Associazione è stata la salvezza. «Sono riuscito a fermarmi in tempo - conclude Marco - a chiedere aiuto prima di toccare il fondo. Quando giocavo ero convinto di poter controllare la mia vita. A chi mi avesse detto che quello che facevo era da malati avrei risposto con un sorriso. Invece era così. Sono entrato nel gruppo terapeutico grazie alla dottoressa Cocci e da allora la mia vita, per fortuna, è cambiata».

Per mettersi in contatto, scrivere a info@mirimettoingiochi.org o visitare il sito www.mirimettoingiochi.org.

ROBOTICA

In streaming mondiale gli interventi con «Da Vinci Sisd Dual Console»

Grosseto fa l'Ateneo virtuale



Italia, Usa, Francia e Hong Kong in videoconferenza - Contatti da 41 Paesi

Parte dall'ospedale di Grosseto «Clinical virtual university», il progetto di Università virtuale, con il Corso avanzato di Robotica, svoltosi presso la Scuola internazionale di Chirurgia robotica del Misericordia dal 27 giugno al primo luglio scorso, alla presenza del professor Piercristoforo Giulianotti.

Dalla sala operatoria della Chirurgia generale di Grosseto, dove dal 2010 è in funzione il robot di ultima generazione «Da Vinci Sisd Dual Console» sono stati trasmessi, per la prima volta, in live-streaming mondiale sul sito della Crsa (www.clinicalrobotics.com - Clinical robotic surgery as-

sociation - Associazione mondiale di Chirurgia robotica, fondata da Giulianotti), gli interventi svolti durante il corso, oltre alle lezioni che si sono tenute alla scuola. Il live video, inoltre, era accompagnato dall'audio, con il commento del chirurgo che stava operando e la possibilità per le persone collegate di intervenire in tempo reale attraverso una linea chat.

Durante gli interventi il sito ha registrato 1.400 contatti, da oltre 300 città e 41 Paesi del mondo. Sono 29 i chirurghi iscritti al corso e altrettanti i docenti internazionali che si sono alternati nelle diverse sezioni, sia a Grosseto che in videoconfe-

renza dalle sale operatorie di Chicago, Minneapolis, Ridgewood negli Stati Uniti, Nancy in Francia, Hong Kong.

«Il progetto di Università virtuale che sperimentiamo a Grosseto - spiega Giulianotti - coinvolge al momento la Asl 9, l'Università dell'Illinois, l'Università del Texas, l'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano. Si tratta di un'idea nata all'interno della Crsa, con la quale intendiamo far crescere e incrementare la possibilità di seguire interventi di chirurgia robotica direttamente dal sito dell'Associazione. L'obiettivo è rendere disponibili i materiali didattici all'intera comunità medica e

far diventare la Crsa un forum permanente e internazionale per il progresso e il costante miglioramento della qualità. Dalla fase sperimentale, infatti, passeremo all'organizzazione di veri e propri corsi universitari on line, con programmi definiti, sistemi di iscrizione e lezioni modulari sulla parte teorica. L'obiettivo, oltre a rendere sempre più democratico l'accesso all'aggiornamento, è contribuire ad elevare gli standard di qualità e creare una rete di centri di eccellenza in questa specialistica».

Lina Senserini
Ufficio Stampa Asl 9 Grosseto

LUCCA

Da un anno all'altro più infortuni ma di gravità inferiore alla media

Il 2010 si è chiuso con un bilancio a luci e ombre per quanto riguarda gli infortuni sul lavoro. Lo evidenzia la consueta analisi effettuata dal Dipartimento della prevenzione dell'Azienda Usl 2. Se da una parte non si sono verificati infortuni mortali nei luoghi di lavoro (con esclusione degli infortuni stradali), il numero complessivo di primi certificati di infortunio è salito rispetto al 2009, anche se è inferiore ai livelli toccati dal 2006 al 2008. Si sono inoltre verificati 313 infortuni gravi, che hanno evidenziato rilevanti problematiche di sicurezza.

Registrati dati superiori a quelli regionali

Partendo dalla situazione generale, è utile un confronto con la situazione toscana, rispetto alla quale si può dire che sul territorio dell'Azienda Usl 2 si registra un tasso infortunistico standardizzato (numero di infortuni ogni 1.000 lavoratori equivalenti, corretto in base alla tipologia produttiva dei diversi territori) leggermente superiore rispetto al dato regionale, tuttavia con una gravità degli infortuni inferiore.

Dall'analisi degli infortuni sottoposti a indagine di polizia giudiziaria nel 2010, si può ricavare un profilo delle principali problematiche di sicurezza ancora da

risolvere. Nel comparto carta una delle modalità di accadimento più frequenti è tuttora l'incastro in zone di imbocco fra rulli, particolarmente frequente nelle cartotecniche: l'argomento è ancora oggetto di vigilanza da parte dell'Azienda sanitaria e di approfondimento tecnico da parte di un gruppo costituito da Associazione industriali, Sindacati di categoria, Rls e operatori dell'Azienda Usl 2, per lo studio di indicazioni di sicurezza condivise. In edilizia la modalità di accadimento più frequente degli infortuni gravi è la caduta dall'alto, frequentemente per sfondamento di coperture non portanti come etemiti e lucernature. In edilizia la modalità di accadimento più frequente degli infortuni gravi è la caduta dall'alto, frequentemente per sfondamento di coperture non portanti come etemiti e lucernature.

Nel comparto alimentare, infine, si sono verificati nel 2010 alcuni infortuni con fratture o amputazioni di dita per contatto con utensili o parti di macchinari taglienti.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

PISA

Quando il calcolatore arricchisce l'opera del chirurgo ortopedico

Guide chirurgiche in grado di forare i peduncoli spinali con estrema precisione, sulla base di immagini Tc (tomografia computerizzata) del paziente: sono il risultato del lavoro congiunto svolto tra EndoCas, il Centro di eccellenza per la chirurgia assistita al calcolatore dell'Università di Pisa, diretto dal professor Franco Mosca, e la Clinica ortopedica universitaria I dell'AouP, diretta da Michele Lisanti. Il frutto di questa sinergia è stato presentato la scorsa settimana a Londra, durante il congresso della Caos-Computer assisted orthopaedic surgery (l'appuntamento di riferimento mondiale sulle tematiche comuni ai due gruppi di lavoro: chirurgia ortopedica e tecnologie computer assistite) dall'ingegner Vincenzo Ferrari e dal dottor Paolo Pardi dell'Università di Pisa.

L'idea, per la quale l'ateneo pisano ha provveduto a depositare domanda di brevetto, è stata particolarmente apprezzata anche dagli organizzatori del congresso che, nella persona di Klaus Radermacher, direttore dell'Helmholtz institute for biomedical engineering of aachen university e pioniere nella realizzazione di queste tecnologie, han-

Depositata una richiesta di brevetto dall'Università

no invitato i due ricercatori pisani a fornire, oltre ai risultati esposti nella sessione plenaria, anche i dettagli del loro lavoro in un seminario all'interno di un workshop dedicato alle guide chirurgiche ortopediche. Un settore in decisa espansione.

La collaborazione tra la Clinica ortopedica universitaria I e il Centro EndoCas è nata poco più di due anni fa e ha già permesso di ottenere risultati di rilievo internazionale.

EndoCas è stato istituito nel 2003 e dal 2006 il progetto ha dato vita a un centro permanente di ricerca all'interno dell'ospedale di Cisanello dove si lavora allo sviluppo e

alla realizzazione di prototipi con pratiche applicazioni in numerose branche della chirurgia. Ad «Endocas Research» si è poi affiancata, con il sostegno della Regione Toscana, «Endocas Education»: una struttura adiacente alla prima, finalizzata alla formazione di studenti, medici e infermieri attraverso l'utilizzo di simulatori di vario genere, meccanici, mecatronici e in realtà virtuale.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

SIENA

Epilessia e corteccia senza segreti se gli elettrodi toccano il cervello

Epilessia senza segreti a Siena grazie a una tecnica innovativa che permette di analizzare direttamente la corteccia cerebrale.

Il rivoluzionario intervento, il primo in Toscana effettuato su pazienti adulti, è stato realizzato al policlinico Santa Maria alle Scotte dal Dipartimento di Neuroscienze, diretto da Alessandro Rossi, dove ha sede il centro per il trattamento dell'epilessia farmaco-resistente, coordinato da Raffaele Rocchi.

«Per valutare con precisione l'area dove ha origine l'attacco epilettico - spiega Raffaele Rocchi - abbiamo inserito, attraverso piccoli fori nella

Alle Scotte tecnica innovativa in neurochirurgia

calotta cranica, degli elettrodi a diretto contatto con la corteccia cerebrale». L'intervento è stato eseguito in collaborazione con la Neurochirurgia Universitaria, con Aldo Mariottini, la Neurologia e Neurofisiologia Clinica con i neurologi Giampaolo Vatti e Raffaele Rocchi, la Nint (Neuroimmagini e Neurointerfettistica del policlinico), con Alfonso Cerase e la Neuroanestesia, con Ettore Zei.

«Si tratta di una tecnica che viene usata - continua Rocchi - quando il semplice e non invasi-

vo elettroencefalogramma non fornisce sufficienti informazioni sull'area epilettogena. La paziente, una donna di 50 anni, ha avuto gli elettrodi nel cervello per circa una settimana e, successivamente, è stata operata per rimuovere la zona dove hanno avuto origine gli attacchi epilettici, non curabili con i farmaci. La zona asportata è il lobo temporale destro, intervento eseguito con successo e controllo completo delle crisi epilettiche che sono scomparse. Ora la paziente è in follow up».

«Questa tecnica permette anche di valutare se è possibile effettuare o meno l'intervento neurochirurgico di asportazione cerebrale. È molto importante capire se la zona dove ha sede la crisi - conclude Rocchi - sia anche sede di funzioni importanti per l'essere umano. Inoltre, grazie al posizionamento di questi elettrodi, possiamo mandare impulsi al cervello in modo da indurre delle crisi e studiarle più approfonditamente, analizzando anche le funzioni delle aree su cui sono poggiati gli elettrodi».

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou di Siena

IN BREVE

▼ EMPOLI

L'Asl 11 di Empoli riorganizza l'offerta specialistica, ottimizzando le risorse per ampliare l'offerta ai cittadini e migliorare la programmazione dei servizi.

L'Asl 11 sta svolgendo, quindi, un percorso organizzativo di assetto del settore ambulatoriale, che tiene conto della domanda del territorio e della disponibilità di sedi e tecnologie, puntando sul recupero delle ore di viaggio per sedi distrettuali e sulla riallocazione delle ore recuperate, ma anche sull'allocazione di nuove risorse per alcune specialistiche (urologia, dermatologia, ginecologia/ostetricia, neurologia, oculistica), sul recupero delle fughe e sulla rimodulazione dell'offerta consultoriale.

▼ LIVORNO

Publicato sul sito dell'Azienda Usl 6 di Livorno il nuovo bando per l'alienazione dell'immobile di lungomare Marconi, nel comune di Piombino. L'edificio viene venduto nello stato di fatto e di diritto in cui si trova. Il prezzo per la base d'asta è fissato a 1 milione e 350mila euro, con riduzione del 10% rispetto all'ultima asta pubblica andata deserta. L'aggiudicazione avverrà al migliore offerente mediante offerte segrete che potranno essere aumentate nel corso della seduta pubblica. L'aggiudicazione è condizionata al versamento di una caparra confirmatoria, di un importo pari al 20% del prezzo offerto, da effettuarsi entro le 48 ore lavorative successive alla notifica dell'aggiudicazione.

▼ PISA

Società della salute della zona Pisana e Cesvot insieme per sostenere la partecipazione attiva e consapevole del volontariato e delle altre organizzazioni del Terzo settore, così come previsto dalla normativa Regionale. Grazie all'intesa verranno messe in atto azioni di carattere formativo e informativo che vedranno Società della salute e Cesvot cooperare per rendere più efficace l'apporto del Volontariato alla predisposizione del Piano integrato di salute. Inoltre il presidente della delegazione Pisana del Cesvot sarà invitato in maniera permanente all'interno del Comitato di partecipazione della Sds pisana, organo deputato a esprimere pareri sulla qualità dei servizi e sulla Programmazione territoriale.

CALENDARIO



MASSA E CARRARA

Al Dipartimento materno-infantile dell'Asl I di Massa e Carrara in programma un corso sul carcinoma dell'endometrio di aggiornamento sulle strategie terapeutiche e il possibile trattamento chirurgico laparoscopico. Per info: 0585657516, formazione@usl1.toscana.it



GROSSETO

Presso l'Agenzia della Formazione-Enaoli Rispecchia dell'Asl 9 di Grosseto prima edizione del corso «Dal benessere organizzativo al benessere individuale» mirato a implementare la conoscenza delle buone prassi per il benessere dei lavoratori del comparto sanità. Per info: 0564485046, r.bassi@usl9.toscana.it



SIENA

Ridurre il rischio di errori nei pazienti traumatizzati addominali, cranici e con fratture ossee. Questo l'obiettivo del progetto formativo «Assistenza al paziente traumatizzato». Tra gli argomenti l'assistenza al paziente con trauma cranico e il percorso politrauma. Per info: 0577585549, d.fabbri@ao.siena.toscana.it

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

INTER
NET
PER
TUTTI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua
www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche