

PARTENARIATI Il toscano Ispo guida un progetto tra sette Paesi del Mediterraneo



Lotta senza confini al fumo

Giovani protagonisti: l'obiettivo è diffondere buone pratiche preventive

Per la prima volta un progetto di partenariato che vede coinvolti i Paesi dell'area del Mediterraneo studia le politiche di contrasto al fumo nei giovani. L'obiettivo del progetto, che vede come capofila per l'Italia un gruppo di ricercatori dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze, è quello di selezionare e diffondere buone pratiche per la prevenzione del consumo di tabacco negli adolescenti.

Quattro le aree di valutazione individuate dal progetto: campagne mediatiche anti-tabacco, etichettatura dei pacchetti di sigarette con immagini ad alto impatto emotivo, regolamenti scolastici di divieto di fumo, interventi per l'adozione di case e auto libere dal fumo. Le buone pratiche selezionate saranno diffuse in 6 Paesi del Mediterraneo, oltre l'Italia: Turchia, Egitto, Libano, Marocco, Tunisia e Kuwait. La diffusione avverrà tramite un report di raccolta delle buone pratiche prescelte dai ricercatori e l'organizzazione di un workshop finale a cui parteciperanno gli

addetti ai lavori dei Paesi coinvolti che si terrà nella primavera del 2015 presso il ministero della Salute. Una preziosa occasione di confronto su un tema di importante prevenzione primaria.

I ricercatori Ispo, che sono al lavoro dallo scorso gennaio, hanno ottenuto un finanziamento del ministero della Salute nell'ambito del Programma Euromed, che coinvolgerà una serie di operatori da tutto il Mediterraneo. Lo scopo di questo lavoro condiviso è anche quello di creare una rete di esperti del tabagismo nell'area del Mediterraneo, in modo da facilitare, nei prossimi anni, gli scambi su interventi e politiche messe in campo dai singoli Paesi. Il report del primo semestre dello studio è stato illustrato

nei giorni scorsi da Giuseppe Gorini, ricercatore Ispo ed esperto di tematiche legate al tabagismo, nel corso di un convegno organizzato a Roma dal ministero della Salute e che rientra tra le iniziative organizzate nell'ambito del semestre di Presidenza italiana dell'Unione europea.

Quattro le aree di valutazione scelte dai ricercatori



«L'avvio di questo progetto che ha beneficiato di un finanziamento del ministero della Salute - spiega Gianni Amunni, direttore generale di Ispo - rappresenta la conferma che i nostri ricercatori hanno ormai maturato una competenza riconosciuta anche a livello internazionale. La lotta al tabagismo è uno dei filoni principali nell'ambito della prevenzione primaria, che da sempre costituisce una delle principali attività del nostro Istituto». «Sono convinto - spiega Gorini - che uno dei punti di forza dello studio sia quello di permettere agli esperti di sviluppare più agevolmente interventi che non sono ancora stati adottati, facendo tesoro dell'esperienza degli altri».

L'allarmante primato delle ragazze italiane. Nei

Paesi che stanno partecipando allo studio ci sono 32,5 milioni di fumatori di sesso maschile, di cui la maggior parte proviene dalla Turchia, dall'Egitto e dall'Italia. Le fumatrici sono 10,7 milioni: la maggior parte di loro risiede in Italia, Turchia e Libano. Secondo l'inchiesta Global Youth Tobacco Surveys, l'Italia ha un primato decisamente negativo tutto al femminile: la prevalenza più alta di fumatrici è stata registrata dalle ragazze italiane (22%), seguite dai coetanei maschi del Kuwait (20%), Italia (19%) e Libano (18%).

Ambienti senza fumo. Secondo i dati del Rapporto Mpower, in tutti i Paesi partecipanti, a eccezione della Tunisia, è vietato fumare in strutture educative: in Kuwait, Tur-

chia, Marocco e Italia il divieto di fumare a scuola si estende alle aree esterne (cortili e parcheggi), mentre in Tunisia, Libano ed Egitto il divieto riguarda solo le aree indoor della scuola.

Etichettatura dei prodotti da tabacco. Secondo i dati Mpower, in Egitto, Turchia e Kuwait sono già stati introdotti pittogrammi di avvertenza nei pacchetti di sigarette, mentre il Libano e l'Italia hanno avvertenze sanitarie solo in formato testo di grandezza media, senza immagini che illustrano i danni da fumo e malattie fumo-correlate con testimonial. L'Italia ha introdotto nuove avvertenze di testo nel 2003 con gli altri Paesi della Comunità europea, ma sul fronte delle immagini, è in ritardo rispetto a Regno Unito, Irlanda, Belgio, Francia, Danimarca, Spagna e Romania.

Campagne mediatiche anti-tabacco. Le migliori campagne mediatiche - con almeno sette caratteristiche positive previste da Mpower - sono state sviluppate in Turchia, Tunisia, Kuwait ed Egitto. Le cam-

pagne mediatiche organizzate in Italia hanno solo due caratteristiche adeguate. Meglio, comunque, del Marocco che non ne ha mai fatta una. Nel Belpaese dal 2004 in poi sono andate in onda circa cinque campagne per un massimo di due mesi l'anno. I temi principali sono stati l'introduzione del divieto di fumo nel 2005 e la prevenzione tra i giovani.

Il controllo del tabacco è sotto-finanziato. Una caratteristica è condivisa da tutti i Paesi partecipanti al progetto: il controllo del tabagismo non è finanziato adeguatamente dai governi. A esempio, in Ita-

lia ogni anno vengono raccolti circa 14 miliardi di euro attraverso la tassazione delle vendite di tabacco, mentre solo 1,25 milioni di euro vengono spesi per lo svi-

luppo di misure di contrasto al tabagismo. In Egitto la situazione è ancora peggiore: ogni anno il Governo raccoglie circa 16 miliardi di dollari spendendo solo 30mila dollari per la prevenzione.

Maria Vittoria Giannotti
ufficio stampa Ispo

Vantaggi attesi dallo scambio di buone pratiche

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Ospedali promossi a pieni voti da Agenas e Cittadinanzattiva

Ospedali toscani promossi a pieni voti quanto a umanizzazione, con un punteggio superiore alla media nazionale. È quanto emerge dal Progetto nazionale "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", condotto da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) insieme alle Regioni e all'Agenzia di valutazione civica di Cittadinanzattiva. I risultati sono stati presentati pochi giorni fa a Roma.

A livello nazionale, erano coinvolti nel progetto 287 ospedali, la Toscana ha partecipato con 27 ospedali, di cui 21 pubblici e 6 privati. Il punteggio finale complessivo

è stato di 7,6, rispetto a una media nazionale di 6,5. Le voci prese in considerazione per la valutazione del grado di umanizzazione dell'assistenza ospedaliera erano ben 144, articolate in quattro gruppi: processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona; accessibilità fisica, vivibilità e comfort della struttura; accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza; cura della relazione e della comunicazione tra i professionisti e l'utente/paziente.

«Siamo molto contenti di questo ulteriore riconoscimento che ci viene da Agenas - è il commento dell'assessore al diritto alla Salute Luigi Marroni -. Il Programma

Nazionale Esiti aveva dato un'ottima valutazione sulla qualità delle nostre cure ospedaliere. Ora questa indagine, condotta in collaborazione con le associazioni dei cittadini, rivela che nei nostri ospedali c'è anche un buon livello di attenzione alla relazione con il paziente. Anche di questo, ringrazio tutti gli operatori della nostra sanità».

Le visite sono state effettuate in un arco di tempo che va dal novembre 2013 a metà febbraio 2014, dopo una specifica formazione delle équipe miste composte sia da professionisti che da cittadini. Sono state coinvolte 27 équipe aziendali e 36 associazioni di cittadini, per un totale di



circa 150 persone. Nell'allegato qui sotto, l'elenco delle strutture toscane, sia pubbliche che private, coinvolte nel progetto.

Agenzia Toscana Notizie

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

spetto a coloro che hanno libertà di scelta.

Il sistema sanitario di fronte alle "mancate traduzioni", cioè a visite mediche o prestazioni annullate per indisponibilità della scorta non può limitarsi a indicarla come una questione organizzativa di competenza dell'Amministrazione penitenziaria.

Alcuni dati sono impressionanti. Non solo i suicidi, ma soprattutto i tentati suicidi, ben 131 e i 5.595 atti di autolesionismo. Altrettanto indicativo di uno stato di sofferenza diffuso è il dato dei consumi di antidepressivi e ansiolitici. Viene confermato il quadro offerto dalla Agenzia regionale di Sanità che ha rilevato nel 2012 che solo il 27% dei detenuti toscani risulta sano.

Lo sforzo di investimenti deve essere accompagnato da scelte di contenuto. Ne elenco alcune: rendere effettiva la cartella sanitaria informatizzata; rafforzare progetti che garantiscano la continuità terapeutica all'uscita dal carcere; garantire le cure odontoiatriche e le protesi; favorire l'apertura di sportelli salute coinvolgendo detenuti con funzioni di "pari" per l'informazione sui servizi e sull'educazione all'uso dei farmaci e sull'opportunità dei test; predisporre una politica di riduzione del danno per i tossicodipendenti assicurando un trattamento metadonico a mantenimento per evitare il rischio di overdose all'uscita dal carcere; prevedere il diritto del detenuto a essere seguito dal medico di fiducia.

Una attenzione particolare merita il capitolo riguardante i tossicodipendenti che sono tanti in cifra assoluta e in percentuale; desta una certa perplessità la differenza tra la percentuale di detenuti in carico al Sert tra istituto e istituto, con punte macroscopiche tra il 4,43% di Pisa e il 42,86% di Empoli.

Anche i dati di invio di detenuti tossicodipendenti in comunità o in misura alternativa mostrano differenze stratosferiche e comunque cinquecento soggetti che avrebbero titolo restano in carcere. L'abbattimento del sovraffollamento e quindi dell'emergenza, può consentire un modello qualitativamente più alto.

* Garante dei diritti dei detenuti

Uno strumento che aiuta... (segue dalla prima pagina)

che ormai è una sua prassi abituale, la collaborazione con i professionisti, ha allora iniziato un percorso con i referenti aziendali per la salute in carcere: sia per la definizione degli indicatori da calcolare (quali le aree più critiche da monitorare? Quali i problemi di salute emergenti in contesto detentivo?), che per la costruzione di una metodologia il più possibile robusta, ma anche realisticamente applicabile per gli operatori della sanità penitenziaria.

Il risultato, costruito nel tempo e in continua evoluzione, è il nuovo sistema di valutazione. L'obiettivo è che questo innovativo strumento possa contribuire significativamente alla programmazione regionale in materia di sanità penitenziaria, evidenziando

do i margini di miglioramento su cui è necessario lavorare e integrandosi con il più ampio sistema di valutazione delle Aziende sanitarie. In una prospettiva che riconosce a pieno titolo gli Istituti penitenziari come presidi sanitari territoriali.

Di sicuro un primo, importante traguardo è già stato raggiunto: gli operatori della sanità penitenziaria, a lungo separati dal sistema sanitario regionale, hanno collaborato con sempre maggiore entusiasmo e convinzione alla definizione del sistema, accettando il confronto e dimostrando volentieri di contribuire al cambiamento.

* Direttore Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore S. Anna di Pisa