

Con il patrocinio di
Comune di Reggio Emilia Provincia di Reggio Emilia

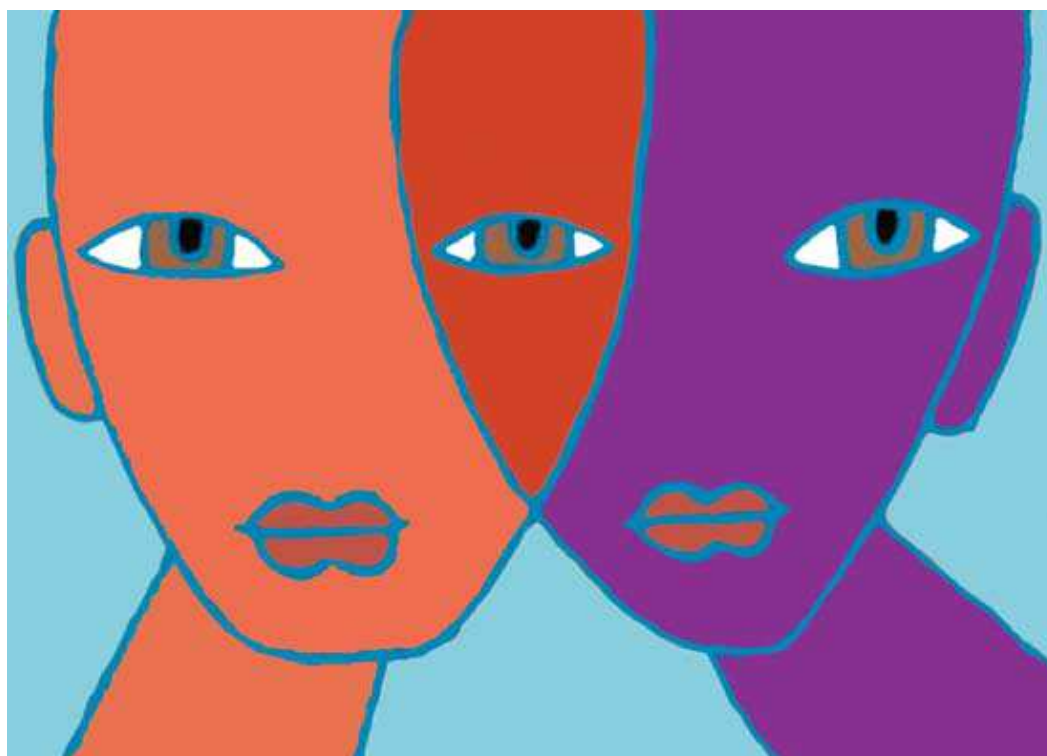
Convegno Nazionale

Diversità come normalità

*Equità di accesso come sfida
nei servizi sanitari e sociosanitari*

Libro degli abstract

*Anno
2010*



*Reggio Emilia 4-5 novembre 2010
Centro Internazionale Loris Malaguzzi*

A cura di

Clara Curcetti, Pasquale Maticchione, Luisa Parisini, Vittoria Pastorelli

Antonio Brambilla Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari - Assessorato Politiche per la Salute – Regione Emilia-Romagna

Antonio Chiarenza, Ilaria Dall'Asta, Cristina Marchesi, Lucia Monici, Benedetta Riboldi

Azienda USL Reggio Emilia

Indice

🚩 Tema e obiettivi del Convegno	p. 4
🚩 Programma del Convegno	p. 5
🚩 Comitato Promotore e Comitato Scientifico	p. 8
🚩 Commissione Valutazione Poster	p. 8
🚩 Segreteria Organizzativa	p. 8
🚩 I Sessione Plenaria “Diversità ed equità: una sfida per i servizi sanitari in Europa”	p. 9
🚩 II Sessione Plenaria “Buone politiche e programmi di intervento efficaci”	p. 14
🚩 III Sessione Plenaria “Strategie innovative”	p. 19
🚩 I Sessione Parallela “Differenze dovute all’ appartenenza etnoculturale”	p. 23
🚩 II Sessione Parallela “Differenze dovute al genere”	p. 36
🚩 III Sessione Parallela “Differenze dovute a disabilità fisiche e psichiche”	p. 51
🚩 IV Sessione Parallela “Differenze dovute alla condizione socio-economica”	p. 61
🚩 Sessione Videofilmati	p. 72
🚩 Sessione Poster	p. 81
🚩 Indice degli autori	p. 126

Gli atti del convegno e le relazioni degli autori verranno pubblicati sul nostro sito aziendale:
http://www.ausl.re.it/HPH/FrontEnd/Home/Default.aspx?channel_id=1

Tema e obiettivi del Convegno

La Costituzione italiana esplicita chiaramente che “la tutela della salute è un diritto fondamentale dell’individuo” (Art. 32). Ciò è ripreso con forza anche nella Legge 833 del 1978 per cui il Servizio Sanitario Nazionale ha carattere universalistico e fornisce assistenza sanitaria a tutti senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro, così come ribadito anche nel Libro Bianco 2008. Quindi la sfida davanti alla quale oggi si trovano i servizi sanitari e sociosanitari è quella di riuscire a riconoscere le diversità, per poter dare una risposta che sappia prenderle in considerazione e offrire servizi adeguati. Il nostro Paese, e con esso l’Emilia-Romagna, si trova infatti a fronteggiare una profonda trasformazione sociale che richiede un cambio di passo: superare visioni riduttive a favore di un approccio integrato alle questioni sociali e sanitarie. L’Emilia-Romagna ha fatto propria questa priorità con il 1° Piano regionale sociale e sanitario, che pone con forza il tema dell’integrazione delle politiche, individuando tre macro obiettivi prioritari: *costruire relazioni positive, garantire pari opportunità di accesso, valorizzare le differenze*. Il Convegno rientra nell’ambito del Progetto promosso dalla Regione Emilia-Romagna, per il miglioramento della risposta dei servizi ai bisogni della popolazione straniera e la valutazione sull’adeguatezza di percorsi di accesso alle cure relativamente alle diversità di genere. Inoltre questo evento rappresenta un’opportunità per presentare e discutere i primi esiti di un percorso di analisi iniziato in Regione Emilia-Romagna e finalizzato a fare una prima valutazione della rispondenza dei servizi sanitari e sociosanitari ai bisogni di tutti i cittadini nel rispetto delle differenze.

La **finalità** del Convegno è dare un contributo al riorientamento dei servizi sanitari e dei comportamenti individuali in un’ottica di miglioramento dell’equità di accesso e di trattamento di tutti nel rispetto delle diversità.

Gli **obiettivi** del Convegno sono:

- delineare ed approfondire il tema della “diversità” e dell’equità nell’accesso ai servizi sanitari e sociosanitari;
- confrontarsi sui possibili interventi da mettere in campo per dare risposta a questa sfida;
- presentare alcune esperienze internazionali, nazionali e regionali che possano essere di esempio e da cui trarre spunti da trasferire nelle nostre realtà;
- approfondire le implicazioni delle diversità nei servizi attraverso la presentazione di diverse esperienze.

Questo volume contiene gli abstract delle relazioni presentate nelle sessioni plenarie e nelle sessioni parallele, che testimoniano come i temi affrontati siano di grande interesse in molte strutture territoriali e ospedaliere e consentono di riflettere e confrontarsi su strategie e modalità organizzative finalizzate a garantire l’erogazione di servizi equi ed accessibili a tutti.

Programma del Convegno

Giovedì 4 novembre

- 13.00 Welcome coffe e registrazione
- 14.00 **EQUILIBRIO: Performance di Danzability**
a cura di Let's Dance, ASP SS Pietro e Matteo, Coop Piccolo Principe, CPI
- 14.30 **Saluti autorità e apertura dei lavori**
*Carlo Lusenti Assessore alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna
Sonia Masini, Presidente della Provincia di Reggio Emilia e Presidente CTSS di Reggio Emilia
Fausto Nicolini, Direttore Generale Ausl di Reggio Emilia*
- 15.00 **I Sessione Plenaria Diversità ed equità: una sfida per i servizi sanitari in Europa**
Moderatore:Ivan Trenti, Direttore Generale Arcispedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia
- L'uguaglianza nel rispetto della diversità: la sfida dell'equità nei servizi sanitari e sociosanitari**
Sandro Cattacin, Professore di Sociologia dell'Università di Ginevra
- 15.30 **Verso l'equità in salute**
Alison McCallum, Direttore Public Health and Public Policy – NHS Lothian (Scozia)
- 16.00 Coffe break
- Moderatore: Massimo Fabi, Direttore Generale Ausl di Parma*
- 16.30 **Differenze socio-economiche e stato di salute:analisi delle opportunità e definizione delle priorità**
Erio Ziglio, Direttore Ufficio Europeo dell'OMS di Venezia
- 17.00 **Equità di genere e danni da consumo di alcol tra i genitori**
Anna Mansdotter, Karolinska Institutet di Stoccolma
- 17.30 Conclusioni della prima giornata

Venerdì 5 novembre

- 9.00 **Apertura dei lavori**
Mariella Martini, Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna
Teresa Marzocchi, Assessore Promozione delle politiche sociali e di integrazione per
l'immigrazione, volontariato, associazionismo e terzo settore Regione Emilia-Romagna
Matteo Sassi, Assessore alle Politiche Sociali, Lavoro e Salute del Comune di Reggio Emilia
- II Sessione Plenaria Buone politiche e programmi efficaci**
Moderatore: Antonio Brambilla, Responsabile servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari – Regione Emilia-Romagna
- 9.30 **Equità nei servizi sanitari e diversità culturali**
Marco Mazzetti, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e Area Sanitaria Caritas Roma
- 9.50 **Equità, percorsi di accesso e personalizzazione nei servizi sociosanitari in Emilia-Romagna**
Fabrizio Raffaele, Responsabile del Servizio Governo integrazione socio-sanitaria e delle politiche per la non autosufficienza della Regione Emilia-Romagna
- 10.10 **Le malattie degli immigrati irregolari sono fonte di rischio per la popolazione italiana?" I risultati di una ricerca: Associazione NAGA –Milano**
Guglielmo Meregalli, Ospedale San Gerardo di Monza e volontario NAGA
- 10.30 Domande e discussione
- 11.00 Coffe break
- III Sessione Plenaria Strategie innovative**
Moderatore: Roberto Grilli, Direttore Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia-Romagna
- 11.30 **L'equità nel servizio sanitario scozzese: dalla strategia alla pratica**
James Glover, Direttore Equality & Diversity - NHS Lothian (Scozia)
- 11.50 **Gestire l'equità nel rispetto delle differenze: il percorso delle Aziende Sanitarie in Emilia-Romagna**
Maria Augusta Nicoli, Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia-Romagna
Antonio Chiarenza, Responsabile Staff Ricerca e Innovazione dell'Ausl di Reggio Emilia
- 12.10 **Discriminare è contro la legge" - La sfida in Emilia-Romagna**
Andrea Stuppini, Responsabile del Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale della Regione Emilia-Romagna
- 12.30 Domande e discussione
- 13.00 Pranzo

- 14.00 **Valutazione Poster da parte della Commissione**
- 14.30 **Sessioni parallele**
Esperienze per migliorare l'equità di accesso nei servizi sanitari in riferimento alle differenti caratteristiche della popolazione dovute a:
- appartenenza etno-culturale
moderatore: Luigi Codeluppi, Presidente Coop.va Sociale Dimora d'Abramo Reggio Emilia
 - genere
moderatore: Antonella Grazia, Gruppo Interdirezionale Contrasto alla Violenza della Regione Emilia-Romagna
 - disabilità fisiche e psichiche
moderatore: Valeria Alpi, Centro documentazione handicap di Bologna
 - condizione socio-economica
moderatore: Maurizio Gozzi, Coop.va Sociale l'Ovile Reggio Emilia
- 14.30 **Sessione Videofilmati**
Moderatore: Giorgio Galli, Direttore della Comunicazione dell'Ausl Valle d'Aosta
- 16.45 **Premiazione poster e video filmati**
Moderatori sessione videofilmati e sessione poster
Elisabetta Frejaville, Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle carceri Regione Emilia-Romagna
Giorgio Galli, Direttore della Comunicazione dell'Ausl Valle d'Aosta
- 17.00 **Conclusioni della giornata: condivisione dei lavori affrontati nelle sessioni parallele**
Mariella Martini, Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Regione Emilia-Romagna
4 Moderatori delle sessioni parallele

Comitato Promotore

Fausto Nicolini, Direttore Generale Azienda Usl di Reggio Emilia
Ivan Trenti, Direttore Generale Azienda SMN di Reggio Emilia
Roberto Grilli, Direttore Agenzia sanitaria e sociale Regione Emilia-Romagna

Responsabili servizi regionali - Direzione Generale sanità e Politiche sociali

Mariella Martini
Antonio Brambilla
Fabrizio Raffaele
Pierluigi Macini
Mila Ferri
Andrea Stuppini

Comitato Scientifico

Azienda USL di Reggio Emilia
Antonio Chiarenza
Benedetta Riboldi
Ilaria Dall'Asta
Lucia Monici
Cristina Marchesi

Regione Emilia-Romagna
Clara Curcetti
Pasquale Maticchione
Luisa Parisini
Vittoria Pastorelli
Andrea Facchini
Clara Tommasini
Luigi Mazza
Elisabetta Frejaville

Azienda ASMN di Reggio Emilia
Maria Ravelli
Loredana Cerullo
Cinzia Gentile

Agenzia sanitaria e sociale regionale
Maria Augusta Nicoli
Barbara Calderone

Commissione Valutazione Poster

Elisabetta Frejaville
Barbara Calderone
Rosa Costantino
Viola Damen
Romana Bacchi

Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche,
Salute Nelle Carceri Regione Emilia-Romagna
Agenzia sanitaria e sociale regionale
Regione Emilia-Romagna
Azienda Usl di Bologna
Azienda Usl di Modena
Azienda Usl di Forlì

Segreteria Organizzativa

Azienda Usl di Reggio Emilia
Staff Comunicazione
Tel. 0522 335290 - 335296, Fax 0522 335380
E-mail: infocomunicazione@ausl.re.it

Regione Emilia-Romagna
Pasquale Maticchione
Telefono: 051 - 5277250
E-mail: pmataticchione@regione.emilia-romagna.it

Staff Ricerca e Innovazione
Benedetta Riboldi
Telefono: 0522 - 335317
E-mail: benedetta.riboldi@ausl.re.it

Luisa Parisini
Telefono: 051 - 5277251
E-mail: lparisini@regione.emilia-romagna.it

I Sessione Plenaria

-Diversità ed equità: una sfida per i servizi sanitari in Europa-

TITOLO ABSTRACT

L'uguaglianza nel rispetto della diversità: la sfida dell'equità nei servizi sanitari e sociosanitari

Sandro Cattacin

Professore di sociologia dell'Università di Ginevra

E-mail: Sandro.Cattacin@unige.ch

Abstract

Muoiono tre abitanti di Prato in una brutta notte di maltempo. Il sindaco non indice il lutto cittadino. Come mai? I tre morti sono cinesi. Una notizia di questo tipo ci fa pensare al nostro modo di confrontarci con il diverso. Siamo tutti diversi, ma c'è chi è più diverso e non merita la stessa attenzione. Nella relazione si tenta di sviluppare l'idea della differenza incommensurabile, del modo di interagire quando la differenza non è riducibile. Si affrontano non solo i processi in corso tra individui, ma soprattutto la capacità di rispondere alle differenze da parte dell'organizzazione nelle strutture socio-sanitarie. La relazione sarà declinata a tre livelli: la sensibilità alla differenza come logica concettuale, la gestione della differenza come orientamento organizzativo e l'interazione aperta a livello relazionale.

TITOLO ABSTRACT
Verso l'equità in salute

Alison McCallum

Direttore Public Health and Public Policy – NHS Lothian

E-mail: Alison.McCallum@nhslothian.scot.nhs.uk

Abstract

L'andamento delle morti premature, della disabilità, della malattia e della sofferenza è il risultato di tassi differenziati di esposizioni positive e negative nei gruppi di popolazione. Senza un intervento efficace tali differenze persistono nel tempo, anche se gli individui compiono dei cambiamenti.

La pendenza del gradiente e l'importanza relativa della genetica, del genere, della storia, della geografia, dell'etnia, della disabilità, dello stato socio-economico e del sostegno sociale riflettono la struttura sociale e i valori prevalenti. A livello locale, nazionale e internazionale le azioni dei sistemi sanitari e dei welfare possono aggravare o attenuare queste disuguaglianze.

I sistemi sanitari dovrebbero collaborare con le popolazioni colpite per studiare, progettare e fornire prevenzione, cura e assistenza, fornire posti di lavoro, stimolare lo sviluppo economico e della comunità; funzionare come un esempio vivente dei bisogni della società. Molti sistemi sanitari, invece, lottano per garantire equi servizi non di emergenza, perpetuando una legge inversa della cura.

La risposta variabile alle evidenze esistenti sulle disuguaglianze in salute e alla sperimentazione di interventi promettenti produce uno squilibrio tra interventi universali, mirati e su misura.

Gli effetti negativi del non intervenire sono visibili in tutta la società, nel corso della vita e nell'esperienza dei singoli pazienti.

Tuttavia i quadri analitici basati su un approccio di sistema per affrontare le disuguaglianze in salute possono offrire una sintesi coerente delle prove esistenti e dare un solido quadro di azione per colmare il divario nell'arco di una generazione.

TITOLO ABSTRACT

Diversità socio-economiche e stato di salute: analisi delle opportunità e definizione delle priorità

Erio Ziglio

Direttore Ufficio Europeo dell'OMS di Venezia

E-mail: ezi@ihd.euro.who.int

Abstract

Le iniquità di salute possono essere definite come quelle differenze sistematiche, evitabili e ingiuste nello stato di salute tra diversi gruppi sociali in una data società. Recenti studi hanno dimostrato che, negli ultimi decenni, vi sono stati dei miglioramenti nello stato di salute generale della popolazione nella gran parte dei paesi europei. Tuttavia, nel contesto europeo persistono condizioni di iniquità nello stato di salute, sia tra differenti Paesi che tra diversi gruppi sociali all'interno della stessa nazione. I gruppi più vulnerabili spesso pagano il prezzo più alto in termini di salute-malattia.

Le iniquità nello stato di salute stanno diventando motivo di preoccupazione per molti Paesi europei ad alto e medio reddito, come del resto per tutta l'Europa. Per esempio, la Presidenza Britannica nel 2005 e Spagnola nel 2010 hanno scelto il tema delle iniquità in salute e dei fattori sociali che ne sono la causa come tema centrale della loro presidenza.

Oltre a rappresentare una problematica di livello nazionale ed internazionale, la consapevolezza del bisogno di contrastare le iniquità di salute è aumentata anche a livello regionale e locale. In alcune città dell'Europa Occidentale, gli abitanti che vivono in aree più agiate, o che appartengono a gruppi socio-economici benestanti, vivono in media almeno 8-10 anni in più rispetto a coloro che abitano in aree meno abbienti o che provengono da contesti sociali svantaggiati. I danni economici del persistere di queste iniquità sono esorbitanti, nell'ordine di miliardi di euro nei paesi UE.

A livello di Unione Europea, si è stimato il danno economico provocato dalle iniquità di salute, e i benefici per l'economia che si avrebbero riducendo anche solo del 10% le iniquità esistenti. In un contesto di seria recessione economica come quella che affligge i paesi UE è importante riflettere su queste stime. In breve, le perdite annuali relative alle iniquità di salute hanno un impatto del 15% sui costi di sicurezza sociale; del 20% sui costi per il sistema sanitario; e perdite connesse alla salute come "capital good" (salute come elemento e fattore di produzione) per €141 miliardi. Lo stesso studio stima l'impatto economico nei Paesi UE che si avrebbe riducendo del 10% le iniquità di salute collegate a fattori sociali. Essi ammontano a €14 miliardi come "capital good"; €70 miliardi come "consumption good" (salute come fattore determinante la felicità e la soddisfazione degli individui); €18 miliardi come riduzioni costi sanitari e € 6 miliardi come riduzioni costi relativi alla sicurezza sociale.

Come diminuire tali iniquità livellando verso l'alto lo stato della popolazione sta divenendo un tema di centrale importanza anche nelle politiche di sviluppo, nei piani "anti-crisi", nell'utilizzo dei fondi strutturali europei a livello regionale e locale. Alla nuova evidenza scientifica sulle cause di queste crescenti iniquità si abbinano nuove capacità e know-how per affrontare in modo sistematico questo problema. Conoscenza scientifica, nuove capacità e know-how saranno sempre più dei requisiti essenziali per il management nel sistema socio-sanitario.

Il Dr. Ziglio presenterà alcuni esempi di come le iniquità di salute (e i loro determinati socioeconomici) possono essere contrastate dal sistema socio-sanitario e dalle strategie di sviluppo più eque e sostenibili, esempi innovativi ed azioni pratiche intraprese in paesi, regioni e città.

TITOLO ABSTRACT

Equità di genere e danni da consumo da alcool tra i genitori
Come si collega l'equità di genere all'alcool e alla morte?
Uno studio di coorte sul registro svedese dei genitori del 1988/89

Anna Månsdotter¹, Michael Lundberg¹, Lars Lindholm²

¹ *Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences, 171 76 Stockholm, Sweden*

² *Umeå University, Department of Public health and Clinical Medicine, 901 87 Umeå*

E-Mails:

anna.mansdotter@ki.se

michael.lundberg@ki.se

Abstract

La questione del rischio di consumo di alcool tra uomini e donne è un fenomeno globale la cui potenziale causa potrebbe essere la divisione dei doveri genitoriali tra uomini e donne.

Lo scopo di questo lavoro è quello di esaminare come l'uguaglianza tra generi durante la prima genitorialità (1988-1991) sia associata alla morbilità e mortalità alcool correlate (1992-2006).

Tutte le coppie svedesi che hanno avuto il primo figlio tra il 1988-1989 (N=118 595) sono state categorizzate, riguardo alla divisione dei doveri genitoriali, come tradizionali, egualitarie o non-tradizionali sulla base del reddito e della posizione professionale da una parte (indicatori capofamiglia), e dall'altra sulla maternità/paternità e sulla cura temporanea del figlio (indicatori di accudimento).

L'indicazione generale è che le donne tradizionali corrono un rischio inferiore, mentre le donne non-tradizionali e gli uomini tradizionali corrono un rischio maggiore di danno alcool correlato rispetto ai loro corrispettivi.

Parole chiave

equità di genere, genitorialità, alcool, ricovero, mortalità

Ringraziamenti

Lo studio è stato finanziato da sovvenzioni del Consiglio Svedese per la vita lavorativa e la Ricerca Sociale (DNR 2.007-0.091) e da sovvenzioni del Consiglio svedese della ricerca DNR (2007-2804).

II Sessione Plenaria

- Buone politiche e programmi di intervento efficaci -

Marco Mazzetti

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - Area Sanitaria Caritas Roma

E-mail: marcomazzetti.at@libero.it

Abstract

La questione dell'equità nell'utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata è un tema sensibile, che può essere considerato da diversi punti di vista. Benché infatti ci siano ampie garanzie teoriche all'accesso, e benché la grande parte della popolazione di origine straniera usufruisca del Servizio Sanitario Nazionale in termini non dissimili da quelli della popolazione italiana, esistono gruppi che appaiono svantaggiati, o per la legalità della loro permanenza sul territorio nazionale, o per loro condizioni socio-demografiche, culturali o cliniche.

In primo luogo ci sono le *condizioni giuridico-legali* che possono determinare barriere all'accesso: benché teoricamente esista la garanzia del diritto alla salute per tutti, come del resto dichiarato dall'articolo 32 della Carta Costituzionale, nella pratica esistono barriere all'accesso a danno dei cittadini che provengono da altri paesi, a causa di norme amministrative che non realizzano i dettati legislativi. Questo problema appare con particolare evidenza per gli immigrati privi di permesso di soggiorno, per i quali alcune amministrazioni locali non hanno predisposto percorsi appropriati e agevoli per consentire il loro accesso alle cure.

Esistono poi ostacoli all'accesso che dipendono dalla *consapevolezza del diritto*: talora questa è assente negli operatori sanitari, che non riescono a orientare appropriatamente i cittadini di origine straniera, ed è purtroppo assai diffusa tra alcuni immigrati stessi, che non esercitano dunque effettivamente il loro diritto all'accesso. Anche in questo caso gli immigrati irregolari sono i soggetti più a rischio, ma anche persone titolari di permesso di soggiorno possono ignorare in toto o in parte l'esistenza del loro diritto alle cure.

Anche quando l'accesso sia garantito, tuttavia, non sempre i servizi sono realmente *fruibili* in termini equi, per ragioni che possiamo distinguere in quattro livelli:

- *Soglia d'accesso*: alcuni servizi a bassa soglia (forse non i Pronto Soccorso, ma i Consultori e i Servizi Psichiatrici) sono, in determinate aree del paese, in forte sofferenza: la loro presenza territoriale e l'offerta di servizi subiscono limitazioni progressive (riduzioni di personale, mancato riadeguamento degli organici a seguito di pensionamenti degli operatori, cessazione di alcuni servizi, come l'assistenza pediatrica nei consultori, o l'offerta di psicoterapia nei servizi psichiatrici territoriali). Le persone con maggiori difficoltà a identificare i percorsi opportuni (immigrati arrivati recentemente nel paese, con poca conoscenza della lingua e del funzionamento dei servizi, ma anche semplicemente in condizioni di emarginazione socio-economica) possono non fruire di loro diritti.
- *Consapevolezza di alcuni bisogni sanitari*: alcuni concetti ormai abbastanza ben presenti nella nostra popolazione possono non esserlo altrettanto tra gli immigrati per ragioni culturali, ad esempio quello di medicina preventiva. Un esempio sono gli screening per la prevenzione dei tumori della mammella o dell'apparato genitale femminile, sostanzialmente non conosciuti in numerosi paesi di provenienza delle nostre immigrate. Progettare strategie attive per la ricerca di questo tipo di pazienti può essere una necessità per garantire effettiva equità sanitaria.
- *Condizioni cliniche*: alcuni quadri clinici possono determinare di per sé una non fruibilità del SSN; ad esempio, i rifugiati e i richiedenti asilo portatori di gravi patologie psicotraumatiche hanno, come parte del loro quadro clinico, la tendenza a nascondersi e a non ricercare le cure: anche in questo caso solo la consapevolezza del problema nei servizi sanitari, e la ricerca attiva delle persone bisognose di cure, può promuovere equità.
- *Competenze specifiche*: a volte l'equità nella fruizione di cure appropriate dipende dalla possibilità di comunicare, e la presenza o l'assenza di competenze nell'agevolare la comunicazione con persone di

altra origine geografica (non solo interpreti e mediatori culturali, ma anche – e anzi, forse, soprattutto - la formazione del personale a operare in contesti multiculturali) può fare la differenza. Inoltre sono a volte indispensabili conoscenze scientifiche specifiche, ad esempio sapere come assistere il parto di una donna portatrice di mutilazioni genitali femminili, o come trattare un rifugiato portatore di lesioni da tortura e di grave psicopatologia traumatica da violenza intenzionale.

In conclusione, ci sembra che l'analisi dei bisogni e dei possibili ostacoli all'equità nella fruizione dei servizi sanitari della popolazione immigrata non sia probabilmente un problema che riguarda solo questa minoranza degli abitanti del nostro paese. Essa, se vista da una prospettiva appropriata, può dirci assai di più: può funzionare come una cartina di tornasole in grado di segnalare le vulnerabilità emergenti in Italia, in un'epoca di arretramento nelle protezioni sociali.

Dare a questo tema il valore che merita può essere uno strumento utile a divenire consapevoli delle condizioni di difficoltà anche di strati crescenti della popolazione italiana, che sembrano in procinto di scivolare verso condizioni di marginalità sociale, e a predisporre strumenti di tutela per nuove situazioni sociali che forse stiamo cominciando a intravedere.

TITOLO ABSTRACT

Le malattie degli immigrati irregolari sono fonte di rischio per la popolazione italiana? I risultati di una ricerca: associazione NAGA-Milano

Guglielmo Meregalli

Ospedale San Gerardo di Monza e volontario NAGA

E-mail: g.mere@hotmail.it

Abstract

Premessa

Il Naga di Milano è un'associazione di volontariato che da 22 anni si dedica all'affermazione del diritto alla salute per tutti, sia promuovendone la promulgazione sul piano legislativo, sia fornendo l'assistenza sanitaria a quanti ne risultano ancora esclusi.

Il diritto alla salute, secondo la legge italiana, è un diritto di tutti, l'accesso alle cure è garantito anche per i cittadini privi di permesso di soggiorno (art. 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286). Il Regolamento di attuazione della legge 286, D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999, prevede che allo straniero, a prescindere dalla sua condizione giuridica, siano riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana, e nello specifico "uno straniero potrà comunque usufruire delle cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative.

Nella pratica in Lombardia i cittadini stranieri irregolari riscontrano grandissime difficoltà nell'accesso alle cure mediche, in particolare a quelle di base. In Lombardia non sono stati istituiti ambulatori territoriali od ospedalieri per la cura degli stranieri irregolarmente presenti, non sono stati coinvolti i medici di medicina generale, come in altre regioni, e neppure convenzioni con organismi di volontariato. La pubblicazione "La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali", curata dalla Caritas di Roma, giugno 2010, realizzata nell'ambito del progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute, con responsabilità scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità, dichiara "va messo in rilievo la persistenza in tre Regioni italiane (Lombardia, Basilicata e Calabria) di un livello non adeguato di assistenza (agli immigrati irregolari), fornita solo dal pronto soccorso, o da ambulatori di volontariato non convenzionato, comunque senza una direttiva regionale che uniformi l'assistenza e garantisca livelli assistenziali adeguati".

In questo contesto nel corso degli anni presso l'ambulatorio Naga si è accumulata un'importante casistica: ogni anno, infatti, i medici volontari del Naga svolgono gratuitamente circa 15.000 visite a cittadini stranieri irregolari, cosiddetti "clandestini".

Obiettivo della ricerca

Abbiamo voluto indagare se i cittadini stranieri irregolari sono affetti da patologie specifiche, diverse da quelle da cui sono affetti gli Italiani, e se eventualmente ciò potesse costituire un rischio per i cittadini italiani.

Nel mese di ottobre 2009 tutte le diagnosi, 974, effettuate ai cittadini stranieri irregolari che sono stati curati presso l'ambulatorio NAGA sono state confrontate con 981 diagnosi consecutive effettuate a pazienti italiani di pari età che si sono rivolti agli ambulatori di medicina generale di Monza.

Risultati

Complessivamente non ci sono differenze rilevanti circa le patologie riscontrate nei cittadini stranieri irregolari e nei pazienti italiani.

Le patologie cardiovascolari, metaboliche, endocrine, ginecologiche e dell'apparato genitourinario sono rappresentate in modo equivalente nelle due popolazioni.

I cittadini stranieri irregolari soffrono di un numero maggiore di patologie dell'apparato osteomuscolare rispetto agli italiani di Monza, in particolare dolori acuti e lombosciatalgia, presentano invece una minore incidenza di patologie respiratorie e gastroenteriche.

Le malattie della pelle, sono più diffuse negli immigrati irregolari, in particolare eczema ed infezioni della pelle.

Le malattie trasmesse sessualmente sono più frequenti negli immigrati irregolari, ma abbiamo riscontrato solo patologie minori (uretrite aspecifica, gonorrea, condilomi). Gli unici due casi di malattie gravi (un caso di positività all'HIV e un caso di AIDS) sono stati riscontrati nei pazienti di Monza.

C'è una maggior incidenza delle malattie psichiche tra gli italiani. Cinque tra gli italiani sono affetti da psicosi, nessuno tra gli irregolari, e anche ansia, depressione, tossicodipendenza e anoressia mentale sono meno presenti tra i cittadini stranieri irregolari.

Conclusione

Per rispondere in sintesi alla domanda iniziale, secondo i nostri dati, gli immigrati irregolari non sono affetti da patologie specifiche, diverse da quelle degli italiani e la convivenza con gli "extracomunitari" irregolari non sottopone "noi italiani" a rischi da malattia superiori a quelli cui siamo abitualmente esposti. Il cittadino straniero, irregolare o regolare, è in netta prevalenza sostanzialmente sano, affetto nella grande maggioranza da malattie osteomuscolari, respiratorie, gastroenteriche e cutanee principalmente acute e transitorie.

III Sessione Plenaria

- Strategie innovative -

TITOLO ABSTRACT

L'equità nel servizio sanitario scozzese: dalla strategia alla pratica

James Glover

Direttore Equality & Diversity - NHS Lothian

Email: james.glover@nhslothian.scot.nhs.uk

Abstract

Con questa relazione viene messa in evidenza la grande sfida a cui sono chiamati i sistemi sanitari oggi, ovvero riuscire a realizzare e sviluppare servizi sanitari in grado di andare incontro ai bisogni dei diversi gruppi di popolazione.

Se prendiamo l'esempio della Scozia, è possibile vedere come è stata realizzata una strategia di equità in un grande sistema sanitario. James Glover introdurrà anche il tema del coinvolgimento degli operatori e dei pazienti dei servizi sanitari e delle modalità con cui questa strategia di equità viene monitorata nel modello scozzese.

Inoltre verrà affrontato il tema della valutazione di impatto dei piani e delle politiche così come il modo di migliorare i servizi sanitari ordinari per raggiungere gli obiettivi di una strategia di equità.

TITOLO ABSTRACT

Gestire l'equità nel rispetto delle differenze: il percorso delle Aziende Sanitarie in Emilia-Romagna

Maria Augusta Nicoli

Area Accreditamento Agenzia Sanitaria e Sociale - Regione Emilia-Romagna

E-mail: anicoli@regione.emilia-romagna.it

Antonio Chiarenza

Responsabile Staff Ricerca e Innovazione - Azienda USL di Reggio Emilia

E-mail: antonino.chiarenza@ausl.re.it

Abstract

La Regione Emilia-Romagna ha attivato un percorso per implementare e sperimentare un modello organizzativo da adottare nelle Aziende sanitarie al fine di uniformare le strategie di equità messe in atto nei confronti delle diversità che maggiormente sono oggetto di discriminazione, secondo le indicazioni dell'ex art. 13 del trattato di Amsterdam (genere, età, origine etnica, tendenze/orientamento sessuale, religione/convinzioni personali, disabilità). In questo percorso sono state coinvolte tutte le Aziende sanitarie della Regione attraverso l'avvio del primo progetto di modernizzazione sui temi dell'equità, iniziato nel 2008 e riconfermato nel bando successivo.

L'obiettivo principale del progetto consiste nel rendere il principio di equità un elemento cardine e pervasivo della programmazione aziendale e delle modalità di accesso ed erogazione dei servizi, rispetto alle diversità che oggi caratterizzano le comunità regionali e verso cui il Piano Sociale e Sanitario Regionale fa preciso riferimento in quanto "sono a rischio le capacità" di specifiche fasce di popolazione (per le differenze culturali, di genere, di età, di disabilità, vulnerabilità sociale), nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione. In particolare gli obiettivi del progetto sono finalizzati a rendere sistematica l'attività di valutazione dell'equità (equality assessment) all'interno delle Aziende sanitarie in una prospettiva di processo continuo di miglioramento dei diversi livelli: programmazione, accesso ai servizi e loro erogazione.

In questi anni il percorso ha portato all'individuazione in ogni Azienda di un referente dell'equità e della diversità, che ha sviluppato un'indagine preliminare presso la propria Azienda utilizzando gli strumenti di valutazione dell'impatto di equità. In primo luogo è stata prodotta una descrizione per area vasta del grado di impatto che costituisce un riscontro importante per le aziende per verificare le aree non presidiate, ed è stato estrapolato un elenco ancora da validare di indicatori di disuguaglianza sociale dai Profili di Comunità in Area Vasta Romagna. In secondo luogo è stato realizzato uno scambio con esperienze straniere al fine di acquisire una maggiore competenza nel presidiare, valutare e promuovere soluzioni finalizzate a garantire equità: queste esperienze sono state individuate grazie un'analisi a priori della letteratura attraverso una scheda sinottica dei principali strumenti di equality assessment. Infine, è in atto proprio in questi mesi un percorso formativo indirizzato ai referenti equità aziendali e ad altre figure strategiche all'interno delle direzioni, da una parte per aumentare la consapevolezza e condividere esperienze positive riguardanti lo sviluppo e la realizzazione di strategie per affrontare le disuguaglianze nell'ambito dell'offerta di servizi sanitari, dall'altra per acquisire conoscenze teoriche e competenze nell'uso di strumenti di valutazione di equità.

I risultati attesi di questo percorso, oltre a quelli già raggiunti, sono costituiti dalla realizzazione di programmi aziendali per l'equità e dalla messa a sistema di strumenti di equality assessment nelle diverse Aziende sanitarie ottimizzando sia la sperimentazione di strumenti assunti, sia attraverso il benchmarking regionale per avviare piani di miglioramento. Inoltre si vorrebbe arrivare alla predisposizione di un set minimo di indicatori di disuguaglianza sociale nella lettura dei profili di comunità.

TITOLO ABSTRACT

Discriminare è contro la legge - La sfida in Emilia-Romagna

Andrea Stuppini

Responsabile del Servizio Politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale - Regione Emilia-Romagna

E-mail: astuppini@regione.emilia-romagna.it

Abstract

Introduzione del progetto

Nell'ambito di quanto previsto dalla normativa vigente la Regione Emilia-Romagna ha avviato un Centro regionale sulle discriminazioni che si occupa di consulenza e orientamento, di prevenzione delle potenziali situazioni di disparità, di monitoraggio e di sostegno ai progetti e alle azioni volte ad eliminare le situazioni di svantaggio ai danni in particolare di persone straniere.

Il Centro regionale nasce dal testo unico sull'immigrazione e da quanto disposto dalla L.R. 5/2004 "Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati".

Scopi e metodologia

La metodologia utilizzata per strutturare il centro regionale è stata fin dalla firma del **protocollo regionale d'intesa** sul contrasto alle discriminazioni (2007), quella di coinvolgere tutti i soggetti pubblici e privati emiliano romagnoli potenzialmente interessati a questo tema: rappresentanze regionali degli E.L., organizzazioni datoriali, Sindacati, terzo settore, Consulta regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, Consigliere regionali di Parità, Difensore Civico dell'Emilia-Romagna, Ufficio Scolastico Regionale.

Risultati

Il modello di Centro regionale non è stato volutamente concepito come una struttura centralizzata ma come un decentramento di funzioni sul territorio; è basato infatti sulla valorizzazione e sul potenziamento delle tante risorse già presenti e con forte radicamento locale. Ad oggi sono operativi 209 punti anti-discriminazione. Dall'analisi dei casi relativi al periodo 1.1.2008-30.4.2010 è emerso quale ambito prevalente il lavoro (43%), seguito dalla casa (17%) e dall'erogazione di servizi pubblici (12%). Autori delle discriminazioni sono stati nel 69% dei casi soggetti privati, nel 31% istituzioni.

Conclusioni

Obiettivo primario del Centro regionale è investire sulla **prevenzione** degli atteggiamenti razzisti e sullo sviluppo di modelli di relazione maggiormente basati sul riconoscimento e sul rispetto delle differenze. Oltre alla sensibilizzazione della cittadinanza vengono attivate iniziative per accrescere nelle persone straniere una maggiore consapevolezza dei loro **diritti** e fiducia verso le istituzioni. Ciò si affianca alla necessità di avere una visione quali-quantitativa del fenomeno delle discriminazioni sul territorio attraverso il monitoraggio dei casi di discriminazione e intolleranza che avvengono in Emilia-Romagna.

I Sessione parallela

Differenze dovute all'appartenenza etno-culturale

TITOLO ABSTRACT

Multiculturalità della salute: nuove realtà e nuove strategie di promozione della salute

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Lucia Monici
Ruolo istituzionale:	Dirigente Medico Responsabile S.O.S.
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Servizio Igiene Pubblica - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Piazza San Rocco 4, Correggio (RE)
Recapito telefonico:	0522 630451 - 0522 630468
E-mail:	monicil@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Francesca Bonvicini, Alessandra Fabbri, Carla Severi, Zaynalabedin Kafian, Stefania Mozzanica, Loredana Guidi, Ines Magnani, Antonio Poeta, Tannojea Ramtohol

TESTO

Introduzione del progetto

La provincia di RE è caratterizzata da una elevata presenza di popolazione immigrata e si trova a dover affrontare problematiche di disagio sociale ed economico, che incidono in modo significativo sulla diffusione delle "malattie della povertà". La multiculturalità della domanda sanitaria ha indotto la necessità di adattare interventi ed attività alle caratteristiche dell'utenza, creando percorsi facilitati per la prevenzione, la diagnosi precoce e la cura delle malattie infettive maggiormente presenti nel nostro territorio.

Scopi e metodologia

Con il progetto interdipartimentale "tutela delle fasce deboli" abbiamo ritenuto fondamentale lavorare in due direzioni:

- Cultura e formazione: incontri specifici sul tema delle malattie infettive nei luoghi di aggregazione delle etnie maggiormente presenti (india-pakistan-cina-est europa) e interventi nei corsi di alfabetizzazione sempre in presenza di mediatore culturale.
- Prevenzione e cura: rete di collaborazione con strutture ospedaliere e territoriali per la creazione di percorsi dedicati a prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle malattie infettive maggiormente presenti: scabbia e tubercolosi.

Risultati

Incontri di formazione/informazione: dal 2004 ad oggi sono stati effettuati 28 incontri con diverse etnie nei loro luoghi di aggregazione, con la partecipazione di 755 persone.

Prevenzione e cura delle malattie infettive:

- Tubercolosi: presso gli ambulatori dei SIP, PdC e CSF sono stati predisposti percorsi dedicati e gratuiti per lo screening e, nei soggetti positivi, per RX torace e visita pneumologica. E' stata creata una rete di specialisti per follow-up di casi e contatti (dispensario funzionale). Nel 2004-2009 sono stati seguiti in totale 376 casi di TB ed esaminati 12536 soggetti con compliance ai percorsi > 85%.
- Scabbia: in ogni SIP è presente un ambulatorio dedicato, ad accesso diretto, con consegna gratuita del trattamento e specialista dermatologo di riferimento. Nel 2004-2009 sono stati seguiti 2079 casi totali, 415 focolai e 1306 contatti, con compliance ai percorsi > 85%.

Conclusioni

La nostra esperienza permette di concludere che, attraverso strategie mirate ad aumentare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sanitari, è possibile ridurre le diseguità di salute negli immigrati e tutelare la collettività. Si è rivelato fondamentale il coinvolgimento attivo dei soggetti e delle loro comunità, al fine di diffondere la cultura della prevenzione e la consapevolezza della salute, per promuovere il benessere del singolo e favorirne l'integrazione nella popolazione generale.

TITOLO ABSTRACT

La valutazione della formazione alle competenze interculturali mediante il modello Intercultural Developmental Inventory: un circolo virtuoso per l'elaborazione ad hoc di contenuti dei corsi

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Franca Capotosto
Ruolo istituzionale:	Direttore Agefor
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Agefor AUSL di Modena
Indirizzo:	Via Emilia Ovest 438, Modena
Recapito telefonico:	059 8896688
E-mail:	f.capotosto@ausl.mo.it

ALTRI AUTORI

Elena Giudice - Consulente interculturale, libero professionista, Maria Vezzani - ginecologa Consulenti Familiari AUSL Modena, Virginia Gambardella - Agefor AUSL Modena

TESTO

Introduzione del progetto

Dal 2001 Agefor propone il Corso base Dune "Prendersi cura nelle diverse etnie" per la formazione dei professionisti sanitari che incontrano pazienti immigrati, e li vedono portatori di culture, stili di vita maturati in contesti diversi o incomprensibili. Il Corso, frequentato da 885 professionisti voleva promuovere un pensiero interculturale facendo riflettere su vissuti, stereotipi, pregiudizi, fornendo conoscenze sulle culture, per accogliere le differenze portate dai migranti. Ora l'obiettivo dei professionisti si è spostato dall'accoglienza alle competenze transculturali che rendono fruttuosa la relazione terapeutica.

Scopi e metodologia

Nel 2009 il progetto nasce per consentire ai corsisti di cogliere l'evoluzione delle competenze transculturali acquisite col Corso base Dune. Il Modello Dinamico di Sensibilità Interculturale (DMIS) di Milton Bennett, multidimensionale, che implica l'integrazione di diversi livelli di apprendimento: cognitivo, emotivo, percettivo, è stato il riferimento scelto, attraverso l'applicazione del test psicometrico di autovalutazione IDI (Intercultural Developmental Inventory) misurando come gli individui costruiscono la worldview della differenza. All'IDI pre e post test, è stato affiancato il diario di bordo del corso.

Risultati

23 corsisti per una edizione Dune 2010 hanno completato la valutazione. Rispetto alle fasi DMIS di sviluppo della sensibilità interculturale (negazione, difesa, minimizzazione, accettazione, adattamento, integrazione) 8 persone erano in fase Difesa mentre 11 in Minimizzazione. Il gruppo Dune nel pre e post test si situava in "bassa minimizzazione". Nella seconda somministrazione, si evidenziava una regressione individuale per molti (10), evoluzione per 7 e stabilità per 2. Dal diario di bordo emergeva l'aumento di fastidio e intolleranza nei confronti degli "altri" rispetto all'inizio del corso.

Conclusioni

L'analisi dei risultati personali indica una regressione della sensibilità interculturale per ampio numero di corsisti. Emerge l'indicazione a tenere in considerazione lo stadio di sviluppo della sensibilità interculturale della persona, o gruppo, prima di definire i contenuti specifici dei corsi di formazione. Sarebbe opportuno parlare delle culture specifiche solo in stadi etnorelativi dello sviluppo. Concentrarsi su informazioni cultura-specifiche e differenze non apporterebbe conoscenza e evoluzione, può agevolare una chiusura nel proprio in-group, favorire evitamento dell'altro, e incomprensione.

Commenti

La presenza di pazienti immigrati è un dato strutturale ormai per molte aree d'attività sanitarie per confrontarsi con il quale molti professionisti cercano formazione. Sulla base della propria abitudine alla

formazione professionale, essi considerano la competenza culturale come sintesi di abilità pratiche e cognitive incrementabili. Il DMIS di Milton Bennet è costruito invece sul sistema percettivo che mette in grado di comprendere ed esperire le differenze, l'evoluzione a fasi etnorelative è complessa e impegna duramente persone e organizzazioni.

TITOLO ABSTRACT

Operatori sanitari e mediatori culturali insieme per migliorare la fruizione dei Servizi da parte degli utenti stranieri

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Loredana Cerullo
Ruolo istituzionale:	Sociologo
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Ufficio Sistemi Qualità – Az. Ospedaliera Reggio Emilia
Indirizzo:	Viale Risorgimento 57, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 296995
E-mail:	loredana.cerullo@asmn.re.it

ALTRI AUTORI

Maria Ravelli, Elisa Mazzini, Laura Cavazzuti, Laura Prandi, Alice Ferrari

TESTO

Introduzione del progetto

L'ASMN ha visto incrementare negli anni la propria utenza straniera fino a rappresentare nel '09 circa il 10,1% degli utenti in degenza ordinaria e DH e il 17,7% riferita agli accessi in PS. Nel corso degli anni sono state condotte diverse indagini (quantitative e qualitative) sia con gli operatori che con gli utenti per cogliere i diversi punti di vista ai fini del miglioramento.

Dall'analisi dei dati è emerso il bisogno di approfondire il fenomeno migratorio sia in termini di conoscenza degli usi e costumi dei popoli sia di un migliore e maggiore utilizzo del servizio di mediazione per migliorare la fruizione dei servizi ospedalieri.

Scopi e metodologia

Obiettivo del progetto è stato quello di sviluppare conoscenze sulle culture attraverso una formazione specifica e favorire il migliore utilizzo possibile del servizio di mediazione.

La metodologia utilizzata è stata attiva perché ha coinvolto sia i professionisti che i mediatori attraverso corsi di formazione specifici. Successivamente si è aperto anche un tavolo di lavoro comune con la Cooperativa Dimora di Abramo (gestore dei mediatori culturali) e Azienda USL di Reggio Emilia (gestore del servizio mediazione culturale di tutta la provincia).

I focus group sono stati uno strumento utilissimo per la definizione delle priorità emerse dai gruppi di formazione.

Risultati

Azioni intraprese:

- indagine qualitativa nel dipartimento materno infantile attraverso interviste semistrutturate a 50 pazienti stranieri e 5 focus group rivolti ai medici, ostetriche e infermieri;
- 4 corsi di formazione (3 giornate per singola edizione) rivolti ai professionisti e realizzati con il coinvolgimento dei mediatori culturali, attraverso la presentazione di casi realmente accaduti e la conduzione è stata affidata a docenti stranieri esperti;
- indagine quantitativa attraverso un questionario somministrato in ciascuna struttura/servizio ospedaliero per rilevare l'utilizzo del servizio di mediazione e i bisogni formativi degli operatori rispetto alla tematica;
- 3 incontri informativi/formativi (1/2 giornata) rivolti ai mediatori culturali in cui i professionisti (medico e infermiere) hanno trasmesso conoscenze cliniche, assistenziali ed organizzative utili nella mediazione. Tali incontri saranno estesi a tutti i dipartimenti;
- progettazione per la riorganizzazione del servizio di mediazione;
- traduzione di materiale informativo rivolto ai pazienti.

Conclusioni

Il percorso realizzato è stato valutato positivamente sia dagli operatori che dai mediatori in quanto ha permesso loro di incontrarsi, confrontarsi, scambiare conoscenze e informazioni di rispettiva competenza, trovare soluzioni a problematiche condivise rispetto alla gestione degli utenti stranieri. Dai dati emerge anche un incremento dell'utilizzo del servizio di mediazione. La pianificazione del progetto prevede oltre alla misurazione dell'utilizzo della mediazione anche l'individuazione di indicatori più specifici per misurare quanto le azioni intraprese impattano sull'equità dell'accesso.

TITOLO ABSTRACT

Accesso ai servizi sanitari dell'Azienda USL di Parma di soggetti non in regola con il PS

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Giuseppina Frattini
Ruolo istituzionale:	Direttore di Distretto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto Valli Taro e Ceno - AUSL di Parma
Indirizzo:	Via Benefattori 12, Borgo Val di Taro (PR)
Recapito telefonico:	0525 970322
E-mail:	gfrattini@ausl.pr.it

ALTRI AUTORI

Faissal Choroma, Fornari Marzia, Berghenti Francesca, Germana Calzolari

TESTO

Introduzione del progetto

I dati sulla popolazione straniera residente in Italia riportano la presenza sempre crescente di persone di altri paesi che scelgono l'Italia per vari motivi. Questi dati, però, non includono la parte di immigrati irregolari presenti sul territorio, quantificata attorno al 10-15% di tutta la popolazione immigrata, che sono da considerare parte del bacino di utenza di strutture sanitarie. Nella nostra Provincia, al 1.1.2010, vi si risiedono circa 50.147 cittadini stranieri (l'115% della popolazione residente).

Scopi e metodologia

L'AUSL di Parma, al fine di garantire accessibilità ai cittadini stranieri, nel 2000, istituì un programma "Salute Immigrati" con il compito di coordinare le attività sanitarie rivolte alla popolazione straniera, di favorirne l'accesso alla rete dei servizi sanitari e di rendere adeguata ed efficace l'assistenza attraverso la formazione degli operatori ed una programmazione sanitaria che tenga conto delle nuove richieste culturalmente determinate. In particolare, per quei cittadini stranieri che hanno maggiori problemi di orientamento e di accesso alle cure a causa di difficoltà linguistica, culturale e di status giuridico, ha organizzato nei diversi distretti delle unità operative dedicate che funzionano da filtro e da primo accesso alla rete assistenziale; funzionano come attività di medicina di base per chi non ha diritto alla scelta del medico e per chi non riesce ancora ad esprimere in maniera adeguata i propri bisogni. In queste strutture gran parte dell'attività è finalizzata all'assistenza di medicina di base, educazione sanitaria, alla prevenzione e alla sorveglianza infettivologica con offerta di adesione ad un protocollo di sorveglianza per le maggiori patologie infettive: Tubercolosi, epatiti virali (B e C), infezione luetica e parassitosi intestinali.

Risultati

Dal 2000 al 2009 sono stati osservati circa 10227 soggetti (6072 di sesso femminile) di cui 1457 bambini sotto i 10 anni, chi per condizioni giuridiche o difficoltà ad orientarsi nella rete dei servizi non ha il proprio medico di Medicina generale.

5060 soggetti adulti (3525 donne) hanno aderito al protocollo e di questi 3711 sono ritornati con gli esiti (Vedi Tabella). La prevalenza di HbSAg, HCV-Ab, infezione luetica, Infezione da HIV, sono risultate essere rispettivamente del 7.4%, 4.5%, 3.1% ed 1.6%. La Mantoux test è stata effettuata su 304 persone ed era positiva nel 49.3%. L'infezione da Hp è stata osservata nel 7.3%. L'1.4% presenta una dipendenza patologica e solo nel 1.2% si è potuto osservare patologie di importazione.

Conclusioni

La presenza sul territorio di una struttura di riferimento che prende in cura anche soggetti non iscrivibili al SSN, garantisce l'accesso e la tutela di salute ad una fascia di popolazione esposta a maggiori fattori di rischio e dove, le patologie di interesse per la salute pubblica, sono presenti anche se di proporzione contenuta. Inoltre, l'accessibilità ai servizi di questa utenza, favorisce la diagnosi precoce di alcune patologie infettive, modificando così la storia naturale di queste malattie nonché i comportamenti favorevoli la diffusione della stessa.

Commenti

		Donne	Maschi	Totale
Pazienti adulti totali osservati		6072	2698	8770
Pazienti che non accetta protocollo		2547	1163	3710
Pazienti che accetta protocollo	Pazienti totali	3525	1535	5060
	Pazienti non tornati con esiti	812	537	1349
	Pazienti tornati con esiti	2713	998	3711
Pazienti sottoposti a HBV (921 soggetti)	HBSAG pos.	143	133	276
	Pregressa Infezione HBV	429	263	692
	Pazienti da Vaccinare	282	256	538
	Vaccinati	13	28	41
	Risposta incompleta ma HBSAg neg.	54	282	336
Pazienti sottoposti a HCV-AB				
	HCV-Ab pos	97	72	169
Pazienti sottoposti a HIV	HIV-Ab pos	36	27	63
Pazienti sottoposti a Lue	Infezione luetica	62	55	
	Totale effettuati	73	231	304
Pazienti sottoposti a Mantoux test	Lettura a 72 h	64	189	253
	Mantoux pos	43	107	150
	Tb attiva	6	29	35
Altre patologie osservate	Scabbia	3	34	37
	Dipendenze patologiche	3	52	55
	Infezione da importazione	30	15	45
	Infezione HP	171	103	274
	MST			

TITOLO ABSTRACT

Favorire l'accesso delle donne immigrate ai Programmi di Screening Oncologici. La realizzazione di strumenti informativi partecipati come attività di empowerment e formazione tra pari

AUTORE PRINCIPALE:

Nome e Cognome:	Luca Barbieri
Ruolo istituzionale:	Direttore Distretto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto Città di Bologna - AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via S. Isaia 94/ A, 40123 Bologna
Recapito telefonico:	051 6597115
E-mail:	luca.barbieri@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Davide Medici, Grazia Lesi, Ester De Marco, Federica Mazzoni, Maria Benedettini

TESTO

Introduzione del progetto

“Non ti scordar di te” è una campagna di comunicazione ed empowerment del Laboratorio dei Cittadini per la Salute volta a supportare i Programmi Regionali di Screening Oncologici e favorirne un'adesione informata e consapevole. Oltre a un'attività rivolta alla popolazione generale sono stati attivati percorsi specifici rivolti a gruppi di popolazione di recente immigrazione, sulla base di dati di adesione che evidenziano una minore risposta all'invito e maggiori difficoltà di accesso.

Scopi e metodologia

Sono stati organizzati incontri con gruppi omogenei di donne, in rapporto all'area di provenienza e alla lingua parlata. Parallelamente a momenti di carattere informativo su prevenzione oncologica e contraccezione, ci si è concentrati sull'ascolto di specifici bisogni rispetto a percezione della salute e cura del sé, conoscenza e informazione dei servizi dedicati alla prevenzione, ostacoli all'accesso, risorse disponibili, in un'ottica di confronto e formazione tra pari, come momento di accrescimento delle competenze individuali, come stimolo ad essere vettori di informazione verso le rispettive comunità.

Risultati

Sono state coinvolte 84 donne, ed è stato realizzato in modo partecipato un opuscolo informativo in sette lingue (arabo, cinese, filippino, spagnolo, romeno, russo, urdu), diversificato e calibrato sugli specifici bisogni informativi e culturali, sia come contenuti (leggibilità e chiarezza dei testi, completezza delle informazioni) sia per altri aspetti (il corredo grafico-illustrativo).

Conclusioni

È scaturita una nuova immagine dell'utenza straniera, che dovrebbe contaminare gli operatori e l'istituzione, perché ha consentito di andare oltre gli stereotipi circa lo “straniero” e le “altre” culture. Sono emerse differenze significative tra le diverse popolazioni, in termini di percezione della salute e della prevenzione, cura del sé, vulnerabilità, barriere all'accesso, conoscenza dei servizi, sensibilità verso il tipo di informazione proposta, comprese le illustrazioni degli opuscoli. Sensibilità che si è voluta rispettare nella produzione degli stessi.

Commenti

I materiali informativi diventano uno strumento da utilizzare nell'ambito di una più ampia strategia di comunicazione, non standardizzata ma culturalmente “sensibile”, da parte degli operatori delle strutture territoriali (anche in momenti diversi dall'appuntamento per i test di screening), in collaborazione con altri soggetti partner del territorio (Farmacie, Sportelli Comunali per l'Immigrazione, Scuole di italiano per stranieri), mediante i canali e le reti di comunità di cui le donne stesse fanno parte (associazioni, luoghi informali). L'informazione scritta di per sé non rappresenta uno strumento sufficiente per motivare l'adesione agli Screening. È centrale invece il momento della relazione e del dialogo (tra professionista e cittadino, o tra pari all'interno di spazi e reti informali), in cui materiali scritti possono rappresentare un valido supporto.

TITOLO ABSTRACT

Protocollo socio-sanitario per la presa in carico di vittime di tortura

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Faissal Choroma
Ruolo istituzionale:	Dirigente Medico
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	DCP-Spazio Salute Immigrati - AUSL di Parma
Indirizzo:	Via XXII luglio 27, Parma
Recapito telefonico:	0521 393429
E-mail:	fchoroma@ausl.pr.it

ALTRI AUTORI

Adele Tonini, Francesca Berghenti, Marco Trevia, Stefania Banzola, Ignazio Morreale, Germana Calzolari

TESTO

Introduzione del progetto

Negli ultimi anni, è notevolmente cresciuto il numero di cittadini stranieri che presentano in Italia domanda d'asilo politico. All'interno di questo Universo si manifestano, con sempre maggiore frequenza, casi di Vittime di Tortura. Per i sopravvissuti, oltre alle conseguenze fisiche, si aggiungono ferite psichiche, che si ripercuotono su tutto l'arco della vita sociale ed economica delle vittime. La risposta, ai bisogni di cura, in questi pazienti, dove il disagio psicofisico è solito espresso in modo indiretto, complesso e multiforme, richiede un setting multidisciplinare (sociale e sanitario).

Scopi e metodologia

Per rispondere adeguatamente ai bisogni complessi di quest'utenza, l'AUSL di Parma ha sottoscritto (settembre 2009), un protocollo d'intesa con l'associazione di accoglienza di vittime di tortura (CIAC onLus) che opera sul territorio al fine di costituire un coordinamento socio-sanitario composto da specialisti di varie discipline (sociale e sanitario).

Il coordinamento si riunisce due volte al mese per la discussione dei casi e ha come compito, quello di promuovere percorsi operativi utili per la riabilitazione delle vittime oltretutto, migliorare i loro accessi ai servizi territoriali e dando loro risposte sui bisogni (sociali e sanitari) espressi.

L'intervento su ogni vittima, elaborato dal coordinamento in funzione dell'urgenza della fase identificata (diagnosi, certificazione e riabilitazione), viene inserito in una o più aree di azioni: accoglienza abitativa, supporto, inserimento, percorsi sanitari e tutela giuridica e legale.

Risultati

Nel periodo Settembre 2009 (inizio attività) a Dicembre 2009, il coordinamento socio-sanitario ha effettuato la presa in carico di 14 vittime di tortura (1 di sesso femminile); l'età media è di 31.4 aa (21-56). Gli esiti di trauma osservati sono prevalentemente psichici (6) e fisici/psichici (8). In 10 soggetti vi sono traumi secondari legati alla migrazione ed all'ospitalità.

Tutti i 14 soggetti hanno avuto necessità di supporto giuridico e percorsi sanitari; gli altri interventi effettuati hanno interessato l'accoglienza abitativa (12 soggetti), il supporto sociale (12 soggetti), l'inserimento lavorativo (8 casi).

Per quanto riguarda l'intervento strettamente sanitario, a tutti i 14 soggetti sono stati necessari interventi terapeutici su esiti fisici e psichici della tortura; a 8 soggetti è stata rilasciata una relazione clinica medico-legale certificando l'avvenuta violenza per la commissione territoriale o per una presa in carico territoriale.

Conclusioni

La tortura ha effetti sanitari importanti (diretti ed indiretti) sulla persona, la famiglia e la comunità (di appartenenza e di accoglienza). La vittima di tortura è inoltre un politraumatizzato sul quale il trauma continua ad essere presente per tutta la vita e sul quale si ne aggiungono continuamente altri (barriere burocratiche, amministrative, sociali, ...) che amplificano gli effetti primari.

Per questi motivi la precocità dell'identificazione e della presa in carico nonché la loro adeguatezza in una dimensione sociale e sanitaria, possono cambiare la storia del trauma subito. In effetti, l'ampliamento delle referenze medico-specialistiche e la sperimentazione di nuove forme di assistenza sociale hanno garantito percorsi sanitari caratterizzati da una maggiore multidisciplinarietà e una maggiore globalità di interventi con una forte ricaduta sulla efficacia degli stessi.

TITOLO ABSTRACT

Bisogni di salute nella relazione interculturale Uno studio su soggetti migranti che si rivolgono ai Servizi-Socio-Sanitari

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Floriana Grimaldi
Ruolo istituzionale:	Psicologa - Psicoterapeuta a contratto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Ulss n. 13 - Distretto Socio-Sanitario n. 1 Consultorio Familiare di Spinea (VE)
Indirizzo:	Via Pisacane 3, 30038 Spinea (VE)
Recapito telefonico:	041 999005 - 328 2684693
E-mail:	consultorionofamiliare.spinea@ulss13mirano.ven.it floriana.grimaldi@gmail.com

ALTRI AUTORI

Maria Armezzani - Università degli Studi di Padova, Giovanna Carlino - Ulss n. 13, Liselotte Wittenberg - Ulss n.13

TESTO

Introduzione del progetto

Il fenomeno migratorio ha fatto registrare, nell'ambito dei Servizi Socio-Sanitari, l'afflusso di un'utenza sempre più differenziata, che spesso incontra gli operatori impreparati nell'accogliere le istanze di salute di persone provenienti da altri Paesi del mondo. Tale realtà rende necessaria e urgente una riflessione circa i metodi e gli strumenti di diagnosi e cura, per ipotizzare la costruzione di pratiche di accoglienza interculturali, fondate sul reciproco rispetto e riconoscimento.

Scopi e metodologia

La ricerca si propone di esplorare i bisogni di salute delle persone migranti che si rivolgono ai servizi socio-sanitari e analizzare i fattori ostacolanti la relazione fra utenti e operatori, al fine di migliorare l'accesso ai Servizi nel rispetto della diversità culturale. L'indagine si svolge all'interno dei Consultori Familiari e del Centro di Salute Mentale della ULSS n.13 e coinvolge 30 operatori e 75 utenti migranti. L'indagine è stata condotta attraverso metodi di tipo etnografico (osservazione partecipante, interviste, *focus group*).

Risultati

L'indagine rivela esperienze di sradicamento e solitudine, associate a bisogni di relazione, sicurezza e autorealizzazione. Il 10% dei partecipanti, infatti, si rivolge ai Servizi per motivi psico-sociali, dimostrando come, negli anni, la richiesta degli utenti migranti stia cambiando, da motivi di salute corporea a una ricerca di benessere globalmente intesa. Ciò si riflette nella relazione con gli operatori: prioritario è il bisogno di comprensione e accoglienza. Gli operatori, invece, pongono come prioritaria la "terapia" e mettono l'accento sulla comunicazione.

Conclusioni

Per gli operatori dei Servizi coinvolti, la differenza culturale è percepita come barriera alla possibilità di comprendersi sul significato attribuito dagli utenti alle proprie istanze di salute e malattia e come causa del fraintendimento circa la percezione e l'espressione dei sintomi. Da qui, l'esigenza di formazione e di strumenti specifici, culturalmente orientati. La ricerca ha costituito un'occasione per iniziare ad abbattere questo "muro di idee" e promosso una riflessione orientata alla trasformazione dei percorsi di accoglienza degli utenti migranti.

TITOLO ABSTRACT

Il "socio" dei sanitari: le attività delle assistenti sociali presso l'ambulatorio per STP di Reggio Emilia

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Carmelina Verdoliva
Ruolo istituzionale:	Assistente sociale
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Comune di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Vecchi 2/a, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 585555
E-mail:	carmelina.verdoliva@municipio.re.it

ALTRI AUTORI

Michela Caporusso, Rossano Fornaciari, Shuyan Sun, Noela Nnaemeka, Marina Holik, Rabha Karoui

TESTO

Introduzione del progetto

Da alcuni anni si è consolidato il concetto di salute come un "insieme di cause ed azioni in relazione fra attività sociale e sanitaria"; tra i vari determinanti che si incrociano e condizionano reciprocamente la vita di ogni persona (ambientale, economico, conoscenza delle regole, ecc) grande importanza ricoprono i percorsi migratori delle persone straniere. Quest'ultimo aspetto, inteso sia sulla singola persona che sul suo gruppo di riferimento (famiglia, lavoro, amici, etnia, ...), aggiunge altre variabili che contribuiscono allo "star bene" del migrante.

Scopi e metodologia

Dal 1998, assistenti sociali del Comune di Reggio Emilia collaborano nell'ambulatorio dell'AUSL cittadina e con l'ambulatorio Caritas che si occupano di assistenza a stranieri non in regola col permesso di soggiorno.

Il progetto è stato promosso dalla Regione Emilia Romagna che già in quegli anni credeva nella collaborazione fra sociale e sanitario. Le assistenti sociali dipendenti del Comune di Reggio Emilia fanno parte dell'equipe multidisciplinare di lavoro (2 ore settimanali) e si occupano, nel rispetto della legalità, prevalentemente di tutela alla maternità e di minori stranieri temporaneamente presenti di tutto il territorio AUSL.

Risultati

Per l'utenza target, donne e minori STP, gli effetti sono prevalentemente di tutela e garanzia dei diritti essenziali (trascuratezza o rischio di abbandono, violenza di genere, sfruttamento, ...). Un ulteriore risultato forse poco quantificabile, è il continuo supporto ed orientamento agli STP che facilita l'acquisizione di effettiva cittadinanza anche a persone irregolari.

Segnaliamo inoltre i risultati sul gruppo di lavoro e sulla rete: le varie professionalità che compongono l'equipe si stanno reciprocamente formando, confrontandosi su valore e qualità dei diritti e sui concetti di legalità e tutela sociale.

Conclusioni

La presenza delle assistenti sociali presso l'ambulatorio per STP, oltre a garantire tutela e diritti a persone con in condizioni di fragilità sociale, facilita e implementa nei colleghi sanitari, nei volontari e nei mediatori culturali, una visione del concetto di salute sempre più complesso e al tempo stesso completo.

II Sessione parallela

Differenze dovute al genere

TITOLO ABSTRACT

Ambulatorio di medicina integrata per la salute della donna (AMie ...)

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Anna M. Castiglion
Ruolo istituzionale:	Referente ufficio progetti innovativi e pari opportunità
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Azienda USL VDA SC Comunicazione
Indirizzo:	Via Guido Rey 1, Aosta
Recapito telefonico:	0165 545492 - 335 6206854
E-mail:	acastiglion@ausl.vda.it

ALTRI AUTORI

Stefania Riccardi, Paola Baldini, Serena Cerioli, Giuliana Carrara, Giorgio Galli

TESTO

Introduzione del progetto

L'idea progettuale parte dalla riflessione che il genere è un determinante di salute. Riconoscere le differenze non solo biologiche, ma anche quelle relative alla dimensione sociale e culturale del genere è essenziale per delineare programmi ed azioni e per organizzare l'offerta dei servizi. Alcune fasi nella vita delle donne possono presentare problematiche di salute specifiche, per questo l'Azienda USL della VdA ha previsto la sperimentale realizzazione di un ambulatorio dedicato alla salute della donna (AMie), che prevede un approccio clinico multidisciplinare ed integrato.

Scopi e metodologia

Il progetto nasce con l'intento prevedere la presa in cura globale delle pazienti che potranno essere sottoposte a terapie diverse la cui integrazione (es agopuntura, terapie psicologiche, fisioterapia) costituisce l'elemento innovativo dell'ambulatorio.

Il metodo della medicina integrata ha una valenza specifica che si differenzia da una semplice "integrazione" di tecniche alternative e non farmacologiche negli ospedali, Esso, infatti, comprende il concetto dell'integrazione di singoli approcci e del territorio, inteso come bacino da cui accedono le pazienti e in cui verranno riportate una volta superata la fase "acuta".

Risultati

Da maggio a fine agosto sono state visitate 72 pazienti. Sono state trattate una ventina di pazienti gravide per nausea e vomito, rivolgimento fetale, insonnia, dolori osteoarticolari, preparazione o induzione al parto; 5 puerpere con dolori o problemi di allattamento. Sono state visitate: 25 pazienti con cefalea, 20 in menopausa, 5 con dolore pelvico cronico. Tutte le pazienti sono state sottoposte a visita medica, colloquio psicologico e valutazione fisioterapica. Dalla prima valutazione sono iniziati i cicli di agopuntura, psicoterapia e fisioterapia per un totale di 450 prestazioni.

Conclusioni

L'afflusso delle pazienti è stato fin da subito intenso; un graduale aumento è stato determinato sia dall'ampliamento dell'informazione dei medici di base e degli specialisti, sia, soprattutto, dal passaparola.

Le donne in gravidanza accedono direttamente all'ambulatorio, trovando soluzione a problemi che erano abituate a tollerare; quelle in menopausa sono curate per fastidi, più o meno gravi, che possono compromettere la qualità della loro vita. Le pazienti con dolore cronico sperimentano la presa in carico multidisciplinare ed integrata di disturbi complessi, affrontata con terapie non farmacologiche.

Commenti

L'ambulatorio si pone come un servizio integrato ed interdisciplinare dove si progetta una presa in cura globale delle pazienti alle quali si offre un incontro con ciascun specialista che effettua la sua diagnosi. Alcuni centri, pochi in Italia, riescono o, comunque, hanno come obiettivo di offrire una terapia farmacologica, trattamenti fisici, tecniche riabilitative, supporto psicoterapeutico attraverso la creazione di un'équipe di operatori sanitari che collaborano tra loro. Questa integrazione tra approcci medici di diversa ispirazione e cultura è difficile, però è quello che le pazienti cercano, chiedono e di cui hanno bisogno per essere curate al meglio.

E' interessante evidenziare che l'attivazione di questo ambulatorio ha generato un grande interesse nelle donne valdostane. Le donne "empowered" chiedono esplicitamente al medico curante o allo specialista di essere inviate all'AMIE, dimostrando come un accesso attento alle differenze possa essere uno strumento di miglioramento dell'efficacia delle prestazioni sanitarie.

TITOLO ABSTRACT

Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari per donne in difficoltà

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Chiara Tassinari
Ruolo istituzionale:	Direttore di Distretto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto Centro Nord - AUSL di Ferrara
Indirizzo:	Via Cassoli 30, Ferrara
Recapito telefonico:	0532 235763
E-mail:	mc.tassinari@ausl.fe.it

ALTRI AUTORI

Chiara Benvenuti, Paola Castagnotto

TESTO

Introduzione del progetto

L'approvazione del Piano Regionale Sociale e Sanitario 2008-2010 ha orientato i Distretti a perfezionare il sistema socio-sanitario di competenze integrate rivolte a utenti migranti, in particolare per facilitare l'orientamento e l'accesso ai servizi. Per chi ha condizioni complesse legate alla propria appartenenza etnica e di genere, che pregiudicano l'autonomo ricorso alla rete dei servizi, si è reso utile stipulare un protocollo di intenti e operativo a carattere interistituzionale e con una Associazione di promozione sociale, il Centro Donna Giustizia che supporta donne soggette a violenza e a tratta, in quest'ultimo ambito, donne straniere. Il Centro DG, oltre a azioni di supporto e accompagnamento, gestisce tre case di accoglienza. Il protocollo mira a consolidare la collaborazione tra pubblico e privato sociale per donne che vivono una forte complessità socio sanitaria, con finalità di tutela e di cura appropriata, ma anche con obiettivi di educazione alla salute.

Scopi e metodologia

Il protocollo si occupa di promuovere e garantire l'appropriatezza nei seguenti ambiti:

- Aumentare l'iscrizione all'anagrafe sanitaria.
- Regolamentare le prenotazioni specialistiche, anche nei casi di urgenza.
- Aumentare la prevenzione delle malattie infettive e a trasmissione sessuale.
- Dare regolarità nell'accesso al Centro salute Donna.
- Promuovere l'accesso ai pediatri di libera scelta e ai medici di medicina generale.
- Regolamentare la presa in carico per trattamenti assistenziali e farmacologici da parte del DAI-SMDP.

Il protocollo si fonda sulla condivisione da parte di tutti i servizi coinvolti di norme di facilitazione d'accesso e sull'impegno a svolgere congiuntamente un'azione educativa, soprattutto per donne che hanno il proprio stile di vita fortemente compromesso dalla condizione sociale e personale vissuta. Le utenti principali sono donne soggette a tratta, uscite dalla prostituzione o che continuano ad esercitarla. Diverse di loro hanno figli minori, sui quali si esercita anche un'azione integrata con i Servizi Sociali.

Risultati

Nel 2009 il Centro Donna Giustizia, con il macro progetto "Oltre la strada" ha realizzato n. 165 accompagnamenti e invii a prestazioni mediche e psicologiche, oltre i n. 165 invii a prestazioni legali e i n. 247 invii a prestazioni sociali. La collaborazione e la condivisione di norme comuni tra AUSL e Associazione CDG, permette di affrontare le problematiche delle donne in carico orientandole al servizio più appropriato. La collaborazione permette un aumento di competenza interculturale dei servizi coinvolti.

Conclusioni

La prima esperienza di protocollo, nel medesimo ambito, data al 2007. Due anni di esperienza hanno prodotto uno strumento di accompagnamento ai servizi più competente verso le utenti e più articolato per permettere ai servizi di svolgere anche una funzione formativa di educazione alla salute. L'Azienda USL e il Centro Donna Giustizia, con il nuovo protocollo, sono anche partner di una azione formativa, particolarmente mirata sulla salute sessuale e riproduttiva delle donne orientate e accompagnate ai servizi.

Commenti

Il protocollo si occupa di donne definibili "difficili" in una visione dell'utenza dei servizi rispettosa di regole, di tempi certi, di accettazione delle indicazioni sanitarie o socio sanitarie.

Il protocollo è orientato a costruire una cultura "ordinaria" di utilizzo dei presidi sanitari e socio sanitari e non solo indotta dall'emergenza.

TITOLO ABSTRACT

**Violenza alle donne-compiti diversi, missione comune:
la rete socio-sanitaria territoriale per consolidare l'aiuto**

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Monica Dotti
Ruolo istituzionale:	Sociologo sanitario
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto di Modena - AUSL di Modena
Indirizzo:	Via del Pozzo 71, Modena
Recapito telefonico:	059 438788
E-mail:	m.dotti@ausl.mo.it

ALTRI AUTORI

Silvana Borsari - Direttore Distretto di Modena

TESTO

Introduzione del progetto

La violenza contro le donne assume nella nostra società una connotazione estremamente rilevante, incidendo profondamente sulla salute e sulle sue diseguaglianze comprese quelle di "genere". Un accordo prefettizio sancito recentemente tra diversi stakeholders territoriali sulla condivisione di strategie comuni per contrastare la violenza, ritiene che una delle principali azioni dell'AUSL, come istituzione che si occupa della tutela della salute pubblica, sia quella di promuovere iniziative formative interdistrettuali finalizzate all'individuazione e differenziazione dei compiti istituzionali propri delle diverse istituzioni e dei professionisti che ne fanno parte affinché tutti rappresentino "nodi" di un più ampio sistema di "rete" territoriale in grado di fare prevenzione, contrasto e monitoraggio, ma soprattutto siano punti di riferimento da agganciare per intraprendere efficaci percorsi di aiuto.

Scopi e metodologia

Scopi:

- analisi della violenza legata ad una prospettiva di "genere";
- tipologia e dimensioni della violenza: aspetti sanitari, psicologici, giuridici e medico-legali;
- ruolo dell' associazionismo;
- analisi dei compiti istituzionali e professionali connessi alla violenza "di genere" ;
- raccordo istituzionale, evidenza dei punti di forza e delle criticità: ipotesi per un suo miglioramento;
- ipotesi future di lavoro per il consolidamento della tenuta della "rete" territoriale.

Metodologia:

- **partecipata sia nella fase di progettazione che di realizzazione.**
- individuazione in ambito distrettuale dei referenti sanitari e sociali con i quali abbozzare un'ipotesi di progetto formativo;
- sensibilizzazione ed inclusione dei livelli politici locali e non con i quali condividere gli scopi del progetto e le ipotesi circa una sua ricaduta operativa;
- analisi del contesto e individuazione delle tematiche specifiche di approfondimento;
- relazioni di "esperti", lavori di gruppo, role playing.

Risultati

- Presso ogni distretto è stato costituito un gruppo interprofessionale che si incontra periodicamente per migliorare e monitorare la tenuta del "prodotto" che è stato realizzato dopo il corso e rispondente ai bisogni locali sulla violenza di "genere": linee guida, protocollo operativo ecc.
- Le amministrazioni comunali hanno avviato un processo di valutazione sulle implicazioni che la violenza ha a livello economico e (per le necessità di allontanamento madre- bambino e per il carico di lavoro degli operatori) che rimanda elementi importanti anche per una successiva pianificazione che travalica la dimensione locale.

- L' Azienda USL ha intrapreso un percorso di monitoraggio sulla violenza di genere nelle diverse UU.OO di Pronto Soccorso, poiché è la prima frontiera sanitaria che si impatta pesantemente con il fenomeno.

Conclusioni

Sono in cantiere altre progettazioni per analisi e monitoraggio del fenomeno nel contesto sanitario.

TITOLO ABSTRACT

Sensibilizzare alla medicina di genere: l'esperienza di Ferrara

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Fulvia Signani
Ruolo istituzionale:	Presidente Comitati Pari Opportunità e Mobbing
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento di Sanità Pubblica, Staff Direzione Generale - AUSL di Ferrara
Indirizzo:	Via F. Beretta 7, 440121 Ferrara
Recapito telefonico:	335 204207 - 0532 235360
E-mail:	f.signani@ausl.fe.it

ALTRI AUTORI

Teresa Matarazzo - Az. Osp. Ferrara, Flavia Franconi - Università di Sassari, Chiara Scapoli - Università di Ferrara, Paola Castagnotto - AUSL Ferrara, Caterina Ferri - Provincia di Ferrara

TESTO

Introduzione del progetto

Il bisogno di sviluppare una medicina attenta al genere nasce in Inghilterra nel 1991, ma solo un decennio dopo viene istituito, alla Columbia University di New York, il primo corso dedicato espressamente a questo tema. In Italia, a partire dagli anni Novanta, si avviano progetti, sostenuti dal Ministero della Salute, che tengono conto delle differenze di genere nella sperimentazione clinica e farmacologica. E' del 2008 il primo progetto nazionale per potenziare la ricerca, l'assistenza e la prevenzione al femminile.

Scopi e metodologia

Il progetto formativo prevede workshop annuali avviati dal 2009 per sensibilizzare operatori sanitari, del mondo formativo e sociale alla prevenzione, terapia e cura delle malattie in un'ottica di genere. Si delinea il concetto di genere in relazione all'appropriatezza dei percorsi sanitari di organizzazione del lavoro, nonché del percorso formativo universitario. A testimonianza che l'attenzione al genere si sta radicando, si tracciano le caratteristiche della valutazione d'impatto del fattore genere sulle scelte in merito alla salute.

Risultati

Le istituzioni del territorio (Provincia, Aziende Sanitarie e Università) si sono da subito connesse in un'azione comune di advocacy sul tema del genere. Oltre duecento persone per edizione, hanno frequentato i momenti formativi, testimoniando ottimi livelli di gradimento. A fianco di una sensibilità alla pratica quotidiana attenta al genere per i clinici ed i docenti, si è aperta la possibilità di condividere un documento 'Patto di genere' teso a consolidare l'impegno delle istituzioni ad un mainstreaming di genere.

Conclusioni

La rete di enti intenzionati a sostenere il fattore genere in sanità, contrasta progressivamente l'abitudine di *gender blindness* (cecità mirata al fattore genere) segnalato in letteratura. Dal punto di vista clinico, dalla sola diagnostica e cura, si va verso il tema 'salute' più generale, mentre cresce la necessità di dotarsi di dispositivi forti di impegno, oltre che tecnico, anche politico, per mantenere attiva l'azione nel tempo. La ricerca di contenuti ed esperienze, aiuta inoltre a delineare un *core curriculum* necessario ad una vera e propria cultura di genere.

Commenti

La specificità del progetto è nella interdipendenza delle azioni a supporto di una "competenza" di genere di diverse figure professionali con un allargamento della responsabilità istituzionale rispetto un'azione di promozione della salute e del benessere sociale consapevole della differenza di genere.

TITOLO ABSTRACT

M to F: more difference than before (uno spazio dedicato a Reggio Emilia)

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Mara Manghi
Ruolo istituzionale:	Medico del Centro Salute Famiglia Straniera
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Azienda Ospedaliera Santa Maria di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Monte S. Michele - Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 296241
E-mail:	manghi.mara@asmn.re.it

ALTRI AUTORI

Francesca Bonvicini, Kahfian Zaynalabedin, Marina Sparano, Gemmi Maria Cristina, Claudia Crotti

TESTO

Introduzione del progetto

All'interno del Centro Salute Famiglia Straniera si è ampiamente consolidato negli anni lo spazio Eva Luna che fa parte di un progetto integrato con il Comune di RE e l'associazione di volontariato Rabbunì rivolto alle persone che si prostituiscono in strada. La caratteristica saliente del progetto è il lavoro condiviso fra operatori sanitari, operatori sociali e operatori del volontariato che hanno saputo creare una rete di servizi in grado di rispondere ai molteplici bisogni di questa tipologia di utenza. Il progetto è riconducibile alla metodologia di "riduzione del danno" e si occupa di prevenzione, informazione, accompagnamento ai servizi. Propone inoltre la possibilità di usufruire dell'art.18 di protezione sociale. Dal 2008 fra gli utenti di questo spazio sono comparsi un gruppo di transessuali di origine sudamericana o arrivati spontaneamente attraverso il "passa parola" o condotti dalle operatrici della Unità di Strada.

Scopi e metodologia

Mentre da una parte l'approccio degli operatori è stato quello utilizzato abitualmente nello spazio Eva Luna per le prostitute, dall'altro c'è stata la necessità di mettersi in discussione per identificare approcci più idonei e più rispettosi della persona. Quindi se da un lato è stato proposto a tutti l'esecuzione degli screening sierologici per le principali malattie a trasmissione sessuale e l'intradermoreazione alla Mantoux, dall'altro gli operatori sia dell'AUSL che della Caritas hanno iniziato un percorso informativo e formativo sulla realtà del fenomeno del quale i mass-media danno esclusivamente una immagine deviata e patologica.

Risultati

Ad oggi gli utenti sono 22 e gli accessi 150.

18 hanno eseguito esami sierologici per malattie a trasmissione parenterale e sessuale:

12 positivi per infezione luetica(55%)

4 positivi per HIV

9 sono HbsAb positivi da pregressa infezione(40%)

1 HbsAg positivo

Nessun caso di HCV positivo

Sono state eseguite 8 intradermoreazioni alla Mantoux (per alcuni mesi non c'era la disponibilità del test):

3 non si sono presentati alla lettura, 3 fortemente positivi di cui 1 tb polmonare aperta e 2 avviati a chemioprolifassi che però non è stata completata

Conclusioni

La situazione sanitaria e sociale di queste persone risulta essere molto complessa e richiede una stretta integrazione fra i servizi con la creazione di percorsi facilitati e plurispecialistici (psicologo, endocrinologo, chirurgo plastico, infettivologo). La condizione di esclusione sociale e di violenza da loro subita (che è la più grande fino ad ora intercettata sia dagli operatori del CSFS che dagli operatori

dell'unità di strada) rende ancora più difficoltoso l'accesso ai servizi e può aggiungere danni ulteriori alla loro salute fisica e psichica.

Secondo la sociologa bolognese Porpora Marcasciano "il dramma dei transessuali diventa tale solo perché così viene visto dal contesto sociale che costruisce il suo edificio di esclusione sui tre pilastri della paura, della sicurezza e del decoro, distruggendo il concetto di accoglienza."

Il CSFS è stato individuato invece come un "luogo" ove l'accedere è semplice, il rispetto della persona è garantito, ogni giudizio è sospeso e dove è possibile affrontare problematiche sia sociali che sanitarie che in queste persone sono strettamente legate e addirittura interdipendenti.

TITOLO ABSTRACT

Donne che aiutano donne Un progetto di supporto domiciliare per le maternità a rischio

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Maria Grazia Saccotelli
Ruolo istituzionale:	Responsabile Consultorio Familiare - Dirigente Psicologo
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dip. Cure Primarie - Consultorio Familiare - AUSL di Imola
Indirizzo:	Via Amendola 2, Imola
Recapito telefonico:	0542 604193
E-mail:	mg.saccotelli@ausl.imola.bo.it

ALTRI AUTORI

Gianstefani Caterina, Morigi Meris

TESTO

Introduzione del progetto

In questi anni la vicinanza di differenti realtà culturali e la collaborazione con l'associazionismo imolese hanno favorito la stesura di alcuni progetti mirati ad orientare progressivamente i servizi offerti dal Consultorio Familiare alle nuove esigenze di cui sono portatrici le donne provenienti da altre culture. Per dare risposta a questi nuovi bisogni di salute presso il Consultorio Familiare dell'AUSL di Imola è stato avviato il progetto "Donne che aiutano Donne", che prevede il coinvolgimento di alcune figure volontarie in grado di fornire un supporto a domicilio alle puerpere, creando un ambiente di sostegno, qualora esso sia carente o assente. Nel contesto attuale si percepisce frequentemente il bisogno delle neomamme, soprattutto alla prima esperienza, di una conferma, di una qualche forma di incoraggiamento, di una testimonianza da parte di un'altra donna più esperta di lei in fatto di maternità, che spesso non può essere fornita dalla propria madre, perché lontana. A tutt'oggi è altrettanto diffuso che manchino le reti di supporto femminili e sono pressoché azzerate le opportunità di trasmissione di generazione in generazione delle cure materne, soprattutto per le donne straniere poiché frequentemente le loro madri restano nel loro paese d'origine.

Scopi e metodologia

Gli obiettivi dell'intervento di queste figure di sostegno sono la facilitazione della relazione precoce madre bambino, la prevenzione e/o attenuazione della depressione puerperale, ed il prendersi cura dei neonati, per permettere alle neo mamme di avere il tempo di portare avanti dei progetti per loro stesse. Questo progetto è stato pensato per le puerpere che presentano particolari difficoltà di ordine psicologico nell'accudimento del loro bambino, che vivono in condizioni di isolamento relazionale, in assenza di rapporti significativi sul piano affettivo, ed in mancanza di riferimenti familiari o amicali, esperienze spesso comuni tra donne che provengono da altri paesi. Il gruppo di volontarie dopo un colloquio individuale conoscitivo, ha effettuato un ciclo di 4 incontri formativi con professionisti dell'Azienda su alcuni argomenti significativi, che riguardano l'accudimento e lo sviluppo psicofisico del neonato; infine hanno svolto un periodo di osservazione (Baby Observation) del neonato e delle sue interazioni presso il reparto di Pediatria e il Consultorio Familiare. È inoltre prevista una discussione periodica con uno psicologo, a cadenza mensile, con tutte le volontarie coinvolte, al fine di verificare l'andamento delle varie situazioni prese in carico. Riteniamo particolarmente significativo questo spazio d'ascolto dove ciascuna partecipante può socializzare i propri vissuti, le proprie emozioni e i propri desideri, condividendo la propria esperienza con altri. L'esistenza del gruppo, il suo procedere in tempi costanti, il suo poter contenere paure, ansie e impressioni, permette di ritrovare il filo conduttore e di fare chiarezza su ciò che ci viene riportato.

L'invio delle puerpere può arrivare, oltre che dalle ostetriche e dalle ginecologhe consultoriali, anche da tutti gli operatori sanitari che si occupano di salute delle mamme e dei bambini (reparti ospedalieri di ostetricia e ginecologia, pediatria, pediatri e medici di libera scelta nonché dalla psichiatria e dai servizi sociali).

Risultati

“Donne che aiutano donne” è un servizio attivo dal settembre 2005 ed è formato da un gruppo di nove volontarie; ad oggi hanno usufruito di tale servizio in tutto 45 puerpere; di queste 26 (di cui 13 immigrate) hanno terminato il percorso e 13 (di cui 7 immigrate) sono seguite attualmente; le restanti 6 donne hanno abbandonato spontaneamente il percorso prima della conclusione o è stata necessaria la sospensione dell'intervento (causa trasferimenti, etc).

In alcune prese in carico di donne straniere, data l'impossibilità di una comunicazione adeguata, è stata prevista la presenza della mediatrice, che ha svolto un ruolo fondamentale nella comprensione culturale e linguistica.

Conclusioni

Dai dati in nostro possesso si evince come gli interventi siano risultati graditi ed apprezzati da parte delle neo-mamme e come la qualità del sostegno fornito possa rappresentare un fattore in grado di influenzare positivamente le relazioni madre-figlio nel periodo neonatale.

Numerosi studi hanno infatti confermato come una variabile in grado di influenzare positivamente le relazioni madre bambino, sia la qualità del supporto, strumentale e sociale, fornito dalle persone intime e/o da persone positive ed affettive. In questi anni, nell'ascolto di tante neo-mamme, abbiamo constatato sia gli effetti benefici e strutturanti di questo “supporto facilitante”, nel momento in cui si profila come una cornice di sostegno affettivo-pratico normalmente svolta dai familiari, sia i risvolti negativi quando essa per diversi motivi non si riesce ad attivare.

Dalla nostra esperienza emerge come le donne straniere che hanno usufruito di questo progetto, oltre ai benefici del supporto, abbiano anche avuto modo di conoscere e utilizzare maggiormente tutti i servizi coinvolti nella salvaguardia del benessere psicofisico loro e del bambino.

TITOLO ABSTRACT

Formare formatori sull'importanza del fattore genere nel lavoro e nei servizi sanitari: il caso studio dell'AUSL di Ferrara

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Fulvia Signani
Ruolo istituzionale:	Presidente Comitati Pari Opportunità e Mobbing
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento di Sanità Pubblica, Staff Direzione Generale - AUSL di Ferrara
Indirizzo:	Via F. Beretta 7, 440121 Ferrara
Recapito telefonico:	335 204207 - 0532 235360
E-mail:	f.signani@ausl.fe.it

ALTRI AUTORI

Barbara Caselli - Dirigente Direzione infermieristica e tecnica aziendale, Azienda USL Ferrara

TESTO

Introduzione del progetto

La sensibilità all'importanza del fattore genere nella gestione dei rapporti di lavoro e nella pratica quotidiana di cura, ha necessità di azioni formative capillari per potersi radicare anche nelle articolazioni più distali dell'organizzazione sanitaria, e poter essere condivisa da tutti i dipendenti, senza distinzione di ruolo e genere.

Scopi e metodologia

Lo scopo dell'azione formativa è quello di formare operatori come formatori interni, disseminatori dei contenuti e metodi legati all'importanza del fattore genere. La metodologia applicata è quella del formare alla formazione alla pari, con attenzione all'andragogia (metodi specifici di educazione agli adulti). I discenti diventano abili a proporre moduli formativi 'leggeri' (seminari brevi) che coinvolgono gruppi di lavoro di colleghi, nei relativi luoghi di lavoro.

Risultati

Il reclutamento dei discenti, attuato tra coloro che già avevano seguito una formazione sui temi del genere per circa venti ore, ha prodotto una decina di iscrizioni. La sintesi dei contenuti che vengono proposti, consente la produzione di materiale didattico di tipo divulgativo, applicabile con facilità.

Conclusioni

L'azione formativa si ascrive al sistema di azioni che l'Azienda USL di Ferrara e con essa i Comitati Pari Opportunità, hanno avviato sul tema del genere ed ha una funzione di rinforzo 'a catena' della diffusione della cultura specifica, alla pari di altre azioni quali: workshop sulla medicina di genere; piano azioni positive per le pari opportunità; Comitato etico per il rispetto delle differenze.

TITOLO ABSTRACT

Le donne dell'Est Europa tra cura e cultura

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Lucia Monici
Ruolo istituzionale:	Dirigente Medico Responsabile
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Servizio Igiene Pubblica - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	P.zza San Rocco 4, Correggio (RE)
Recapito telefonico:	0522 630451 - 0522 630468
E-mail:	monicil@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Francesca Bonvicini, Alessandra Fabbri, Carla Severi, Zaynalabedin Kafian, Stefania Mozzanica, Loredana Guidi, Ines Magnani, Mara Manghi, Rossano Fornaciari, Marina Holyk

TESTO

Introduzione del progetto

In provincia di Reggio Emilia è sempre più frequente il ricorso, da parte delle famiglie, ad assistenti straniere provenienti prevalentemente dall'Est Europa per la cura delle persone anziane o con problemi di salute. Di conseguenza è emersa l'esigenza di predisporre interventi mirati sia alla promozione dei concetti di prevenzione delle malattie infettive, degli infortuni domestici, delle patologie da movimentazione dei carichi, che alla promozione di stili di vita sani (alimentazione, consumo di alcool, benessere psicologico). Si è inoltre reso indispensabile creare percorsi sanitari mirati a favorire e facilitare l'accesso ai servizi sanitari ed alle cure essenziali, anche per le persone temporaneamente presenti sul territorio nazionale (STP).

Scopi e metodologia

Incontri di informazione ed educazione sanitaria

Sono stati organizzati momenti formativi presso il Centro Madreperla di Reggio Emilia (centro di aggregazione per le donne dell'Est Europa patrocinato dall'Assessorato Coesione e Sicurezza Sociale del Comune di RE), in presenza del mediatore culturale, in orari e giornate favorevoli e compatibili con l'attività lavorativa delle donne partecipanti

Sono stati trattati temi relativi prevenzione malattie infettive, nutrizione, movimentazione anziani, benessere psicologico. Al termine di ciascun corso è stato rilasciato attestato di partecipazione all'evento.

Prevenzione e cura

In collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie è stato creato un ambulatorio medico/infermieristico specifico, dedicato alle donne dell'Est Europa, presso il Centro Famiglia Straniera (CFS), servizio dell'AUSL per la prevenzione e cura degli stranieri senza permesso di soggiorno o che necessitano di mediazione culturale. Per favorire l'accesso al servizio l'ambulatorio dedicato è il mercoledì pomeriggio, giorno di riposo dal lavoro per le "badanti" reggiane, e con la presenza della mediatrice culturale. Nella stessa giornata sono stati inoltre riservati alcuni posti per le donne dell'Est presso il Consultorio Familiare dell'AUSL.

Risultati

Si è raggiunto un buon livello di partecipazione agli incontri formativi. Le donne coinvolte hanno mostrato un elevato interesse agli argomenti trattati, rilevato anche attraverso lo strumento dei questionari di gradimento. Nel 2009 sono state seguite dall'ambulatorio del CFS 529 donne dell'Est Europa ed effettuate 1582 visite (comprensivo ambito ostetrico-ginecologico). Le nazionalità più rappresentate sono state: Georgia 34%, Moldavia 30% e Ucraina 19%. Il maggior numero di accessi si è avuto per patologie croniche a carico dell'apparato cardio-circolatorio seguite da patologie dell'apparato gastro-intestinale.

La creazione dell'ambulatorio presso il CFS ha permesso di garantire una continuità di cura che si è rivelata fondamentale, trattandosi per la maggior parte di patologie croniche, con una importante componente psicologica, legata sia al percorso migratorio che alla tipologia di attività lavorativa.

Conclusioni

La creazione di progetti e percorsi integrati su diversi livelli, che prevedano sia aspetti di formazione/educazione che di diagnosi precoce/cura, si è rivelata vincente per diffondere la cultura della prevenzione ed aumentare l'accessibilità ai servizi sanitari.

Gli incontri con gli immigrati nei luoghi di aggregazione, in orari e giornate compatibili con il loro lavoro, in presenza del mediatore che riduce le barriere linguistico-culturali, sono da considerarsi strategie vincenti per favorire il coinvolgimento attivo del soggetto nel percorso della salute e l'integrazione nelle famiglie in cui è inserito.

III Sessione parallela

Differenze dovute a disabilità fisiche e psichiche

TITOLO ABSTRACT

Le profonde trasformazioni demografiche ed epidemiologiche, le incessanti innovazioni tecnologiche in campo diagnostico e terapeutico, mettono in conflitto l'universalità, l'equità, la solidarietà del SSN e le aspettative di vita per le persone Disabili?

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Pietro Messori
Ruolo istituzionale:	Portavoce del Coordinamento Disabili e Famiglie della Provincia di Reggio Emilia a cui aderiscono 12 associazioni persone disabili - Associazione FACE della Provincia di Reggio Emilia
Recapito telefonico:	339 6856680 - 0522 296258
E-mail:	coordinamentodisabilita@gmail.com

TESTO

Introduzione del progetto

Il 30 marzo 2007 il Governo Italiano ha firmato, in qualità di stato parte, la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006. E' una Convenzione che, a conclusione di un lungo e complesso negoziato, ha individuato nuovi percorsi per il riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità.

Scopi e metodologia

Il punto "e" del preambolo della "Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità" recita:

Riconoscendo che la disabilità è un concetto in evoluzione e che la disabilità è il risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri.

Risultati

Il rischio di un impoverimento delle famiglie dovuto, oltre che alla crisi finanziaria degli ultimi anni, ad un'inadeguata copertura delle spese sanitarie da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) appare particolarmente preoccupante in quanto molte famiglie rischiano di cadere sotto la soglia di povertà per aumenti anche relativamente piccoli della spesa sanitaria. Tale evidenza deve portare a politiche che permettano una migliore innovazione sulle forme di accesso al SSN perché queste siano veramente eque.

Conclusioni

Nonostante il nostro Paese abbia complessivamente raggiunto risultati di salute che lo collocano ai primi posti nel panorama internazionale, permangono differenze importanti socio-demografiche a sfavore delle posizioni sociali più svantaggiate, in particolare dei meno istruiti, delle persone di più bassa classe sociale, dei meno abbienti e dei più poveri di risorse di rete sociale e familiare.

L'essere disabili porta ad un ulteriore inasprimento delle posizioni sociali più svantaggiate.

Commenti

La comunità scientifica - ed in particolare coloro che hanno il compito di produrre cultura, formazione e ricerca - ha il dovere di affrontare in modo diffuso e sistematico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini. Questi temi non possono rimanere soltanto oggetto di trattative "a porte chiuse" in vertici internazionali o di reportage giornalistici.

TITOLO ABSTRACT

Indagine esplorativa sulla domanda e l'offerta dei servizi distrettuali dell'AUSL di Bologna rivolti a persone disabili migranti/straniere adulte

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Maria Giovanna Caccialupi
Ruolo istituzionale:	Responsabile Programma Salute Immigrati/Responsabile del Centro per salute delle donne straniere e dei bambini
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Attività socio-sanitarie - AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via Zanolini 2, 40126 Bologna
Recapito telefonico:	051 2869124
E-mail:	mariagiovanna.caccialupi@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Ilaria Simonelli

TESTO

Introduzione del progetto

L'indagine esplorativa sulla domanda e l'offerta dei Servizi distrettuali offerti a persone disabili migranti/straniere è nata come esigenza del Dipartimento delle Attività socio-sanitarie della AUSL di Bologna di conoscere in modo più organico ed approfondito le risposte organizzative ed operative relative alla presa in carico di persone disabili straniere da parte dei servizi socio-sanitari del territorio. L'Indagine ha coinvolto tutti i sei Distretti della AUSL, ed in particolare il servizio disabili adulti.

Scopi e metodologia

Lo scopo è stato quello di ricavare una mappatura della tipologia della risposta dei servizi distrettuali ai bisogni della popolazione disabile straniera in grado di suscitare una riflessione collegiale e pianificare azioni di miglioramento.

La metodologia ha previsto:

- la elaborazione condivisa con gli operatori di una Scheda di rilevazione allineata alla mission del servizio stesso;
- la somministrazione della Scheda agli operatori per la compilazione, dopo opportuni accordi con i Responsabili dei Distretti;
- la conduzione di focus groups indirizzati agli operatori coinvolti per approfondire tematiche ritenute rilevanti, per colmare lacune e verificare incongruenze della raccolta dati.

Risultati

I dati raccolti hanno permesso una prima mappatura della distribuzione delle prese in carico di migranti con disabilità fisiche nei singoli Distretti ed una conseguente analisi del tipo di risposta dei servizi stessi alle problematiche di disabilità fisica incontrate. I dati hanno evidenziato l'alta complessità dell'attività svolta, l'importanza della presenza costante della mediazione culturale, la necessità di migliorare il monitoraggio dell'iter del paziente soprattutto quando più servizi sono coinvolti nelle attività socio-sanitarie.

Conclusioni

L'Indagine è stata accolta positivamente dagli operatori che auspicano di poterla rendere sistematica in modo da monitorare l'andamento della domanda e dell'offerta e individuare possibili azioni di miglioramento e di empowerment del paziente stesso. Il ricorso ai focus groups si è rivelato uno strumento essenziale ed apprezzato per favorire il confronto tra gli operatori per individuare meglio limiti e assets dei servizi in cui operano.

Commenti

L'indagine esplorativa è stata abbinata ad una altra Indagine sui servizi territoriali indirizzati alla popolazione straniera/migrante in generale. I risultati di entrambe le Indagini saranno pubblicati sul website aziendale.

TITOLO ABSTRACT

L'accesso per disagio scolastico al di là delle disabilità fisiche e psichiche Esperienza del distretto socio-sanitario di Aosta

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Silvio Giono Calvetto
Ruolo istituzionale:	Direttore Distretto Socio Sanitario
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto n. 2 Azienda Usl Valle d'Aosta
Indirizzo:	Via G. Rey 1, 11100 Aosta
Recapito telefonico:	0165 544685
E-mail:	sgionocalvetto@ausl.vda.it

ALTRI AUTORI

Raffaella Sanguineti, Antonella Lacroix, Miriam Ponsetti

TESTO

Introduzione del progetto

Le richieste di intervento per disabilità accertata o disagio scolastico, in costante aumento negli ultimi anni, hanno portato logopedisti, psicologi e neuropsicomotricisti dell'Azienda USL Valle d'Aosta a sviluppare protocolli di valutazione e trattamento per la gestione delle problematiche più rilevanti. Per rispondere alla domanda di equità all'accesso dei servizi, nonché di appropriatezza della risposta sanitaria, è stato istituito, un unico polo di valutazione con l'obiettivo di uniformare criteri di accesso, strumenti di valutazione multidisciplinare e tempi di attesa in tutto il Distretto.

Scopi e metodologia

La sperimentazione è iniziata a partire dall'anno scolastico 2009/2010, per gestire la fase valutativa di tutte le richieste, provenienti dalle scuole e dall'utenza in generale, relative a problemi di apprendimento / linguaggio / attenzione, di utenti non noti ai servizi territoriali.

A seguito di segnalazione al polo, il team contatta la famiglia, definisce tempi e modalità di valutazione (dei singoli professionisti), al termine della quale formula un'ipotesi diagnostica e un percorso riabilitativo oppure propone un approfondimento specialistico (neuropsichiatrico).

Risultati

Nel corso dell'anno scolastico 2009/10 sono pervenute al polo 182 segnalazioni di cui a fine giugno erano state valutate 155 (85,2%) e per 99 (63,9% dei valutati) vi è stata indicazione a proseguire il percorso riabilitativo; 13 casi (8,3%) sono stati inviati alla valutazione neuropsichiatrica. I tempi di attesa tra segnalazione e presa in carico valutativa sono mediamente di 2 mesi, minori rispetto agli anni precedenti e soprattutto indipendenti dal luogo di residenza e dall'istituzione scolastica frequentata.

Conclusioni

Il clima interno all'équipe multiprofessionale è migliorato, vi è un linguaggio condiviso, gli strumenti di valutazione sono uniformi e condivisi, la diagnosi è probabilmente più appropriata rispetto alla situazione precedente. L'accesso ai servizi è monitorato, fondato su criteri trasparenti di priorità clinica (ipotesi diagnostica, gravità) e assolutamente indipendente dalle differenze socio culturali ed economiche dei minori, in quanto fornito dal Servizio Sanitario Regionale, su segnalazione delle istituzioni scolastiche, pubbliche o private, dei pediatri di libera scelta ovvero dalle famiglie stesse.

Commenti

La sperimentazione è appena iniziata e necessita di conferme sul campo. I tempi di attesa potrebbero essere ulteriormente ridotti, soprattutto per quanto riguarda l'inizio dell'eventuale trattamento riabilitativo. Una maggiore disponibilità di ore per la fase valutativa potrebbe abbreviare i tempi di formulazione della diagnosi e di restituzione alle scuole. Gli utenti non sempre sono soddisfatti del cambio di operatore tra fase valutativa e trattamento. L'offerta pubblica di servizi sanitari nella Regione Autonoma Valle d'Aosta è notevole e l'orientamento verso una maggiore equità dell'accesso è la strada verso l'eccellenza.

TITOLO ABSTRACT

Collaborative Stepped Care per il trattamento della depressione fra cure primarie e salute mentale

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Marco Menchetti
Ruolo istituzionale:	Ricercatore Universitario
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Istituto di Psichiatria, Università di Bologna
Indirizzo:	Viale Pepoli 5, 40123 Bologna
Recapito telefonico:	051 524100
E-mail:	marco.menchetti3@unibo.it

ALTRI AUTORI

Clara Curcetti, Mara Morini, Maria Bologna, Cecilia Sighinolfi, Domenico Berardi

TESTO

Introduzione del progetto

Numerosi studi epidemiologici hanno mostrato che la depressione ha un'elevata prevalenza nella popolazione generale e si associa ad elevati livelli di disabilità. La maggior parte dei casi di depressione sono trattati dal Medico di Medicina Generale (MMG) mentre solo una piccola percentuale accede ai Centri di Salute Mentale. In diversi paesi europei sono stati elaborati modelli di integrazione strutturata fra cure primarie e salute mentale (*Collaborative Care, CC*) per migliorare l'accesso ai servizi e la qualità dei trattamenti.

Scopi e metodologia

Scopo del progetto è di valutare l'efficacia di un adattamento della CC per la depressione in tre regioni italiane (Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria). Il modello si basa sui seguenti elementi: formazione in piccolo gruppo, definizione di link workers, adozione di protocolli di stepped care. Dal punto di vista metodologico, si tratta di uno studio randomizzato e controllato che compara la CC con la usual care, valutando remissione della sintomatologia depressiva e modificazioni nell'accesso ai servizi e nei percorsi di cura.

Risultati

Ad oggi 134 MMG hanno aderito allo studio; 72 di loro sono allocati al braccio sperimentale mentre 62 costituiscono il gruppo di controllo (il reclutamento è ancora in corso in alcune unità partecipanti). Nei primi mesi del 2010 sono state condotte diverse iniziative di formazione sulla depressione per i MMG del braccio sperimentale, inclusa l'organizzazione di periodiche discussioni di casi clinici in piccolo gruppo. Il reclutamento dei pazienti è iniziato ad aprile 2010.

Conclusioni

Al termine del primo anno, il progetto è stato attivato in tutte le regioni partecipanti. Dati preliminari relativi al primo follow-up dovrebbero essere disponibili nella prima metà del 2011.

Commenti

Il presente studio è stato finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del Bando Ricerca Finalizzata 2007.

In Emilia-Romagna, lo studio è realizzato nell'ambito del Programma regionale "G. Leggieri" e coinvolge 8 Nuclei delle Cure Primarie delle AUSL di Bologna, Reggio Emilia e Rimini.

TITOLO ABSTRACT

Accogliere il disabile: proposta di un modello organizzativo tra Ospedale e Territorio

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Antonio Luciani
Ruolo istituzionale:	Responsabile Osservazione Breve Intensiva
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Oss. Breve Intensiva Policlinico Modena
Indirizzo:	Via del Pozzo 71, Modena
Recapito telefonico:	059 4225373 - 338 6643287
E-mail:	luciani.antonio@policlinico.mo.it

ALTRI AUTORI

Gianluca Ganzerla

TESTO

Introduzione del progetto

Quando il paziente portatore di disabilità grave si "ammala" possono rendersi necessari approfondimenti diagnostici non routinari anche ad alto contenuto tecnologico e l'esecuzione di trattamenti sanitari complessi possibili solo in ospedale.

Parimenti è noto come per questi pazienti e per le loro famiglie l'ospedale in se costituisca un elemento destabilizzante; è pertanto importante limitare il ricovero al tempo strettamente necessario e favorire il rientro negli ambienti di vita quotidiana.

Per riuscire in ciò occorrono accorgimenti ed una organizzazione particolari; occorre fare diagnosi nel tempo più rapido possibile ed ottimizzare le risorse.

A tale proposito il Policlinico di Modena ha proposto un modello organizzativo.

Esso consiste nel permettere agli ospiti adulti delle strutture residenziali per disabili l'accesso facilitato all'Ospedale attraverso una struttura intermedia, l'Osservazione Breve Intensiva (OBI), per l'esecuzione di trattamenti sanitari complessi e/o approfondimenti diagnostici non routinari.

L'OBI è una struttura con percorsi facilitati a rapido turnover, ove accedono pazienti con patologie acute ricoverati da Pronto Soccorso che necessitano di ulteriore osservazione clinica, di un rapido inquadramento diagnostico o terapeutico per essere dimessi al domicilio o trasferiti in altri reparti specialistici di competenza.

Nel territorio del Distretto di Modena esistono 3 strutture residenziali per disabili adulti:

1. Il Centro Residenziale Socio-Riabilitativo Mons. E. Gerosa che accoglie utenti gravi-gravissimi con quadri clinici complessi.
2. Il Centro Residenziale Socio-Riabilitativo M. del Monte che ospita adulti con grado di disabilità grave, con quadri clinici di minore complessità con prevalenza del bisogno educativo-assistenziale.
3. Un Nucleo Residenziale rivolto ad adulti con disabilità acquisita (di origine traumatica, cardiovascolare, neuro-degenerativa) con quadro clinico stabilizzato ed un bisogno prevalente di tipo riabilitativo, assistenziale e di socializzazione.

Tutte le strutture residenziali dispongono della assistenza sanitaria di base, di consulenze specialistiche ambulatoriali e accertamenti diagnostico strumentali non complessi.

Scopi e metodologia

L'accesso in OBI degli ospiti adulti delle strutture residenziali è concordato tra il Medico di Medicina Generale della residenza ed il medico responsabile previo contatto telefonico (numero dedicato).

L'accesso può essere in urgenza o diretto concordato:

Accesso in urgenza: nelle fasce orarie 17 - 9 e nelle giornate di sabato e domenica, l'accesso può essere solo in urgenza. In questi casi l'accesso avviene sempre attraverso il P.S., ed è attivato dal MMG o dal medico del servizio di continuità assistenziale o dall'infermiera della struttura residenziale, previo contatto con il medico di turno dell'OBI.

Accesso diretto concordato: può avvenire dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 17, è attivato sempre dal Medico di Medicina Generale della residenza previo contatto telefonico con un medico dell'OBI.

Attivato il percorso il personale del reparto prende in carico il paziente dal momento dell'ingresso a quello della dimissione.

Dal momento dell'attivazione il disabile è accompagnato da un operatore della residenza che si integra in modo organico al personale dell'OBI e segue il disabile in ogni fase del trattamento. L'obiettivo di utilizzare l'accesso all'OBI per effettuare in maniera più intensiva accertamenti diagnostici e trattamenti specifici, in relazione alla particolarità del paziente disabile comporta un aumento del bisogno di nursing tutelare, in questo senso l'operatore della struttura residenziale può svolgere un ruolo di supporto sia al disabile rispetto al contesto insolito che si trova ad affrontare, sia al personale sanitario del reparto per un aiuto nell'assistenza, nella relazione con il paziente e con i familiari.

Risultati

Dal gennaio 2007 sono stati accolti 35 disabili, 1 con accesso in emergenza e i restanti con accesso concordato. Di questi pazienti 22 hanno avuto un solo accesso, 4 pazienti più di un accesso.

Il paziente arrivato in emergenza è stato ricoverato in terapia intensiva per una grave insufficienza respiratoria da polmonite ab ingestis, un altro paziente ha richiesto la permanenza in reparto di OBI per 5 giorni per la presenza di falda aerea sub frenica dopo posizionamento di PEG, tutti gli altri pazienti sono stati dimessi rimanendo in reparto da un minimo di 1 ora ad un massimo di 8 ore per le procedure più complesse (esofagogastroduodenoscopia in sedazione per emorragia digestiva).

La casistica comprende una TPSV, uno stato soporoso, una crisi epilettica, un ematoma ascessualizzato, un'ernia inguino scrotale, altro.

Le risorse strumentali utilizzate contano solo 3 Tc encefalo, 3 EGDS, esami bioumorali, oltre alle risorse di cui dispone la struttura di OBI che coordina le valutazioni cliniche specialistiche eventualmente necessarie.

La dimissione precoce è stata possibile grazie al coinvolgimento professionale del Medico Curante e dal personale delle strutture di provenienza.

Tutto ciò ha permesso di ridurre in maniera significativa il numero di ricoveri ospedalieri, il numero di giornate di degenza ed il numero di accessi al Pronto Soccorso da parte dei pazienti affetti da disabilità.

Conclusioni

All'interno di una organizzazione del SSN in cui al modello tradizionale basato sulla hospitalitas, si sostituisce un modello tendenzialmente tecnologico si osserva sempre di più il decentramento verso il territorio della gestione del paziente.

Quando il paziente è portatore di grave disabilità, diventa molto importante garantirgli l'accesso alle cure migliori senza obbligatoriamente trattenerlo in ospedale.

Dalla sua posizione privilegiata, situato com'è a ponte fra ospedale e territorio, il PS gioca un ruolo importante in un modello "socio-medico" di integrazione della salute pubblica.

Il protocollo di accoglienza rivolto ad adulti disabili tra il reparto di Osservazione Breve Intensiva del Policlinico di Modena e le strutture residenziali del Distretto di Modena oltre a migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, contribuisce a costruire una "medicina per l'handicap".

TITOLO ABSTRACT

“Ricerca-azione per la riduzione delle disuguaglianze fra i Cittadini residenti sul territorio del Distretto di Porretta Terme”

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Mara Morini
Ruolo istituzionale:	Direttore di Distretto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto di Porretta Terme – AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via Mazzini 90, Porretta Terme (BO)
Recapito telefonico:	0534 20918
E-mail:	m.morini@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Maria Ambrogina Bertone, Luigi Mazza

TESTO

Introduzione del progetto

Da un confronto richiesto dalle Associazioni delle famiglie di disabili del territorio che ha visto coinvolti AUSL di Bologna, Provincia, Regione, Enti Locali, Scuole è emersa la necessità di un approfondimento e di riflessioni sulla qualità di vita percepita delle persone con disabilità e loro care-giver.

Un gruppo di lavoro interistituzionale ed interdisciplinare ha individuato un campione significativo di 80 persone nel rispetto dei criteri di età, diagnosi, nazionalità e residenza ed elaborato un questionario.

Scopi e metodologia

- Rilevazione di informazioni di carattere generale, sui servizi ed altre agenzie utilizzate dai soggetti interessati ed evidenziare gli aspetti / criticità sui quali occorre intervenire.
- Somministrazione di un questionario con domande a risposta chiusa (dati quantitative) e a risposta aperta (dati qualitativi).

Utilizzo della “ricerca-azione” in quanto ricerca sociologica in cui l’obiettivo esplicito (metodologico) è produrre una modifica positiva di una situazione: la ricerca non si limita a descrivere e interpretare una situazione ma deve cercare di cambiarla.

Risultati

- Somministrati nr. 80 questionari nel periodo 2007/ 2008
- Rilevate informazioni dirette quali/quantitative riferite alle aree specifiche sulle quali occorre agire un cambiamento, riferite a servizi territoriali, e utili per la programmazione socio - sanitaria zonale
- Lettura complessiva (macro) e di singole situazioni (micro) sulla percezione di servizi con dati che possono essere incrociati per azioni trasversali

Conclusioni

- L’azione ha permesso di aprire una strada - innovativa - di collaborazione e confronto fra soggetti diversi con l’obiettivo comune di migliorare la qualità di vita delle persone con disabilità e ridurre le disuguaglianze con particolare attenzione a temi quali “il dopo di noi”, l’abbattimento di barriere culturali e i percorsi di autonomia.
- Le informazioni sono state fornite con notevole sforzo di apertura, in un contesto di fiducia nei confronti degli intervistatori, in un’ottica di sforzo comune per un miglioramento.

Commenti

- L’azione è stata presentata a momenti di formazione ed informazione ed ha offerto spunti per proseguire analisi e riflessioni su temi stimolati dalla raccolta di “dati incrociati” (es. persone straniere con disabilità).
- La presente azione è stata finanziata con fondi della Regione Emilia-Romagna.
- Alla realizzazione dell’azione ha partecipato il Prof. Capecchi del Dipartimento di Scienze dell’Educazione - Università di Bologna.

TITOLO ABSTRACT

Modello di gestione del servizio di odontoiatria per portatori di handicap c/o la S.C. di odontoiatria del policlinico di Modena

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Maria Paola Giulietti
Ruolo istituzionale:	Dirigente medico e titolare modulo
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Policlinico di Modena - Odontoiatria
Indirizzo:	Via del Pozzo 71, Modena
Recapito telefonico:	059 4224102/5185/2102
E-mail:	giulietti.mariapaola@policlinico.mo.it

ALTRI AUTORI

Giuseppina Sarcone, Federica Ronzoni, Tommaso Guidetti

TESTO

Introduzione del progetto

Al Modulo di Odontoiatria per Disabili dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena sono afferiti dal 1989 oltre 3000 pazienti affetti da patologie croniche, psichiche e non collaboranti, nel rispetto dei criteri del DGR 374/08 RER. Un medico chirurgo orale e due odontoiatri garantiscono: terapie odontoiatriche conservative, protesiche, ortodontiche e il monitoraggio degli indici dello stato di salute orale. La cartella clinica adottata "OMS: Oral Health Surveys-Basic Methods, Geneve 1986" è stata da noi informatizzata da oltre 10 anni.

Scopi e metodologia

L'impegno dell'equipe è rivolto ad affrontare in tempi brevi tutte le richieste urgenti e trasformarle in controlli programmati, riducendo al contempo il ricorso alle sedute in anestesia generale. L'accesso avviene previo appuntamento / intervista telefonica: dati anamnestici, richieste e necessità del paziente e dei "care-givers". I medici valutano: bisogni di cure, collaborazione, rischi e decidono la sede di intervento: ambulatorio o sala operatoria: sedazione o anestesia generale. In ambulatorio si interviene osservando le regole del "Behavior management".

Conclusioni

Un'equipe multidisciplinare che va dall'ascolto dei bisogni, alle cure tempestive, garantisce il mantenimento dello stato di salute orale a lungo termine nei pazienti disabili avviando i problemi inerenti ai tempi di attesa e riduce al minimo le lamentele. L'elaborazione dei dati del nostro Data Base dimostrano che le cure odontoiatriche danno risultati duraturi nel tempo con soddisfazione dei pazienti e dei famigliari, un ridotto ricorso all'anestesia Generale e infine un risparmio della spesa sanitaria.

Commenti

Il servizio accetta tutti i cittadini disabili, anche gli "emigrati per la sanità: candidati a trapianti cuore, a interventi neurochirurgici etc provenienti da ogni parte del mondo.

TITOLO ABSTRACT

Inserimento al lavoro di alimentarista di persone con autismo

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Emilia Guberti
Ruolo istituzionale:	Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione - AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via Gramsci 12, 40121 Bologna
Recapito telefonico:	349 5010831
E-mail:	emilia.guberti@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Elena Clo, Mariangela Sarti, Gianluca Storti, Marilisa Martelli

TESTO

Introduzione del progetto

Con l'entrata in vigore della delibera 342/04, applicativa della legge 11/2004, le Az. USL dell'Emilia Romagna sono impegnate ad effettuare corsi di formazione per gli alimentaristi sostitutivi del libretto sanitario. Dovendo contemperare tale obbligo con la L. 104/92 che predispone interventi volti a superare condizioni di emarginazione e di esclusione sociale ed educativa della persona con handicap il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione dell' Az. USL di Bologna ha promosso un progetto teso a facilitare l'inserimento in imprese alimentari di soggetti con disabilità psichica.

Scopi e metodologia

Scopo: inserimento formativo-lavorativo di soggetti autistici in attività di ristorazione garantendo le indispensabili condizioni di sicurezza per operatori ed utenti.

Attraverso l'attivazione di borse lavoro (protocollo operativo 28/4/2004 - Provincia di Bologna - inserimento al lavoro dei disabili mentali gravi) è stato attivato un percorso lavorativo in un ambiente non protetto, una cucina industriale, ove il disabile è affiancato da un tutor.

Un regolamento di tirocinio sottoscritto da Az USL e ditta di ristorazione stabilisce le mansioni da svolgere, con l'affiancamento di un educatore dedicato al sostegno dell'esperienza educativa e con la supervisione del tutor aziendale.

Risultati

Un primo caso di inserimento lavorativo di un adulto con disabilità mentale grave, attivato nel 2004 e tuttora in corso, ha consentito lo sviluppo ed il mantenimento di un buon livello di socializzazione pur limitandosi a mansioni semplici, non strettamente collegate a tempi ristretti di produzione e sempre con la supervisione di un educatore. In un secondo caso, con disabilità psichica meno grave, si è ottenuto rapidamente un buon inserimento lavorativo e, dopo un primo periodo di affiancamento di un educatore dedicato, si è potuto limitare il tutoraggio a quello da parte della ditta di ristorazione.

Conclusioni

L'esperienza ha dimostrato come le attività alimentari (ritenute più gradite in quanto finalizzate all'alimentazione esperienza elementare e di più immediata comprensione) rappresentino un contesto favorevole all'inserimento lavorativo di persone con autismo garantendo le indispensabili condizioni di sicurezza per operatori ed utenti dell'attività.

Lo strumento delle borse lavoro si è dimostrato valido come sostegno alla transizione al lavoro o, nei casi più gravi, come parte di un processo riabilitativo, fase di un più generale processo di cura e reinserimento sociale, alternativo ad una precoce istituzionalizzazione.

Commenti

Sono in corso ulteriori ricerche di collaborazione tese a favorire lo sviluppo di ulteriori esperienze per la preparazione al lavoro di alimentaristi diversamente abili, consapevoli della possibilità di migliorare continuamente l'approccio al problema e convinti che le esperienze già fatte abbiano fornito suggestioni utili anche per migliorare la formazione dei futuri alimentaristi "normalmente" abili.

IV Sessione parallela

Differenze dovute alla condizione socio-economica

TITOLO ABSTRACT

Interventi sanitari di sostegno alle famiglie colpite dalla crisi

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Clara Curcetti
Ruolo istituzionale:	Dirigente professional
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - RER
Indirizzo:	Viale Aldo Moro 21, Bologna
Recapito telefonico:	051 5277249
E-mail:	ccurcetti@regione.emilia-romagna.it

ALTRI AUTORI

Pasquale Matacchione, Vittoria Pastorelli - Servizio assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari - RER

TESTO

Introduzione del progetto

In questo momento storico, la nostra società sente gli effetti di una minore ricchezza dovuta soprattutto alla situazione economica contingente ed emerge con evidenza come le situazioni di criticità sociale possano determinare difficoltà di accesso alle opportunità effettivamente esistenti, generando nuove povertà, da cui derivano situazioni di fragilità e di debolezza, che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari esistenti e quindi al sistema di cure.

Scopi e metodologia

In un'ottica di tutela della salute delle famiglie in condizioni di fragilità sociale, in difficoltà a causa della crisi economica, sono stati definiti due provvedimenti straordinari: esenzione dal pagamento del ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali per i cittadini (e familiari a carico), erogabili presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; erogazione gratuita di farmaci in fascia C, compresi nei Prontuari Aziendali e in distribuzione diretta, alle famiglie indigenti in carico ai Servizi Sociali dei Comuni.

Il termine degli interventi, inizialmente fissato al 31 dicembre 2009, tenuto conto del perdurare della crisi, è stato prorogato al 31 dicembre 2010.

Risultati

E' stato ritenuto necessario monitorare l'andamento del provvedimento, con particolare riferimento a:

1. numero delle persone che hanno usufruito dell'esenzione dal ticket per prestazioni specialistiche ambulatoriali;
2. numero delle prestazioni effettuate;
3. totale valorizzazione economica delle prestazioni.

Il monitoraggio sui risultati raggiunti ha evidenziato che, nel periodo 1 agosto - 31 dicembre 2009, sono state più di undicimila le persone ad aver usufruito dell'esenzione dal pagamento del ticket e oltre cinquantamila le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate, per una valorizzazione economica pari all'incirca a 450mila euro.

Conclusioni

L'attuale situazione economica richiede una presenza autorevole del pubblico nel territorio, che si afferma attraverso la capacità di svolgere compiti di garanzia, prestando attenzione alla costituzione di prospettive strategiche condivise con le formazioni della società civile.

In questa logica, la costruzione di misure capaci di promuovere e sostenere l'adozione di interventi a sostegno delle famiglie e delle fasce sociali più deboli ha tenuto in considerazione che allargare i destinatari, in modo straordinario, alle soglie di esenzione, permette di garantire l'accesso alle cure anche a famiglie che pur essendo in condizioni economiche particolarmente disagiate (numerosità dei

figli, situazione lavorativa precaria, ecc...) devono sostenere l'intera spesa per la compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Occorre, infatti, tenere presente che la precarizzazione dell'accesso al lavoro e la sua instabilità, limitano le prospettive di autonomia nel progetto di vita, condizionano l'atteggiamento rispetto all'accesso alle cure e pertanto possono incidere sui comportamenti individuali, rischiando di portare a stili di vita non adeguati.

Promuovere attivamente la salute rappresenta sicuramente uno degli obiettivi principali di un sistema sanitario; in tale ottica è necessario garantire: tutela dei diritti, riduzione delle disuguaglianze, sostegno alle famiglie, facilità di accesso alle cure.

TITOLO ABSTRACT

Lo screening è uno strumento efficace per contrastare le differenze socio-economiche nella sopravvivenza dal tumore alla mammella? Uno studio condotto in Emilia-Romagna

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Enza Di Felice
Ruolo istituzionale:	Collaboratore amministrativo statistico
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	UO Epidemiologia - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Amendola 2, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335470
E-mail:	difelicee@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Silvio Cavuto¹, Barbara Pacelli², Nicola Caranci², Luca Cisbani², Elisa Carretta³, Maria Pia Fantini³, Rossana De Palma², Marco Biocca², Silvia Candela¹

¹Unità di Epidemiologia, Azienda USL Reggio Emilia; ²Agenzia Sanitaria e Sociale regionale Emilia-Romagna; ³Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università di Bologna

TESTO

Introduzione del progetto

La differenza nella sopravvivenza in relazione allo stato socio-economico (SES) è ben documentata in letteratura. In Paesi con buon livello di adesione allo screening non si è sempre osservata una riduzione significativa delle disuguaglianze di SES nella sopravvivenza. In Emilia-Romagna dal 2001 le donne nella fascia d'età 50-69 anni sono oggetto di un programma attivo di screening volto a garantire una più rapida diagnosi e percorsi terapeutici tempestivi per i casi positivi. La percentuale media di adesione regionale si attesta intorno al 70%.

Scopi e metodologia

Valutare l'effetto del programma di screening sulla sopravvivenza per carcinoma mammario nei differenti livelli sociali.

A partire da una coorte di casi incidenti rilevati dai Registri Tumori negli anni 1997-2003 sono stati recuperati, attraverso procedure di record-linkage, lo stato in vita dal Registro Mortalità e il SES dal Censimento. È stata stimata la sopravvivenza per tumore alla mammella a 5 anni dalla diagnosi e, applicando un modello multivariato, sono state confrontate le probabilità di sopravvivenza tra le donne con livelli di SES più elevato e quelle con SES più svantaggiato, eliminando l'effetto di possibili confondenti (età e stadio alla diagnosi). Le analisi sono state effettuate separatamente per tre fasce d'età (30-49, 50-69, 70-89) e due periodi (1997-2000, 2001-2003).

Risultati

Sono stati analizzati i 14.689 casi di tumore alla mammella per i quali è stato possibile attribuire la variabile di SES tramite linkage (63,3% della coorte totale). In tutte le fasce d'età è stata riscontrata una minore sopravvivenza per le donne con basso titolo di studio rispetto a quelle con alto titolo. Nel secondo periodo queste differenze sono scomparse solo nella fascia 50-69; tali risultati sono confermati anche dalle analisi multivariate, che evidenziano diminuzioni temporali eterogenee per fascia d'età; per le più giovani persiste la differenza nella sopravvivenza anche dopo aver eliminato l'effetto dello stadio alla diagnosi.

Conclusioni

L'analisi condotta confermerebbe quanto supposto dalla recente letteratura scientifica: un programma organizzato di screening del tumore alla mammella, che raggiunge un elevato livello di adesione nella popolazione a cui si rivolge, svolge anche un'azione di livellamento sulle differenze socio-economiche che si vogliono contrastare.

TITOLO ABSTRACT

Il Centro Studi Aziendale "Giovanni Donati" per il Volontariato e la Solidarietà: l'esperienza di un "Ambulatorio Volontario per persone in difficoltà"

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Daniela Valpiani
Ruolo istituzionale:	Medico. Coordinatore Comitato Scientifico del Centro Studi per il Volontariato e la Solidarietà "Giovanni Donati"
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	U.O. Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva - Dipartimento di Medicina Specialistica - AUSL di Forlì
Indirizzo:	Via L. Ridolfi, 15/A, 47122 Forlì
Recapito telefonico:	338 7979059
E-mail:	daniela.valpiani@alice.it d.valpiani@ausl.fo.it

ALTRI AUTORI

Sandra Spazzoli, Claudio Cancellieri, Franco Colafrancesco, Vanni Cuni
Comitato Scientifico Centro Studi Aziendale "Giovanni Donati" per il Volontariato e la Solidarietà

TESTO

Introduzione del progetto

Nel 2007 è stato costituito a Forlì il "Centro Studi Aziendale per il Volontariato e la Solidarietà "Giovanni Donati", che, in collaborazione con l'Università degli Studi di Bologna, si pone, tra gli altri, l'obiettivo di individuare iniziative funzionali alla realtà del territorio forlivese, analizzandone i bisogni, in sintonia con la filosofia dell'azienda USL di Forlì, che considera gli interventi sulla persona non "episodi di cura", ma "percorsi" che garantiscano la continuità, al fine di migliorare lo stato di salute dei singoli a beneficio della collettività.

Scopi e metodologia

Dopo analisi dei dati relativi alle situazioni di povertà nel nostro territorio è stato stabilito un "Accordo" con il Centro di Ascolto Buon Pastore Caritas, per la costituzione di un Ambulatorio per le persone in stato di difficoltà, con sede presso il Centro di Ascolto, che vede la presenza contemporanea di: un operatore che accoglie e individua il percorso del paziente, un medico, un infermiere che eseguono visite di I livello, richiedono eventuali visite specialistiche, compilano, una cartella clinica informatizzata.

Risultati

Dal 11/02/2009 al 31/07/2010 sono state visitate: 99 persone (71 maschi, età media 30 aa, range: 1-62 aa, n.8 minori). 38 persone hanno avuto necessità di eseguire visite di controllo: si è verificata quindi una "presa in carico", (da 1 a 4 visite). Per 20 persone sono state richieste visite specialistiche. In totale sono state eseguite n 191 visite. Per nessun paziente è stato necessario ricovero in ospedale né invio in P.S. Le patologie prevalenti: Dolore osteoarticolare, malattie dermatologiche, respiratorie, oftalmiche, odontostomatologiche, ginecologiche, genitourinarie, veneree, malattie infettive (epatiti croniche, HIV), problemi di dipendenza (alcol, farmaci) o ex tossicodipendenza, depressione.

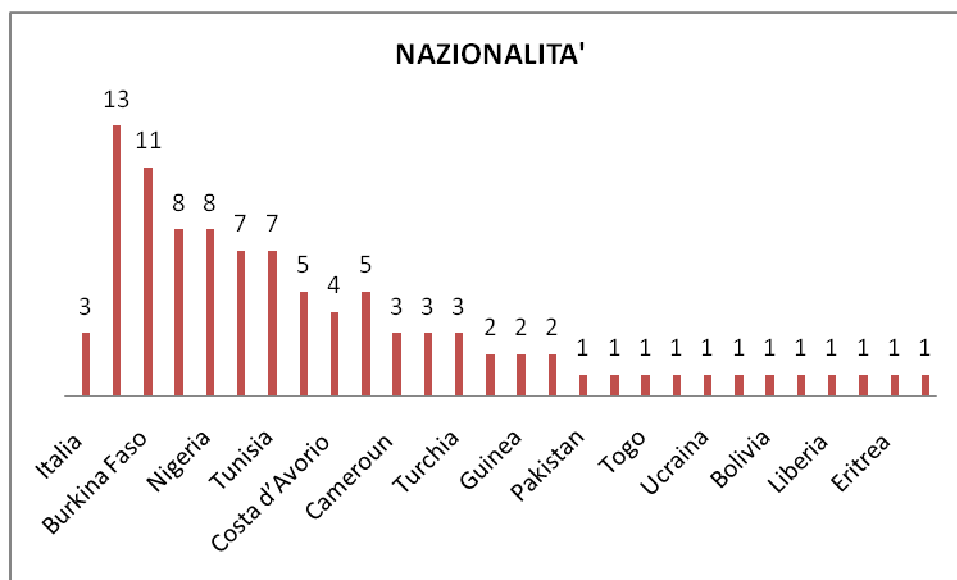
Conclusioni

L'attività dell'Ambulatorio ha dimostrato efficacia nell'affrontare i bisogni di salute di soggetti altrimenti non soddisfabili (motivi culturali, di integrazione), evitando impropri utilizzi di P.S. e/o visite mediche. Inoltre, per una parte dei soggetti, la possibilità di ricevere cure in un'entità non "ufficiale" ha costituito il principale motivo di accesso per un problema sanitario, altrimenti celato. La motivazione della presenza di n. 8 minori in ambulatorio (per i quali è previsto un percorso nella nostra Azienda) si inserisce proprio in questa lettura.

*Comitato Scientifico Centro Studi e Coordinamento Ambulatorio Volontario: G.Pestelli, L.Montaguti, G. Verdecchia, D. Palmieri, S. Scapinelli, G. Neri, V.Cuni, N. Mazzoni, M.G. Stagni, D. Valpiani, F. Colafrancesco, G. Gori.

Commenti

Emerge ancora una volta che un'adeguata "informazione sui Diritti, in ambito di Salute" può contribuire ad un ottimale utilizzo della struttura sanitaria stessa.



PAESE DI ORIGINE: Italia 3, Romania 13, Burkina Faso 11, Somalia 8, Nigeria 8, Afghanistan 7, Tunisia 7, Marocco 5, Costa d'Avorio 4, Iraq 5, Cameroun 3, Polonia 3, Turchia 3, Albania 2, Guinea 2, Bangladesh 2, Pakistan 1, Ghana 1, Togo 1, Moldavia 1, Ucraina 1, Bulgaria 1, Bolivia 1, Lettonia 1, Liberia 1, Senegal 1, Eritrea 1, Palestina 1



Centro Studi Aziendale "Giovanni Donati"
per il Volontariato e la Solidarietà

Principali tipologie di utenti individuate: la valutazione della posizione delle persone rispetto al SSN ha evidenziato le seguenti tipologie: minori non accompagnati; poveri ed emarginati che si rivolgono al centro di ascolto o ospitati nelle strutture di accoglienza gestite dall'associazione (non titolari di diritti, non in grado per vari motivi di esercitarli, non in possesso di documentazione) per cui temporaneamente impediti o non in grado di accedere alle prestazioni gestite dal S.S.N.; persone appena arrivate da paesi con scenari di guerra, lotta, conflitti; richiedenti asilo; persone con permesso di soggiorno per asilo; persone con permesso di soggiorno per motivi umanitari; persone con permesso di soggiorno per protezione sussidiaria. Solo 4 persone sono risultate prive di documenti che attestano il loro regolare soggiorno e possono quindi richiedere STP, se extracomunitari, o ENI, se dell'Unione Europea, strumenti che garantiscono loro cure urgenti e essenziali.

TITOLO ABSTRACT

Il carcere luogo di prevenzione

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Lucia Monici
Ruolo istituzionale:	Dirigente Medico Responsabile S.O.S.
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Servizio Igiene Pubblica - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Piazza San Rocco 4, Correggio (RE)
Recapito telefonico:	0522 630451 - 0522 630468
E-mail:	monicil@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Francesca Bonvicini, Alessandra Fabbri, Carla Severi, Zaynalabedin Kafian, Chiara Lunazzi, Filomena Marseglia

TESTO

Introduzione del progetto

Con il progetto "Tutela delle fasce deboli", il DSP dell'Azienda AUSL di RE collabora con altre Istituzioni, per dare risposta sistematica alle fasce di popolazione che si trovano ai margini della società: soprattutto gli immigrati, ma anche carcerati, tossicodipendenti ed alcolisti. Con il DPCM 1.4.2008 sono state trasferite al SSN le funzioni di sanità penitenziaria, con l'assegnazione di specifiche competenze al DSP.

La realtà carceraria è ad elevato rischio di diffusione di patologie trasmissibili, a causa delle condizioni di sovraffollamento e della tipologia di utenza (alta percentuale di stranieri e di soggetti con dipendenze patologiche). Rilevanti sono anche le problematiche igienico sanitarie generali, legate agli all'utilizzo degli ambienti.

Scopi e metodologia

Oltre alle attività istituzionali specifiche, dal 2006 sono stati organizzati periodicamente interventi formativi/informativi in carcere al fine di migliorare la conoscenza relativamente alla prevenzione delle malattie infettive e all'attuazione delle norme igieniche all'interno della collettività sia degli agenti di polizia penitenziaria che dei detenuti.

Sono state organizzate sedute all'interno della struttura al fine di mantenere un'adeguata copertura vaccinale e contenere le patologie diffuse all'interno della collettività. Sono stati inoltre predisposti protocolli condivisi per la sorveglianza della tubercolosi e per la gestione dei casi di malattia infettiva. E' iniziato lo screening colon-retto.

Risultati

Sia la partecipazione agli eventi che l'adesione alle offerte vaccinali sono state elevate. Nel periodo 2006-2009 sono stati organizzati 13 incontri formativi su igiene degli alimenti e degli ambienti e prevenzione delle malattie infettive. In media sono state effettuate 5 sedute vaccinali/anno, con la somministrazione in totale di circa 650 dosi di vaccino antiepatite B ed antidiftotetica e 60 dosi di antipneumococcica. Sono stati inoltre eseguiti, negli ultimi due anni, 828 test cutanei per la diagnosi di infezione/malattia tubercolare. E' stato recentemente realizzato un folder in diverse lingue sui " Fattori di rischio per la salute in carcere e loro prevenzione".

Conclusioni

Il progetto "Tutela delle fasce deboli" del DSP ha permesso di creare e consolidare una rete di collaborazione e sorveglianza all'interno della struttura carceraria, anticipando quanto previsto dal DPCM 1.4.2008. Nonostante negli anni siano aumentate le criticità legate alle condizioni di vita nelle carceri, non abbiamo rilevato aumento dell'incidenza di malattie infettive o casi secondari dovuti alla possibile trasmissione in collettività. I risultati raggiunti dimostrano che interventi di prevenzione mirati sono possibili ed efficaci anche all'interno di una comunità ad elevato rischio sanitario.

TITOLO ABSTRACT

Narrazioni di malattia ed iniquità

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Giordano Cotichelli
Ruolo istituzionale:	Dottorando 2° in Epidemiologia e Sociologia delle Disuguaglianze della Salute
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Università politecnica delle Marche – Facoltà di Medicina, Ancona
Indirizzo:	Costa Pastorina 10, Jesi (AN)
Recapito telefonico:	320 7011954
E-mail:	g.cotichelli@univpm.it

TESTO

Introduzione

Valutare l'equità di accesso ai servizi socio-sanitari significa considerare tutta una serie di indicatori di qualità correlati alla fruibilità stessa del servizio, alla continuità assistenziale, ai percorsi integrati di diagnosi e cura. Un esempio sono l'allungamento delle liste di attesa e l'aumento delle prestazioni out of pocket, le stesse fornite dal SSN gratuitamente o a minor costo. In questo le narrazioni di malattia dei soggetti più fragili sul piano socio-economico, il sentirsi esclusi, diventa rivelazione delle criticità del sistema.

Scopi e metodologia

Conoscere le disuguaglianze di salute analizzando il vissuto di malattia di famiglie colpite da Grave cerebro lesione acquisita. La ricerca è stata svolta sul territorio delle Marche dall'agosto 2007 al giugno 2008 in due fasi distinte: una quantitativa, con la somministrazione di questionari strutturati (91 soggetti) utili per raccogliere dati sul problema, e l'altra fase, qualitativa, condotta attraverso la raccolta delle storie di malattia fatte dagli stessi interessati (41 soggetti), utile a delineare il quadro percettivo della funzionalità dei servizi.

Risultati

Le narrazioni di malattia hanno sottolineato le iniquità di sistema in termini di sedute fisioterapiche (quelle offerte spesso erano inferiori a quelle necessarie sul piano riabilitativo), di centri diurni (non sempre presenti sul territorio o fruibili dai residenti di comuni limitrofi), di visite specialistiche, di informazioni sull'accesso a finanziamenti, sussidi, esenzioni, e altre forme di sostegno economico a disposizione, in un quadro generale dove le reti sociali di aiuto sono ancora presenti, ma insufficienti a sostenere il peso della situazione.

Conclusioni

Ogni patologia cronico-degenerativa tende ad aumentare le disuguaglianze di salute. I racconti di chi è stato colpito da Grave cerebro lesione acquisita hanno svelato una soggettività rubata con l'istaurarsi della malattia, e poi negata dalle disfunzionalità del welfare socio-sanitario. Alle ridotte capacità di coping dei pazienti e delle loro famiglie il sistema non può costruire risposte verso gli utenti più fragili senza considerare e realizzare un'allocatione delle risorse che traduca in termini di efficienza il bisogno diffuso di equità.

TITOLO ABSTRACT

Un "ponte" per sorridere al futuro: l'esperienza di Reggio Emilia per protesi sociale agli indigenti (AUSL, Caritas, Galvani)

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Marco Sarati
Ruolo istituzionale:	Medico referente di Branca odontoiatrica per Cure primarie
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Cure primarie - Distretto Reggio Emilia
Indirizzo:	Viale Monte San Michele 8/a, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335947
E-mail:	sarati.marco@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Remigio Saccani, Alberto Branchetti, Marina Greci, Ferretti Paolo

TESTO

Introduzione del progetto

Dal 1999, AUSL e Caritas locale, insieme a scuola Galvani per odontotecnici di Reggio Emilia, hanno progettato un percorso per offrire protesi a persone che appartengono a fasce sociali disagiate. La consapevolezza di bisogni di salute in persone che difficilmente conoscono percorsi sanitari adeguati insieme alla volontà di garantire manufatti protesici odontoiatrici a costi ridotti, ha fatto sì che alcuni rappresentanti di enti pubblici e privati hanno progettato con la collaborazione di Provincia di Reggio Emilia ed Ente Manodori, un ambulatorio per protesi sociale.

Scopi e metodologia

Il metodo di lavoro individuato è a tutela e garanzia del paziente (valutazione di effettivo bisogno sociale) e degli operatori (gli studenti lavorano su situazioni reali con supervisione di dentista AUSL). Il percorso prevede che dopo l'autorizzazione da parte di Caritas, si accede all'ambulatorio pubblico; qui, un medico AUSL con la collaborazione dell'insegnante dell'istituto Galvani, valuta, prova e consegna il manufatto protesico che è stato costruito nel laboratorio della scuola (da studenti del 4-5 anno per odontotecnici selezionati e seguiti dal tutor).

Risultati

I risultati sono molto buoni e coinvolgono sia gli studenti odontotecnici sia l'utenza target; per i primi la possibilità di lavorare su veri "modelli" e migliorare così le proprie competenze professionali, per gli utenti il poter avere in tempi brevi una soluzione al problema masticatorio e anche estetico ad un costo molto contenuto (anche zero euro).

Negli ultimi 4 anni sono state prodotti manufatti per oltre 300 persone con una suddivisione di protesi fisse consegnate 94 e protesi mobili 214.

Conclusioni

Il progetto ha consolidato negli anni la rete dei servizi (compreso il finanziamento per la copertura dei materiali) e la chiarezza e condivisione di intenti insieme alle buone relazioni fra operatori, aiutano a mantenere sia buoni risultati in termini numerici che di qualità dei manufatti.

Ogni anno, al termine della stagione scolastica, i soggetti gestori del progetto si incontrano per poter valutare dati di attività, costi e problematiche (tabelle e dati disponibili).

TITOLO ABSTRACT

Punto di ascolto e sostegno "Ben arrivato ... piccolo mio!"

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Chiara Benvenuti
Ruolo istituzionale:	Medico direttore
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento cure primarie Centro-Nord - AUSL di Ferrara
Indirizzo:	Via Cassoli 30, Ferrara
Recapito telefonico:	0532 235693/695 - 335 7580939
E-mail:	c.benvenuti@ausl.fe.it

ALTRI AUTORI

Chiara Cuoghi, Tullio Monini

TESTO

Introduzione del progetto

La nascita è un evento naturale, tuttavia non è infrequente che le neo mamme manifestino disagio e profondo malessere, soprattutto se in condizioni di fragilità nel contesto ambientale di appartenenza. La sofferenza emotiva delle madri in gravidanza e nel post-partum rappresenta una questione importante e complessa su cui influiscono fattori biologici, psicologici e sociali e che pertanto richiede un approccio articolato di più servizi e professionalità.

Scopi e metodologia

Realizzare un servizio pluriprofessionale finalizzato a sostenere i genitori in difficoltà nel prendersi cura e accudire il proprio bambino nel primo anno di vita; prevenire la solitudine e la depressione delle mamme dopo il parto; orientare i genitori ad un efficace utilizzo dei servizi territoriali, sanitari, sociali ed educativi; sperimentare, grazie ad una inedita collaborazione tra servizi sanitari dell'area materno infantile e psico-educativi comunali, un nuovo tipo di servizio eventualmente riproducibile in altre zone della città.

Il Punto di Ascolto ubicato in locali del Comune (Piccola Casa) in un popoloso quartiere della città è aperto tutti i martedì mattina e due pomeriggi al mese da 4 operatrici: 1 ostetrica del consultorio, 1 assistente sanitaria della pediatria di comunità, 1 psicologa del Centro delle Famiglie del Comune di Ferrara, 1 educatrice d'infanzia. L'accesso è libero. In casi specificamente segnalati o se richiesta, si effettua una visita al domicilio.

Risultati

IL "Punto di ascolto e Sostegno" è stato aperto nel gennaio 2009. Sono stati effettuati colloqui di counselling, consulenze telefoniche su puerperio e allattamento, incontri su diverse tematiche: problemi del sonno, l'allattamento, lo svezzamento, la relazione di coppia dopo il parto, il gioco e lo sviluppo psicomotorio del bambino. L'accoglienza è competente, ma anche calda e informale. In situazioni di fragilità familiare e sociale sono state realizzate forme di accompagnamento e sostegno personalizzate. Da febbraio 2010 sono state realizzate visite domiciliari, selezionando i casi già al momento del parto presso il punto nascita, concordando la visita con la mamma, il personale del reparto, l'assistente sanitaria e la psicologa del Punto di ascolto che per questo si recano in ospedale alcune mattine alla settimana.

Conclusioni

Punti qualificanti della sperimentazione sono:

- l'approccio pluriprofessionale, sanitario e psico-educativo e la cooperazione tra servizi diversi;
- l'incontro precoce con le madri che hanno appena partorito, reso possibile da un positivo raccordo tra ospedale e territorio;
- accoglienza competente ma anche capace di essere calda e informale in spazi diversi da quelli generalmente utilizzati dai servizi sanitari.

TITOLO ABSTRACT

Attività fisica adattata (AFA): un percorso post dimissione per disabilità medio gravi per l'integrazione ospedale territorio e per promuovere nuovi stili di vita

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Claudio Tedeschi
Ruolo istituzionale:	Medico fisiatra
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dip. Neuromotorio, Med. Fisica e Riabilitazione - Az. Ospedaliera di Reggio Emilia
Indirizzo:	Viale Risorgimento 80, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 296639
E-mail:	Claudio.tedeschi@asmn.re.it

ALTRI AUTORI

Fiocchi Alena, Stefania Fugazzaro, Camurri G.B., Vezzosi Guido

TESTO

Introduzione del progetto

Il progetto di AFA nasce dalla necessità di creare un collegamento fra la fase ospedaliera ed il territorio: una delle lamentele più frequenti dei pazienti era infatti la mancanza di continuità della attività fisica nel passaggio del cosiddetto "mantenimento".

Senza un preciso percorso infatti il paziente tende a non dare continuità all'attività fisica intrapresa in ospedale e quindi ad annullare l'effetto di prevenzione che la stessa ricopre e che è fondamentale per evitare le recidive e per promuovere uno stile di vita virtuoso anche nei confronti di altre patologie.

Scopi e metodologia

- Avviare un percorso diretto ospedale territorio per pazienti con disabilità medio gravi e buona autonomia (sia ortopedici che neurologici) gestito dai medici fisiatra come iter e come protocolli di esercizi.
- Demedicalizzazione progressiva: i corsi sono affidati a personale non sanitario con diffusione capillare sul territorio.
- Basso costo a carico dell'utente (2 euro a seduta).
- Ridurre liste di attesa.

Risultati

Il percorso partirà nel prossimo ottobre in via sperimentale su un piccolo gruppo di pazienti ortopedici stabilizzati in base alla esperienza organizzativa del modello di Empoli già in attuazione in Italia e che già ha attirato l'attenzione internazionale.

In reparto è in atto uno studio comparativo in collaborazione con il Sant'Orsola di Bologna per verificare l'effetto dell'attività fisica adattata su pazienti con esiti di ictus in cui siamo gruppo di controllo.

Conclusioni

Il percorso ci sembra essere una risposta iniziale idonea per una vasta porzione di popolazione che pensa erroneamente di concludere l'attività fisica al termine del ciclo strettamente ospedaliero.

Il basso costo a carico dell'utente, la facile accessibilità alle palestre, la omogeneizzazione degli esercizi e le positive precedenti esperienze ci stimolano a proseguire su questa via in sintonia le necessità di servizio all'utenza e di contenimento della spesa.

Sessione

Video filmati

TITOLO ABSTRACT

“Progetto Happy Box: un percorso e momento di incontro fra la creatività di persone con disabilità ed il mondo dell’imprenditoria”

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Mara Morini
Ruolo istituzionale:	Direttore di Distretto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto di Porretta Terme – AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via Mazzini 90, Porretta Terme (BO)
Recapito telefonico:	0534 20918
E-mail:	m.morini@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Maria Ambrogina Bertone; Marco Palmieri - Presidente Fondazione Famiglia Palmieri - Presidente Piquadro

TESTO

Introduzione del progetto

Il progetto Happy Box nasce da una collaborazione tra la Fondazione Famiglia Palmieri, la ditta Piquadro e il Distretto di Porretta Terme AUSL Bo, con lo scopo di valorizzare la creatività degli utenti disabili del centro diurno “Il Girasondo”, un servizio gestito dal Distretto di Porretta Terme in convenzione con la Cooperativa Bologna Integrazione a marchio Anffas onlus. I ragazzi ospiti de Il Girasondo hanno disegnato borse e altri ragazzi, quelli di Piquadro, le hanno realizzate con un inedito lavoro di squadra. L’inconsueta creatività dei ragazzi de Il Girasondo e la tecnica di quelli di Piquadro, ha portato alla realizzazione di una shopping bag ripiegabile di grande successo commerciale.

Happy Box, patrocinato dal servizio sanitario regionale dell’Emilia Romagna, ha così avvicinato il mondo dell’imprenditoria alla realtà e alla quotidianità dei servizi socio-assistenziali sanitari.

Scopi e metodologia

- Dare voce alla “diversità” di persone che per disabilità fisica, cognitiva e, psichica, vivono in una condizione di disuguaglianza rispetto ad altri, valorizzandone la creatività e potenziandone l’autonomia.
- Creare opportunità di conoscenza e collaborazione fra servizi territoriali e il mondo dell’imprenditoria locale per valorizzare il territorio.
- Presenza dei designer e del personale di Piquadro nel Centro “Il girasondo” per conoscenza reciproca, elaborazione dei disegni in presenza di personale educativo.
- Trasformazione dei disegni in stoffe stampe con cui sono state realizzate.
- Momenti di incontro fra l’utenza e tecnici con personale educativo, all’interno della ditta e del Centro.
- Promozione da parte di Piquadro del progetto a mezzo ufficio stampa, facebook e internet.

Risultati

- Produzione ed offerta al mercato, nell’anno 2009, presso i punti vendita Piquadro, di 10.000 borse “Happy box”: il ricavato delle vendite è stato utilizzato per l’acquisto di un automezzo attrezzato per il trasporto degli utenti del centro “Il Girasondo”.
- Presentazione del progetto con DVD in sede di conferenze stampa e convegni.
- Inclusione dell’iniziativa nella programmazione delle attività del centro e nelle attività zonali.

Conclusioni

- L’iniziativa ha rappresentato un importante momento di incontro fra imprenditoria, privato sociale (Fondazione) ed Istituzioni.
- Sulla base della positiva esperienza, nell’anno 2010, l’iniziativa è stata ampliata con il coinvolgimento di un altro centro “Le Cartole”, gestito dal distretto in convenzione con la coop. CSAPSA.
- Ampliamento dell’offerta ed opportunità ad un numero maggiore di utenti coinvolti.

- Prossima apertura di un punto vendita della ditta Piquadro presso un centro commerciale con i prodotti dove è prevista la presenza degli utenti che hanno realizzato i dipinti per la produzione dei nuovi articoli.

Commenti

- L'esperienza ha dato la possibilità di ampliare l'offerta dei servizi socio - sanitari assistenziali, arricchendola e valorizzandola, con elementi innovativi.
- L'iniziativa ha contribuito alla valorizzazione del singolo (utente, designer, tecnico, ecc, ...) e della collettività nonché all'abbattimento di barriere culturali e sociali concorrendo ad un arricchimento del territorio.

TITOLO ABSTRACT

Pronto P.I.POL - Contact Center Interculturale Polimediale

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Carla Mori
Ruolo istituzionale:	Legale Rappresentante
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Cooperativa Sociale Integra
Indirizzo:	Via San Faustino 157/F, 41124 Modena
Recapito telefonico:	059 2929708
E-mail:	presidenza@coopintegra.it

TESTO

Introduzione del progetto

Pronto Pipol è un servizio innovativo che vuole coniugare la tecnologia alla mediazione interculturale, intesa come pratica che mira ad accompagnare la relazione tra immigrati e contesto di riferimento, favorendo la comunicazione linguistica, la conoscenza e la valorizzazione delle culture di appartenenza, nonché l'accesso a servizi. Si tratta di un software all'avanguardia che permette di collegarsi ai mediatori interculturali in videoconferenza, garantendo un ottimo rapporto costi-benefici e un'ampia flessibilità rispetto alle esigenze dei Servizi.

Scopi e metodologia

Il servizio tradizionale di mediazione in presenza prevede interventi che talvolta possono risultare rigidi, costosi e limitati. Pronto Pipol, pur non volendo sostituirsi ad esso, si propone come strumento complementare in grado di superare questi limiti.

Sono necessari una postazione pc dotata di connessione a internet, webcam e microfono.

Il cliente richiede una mediazione ad un centralino, che, all'orario definito, gli invia una mail contenente un link apposito, attraverso il quale si entra nel sistema della videochiamata.

Risultati

- aumento dell'efficacia dell'accesso e della fruizione dei servizi da parte della popolazione straniera;
- ottimizzazione dei costi;
- riduzione dei tempi di attesa;
- ampia copertura linguistica;
- alta flessibilità;
- centralità della relazione operatore/utente: se la mediazione interculturale si pone tra i propri obiettivi quello di favorire l'autonomia del cittadino straniero, Pronto Pipol, che prevede una presenza più defilata del mediatore, mette in primo piano la relazione tra operatore e utente, abituando entrambi ad interfacciarsi direttamente.

TITOLO ABSTRACT

La Medicina dello Sport a Colori

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Sofia Kanellopulu
Ruolo istituzionale:	Medico Chirurgo spec. in Medicina dello Sport
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Sanità Pubblica - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via M. Melato 2/Q, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335735
E-mail:	sofia.kanellopulu@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Fabiana Bruschi, Barbara Ilari, Claudia Ruberti, Angela Zema, Anna Greco, Lorella Crivellaro, Guido Tirelli

TESTO

Introduzione del progetto

La visita di idoneità alla pratica sportiva agonistica (DM 18/02/1982), obbligatoria per gli atleti agonisti, è, per i minori, gratuita nei centri pubblici; riveste quindi una particolare importanza per i/le ragazzi/e provenienti da altri stati. Per molti di loro rappresenta uno dei primi contatti con i servizi sanitari, costituendo un ulteriore passo sul cammino dell'integrazione. A questo scopo nel 2009 è stato realizzato un opuscolo tradotto in 10 lingue che spiega come accedere al servizio e la sua utilità dal punto di vista della tutela della salute e questo progetto ne rappresenta il proseguimento.

Scopi e metodologia

Valutare la fruibilità dell'accesso al Centro di Medicina dello Sport dell'AUSL di Reggio Emilia da parte dei giovani nazionalità estera. La distribuzione di un questionario alle società sportive della provincia che fanno riferimento al Centro stesso. Il questionario ha lo scopo di verificare l'affluenza degli atleti stranieri (UE ed extra UE), rispetto agli iscritti nelle società sportive che hanno l'obbligo della visita e le criticità all'accesso alla struttura stessa per facilitare l'esecuzione dei controlli medici previsti.

Risultati

Nella stagione sportiva 2009/2010 sono affluiti al Centro di Medicina dello Sport di Reggio Emilia
Maschi: Atleti visitati 4022, Atleti stranieri 288 (7,16%), Femmine: Atlete visitate 2006, Atlete straniere 66 (3,29%), Totale: Atleti visitati 6028, Atleti stranieri 354 (5,87%). Gli atleti stranieri rappresentano 41 nazionalità diverse. Le prime risposte dei questionari inviati dalle società sportive (15 società su circa 50)
Maschi: Atleti tesserati totali 1624, Atleti stranieri tesserati 184 (11,33%)
Femmine: Atlete tesserate totali 964, Atlete straniere tesserate 31 (3,21%)
Totale: Atleti tesserati 2588, Atleti stranieri 215 (8,30%)

Sport: pallavolo maschile e femminile, atletica leggera maschile e femminile, pattinaggio a rotelle (femminile), calcio (maschile)

Conclusioni

Nonostante i dati non siano ancora confrontabili per le poche risposte giunte finora, si può notare come la % di atleti stranieri iscritti alle soc. sportive sia superiore alla percentuale degli atleti stranieri che hanno avuto accesso al nostro servizio, in particolare per i maschi.

A completamento del progetto sarà possibile determinare ulteriori miglioramenti, oltre agli opuscoli in lingua, per promuovere la possibilità di adempiere agli obblighi di legge per ottenere l'idoneità agonistica per tutti gli atleti, anche stranieri.

Commenti

La pratica sportiva contribuisce in modo determinante alla costruzione dell'autostima, dell'autonomia personale e del senso di sé, oltre alla presa di coscienza di una serie di valori etici fondamentali come l'amicizia, la tolleranza, la solidarietà, l'autodisciplina e la responsabilità. Lo sport in particolare per i giovani rappresenta uno straordinario mezzo di socializzazione e facilita l'integrazione.

TITOLO ABSTRACT

"Essere fratelli e sorelle di..."

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Francesca Fiori
Ruolo istituzionale:	Coordinatrice di progetto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Associazione Internazionale Ring14
Indirizzo:	Via Lusenti 1/1, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 421037
E-mail:	fiori.francesca@ring14.it

TESTO

Introduzione del progetto

La letteratura scientifica ci dice che fratelli o sorelle di persone gravemente disabili condividono alcune caratteristiche quali il forte senso di responsabilità, la necessità di elaborare il sentimento della vergogna, dolore non elaborato etc). A fronte di questa analisi tuttavia non esistono interventi concreti a sostegno di questo particolare target: si tratta di un bisogno fortissimo ma sommerso ed ad oggi senza risposta.

Scopi e metodologia

Il progetto (avviato nel 2009) si propone di realizzare un percorso di supporto ad un gruppo di 20 ragazzi/e in età preadolescenziale (12/15 anni) ed alle loro famiglie attraverso la seguente metodologia:

1. Proposte educative ai ragazzi/e attraverso incontri a cadenza mensile e vacanze estive insieme (navigazione in barca a vela e vacanza in tenda) gestite da 2 educatori + 1 psicologo.
2. Supporto ai genitori per "affiancarli" al cammino progettuale dei loro figli: 2 psicologhe esperte di dinamiche familiari, 4 incontri in un anno.
3. Percorso ludico per le famiglie nel loro insieme: incontri e gite fra le famiglie del progetto al completo. Realizzate in autonomia e spontaneamente dal gruppo delle famiglie.

Risultati

1. Consolidamento ed affiatamento del gruppo dei ragazzi/e.
2. Progressiva consapevolezza da parte dei ragazzi delle proprie specifiche potenzialità e difficoltà rispetto alle aree sensibili indicate in letteratura.
3. Maggiore consapevolezza da parte dei genitori delle specifiche caratteristiche dei propri figli.
4. Acquisizione di strumenti e strategie utili a gestire al meglio i rapporti con i propri figli/e sani.
5. Creazione di un gruppo famiglie coeso che realizzi forme di auto aiuto e confronto.

Conclusioni

Il progetto sta realizzando in maniera molto efficace i risultati prefissi e sta esplicitando chiaramente come iniziative attente verso i fratelli e le sorelle sane rispondono ad un profondo bisogno delle famiglie con disabili e non vanno a vantaggio del semplice fratello o sorella sano/a ma, nell'ottica della famiglia come di un soggetto unico, arrecano intensi benefici al nucleo familiare nella sua completezza.

Commenti

Crediamo sia importante segnalare e divulgare questa esperienza di successo ripetibile in altri contesti ed in sinergia con i servizi pubblici, come volano prezioso per l'offerta di iniziative di qualità verso le famiglie con disabili del nostro territorio.

TITOLO ABSTRACT

Chi ha paura della depressione? Come favorire i comportamenti che tutelano le donne dal rischio di depressione

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Maria Caterina Sateriale
Ruolo istituzionale:	Direttore U.O. Piani per la Salute
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	U.O. PPS, Staff Direzione Generale – AUSL di Ferrara
Indirizzo:	Via Fausto Beretta 13, 44121 Ferrara
Recapito telefonico:	0532 235200
E-mail:	mc.sateriale@ausl.fe.it

ALTRI AUTORI

Francesca Cigala Fulgosi*, Luciana Vianello*, Riccardo Forni*, Erika Borin*, Marcella Marani - Comune di Ferrara, Antonia Trasforini - Università degli Studi di Ferrara, Regia di Luca Gavagna - Leimmagini, s.r.l.

* Azienda USL di Ferrara

TESTO

Introduzione del progetto

La depressione colpisce il 10% della popolazione e le donne in misura più che doppia dell'uomo, è in forte aumento, è la prima causa di malattia nella donna.

E' fondamentale riconoscerla subito appena si manifesta: solo il 40% delle persone si affidano a cure mediche o psicologiche.

Tra i diversi strumenti di comunicazione si è scelto di realizzare un video per divulgare le informazioni sulla malattia, sui servizi presenti sul territorio, soprattutto per la depressione post-partum, sui fattori protettivi.

Scopi e metodologia

Si è scelto di realizzare uno strumento che consentisse discussione e dibattito, come un video, al fine di:

- Migliorare la conoscenza della depressione, dei fattori di rischio e di protezione, per favorire la precocità della presa in carico;
- Informare sui servizi presenti sul territorio, per donne con bambini < 1 anno, e in età prescolare;
- Rinforzare l'autostima delle donne con forte carico di lavoro e molteplicità di ruoli;
- Modificare l'atteggiamento di svalutazione del lavoro di cura.

Risultati

Contenuti del video:

- L'epidemiologia. Lo studio PASSI.
- I fattori di rischio: i meccanismi che secondo l'OMS possono generare la depressione nella donna, vale a dire il carico di lavoro, la molteplicità dei ruoli, la violenza, la solitudine, la svalutazione del lavoro di cura.
- I servizi a bassa soglia, integrati tra Az. USL e Centro per le Famiglie del Comune di Ferrara, presentati dagli operatori stessi.
- Le testimonianze delle donne intervistate.
- I fattori protettivi.

Conclusioni

La prima proiezione è avvenuta in una sala pubblica gremitissima, l'8 giugno, con la presenza di un personaggio del mondo dello spettacolo di forte richiamo: come Lella Costa.

Sono state realizzate due trasmissioni televisive locali: Telestense e Telesanterno

La diffusione sui giornali è stata arricchita da interviste ai principali protagonisti del progetto.

Si prevedono inoltre diffusioni ad Associazioni, Circoli culturali, Asili Nido e Scuole Materne, Assemblee di lavoratori, Fiere e luoghi di dibattito, ecc.

Commenti

La diffusione del video inizierà in settembre, anche se abbiamo già avuto una richiesta da parte di un gruppo di operatori di una struttura periferica dell'Az. USL che vogliono discuterne al loro interno.

Ci è sembrato un ottimo segnale di interesse.

Il video ha una durata di 25 minuti.

TITOLO ABSTRACT

Importante è partecipare

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Barbara Ilari
Ruolo istituzionale:	Medico Chirurgo Spec. Med. dello Sport
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Sanità Pubblica - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via M. Melato 2/Q, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335735
E-mail:	barbara.ilari@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Fabiana Bruschi, Sofia Kanellopulu, Claudia Ruberti, Angela Zema, Lorella Crivellaro, Anna Greco, Guido Tirelli

TESTO

Introduzione del progetto

Per offrire alle persone disabili le opportunità di migliorare la propria qualità di vita ed ottenere un livello di autonomia personale adeguata alle potenzialità individuali, è necessario poter disporre nel territorio di una rete sociale che metta in collegamento comuni, scuole, servizi sanitari, associazioni di volontariato e sportive, impianti sportivi adeguati.

E' evidente quanto un'attività motoria praticata con costanza in strutture idonee e con personale qualificato, possa contribuire all'acquisizione, al miglioramento e al mantenimento di tali abilità.

Scopi e metodologia

In collaborazione con le scuole e il Comitato Italiano Paralimpico, avvicinare ragazzi disabili ad un'attività motoria e sportiva adatta, scelta caso per caso indicando gli impianti sportivi presso i quali praticare attività ludico-ricreative e/o attività sportive agonistiche in sicurezza.

Metodologie: Nascita di un ambulatorio dedicato presso il Centro di Medicina dello Sport dell'AUSL di Reggio Emilia, in comunicazione con quello attivo presso l'AUSL di Modena, nell'ambito di un progetto di Area Vasta, mettendo a disposizione dei soggetti disabili, un team composto da Medico dello Sport, Fisiatra, Nutrizionista, Personale Infermieristico, Tecnico CIP.

Risultati

Il progetto "Disabili e Sport" presso il Servizio di Medicina dello Sport dell'AUSL di Modena dal Novembre 2007 al Novembre 2009 ha visto l'accesso di 196 pazienti disabili, 131 prime visite e 65 controlli.

Presso il Centro di Medicina dello Sport di Reggio Emilia dal 2007 al 2009 il numero di atleti disabili agonisti visitati è risultato invariato nei 3 anni con 153 presenze. Con l'avvio dell'ambulatorio dedicato alle persone disabili e grazie alla nascita della rete sociale, obiettivo è arrivare a 400 circa accessi, valorizzando le individualità e la promozione di sani stili di vita.

Conclusioni

L'esperienza iniziata a Modena ci ha permesso di studiare le correlazioni tra sport, stato di salute e integrazione sociale nelle persone disabili. Con questo progetto l'intenzione è di estendere questa esperienza nelle scuole, dove è già presente il Comitato Italiano Paralimpico (sez. di Reggio Emilia), per favorire tramite l'attività sportiva anche agonistica una ulteriore integrazione di questi ragazzi tramite lo sport nella vita quotidiana.

Sessione

Poster

TITOLO ABSTRACT

**L'arcobaleno della salute e del benessere,
The rainbow of health and wellness,
L'arc en ciel de la santé e du bien etre**

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Stefania Aristei
Ruolo istituzionale:	Direttore Amministrativo
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto di Casalecchio di Reno - AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via Cimarosa 5/2 - Casalecchio di Reno (BO)
Recapito telefonico:	051 596910
E-mail:	s.aristei@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Saverio DiCiommo, Stefania Moscardelli, Michela Monti, Claudia Cappitelli, Renato Esposito

TESTO

Introduzione del progetto

Il progetto di SCR 2009/2010 "L'arcobaleno della salute e del benessere, The rainbow of health and wellness, L'arc en ciel de la santé e du bien etre" è un progetto proposto dalla AUSL di Bologna e l'ASP di Imola, al quale ha aderito anche il Comune di Casalecchio e l'Ospedale S. Orsola-Malpighi.

Si tratta di un progetto di Servizio Civile, finanziato dalla regione Emilia-Romagna, che riguarda una esperienza di inclusione, inserimento sociale e valorizzazione di giovani stranieri, i quali entreranno a far parte di un gruppo di lavoro.

Il Progetto ha l'obiettivo di valorizzare le conoscenze di cui i giovani sono portatori, ed inserirli nella realtà in cui ora vivono e con cui si devono relazionare quotidianamente, in particolare nei servizi socio sanitari.

Scopi e metodologia

Scopi del servizio civile:

1. La promozione dei principi della mediazione culturale, di solidarietà e di reciprocità che si diffondono dal servizio civile permette di rendersi conto dell'equilibrio psico-fisico comunemente detto: Salute.
2. Per aumentare le possibilità di accesso e migliorare la qualità di accesso a tutti i servizi sociali per i cittadini di altre nazionalità.

Programma delle attività:

Il piano prevede l'assunzione di sette volontari assegnati ai cinque centri della AUSL che hanno aderito. Nel Distretto di Casalecchio di Reno il target su cui si è focalizzato il progetto è la popolazione straniera senza permesso di soggiorno.

Nel centro di Casalecchio di Reno è stato elaborato anche un piano di riconoscimento delle esigenze dell'utente collegato all'ambulatorio "Salute senza margini".

Dal 2002, grazie al lavoro dei medici volontari, questo ambulatorio è attivo nell'aiutare e sostenere la popolazione straniera residente sul territorio.

Il progetto del Servizio Civile ha durata di dieci mesi durante i quali il tutor si appresterà a somministrare questionari sugli obiettivi.

Risultati

Il progetto di Servizio Civile ha rispettato gli obiettivi proposti e ha ottenuto i seguenti risultati:

- integrazione e socializzazione con i volontari italiani attraverso la frequenza simultanea del Corso di Formazione Generale organizzato dal CoPreSc;
- conoscenza di percorsi nella rete dei servizi socio sanitari per ogni individuo e per ogni comunità etnica;
- miglioramento della conoscenza della lingua italiana di tutti i volontari;
- rafforzamento e miglioramento dei rapporti umani e relazionali con gli operatori;

- alcuni volontari hanno anche migliorato le proprie capacità informatiche e le proprie capacità di gestione di procedure web.

Conclusioni

Le problematiche riscontrate con i volontari del Progetto di Servizio Civile sono legate principalmente alle difficoltà di conciliare la loro vita privata con le attività del Servizio Civile.

Hanno rilevato una forte utilità del Servizio Civile nel migliorare i propri limiti caratteriali e le relazioni con gli altri, soprattutto quando "l'altro" è uno straniero.

Nel complesso i volontari sono risultati soddisfatti dell'esperienza di Servizio Civile.

TITOLO ABSTRACT

Clinica del lavoro con i migranti: Identità-conflitto-differenza-genere. La migrazione e gli operatori: linguaggi possibili

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Piera Bevolo
Ruolo istituzionale:	Psicologa
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimenti salute Mentale – Ausl di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Amendola, 2 – Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522-335767
E-mail:	bevolop@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

A. Esposito, S. Monauni, B. Predieri, C. Trionfera, G. Giaccetti, M. Astrologi, A. Piffer

TESTO

Introduzione del progetto

Il lavoro coi pazienti (migranti) ci sollecita quotidianamente a cercare nuovi linguaggi, nuove modalità di incontro, tonalità incerte ed embrionali di scambi, perennemente connotati dall'incertezza, dallo spiazzamento, dal rischio/possibilità dell'ambiguità e del conflitto. Come operatori dobbiamo divenire più consapevoli degli stereotipi, delle gabbie comunicative che i nostri sguardi, i nostri gesti, le nostre posture possono far immaginare. Gli schemi interpretativi in cui siamo immersi riproducono posizioni statiche e spesso rigide, soffocanti, che possono annegare lo spazio del dialogo e spogliarlo delle sue prospettive di autenticità. Offrire ai pazienti (migranti) uno spazio "terapeutico" può passare anche attraverso lo sforzo di misurarci con aspetti di noi meno prevedibili e consapevoli; provare ad andare oltre il linguaggio, non per annullare la sua portata di trasformazione, ma per renderlo possibile e leggibile tra persone dotate di corpo, sguardo, tonalità, volumi, memoria, respiro

Scopi e metodologia

La proposta formativa 2010 prevede tre giornate, strutturate con relatori di rilevanza nazionale ed internazionale; intervallate da "laboratori" che cercheranno di valorizzare le possibilità espressive e comunicative degli operatori

15 settembre 2010 - Sala Galloni "Identità, appartenenza, conflitto" a cura del Prof. F. Remotti antropologo università di Torino

29 settembre 2010 - Villetta Valsalva Laboratorio "somatic experiencing®" a cura della Dott.ssa L. Moraes

12 ottobre 2010 - Sala Galloni " Il lavoro etnoclinico: storie, culture e mediazioni nelle pratiche terapeutiche" a cura del Prof. G.M. Sala antropologo e psicoterapeuta di Verona

27 ottobre 2010 - Sala Galloni "Laboratorio di esperienza teatrale a cura di ss9teatro"

4 novembre 2010 - Sala Galloni "Vicissitudini del trauma migratorio al maschile ed al femminile" a cura del Prof. M. Mazzetti

Risultati

L'adesione dei partecipanti è stata alta, i questionari di gradimento positivi. Hanno aderito operatori interni al dipartimento ma anche numerose altre professionalità afferenti ai servizi della ausl, del comune, delle cooperative sociali, del territorio comunale e provinciale.

L'esperienza dei laboratori ha permesso di rendere praticabili, in forma esperienziale ed esemplificativa, idee, contenuti e criticità

Conclusioni

L'attività formativa all'interno del dipartimento, in questi ultimi anni, si è sviluppata ed ha sempre più assunto caratteristiche di aderenza al contesto relazionale e di efficacia nell'acquisizione dei contenuti. L'esistenza di un gruppo, interno al dipartimento, di riflessione sulle condotte cliniche, i bisogni formativi e di progettazione sistematica dell'offerta formativa è uno strumento importante

TITOLO ABSTRACT

Dal riconoscimento, conoscenza, rispetto delle Medicine Tradizionali a servizi di salute interculturale

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Manila Bonciani
Ruolo istituzionale:	Focal point per la medicina tradizionale
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Terra Nuova, Centro per il volontariato ONLUS
Indirizzo:	Via Gran Bretagna 18, 00196 Roma
Recapito telefonico:	06 8070847
E-mail:	manila.bonciani@iss.it, info@terranuova.org

ALTRI AUTORI

Piero Confalonieri, Paola De Meo

TEMA PRINCIPALE

Migliorare l'equità di accesso ai servizi sanitari nel rispetto delle diversità culturali e di appartenenza etnica

TESTO

Introduzione del progetto

L'associazione Terra Nuova dal 1969 è impegnata nella cooperazione allo sviluppo. Nel corso dei quarant'anni di lavoro in America Latina, Africa e Italia (in-formazione e sensibilizzazione) ha sviluppato un metodo di intervento in ambito socio-sanitario che fa del riconoscimento della diversità culturale la strategia di tutela del diritto alla salute, grazie anche all'incontro con altre conoscenze terapeutiche rispetto all'approccio medico occidentale, talvolta risultanti solo come elementi residui, mentre spesso parti significative e portanti di sistemi di salute coerenti e vigenti.

Scopi e metodologia

L'accesso a servizi sanitari di qualità implica spesso nel Sud del mondo valorizzare le risorse di cura esistenti, adeguando l'offerta perché risponda alla necessità di accogliere ed interpretare il disagio e la malattia in base a concezioni culturali condivise tra pazienti e terapeuti tradizionali. In Mali o in Perù, questo orizzonte interculturale è possibile: rafforzando i terapeuti, la loro collaborazione con il sistema sanitario, il sostegno alla preparazione dei nuovi apprendisti per evitare la scomparsa di saperi a rischio di erosione.

Risultati

L'esperienza maturata in diversi settori (salute materno-infantile, traumatologia, salute mentale e formazione del personale) indica che l'obiettivo è complesso, che richiede una sensibilità e una professionalità specifici, nonché una capacità di mediazione culturale. Articolare le risorse della medicina tradizionale e della biomedicina, infatti, significa favorire il consolidamento di un loro rapporto negoziale e paritario e costruire un sistema di collaborazione tra gli operatori dei due sistemi di cura all'insegna del rispetto delle rispettive specificità e del mutuo riferimento dei malati.

Conclusioni

Il lavoro sul campo ed il relativo approccio metodologico sviluppato in contesti extraeuropei a contatto con, e per la valorizzazione di sistemi di medicina tradizionale, offrono elementi di conoscenze importanti e la condivisione di queste esperienze nei nostri territori, dove la presenza di migranti da queste realtà richiede una sempre maggiore attenzione per un'assistenza socio-sanitaria plurale e rispettosa, risulta particolarmente utile per la costruzione, in Italia ed Europa, di servizi di salute pubblica effettivamente ed efficacemente aperti all'offerta interculturale.

Commenti

Una rappresentazione irrealistica, statica, mitizzata o uniformizzante delle medicine tradizionali non aiuta a capirne la portata e il ruolo nelle società in cui sono presenti e largamente utilizzate dalle popolazioni locali. Proprio per questo va facilitata una conoscenza specifica di ogni loro manifestazione nei diversi

contesti e del metodo di lavoro applicato per promuoverne l'articolazione con il sistema sanitario. Ci si propone di offrire tali conoscenze in uno scambio con gli operatori socio-sanitari in Italia per migliorare l'offerta di servizi alle persone che provengono da queste culture, tenendo conto delle differenze dei contesti di intervento tra il 'qui' e l''altrove'.

TITOLO ABSTRACT

Corso regionale di formazione specialistica per Mediatori culturali

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Maria Giovanna Caccialupi
Ruolo istituzionale:	Responsabile Programma Salute Immigrati/Responsabile Centro per la salute donne straniere e loro bambini
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Attività socio-sanitarie – AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via Zanolini 2, 40126 Bologna
Recapito telefonico:	051 2869124
E-mail:	mariagiovanna.caccialupi@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Ilaria Simonelli

TESTO

Introduzione del progetto

Il Corso di formazione specialistica per Mediatori culturali, avviato in collaborazione con Istituto Nazionale per la salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, è stato avviato ad Ottobre 2009 e si concluderà a Luglio 2010. Il Corso, interno al Progetto nazionale PASS, è stato coordinato per l'Emilia-Romagna dalla Ausl di Bologna ed ha visto la partecipazione delle Ausl di Reggio Emilia, Forlì, Ferrara, dell'Az. Ospedaliero-Universitaria di Modena, dell'Az. Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e dell'Az. Ospedaliero-Universitaria S. Orsola di Bologna.

Il programma formativo di base è stato predisposto dall'INMP, che ha promosso e coordinato l'intervento in dieci Regioni italiane ed adattato alle specifiche esigenze regionali.

Scopi e metodologia

Lo scopo del Corso di formazione professionale è stato quello di preparare figure di mediatori culturali rafforzandone il ruolo di promozione dell'equità di accesso della popolazione migrante ai servizi socio-sanitari regionali. Sono stati attivati tre percorsi integrati (formazione in aula, stage e training on the job) fornendo al contempo strumenti concettuali applicabili alla realtà operativa.

La collaborazione tra le Aziende partners e l'Asl capofila ha permesso di attivare percorsi professionali interessanti per i Mediatori e di favorire un produttivo confronto a livello interaziendale.

Risultati

Il Corso di formazione è stato valutato in tre momenti:

- prima valutazione delle competenze alla fine della fase di formazione professionale (14/21 gennaio 2010);
- valutazione periodica (mensile) delle attività di training on the job;
- valutazione finale a cura del Mediatore senior e dei referenti (22 Luglio 2010).

I risultati raccolti hanno evidenziato un buon livello di comprensione e padronanza del ruolo di mediazione culturale da parte dei discenti. Hanno completato il percorso formativo 11 Mediatori culturali.

Conclusioni

L'adattamento del programma formativo alla realtà regionale e la metodologia formativa utilizzata hanno consentito un buon sviluppo di conoscenze e competenze professionali negli allievi, con prevedibili ricadute positive sul sistema regionale dei servizi. La configurazione interregionale si è dimostrata lacunosa in alcuni momenti di programmazione ed organizzazione.

Commenti

Il Percorso intrapreso ha portato alla compilazione, grazie al contributo di tutti i docenti e dei Mediatori, di un Dossier conclusivo del Corso che sarà distribuito ai Mediatori discenti, alla Direzione aziendale, alle Asl di altre Regioni italiane, ai soggetti istituzionali interessati, alle Università ed agli operatori.

TITOLO ABSTRACT

La mediazione e il mediatore linguistico-culturale nel servizio della AUSL di Bologna

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Maria Giovanna Caccialupi
Ruolo istituzionale:	Responsabile Programma Salute e Immigrazione
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	AUSL di Bologna
Indirizzo:	Via Zanolini 2, 40126 Bologna
Recapito telefonico:	051 2869154
E-mail:	mariagiovanna.caccialupi@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Sonia Cavallin, Francesca Novi, Guetova Blagovesta

TESTO

Introduzione del progetto

L'Azienda Usl di Bologna ha ormai da diverso tempo dedicato risorse per favorire e garantire un accesso equo e appropriato ai servizi da parte dei cittadini stranieri presenti sul territorio. I mediatori culturali sono presenti nell'area materno-infantile, ospedaliera e in DSM con postazione fissa, interventi a chiamata programmata e urgente. A tal fine, è stata attivata una Convenzione con l'Associazione AMISS e con la ditta COLLOQUIA, quest'ultima offre un triage multilingue telefonico con servizio specializzato di mediazione linguistica e culturale che, tramite un call center nel quale operano mediatori di madrelingua, fornisce assistenza informativa attiva in h24.

Scopi e metodologia

Scopi:

- predisposizione di metodologie organizzative per l'accesso alla mediazione per operatori sanitari;
- presenza dei mediatori in reparti e servizi territoriali che registrano una alta affluenza di stranieri di determinate nazionalità;
- predisposizione di momenti formativi integrati fra mediatori e operatori sanitari volti a favorire uno scambio di conoscenza culturali e tecniche per garantire un equo accesso dei pazienti stranieri alla cura e alla prevenzione.

Metodologia:

- riorganizzazione complessiva delle attività di mediazione in Azienda attraverso i focus groups con i Direttori di Distretto;
- riorganizzazione della presenza in Ospedale attraverso incontri di coordinamento con la Direzione accoglienza e comunicazione dell'ospedale stesso.

Risultati

- costituzione di un gruppo di programmazione e verifica dell'attività composto da i responsabili organizzativi del servizio, AMISS e dai coordinatori delle Aree assistenziali;
- monitoraggio periodico delle prestazioni effettuate;
- formazione e supervisione mensili dei mediatori da parte di un esperto AUSL;
- avvio utilizzo della mediazione telefonica.

Conclusioni

- razionalizzazione degli interventi di mediazione;
- qualificazione della mediazione nel colloquio medico - paziente;
- diversificazione delle risposte ai bisogni di mediazione linguistico-culturale.

TITOLO ABSTRACT

Sviluppo organizzativo dello Spazio Salute Immigrati nella rete delle Case della Salute nell'Azienda Sanitaria Locale del Distretto di Parma

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Giuseppina Ciotti
Ruolo istituzionale:	Direttore Distretto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto di Parma – AUSL di Parma
Indirizzo:	Viale Basetti 8, Parma
Recapito telefonico:	0521 393850
E-mail:	gciotti@ausl.pr.it

ALTRI AUTORI

Antonio Balestrino, Choroma Faissal, Giuliana Filiuppi

TESTO

Introduzione del progetto

La popolazione immigrata residente nella nostra provincia rappresenta l'11,5% di tutta la popolazione (1). A questi vanno aggiunti i non residenti ed i soggetti non iscrivibili al SSN.

Le problematiche sanitarie espresse da questa popolazione (regolari ed irregolari) hanno nei servizi sanitari dell'azienda in generale e nello spazio salute immigrati in particolare importanti punti di riferimento; tuttavia, rimangono ancora alti gli accessi impropri ai servizi di medicina di urgenza e permangono le difficoltà di orientamento e di corretto utilizzo dei servizi sanitari territoriali nelle loro varie articolazioni.

Scopi e metodologia

Lo scopo del progetto è favorire l'appropriatezza della domanda al fine di garantire risposte idonee mediante la costruzione di luoghi (**Case della Salute**) dove l'assistenza primaria costituisce la mission fondamentale. Esse fungeranno come una rete integrata di servizi che garantisca la relazione dell'utenza con i principali nodi della rete e la presa in carico del paziente sin dalla fase di accoglienza, garantendogli punti di accesso chiari e visibili e percorsi appropriati in relazione ai diversi setting assistenziali, anche con la collaborazione del volontariato sociale.

Metodologicamente lo Spazio Salute Immigrati dell'Azienda funzionerà da regia (Hub), nei confronti delle varie Case della Salute del territorio (Spoke), nello sviluppo di programmi mirati di prevenzione, di cura e di continuità assistenziale.

Risultati

- Assicurare agli immigrati una rete di punti facilmente riconoscibili sul Territorio di accesso.
- Garantire continuità assistenziale.
- Ridurre gli accessi impropri al Pronto soccorso (della popolazione immigrata).
- Coordinare le risposte da dare ai cittadini stranieri.
- Migliorare la presa in carico di soggetti con problematiche particolari trattabili nel quadro dell'assistenza sanitaria primaria.
- Sviluppare programmi mirati di prevenzione.
- Garantire il rispetto dei valori propri di ciascuna etnia.
- Offrire formazione permanente agli operatori nella presa in carico e nella gestione dei bisogni di salute e non della popolazione immigrata.

Conclusioni

L'organizzazione e la realizzazione di un nuovo modello assistenziale rivolto alla popolazione immigrata e strutturato sulla relazione tra un centro di riferimento "Hub", dedicato agli immigrati, e la rete assistenziale delle Case della Salute costituisce un modello destinato a garantire l'accessibilità e favorire una maggiore equità di accesso e di offerta assistenziale nonché un'adeguata presa in carico sanitario del paziente immigrato.

Questo modello organizzativo, garantirà un riferimento continuo per i bisogni di carattere assistenziale, la creazione di nuove opportunità erogative per le prestazioni di primo livello, lo sviluppo di competenze territoriali per la gestione di specifici setting assistenziali, la valorizzazione della funzione consultoriale legata ad una sempre più incisiva integrazione sociosanitaria e ad una più articolata tutela dei casi suscettibili di sostegno sociosanitario; ed infine il pronto soccorso cittadino ne beneficerebbe in termini di appropriatezza degli accessi.

(1) Fonte dell'osservatorio demografico della provincia

TITOLO ABSTRACT

Diritto alla salute e riduzione delle diseguaglianze: quando l'informazione facilita l'equità di accesso ai servizi

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Monica Dotti
Ruolo istituzionale:	Sociologo Sanitario
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto di Modena
Indirizzo:	Via del Pozzo 71, Modena
Recapito telefonico:	059 438788
E-mail:	m.dotti@ausl.mo.it

ALTRI AUTORI

Silvana Borsari - Direttore Distretto di Modena, Antonietta De Luca - Comune di Modena

TESTO

Introduzione del progetto

Diversi incontri sul tema salute e sui principali servizi esistenti, sono stati organizzati presso le sale condominiali di alcuni stabili popolati principalmente da persone straniere e situati in aree cittadine ad elevata potenzialità di degrado sociale.

Gli incontri organizzati insieme ai servizi di portierato sociale, associazione di stranieri, mediatrici culturali e professionisti sanitari e sociali hanno riguardato i seguenti temi:

- salute donna
- salute dei bambini
- alimentazione e medicina sportiva
- igiene degli ambiente
- sicurezza stradale
- salute e sicurezza dei luoghi di lavoro
- salute mentale

Scopi e metodologia

Scopi:

- Sperimentare interventi di politica territoriale integrata per contrastare le diseguaglianze di salute, partendo da comuni idee di salute;
- Migliorare i livelli di conoscenza esistenti sulla salute della popolazione straniera e per sviluppare un efficace sistema di analisi dei bisogni;
- Riorientare l'offerta e l'erogazione dei servizi territoriali e ridurre le domande inappropriate di prestazioni;
- Cercare di intervenire sull'asimmetria informativa esistente, favorendo azioni educative ed informative orientate ad una consapevolezza dei propri diritti/doveri e la promozione di comportamenti e stili di vita sani.

Metodologia:

- Costituzione di un team di lavoro;
- Briefing tra gli operatori coinvolti per preparare ogni incontro e per valutare il materiale esistente e da consegnare negli incontri;
- Analisi e valutazione ex post in seguito ad ogni incontro;
- Valutazione finale sui risultati conseguiti e sulla metodologia adottata.

Risultati

- E' risultata molto evidente l'asimmetria informativa esistente tra operatori e partecipanti e la non congruità talora rilevata tra bisogni e aspettative reciproche.
- Si è evidenziata la necessità per le istituzioni di dover rivedere l'appropriatezza del linguaggio utilizzato, le modalità di comunicazione/informazione.

- E' stata rilevata l'opportunità di dover procedere alla progettazione di altri interventi seguendo un'analogia metodologia di lavoro

Conclusioni

In modo integrato i servizi territoriali devono cercare di potenziare la propria capacità di conoscenza e di analisi dei bisogni legati all'accesso e alla loro fruizione su temi profondamente connessi ad interessi sia individuali che di comunità.

Va diffusa la consapevolezza che si tratta di bisogni reciproci, che è richiesta una disponibilità ad utilizzare anche nuove modalità di analisi, flessibilità di progettazione e una rinnovata disponibilità a individuare, se opportune, risposte non standardizzate o precostituite.

TITOLO ABSTRACT

“Empowerment delle comunità di cittadini stranieri a Reggio Emilia e provincia”: il coinvolgimento dei cittadini migranti nei servizi sanitari

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Adil El Marouakhi
Ruolo istituzionale:	Responsabile del centro interculturale Mondinsieme
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Comune di Reggio Emilia (Servizio Politiche per l'integrazione, l'inclusione, la convivenza)
Indirizzo:	Via Guasco 10, 42121 Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 456250 - 0522 456525
E-mail:	adil@municipio.re.it

ALTRI AUTORI

Mahta Woldezech

TESTO

Introduzione del progetto

La migrazione a Reggio Emilia ha oggi raggiunto un elevato livello di stabilizzazione, al punto di favorire la formazione di associazioni di cittadini stranieri.

Il Centro Interculturale 'Mondinsieme' destina molta attenzione ad esse per coglierne i bisogni e capire le dinamiche con le quali intendono, come soggetti collettivi, porsi in relazione con la comunità locale e con il territorio al fine di favorire l'integrazione.

L'AUSL di Reggio Emilia si occupa in modo strutturato e continuo dei bisogni di salute dei cittadini migranti presenti sul territorio: la promozione della salute è la capacità di condizionare i fattori che la determinano e può anche essere considerata come il modo attraverso il quale le comunità fanno ascoltare la propria voce in merito ai problemi di salute ed alle politiche con cui vengono affrontati.

Da qui nasce la collaborazione tra Mondinsieme e l'AUSL di Reggio Emilia che attraverso questo progetto si pongono l'obiettivo di creare rapporti relazionali stabili con le comunità di cittadini stranieri presenti sul territorio al fine di migliorare l'organizzazione complessiva dei servizi sanitari per i migranti.

Scopi e metodologia

- Instaurare un rapporto con le comunità per raggiungere i singoli cittadini stranieri.
- Informare le comunità rispetto al funzionamento, alle modalità d'accesso ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio (diritti e doveri dell'utente).
- Raccogliere i bisogni di salute e le difficoltà nell'accesso ai servizi attraverso la realizzazione di focus group (uomini, donne e giovani).
- Favorire la partecipazione attiva dei cittadini stranieri per la riorganizzazione dei servizi.
- Progettare azioni di miglioramento e cambiamento di alcuni percorsi/attività all'interno dei servizi sanitari per divenire sempre di più un'azienda sanitaria "migrant friendly".
- Coinvolgimento degli operatori sanitari delle aree di interesse che emergeranno dagli incontri con le Associazioni di cittadini stranieri.
- Elaborazione dei dati raccolti e conseguente miglioramento dei servizi offerti.

Risultati

- Tramite i focus group e gli incontri con le comunità, gli operatori sanitari hanno informato i cittadini stranieri sull'offerta diversificata del servizio sanitario locale.
- L'AUSL è entrata in contatto con le diverse comunità del territorio reggiano attraverso un ciclo di incontri: operatori sanitari di varie aree sono intervenuti agli incontri.
- Buona partecipazione ed elevato coinvolgimento dei cittadini stranieri intervenuti alle attività del progetto.
- I membri delle Associazioni di cittadini stranieri hanno dimostrato un'elevata disponibilità a proseguire con nuovi incontri su diverse tematiche sanitarie.

Conclusioni

Il progetto ha riscontrato un buon coinvolgimento da parte dei cittadini stranieri, sia uomini che donne, appartenenti alle diverse comunità presenti a Reggio Emilia.

Grazie al forte legame tra le associazioni straniere e Mondinsieme si è creato un nuovo canale di comunicazione tra utenti stranieri e operatori sanitari: sono stati realizzati diversi focus group con i referenti delle comunità straniere dove si è riscontrato un alto grado di soddisfazione verso i servizi sanitari (alta professionalità degli operatori sanitari) ma si è rilevata una forte richiesta che il servizio sanitario locale comunichi più efficacemente l'offerta diversificata dei servizi del territorio. Da qui sono nati incontri di informazione su specifiche tematiche sanitarie: prevenzione agli incidenti domestici, corsi pre-parto e i relativi servizi di supporto alle famiglie, prevenzione degli incidenti sul lavoro. Tali incontri si sono svolti presso i luoghi di aggregazione/ di culto delle comunità (moschea, centro sociale).

TITOLO ABSTRACT

La mediazione interlinguistica ed interculturale nella comunicazione medico-paziente

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Federico Farini
Ruolo istituzionale:	Assegnista di Ricerca
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Scienze del Linguaggio e della Cultura Università di Modena e Reggio Emilia
Indirizzo:	L.go Sant'Eufemia 19, Modena
Recapito telefonico:	328 8836086
E-mail:	federico.farini@unimore.it

TESTO

Introduzione del progetto

Proponiamo la presentazione di una ricerca sociologica interessata alle funzioni ricoperte dalla mediazione interculturale in contesti sanitari con la presenza di soggetti migranti, che possono presentare idee e vissuti diversi di malattia e provenire da sistemi di cura diversamente strutturati. Questa ricerca è parte di un progetto, in corso di svolgimento presso il Dipartimento di Scienze del Linguaggio e della Cultura dell'Università di Modena e Reggio Emilia, interessato alla comunicazione interlinguistica e interculturale ed incentrato sulla traduzione come mediazione nel dialogo bilingue tra cittadini stranieri e istituzioni.

Scopi e metodologia

L'analisi che proponiamo è incentrata sullo studio dell'interazione che emerge tra due soggetti di lingua e cultura diverse in presenza di un mediatore. Per questo motivo sono utilizzate metodologie e tecniche di ricerca che rendono possibile la ricostruzione puntuale dei processi comunicativi: nello specifico verranno utilizzate tecniche dell'analisi della conversazione come la trascrizione puntuale del parlato e l'analisi dei turni linguistici, combinate alle teorie sull'interpretazione nei servizi pubblici. Ai fini della ricerca sono state registrate 55 conversazioni mediate in strutture sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna.

Risultati

I dati raccolti evidenziano come in una situazione interculturale, l'asimmetria di potere tra medico e paziente può essere acuita da difficoltà di partecipazione del paziente immigrato collegate a deficit linguistici e a divergenti aspettative verso l'incontro medico. In questa situazione, la mediazione interlinguistica ed interculturale è chiamata non solo a creare le condizioni-base della comunicazione infrangendo barriere linguistiche, ma anche a sostenere la partecipazione del paziente immigrato all'incontro medico, per favorire il processo di cura.

Conclusioni

Al di là degli obiettivi istituzionali della mediazione interlinguistica ed interculturale, nelle concrete pratiche di lavoro il mediatore può rivestire diversi ruoli, fungendo da "ponte" tra le parti, da "avvocato" di una parte o da rappresentante dell'istituzione, in base a specifici presupposti culturali che ne orientano scelte traduttive che, a loro volta, favoriscono certe forme di partecipazione piuttosto che altre.

TITOLO ABSTRACT

Accessibilità ed adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici di cittadini della Cina presso lo spazio salute immigrati

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Marzia Fornari
Ruolo istituzionale:	Dirigente Medico
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	DCP Distretto di Parma - AUSL di Parma
Indirizzo:	Via XXII Luglio 27, Parma
Recapito telefonico:	0521 303431
E-mail:	fberghenti@ausl.pr.it

ALTRI AUTORI

Francesca Berghenti, Faissal Choroma, Giuseppina Frattini

TESTO

Introduzione del progetto

Negli ultimi anni in seguito ad un costante flusso migratorio, la popolazione cinese in Italia è in aumento; è noto, però, come la popolazione cinese rappresenti una comunità chiusa ad alta promiscuità abitativa e sociale, dove è possibile la diffusione di varie patologie infettive tra cui l'infezione da HBV e malattie tubercolari, a fronte, invece di una scarsa ed inadeguata accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari territoriali. Questo sembra in parte dovuto alla non conoscenza della rete assistenziale ed alla difficoltà ad orientarsi nell'ambito della stessa sia per motivi linguistici che culturali.

Scopi e metodologia

Lo scopo dello studio era quello di migliorare ed incrementare l'accessibilità degli utenti cinesi presso gli ambulatori immigrati dell'AUSL, al fine di incrementare i controlli clinici.

Nel Gennaio 2006 abbiamo proceduto ad una riprogrammazione delle nostre attività con l'apertura settimanale di un ambulatorio dedicato e presenza fissa di mediatrice culturale di lingua, formata sui servizi territoriali, sull'accoglienza e l'accompagnamento; la sala d'attesa è stata attrezzata con materiali informativi cartacei in lingua; abbiamo stabilito rapporti con i datori di lavoro per garantire ai loro dipendenti gli accessi alle cure.

L'anamnesi esplora oltre ai problemi sanitari anche gli aspetti sociali, lavorativi ed alimentari del paziente.

A tutti i pazienti è stato proposto, previo consenso, di aderire ad un protocollo di sorveglianza (HBV e Mantoux) ed in presenza di gastralgia, la ricerca di infezione da HP.

Risultati

Dal gennaio 2007 al 31 dicembre 2009 si sono presentati presso gli ambulatori distrettuali dell'AUSL di Parma 639 pazienti di origine cinese: 104 nel 2007; 123 nel 2008 e 412 nel 2009 (quasi il 50% della popolazione cinese residente). Età media 29.4 (18-73).

Hanno accettato di sottoporsi a sierologia per HBV 248 soggetti; di questi 198 sono ritornati con gli esiti che hanno evidenziato 183 casi di contatto con HBV (il 24.5% HBSAg positivo); solo 14 soggetti risultavano essere vaccinati e ben 52 soggetti da vaccinare.

La Mantoux è stata effettuata su 39 soggetti e la ricerca di Helicobacter Piloni su 45 persone con gastralgia (**Tabella**).

Conclusioni

Un setting adeguato e ben predisposto favorisce l'accessibilità di utenti difficili come quella cinese e la diagnosi precoce di alcune patologie infettive modifica la storia naturale della patologia ma anche i rischi di trasmissione inconsapevole offrendo così una garanzia alla tutela del singolo e della collettività.

Commenti

	M	F	Tot	%
Pazienti totale osservati	251	388	639	100
Pazienti che accetta esame	122	126	248	38.8%
Ritorna con esami	104	94	198	79.8%
HbcAb positivo	92	91	183	92.4
Pregresso e risolto	73	65	138	75.4
HbsAg	18	27	45	22.7
Vaccinati per HBV	8	6	14	7,4%
Da vaccinare	23	29	52	26,2
Mantoux effettuata	24	15	39	100
Lettura a 72h	21	13	34	87.2
Mantoux pos.	14	7	21	61.7
Di cui Tb attiva	4 (2 Lnn, 1 polm, 1 renale)	1 (peritoneale)	5	23.8
Ricerca Hp	25	20	45	100
Infezione da HP	20	18	38	84.5
	M	F	Tot	%
Pazienti totale osservati	251	388	639	100
Pazienti che accetta esame	122	126	248	38.8%
Ritorna con esami	104	94	198	79.8%
HbcAb positivo	92	91	183	92.4
Pregresso e risolto	73	65	138	75.4
HbsAg	18	27	45	22.7
Vaccinati per HBV	8	6	14	7,4%
Da vaccinare	23	29	52	26,2
Mantoux effettuata	24	15	39	100
Lettura a 72h	21	13	34	87.2
Mantoux pos.	14	7	21	61.7
Di cui Tb attiva	4 (2 Lnn, 1 polm, 1 renale)	1 (peritoneale)	5	23.8
Ricerca Hp	25	20	45	100
Infezione da HP	20	18	38	84.5

TITOLO ABSTRACT

Health Orienteering: strumenti e percorsi per i cittadini stranieri nella mappa dei servizi sanitari

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Anna Lisa Fumagalli
Ruolo istituzionale:	Responsabile Staff Qualità e Risk Manager
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Staff Qualità e Gestione del Rischio Clinico - Azienda Sant'Anna di Como
Indirizzo:	Via Napoleona 60, 22100 Como
Recapito telefonico:	031 5855007/225
E-mail:	annalisa.fumagalli@hsacomo.org

ALTRI AUTORI

Anna Sannino, Mariagrazia Pariset

TESTO

Introduzione del progetto

L'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como e la ASL della provincia di Como aderiscono dal 1998 alla rete Health Promoting Hospitals. Uno dei settori di intervento nel quale sono stati sviluppati progetti è quello relativo all'Accoglienza e Orientamento del cittadino straniero.

Il VII rapporto dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità ha infatti evidenziato un complesso fenomeno migratorio e una importante presenza di cittadini stranieri nel territorio provinciale. Nella realizzazione di questi progetti entrambe le aziende si sono avvalse della collaborazione della Cooperativa Chance con la quale si è costruito un rapporto proficuo e consolidato.

Scopi e metodologia

Il progetto ha lo scopo di mettere a sistema l'esperienza maturata dall'AO e dalla ASL nell'ambito della mediazione culturale con l'obiettivo di:

- Acquisire una più accurata conoscenza dei bisogni informativi della popolazione straniera presente sul territorio.
- Rivolgersi alle comunità di cittadini stranieri in modo integrato.
- Sviluppare e adottare strumenti informativi comuni per facilitare l'accesso ai servizi e per migliorare l'empowerment dei cittadini stranieri.
- Favorire un dialogo interculturale in ambito sanitario sul territorio provinciale.
- Migliorare la capacità di fruizione dei servizi sanitari da parte del cittadino straniero.
- Migliorare l'accoglienza al paziente straniero.

E' stato costituito un gruppo di progetto multidisciplinare cui hanno partecipato operatori dell'Azienda Ospedaliera (Staff Qualità, Staff Comunicazione e Immagine, Servizio Sociale Aziendale) e dell'ASL (Staff Miglioramento qualità, Staff Comunicazione) e Dipartimenti (Prevenzione Medico, Dipendenze, ASSI Cure Primarie, PACS).

Il gruppo di progetto ha sviluppato un piano di lavoro articolato nei seguenti punti:

- Revisione della letteratura sugli strumenti e metodologie validate per l'accoglienza e orientamento dei cittadini stranieri.
- Rilevazione dei bisogni informativi tramite interviste strutturate ai principali stakeholders.
- Condivisione di strumenti e metodologie di orientamento del cittadino straniero già disponibili.
- Elaborazione di nuovi strumenti informativi multilingue.
- Formazione di mediatori culturali su orientamento ai servizi.

Risultati

Sono stati fino ad ora raggiunti i seguenti risultati:

1. Sono stati identificati i principali bisogni informativi dei cittadini stranieri. Le aree di maggior interesse sono state: accesso ai servizi, tutela della maternità e dell'infanzia, diritti e doveri del paziente ricoverato, dipendenze da sostante legali e illegali e invalidità civile.

2. Sono stati pubblicati, sulle pagine WEB dell'AO e della ASL documenti informativi tradotti in inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese, turco relativi a:
 - contraccezione;
 - diritti e doveri della persona in Ospedale;
 - modalità di accesso ai servizi sanitari;
 - screening;
 - tutela della maternità;
 - vaccinazioni.
3. E' stato creato un link tra i siti WEB dell'AO e dell'ASL per facilitare la consultazione dei Documenti.
4. Sono stati prodotti opuscoli informativi relativi a:
 - accesso alle prestazioni ambulatoriali;
 - ricovero;
 - utilizzo del Pronto Soccorso.
5. E' in corso di pubblicazione un opuscolo informativo, tradotto in più lingue, con le principali informazioni per un orientamento consapevole ai servizi da parte dei cittadini stranieri. L'opuscolo verrà distribuito presso i punti di erogazione di assistenza sanitaria, presso le farmacie e attraverso le associazioni di riferimento per le comunità straniere.

Conclusioni

Il progetto ha consentito un approccio integrato al tema dell'utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri. Per la prima volta l'ASL e la principale Struttura Ospedaliera presenti sul territorio provinciale hanno avuto modo di confrontarsi su questa tematica, di capitalizzare e condividere le esperienze già condotte sull'argomento e di presentarsi ai cittadini stranieri in modo coordinato e integrato. Con la stessa impostazione, grazie al percorso fin qui svolto, verranno predisposti percorsi informativi rivolti agli operatori sanitari e verranno implementati presso tutte le sedi distrettuali incontri con i cittadini immigrati sull'orientamento ai servizi dell'ospedale e del territorio.

TITOLO ABSTRACT

Commissione Europea e Università di Modena e Reggio: gli studenti al lavoro su un progetto di infermieristica interculturale

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Cinzia Gradellini
Ruolo istituzionale:	Tutor corso di laurea in infermieristica di Reggio Emilia
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	DITO - Az. Ospedaliera di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Balzac 15, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 522514
E-mail:	gradellini.cinzia@asmn.re.it

ALTRI AUTORI

Daniela Mecugni

TESTO

Introduzione del progetto

Il corso di laurea in Infermieristica di Reggio Emilia (Università di Modena e Reggio), ha appena concluso un Percorso Intensivo di Infermieristica Interculturale, finanziato dal programma "Erasmus/Apprendimento Permanente" istituito da Parlamento e Consiglio Europeo. Nello specifico, se Erasmus mira alla realizzazione di uno stato europeo di istruzione superiore, in una logica di continua innovazione, per far fronte alle sfide della globalizzazione, i programmi intensivi rappresentano la possibilità di implementare progetti di eccellenza a livello europeo.

Scopi e metodologia

Al programma hanno partecipato, insieme all'Università emiliana, coordinatrice del progetto, l'Artesis School di Anversa, l'Hogeschool Zeeland di Vlissingen (Olanda) e le Università di Turku e Seinajoki (Finlandia). Il progetto dal titolo "Creare competenze di *care* per gli immigrati" (Creating Care Competence for Immigrants) ha avuto l'obiettivo principale di far lavorare insieme studenti infermieri dei diversi paesi sul tema delle differenze culturali, calate nello specifico contesto dell'assistenza infermieristica.

Risultati

Il progetto, della durata di due settimane, si è svolto presso la sede olandese di Vlissingen e ha visto il coinvolgimento di venticinque studenti e dieci docenti delle università partner. In questo periodo di tempo, studenti e docenti hanno lavorato insieme in attività d'aula, in particolare sui concetti che stanno alla base delle differenze culturali: il pregiudizio, l'influenza dei mass-media, il concetto di identità, ma anche su dati socio-epidemiologici relativi al fenomeno migratorio nei diversi paesi.

Conclusioni

L'elemento principalmente formativo, è risultato essere il confronto con le diversità, il riuscire a lavorare insieme nonostante tali diversità e utilizzando le diversità stesse come risorsa. Il prodotto finale, un documento prodotto dagli studenti dall'elaborazione di quanto emerso dall'intero percorso, ha definito una priorità di competenze, sulle quali si continuerà a lavorare, che prevedono conoscenze, abilità e attitudini, prima fra tutte il rispetto verso l'altro.

TITOLO ABSTRACT

Guida pratica per gli operatori di sportelli informativi

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Michele Greco
Ruolo istituzionale:	Direttore Sportello Unico aziendale
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Servizi amministrativi distrettuali - AUSL di Ferrara
Indirizzo:	Via Cassoli 30, Ferrara
Recapito telefonico:	334 6627379
E-mail:	m.greco@ausl.fe.it

TESTO

Introduzione del progetto

La garanzia di un'assistenza sanitaria legata al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e quindi collegata al Medico di Medicina Generale (MMG) e Pediatra di Libera Scelta (PLS), rappresenta un aspetto di grande valore sociale e sanitario nell'accoglienza degli immigrati. Basti pensare, per esempio, alle patologie infettive (es. TBC), che necessitano di una continuità di cure e controlli e che, senza il medico di medicina generale (MMG) di riferimento, rischiano di essere particolarmente trascurate.

Scopi e metodologia

Questa guida vuole fornire indicazioni uniformi agli operatori degli sportelli informativi delle Aziende sanitarie e nello stesso tempo rendere note le applicazioni e procedure anche a coloro che non provvedono direttamente alle pratiche di iscrizione: lo Sportello Unico della Prefettura di Ferrara, gli sportelli informativi del Centro dei Servizi Integrati per l'Immigrazione, le associazioni, i sindacati e altri organismi che nel territorio ferrarese svolgono funzioni istituzionali e di aiuto e risultano importanti nodi informativi, di orientamento appropriato, di facilitazione all'accesso.

La realizzazione è stato il frutto di numerosi incontri partecipati tra USL, Prefettura, Centro Servizi e Associazioni interessate.

Risultati

Un'accoglienza caratterizzata da regole condivise ed omogenee su tutto il territorio provinciale, e di alta qualità procedurale, al fine di perseguire l'obiettivo dell'equo accesso ai servizi sanitari per le persone immigrate.

Conclusioni

La redazione della guida oltre ad essere stata il risultato di un lavoro di gruppo ha costituito un momento di riflessione approfondita, condivisa e partecipata tra coloro che a vario titolo intervengono nell'accoglienza ai migranti.

TITOLO ABSTRACT

La prevenzione dell'interruzione volontaria di gravidanza attraverso la collaborazione con le donne delle comunità immigrate nella città di Bologna: l'esperienza con le donne cinesi e russe

AUTORI PRINCIPALI

Nome e Cognome:	Grazia Lesi
Ruolo istituzionale:	Ginecologa referente per i progetti di MNC e per il gruppo di educazione alla pari della comunità cinese UOC Programma DIA e UO Consulteri
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Azienda USL di Bologna
Indirizzo:	Via Montebello 6, Bologna
Recapito telefonico:	051 2869121 - 051 2869204
E-mail:	grazia.lesi@ausl.bologna.it

Nome e Cognome:	Clede Maria Garavini
Ruolo istituzionale:	Direttore UOC Programma tutela salute donna infanzia e adolescenza
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Azienda USL di Bologna
Indirizzo:	Via S. Isaia 94/A, 40123 Bologna
Recapito telefonico:	051 6597111
E-mail:	clede maria.garavini@ausl.bologna.it

TESTO

Introduzione del progetto

Il Programma Tutela Salute Donna Infanzia ed Adolescenza, ha fra i suoi ambiti di azione la salute della donna e all'interno di questo grande spazio di intervento, un'attenzione specifica è stata indirizzata alle medicine non convenzionali e come esse concorrono o possono concorrere a rispondere ai bisogni di salute della donna. Alcune medicine non convenzionali sono medicine tradizionali in paesi di provenienza delle comunità migranti e là contribuiscono alla salute come la medicina occidentale.

Scopi e metodologia

Nell'ambito del primo programma Sperimentale della Regione Emilia Romagna, abbiamo rilevato l'orientamento delle donne verso le MNC partecipando ad una ricerca epidemiologica per evidenziarne l'utilizzo nell'età climaterica da parte delle donne afferenti ai Consulteri familiari.

Si sono, inoltre, realizzati due studi: uno sull'impiego dell'agopuntura per il controllo dei sintomi della sindrome climaterica in donne con patologia oncologica del seno, l'altro sul trattamento della dismenorrea severa.

Nel 2010 abbiamo avviato, due nuovi studi multicentrici: AcCliMaT e Giù la testa.

Risultati

Il primo ciclo di studi è giunto al termine ed è in parte pubblicato e in parte in fase di pubblicazione. A partire dai risultati di questi progetti pilota, sono stati messi a punto due studi multicentrici regionali di maggiore importanza e numerosità.

Conclusioni

Il percorso descritto si è svolto nell'ottica di integrare metodiche di medicina non convenzionale ed in particolare tecniche provenienti dalla medicina tradizionale cinese, con la medicina occidentale.

L'integrazione mira a una migliore qualità di vita, in particolare di utenti, con problematiche che non trovano soluzioni ottimali con le metodiche in uso nei nostri servizi. Tutto questo, essendo consapevoli, che questa è una medicina tradizionale, tuttora utilizzata nella Cina di oggi e perciò tenendo sempre presenti anche i bisogni delle donne cinesi attualmente presenti sul nostro territorio.

TITOLO ABSTRACT

Accogli, Ascolta, Orienta: iniziative per cittadini stranieri nell'A.S.O. di Alessandria

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Caterina Pitisano
Ruolo istituzionale:	Assistente Sociale Referente
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Direzione Medica dei Presidi presso l'Ufficio di Servizio Sociale
Indirizzo:	Via Venezia 16, 15120 Alessandria
Recapito telefonico:	0131 206371
E-mail:	cpitisano@ospedale.al.it

ALTRI AUTORI

Paola Vigna, Barbara Laveggio, Elena Canepari

TESTO

Introduzione del progetto

Gli stranieri in provincia di Alessandria sono l'8,4% della popolazione. Le donne immigrate sono passate dal 41,93% del 1998, a oltre il 51,40% di tutta la popolazione immigrata (dati Prefettura 2009).

La collaborazione tra l'Istituto per la Cooperazione allo Sviluppo e il Servizio Sociale dell'A.S.O. S.S. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo attiva dal 2005, è basata sull'intervento dei Mediatori Interculturali che migliorano la reciproca comprensione tra gli operatori e la nuova utenza.

Scopi e metodologia

I mediatori sono presenti in ospedale in alcuni orari. Nel 2008 è stato realizzato il progetto: "La ricerca sociologica come strumento di Inclusione Sociale", incentrato sull'accesso delle donne straniere ai Servizi Sanitari; l'anno successivo si è avviata una collaborazione tra i mediatori e i volontari del Pronto Soccorso. Da Settembre 2010, grazie al progetto "MediAzione" (finanziato dall'Unione Europea e dal Ministero dell'Interno) oltre alla presenza nei reparti partirà uno sportello informativo aperto al pubblico.

Risultati

Dai risultati ottenuti dalla ricerca sociologica (svolta dopo 3 anni dall'attivazione del servizio) emerge, da parte delle donne straniere, un buon livello di soddisfazione in relazione alle esperienze di assistenza e di aiuto vissute in ospedale. La presenza di un mediatore culturale che possa fornire non solo un sostegno linguistico ma anche e soprattutto attenuare le distanze e smorzare il senso di estraneità viene giudicata positivamente sia dalle utenti che dagli operatori.

Conclusioni

Con il nuovo progetto, in continuità con quanto fatto finora si intende realizzare un'azione più capillare, che raggiunga il maggior numero possibile di utenti e operatori. Si cercherà di rispondere soprattutto ai seguenti bisogni: informazione ed orientamento sul sistema sanitario per gli utenti stranieri; informazione sui sistemi di cura e sanitari dei paesi di provenienza per gli operatori. Si auspica che, al termine del progetto, si possano trovare le risorse necessarie al passaggio dalla fase sperimentale alla fase di sistema.

Commenti

L'esperienza maturata in questi anni di coordinamento delle attività di mediazione interculturale ha arricchito gli operatori coinvolti non solo da un punto vista operativo ma anche e soprattutto personale. L'équipe di riferimento ritiene che lo sportello sociale possa quindi essere uno strumento ulteriore che nel rispetto delle differenti appartenenze etniche rappresenti un luogo di incontro non solo tra diverse culture ma tra persone con i propri bisogni e richieste.

TITOLO ABSTRACT

Servizi uguali per tutti o a ciascuno il proprio servizio?

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Laura Prandi
Ruolo istituzionale:	Coordinatrice servizio mediazione linguistico-culturale ed interculturale
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Cooperativa sociale Dimora d'Abramo
Indirizzo:	Via Normandia 26, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 308082 - 348 8082138
E-mail:	laura.prandi@dimoradabramo.it cooperativa@dimoradabramo.it

ALTRI AUTORI

Clara Vassallo, Alice Ferrari, Daria Bondavalli, Manuela Paderni

TESTO

Introduzione del progetto

Breve descrizione del servizio di mediazione linguistico culturale ed interculturale in ambito sanitario nella provincia di Reggio Emilia: cosa offre e attraverso quale metodologia. Riattraversamento del lavoro svolto in questi anni rielaborando quanto ci è stato detto dalle persone che abbiamo incontrato e con cui abbiamo lavorato (mediatori, operatori sanitari, operatori sociali, pazienti migranti).

Scopi e metodologia

Fornire spunti di riflessione critica su alcuni aspetti del lavoro di mediazione linguistico culturale ed interculturale.

Mediazione come facilitazione alla comunicazione e comprensione reciproca?

Comunicazione come strumento per entrare in relazione e riconoscere chi incontri.

Mediazione come lavoro di relazione con contenuti tecnici, emotivi e culturali; processo di interazione, tra pazienti migranti, mediatori e operatori sociosanitari come base del lavoro di mediazione.

Interazione come percorso per avvicinarsi alla diversità, riconoscendola come tale, e svelandola nella sua complessità

Partendo da queste riflessioni cosa significa equità d'accesso? Servizi uguali per tutti, o a ciascuno il proprio servizio?

Risultati

Effettivo sostegno ad una corretta fruibilità dei servizi sanitari da parte dei pazienti migranti

Contributo all'inserimento sociale dei migranti presenti nel territorio della provincia di Reggio Emilia

Compartecipazione dei mediatori alla costruzione dei servizi e dei progetti sanitari

Conclusioni

Accresciuta consapevolezza della complessità da affrontare nell'elaborare azioni a sostegno dell'equità d'accesso nel rispetto delle diversità.

Co-progettazione effettiva con i dirigenti ed i professionisti del socio sanitario nella realizzazione del servizio di mediazione linguistico-culturale ed interculturale.

TITOLO ABSTRACT

Progetto clinico-amministrativo di agevolazione dell'accesso dell'utente straniero all'interno di un Dipartimento di Diagnostica per Immagini ad Attività Integrata

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Livia Ruffini
Ruolo istituzionale:	Direttore Dipartimento Diagnostica per Immagini
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento ad Attività Integrata di Radiologia e Diagnostica per Immagini - AOSP di Parma
Indirizzo:	Via Gramsci 14, 43126 Parma
Recapito telefonico:	0521 703746 - 0521 703043
E-mail:	lruffini@ao.pr.it

ALTRI AUTORI

Catia Canali, Pezzani Athos, Patrizia Sangalli, Alice Belletti

TESTO

Introduzione del progetto

La presenza stabile e ormai numericamente significativa della popolazione immigrata, proveniente da diverse aree geografiche del mondo, pone nuove sfide nei confronti dei servizi sanitari legati in gran parte a problemi di comprensione reciproca tra operatori e cittadini/pazienti stranieri, dovuti, non solo alla lingua, ma anche ad approcci culturali, esperienze e tradizioni diverse. All'interno di un Dipartimento di Diagnostica per Immagini, il rapporto operatore-utente immigrato presenta vari livelli e momenti di criticità legati a complessità tecnologica, passaggi amministrativi, sicurezza.

Scopi e metodologia

- fornire ai cittadini stranieri l'accesso alle informazioni sui servizi disponibili (traduzione della modulistica, meeting);
- facilitare il loro percorso amministrativo all'interno del DPT riducendo/annullando i momenti di conflittualità con gli operatori (punto unico con mediatore culturale);
- rendere comprensibili le modalità di erogazione delle prestazioni a partire da quelle che richiedono la collaborazione dell'utente a garanzia della qualità della prestazione (carta dei servizi multilingue) e nella consapevole accettazione dei rischi ad essa connessi (es utilizzo mdc).

Risultati

- 3 mesi: presentazione della modulistica tradotta e diffusione nei front office e nelle sale di attesa di tutto il Dipartimento;
- 6 mesi: presentazione della modulistica tradotta e diffusione presso gli ambulatori dei MMG;
- 1 anno: punto unico di informazione/accettazione per la maggior parte delle prestazioni erogate con presenza del mediatore culturale;
- durante l'intera durata del progetto saranno organizzati meeting di formazione e informazione per il personale del DPT, per gli utenti interni (altri reparti) ed esterni (MMG, territorio).

Conclusioni

Le azioni a favore dell'utenza immigrata si esplicano nel processo di accoglienza e sono finalizzate a migliorare la conoscenza del servizio ospedaliero, a garantire all'utente, oltre all'accesso, anche l'appropriatezza d'uso e la partecipazione. Le azioni a favore dell'operatore sanitario si esplicano attraverso attività di formazione mirate, produzione di materiale e cartellonistica multilingue, presenza del mediatore culturale a supporto delle attività quotidiane, centralizzazione delle attività inerenti il paziente/utente straniero.

Commenti

Le finalità perseguite dal progetto sono:

- sul piano relazionale ascolto/comprendione dei bisogni e problemi, informazione ed educazione al corretto utilizzo dei servizi;
- sul piano tecnico/professionale efficacia ed appropriatezza delle scelte di orientamento ed indirizzo dell'utente;
- sul piano organizzativo semplicità, chiarezza dei percorsi di accesso e prima informazione.

TITOLO ABSTRACT

Dialoghi dal Mondo (Attività di gruppo realizzata all'interno della Casa Circondariale di Reggio Emilia)

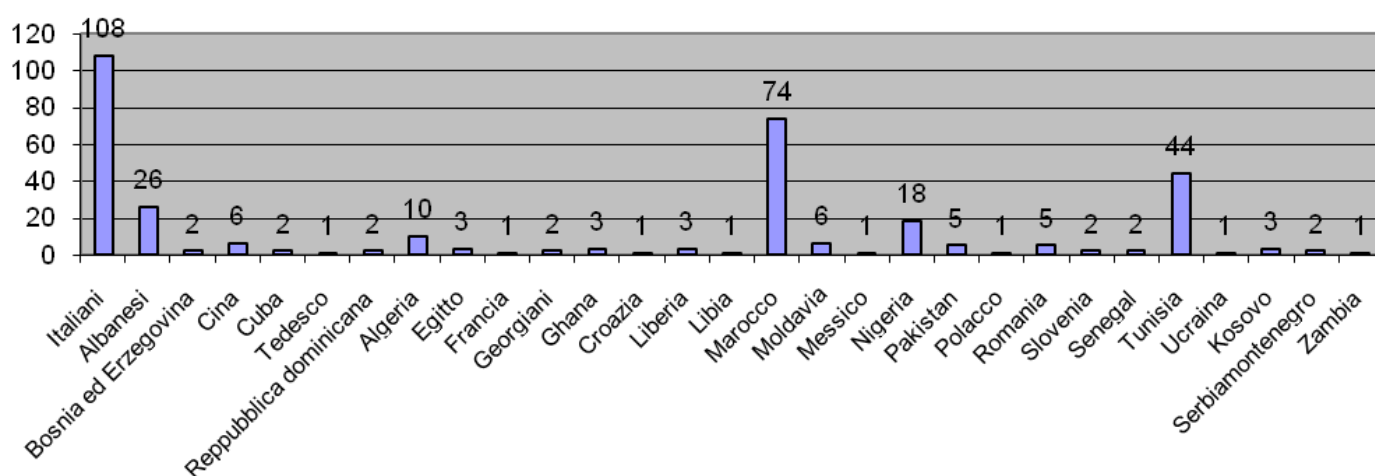
AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Daniele Vasari, Silva Monauni
Ruolo istituzionale:	Psicologo
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dsm-Dp
Indirizzo:	Via Amendola 2, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335569

TESTO

Introduzione del progetto

Negli ultimi anni abbiamo assistito in ambito carcerario ad un aumento del numero dei detenuti immigrati non comunitari. La popolazione detenuta all'interno della Casa Circondariale di Reggio Emilia al 30 giugno 2010 era così distribuita, con una percentuale di ristretti stranieri che supera il 68%:



Si evince che le etnie rappresentate ad oggi sono 28, amplificando, nella maggioranza dei casi, difficoltà di adattamento, problematiche relazionali, e disagio percepito.

Scopi e metodologia

Metodologia:

Il gruppo "Dialoghi dal mondo" si articola in 12 incontri di 2 ore ciascuno con cadenza settimanale, condotto da due psicologi AUSL.

I partecipanti sono stati selezionati sulla base di:

- Appartenenza ad etnie rappresentative della popolazione carceraria di qualsiasi fascia d'età
- Condizione di disagio espresso (segnalazioni dall'area sanitaria, educativa e di custodia)
- Adesione alle finalità del gruppo

Materiali: musiche, documentari e testimonianze dirette dei partecipanti

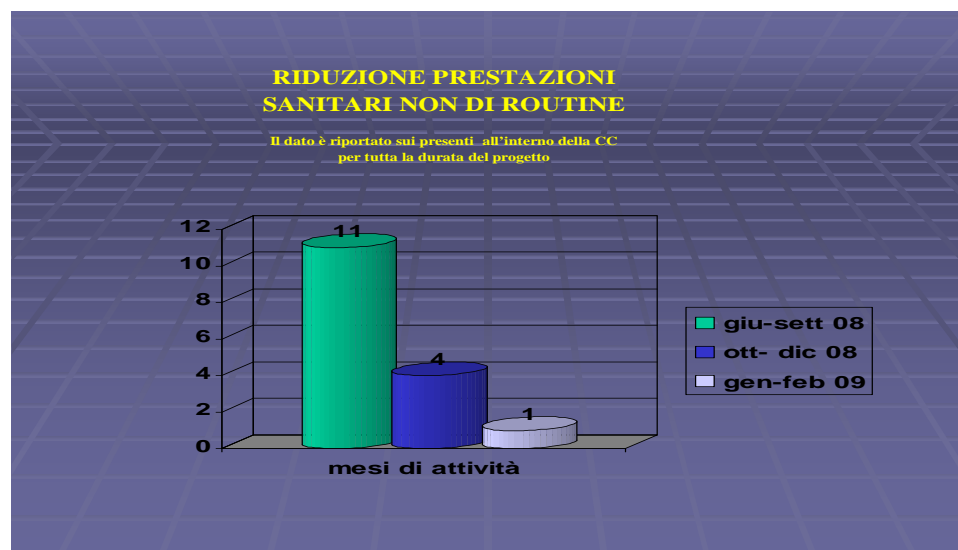
Scopi:

Conoscenza del "diverso" come requisito per diminuire i pregiudizi e facilitare le relazioni interpersonali.

Offrire uno spazio di condivisione di varie forme di disagio derivanti dallo stato detentivo, di elaborazione delle proprie modalità disfunzionali e individuazione di nuove strategie di coping.

Risultati

E' stato utilizzato come metodo di rilevazione dei risultati il conteggio delle prestazioni sanitarie non di routine effettuate dai partecipanti nelle varie fasi della partecipazione al gruppo (pre, durante e post gruppo). L'ipotesi è che il benessere percepito si esprima con un minor bisogno di interventi medici sanitari straordinari, spesso utilizzati in carcere in modo "improprio" per manifestare un disagio interiore (somatizzazione, gesti auto lesivi, carving per farmaci).



Conclusioni

Riteniamo questa attività, ormai al terzo anno di esperienza, positiva sia sul versante delle relazioni interpersonali (buon clima di gruppo, maggior conoscenza dell' altro e delle diversità culturali) che sul piano intrapsichico (maggior benessere percepito).

TITOLO ABSTRACT

Parità nel rispetto delle differenze culturali: proposta di implementazione di un ambulatorio ostetrico per donne immigrate

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Emanuela Vezzani
Ruolo istituzionale:	Coordinatore infermieristico
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Sale operatorie ostetricia e ginecologia – Az. Ospedaliera di Reggio Emilia
Indirizzo:	Viale Risorgimento 57, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 292045
E-mail:	loredana.cerullo@asmn.re.it

ALTRI AUTORI

G. Mercurio*, M. Pocaforza*, F. Recchiuti**, S. Romani**, A. Saffioti**, J. Wildner*, G. Amaducci*
* Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, **Azienda Sanitaria Locale di Reggio Emilia

TESTO

Introduzione del progetto

Reggio Emilia è tra le prime province in regione per incidenza dei cittadini stranieri. I dati sullo stato di salute degli immigrati, anche se parziali, confermano “l’effetto migrante sano” e cioè una sorta di autoselezione per cui chi decide di “migrare” è in buone condizioni fisiche. Coerentemente alla fascia di età prevalente della popolazione migrante femminile le patologie dominanti sono quelle riferibili a pratiche rescissorie e mutilanti genitali e l’assistenza alla maternità responsabile. Le problematiche di salute trovano oggi risposta nell’ambito del Dipartimento Cure Primarie (DCP-AUSL) attraverso la rete dei consultori in integrazione con i Dipartimenti Ospedalieri. Questa realtà di servizi non riesce a fronteggiare una corretta e completa trasmissione di informazioni in seguito a difficoltà di comprensione linguistica, diversità di modelli culturali e complessità dei percorsi clinico-assistenziali.

Scopi e metodologia

L’obiettivo è quello di organizzare un ambulatorio ostetrico di libero accesso per Donne Immigrate, afferente al DCP integrando l’offerta sanitaria.

Il progetto prevede i seguenti step:

- **Autorizzazione alla realizzazione sperimentale:** Direttore di Dipartimento in accordo con il Direttore e con il Coordinatore del Servizio Salute e Donna (AUSL);
- **Individuazione sede:** facile accessibilità e raggiungibile dai servizi pubblici ed in grado di garantire la massima privacy;
- **Orari di apertura:** orari compatibili con le esigenze dei nuclei familiari (apertura Martedì e Giovedì 18.00- 20.00, Sabato 09.00-12.00);
- **Risorse umane:** ostetriche, mediatore culturale, medico, volontari, assistente sociale;
- **Definizione dei percorsi integrati con altri servizi:** creazione di percorsi strutturati con l’Azienda Ospedaliera, il Servizio Sociale, il servizio Farmaceutico, Medico di Medicina Generale;
- **Formazione del personale dedicato:** pianificazione di moduli sulle tecniche assistenziale e interculturali;
- **Informazione popolazione:** attraverso il canale sanitario; scolastico e le istituzioni Comunali, sedi di volontariato.

Risultati

L’ambulatorio non è ancora stato attivato e sono in fase di studio gli indicatori per il monitoraggio dei risultati.

Conclusioni

La recente Letteratura riporta posizioni diversificate in merito all'attivazione di luoghi e servizi "dedicati" ai pazienti migranti. Per rispondere però alle esigenze attuali, si è scelto di costruire delle cornici di intervento rivolte alle donne straniere con la presenza costante del mediatore culturale. L'attivazione dell'ambulatorio "dedicato" vuole facilitare l'accesso ai servizi e migliorare i bisogni di assistenza agli utenti stranieri ma con l'intento di consentire l'accesso plurimo e quindi creare spazi dedicati alle donne in generale.

TITOLO ABSTRACT

La medicina tradizionale cinese: opportunità di conoscenza, incontro e salute per le donne

AUTORI PRINCIPALI

Nome e Cognome:	Grazia Lesi
Ruolo istituzionale:	Ginecologa referente per i progetti di MNC e per il gruppo di educazione alla pari della comunità cinese UOC Programma DIA e UO Consulteri
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Azienda USL di Bologna
Indirizzo:	Via Montebello 6, Bologna
Recapito telefonico:	051 2869121 - 051 2869204
E-mail:	grazia.lesi@ausl.bologna.it

Nome e Cognome:	Cleide Maria Garavini
Ruolo istituzionale:	Direttore UOC Programma tutela salute donna infanzia e adolescenza
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Azienda USL di Bologna
Indirizzo:	Via S. Isaia 94/A, 40123 Bologna
Recapito telefonico:	051 6597111
E-mail:	cleidemia.garavini@ausl.bologna.it

TESTO

Introduzione del progetto

Il Programma Tutela Salute Donna Infanzia ed Adolescenza, ha fra i suoi ambiti di azione la salute della donna e all'interno di questo grande spazio di intervento un'attenzione specifica è stata indirizzata alle medicine non convenzionali e come esse concorrono o possono concorrere a rispondere ai bisogni di salute della donna.

Alcune medicine non convenzionali sono medicine tradizionali in paesi di provenienza delle comunità migranti e la contribuiscono alla salute come la medicina occidentale.

Scopi e metodologia

Nell'ambito del primo programma Sperimentale della Regione Emilia Romagna, abbiamo rilevato l'orientamento delle donne verso le MNC partecipando ad una ricerca epidemiologica per evidenziarne l'utilizzo nell'età climaterica da parte delle donne afferente ai Consulteri familiari. Si sono inoltre realizzati due studi: uno sull'impiego dell'agopuntura per il controllo dei sintomi della sindrome climaterica in donne con patologia oncologica del seno, l'altro sul trattamento della dismenorrea severa. Abbiamo inoltre avviato nel 2010 due nuovi studi multicentrici: AcCliMaT e Giù la testa.

Risultati

Il primo ciclo di studi è giunto al termine ed è in parte pubblicato e in parte in fase di pubblicazione e a partire dai risultati dei primi studi pilota sono stati messi a punto degli studi multicentrici regionali di maggiore importanza e numerosità.

Conclusioni

Il percorso descritto si è svolto nell'ottica di integrare metodiche di medicina non convenzionale ed in particolare tecniche provenienti dalla medicina tradizionale cinese con la medicina occidentale. L'integrazione mira a una migliore qualità di vita, in particolare di utenti con problematiche che non trovano soluzioni ottimali con le metodiche in uso nei nostri servizi. Tutto questo, essendo consapevoli, che questa è una medicina tradizionale anche nella Cina di oggi e perciò tenendo sempre presenti anche i bisogni delle donne cinesi attualmente presenti sul nostro territorio.

TITOLO ABSTRACT

I percorsi di accesso all'assistenza protesica nell'AUSL di Ferrara

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Chiara Benvenuti
Ruolo istituzionale:	Medica Direttore
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Cure Primarie Distretto Centro Nord - AUSL di Ferrara
Indirizzo:	Via Cassoli 30, Ferrara
Recapito telefonico:	0532 235693
E-mail:	c.benvenuti@ausl.fe.it

ALTRI AUTORI

Patrizia Conforti

TESTO

Introduzione del progetto

L'Azienda Usl di Ferrara durante il percorso messo in atto per il monitoraggio dell'appropriatezza nelle prescrizioni di ausili e presidi per disabili, ha evidenziato che nell'ambito delle richieste sono emersi bisogni nuovi. Per rispondere a tali bisogni è necessario prescrivere ausili che a volte non sono contemplati nel DM 332 del 1999 (regolamento che norma l'erogazione per le disabilità) e quindi non erogabili, ma fondamentali per la persona in quel momento della sua condizione di salute, oppure erogabili ma con una procedura molto tortuosa e lunga.

Scopi e metodologia

Per agevolare l'accesso a particolari tipologie di ausili/presidi, si è creato un percorso cosiddetto dei "bisogni eccezionali" formalizzato con delibera del Direttore Generale. In tale percorso, a fronte della prescrizione dello specialista, viene valutata dal Dipartimento di cure primarie la necessità dell'ausilio in base alla patologia altamente invalidante per l'utente e la ricaduta assistenziale per la famiglia (es: comunicatori vocali nei pazienti con SLA, carrozzine sofisticate per giovani mielolesi, cerebrolesi); se la valutazione è positiva l'ausilio viene autorizzato e quindi erogato. Dove la procedura per l'ottenimento di ausili era particolarmente complessa e le necessità del paziente urgenti (es: Dimissioni protette, paziente in ADI, ...) tale procedura è stata snellita secondo un protocollo condiviso con i reparti ospedalieri e gli uffici protesica dei distretti; si è creato inoltre un percorso per consentire la prescrizione da parte del medico di medicina generale di ausili/presidi a pazienti in assistenza domiciliare.

Risultati

Nel corso del biennio 2008-2009 si sono assegnati 4 comunicatori vocali che vengono utilizzati dai pazienti immobilizzati dalla SLA, alcune carrozzine particolarmente attrezzate, ausili particolari che servono per la mobilitazione del paziente. Gli anziani e disabili in ADI e i pazienti in dimissione protetta possono avere in tempi brevi presidi per assorbimento o alcuni ausili come il letto con gli accessori. Al contempo, pur avendo dato risposte migliorative e qualificate nell'assistenza protesica, la spesa si è mantenuta ai livelli auspicati.

Conclusioni

Alla fine si può concludere che il sistema assistenziale sanitario attuale della protesica può essere orientato a rispondere ai bisogni della persona in modo appropriato mettendo la patologia al centro della prescrizione specialistica e il piano terapeutico riabilitativo finalizzato alla gestione della disabilità di quel paziente. La collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte è fondamentale e il risultato basato sull'appropriatezza può dare molte gratificazioni al sistema erogante oltre che ai cittadini.

TITOLO ABSTRACT

Il Centro di Salute Mentale nelle trasformazioni socioculturali dell'ultimo decennio. Dalla crisi del ruolo di presa in carico della sofferenza allo sviluppo di nuove funzioni di promozione della salute mentale

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Anna Maria Borziani
Ruolo istituzionale:	Responsabile CSM
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	DSM-DP - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Amendola 2, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335495
E-mail:	borziania@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Stefano Crosato, Gino Mazzoli, Rosaria Ruta, Maurizio Ferrari, Sandro Malagò

TESTO

Introduzione del progetto

Di fronte a un aumento della domanda e a una scomposizione dei disturbi psichiatrici in situazioni complesse e multiproblematiche di difficile lettura clinica, legate alla diffusione del disagio e all'impoverimento delle reti sociali, l'équipe dei Centri di Salute Mentale (CSM) si interroga su nuovo mandato sociale, domanda urgente, adeguatezza dei progetti e condizioni per integrare diverse prospettive. Abbiamo organizzato una riflessione sui temi dell'accoglienza e delle comunicazioni interne per mettere a fuoco i cambiamenti attraversati e proporre progetti di miglioramento.

Scopi e metodologia

Ricostruire le criticità percepite attraverso rilevazioni dell'attività di accoglienza e dell'andamento delle riunioni; discutere proposte di miglioramento. Il percorso ha come soggetto l'intero CSM e alterna discussioni plenarie al lavoro di gruppo, è sostenuto da riunioni di staff tra le figure con ruoli di responsabilità organizzativa e un consulente psicosociologo. La verifica collettiva di ipotesi e risultati mantiene viva la dimensione di progetto in cui le conoscenze acquisite diventano utili strumenti per comprendere i problemi e catalizzare la disponibilità all'azione.

Risultati

L'accoglienza dei CSM si rivolge a persone svantaggiate per dipendenza dal servizio o posizione socioculturale. Il CSM accoglie problemi relazionali e sociali oltre che psicopatologici; questo ruolo è quantitativamente rilevante; la cifra clinica non è sufficiente a capire problemi di natura diversa che utilizzano il linguaggio del disagio psichico per essere riconosciuti e accolti. Le riunioni d'équipe richiedono un attento monitoraggio rivolto a salvaguardare le funzioni di valutazione e progettazione condivisa.

Conclusioni

Il carico di utenza crescente e la complessità delle situazioni rendono impossibile l'assunzione da parte del CSM del compito di fornire direttamente le risposte necessarie. Particolare rilievo assume la capacità di essere in rete e costruire reti, promuovere resilienza, diffondere a tutti gli operatori la competenza e la responsabilità della comunicazione con i diversi attori del territorio.

TITOLO ABSTRACT

Modello di integrazione fra DCP e DSM nel Nucleo di Cure Primarie di Gambettola con particolare riguardo all'attuazione del Progetto Leggieri fra CSM e MMG: inizio attività

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Antonella Brunelli
Ruolo istituzionale:	Direttore di Distretto
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Distretto Rubicone - AUSL di Cesena
Indirizzo:	Piazza L. Sciascia 111, 47521 Cesena
Recapito telefonico:	0547 352216
E-mail:	abrunelli@ausl-cesena.emr.it

ALTRI AUTORI

R. Bosio - Direttore CSM AUSL Cesena, F. Cucchi - Coordinatore dei Medici di Medicina Generale di Gambettola AUSL Cesena

TESTO

Introduzione del progetto

La DGR 2011 del 2007 "Indirizzi per la organizzazione dei Dipartimenti di Cure Primarie, di Salute Mentale e di Sanità Pubblica" definisce con chiarezza lo sviluppo dei NCP e delle relazioni con le altre articolazioni e servizi del Dipartimento di Cure Primarie, nonché i rapporti professionali interdisciplinari con gli altri Dipartimenti Territoriali, in particolare col Dipartimento di Salute Mentale. Presso dell'AUSL di Cesena questi indirizzi sono stati attuati con lo sviluppo organizzativo delle articolazioni territoriali, e con alcune esperienze che, benché circoscritte, rappresentano modelli ad impronta professionale fortemente innovativa.

Nello spirito della DGR sopra descritta, è stato formulato un programma di riorganizzazione del Centro di Salute Mentale, nel quale, oltre ad un profondo rinnovamento dello stile professionale, l'assetto organizzativo supporta e facilita il cambiamento. Infatti l'attività clinica sul territorio è stata organizzata per équipes territoriali al fine di permettere la presa in carico di una definita comunità, sia nell'approccio ambulatoriale, che nell'attività domiciliare e di supporto nelle diverse fasi della malattia e della riabilitazione.

Scopi e metodologia

In particolare nel Distretto del Rubicone le aree territoriali individuate per le équipes della Salute Mentale corrispondono a quelle già ben definite dei Nuclei di Cure Primarie (Savignano, Cesenatico e Gambettola), allo scopo di consentire la massima integrazione fra i professionisti delle varie attività sanitarie e sociali presenti in quel territorio, e che hanno in carico quella determinata comunità: medici di medicina generale e psichiatri, ma anche altre attività e servizi dei Dipartimenti di Cure Primarie, della Sanità Pubblica, della Salute Mentale, nonché quelle dei servizi sociali ed altre ancora (volontariato, ecc).

Risultati

Per quanto riguarda le attività svolte a Gambettola è già in atto la continuità assistenziale del NCP che facilita l'accesso sulle ore diurne, ed è tuttora in corso il processo di sviluppo funzionale e strutturale che completerà l'assistenza alla popolazione fragile e la sua presa in carico (in particolare il malato cronico e il disagio fisico e psichico) e alle tematiche materne infantili (salute femminile, assistenza alla gravidanza, salute infantile) attraverso la integrazione con figure sanitarie (specialisti, ostetriche, infermieri, terapisti) e sociali (assistenti sociali). In posizione contigua, nella sede distrettuale, sono infatti presenti numerosi servizi dei tre Dipartimenti Territoriali (Cure Primarie, Sanità Pubblica e Salute Mentale), che rendono possibile la costruzione di questo modello, nonché gli Assistenti Sociali afferenti ai Comuni.

In tale contesto professionale ed organizzativo, ci pare opportuno e rilevante dare seguito alle ulteriori indicazioni sul Programma Leggieri (PR 128525, 08 giugno 2009), che definisce il modello di integrazione fra Medici di Medicina Generale e Centro di Salute Mentale al fine di facilitare l'accesso e la presa in cura condivisa dei pazienti con disturbi psichici.

I risultati riguarderanno il numero e la modificazione dei pazienti con presa in carico da parte dei soli MMG, dei soli specialisti, e di quelli in condivisione, rispetto alla diversa intensità clinica e assistenziale dei vari gruppi di quadri patologici.

Conclusioni

La recente riorganizzazione delle attività territoriali del Centro di Salute Mentale e la sua redistribuzione per NCP, in ordine alle recenti indicazioni contenute nel Piano Attuativo della Salute Mentale 2009-2011 (DR 313/2009) conferma dunque la coerenza del nostro progetto sia per quanto riguarda la integrazione intradipartimentale per la continuità delle cure nell'arco di vita (dall'infanzia all'adulto con la Neuropsichiatria Infantile) sia per la integrazione trasversale per l'armonizzazione della presa in cura dello stesso individuo con Pediatri e Medici di famiglia.

Come già esplicitato, alla luce delle più recenti disposizioni regionali contenute nei documenti qui citati, in questo territorio si vuole sperimentare un aspetto avanzato della integrazione fra la medicina generale e il CSM favorendo il confronto professionale e l'approccio condiviso al paziente nell'ambito dello stesso luogo di accesso e di cura.

Siamo inoltre convinti che questo possa rappresentare un primo passo verso la realizzazione in senso compiuto di una Casa della Salute classificata Piccola secondo la DGR 291/2010.

TITOLO ABSTRACT

Episodi deliranti acuti in età evolutiva: fattori di rischio e protettivi e valutazione del follow-up clinico di una casistica

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Stefano Costa
Ruolo istituzionale:	Responsabile UOS Psichiatria Psicoterapia Età Evolutiva Day Hospital
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Salute Mentale Area Funzionale NPIA
Indirizzo:	Ospedale Maggiore Largo B. Nigrisoli, 2 - 40133 Bologna
Recapito telefonico:	051 6478305
E-mail:	stefano.costa@ausl.bologna.it

ALTRI AUTORI

Alessandra Errani

TESTO

Introduzione del progetto

La sfida attuale nella ricerca di molte patologie psichiatriche ed in particolare per i quadri di tipo schizofrenico, è l'individuazione dei fattori di rischio e protettivi utili alla focalizzazione del trattamento ed in particolare a favorire il reinserimento sociale.

Sono stati quindi analizzati in adolescenti con diagnosi di episodio schizofrenico acuto il livello di funzionamento psicosociale ed i fattori di rischio e protettivi (personali ed ambientali) e terapeutici che possono aver influito sull'evoluzione dell'evento acuto.

Scopi e metodologia

Dopo un periodo di follow-up medio di 36 mesi dalla dimissione, sono stati valutati 14 adolescenti seguiti presso il Day Hospital di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva fra il 2004 e il 2008, con diagnosi di Episodio Schizofrenico Acuto (codice 295.4 dell'ICD-9 CM).

Sono stati intervistati i pazienti, i loro familiari ed il medico curante di MG con scale standardizzate (CBCL e CGI) e con una griglia specifica sui fattori di rischio, protettivi e terapeutici.

Risultati

Come fattori di rischio risultano rilevanti le difficoltà sociali e quelle scolastiche: l'analisi statistica ha individuato una relazione significativa fra questi elementi anamnestici e peggior esito clinico (maggiore durata dell'episodio delirante, punteggi meno positivi nelle scale CGI e CBCL).

La presenza di un quadro depressivo ha una influenza prognostica ancor più negativa.

Come fattore protettivo è emersa la significatività di un ambiente familiare stabile o di altre risorse esterne attivabili, che correlano inversamente con la durata del periodo di crisi.

Conclusioni

Il buon esito degli episodi psicotici acuti nella nostra casistica, mostra che l'individuazione dei fattori di rischio consente un intervento precoce, ma soprattutto la progettazione di un trattamento individualizzato. Favorire la ripresa del percorso evolutivo con un intervento educativo nei casi di un percorso scolastico problematico, e garantire una specifica terapia familiare qualora manchi una stabilità rispetto ai punti di riferimento genitoriali, sono infatti emersi dall'analisi statistica come fattori determinanti per il buon esito.

TITOLO ABSTRACT

Il percorso dopo dimissione ospedaliera dei pazienti con ictus: come migliorare l'accesso ai servizi?

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Stefania Fugazzaro
Ruolo istituzionale:	Medico fisiatra
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dip. Neuromotorio, Med. Fisica e Riabilitazione - Az. Ospedaliera di Reggio Emilia
Indirizzo:	Viale Risorgimento 80, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 296163-6
E-mail:	fugazzaro.stefania@asmn.re.it

ALTRI AUTORI

Barbara Piccinelli, Claudio Tedeschi, Sergio Borghi - Coordinatore fisioterapisti, Sandra Bassi - Fisioterapista tutor corso di laurea in FT, Federica Montanari- Fisioterapista tutor corso di laurea in FT, G.B. Camurri

TESTO

Introduzione del progetto

L'ictus causa disabilità residua in una parte dei pazienti colpiti e difficoltà al momento del rientro nella comunità. Uno studio da noi condotto nel 2009 rilevava alcune criticità nell'accesso ai servizi esistenti sul territorio, nonostante nella provincia di Reggio e, in generale, in Emilia Romagna lo standard di offerta dei servizi alla persona sia soddisfacente.

Abbiamo iniziato quindi a lavorare su alcuni progetti in modo interdisciplinare per migliorare alcune delle criticità evidenziate dai pazienti e dalla nostra esperienza di follow-up post-dimissione.

Scopi e metodologia

- migliorare la comunicazione con pazienti e famigliari sui percorsi post-dimissione anche per contenere la richiesta di trattamenti sanitari impropri
- migliorare la presa in carico continuativa nel tempo per le persone con disabilità croniche gravi e gravissime
- rendere più facilmente accessibili i servizi e la presa in carico multidisciplinare anche dopo la dimissione, in modo da offrire sostegno alle famiglie e continuità assistenziale per i disabili gravi dopo cerebrolesione

Risultati

Abbiamo pertanto avviato un percorso di follow-up post-dimissione sistematico per tutti i pazienti dimessi dal nostro reparto di riabilitazione con esiti di ictus, per valutare nel tempo lo stato funzionale del paziente, le eventuali nuove necessità riabilitative, l'uso e l'adeguatezza degli ausili prescritti, la possibilità di ritornare alla guida dell'auto.

Abbiamo completato una procedura interaziendale (AOSP-AUSL RE) per la corretta segnalazione e presa in carico territoriale integrata di pazienti con gravissima disabilità e progettato di lavorare nei prossimi mesi anche su una procedura per pazienti con grave disabilità.

Stiamo completando la stesura di un foglietto informativo per il ritorno alla guida da consegnare alle persone alla visita di follow-up.

Conclusioni

In persone con disabilità residua, il rientro e la permanenza a domicilio crea difficoltà considerevoli alla persona e alla sua famiglia. E' necessario verificare sempre quali sono i punti più critici nell'attivazione dei servizi esistenti e lavorare per semplificarne l'accesso e la fruibilità. La presa in carico riabilitativa globale prevede il lavoro multidisciplinare ed integrato, con un corretto passaggio di consegne ospedale-territorio e la segnalazione ai referenti per competenza in caso di problematiche sociali, infermieristiche, assistenziali e riabilitative.

TITOLO ABSTRACT

La mediazione nella continuità di cura ai minori con patologia cronica: un'esperienza nel Distretto di Montecchio Emilia

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Daniela Novelli
Ruolo istituzionale:	Pediatra
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Salute infanzia - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Verdi 24, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 882759
E-mail:	novellid@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Nabil Zakia, Luciana Monti, Alessandro Volta, Ciro Uano, Emanuela Ferraroni

TESTO

Introduzione del progetto

La mediazione linguistico/culturale è interpretata spesso come traduzione linguistica pura ma la comunicazione è un processo complesso che comprende anche una dimensione simbolica e culturale. Abbiamo pertanto pensato ad un terzo soggetto (la mediatrice) che "faciliti" le relazioni fra i vari attori che si interfacciano con la famiglia immigrata durante un percorso di cura pianificato per un minore affetto da grave patologia cronica.

Scopi e metodologia

Scopo sciogliere i punti critici presenti nel percorso di cura:

- comunicazione della diagnosi
- mantenimento della continuità di cura

La mediazione è avvenuta telefonicamente, ambulatorialmente ma anche attraverso incontri multidisciplinari fra professionisti sia per ambiti sanitari (Dimissione Protetta, Inserimento di nutrizione per PEG, posizionamento di una derivazione ventricolo-peritoneale); sociali (richiesta di regolarizzazione, invalidità, permessi di permanenza in Italia per parenti, inserimento in comunità) assistenziali (per rafforzare soprattutto le competenze genitoriali del care giver).

Risultati

La richiesta di inserimento della mediazione nel PAI (piano assistenza integrato), per ostacoli presenti nella continuità di cura al minore, è stata effettuata dall'Unità Valutazione Pediatrica (team multidisciplinari deputati all'integrazione delle cure al minore cronico). Ciò ha contribuito significativamente a rimuovere ostacoli che avevano messo in crisi il rapporto fiduciario famiglia/sanitari e prodotto rifiuto alle cure.

La mediazione ha reso possibile inserire una figura di sostegno per la famiglia, l'inserimento della bambina in una comunità infantile, facilitare il miglioramento abitativo.

Conclusioni

La disponibilità della mediatrice, il suo lavoro all'interno di un sistema plastico, l'autonomia di intervento ha permesso di facilitare i rapporti fra famigliari ed operatori ed ha permesso la continuità di cura e la risoluzione di alcuni problemi sociali in momenti di criticità.

E' sicuramente questa la dimensione della mediazione più utile ma è anche la più complessa e difficile. Questa richiesta di mediazione è però poco sistematizzabile e legata molto alla disponibilità e caratteristiche del mediatore e degli operatori.

Commenti

Il motivo di presentare un poster su questo caso deriva dal fatto che riteniamo utile sottolineare le potenzialità di una collaborazione con il servizio di mediazione che non sia solo di traduzione. Questo utile per un eventuale programmazione di formazione specifica e gestione dei servizi.

TITOLO ABSTRACT

Progetto Educativa territoriale per adulti in difficoltà con problematiche psichiatriche e doppie diagnosi

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Giovanni Sciolè
Ruolo istituzionale:	Direttore S.C. Assistenza Psichiatrica Ventimigliese
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Integrato Salute Mentale e delle Dipendenze
Indirizzo:	C.so Genova 88, Ventimiglia
Recapito telefonico:	0184 536486
E-mail:	g.sciolè@asl1.liguria.it

ALTRI AUTORI

Marco Bianchetti - Medico psichiatra CSM Ventimiglia, Alessandro Bono - Educatore prof.le CSM Ventimiglia, Teresa D'Antilia - Assistente Sociale CSM Ventimiglia, Christian Papini - Coordinatore servizi Caritas Intemelia

TESTO

Introduzione del progetto

Il servizio di educativa territoriale costituisce un'esperienza innovativa in quanto "gestisce" in rete sul territorio, nel loro contesto di vita, persone con problematiche psichiatriche maggiori evitando l'inserimento in strutture residenziali, se non quando ciò diviene effettivamente indispensabile. Da anni esiste un lavoro di rete sostenuto da apposita convenzione tra ASL 1 e Caritas, che coinvolge Centro Salute Mentale, Organizzazione di Volontariato Caritas Intemelia (ONLUS), Segreteria Tecnica Zona 1 (ora Distretto Socio Sanitario n° 1), Distretti Sociali (ora Ambiti Territoriali Sociali).

Scopi e metodologia

- aumentare la qualità della vita delle persone inserite nei percorsi individualizzati;
- contribuire al benessere collettivo;
- raggiungimento autonomie (in relazione al grado di disagio della persona) nella cura di sé, dell'abitazione, in attività socializzanti, formative, lavorative; miglioramento capacità relazionali, di convivenza civile, di rispetto della legalità;
- diminuire, prevenire eventuali atti antisociali commessi da persone emarginate e con disturbi psichici non seguite;

Il progetto viene elaborato tra CSM (psichiatra, educatore professionale, assistente sociale), educatori della Caritas, operatori dell'Ambito Territoriale Sociale competente.

Risultati

Verifiche dei progetti individualizzati hanno evidenziato: miglioramento della salute psico-fisica della persona, delle capacità relazionali, della cura di sé e dell'abitazione; inserimento lavorativo o attività protette.

L'intervento ha in piccola parte contribuito ad una migliore qualità di vita, ad una convivenza e socializzazione tra chi proviene da un percorso di esclusione e cittadini integrati, al rispetto della legalità da parte delle persone inserite nel progetto; a migliori rapporti con il quartiere e con i vicini.

Conclusioni

Di fronte alle "vulnerabilità" della persona (malattia fisica e disagio psichico, dipendenze, emarginazione sociale), l'educatore si offre quale compagno di viaggio.

La "filosofia" dell'accompagnamento educativo dell'utente, nell'ambito di un *progetto individuale elaborato in equipe multi professionale, multi servizi*, vede la presenza al suo fianco anche in situazioni di estrema esclusione per garantire una "presenza" anche di fronte a forme di sofferenza "cronica".

La "presa in cura" globale della persona è premessa prioritaria perché questo accompagnamento raggiunga esiti positivi per la salute.

TITOLO ABSTRACT

L'ambulatorio odontoiatrico per cittadini disabili collaboranti

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Federica Trocini
Ruolo istituzionale:	Specialista Ambulatoriale Odontoiatra
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento Cure Primarie AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Monte San Michele 8, 42100 Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335480
E-mail:	federica.trocini@ausl.re.it

ALTRI AUTORI

Branchetti Alberto, Greci Marina, Marchesi Cristina

TESTO

Introduzione del progetto

Il progetto derivante dalle ultime direttive regionali in tema di assistenza odontoiatrica per i cittadini della Regione Emilia Romagna, si propone di fornire assistenza odontoiatrica in ambienti idonei e con personale motivato ai portatori di handicap psico-fisico collaboranti.

Scopi e metodologia

- Individuazione dei percorsi di reclutamento, prenotazione, accoglienza e operatività odontoiatrica per disabili collaboranti;
- Allestimento di ambulatorio odontoiatrico attrezzato con riunito speciale e accorgimenti idonei, operativo con cadenza settimanale al lunedì pomeriggio, presso il poliambulatorio di V.M.S.Michele a Reggio Emilia;
- Coinvolgimento dell'Ufficio Relazioni col Pubblico nella ricezione delle richieste e nella gestione della lista di attesa.

Risultati

- illustrazione dei risultati numerici e qualitativi dell'assistenza erogata, iniziata in data 12 aprile 2010. Dopo i primi mesi dall'attivazione del servizio abbiamo riscontrato una maggiore affluenza da parte di utenti con disabilità fisiche e psichiche, in considerazione dell'ambiente dedicato messo a disposizione e del personale in servizio adeguatamente addestrato e motivato. Determinante è stato il coinvolgimento delle associazioni dei famigliari con le quali ci si è confrontati sin dalla fase di progettazione.

Conclusioni

E' necessaria la prosecuzione dell'esperienza per il secondo semestre dell'anno. Ci si prefigge in ogni caso di valutare i possibili miglioramenti nell'assistenza odontoiatrica ai disabili, rispetto all'inserimento negli ambulatori odontoiatrici generici.

TITOLO ABSTRACT

L'Unità di Valutazione Alzheimer (UVA) in struttura residenziale

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Laura Villa
Ruolo istituzionale:	Dirigente medico - Geriatra
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	S.C. PASSI
Indirizzo:	Via dei Mille, 2 - 28100 Novara
Recapito telefonico:	0321 374529
E-mail:	coordinamentouvg@asl.novara.it

ALTRI AUTORI

Mauro Zeno, Lorenzo Brusa, Gianni Valzer

TESTO

Introduzione del progetto

L'anziano con deficit cognitivo in struttura residenziale provoca spesso problemi di agitazione e turbe comportamentali. Risulta frequentemente difficoltoso accompagnare il paziente a visita presso la sede dello specialista UVA. Il malato può non essere adeguatamente assistito farmacologicamente (solitamente per eccesso di sedazione) e gestionalmente per un approccio non corretto del personale di assistenza. Riportiamo l'esperienza, tuttora in corso, relativa al periodo giugno 2009-giugno 2010, di accesso dello specialista geriatra UVA nelle strutture residenziali convenzionate dell'area sud dell'ASL di Novara.

Scopi e metodologia

Obiettivi:

- mantenere la continuità assistenziale ai pazienti istituzionalizzati, anche non trasportabili;
- ottimizzare la collaborazione con i MMG;
- attivare un counseling per problematiche assistenziali/comportamentali;

Ridurre:

- i disagi per pazienti e famigliari;
- i costi dei trasporti;
- i tempi di attesa e di esecuzione delle visite.

Metodologia:

il geriatra accede alla struttura mediamente ogni tre mesi dedicandovi un'intera mattinata eseguendo:

- prime visite a pazienti non ancora in carico all'UVA;
- visite di controllo;
- counseling a familiari e personale di assistenza.

Risultati

Le visite complessivamente effettuate nel primo anno di attività sono state 241, di cui 98 prime visite, 143 controlli per un'età media di 83.5 anni.

I pazienti sono risultati affetti da deterioramento cognitivo di grado moderato e severo. La maggior parte di loro presentava polipatologie, gravi disturbi comportamentali o impossibilità a deambulare.

L'esecuzione delle prime visite ha ridotto di circa 32 giorni teorici i tempi di attesa e di esecuzione delle stesse presso la sede ambulatoriale dell'ASL.

Conclusioni

E' stato proposto alle strutture un questionario di gradimento sui diversi aspetti del progetto (programmazione, esecuzione, disponibilità ed incisività dell'intervento, riduzione del disagio degli ospiti, valutazione del personale), che ha evidenziato un generalizzato alto indice di gradimento. Nel 13% la tempistica è stata ritenuta insufficiente per le esigenze delle strutture, solo una struttura sul totale ha giudicato l'intervento poco incisivo rispetto all'attività e alla collaborazione con i MMG. Il 93% delle residenze ha ritenuto estremamente opportuno continuare il progetto.

Commenti

L'accesso in struttura comporta la diretta osservazione del paziente nel suo ambiente di vita. Facilita la comunicazione con i parenti, qualora presenti, e soprattutto con il personale di assistenza. Permette di rilevare le difficoltà incontrate nella gestione di pazienti così complessi e la formulazione di strategie e progetti assistenziali più specifici e legati alle problematiche intercorrenti (counseling). L'incontro con i MMG degli ospiti consente di instaurare una più attiva collaborazione ed una migliore "alleanza terapeutica". La programmazione di accessi ad intervalli di tempo stabiliti garantisce il monitoraggio più adeguato dell'utilizzo dei mezzi di contenzione, sia fisica che farmacologica. In alcuni casi si è riusciti a ridurre/sospendere la somministrazione di farmaci antipsicotici assunti cronicamente da mesi o anni e mai sottoposti a monitoraggio specialistico. Risulta indubbia l'utilità di tale progetto che ha presentato come **punti di forza** il pieno raggiungimento degli obiettivi, l'elevato livello di gradimento da parte del personale a tutti i livelli assistenziali, dei pazienti e dei loro familiari, la garanzia della continuità terapeutica ed una migliore progettualità sulle problematiche determinate dalle patologie. L'accesso diretto ha evitato il disagio del trasporto ai pazienti e ha garantito un risparmio degli oneri di spesa a carico dell'ASL per circa il 70% dei casi. Sono comunque emerse alcune criticità: l'induzione di ulteriori richieste e la necessità di soddisfazione di un bisogno sommerso, in parte atteso, cui però risulta spesso difficile fornire una risposta per carenza di risorse umane. Si sono evidenziate anche la difficoltà di alcune strutture a seguire le informazioni comportamentali riguardanti il paziente per una insufficiente "preparazione geriatrica" degli operatori socio sanitari e l'importante bisogno di una formazione specifica. Dalla revisione dell'attività svolta sono nati progetti di formazione per il personale medico, infermieristico e di assistenza al fine di un'educazione permanente sulle problematiche dell'anziano affetto da deficit cognitivo e ricoverato in struttura, incentrati sulla comprensione delle anomalie comportamentali, sul corretto atteggiamento nei confronti del paziente e sulle possibilità terapeutiche anche non farmacologiche.

TITOLO ABSTRACT

**Consultorio Familiare Centro Salute Famiglia Straniera:
riflessioni su cambiamenti sociali e criticità dell'offerta del servizio salute donna di Reggio Emilia**

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Andrea Foracchia
Ruolo istituzionale:	Medico Ginecologo
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Salute donna e pediatria di comunità - AUSL di Reggio Emilia
Indirizzo:	Via Amendola 2, Reggio Emilia
Recapito telefonico:	0522 335582
E-mail:	andrea.foracchia@ausl.re.it

TESTO

Introduzione del progetto

Consultorio Familiare (CF) e Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS) di RE rappresentano un servizio a bassa soglia e hanno costituito soprattutto per la popolazione straniera un facile contatto con la rete dei servizi socio-sanitari.

Il CF si rivolge alla totalità della popolazione ma la sua caratteristica è cambiata con il cambiare della società: dal 2002 al 2008 l'utenza straniera è passata dal 23% al 49% con un conseguente cambiamento nella tipologia di richiesta.

Scopi e metodologia

La gravidanza (dove la presenza di donne straniere è ormai prossima al 75%) rappresenta il principale impegno del CF e il percorso per la IVG che ha conosciuto un progressivo calo di richiesta da parte delle utenze italiane ha visto un aumento da parte della utenza straniera.

La offerta contraccettiva ha dovuto confrontarsi con nuove richieste (o con l'assenza di queste), con la necessità di cambiare non solo le proprie strategie, ma anche le conoscenze, competenze e prassi degli operatori.

Risultati

L'offerta di una diagnostica precoce delle patologie neoplastiche (Pap Test) continua ad essere un campo di grande attività ma stenta ad affrontare la sfida di raggiungere una popolazione molto più impegnata ad affrontare le difficoltà dell'oggi che a valutare le possibili patologie di domani.

L'educazione alla prevenzione in ogni campo (dal Pap test alla contraccezione, dai controlli in gravidanza alla prevenzione delle malattie trasmissione sessuale) richiede da parte del personale sanitario non solo volontà e disponibilità al dialogo ma anche apertura mentale, desiderio di studiare e di confrontarsi mettendo in discussione prassi di lavoro ormai consolidate.

Conclusioni

La possibilità molto scarsa di potenziare i servizi in termini soprattutto di nuovo personale e anzi il progressivo invecchiamento e logoramento di questo rende questi cambiamenti particolarmente difficili se si accostano ad una rapida e "diversa" trasformazione sociale.

E' reale il rischio che i servizi sanitari non riescano nel futuro a seguire ma ancor meno ad anticipare le richieste preparandosi per tempo (divario da colmare fra progettazione e quotidianità).

Commenti

Dovrebbero essere seriamente valutate, potenziate e ove possibile replicate esperienze come quella del CSFS dove la motivazione al momento del "reclutamento" del personale viene tenuta come condizione preliminare, dove il lavoro di equipe, il coraggio di "rinnovarsi", la formazione continua fatta in gruppo, il clima informale di collaborazione tra tutti gli operatori (sanitari e non) costituiscono elementi di forza che consentono di affrontare le sfide di una richiesta che cambia e a cui prima ancora che dovere etico sarebbe una questione di efficienza offrire una risposta adeguata.

TITOLO ABSTRACT

Condizioni socio-assistenziali critiche nei bambini stranieri irregolari afferenti all'ambulatorio di Pediatria di comunità del Distretto di Modena

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Matteo Morandi
Ruolo istituzionale:	Specializzando di Igiene e Medicina preventiva
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica
Indirizzo:	Via Campi 287, 41125 Modena
Recapito telefonico:	059 2055476
E-mail:	mmorandi.med@gmail.com

ALTRI AUTORI

Alessandra Picchioni, Giulio Sighinolfi, Valentina Solfrini

TESTO

Introduzione del progetto

Nell'ultimo decennio, i bambini immigrati o nati in Italia da famiglie straniere sono in continuo aumento, sia per i ricongiungimenti familiari, sia per la maggiore natalità delle donne immigrate rispetto alle italiane. Questi bambini, se sono irregolari dal punto di vista giuridico, hanno un rischio aumentato di disagio e di malattie. Gli obiettivi di questo studio sono descrivere le patologie e il disagio sociale dei bambini di origine straniera venuti in contatto con l'ambulatorio di Pediatria di Comunità del Distretto di Modena.

Scopi e metodologia

Nel 2006 sono stati raccolti i dati sugli accessi all'ambulatorio per bambini stranieri del servizio di Pediatria di comunità, che in particolare ha la funzione di verificare lo stato vaccinale e prestare assistenza agli irregolari. Le informazioni sono state tratte dalle cartelle cartacee dell'archivio dell'ambulatorio. Sono state definite "significative" quelle cartelle in cui erano riportate condizioni patologiche o situazioni familiari e sociali particolarmente critiche.

Risultati

Su un totale di 672 cartelle, oltre il 15% erano significative. Nel 45% si trattava di patologie infettive (di cui tre quarti croniche, perlopiù epatite B e infezione tubercolare), nel 39% di patologie non infettive (di cui quattro quinti croniche, perlopiù deficit neurosensoriali e patologie ereditarie tra cui fenilchetonuria, osteogenesi imperfecta, celiachia, drepanocitosi, febbre mediterranea familiare, atresia delle vie biliari, deficit G6P-DH, tetralogia di Fallot ed altre cardiopatie) e nel restante 16% erano presenti gravi fattori di rischio legati a precarietà abitativa, socio-economica e affettiva.

Conclusioni

Questo studio nel 2006 evidenziava un'elevata proporzione di condizioni critiche tra i bambini stranieri irregolari venuti a contatto con l'ambulatorio di Pediatria di comunità del Distretto di Modena (circa 1 bambino su 6). Oltre la metà delle condizioni critiche erano attribuibili a patologie croniche gravi (infettive, ereditarie o deficit neurosensoriali). Già allora era quindi evidente una particolare fragilità sociale della popolazione pediatrica irregolare di origine straniera. Per garantire una reale fruibilità delle cure ai bambini di origine straniera, anche irregolari, è necessario uno stretto monitoraggio sull'accesso ai servizi sanitari.

TITOLO ABSTRACT

Costituire un Comitato etico aziendale per il rispetto delle differenze

AUTORE PRINCIPALE

Nome e Cognome:	Fulvia Signani
Ruolo istituzionale:	Presidente Comitati Pari Opportunità e Mobbing
Dipartimento e Servizio di appartenenza:	Staff Direzione Generale - AUSL di Ferrara
Indirizzo:	c/o Dip. di Sanità Pubblica, via F. Beretta 7, 440121 Ferrara
Recapito telefonico:	335 204207 - 0532 235360
E-mail:	f.signani@ausl.fe.it

ALTRI AUTORI:

Augusta Nicoli - Agenzia Sanitaria e Sociale regionale Emilia-Romagna

TESTO

Introduzione del progetto

I servizi sanitari universalistici sono alle prese con diverse sfide legate alla risposta di bisogni che si incrociano con diversità di vario genere. L'approccio "per target" (immigrati, anziani, bambini, donne, etc.) risulta ormai obsoleto, non soddisfacendo i bisogni multipli degli abitanti. L'efficacia delle prestazioni ed attenzione a questa tematica, richiedono ricerca ed applicazione quotidiana. Il Comitato rientra tra i dispositivi sollecitati dal progetto ASSRE-R 'La gestione delle differenze - Equasanità.

Scopi e metodologia

L'attenzione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali a conciliare le procedure e le standardizzazioni, con il rispetto delle necessità particolari, anche legate alla personalizzazione della cura, è un tema di stretta attualità, che richiede metodo di analisi e di applicazione e ricerca migliorativa continua.

Risultati

Buona parte delle micro-innovazioni introdotte spontaneamente dagli operatori, nell'intento di rispondere ai differenti bisogni, risulta non censita dai fautori stessi. Il Progetto di avviare un Comitato interno all'Azienda sanitaria per lavorare sul rispetto delle differenze, ha valore di un gruppo di studio facilmente connesso alla pratica quotidiana, attento ai risvolti gestionali e pratici delle differenze.

Conclusioni

Per il Comitato è stata rilevante la strategia di reclutamento dei componenti: persone che, già operative nell'attenzione e rispetto delle differenze, ricoprono ruoli nodali dell'organizzazione, in cui possono operare in modo incisivo. Per ora il gruppo di lavoro si è dato due obiettivi: rilevare dati utili a valorizzare le micro-azioni già attive; individuare nuove micro o macro-azioni da sperimentare ed osservare negli effetti concreti.

Indice degli autori

Aristei S. (Ausl di Bologna)	p. 82
Barbieri L. (Ausl di Bologna)	p. 31
Benvenuti C. (Ausl di Ferrara)	p. 70,112
Bertone M.A. (Ausl di Bologna)	p. 58
Bevolo P. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 84
Bonciani M. (Onlus Terranuova di Roma)	p. 85
Borziani A. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 113
Brunelli A. (Ausl di Cesena)	p. 114
Caccialupi M.G. (Ausl di Bologna)	p.53,87,88
Caselli B. (Ausl di Ferrara)	p. 48
Castiglioni A. (Ausl Valle d'Aosta)	p. 37
Cattacin S. (Università di Ginevra)	p. 10
Cerullo L. (Aosp di Reggio Emilia)	p. 27
Chiarenza A. (Azienda USL di Reggio Emilia)	p. 21
Choroma F. (Ausl di Parma)	p. 32
Ciotti G. (Ausl di Parma)	p. 89
Costa S. (Ausl di Bologna)	p. 116
Cotichelli G. (Università Politecnica delle Marche-Ancona)	p. 68
Curcetti C. (Regione Emilia-Romagna)	p. 62
Di Felice E. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 64
Dotti M. (Ausl di Modena)	p. 41,91
El Marouakhi A. (Comune di Reggio Emilia)	p. 93
Farini F. (Università di Modena e Reggio Emilia)	p. 95
Fiori F. (Associazione Ring14 di Reggio Emilia)	p. 77
Foracchia A. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 123
Fornari M. (Ausl di Parma)	p. 96
Frattini G. (Ausl di Parma)	p. 29
Fugazzaro S. (Aosp di Reggio Emilia)	p. 117
Fumagalli A.L. (Aosp di Como)	p. 98
Giono Calvetto S. (Ausl Valle d'Aosta)	p. 54
Giulietti M.P. (Policlinico di Modena)	p. 59
Glover J. (Equality&Diversity - NHS Lothian)	p. 20
Gradellini C. (Aosp di Reggio Emilia)	p. 100
Greco M. (Ausl di Ferrara)	p. 101
Grimaldi F. (Ulss n.13 di Venezia)	p. 34
Guberti E. (Ausl di Bologna)	p. 60
Ilari B. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 80
Kanellopulu S. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 76
Lesi G. (Ausl di Bologna)	p. 102,111
Luciani A. (Policlinico di Modena)	p. 56

Manghi M. (Aosp di Reggio Emilia)	p. 44
Mansdotter A. (Karolinska Institutet di Stoccolma)	p. 13
Mazzetti M. (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e Area Sanitaria Caritas Roma)	p. 15
McCallum A. (Public Health and Public Policy - NHS Lothian)	p. 11
Menchetti M. (Istituto di Psichiatria, Università di Bologna)	p. 55
Meregalli G. (Ospedale San Gerardo di Monza e volontario NAGA)	p. 17
Messori P. (Coordinamento Associazioni Disabili e Famiglie Provincia di Reggio Emilia)	p. 52
Monici L. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 24
Morandi M. (Ausl di Modena)	p. 124
Mori C. (Cooperativa Sociale Integra di Reggio Emilia)	p. 75
Morini M. (Ausl di Bologna)	p. 73
Mozzanica S. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 49
Nicoli M.A. (Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna)	p. 21
Novelli D. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 118
Pitisano C. (Aosp di Alessandria)	p. 103
Prandi L. (Cooperativa sociale Dimora d' Abramo)	p. 104
Ruffini L. (Aosp di Parma)	p. 105
Saccotelli M.G. (Ausl di Imola)	p. 46
Sarati M. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 69
Sateriale M.C. (Ausl di Ferrara)	p. 78
Sciolè G. (Asl 1 Liguria)	p. 119
Severi C. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 67
Signani F. (Ausl di Ferrara)	p. 43,125
Stuppini A. (Regione Emilia-Romagna)	p. 22
Tassinari C. (Ausl di Ferrara)	p. 39
Tedeschi C. (Aosp di Reggio Emilia)	p. 71
Trocini F. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 120
Valpiani D. (Ausl di Forlì)	p. 65
Vasari D. (Ausl di Reggio Emilia)	p. 107
Verdoliva C. (Comune di Reggio Emilia)	p. 35
Vezzani E. (Aosp di Reggio Emilia)	p. 109
Vezzani M. (Ausl di Modena)	p. 25
Villa L. (Asl di Novara)	p. 121
Ziglio E. (Ufficio Europeo dell'OMS di Venezia)	p. 12

