

Linee guida per garantire l'assistenza

Ilaria Lombardi *
Maria Teresa Mechi *

La risoluzione Oms del 2008 su "La Salute dei migranti", con cui si rinnova l'invito a sviluppare strategie sanitarie eque e volte all'inclusione dei migranti senza discriminazioni di genere, età, religione, nazionalità o razza, trova compiuta risposta nelle scelte di politica sanitaria della Regione Toscana che, grazie allo sviluppo di un processo politico e legislativo che si è ulteriormente consolidato negli ultimi anni anche rispetto alle tematiche dell'immigrazione, riconosce i "diritti di cittadinanza sociale" e assicura la tutela del diritto alla salute dei cittadini stranieri a prescindere dalla titolarità del permesso di soggiorno, con preciso riferimento anche alla tutela sanitaria degli stranieri cosiddetti vulnerabili.

I dati sull'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati suggeriscono che gli stranieri incontrano ancora ostacoli nell'accedere alle cure sanitarie.

Usare di cure sanitarie adeguate costituisce, infatti, un problema per il complesso iter giuridico che deve affrontare chi richiede la cittadinanza e soprattutto coloro che non hanno permesso di soggiorno; gli immigrati, in particolare la fascia degli irregolari, incontrano ostacoli ad accedere ai servizi sanitari per la difficoltà nel districarsi all'interno del labirinto dei servizi ma soprattutto per la mancanza di conoscenza dei propri diritti.

Occorre perciò fare in modo che il diritto sulla

CONTINUA A PAG. 2

SSN&DIRITTI Dall'Agenzia regionale di Sanità il punto sulle condizioni degli immigrati

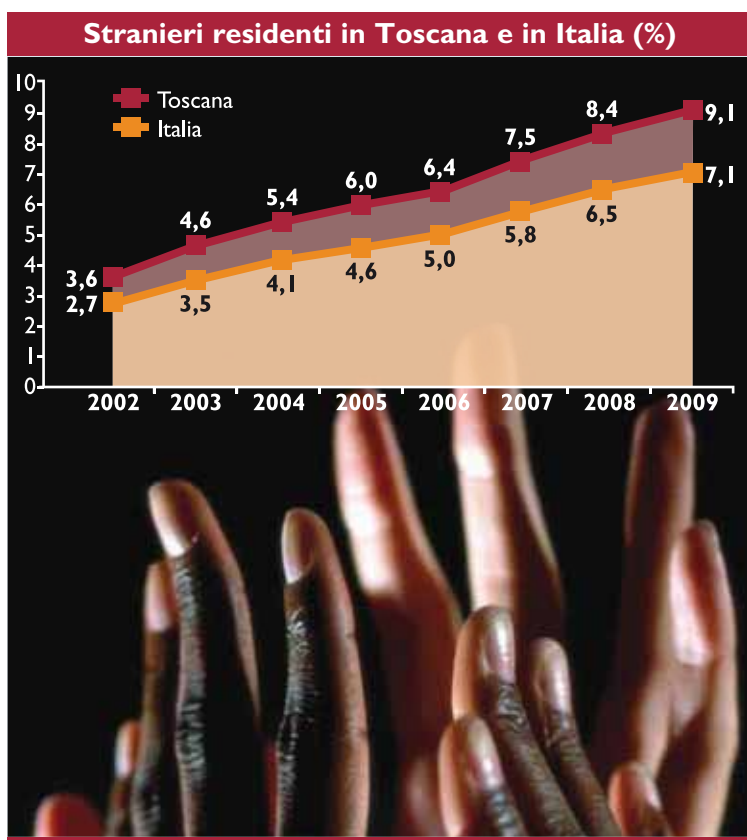
Stranieri, identikit di salute

Malattie trasmissibili e incidenti sul lavoro sono le prime criticità

L'Agenzia regionale di Sanità ha tentato di utilizzare in modo intensivo i dati amministrativi rilevati dai flussi informativi sanitari (e non) correnti - Sdo, certificato di assistenza al parto, Registro di mortalità regionale, Inail, Registro regionale Aids e flussi sulle malattie infettive, flussi Istat demografici e sull'istruzione - e attraverso studi ad hoc - "Salute in Carcere", "Intervento Medu nella popolazione rom a Firenze", "Il ruolo della Health Literacy nei processi informativi del percorso di nascita" - per tracciare la salute delle popolazioni immigrate residenti e non in Toscana.

Negli ultimi anni la quota di stranieri regolarmente iscritti nelle anagrafi dei Comuni della Regione Toscana è aumentata notevolmente, passando dal 3,6% del totale dei residenti a fine 2002 al 9,1% a fine 2009 e, in termini assoluti, da 127.298 a 338.746. La proporzione di stranieri in Toscana è di due punti superiore alla media nazionale. La popolazione straniera residente supera il 10,0% nelle Ausl di Arezzo, Siena, Firenze ed Empoli, mentre raggiunge il 12,7% nell'Ausl di Prato. È invece più bassa nelle Ausl dell'Area Vasta Nord-Ovest. La percentuale di stranieri irregolari è in diminuzione (dal 13,4% al 9% Stima Ismu). La proporzione di cittadini non italiani (Stp compresi) dimessi dalle strutture ospedaliere della Toscana è in aumento: nel 2000 era il 3,3%, nel 2005 il 4,6% e nel 2010 il 6,8%; la maggior parte proviene dai Paesi "a forte pressione migratoria" (Pfp).

L'azienda sanitaria di Prato registra il maggior numero di ricoveri di cittadini stranieri (15,3%), seguita da Empoli (9,1%) e dall'Aou di Careggi (7,9%). I primi tre Paesi di provenienza sono nella quasi totalità dei casi Romania, Marocco e Albania; a eccezione di quanto registrato nelle aziende sanitarie di Prato, Firenze e Careggi. La tendenza per regime di ricovero è simile per italiani e per stranieri: a una diminuzione dei ricoveri per regime ordinario corrisponde un progressivo aumento dei ricoveri in regime di day hospital, a



IL PIANO 2011-2013

Cantieri sicuri, la strategia triennale

La Giunta ha approvato il programma di prevenzione degli infortuni

Nel triennio 2011-2013 saranno attuate azioni di prevenzioni in edilizia in tutte le Asl. È stato infatti approvato dalla Giunta (delibera n. 468 del 6 giugno scorso) il piano regionale "Azioni di prevenzione in edilizia", attuativo del Piano nazionale di prevenzione in edilizia. Saranno individuati interventi di prevenzione e sicurezza specifici per il comparto e su tutto il territorio attraverso progetti che le Asl presenteranno. Tra gli interventi, la formazione e informazione ai soggetti strategici e sul territorio, attività di comunicazione e sensibilizzazione sui problemi di tutela della salute dei lavoratori del comparto, attività finalizzate alla costruzione di un archivio delle soluzioni per la sicurezza condivise e attività finalizzate allo sviluppo di soluzioni tecnologiche innovative per il miglioramento della sicurezza e igiene del lavoro. Tra gli obiettivi nazionali c'è il controllo annuale in Toscana di almeno 4.000 cantieri e che almeno il 20% dei cantieri assegnati sia sorvegliato congiuntamente con Drl, Inail, Inps.

eccezione dell'ultimo anno (2009), in cui si nota un'inversione di tendenza. Mediamente i soggetti residenti in Toscana provenienti dai Pfp presentano un'età al ricovero inferiore rispetto ai cittadini italiani, in entrambi i generi.

Relativamente alle malattie infettive, in Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2010, sono 389 (l'8,7% del totale) i soggetti di cittadinanza non italiana (di cui 46 provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato) ai quali è stata notificata una diagnosi di Aids. La maggior parte dei cittadini non italiani proviene dal Brasile (26,2%) e dalla Nigeria (13,1%), dove il rischio di trasmissione del virus Hiv è legato prevalentemente a rapporti sessuali connessi alla prostituzione. Particolarmente allarmanti i dati relativi alla tubercolosi, che rimandano a determinanti economici e di integrazione: dal 1994 al 2009 i casi di Tbc notificati in Toscana a non italiani hanno rappresentato nel complesso il 33,7% del totale dei casi. La proporzione di casi di Tbc in soggetti stranieri è in costante aumento: era il 17,6% nel 1994, il 30,5% nel 2001 sino ad arrivare al 59,4% nel 2009. La quasi totalità dei casi Tbc nato all'estero proviene dai Pfp. Lo svantaggio degli immigrati è inoltre palese se si considerano le malattie trasmissibili e gli infortuni sul lavoro; in particolare, le donne immigrate sono soggette a un forte rischio di esclusione sociale in materia di salute riproduttiva.

La Toscana, come l'Italia, ha subito negli ultimi 20 anni un radicale cambiamento passando dall'essere una Regione storicamente di emigrazione a una di immigrazione. Il monitoraggio costante e accurato dei bisogni di salute della popolazione immigrata, finalizzato all'attuazione di interventi di Sanità pubblica, è una questione di particolare rilevanza per il Ssn, al fine di compiere delle scelte politico-programmatiche centrate sui reali bisogni degli stranieri.

Fabio Voller

Responsabile Settore Epidemiologia
Servizi sociali integrati - Agenzia
regionale di Sanità della Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2 E 3

CONTROCANTO

Comunicare meglio: ecco la ricetta

di **Gavino Maciocco *** e **Sabina Nuti ****

L'organizzazione dell'assistenza sanitaria agli immigrati in Toscana si presta a molteplici considerazioni, a diverse e anche contrastanti letture. Luci e ombre, come si usa dire. L'analisi qualitativa, basata su focus group e interviste svolte con immigrati e operatori sanitari dal Laboratorio Mes, ha messo in luce l'elemento più critico:

la scarsa efficienza (in certi casi, in alcune realtà, la completa carenza) degli strumenti informativi e comunicativi sia sul versante degli utenti - la popolazione immigrata - che sul versante degli operatori sanitari e amministrativi.

È fin troppo ovvio sottolineare quanto la corretta

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Farmacie/ 1: la "mappa" di Prato

La Giunta ha definito la pianta organica delle farmacie della provincia di Prato: per il Comune di Carmignano l'istituzione di una nuova sede (n. 4) e la ridelimitazione della sede farmaceutica n. 3; per il Comune di Montemurlo l'istituzione di una nuova sede (n. 5) e la ridelimitazione delle sedi farmaceutiche esistenti; per il Comune di Prato l'istituzione di una nuova sede (n. 47) e la ridelimitazione delle sedi n. 2, 5, 9, 30 e 31. La decisione è stata presa dopo aver considerato la rilevazione dei residenti certificati dall'ufficio anagrafe dei Comuni alla data di inizio del procedimento di revisione. (Delibera n. 354 del 16/05/2011)

▼ Farmacie/ 2: la "pianta" di Firenze

Approvata la pianta delle farmacie di Firenze. Considerando che il rapporto farmacia/popolazione ne prevede una ogni 4.000 abitanti la Giunta ha deciso: per il Comune di Borgo San Lorenzo l'istituzione di una nuova sede (5) e la modifica dei confini delle sedi farmaceutiche nn. 1 e 2; per il Comune Sesto Fiorentino la correzione degli errori contenuti nella descrizione dei limiti territoriali delle sedi farmaceutiche nn. 1, 2, 5, 6, 7 e 10; per il Comune di Signa l'istituzione di una nuova sede (5), la modifica dei confini delle sedi nn. 1, 2 e 3 e la specificazione della delimitazione territoriale della sede n. 4. (Delibera n. 355 del 16/05/2011)

ALL'INTERNO

Mobilità, patto con la Liguria

DOCUMENTO A PAG. 4-5

Alcol, video per i giovani

A PAG. 6

Autistici adulti, aiuti a Pistoia

A PAG. 7

SSN&DIRITTI

Indagine Mes Sant'Anna-Università di Firenze sui bisogni assistenziali



Immigrati, cure a ostacoli

Informazione viziata da addetti disinformati e "passaparola" fuorvianti

Quali sono le necessità e i bisogni di salute della popolazione immigrata? Il Sistema sanitario toscano risponde effettivamente in maniera integrata e univoca a tali bisogni? Per rispondere a tali interrogativi per la prima volta la popolazione immigrata e gli operatori sanitari toscani hanno espresso direttamente il loro punto di vista nell'ambito del progetto di ricerca "Immigrati e Salute. Percorsi di integrazione sociale", affidato al Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, in collaborazione con l'Università di Firenze nel 2010 e 2011.

Attraverso la tecnica qualitativa del focus group, in cui ciascun partecipante esprime liberamente le proprie esperienze secondo una traccia di temi stabiliti, utenti stranieri, residenti o soggiornanti sul territorio aziendale, e operatori sanitari, medici e amministrativi, hanno raccontato il loro vissuto: i primi con il servizio sanitario regionale e i secondi la loro esperienza quotidiana di lavoro con tale popolazione. Sono state inoltre svolte 24 interviste individuali, somministrate da mediatori linguistico-culturali, a persone straniere non in grado di esprimersi in italiano, il cui punto di vista è stato considerato essenziale per la ricerca. In totale, quindi, sono stati ascoltati 145 operatori e 121 utenti stranieri di oltre dieci diverse nazionalità.

Quali i principali risultati emersi da tale rilevazione? Il primo e più importante ostacolo per un corretto accesso ai servizi e organizzazione degli stessi è la

manca di informazioni, questione sentita sia dagli utenti che dagli operatori. Gli operatori, pur incontrando quotidianamente l'utenza straniera, dimostrano una scarsa o non completa conoscenza della normativa riguardante l'accesso degli stranieri, a eccezione di molti amministrativi. Notevole eterogeneità si registra a esempio rispetto alla modalità di assistenza agli stranieri irregolari (tramite l'assegnazione del codice chiamato Stp, acronimo della definizione "Straniero temporaneamente presente"); in alcune aziende gli "Stp" sono presi in carico negli ambulatori di medicina generale, mentre in altre i medici di base intervistati sono convinti che la legge impedisca di avere stranieri non in regola tra i pazienti. Anche le modalità di erogazione dello stesso codice "Stp" risultano sensibilmente diverse da azienda ad azienda. Tali

incertezze e diffiducia sono imputate dagli operatori alla mancanza di comunicazione e di diffusione delle informazioni a livello aziendale. Da segnalare, inoltre, che in pochissime aziende esiste un responsabile di riferimento in materia.

Per quanto riguarda i migranti, la scarsa circolazione di informazioni sul funzionamento dei servizi sanitari e sui diritti garantiti dalla normativa si è rivelata critica. Il passaparola tra connazionali, spesso inefficace perché veicolo di informazioni incomplete o errate, è la più diffusa fonte di informazione: «le voci arrivano in qualche maniera, ogni volta che incontriamo un connazionale... ma non sappiamo dove rivolgerci».

Accessi impropri al Pronto soccorso, dove si ha la certezza della prestazione e della sua gratuità, o tardivi, con conseguente rischio per la salute, sono la prima conseguenza di tale situazione.

La situazione degli Stp è critica: la proposta di inserire l'obbligo di segnalazione degli irregolari anche per il personale sanitario, poi decaduta grazie a una massiccia mobilitazione, ha provocato un'ondata di paura e di disinformazione non ancora riassorbita, che sembra aver determinato un calo di accessi e una "clandestinità sanitaria" a danno degli stranieri e dell'intera collettività.

I costi del ticket, i tempi di attesa e le caratteristiche strutturali, come orari di apertura dei servizi e la lontananza dal domicilio, sono altri fattori che ostacolano l'accesso ai servizi. Gli immigrati lamentano la difficoltà di lasciare il lavoro per effettuare visite e controlli, gli operatori sono messi in difficoltà dagli accessi impropri al Pronto soccorso, la sera o nei giorni festivi, e dai continui ritardi agli appuntamenti fissati.

Molte sono le sfide che la presenza dei migranti pone in luce per il servizio sanitario: tali sfide riguardano il tema dell'accessibilità e equità nel suo complesso e che un sistema universalistico, senza cadere nella trappola di un assistenzialismo forzato, ma lavorando per la stipula di un "patto" di reciproca corresponsabilità tra i diversi attori coinvolti, deve saper cogliere e affrontare in maniera reattiva e sostenibile.

Giulia Capitani e Francesco Paletti
Laboratorio Mes
Luca Pieri
Università di Firenze

LE DINAMICHE DI SALUTE

L'iter dei migranti: da "sani" a "esausti"

L'immigrato che arriva nel nostro Paese ha un patrimonio di salute pressoché integro: è il cosiddetto "effetto migrante sano", che fa riferimento a un'autoselezione che precede l'emigrazione. Ma tale patrimonio di salute si mantiene? All'interno del progetto "Immigrati e salute. Percorsi di integrazione sociale" sono state realizzate due indagini quantitative volte allo studio della salute dei migranti: la prima sull'analisi dei dati di accesso e utilizzo da parte della popolazione migrante dei servizi sanitari e la seconda focalizzata su mappatura e organizzazione dei servizi dedicati, in ogni azienda sanitaria toscana, a tale popolazione. Il profilo di salute che emerge dall'analisi dei flussi sanitari, in particolare la Sdo e il Cap dell'ultimo triennio, è quello di una popolazione complessivamente sana, che accede alle strutture essenzialmente per motivi legati a eventi fisiologici, quali la gravidanza, o accidentali, come i traumi. Le analisi dei dati toscani confermano un impatto modesto della presenza straniera sull'assistenza ospedaliera (intorno al 6%), inferiore all'impatto demografico, stimato intorno al 9% per la Toscana. Il peso sui ricoveri degli Stp è di circa lo 0,5% sui ricoveri totali per il triennio.

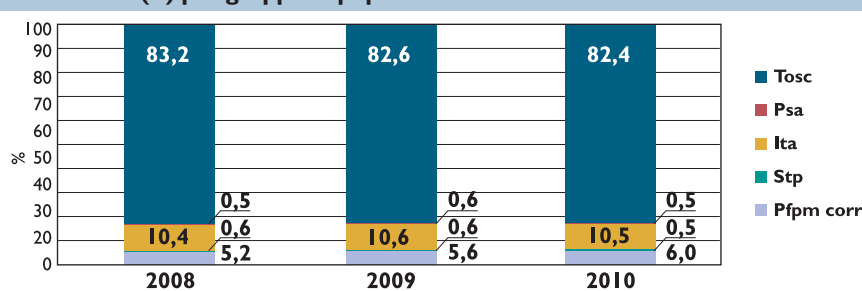
Le dinamiche di salute della popolazione straniera dipendono però anche dalla rapidità con cui il patrimonio di salute dei migranti si depaupera nel Paese ospite, per effetto della continua esposizione a svariati fattori di rischio, quali difficoltà di inserimento sociale, povertà, disadattamento, discriminazione nell'accesso ai servizi sociosanitari. Dai dati infatti emerge una "fragilità sociale" alla base di alcune condizioni di criticità sanitaria, per le quali si evidenzia un eccesso di rischio a carico degli stranieri. Ciò accade per condizioni legate alle malattie infettive, su cui pesano prevalentemente le difficili condizioni di vita e di lavoro, il

degrado abitativo, l'apporto alimentare carente o le difficoltà d'accesso a terapie innovative e a livelli assistenziali più appropriati. I ricoveri per traumi negli uomini sono legate a situazioni lavorative; i ricoveri per Ivg per le donne sono legati a disinformazione. Da sottolineare inoltre il ricorso a ricoveri potenzialmente inappropriati in urgenza, che rispecchiano un mancato o parziale accesso ai servizi di medicina territoriale. Ma il mancato accesso alla medicina territoriale si riflette anche nella mappatura dei servizi nelle Asl. Il dato che emerge è il divario tra la popolazione straniera residente in Toscana e la popolazione straniera iscritta al Ssr: nel 2009 dei 338.746 stranieri residenti sono iscritti al Ssr 280.188, pari all'82,71% di tale popolazione. Circa 9.090 erano le tessere Stp rilasciate nel 2009 in Toscana, la cui variabilità si accompagna a una eterogeneità nella modalità di rilascio, quasi unicamente a livello ospedaliero o solo sul territorio.

Dall'effetto "migrante sano" si sta passando all'effetto "migrante esausto": una perdita di salute per la popolazione immigrata legata ai determinanti sociali di salute. L'analisi però mette in luce un punto critico comune ad altre Regioni, ma su cui gli operatori possono incidere velocemente: l'ineadeguatezza dei sistemi informativi rispetto alle rilevazioni per tale flusso di popolazione. Finché questo problema non sarà superato, non si potranno studiare le differenze di incidenza dei fenomeni, ma solo le differenze di composizione all'interno dei fenomeni e difficilmente si parlerà di risposta ai bisogni di salute in termini programmatici.

Sara Barsanti, Nicola Iacovino
Laboratorio Mes
Francesca Santomauro
Università di Firenze

Ricoveri (%) per gruppo di popolazione e anno secondo l'analisi delle Sdo



Tosc: ricoveri di italiani residenti in Toscana; **Psa:** stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (relative percentuali 0,5;0,6 e 0,5 nel triennio); **Ita:** ricoveri di italiani non residenti in Toscana; **Stp:** ricoveri di stranieri temporaneamente presenti (relative percentuali 0,6;0,6 e 0,5 nel triennio); **Pfp corr:** ricoveri di stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria residenti in Toscana.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

circolazione delle informazioni sulle modalità d'ingresso nel Ssr per immigrati regolari e non e sulla conseguente offerta dei servizi sanitari, nonché la presenza di efficaci strumenti di interpretariato e mediazione culturale, siano condizioni essenziali per garantire l'effettiva fruizione del diritto alla salute per una parte sempre più consistente di popolazione toscana.

Ecco le tre principali raccomandazioni da seguire:

1. L'informazione alla popolazione. Una serie di informazioni multilingue - riguardanti le informazioni generali, i diritti e le normative, i percorsi assistenziali, i moduli di consenso informato - dovrebbero essere prodotte centralmente e disseminate (anche attraverso il sito web della Regio-

ne); mentre altre più specifiche, relative all'accesso ai servizi amministrativi e sanitari dell'Asl o dell'Ao, dovrebbero essere prodotte localmente e pubblicizzate attraverso i differenti canali (stampa, web, radio, Tv ecc.).

2. La comunicazione. Tutte le aziende sanitarie e ospedaliere dovrebbero dotarsi di un servizio di mediazione linguistico culturale (molte in differente misura già lo hanno), calibrato sulle specifiche realtà aziendali, ma caratterizzato da almeno tre standard minimi: a) presenza fissa nei servizi dell'area materno infantile; b) presenza su chiamata; c) interpretariato telefonico (se correttamente utilizzato, a oggi l'unico strumento per ottenere una prestazione in condizioni di urgenza). Potrebbe

essere preso in considerazione - in via sperimentale - il coinvolgimento di persone all'interno delle comunità di stranieri presenti sul territorio, che possano svolgere una funzione di facilitazione e di avvicinamento ai servizi.

3. L'informazione e la formazione degli operatori. L'informazione sistematica a ogni livello del sistema e la formazione continua degli operatori più vicini all'assistenza agli immigrati dovrebbero rappresentare l'input primario per la necessaria qualificazione dei servizi.

* Dipartimento di Sanità pubblica
Università di Firenze

** Direttrice Laboratorio
Management e Sanità
Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Linee guida per garantire... (segue dalla prima pagina)

carta sancito dalle buone norme nazionali e regionali si traduca concretamente in risposte adeguate che si realizzano non solo fornendo un'assistenza sanitaria qualitativamente elevata ma anche migliorando l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni, facendo sì che le difficoltà a muoversi nel consistente e stratificato corpo normativo su questo tema non ostacolino le migliori intenzioni di tutela.

In questa ottica è prioritaria, quindi, un'attenta programmazione regionale, attraverso il Piano di indirizzo integrato per le politiche sull'immigrazione, correlata a una puntuale azione di indirizzo rispetto all'uniformità del diritto di accesso del cittadino straniero all'offerta sanitaria. A tal fine è stato costituito un gruppo di lavoro regionale con il compito di elaborare

linee guida che racchiudano tutti gli elementi necessari per la corretta e omogenea applicazione di quanto sancito a livello nazionale e locale.

Il Piano di indirizzo integrato e le linee guida, insieme all'analisi del bisogno e al monitoraggio costante dell'assistenza offerta a questa fascia di popolazione assicurati dall'Ars e dal Mes, rappresentano le leve principali attraverso le quali la Regione Toscana intende realizzare l'accoglienza solidale delle cittadine e dei cittadini stranieri che si trovano sul territorio regionale, nel rispetto dei principi di pluralismo delle culture, reciproco rispetto e integrazione partecipe.

* Settore Diritti e servizi sociosanitari
della persona in ospedale
Regione Toscana

SSN&DIRITTI

La salute riproduttiva come indicatore di sviluppo della popolazione

Straniere, parti al raddoppio

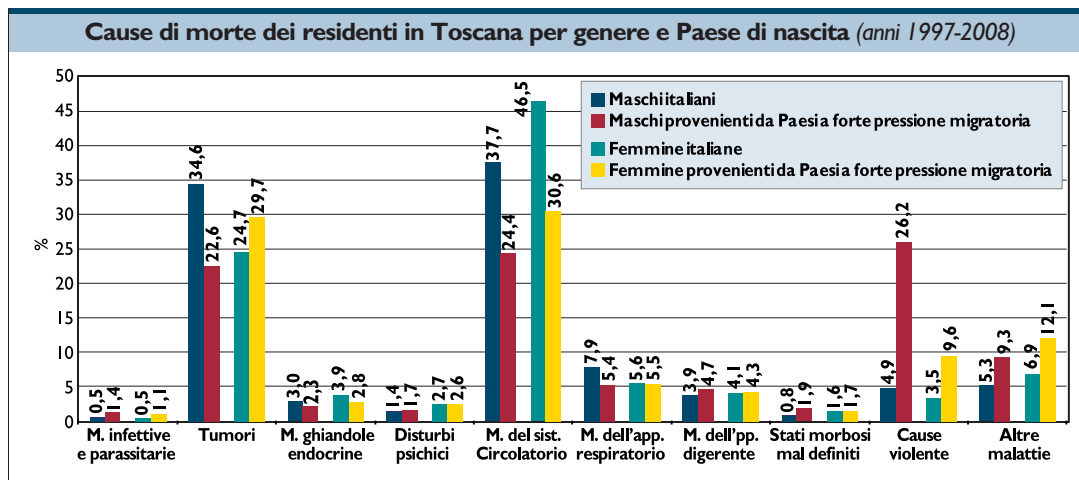


Nati da mamme estere dal 17,5% al 25,5% in dieci anni - Record a Prato

La salute riproduttiva rappresenta un indicatore di salute e di sviluppo della popolazione. Le donne immigrate, per ragioni fisiologiche legate soprattutto alla gravidanza e al parto, accedono ai servizi sanitari molto più degli uomini che vi si rivolgono prevalentemente per traumi, malattie dell'apparato digerente e respiratorio.

Negli ultimi 10 anni, in Toscana, il numero di parti da donne straniere è più che raddoppiato: nel 2010 il 25,5% dei parti (era il 17,7% nel 2005) è da attribuire a donne di nazionalità straniera con una diversa distribuzione per azienda sanitaria. È l'azienda sanitaria di Prato a detenere il primato della frequenza di parti da donne straniere, soprattutto cinesi, raggiungendo nel 2010 il 53,6 per cento.

L'attenzione è rivolta maggiormente alle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfm): più giovani rispetto alle donne italiane, con un diverso comportamento riproduttivo anticipato di circa un quinquennio. Per quanto riguarda la gravidanza le donne Pfm si rivolgono prevalentemente al consultorio per eseguire visite e controlli. La



presenza, nei consultori, di mediatori culturali rappresenta la carta vincente per attrarre questa popolazione in quanto facilita la comunicazione delle buone pratiche relative all'assistenza.

Il numero medio di visite ed ecografie sono in linea con le indicazioni regionali anche se quattro donne su 100 dichiarano di non aver effettuato controlli in gravidanza. L'indicatore essenziale nella valutazione dell'assistenza in gravidanza è l'effettuazione della prima visita entro il primo trimestre di gravidanza: si registra un

accesso tardivo ai servizi per le donne Pfm soprattutto di cittadinanza cinese. Diversamente dalle donne italiane, le donne straniere sono sottoposte al taglio cesareo con minor frequenza, anche se la differenza tra le due popolazioni non risulta significativa qualora si aggiusti per le variabili socio-demografiche e materne.

Un indice di sofferenza da non sottovalutare è rappresentato dalla presenza di una persona di fiducia in sala parto: al momento del par-

to il 16,6% delle donne Pfm è solo rispetto al 6,8% delle donne italiane.

Nell'ambito della salute riproduttiva non si può non considerare l'abortività volontaria (Ivg). Il trend temporale degli ultimi dieci anni rileva un frequente ricorso all'Ivg da parte delle donne straniere, che va osservato con una certa attenzione. Il tasso di abortività volontaria delle donne straniere rimane superiore a quello delle donne italiane nell'intero periodo, anche se in costante decremento.

Sono le donne peruviane a registrare un maggior ricorso all'aborto volontario e una proporzione superiore di precedenti Ivgs. La scelta di interrompere una gravidanza dipende prevalentemente da condizioni sociali e culturali e si manifesta soprattutto nei primi tre anni dal momento dell'immigrazione: successivamente si assiste a una stabilizzazione con assunzione degli stessi comportamenti delle nostre nazionali.

La lettura dei bisogni dei più "deboli" aiuta a individuare le criticità e rappresenta un elemento di crescita per l'intera organizzazione sanitaria. Il fatto che le donne straniere siano le maggiori fruitrici dei consultori in gravidanza rappresenta un ottimo traguardo dal punto di vista del grado di accessibilità e fruibilità dei servizi.

Veronica Casotto e Monia Puglia

Settore Epidemiologia

Servizi sociali integrati

Agenzia regionale di Sanità

Valeria Dubini

Direttore

Struttura complessa Ostetricia

e ginecologia

Ospedale San Giovanni di Dio

Firenze

OCCHI PUNTATI SU CHI PROVIENE DA PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA

Bimbi e donne "Pfm", mortalità dato critico

In Toscana, come nel resto dell'Italia, nell'ultimo decennio si è osservato un progressivo incremento di stranieri provenienti dai Paesi a cosiddetta forte pressione migratoria (Pfm), sia per la Legge Bossi Fini del luglio 2002 sia per l'allargamento dei Paesi dell'Unione Europea, e più recentemente dai Paesi del Nord Africa.

Le condizioni di vita e di lavoro di questa popolazione immigrata sono in genere peggiori di quelle degli italiani e tali da comportare maggiori rischi per la salute. Per questo ci si aspetta che presentino tassi di mortalità più elevati di quelli osservati negli italiani.

In realtà in Toscana i tassi di mortalità degli immigrati sono più bassi di quelli degli italiani.

Si tratta di un fenomeno ben noto dovuto in parte al cosiddetto "effetto migrante sano"

(la popolazione che migra gode in genere di un buono stato di salute e non a caso gli immigrati sono prevalentemente giovani) e in parte al ritorno nel Paese di provenienza degli immigrati più vecchi e più gravemente malati.

Nella nostra regione, dal 1997 al 2008 sono stati registrati 1.782 decessi di immigrati Pfm, la maggior parte dei quali nelle 3 province con il maggior numero di immigrati: 915 a Firenze, 114 a Pisa e 109 a Prato.

Esaminando la mortalità infantile, cioè quella nel primo anno di vita, notiamo che in Toscana, come nel resto del Paese, negli immigrati Pfm è più elevata di quella registrata nei bambini nati da italiani, e sembra aumentare negli ultimi anni (la differenza percentuale passa dal 4,6% nel 2002-04 al 29,7% nel 2006-08).

Al primo posto tra le cause di decesso negli immigrati di sesso maschile vi sono le cause violente: rappresentano ben il 26,2% dei decessi totali osservati, 5 volte più frequenti di quelli negli italiani (4,9%).

Nelle donne i decessi per cause violente sono più contenuti ma sono comunque il triplo di quanto osservato nelle donne italiane. Si notano in particolare percentuali più elevate di infortuni sul lavoro, di omicidi e incidenti stradali, cioè di cause specifiche correlate a situazioni di disagio socio-economico e a situazioni di criminalità notoriamente più frequenti laddove la privazione è più elevata.

È probabile che fra qualche anno la tendenza osservata all'aumento della mortalità infantile come pure gli eccessi di decessi per cause violente negli immigrati residenti in Toscana si possano ridurre per una loro sempre mag-

Parti di straniere per Asl (2001 vs. 2010)

	2010	2001
Asl 4 Prato	53,6	29,8
Asl 11 Empoli	35,8	19,6
Asl 8 Arezzo	26,2	13,9
Toscana	25,5	12,7
Asl 10 Firenze	25,2	13,0
Asl 3 Pistoia	24,8	14,2
Aou Firenze	23,1	18,9
Asl 9 Grosseto	22,8	7,8
Asl 7 Siena	22,2	9,8
Asl 2 Lucca	21,5	9,7
Asl 5 Pisa	21,4	7,1
Aou Siena	21,2	11,8
Asl 6 Livorno	19,6	4,5
Asl 12 Viareggio	16,5	5,1
Aou Pisa	15,0	9,3
Asl 1 Massa e Carrara	14,2	4,9

giore integrazione nella società italiana e un migliore utilizzo del nostro servizio sanitario.

Elisabetta Chellini

Ist. studio e prevenzione oncologia (Isipo) Firenze

ALLERTA DELL'ARS SULLE CONDIZIONI DEI RECLUSI

Tra psiche e infezioni le emergenze dietro alle sbarre

Negli ultimi vent'anni il sistema penitenziario italiano ha subito importanti modificazioni riguardanti non soltanto il rapporto tra immigrazione e detenzione ma anche rispetto al numero totale di accessi presso le strutture detentive. Il forte incremento al quale abbiamo assistito non può non tener conto della crescita esponenziale della popolazione detenuta straniera. Attualmente in Toscana le 18 strutture penitenziarie ospitano 4.407 persone delle quali 2.241 (50,9%) risultano di nazionalità straniera. Questo valore, altamente al di sopra della media nazionale, varia all'interno dei diversi Istituti, rivelando maggiore nelle Case Cir-

condariali e nelle aree metropolitane. Secondo i dati del Dipartimento amministrazione penitenziaria (Dap), riferiti al febbraio 2011, anche in Toscana il numero di stranieri imputati risulta nettamente superiore con un valore di 66,2% rispetto al 36,8% dei detenuti italiani rimarcando la condizione di maggior precarietà nella quale queste persone vivono.

L'indeterminatezza della posizione giudiziaria è resa ancor più difficile dalla carenza di professionisti pronti a svolgere l'importante ruolo di mediazione all'interno di culture così diverse am-

plicando, così, quel divario che rende la convivenza ancor meno accettabile.

L'Agenzia regionale di sanità della Toscana in qualità di coordinatore dell'Osservatorio regionale per la salute in carcere, ha contribuito a tracciare una panoramica delle principali patologie da cui risulta affetta la popolazione detenuta, attraverso uno studio di coorte prospettico che dal 15 giugno 2009 al 15 giugno 2010 ha coinvolto 2.985 sui 4.169 presenti (71,6%) in quel giorno e sottoposti a visita medica. I dati su Paese d'origine e nazionalità prevalenti rispecchia-

no quanto riportato dall'Amministrazione penitenziaria, registrando un 52,8% di detenuti italiani a fronte di un 47,2% di origine straniera, con un numero maggiore di persone provenienti dall'Africa del Nord e dall'Europa dell'Est. Complessivamente, confrontando lo stato di salute dei detenuti con quello proveniente dalla popolazione libera, si è potuti trarre un giudizio confortante dal momento che non si ritrovano patologie dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio o oncologiche che, come è noto, rappresentano malattie fortemente invalidanti con ampia diffusione

nella popolazione generale.

Nella popolazione detenuta le affezioni principali risultano essere quelle legate alla salute mentale, all'apparato digerente e agli stati infettivi che, pur rappresentando importanti stati patologici, normalmente non hanno la stessa diffusione.

La presenza di disturbi così importanti in una popolazione giovane (32 anni nella popolazione straniera; 42 anni quella italiana), lo stile di vita altamente a rischio, il forte consumo di tabacco, la vita sedentaria e la forzata convivenza in spazi così ristretti, lasciano spazio al possibile in-

staurarsi, in età più avanzata, di patologie fortemente invalidanti in misura molto più elevata rispetto alla popolazione generale.

Alla luce di questi primi dati, appare, quindi, fin troppo evidente la necessità di attuare interventi di carattere preventivo al fine di ridurre non soltanto la diffusione di patologie già esistenti ma, soprattutto, di limitare tutti quei fattori in grado di favorire la stabilizzazione di patologie croniche.

Caterina Silvestri e Cristina Orsini

Settore Epidemiologia

Servizi sociali integrati

Agenzia regionale di Sanità

DOCUMENTI Firmato un accordo triennale per gestire meglio e monitorare il flusso dei pazienti tra le due Regioni



Alleanza con la Liguria sulla mobilità

Sotto la lente prestazioni, intramoenia e spesa - Allo studio percorsi per le cure specialistiche

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 420 del 23 maggio 2011 che contiene lo «Schema di accordo interregionale tra Regione Toscana e Regione Liguria per la gestione della mobilità sanitaria».

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Dlgs 502/1992 che all'art. 8-sexies, comma 8 prevede che «Il ministro della Sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sentita l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali, con apposito decreto definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale»;

Vista l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (provvedimento del 3 dicembre 2009, repertorio atti n. 243/Csr) che all'articolo 19 «Mobilità interregionale» recita «Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano ..., adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria...»;

Considerato che le Regioni Toscana e Liguria hanno da tempo promosso politiche collaborative su specifici settori di intervento, e intendono svilupparle a livello regionale con l'intento di regolarizzare gli scambi di prestazioni attraverso l'integrazione dei servizi e la regolamentazione dei rapporti finanziari, nonché affrontare nel più ampio contesto regionale le problematiche specifiche delle aree di confine;

Considerato che la Regione Toscana e la Regione Liguria hanno avviato

un confronto e hanno condiviso i criteri per la definizione dei parametri sui quali costruire l'Accordo e provveduto alla stesura congiunta dello stesso;

Preso atto che:

- l'Accordo è stato predisposto in conformità ai principi fondamentali fissati dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), che garantisce la libera scelta del cittadino ed affida alle Regioni ed alle strutture del Ssn il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio,
- che ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logicamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi,
- che fondamentalmente, gli obiettivi che entrambe le Regioni intendono perseguire attraverso l'Accordo sono la gestione della mobilità e la qualificazione dell'offerta;

Atteso che nell'Accordo viene determinato l'ambito della collaborazione, vengono individuati i principi generali e i compiti di ciascun ente sottoscrittore nonché gli ambiti di lavoro, rimandando ad un Piano annuale di attività la definizione analitica del programma di collaborazione che rende operativo l'Accordo stesso;

Ritenuto pertanto di approvare lo schema di Accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Liguria così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, e rinviare ad atto successivo della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale la definizione del Piano annuale di attività;

Preso atto del parere positivo espresso dal Ctd nella seduta del 12 maggio 2011;

A voti unanimi

DELIBERA

1) di approvare lo schema di Accordo per la gestione della mobilità sanitaria tra la Regione Toscana e la Regione Liguria così come risulta nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2) di autorizzare il Presidente della Giunta regionale o suo delegato alla sottoscrizione dell'Accordo di cui al precedente punto 1);

3) di incaricare il Direttore generale della Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale di definire i Piani annuali di attività previsti dall'Accordo di cui al precedente punto 1).

ALLEGATO A

Accordo per la gestione della mobilità sanitaria fra la Regione Liguria e la Regione Toscana

Premessa

È noto che la continuità territoriale tra le regioni a volte si scontra con i confini amministrativi esistenti e pertanto cittadini appartenenti a differenti riferimenti istituzionali si trovano, per motivi e giustificati ragioni (storiche, culturali, ambientali, di comodità di lavoro etc.), a usufruire di servizi e strutture sanitarie in luoghi diversi da quelli della propria appartenenza regionale. La vici-

nanza al luogo di cura, anche se situato in un'altra regione, la rete viaria e dei trasporti che rendono più agevole un contesto rispetto a un altro, la tradizione nel recarsi in un determinato luogo, ad esempio, sono motivi spesso sufficienti perché un cittadino decida di rivolgersi a strutture e servizi localizzati al di fuori della regione di residenza, creando così nelle regioni di confine un flusso di mobilità che può risultare rilevante.

È certamente compito e responsabilità delle singole regioni analizzare le motivazioni che sono all'origine dei flussi di mobilità e adottare le opportune azioni politiche e programmatiche al fine di soddisfare in maniera istituzionalmente adeguata i bisogni e la domanda sanitaria dei cittadini residenti nei propri territori, ma è del tutto evidente che le opportunità esistenti al di qua e al di là delle delimitazioni regionali, unitamente a comportamenti culturalmente storizzati e consolidati continueranno a configurare la mobilità di confine come fenomeno strutturale ineliminabile nei sistemi sanitari regionali.

In proposito, intese programmatiche e azioni sinergiche tra le regioni confinanti possono assumere valenza positiva tale da indurre ad assecondare piuttosto che a contrastare questo tipo di mobilità al fine di raggiungere, superando i confini istituzionali, gli obiettivi generali formulati da rispettivi servizi sanitari regionali.

In questo modo, grazie all'accordo esplicito tra regioni di confine, vengono superate le preoccupazioni di chi vede nel fenomeno della "fuga" o dell'"attrazione" una indebita interferenza (sul proprio servizio sanitario regionale) delle legittime scelte effettuate dalle regioni adiacenti.

Il quadro istituzionale

Il Dlgs 502/92 e successive integrazioni e modifiche, al comma 7 dell'articolo 8-sexies prevede che le Regioni possano stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna Regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

L'accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 sui livelli essenziali di assistenza, al punto 10, stabilisce che: «Laddove la Regione definisca specifiche condizioni di erogabilità delle prestazioni ricomprese all'interno dei Livelli Essenziali di assistenza sanitaria con particolare riferimento alle prestazioni di cui agli allegati 2B e 2C, o individui prestazioni/servizi aggiuntivi a favore dei propri residenti, l'addebitamento delle stesse, in caso di mobilità sanitaria, dovrà avvenire sulla base di:

- un accordo quadro interregionale, che regoli queste specifiche problematiche di compensazione della mobilità;
- eventuali specifici accordi bilaterali tra Regioni interessate».

Il Nuovo patto per la salute 2010-2012 siglato tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano il 3 dicembre 2009 indica gli accordi sulla mobilità interregionale tra i settori strategici in cui operare al

fine di qualificare i sistemi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e al tempo stesso un maggior controllo della spesa.

Inoltre, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, viene data indicazione alle Regioni, di individuare adeguati strumenti di Governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

- evitare fenomeni distortivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definiti;
- favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;
- individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Le linee dell'accordo

La Regione Toscana e la Regione Liguria, attraverso lo strumento dell'accordo, intendono sviluppare la collaborazione e l'integrazione fra le due reti regionali di servizi, favorendo la condivisione di esperienze e conoscenze, anche al fine di migliorare l'accessibilità, l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza nelle due Regioni.

La stipulazione dell'accordo avverrà nel rispetto dei principi fondamentali fissati dal Servizio sanitario nazionale (Ssn), che garantisce la libera scelta del cittadino e affida alle Regioni e alle strutture del Ssn il compito di assicurare l'appropriatezza e la qualità delle cure, in costanza del vincolo dell'equilibrio di bilancio.

Gli obiettivi delle Regioni Liguria e Toscana:

1. **Gestione della mobilità**

Con il presente accordo, le Regioni intendono definire le regole e le modalità per regolare le attività che caratterizzeranno, nel periodo di vigenza, i rapporti tra loro.

2. **Qualificazione dell'offerta**

Il rapporto strutturato tra le Regioni comporterà altresì l'assunzione di responsabilità dirette in merito alla qualità e appropriatezza delle cure.

Ciascuna Regione intende garantire ai propri cittadini le necessarie forme di assistenza con modalità che, indipendentemente dalla complessità del bisogno, rispettino gli standard di qualità dell'assistenza, siano logicamente vicine alla residenza e siano facilmente fruibili dai cittadini stessi.

Le linee di sviluppo dell'accordo sono le seguenti:

1. Individuare le tipologie di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale oggetto dell'accordo;

2. Valutare le opportunità connesse alla realizzazione di un sistema funzionalmente integrato di servizi, capace di rispondere in modo efficace ai bisogni di salute delle popolazioni di confine, indipendentemente dalla loro area di appartenenza istituzionale;

3. Stabilire le modalità per la definizione dei volumi di attività e finanziari e le procedure da adottare in caso di superamento di tali volumi, con la definizione di un tetto di spesa coerente con i flussi economici rilevati nell'ultimo anno di riferimento e con la previsione di possibili aumenti della spesa conseguenti allo sviluppo di attività concordate;

4. Identificare le aree (in termini di contenuti, modalità, tempi) per le quali adottare soluzioni diverse rispetto a quanto già stabilito per la compensazione interregionale a livello nazionale;

5. Attuare lo scambio informativo con tempestività trimestrale al fine di condividere programmi di monitoraggio e controllo dell'attività effettuata e di valutazione dell'appropriatezza delle tipologie e delle prestazioni effettuate;

6. Individuare modalità di informazione/cooperazione tra aziende sanitarie locali confinanti ai fini dei controlli sulle prestazioni effettuate;

7. Monitorare eventuali fenomeni derivanti da attività di attrazione non legati a reali bisogni di salute e sui quali adottare misure di contenimento;

8. Regolamentare l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia da svolgere in ambito extraregionale.

Ambiti di lavoro dell'accordo

L'accordo si articola nei seguenti ambiti di lavoro:

a) Analisi dei fenomeni di mobilità ospedaliera

Si intende sviluppare l'analisi dei fenomeni di mobilità e di approfondire le problematiche specifiche degli scambi tra le due Regioni individuando le diverse tipologie di domanda a cui il fenomeno risponde per coordinare i servizi delle due regioni e distinguere eventuali livelli di appropriatezza.

Si ritiene a tal proposito, di costituire un apposito gruppo di lavoro formato, oltre che dagli uffici competenti delle rispettive strutture regionali, anche dalle Aziende sanitarie di seguito indicate:

- per la Regione Toscana
Azienda ospedaliero-universitaria di Pisa, Meyer e Fondazione Gabriele Monasterio;

Aziende Usl di Massa e Viareggio;

- per la Regione Liguria
Azienda ospedaliera-universitaria San Martino e Istituto Scientifico G. Gaslini;

Asl n. 5 "Spezzino" e Asl n. 4 "Chiavarese";

Agenzia regionale sanitaria.

Il gruppo di lavoro avrà, inoltre, il compito di proporre la definizione di percorsi privilegiati per l'accesso alle prestazioni di alta specialità dei cittadini nell'altra Regione.

b) Mobilità specialistica ambulatoriale

In tema di specialistica ambulatoriale la disomogeneità che si può ritrovare nella definizione regionale dei criteri di accesso e/o nelle indicazioni volte al miglioramento della appropriatezza si configura spesso come una concreta criticità.

Il fenomeno esprime una specifica sofferenza nelle zone di confine e può determinare, in quelle popolazioni, l'idea di un federalismo competitivo e di un concetto di appropriatezza, dettati più da esigenze di equilibrio economico regionale piuttosto che da rigorosi criteri scientifici e programmatori.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

Si assegna quindi, al gruppo di lavoro di cui sopra, il compito di monitorare anche la mobilità relativa alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare attenzione alle principali prestazioni di diagnostica strumentale.

c) Problematiche specifiche delle Aree di confine

È il tema di maggior interesse, poiché le aree di confine costituiscono l'ambito ove sperimentare concretamente l'idea di un federalismo solidale.

Si dà mandato, pertanto, alle Aziende sanitarie interessate di istituire Gruppi di lavoro che valutino e propongano la definizione di accordi di fornitura relativi alle aree sopra elencate finalizzati a garantire la miglior qualità e continuità assistenziale in un sistema funzionalmente integrato di servizi che sappia valorizzare le opportunità presenti in un'ottica di ottimizzazione complessiva delle risorse impegnate.

I Gruppi di lavoro aziendali potranno avvalersi delle competenze professionali presenti nei Gruppi regionali. L'ipotesi di proposta, eventualmente prodotta, dovrà essere sottoposta a una valutazione di conformità da parte delle Regioni.

Le Aziende sanitarie provvederanno, inoltre, a dare attuazione agli aspetti operativi legati ad accordi su specifiche aree di collaborazione.

Periodo di vigenza

Il presente accordo resterà in vigore per un periodo di tre anni a partire dall'anno 2011 e si intende automaticamente rinnovato a meno di una esplicita disdetta da parte di una delle Regioni interessate da comunicare tre mesi prima della scadenza.

A esso verrà data attuazione annuale attraverso specifici piani attuativi adottati d'intesa dalle due Regioni.

●

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 (integrazione, rete degli ospedali, organizzazione, la precedente programmazione ecc.) e declinare le proprie idee, sulle tematiche di interesse o su tutte, e aggiungerne di nuove e inviarle all'indirizzo e-mail pianosanitariosociale@regione.toscana.it. Le proposte saranno lette dal gruppo di lavoro dedicato. I contributi potranno essere pubblicati integralmente o per estratto sulle pagine de Il Sole-24 Ore Sanità Toscana e sul sito regionale. Una modalità di ascolto che punta, fin dalle prime fasi del complesso e articolato percorso che condurrà all'approvazione del nuovo piano da parte del Consiglio regionale, a trovare un terreno di visione e di proposta condiviso.

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

Temi proposti:

I risultati del precedente piano.

Ogni nuovo ciclo di programmazione deve partire dai risultati del ciclo precedente. Quali quelli raggiunti?

Per esempio:

- gli obiettivi raggiunti dal Psr 2008/2010;
- le criticità ancora aperte;
- le priorità da cui ripartire.

Determinanti di salute:

Il nuovo Psir vuole valorizzare tutti quegli interventi capaci di agire sui determinanti non sanitari della salute (stili di vita, disagio sociale, consapevolezza personale, ambiente...). Come farlo e con chi?

Per esempio:

- collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- partecipazione di associazioni dei cittadini, dei malati, dei loro familiari;
- stretta collaborazione interassessorile e intersettoriale.

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;
- dal mercato della salute;
- dal disagio sociale.

Integrazione:

Una delle parole chiave del nuovo Psir sarà "Integrazione": fra quali soggetti, articolazioni o percorsi è importante? Come realizzarla?

Per esempio:

- percorsi intra ospedalieri, interni al territorio, tra ospedale e territorio, fra gli interventi preventivi e i servizi specialistici;
- valorizzazione di nuovi ruoli per i professionisti;
- attraverso lo strumento delle Società della salute;
- banche dati comuni.

INTESA CON L'ASL DI AREZZO E I SINDACI DELLA ZONA

Le linee programmatiche per sviluppare il polo della riabilitazione in Valdarno

PREMESSO

Che il Crt spa ha un ruolo di polo di eccellenza di Area vasta Sud-Est per la riabilitazione dei pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite, riconfermando in tal modo quanto già previsto nella pianificazione strategica regionale;

Che quanto assunto come necessità dalla Conferenza dei Sindaci Zona Valdarno nel Protocollo di Intesa del 28 Maggio 2007 ha trovato risposta attraverso le sotto riportate modalità:

- sono stati eseguiti i lavori di adeguamento del Crt per permettere il trasferimento di n. 8 posti letto Cod. 75 dal Presidio di San Donato. Il numero complessivo di posti letto Cod. 75 è quindi di n. 20 posti letto per le esigenze della popolazione residente nell'Area Vasta Sud-Est e comunque toscana;
- la regione Toscana ha stanziato la somma di Euro 2.450.000,00 destinata in via esclusiva alla ristrutturazione del Presidio di Terranuova Bracciolini;
- è stato approvato il progetto di massima per la ristrutturazione del presidio di Terranuova Bracciolini e definito il progetto sanitario. Entro giugno 2011 saranno predisposti il progetto esecutivo e gli atti di gara per l'affidamento dei lavori, previsto entro il mese di agosto 2011, con una durata stimata in due anni;

CONSIDERATO

che è interesse della Conferenza dei Sindaci Zona Valdarno, del Comune di Terranuova Bracciolini e dell'Azienda Usl 8 di Arezzo confermare la validità del Crt, preso atto della relazione del Direttore Generale riguardo le prospettive future;

che l'offerta di servizi riabilitativi erogata da Crt è articolata in maniera molto ampia, tale da soddisfare pienamente i bisogni di salute della popolazione assistita sia attraverso prestazioni di ricovero ordinario (pl cod 75, pl cod 56) che di assistenza extraospedaliera residenziale e semiresidenziale (pl ex art 26), articolate nelle branche di riabilitazione neurologica, ortopedica, cardiologica;

che per poter potenziare e migliorare qualitativamente l'offerta di prestazioni riabilitative, mantenendo uno stretto collegamento con la realtà sociosanitaria del territorio valdarnese, è necessario decongestionare i locali ospedalieri, dedicandoli prevalentemente alle attività di degenza e concentrare nel ristrutturando presidio di Terranuova tutte le attività ambulatoriali e socio sanitarie erogate o erogabili dal Crt;

che Crt è diventato, grazie all'impegno congiunto della Conferenza dei Sindaci Zona Valdarno, del Comune di Terranuova Bracciolini e dell'Asl 8 di Arezzo e al management e ai lavoratori della società stessa, una realtà competitiva con i principali centri di riabilitazione di livello regionale e nazionale sia per quantità che qualità dei servizi erogati;

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

1. Per un ulteriore consolidamento, qualificazione e sviluppo del Polo integrato in Valdarno fra Asl 8 - Crt Spa come polo di eccellenza della rete riabilitativa toscana, si conferma la dotazione di 20 posti letto cod. 75 come previsto dalla programmazione dell'Area vasta Sud-Est e della Regione Toscana;

2. Sviluppo del Presidio di Terranuova Bracciolini come struttura integrata Riabilitativa e socio sanitaria sulla quale far confluire tutte le attività riabilitative erogabili ambulatorialmente, nonché ulteriori attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali;

3. Avvio dei lavori di ristrutturazione dell'ex ospedale di Terranuova Bracciolini entro il terzo trimestre 2011, da finanziarsi utilizzando, in parte, lo stanziamento di Euro 2.450.000 già deliberato dalla Regione Toscana alla Asl 8 ed, in parte, risorse a carico del Crt;

4. L'Articolazione zonale della Conferenza dei Sindaci dell'Area sociosanitaria del Valdarno si impegna a promuovere lo sviluppo, nell'ambito delle procedure di concertazione dell'Area vasta di competenza, dei percorsi assistenziali riabilitativi inseriti nel progetto sopra richiamato;

5. Il Direttore generale dell'Azienda Usl 8 di Arezzo si impegna ad adottare i provvedimenti necessari alla piena operatività in Area Vasta dei percorsi riabilitativi assicurati dal Polo integrato di riabilitazione intensiva ed estensiva del Valdarno aretino.

●



direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Beatrice Sassi
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 24 del 21-27 giugno 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa

PREVENZIONE

«Safe night» è il progetto contro i comportamenti a rischio dei ragazzi



Giovani e alcol, notti sicure

Nelle discoteche i teenager riceveranno dei videoclip nei loro cellulari

Da una parte un mix di fretta, imprudenza, pericoloso, casualità. E di alcolica allegria. Dall'altra la testa, il cui uso rappresenta il primo rimedio per evitare guai di ogni tipo. E poi la parola dei giovani verso i giovani, il medium più efficace di tutti, ovvero la comunicazione da pari a pari.

Sono questi gli ingredienti del progetto «Ditestamia» che anche quest'anno prosegue, come nelle edizioni passate, dotandosi però di nuovi strumenti e di nuovi compagni di viaggio intelligenti. E mai come nel caso dei divertimenti notturni ce n'è bisogno. L'ultimo nato si chiama «Safe night», notte sicura e per un anno si è rivolto ai giovani di Firenze, Pisa, Livorno e Arezzo. Ne sono nati 30 videoclip di poco più di trenta secondi l'uno, pronti per essere «sparati» nei dintorni dei luoghi di aggregazione notturna giovanile, a partire dalle discoteche. Non verranno proiettati in sala, ma armeranno un computer in grado di inviarli ai cellulari, per una visione personalizzata da parte dei destinatari. Il sistema è in grado di «mirare» e «colpire» in maniera efficace cellulari palmari e smartphones presenti in un ragazzo di cento metri dalla fonte. È il bluetooth marketing, la nuova frontiera delle campagne di promozione di un divertimento sicuro, perché consapevole e informato.

Sono i dati delle ricerche e delle indagini sui comportamenti a rischio a dirci quanto ce ne sia bisogno. Il consumo di alcol e droga nella popolazione giovanile è in forte espansione. Quattro bicchieri di bevande alcoliche a serata, di cui tre tra aperitivi, softdrinks e birra, più uno di superalcolici: questo è ciò che viene consuma-



Alcol test all'uscita di un locale

to dall'italiano medio nel fine settimana. E in Toscana non va affatto meglio. Più di un giovane tra i 14 e i 19 anni su quattro è un binge drinker, cioè un bevitore compulsivo fino all'ubriacatura, raggiunta la quale è un caso se si riesce a sopravvivere, evitando l'alta probabilità di restare coinvolto in un incidente. Statisticamente si tratta soprattutto di giovani maschi. Ma le femmine non ne sono certo indenni. Da una ricerca condotta dal Dipartimento di Psicologia dell'Università di Firenze emergono dati interessanti sulle variabili psicosociali connesse alla guida ad alta velocità. L'aspetto psicologico è fondamentale, come spiega Sandra Carpi Lapi, dell'Università di Firenze. Dalla ricerca che ha condotto risulta che i giovani in auto vanno più forte, che la molla che li spinge a comportamenti erra-

ti è il divertimento, ma anche il denaro, uniti alla voglia di superare i limiti e di non porseli proprio, i limiti, affidandosi al caso, in un delirio di onnipotenza.

Insomma insicurezza e onnipotenza sono le due facce di un medesimo clima culturale. Circa un terzo dei conducenti abituali di ciclomotori, moto o auto ha riferito di aver guidato almeno una volta, nell'ultimo anno, dopo aver consumato elevate quantità di alcol, mentre il 16% dopo aver assunto droghe. Guidare ad alta velocità o andare in auto con un amico che ha bevuto risulta essere fra i comportamenti a rischio più frequenti, insieme all'assumere alcol, fumare cannabis e avere rapporti sessuali non protetti; tuttavia tali comportamenti mostrano un andamento non omogeneo in relazione all'età: in particolare, la guida

pericolosa, sia propria che di amici, e l'assunzione di alcol tendono a diventare meno frequenti con l'aumentare dell'età. Lanciare l'auto ad alta velocità acquista un senso all'interno di uno stile di vita teso a sperimentare emozioni forti e a consumare senza limiti di spesa: il problema del limite, della ricerca spasmodica di un suo superamento, della difficoltà di trovare in se stessi e nel gruppo di amici le risorse per individuare interessi maggiormente in sintonia con il proprio benessere, appare di importanza cruciale.

Di qui l'importanza di progetti come «Safe night». Il progetto vede coinvolte cinque unità mobili di strada, dieci tra associazioni e cooperative che conducono progetti di educazione stradale, educazione alla legalità, promozione del benessere giovanile e della sicurezza urbana e sociale.

Nella produzione dei videoclip sono stati invece coinvolti cento giovani, quattordici équipes di operatori sociali, venticinque tra educatori e operatori di strada. Attraverso i videoclip prodotti sono state elaborate campagne di informazione e prevenzione sul tema dell'alcol correlato alla guida, ma anche sulle malattie sessualmente trasmissibili, sull'abuso di alcol e sostanze illegali, sul gioco d'azzardo e sulla promozione di stili di vita positivi. Si tratta di materiali che sono utilizzati come strumenti di comunicazione all'interno degli eventi giovanili e festival che si tengono in tutta la Toscana, e nel prossimo anno scolastico saranno utilizzati anche nelle scuole secondarie.

pagina a cura di
Tiziano Carradori
Agenzia Toscana Notizie

I CONSUMI

Droghe: boom tra gli under 20

Per quanto riguarda le sostanze illegali, nel 2010 si stima un incremento dei consumatori di cocaina pari al 40%; e anche per i consumatori di eroina, si parla di un incremento dal 10 al 20%. Cifre che riguardano soprattutto i giovani tra i 14 e i 20 anni, con caratteristiche socio-demografiche ben lontane da quelle degli eroinomani tradizionali.

Secondo PrevoLab (un Osservatorio previsionale che ipotizza scenari evolutivi relativi al fenomeno della diffusione di sostanze illegali), nei prossimi anni in Italia più di 4,5 milioni di persone faranno uso di cannabis rispetto agli attuali 3,5 milioni. E l'evoluzione del fenomeno - dicono gli operatori del Cnca - non è solo quantitativa: le ricerche dell'ultimo decennio dicono che dietro i dati si celano nuovi significati e comportamenti che mettono in discussione la validità delle categorie tradizionali di approccio al consumo problematico di sostanze.

«È sempre più frequente in strada - dicono gli operatori delle unità mobili di strada - l'osservazione di situazioni di consumo da parte di adolescenti con età progressivamente più basse. C'è un uso "strumentale" delle sostanze alcoliche, che vengono assunte in compagnia, in alcuni casi in un'occasione particolare (discoteca o altro), in altri per rendere vivace una serata troppo tranquilla, per raggiungere l'obiettivo "divertimento" grazie ai meccanismi disinibitori dell'alcol, oppure per potenziare gli effetti di sostanze psicoattive assunte in concomitanza».

COSA C'È NEI MESSAGGI

Ecco tre "videoesempi" da imitare

Ecce tre esempi di cosa viene «sparato» sui cellulari dei giovani.

Clip 1. Essere a terra e non accorgersene

Effetto notte. Primo piano su due ragazze ubriache in sella al loro motorino. Si chiedono dove andare per proseguire la serata. La camera allarga per scoprire che in realtà (e per fortuna) il motorino non ce l'hanno fatta a reggerlo. È appoggiato in terra con loro sopra. Sullo sfondo la festa che hanno lasciato. Decidono allora di non provarci nemmeno, a guidare. Fermano un taxi e si fanno accompagnare, auspicabilmente a casa. Il formato è quello di un cartoon, che si conclude con una serie di indicazioni sui comportamenti da seguire per evitare problemi con la guida quando si è bevuto.

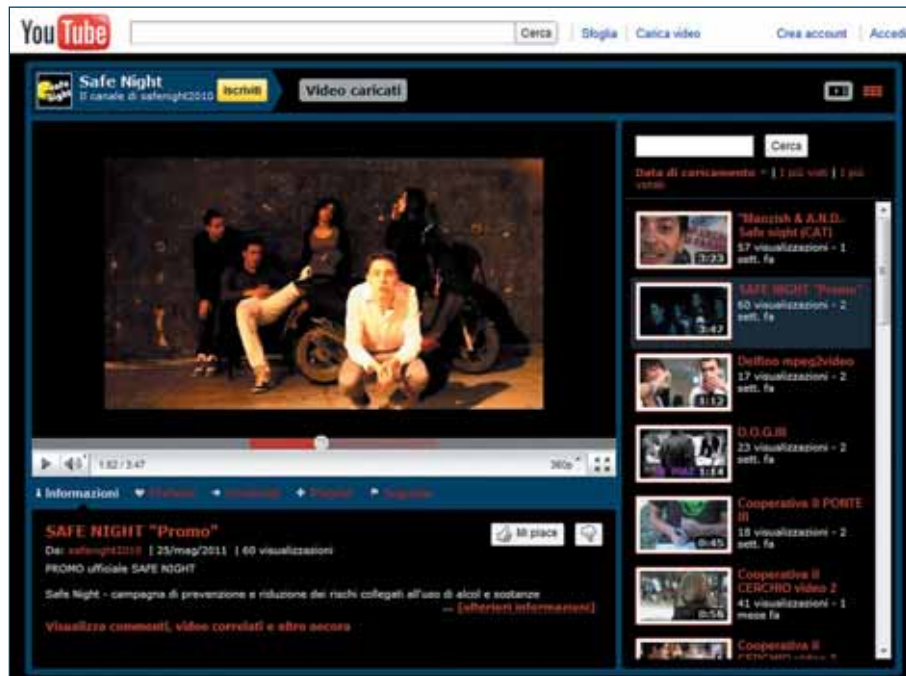
Clip 2. Come un fumetto

Un gruppo di giovani fuori da una discoteca. Mentre si sente la musica in sottofondo, si salutano. Appare la scritta: «ciao come stai?».

Entrano e il volume della musica si alza. Si divertono, scherzano, ballano e bevono. Stavolta la scritta recita: «tutto bene?». A fine serata uno di loro deve farsi accompagnare dall'amica all'auto perché non si regge in piedi. La scritta commenta: «e adesso come stai?». Poi, mentre l'immagine si sfuoca per la sbornia, la scritta chiosa: «se hai fatto una bevuta di troppo non guidare», «aspetta prima di metterti alla guida» o «fatti accompagnare».

Clip 3. Non bere per gioco

In un circolo un adolescente gioca a biliardino con l'amico. In sottofondo la telecronaca di una partita di calcio. Lui gioca e beve birra. Appare la scritta «gioca e bevi». Poi fa gol e beve accompagnato dalla scritta «vinci e bevi». Infine perde la partita e mentre si sente l'urlo del gol, lui beve, stavolta accompagnato dalla scritta «perdi e bevi». Quindi ecco prodursi in una serie di bevute a ripetizione. Ma la scritta conclude: «per gioco non bere».



Il canale di Youtube sul progetto «Safe night»

PISTOIA

Prima iniziativa regionale sviluppata dall'associazione Agrabah e dall'Asl 3

Autismo assistito negli adulti



Finanziamento dell'assessorato alla Salute e psichiatri dell'azienda

Ha preso il via il primo progetto a livello regionale sull'autismo rivolto ai soggetti adulti. Nato dalla collaborazione tra associazione Agrabah e il Dipartimento di Salute mentale dell'Asl 3 Pistoia, il progetto sperimentale "Formazione lavorativa per futura Farm Community" presenta una serie di innovazioni sostanziali nel trattamento dei soggetti autistici, proponendosi di sperimentare soluzioni nuove per verificare la possibile evoluzione verso un miglioramento delle condizioni mentali anche per gli adulti, oggetto questo di un attualissimo dibattito tra gli addetti ai lavori.

L'autismo dell'adulto, infatti, negli anni passati

era inserito nell'ambito delle disabilità, e quindi seguito dai servizi sociali, con scarsi risultati dal punto di vista clinico, mentre, con lo scorso Piano sanitario (ancora in funzione fino al varo del nuovo piano 2011-2015) la Regione l'ha inserito nell'ambito di gestione dei Dipartimenti di Salute mentale.

Finanziato dallo stesso assessorato regionale per il Diritto alla salute e dall'Asl 3 che tramite il proprio Dipartimento metterà a disposizione 2 psichiatri (oltre a Silvia Baldassari anche Michela Nieri) per complessive 10 ore settimanali, il progetto è innovativo perché per la prima volta non sarà finanziato il servizio a prestazione o a rette ma il

progetto nella sua complessità, indipendentemente dal numero dei soggetti trattati e delle prestazioni erogate, in un'ottica di programmi personalizzati per ogni singolo paziente. La Regione Toscana mette a disposizione anche un esperto dell'autismo, Gianpaolo La Malfa, che sarà il riferimento scientifico per l'associazione.

L'idea di base del progetto è fornire agli utenti (12 soggetti adulti affetti da autismo), in un ambiente adeguato, gli strumenti per poter sviluppare le capacità che poi saranno usate e consolidate nel progetto più ampio che sarà la Farm Community vera e propria. Si intende mettere in atto, quindi,

un'attività specifica di formazione lavorativa per consolidare le abilità acquisite nel biennio appena trascorso, durante il quale è stato svolto uno specifico training al lavoro florovivaistico e all'orticoltura. Le attività florovivaistiche previste possono essere prettamente agricole o nell'ambito della trasformazione dei prodotti, e a tali attività si accompagneranno trattamenti terapeutici e riabilitativi specifici, programmati, attuati e verificati in base alle esigenze individuali.

Roberto Marconi
Ufficio Stampa Asl 3 Pistoia

VALDINIEVOLE

I dieci anni del centro anti-fumo: il profilo degli 898 pazienti assistiti

Compie dieci anni il Centro antifumo (Caf) della Zona/distretto Valdinievole. Fino a oggi sono state quasi mille le persone assistite per abbandonare l'abitudine tabagica. Il servizio rappresenta un'eccellenza per l'Asl 3 Pistoia che l'ha istituito a maggio 2001 con un'équipe composta da Vittoria Pellegrini, medico specialista in tossicologia, Fabrizio Fagni, direttore del Sert di Montecatini e psicologo, e Teresa Alfano, operatrice del Centro.

Nell'Asl 3, riservando anche le indicazioni regionali, è stato messo a punto un percorso preventivo-assistenziale integrato per il paziente fumatore. Il Centro collabora con le altre unità operative aziendali ma soprattutto con i medici specialisti dell'unità operativa di Pneumologia diretta da Franco Vanucci, con la unità operativa Educazione alla salute di cui è responsabile Corrado Catalani per tutte le iniziative di informazione e con il Dipartimento di prevenzione.

Compito degli operatori non è solo interrompere l'abitudine al fumo, ma consiste nell'aiutare le persone a diventare consapevoli dei comportamenti propri della dipendenza da fumo di sigaretta

e delle strategie per smettere di fumare, dall'automonitoraggio del numero di sigarette fumate fino alla cessazione completa. All'utente sono forniti gli strumenti, cognitivi e comportamentali, di cui potrà avvalersi per prevenire le eventuali ricadute.

I forzati del fumo sono più maschi (57%) che femmine (43%) e in maggioranza coniugati (49%) e con figli (76%). Fumano di più coloro che hanno conseguito il diploma di scuola media

inferiore (41%), seguiti da quelli con titolo di studio di media superiore (30%). I laureati rappresentano appena il 5% dei fumatori. In genere i fumatori sono anche grandi consumatori di caffè (47%) e accendono la sigaretta più spesso nella propria abitazione.

A fine aprile il numero totale dei pazienti seguiti dal centro è stato di 898. Gli abbandoni (chi ha effettuato la prima visita e non è più tornato ai controlli) sono stati 282, il 31,3% del totale. La percentuale degli invii effettuati dai medici di medicina generale, dai medici specialisti e dal personale sanitario è del 58 per cento.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

Il 57% sono maschi, coniugati con figli e consumatori di caffè

PISA

Servizi per i non autosufficienti: nuovo «Punto insieme» sul litorale

Inaugurato un nuovo «Punto insieme» a Marina di Pisa arricchendo, garantendo la qualità dei servizi del litorale grazie anche a nuove collaborazioni con il volontariato.

Il «Punto insieme», collocato presso il presidio socio-sanitario della Usl 5 Pisa, è infatti gestito in collaborazione con la pubblica assistenza del litorale pisano. I cittadini potranno rivolgersi al «Punto insieme» per attivare l'accesso ai servizi per le persone non autosufficienti: è sufficiente una segnalazione del medico di famiglia, di un parente o anche di un conoscente, perché un'équipe di professionisti definisca in massimo un mese una valutazione per condividere con gli interessati un progetto personalizzato o un pacchetto di prestazioni.

Inoltre a ciascun utente è associato un referente a cui la persona potrà rivolgersi durante l'intero percorso per avere chiarimenti o poter ridefinire aspetti del progetto individualizzato. «L'integrazione che ricerchiamo è quella che realizza un sistema che metta il cittadino al centro dei percorsi assistenziali, e lo renda protagonista

sta delle scelte che lo interessano» afferma il direttore Sds Zona pisana, Giuseppe Cecchi.

Il servizio attualmente interessa principalmente l'area degli anziani non autosufficienti provenienti sia dal territorio tramite i «Punti insieme» che dai percorsi di dimissione protetta dall'ospedale tramite il Punto unico di accesso, fornendo un'ampia gamma di servizi di tipo socio-sanitario e sanitario, ma già oggi è il «Punto insieme» che raccoglie le istanze per i progetti di vita indipendente per le persone disabili e nel prossimo futuro innovazioni simili dovrebbero ampliarsi a tutta la disabilità.

Il «Punto insieme», dove operano volontari della Palp formati dalla Usl, è situato presso il presidio distrettuale Asl Marina di Pisa e sarà aperto due volte a settimana lavorando in stretto collegamento anche con il servizio sociale territoriale e gli altri tre «Punti insieme» della Zona Pisana che si trovano in via Garibaldi, a Navacchio e Vecchiano.

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl di Pisa

A ciascun utente è associato un referente-guida

FIRENZE

Il registro delle sperimentazioni pubblicato on line all'Aou di Careggi

È nel sito Internet di Careggi il registro delle sperimentazioni cliniche dell'azienda ospedaliero-universitaria, una speranza di cura per molti pazienti nell'etica della corretta informazione. Per molte persone affette da varie malattie infatti l'unica speranza di una cura può essere partecipare alla sperimentazione di nuove terapie o farmaci. Per dare concreta risposta a questa necessità l'azienda ospedaliero-universitaria Careggi ha pubblicato sul suo sito Internet il registro delle sperimentazioni cliniche.

Attraverso il relativo collegamento «Sperimentazione clinica» nella home page www.aou-careggi.toscana.it, pazienti, familiari e operatori sanitari possono consultare un elenco dettagliato di protocolli sperimentali relativi alla cura di varie malattie nell'ambito dell'ematologia, dell'endocrinologia e del metabolismo, dell'apparato muscolo-scheletrico, dell'oftalmologia, dell'oncologia e della reumatologia. Le sperimentazioni cliniche sono studi sull'uomo finalizzati a scoprire o verificare gli effetti di uno o più interventi sanitari con l'obiettivo di accertarne sicurezza ed efficacia.

Per il paziente possono rappresentare una grande opportunità soprattutto laddove non siano ancora disponibili trattamenti efficaci.

«La sperimentazione clinica - afferma Valter Giovannini direttore sanitario di Careggi - è un processo molto complesso che non può prescindere dalla centralità della persona per questo, trasparenza, correttezza e accessibilità delle informazioni sono presupposti eticamente irrinunciabili che trovano concreta espressione nelle pagine web del sito Internet istituzionale dell'azienda». Per ciascuna sperimentazione sono riportati: titolo,

condizione clinica per cui l'intervento sanitario viene studiato, reparto in cui la sperimentazione viene svolta, stato di avanzamento della sperimentazione, medico responsabile e i suoi contatti. Inoltre, per le sperimentazioni con farmaci è disponibile il collegamento al sito web dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) tramite il quale è possibile consultare ulteriori informazioni.

Giovanni Squarci
Ufficio stampa Aou Careggi

Obiettivo è facilitare la scelta per le opportunità di cura

IN BREVE

LUCCA

Si è tenuto negli scorsi giorni a Tirrenia, presso il centro di preparazione olimpica del Coni, il campus della Salute, iniziativa organizzata dall'Educazione alla salute dell'Asl 2 Lucca, dalle scuole interessate e dall'associazione di giovani «Di testa mia health promoting guys» di Lucca. Al campus, finalizzato a rendere i giovani protagonisti della creazione di stili di vita sani, piacevoli ed efficaci, gli studenti hanno affrontato i temi della salute con modalità interattive e partecipative. Il tema specifico del campus è stato quello della prevenzione degli incidenti stradali legati all'uso di sostanze e i giovani hanno promosso il confronto fra i comportamenti non a rischio e il concetto di piacere e di divertimento.

PISA

Si è svolto il 14 giugno all'ospedale Cisanello un incontro di formazione in cui numerosi specialisti hanno trattato tutti gli aspetti delle problematiche alimentari, dall'educazione ai corretti stili di vita, alle cure, farmacologiche e chirurgiche. Il corso, che ha previsto un approfondimento dei contenuti specifici sull'obesità e i disturbi del comportamento alimentare correlati, ha l'obiettivo di far acquisire a tutti gli operatori una migliore conoscenza su questi temi di importante rilevanza sociale. L'AouP ha strutturato un progetto Hph&Hs sull'educazione alimentare e corretto stile di vita e la formazione ha coinvolto il personale aziendale (infermieri, ostetriche e operatore socio-sanitario). Il prossimo incontro è previsto in ottobre.

MASSA E CARRARA

Lo scorso 3 giugno è stato attivato il primo collegamento in videoconferenza da Massa a Pontremoli della conferenza informativa anestesiológica per le future mamme. Le donne in gravidanza della Lunigiana potranno così seguire, direttamente dall'ospedale di Pontremoli, la conferenza settimanale di informazione sulle attività anestesiológicas per le donne in travaglio. Grazie a questa innovazione, resa operativa dai tecnici informatici dell'Asl 1 di Massa e Carrara e dell'Ifo-Cnr, è possibile completare la valutazione anestesiológica, composta dalla teleconferenza informativa e dalla visita, quest'ultima eseguita dal Gruppo anestesiológico della Zona Lunigiana, coordinato da Lea Fabbri, senza spostarsi dall'ospedale di Pontremoli.

CALENDARIO



24
giugno
2011

SIENA

Convegno al complesso Museale - Santa Maria della Scala a Siena su "Mastocitosi: una, nessuna, centomila". Obiettivo è portare l'attenzione di diversi specialisti sulla malattia ematologica rara e che può presentare una moltitudine di forme. Info: 0577 232131/232129, servcong@unisi.it



25
giugno
2011

SIENA/2

Presso l'Asl 7 si terrà il corso di formazione per medici di medicina generale dal titolo "Allergie e intolleranze alimentari". Si parlerà di criteri pratici per la gestione del paziente con allergie e intolleranze con una presentazione di casi clinici e discussione interattiva in plenaria. Info: 0577 536065, formazione.siena@usl7.toscana.it



28
giugno
2011

FIRENZE

Seminario dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica su: "Il follow up delle lesioni precancerose della cervice uterina, trattate e non trattate, nell'era del test Hpv: alla ricerca delle raccomandazioni condivise per i programmi di screening oncologico in Regione Toscana" presso l'Educatore di Fuligno. Info: 055 32697828, b.mengoni@ispa.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

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

IN
GR
LIB

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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