



LE DONNE

TRA FAMIGLIA E CARRIERA...

Perché le donne devono realizzare con difficoltà le proprie ambizioni?

Perché riescono ad avere un lavoro, ma non fanno carriera?

In questo numero ne parliamo con Concetta Pecoraro, direttore di distretto, oltre che moglie e madre.

In questo numero

----- Pagina 2 -----

Demenza e riabilitazione neuropsicologica

----- Pagina 3 -----

Donne e carriera: binomio difficile? Intervista a Concetta Pecoraro, Direttore Distretto 12

----- Pagina 4 -----

Intervista a Valerio Lo Schiavo, Direttore Distretto 11

----- Pagina 5 -----

Strutture e servizi del Distretto 11

----- Pagina 6 -----

Tossicodipendenti in trattamento

----- Page 7 e 8 -----

Tabagismo e patologie respiratorie.

VivaVoce è a cura della U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico. Dirigente Responsabile URP D.^{ssa} Fatima Mannino.

Redazione

D.^{ssa} Stefania Nastasi - coordinamento
Dott. Salvo Lo Cacciato
Dott. Rosario Celsa

Via G. Cusmano, 24 - Palermo
Tel. 091-7032071

e-mail vivavoce@ausl6palermo.org
pagina web www.ausl6palermo.org

A Gianni Allegra un affettuoso ringraziamento.

DEMENZA & RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA

di Giusi Mesi
Psicologo, Responsabile del
Centro di Psicogeriatrica e Riabilitazione Neuropsicologica

La demenza è una condizione clinica cronica e progressiva, caratterizzata dalla compromissione di più funzioni cognitive, senza alterazione dello stato di coscienza. Le funzioni coinvolte sono l'apprendimento e la memoria, il linguaggio, la capacità di risolvere i problemi, l'orientamento, la percezione, l'attenzione e la concentrazione, e nelle fasi più avanzate, la capacità critica e di giudizio. Inoltre, si associano sintomi relativi alla sfera della personalità, dell'affettività, dell'ideazione e del comportamento.

In Sicilia i malati di Alzheimer sono circa 50.000 di cui 12.000 soltanto nella provincia di Palermo. Tali dati sono peraltro in progress tenuto conto dell'aumento del numero degli anziani.

Gli interventi sanitari tradizionali offerti, a tale fascia di popolazione, sono pochi e spesso risentono di una scarsa integrazione sia tra le figure professionali dedicate sia tra le varie strutture, fornendo spesso una frammentazione delle risposte, insufficienti ai bisogni dei pazienti e delle loro famiglie, tenuto conto della multifattorialità e complessità di tale patologia.

Nel settembre del 2008 è stato istituito il Centro di Psicogeriatrica & Riabilitazione Neuropsicologica, prima struttura territoriale nella provincia di Palermo che si occupa di Riabilitazione Neuropsicologica.

Il Centro rappresenta la logica conseguenza di un lavoro integrato effettuato da circa dieci anni, in collaborazione con le U.V.A. (Unità di Valutazione Alzheimer) dell'A.U.S.L.6 e con le altre strutture di Neurologia del territorio, ed il luogo in cui potere accogliere la molteplicità dei bisogni sanitari del paziente e della famiglia.

Il Centro è sito all'interno del P.O. Enrico Albanese di via Papa Sergio I ed è aperto al pubblico dal lunedì al giovedì dalle ore 9 alle 13 ed il pomeriggio del lunedì dalle ore 15 alle 17 (telefono 091.7036650 /55 /41).

Il gruppo di lavoro del Centro è formato da:

Dott.ssa Giusi Mesi (Psicologo Responsabile del Centro);
Dott.ssa Patrizia Russo (Psicologo);
Dott.ssa Rosalba Barbera (Psicologo Volontario Esterno);
Dott.ssa Valentina Licata (Psicologo Volontario Esterno).

Alla struttura accedono prevalentemente pazienti inviati dalle U.V.A. (Unità di Valutazione Alzheimer), dai MMG (Medici di Medicina Generale) e dai neurologi di altre strutture. Il Centro accoglie altresì pazienti affetti da morbo di Parkinson, e da esiti di lesioni cerebrali.

Il percorso terapeutico riabilitativo, come è stato ampiamente dimostrato dall'attuale letteratura ma anche dalla nostra esperienza decennale, contribuisce, mediante l'attivazione cognitiva, a rallentare la progressione della malattia, minimizzare il rischio di effetti secondari come ansia e depressione ed elevati livelli di disabilità, migliorando la qualità di vita del paziente e della sua famiglia.

Modalità di intervento

Il Centro adotta un modello sanitario multi professionale e multimodale.

Si effettua, in collaborazione con il medico di riferimento, un progetto di intervento individualizzato che tenga conto delle capacità residue, della storia del paziente e del suo contesto familiare.

Tali interventi sono finalizzati al:

- Rallentamento del declino cognitivo
- Gestione dei comportamenti – problema
- Mantenimento delle funzioni residue

Tra le varie tecniche di attivazione cognitiva, ci avvaliamo prevalentemente del Memory Training che prevede una stimolazione delle varie aree cognitive (orientamento spazio – temporale, attenzione, memoria, linguaggio,

ragionamento astratto, abilità visuo – spaziali e di vita quotidiana) così da garantire, per quanto possibile, il mantenimento di un buon grado sia di autonomia che di autosufficienza del paziente.

Il Centro fornisce un'assistenza assidua e continuativa alla famiglia, seconda "vittima" di tale patologia, supportando e accompagnando i familiari durante l'intero percorso di malattia.

La maggior parte del carico della "cura" del paziente grava infatti sulla famiglia, circa l'80 – 90% dei pazienti vive a domicilio con i propri familiari. La salute e il benessere del "caregiver" (colui che si prende cura) diventano quindi l'elemento focale del trattamento del paziente affetto da demenza.

A tal fine si effettuano le seguenti attività:

interventi psicoeducazionali, di counseling individuale, talora di terapia familiare in senso stretto, gruppi informativi e di sostegno.

➤ **Gruppi Informativi:** tale attività di informazione – formazione, svolta, a cadenza mensile, dagli operatori sanitari (geriatra, psicologo, assistente sociale, ...), è finalizzata ad informare sugli aspetti rilevanti della malattia, sulle capacità effettive del paziente, sulla necessità di coinvolgerlo in tutte le attività del quotidiano, spiegando il comportamento da adottare di fronte ai numerosi sintomi che caratterizzano, in modo talvolta imprevedibile, il decorso della malattia.

➤ **Gruppi di Sostegno:** prevedono degli incontri a cadenza mensile durante i quali i familiari, alla presenza di un supervisore Psicologo, esprimono e condividono problemi, emozioni, sentimenti, difficoltà, ... legati all'assistenza del malato. Tali incontri sono finalizzati ad esaminare i vissuti che scaturiscono dall'assistenza del paziente, valutandoli in modo oggettivo e discutendoli; in tal modo si agevola un clima familiare più rilassato, che aiuta il paziente ad esprimere le sue capacità residue. L'esperienza effettuata ha dimostrato che i gruppi di sostegno, rappresentano lo spazio elettivo per i "caregivers".

➤ **Counseling individuale/familiare:** rappresenta una parte integrante del percorso terapeutico, tenuto conto che l'assistenza del malato grava prevalentemente sulla famiglia, sottoponendola ad alti costi emotivi. La modalità è analoga ai gruppi di sostegno sebbene viene meno l'assetto grupppale: il familiare infatti si relaziona personalmente allo Psicologo esprimendo sentimenti, difficoltà, problemi, ... che caratterizzano l'assistenza del proprio caro.

Riabilitazione Neuropsicologica

La riabilitazione neuropsicologica è rivolta ai pazienti affetti da esiti di malattie neurologiche (ictus, trauma cranico ecc.) e mira alla stimolazione delle funzioni cognitive residue e allo sviluppo di strategie di compensazione di funzioni compromesse, al fine di migliorare l'adattamento funzionale del paziente.

Alla base della riabilitazione neuropsicologica c'è il concetto di Plasticità Neurale. Il cervello sembra avere un'elevata tendenza al cambiamento e alla riorganizzazione, e tali caratteristiche giustificano perciò lo sviluppo e l'utilizzo clinico di tecniche di riabilitazione volte a migliorare la qualità della vita del paziente.

Anche in questo caso viene stilato un programma riabilitativo individualizzato, adatto per ottimizzare il recupero delle abilità cognitive danneggiate (attenzione, linguaggio, comunicazione verbale e non verbale, percezione, memoria, capacità visuo-spaziali, ragionamento e funzioni esecutive) e per facilitare le strategie che permettono di compensare i deficit e di migliorare la capacità di adattamento del paziente.

L'obiettivo finale della riabilitazione neuropsicologica di tali pazienti è favorire una maggiore autonomia ed integrazione psicosociale dell'individuo, finalizzato al reinserimento lavorativo e sociale.

Donne e carriera: un binomio difficile?

Intervista a Concetta Pecoraro, direttore del distretto 12

di Stefania Nastasi

Le donne in carriera si contano sulle dita della mano!

Ci chiediamo perché.

Perché una donna deve realizzare con difficoltà le sue ambizioni?

Perché ancora oggi per una donna è così difficile conciliare vita privata e lavoro?

Perché le donne riescono ad avere un lavoro, ma non fanno carriera?

Ne abbiamo parlato con Concetta Pecoraro (nella foto), Direttore del Distretto 12 della Ausl 6 di Palermo. Una mosca bianca.

Una donna, innanzitutto.

Con grande serenità ci esprime il suo parere.

“Oggi le donne hanno dimostrato di sapere effettuare praticamente tutte le professioni che svolgono gli uomini.

Dopo secoli di passività la donna si è misurata delineando la sua posizione; non più la donna che si occupa soltanto della famiglia, dei figli, della casa, ma una donna che studia, lavora, e continua a lavorare anche quando ha dei bambini.

In Italia, il posto delle donne nel mercato del lavoro, in generale, è sempre stato un posto difficile.

Siamo tra i paesi che hanno la più bassa percentuale di occupazione femminile d'Europa; nell'amministrazione

pubblica, in particolare, le pari opportunità sono un traguardo lontano nonostante siano cresciute le donne ai vertici negli ultimi anni.

È interessante attenzionare come in tutte le posizioni dirigenziali raggiungibili per concorso le donne sono ben posizionate rispetto agli uomini, mentre in caso di assegnazione di ruolo gli uomini dirigenti scelgono sempre uomini.

Secondo l'Osservatorio Donne nella P.A. le dirigenti di prima fascia si fermano al 15%”



Cosa bisogna fare, secondo Lei, per cambiare questa realtà lavorativa?

Ritengo che sarebbe fondamentale mettere le donne nelle condizioni di poter svolgere più serenamente il proprio lavoro aumentando le strutture per la prima infanzia che al momento sono poco numerose e mal distribuite sul territorio.

Pensa ci sia abbastanza alleanza tra le donne? C'è realmente gioco di squadra?

Nel mio distretto ritengo che ci sia abbastanza alleanza tra tutti, uomini e donne, e un buon gioco di squadra. Tutti noi lavoriamo per un unico obiettivo: l'amministrazione della spesa pubblica e l'attenzione al paziente.

Una “donna in carriera” è spesso anche moglie e madre. Sinceramente, è possibile conciliare privato e carriera? C'è un prezzo da pagare?

La tematica della conciliazione non interessa solo le donne, ma anche gli

uomini, e soprattutto non è una questione privata delle singole persone, ma è un problema sociale.

Conciliare vita professionale e privata è spesso un problema, soprattutto per le famiglie con figli molto piccoli. Per quanto riguarda la mia esperienza, ritengo di essere stata abbastanza fortunata,

sono stata supportata da mio marito e da tutti i miei familiari, ma rinunce e sacrifici ne ho fatti.....

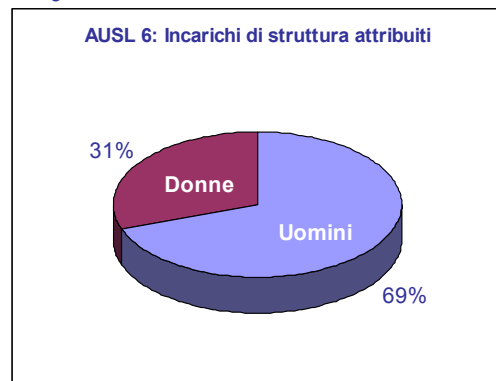
Ricordo i primi tempi quando facevo le guardie mediche in provincia, all'epoca lasciare tutta la notte la mia famiglia non era pesante solo fisicamente, ma anche psicologicamente. Posso dire che se non fosse stato per mio marito e per mia madre, che mi ha supportato tantissimo, non so se sarei mai arrivata fino a qui.

Qual è il segreto del suo successo lavorativo?

Cerco sempre di mettermi nei panni dei miei utenti. Chi si reca da noi ha in linea di massima un problema e noi cerchiamo di metterci a disposizione per risolverglielo. Ovviamente dico “noi” perché i miei risultati sono frutto di un gioco di squadra dove ognuno lavora sinergicamente con tutti gli altri.

Un momento della sua carriera che ricorda in particolare...

Ricordo spesso il mio primo giorno di guardia medica...fu un vero trauma. Ero appena arrivata e ricevetti una telefonata: un paziente si era sentito male. Quando arrivai non c'era niente da fare, era già spirato. Pensai: “cominciamo bene”. In quell'occasione mi aveva accompagnato mio marito, appassionato di statistica, che mi rincuorò dicendomi che per il calcolo delle probabilità non mi sarebbe più successo...e così fu...



Che consiglio darebbe a una giovane donna che vuole intraprendere incarichi di responsabilità

Le donne devono mirare ad acquisire sicurezza e valorizzare le proprie potenzialità.

Nella mia esperienza ho notato che le donne sono più inclini a credere che basti far bene il proprio lavoro per avere il giusto riconoscimento.

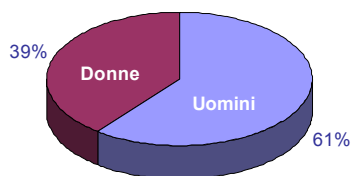
Bisogna invece proporsi ed essere più convinti di potere conciliare il lavoro con la famiglia. Bisogna essere tenaci e perseveranti, le donne possono cambiare il mondo. Il guaio è la mancanza di fiducia in noi stesse, ci facciamo sempre prevaricare. Dovremmo essere più solidali e non pensare che una donna senza un uomo non esiste.

Tabella :Dipendenti dell'Azienda USL 6 distinti per fascia, ruolo e sesso

DIRIGENZA						
Ruolo	Area	Uomini	%	Donne	%	Totale
AMMINISTRATIVO		27	82%	6	18%	33
PROFESSIONALE		15	79%	4	21%	19
SANITARIO	Medico	880	66%	460	34%	1340
	Non med.	67	28%	173	72%	240
TECNICO		10	53%	9	47%	19
Totale		999	61%	652	39%	1651

COMPARTO						
Ruolo	Uomini	%	Donne	%	Totale	
AMMINISTRATIVO	354	46%	418	54%	772	
PROFESSIONALE	1	100%	0	0%	1	
SANITARIO	840	44%	1049	56%	1889	
TECNICO	592	65%	325	35%	917	
Totale		1787	50%	1792	50%	3579

Uomini e Donne A.USL6:Dirigenza



Quattro chiacchiere con Valerio Lo Schiavo, nuovo Direttore del Distretto 11

di Stefania Nastasi e Rosario Celsa



“Ho trovato un clima accogliente ed armonioso che mi sta permettendo di iniziare a lavorare piacevolmente “

Dott. Lo Schiavo, ci racconta un po' la storia della sua carriera?

Inizio la mia carriera professionale come Medico scolastico e subito dopo ho avuto un incarico al servizio di medicina dello sport. In seguito arrivano gli incarichi dirigenziali all'Azienda U.S.L. In un primo tempo ho diretto il distretto n°8 di Carini ed in seguito ad interim anche il distretto n° 7 di Partitico, e devo dire che questo periodo lo ricordo sempre con grande piacere e gioia perché mi ha permesso di formarmi sia umanamente che professionalmente. Dopo Partitico ho diretto il distretto 13 di Palermo, il più esteso della U.S.L.6, ed anche questi sono stati degli anni che considero molto importanti per la mia carriera. Posso dire che mi hanno dato la possibilità di relazionarmi con varie realtà.

Un suo iniziale commento sul distretto 11..

Oggi mi trovo a dirigere il distretto n° 11 che è uno tra i più vasti territorialmente, con problematiche disparate. Per me è una realtà nuova perché oltre il territorio palermitano, abbraccia alcuni comuni in provincia, con problematiche diverse. Tra i colleghi ho trovato un clima accogliente ed armonioso che mi sta permettendo di iniziare a lavorare piacevolmente.

Quali interventi vuole adottare? quali progetti?

1) Maggiore integrazione ospedale – territorio; 2) collaborazione con i Medici di Medicina Generale e P.L.S. 3) attivazione, all'interno degli ambulatori, delle specializzazioni così da decongestionare gli ospedali e fare risparmiare economicamente l'Azienda, rendendo una maggiore offerta agli utenti.

Le manca il distretto 13?

Dal punto di vista umano è inevitabile che mi mancano le persone che hanno costituito la mia equipe lavorativa per 5 anni. La definisco una equipe molto affiatata con la quale ho intrapreso progetti, alcuni dei quali portati a termine e che

hanno costituito un aspetto importante anche a livello aziendale. Altri in via di definizione, e auguro al mio successore di portarli a compimento perché rappresentano un momento di crescita per l'intera azienda.

Distretto 11 e distretto 13: somiglianze o differenze?

Tutti i distretti, facendo parte della stessa azienda, hanno dei punti in comune, come per esempio i Poliambulatori. La differenza tra i due consiste nell'ampiezza territoriale, e nello specifico il distretto 11, oltre ad abbracciare una vasta area dell'area metropolitana palermitana al suo interno comprende anche 5 comuni con caratteristiche diverse, come è facile intuire.

Se dovesse definirsi..... quali parole userebbe?

Mi sforzo di comprendere i bisogni della gente, cercando di dare il meglio. Ho capacità di mediazione.

Quali devono essere i valori di un manager?

Un manager deve saper fare scelte talvolta impopolari se finalizzate ad una maggiore funzionalità della struttura pubblica e al bene comune. L'interesse collettivo risulta sempre essere prioritario rispetto agli interessi individuali.



Distretto 11: Ingresso del Poliambulatorio Biondo

Distretto 11

Quartieri: Altarello, Boccadifalco, Cuba-Calatafimi, Mezzomonreale, Zisa

Comuni: Altofonte, Belmonte Mezzagno, Monreale, Piana degli Albanesi, S. Cristina Gela

STRUTTURE	INDIRIZZO	TELEFONO
Punto Informativo Ufficio Relazioni con il Pubblico – URP	Via G. La Loggia, 5	091-7033263
Punto Informativo Ufficio Relazioni con il Pubblico – URP	C. ^{so} Calatafimi, 1002 presso P.O. Ingrassia	091-7033611
Unità Operativa Assistenza Sanitaria di Base		
Gestione delle convenzioni dei medici di medicina generale e pediatria	Via Pindemonte, 88	091-7033250
Anagrafe Assistiti	Via G. La Loggia, 5	091-7033262/73
Servizio di Continuità Assistenziale		
Guardia Medica di Palermo <i>Porrizzi</i>	C. ^{so} Calatafimi, 1002 presso P.O. Ingrassia	091-7033644
Guardia Medica di Altofonte	Via Cavour, 39	091-437203
Guardia Medica di Belmonte Mezzagno	Via A. De Gasperi, 47	091-8729037
Guardia Medica di Grisi	Via Firenze, 6	091-8785158
Guardia Medica di Monreale	Contrada Cirba	091-6404310
Guardia Medica di Piana degli Albanesi	Via Martiri Portella delle Ginestre, 24	091-8571081
Guardia Medica di Pioppo	Via Provinciale, 193	091-419222
Guardia Medica di S. Martino delle Scale	P. ^{zza} P. Platani, 6	091-418884
Guardia Medica Turistica di S. Martino delle Scale	P. ^{zza} P. Platani, 6	091-418884
Esenzione Ticket		
Poliambulatorio <i>Biondo</i>	Via G. La Loggia, 5	091-7033214
Altofonte	Via Cavour, 34	091-437203
Belmonte Mezzagno	Via A. De Gasperi, 47	091-8729037
Monreale	C. ^{da} Cirba	091-6404310
Piana degli Albanesi (<i>anche per i residenti a S. Cristina Gela</i>)	Via G. Kastriota, 97	091-8571081
Assistenza all'Estero	Via Pindemonte, 88	091-7033247
Assistenza Indiretta	Via G. La Loggia, 5	091-7033131/3419
Autorizzazione Farmaci e Piani Terapeutici	Via G. La Loggia, 5	091-7033391
Unità Operativa Assistenza Specialistica Ambulatoriale, Interna ed Esterna		
Poliambulatorio <i>Biondo</i>	Via G. La Loggia, 5	091-7033270/3407
Prenotazioni Visite Specialistiche (<i>da Lunedì a Venerdì 11:00-13:00</i>)	Via G. La Loggia, 5	091-7033284
Cassa riscossione Ticket	Via G. La Loggia, 5	091-7033266
Poliambulatorio di Monreale	C. ^{da} Cirba	091-6401875
Prenotazioni Visite Specialistiche (<i>da Lunedì a Venerdì 11:00-13:00</i>)		091-6401875
Gestione e controllo delle visite specialistiche, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio delle strutture a gestione diretta e convenzionata	Via Pindemonte, 88	091-7033200
Unità Operativa Medicina Legale e Fiscale		
Certificazioni medico-legali	Via G. La Loggia, 5	091-7033331
Medicina fiscale	Via G. La Loggia, 5	091-7033209
Rinnovo patenti	Via G. La Loggia, 5	091-7033350/31
	Via Venero, 122 - Monreale	091-6404447
	Via G. La Loggia, 5	091-7033016
Unità Operativa Unità di Valutazione Geriatrica e Assistenza Domiciliare Integrata – UVG e ADI	Via Pindemonte, 88	091-7033248
Unità Operativa RSA Geriatrica 1 specializzata in Demenze Senili – Alzheimer	Via G. La Loggia, 5	091-7033180/3327
Unità Operativa RSA Geriatrica 2 specializzata in sindrome da immobilizzazione	Via G. La Loggia, 5	091-7033295
Unità Operativa Territoriale di Medicina Fisica e Riabilitazione e Riabilitazione Domiciliare		
Ufficio Handicap	Via Pindemonte, 88	091-7033093
Autorizzazione ed Erogazione Protesi	Via G. La Loggia, 5	091-7033271/4
Autorizzazione ed Erogazione Presidi e Ausili	Via G. La Loggia, 5	091-7033214/65
Alimenti per celiaci	Via G. La Loggia, 5	091-7033214
Autorizzazione ed Erogazione di Protesi, Presidi e Ausili		
Altofonte	Via Cavour, 39	091-437203
Belmonte Mezzagno	Via A. De Gasperi, 47	091-8729037
Monreale	C. ^{da} Cirba	091-6404310
Piana degli Albanesi (<i>anche per i residenti a S. Cristina Gela</i>)	Via G. Kastriota, 97	091-8571081
Unità Operativa Tutela della Salute e dell'Infanzia, della Donna e della Famiglia		
Consultorio Familiare <i>Boccadifalco</i>	Piazza Micca, 27	091-6684608/4171
Consultorio Familiare <i>Danisinni</i>	Piazza Danisinni	091-6520644
Consultorio Familiare <i>Pietratagliata</i>	Via Pietratagliata, 50	091-599439
Consultorio Familiare di Monreale	Via Venero, 212	091-6402767
Consultorio Familiare di Piana degli Albanesi	Via Kastriota, 219	091-8574330
Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile–NPI	Via G. La Loggia, 5	091-7033213
Unità Operativa Servizio Tossicodipendenze–SERT	Via Pindemonte, 87	091-7033120
Unità Operativa Farmacia	Via Pindemonte, 88	091-7033268
Unità Operativa Educazione alla Salute–UOESD	Via Pindemonte, 88	091-7033815
Unità Operativa di Psicologia	Via G. La Loggia, 5	091-7033418
Modulo Dipartimentale di Salute Mentale - DSM 2		
Centro di Salute Mentale (CSM)	Via G. La Loggia, 5	091-7033354/3409
Comunità Terapeutica Assisitita (CTA) 2A	Via G. La Loggia, 5	091-7033223/4/5
Comunità Terapeutica Assisitita (CTA) 2B	Via G. La Loggia, 5	091-7033316/7
Comunità Terapeutica Assisitita (CTA) 2C	Via G. La Loggia, 5	091-7033154/5
Centro Diurno (CD)	Via C. ^{lo} Onorato, 6	091-7033853/7
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e Day Hospital	C. ^{so} Calatafimi, 1002 presso P.O. Ingrassia	091-7033655/47
Unità Operativa di Prevenzione	Via C.lo Onorato, 6	091-7033528
Centro di Vaccinazione <i>Boccadifalco</i>	Piazza Micca	091-6680833
Centro di Vaccinazione <i>Pietratagliata</i>	Via Pietratagliata, 50	091-423768
Centro di Vaccinazione di Altofonte	Via Cavour, 39	091-437203
Centro di Vaccinazione di Belmonte Mezzagno	Via Alcide De Gasperi, 51	091-8729037
Centro di Vaccinazione di Grisi	Via Firenze, 6	091-8785158
Centro di Vaccinazione di Monreale	C. ^{da} Cirba	091-6401730
Centro di Vaccinazione di Piana degli Albanesi (<i>anche per i residenti a S. Cristina Gela</i>)	Via G. Kastriota, 97	091-8571081
Unità Operativa di Prevenzione Veterinaria - Palermo Area Urbana	Via C. ^{lo} Onorato, 6	091-7033849
- Palermo Area Extraurbana	Via Pindemonte, 88	091-7033186
Unità Operativa Amministrativa		
Formazione e integrazione scolastica dei soggetti disabili adulti	Via C. ^{lo} Onorato, 6	091-7033522
Poliambulatorio di <i>Emergency</i>	Via G. La Loggia, 5	091-6529498

Mutamenti nello scenario delle tossicodipendenze: utenti presso i Ser.T. nell'anno 2008

di Amedeo Casiglia

Psicologo, Resp.^{le} Osservatorio Provinciale per le Dipendenze Patologiche



La tossicodipendenza è un fenomeno in continuo cambiamento che negli ultimi anni ha assunto forme diverse, alcune delle quali spesso "normalizzate" all'interno del sistema sociale. Un'adeguata politica dei servizi deve pertanto fare riferimento ad una costante rilevazione delle informazioni relative ai fenomeni legati alle dipendenze patologiche. Il sistema organizzativo messo in atto dal Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL n° 6 comprende, oltre alle 6 Unità Operative Ser.T dislocate in provincia e alle 5 residenti nel territorio cittadino, alcuni specifici progetti finalizzati a specifiche attività. Tra questi l'Osservatorio provinciale per le dipendenze patologiche. L'obiettivo prioritario di questo progetto riguarda la rilevazione e l'elaborazione delle informazioni relative alle dipendenze patologiche.

Le 11 UU. OO. SERT dell'Azienda USL n° 6 di Palermo nel 2008 hanno preso in carico complessivamente n° 2504 utenti. Così come negli anni passati, vi è una considerevole differenza tra i 5 SERT cittadini ed i 6 SERT di provincia: nei primi accede il 69,6% dell'utenza mentre nei secondi il 30,4%. Occorre considerare che la sola U.O. del Distretto Sanitario di Partinico ha in carico il 13,4% dell'utenza totale, paragonabile al 44% dell'utenza in carico ai SERT della provincia. L'U.O. PA 14 ha in carico la maggiore percentuale d'utenza, pari al 23,7% sull'utenza totale. Dal 2006 vi è un aumento progressivo dell'utenza in carico: da 2376 nel 2006 a 2504 nel 2008.



Grafico 1–Andamento temporale utenza complessiva–valori assoluti.

Sull'intera popolazione tossicodipendente che affrisce ai servizi, un utente su cinque è un nuovo ingresso mentre in provincia, la proporzione è di un utente su quattro. Tali proporzioni aumentano considerevolmente per le UU. OO. di Bagheria, Corleone e Lercara Friddi (mediamente un nuovo utente su due). Delle UU. OO. cittadine, solo PA12 presenta una proporzione analoga a quella rilevata nelle UU. OO. provinciali, mentre alle UU. OO. di PA10 e di Partinico solo un utente su dieci è un nuovo ingresso.

L'utenza, confermando il trend degli anni passati, continua ad essere prevalentemente maschile (93%). Tale percentuale diminuisce, aumentando la percentuale relativa alla presenze delle donne, nelle UU. OO. di Cefalù (90%), Corleone (88,6%) e PA13 (86%).

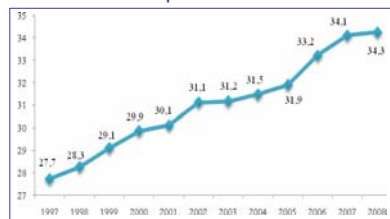


Grafico 2–Andamento temporale età media dell'utenza complessiva.

A questo proposito, occorre evidenziare che gli utenti con più di 39 anni, dal 2005 al 2008 sono quasi raddoppiati (dal 15,3% del 2005 al 28,5% del 2008). Per quel che concerne la sostanza primaria, l'utenza è prevalentemente eroinomane (78,5%). Il 10,8% utilizza cocaina e il 5,2% cannabinoidi. Il restante 5,4% utilizza altre sostanze che, individualmente, presentano percentuali modeste.

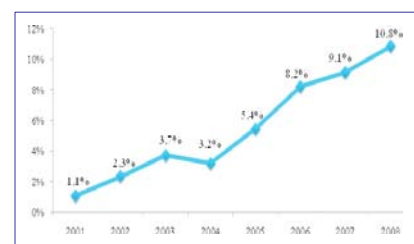
Per quanto riguarda gli utenti che utilizzano eroina, l'andamento temporale indica che dal 2005 al 2008 vi è una evidente diminuzione di ben 7,5 punti percentuali (dal 86% al 78,5%). Tale diminuzione è molto più evidente nelle UU. OO. SERT cittadine (dal 87,1% del 2007 al 79,6% nel 2008) piuttosto che in provincia, dove le oscillazioni percentuali sono minime.



Grafico 3 – Andamento temporale sostanza primaria Eroina: distribuzione percentuale dell'utenza complessiva.

Viceversa, la percentuale di utenti che utilizzano cocaina aumenta progressivamente dal 2004 (3,2%) al 2008 (10,8%). In questo caso, le UU. OO. cittadine registrano, rispetto al passato, un considerevole aumento (dal 5,4% del 2005 al 12% del 2008), mentre in provincia, rispetto al 2007 si rileva un'inflessione di circa il 2,5%.

Grafico 4 – Andamento temporale sostanza primaria Cocaina: distribuzione percentuale dell'utenza complessiva.



Le UU. OO. di PA11 e Bagheria presentano

un'utenza diversificata rispetto all'uso della sostanza primaria: PA 11 registra un considerevole numero di soggetti che afferiscono per cocaina (28,8%) mentre a Bagheria, la percentuale di utenti che utilizzano cocaina è del 19,4%, e coloro che usano cannabinoidi è del 21,7%.



Grafico 5 – Andamento temporale sostanza secondaria Cannabinoidi: distribuzione percentuale dell'utenza complessiva.

Per quanto riguarda la sostanza secondaria, i cannabinoidi sono i più utilizzati (32,9%) seguiti dalla cocaina (27,4%). Occorre evidenziare che, mentre per la prima sostanza si osserva un trend negativo (dal 42,1% al 32,9%) nell'arco temporale 2005-2008, la cocaina, per lo stesso arco temporale, aumenta dal 17,5% al 27,4%.



Grafico 6 – Andamento temporale sostanza secondaria Cocaina: distribuzione percentuale dell'utenza complessiva.

Conclusioni

Dai dati presentati, emerge un progressivo aumento dell'utenza in carico alle UU. OO. SERT. Occorre specificare che vi sono delle sostanziali differenze che, anno dopo anno, definiscono sempre più due considerevoli aspetti:

- le persone che accedono ai servizi territoriali utilizzano prioritariamente l'eroina ma coloro che usano cocaina, sia come sostanza primaria che secondaria, aumentano considerevolmente di anno in anno.
- L'età degli utenti aumenta di anno in anno. Ciò potrebbe far presupporre ad una cronicizzazione dei trattamenti.

Per un maggiore approfondimento si invita il lettore a consultare il sito www.osservatoriodipendenze.it

Tabagismo e patologie respiratorie: un problema allarmante. Cosa fare?

di Vincenzo Di Pietro
Pneumologo, Centro Antifumo



Le malattie dell'apparato respiratorio, attualmente, rappresentano un grave problema di salute pubblica, a causa della loro elevata incidenza, prevalenza, morbilità e mortalità nella popolazione generale, nonché per gli elevati costi sociali e sanitari che esse comportano.

Le previsioni future purtroppo, non sono rosee, infatti, l'organizzazione mondiale

della sanità prevede che le malattie polmonari saranno la terza causa di morte entro il 2020 e per tale motivo le ha inserite tra le priorità che la ricerca medica deve affrontare nei prossimi anni, unitamente alle malattie cardio-vascolari, ai tumori ed al diabete.

Anche in Italia, le malattie respiratorie croniche sono in continuo aumento ed i dati epidemiologici parlano chiaro: le malattie respiratorie affliggono quasi 10 milioni di persone e provocano più di 80000 morti ogni anno.

Tra le malattie croniche respiratorie, quelle allergiche, rinite ed asma bronchiale in particolare, sono tra le più diffuse: ne soffre tra l'8 ed il 25% della popolazione mondiale.

Secondo gli ultimi dati epidemiologici, otto asmatici su dieci soffrono di rinite allergica ed i pazienti con rinite allergica e non, hanno un maggior rischio di sviluppare asma.

Questi dati rivelano gli stretti legami tra le due malattie e ciò avvalorata il concetto di "ONE AIRWAY ONE DISEASE".

Asma e rinite possono, infatti, essere considerate espressione di un'unica malattia infiammatoria cronica delle alte e basse vie respiratorie con meccanismi fisiopatologici comuni.

La broncopatia cronica ostruttiva è anch'essa una delle principali cause di morbilità, mortalità e invalidità, con un notevole impatto sui costi sanitari e sociali. E' una malattia sottostimata, sotto diagnosticata e, quindi, sottotrattata, la cui prevalenza è in costante aumento sia nei paesi industrializzati che nei paesi in via di sviluppo.

I casi di BPCO diagnosticati ed adeguatamente trattati sono meno del 50% di quelli stimati dagli studi epidemiologici, in quanto, i pazienti per lo più fumatori, attribuiscono i sintomi al fumo e pertanto non consultano il medico con conseguente ritardo nella diagnosi.

In poche parole, questi soggetti si rivolgono al medico tardivamente, in pratica quando compare la dispnea, cioè quella sensazione soggettiva di difficoltà respiratoria, ma questo sintomo cardine della patologia respiratoria, nei pazienti con broncopatia cronica ostruttiva, compare solo se si è instaurato un notevole deterioramento della funzionalità respiratoria (FEV1 < del 50%) e la malattia quindi è progredita negli stadi medio-gravi e le possibilità di arrestarla si riducono.

Un altro aspetto preoccupante di questa patologia è che vi è un'insufficiente sensibilizzazione della classe medica e della popolazione.

Il cancro del polmone, è la principale causa di morte per tumore nei paesi sviluppati e questo "big killer" è anch'esso in continua ascesa, e se nel 1990 occupava il decimo posto tra tutte le cause di mortalità nella popolazione mondiale, nel 2020 secondo gli esperti, esso si attesterà al terzo posto tra tutte le cause di morte.

Il tumore del polmone, tra tutte le neoplasie, è quella più aggressiva, con una prognosi infausta, e una sopravvivenza a cinque anni soltanto per il 10% dei pazienti.

Tra cancro del polmone e fumo di tabacco c'è una stretta correlazione e ciò su cui tutti siamo chiamati a riflettere è che, se non vi fosse il fumo di sigaretta, il carcinoma del polmone diventerebbe una neoplasia rara.

Se il fumo di sigaretta rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di una crisi di asma, esso, assieme all'inquinamento ambientale che scaturisce dai cicli industriali e dalle emissioni degli scarichi delle automobili negli agglomerati urbani, rappresenta la principale causa della broncopatia cronica ostruttiva e del carcinoma polmonare.

Infatti, il tabagismo, è considerato dall'OMS a tutti gli effetti come una vera e propria malattia ed il principale fattore di rischio per lo sviluppo di numerose malattie neoplastiche e non.

Il tabagismo è un problema di grosse dimensioni, infatti nel mondo vi sarebbero, 1.200 milioni di fumatori (1/3 della popolazione di età >15 anni dei paesi industrializzati) e 4,9 milioni di essi, muoiono ogni anno a causa del fumo di tabacco e secondo le proiezioni degli esperti, nel 2020, le morti saliranno a 10 milioni /anno. L'abitudine al fumo è in aumento, nella popolazione femminile, tra gli adolescenti e nei Paesi in via di sviluppo.

In Italia, secondo l'osservatorio fumo, alcool e droga ISS-indagine doxa 2007, la situazione è la seguente:

11,8 milioni di fumatori (23,5 % della popolazione)
6,8 milioni maschi (27,9%)
5,0 milioni femmine (19,3 %)

Il tabagismo è una malattia perché oltre ad essere causa riconosciuta di numerose patologie, induce dipendenza a causa della presenza di nicotina nel fumo di sigaretta e tra tutte le dipendenze da sostanze di abuso, la dipendenza da nicotina occupa il primo posto, seguita da quella dell'eroina, della cocaina e dell'alcool.

La dipendenza da nicotina ha un substrato neurofisiologico ben definito.

Dopo ogni tirata, la nicotina una volta inalata, raggiunge rapidamente nel giro di 7-10 sec il cervello, ove si lega ai recettori nicotinici e questo legame, determina una serie di effetti "psicoattivi", quali il miglioramento del tono dell'umore, della capacità di concentrazione, dell'attenzione e della performance psicomotoria. Contemporaneamente provoca piacere, benessere, euforia, rilassamento, diminuzione dell'ansia.



Questi effetti gratificanti, provocano il "rinforzo comportamentale" che spinge il fumatore a ripetere l'esperienza.

Analogamente, alcuni stimoli condizionati, quali quelli ambientali (TV, telefono, risveglio, sigaretta offerta dagli altri), sociali (es.: giocare a carte), psicologici (ansia, rabbia, stress) e gustativi (caffè), possono indurre il craving (cioè il desiderio incontrollabile di fumare) che assieme all'astinenza è

responsabile della ricaduta durante i tentativi di smettere.

Il mondo scientifico è ormai in grado di spiegare come il fumo, sia attivo che passivo, causi danni all'organismo, tuttavia non si riesce a capire perché i fumatori, nonostante questa consapevolezza, continuano a fumare.

La risposta è che la sigaretta provoca come si è detto, dipendenza e questa costituisce un duro ostacolo ai tentativi di smettere di fumare.

Lo scorso settembre, la nostra equipe, ha presentato a Berlino, in occasione dell'annual ERS congress, uno studio che ha riscosso gli apprezzamenti della comunità scientifica, in cui si è dimostrato che non è tanto la motivazione, cioè la volontà a smettere di fumare (che può ad es. essere misurata con il "test di mondor") che determina il successo della cessazione, bensì il grado di dipendenza del fumatore che vuole smettere di fumare, nel senso che più bassa è la dipendenza misurata con il "test di Fagerstrom", più facilmente il fumatore riuscirà a smettere di fumare a parità di motivazione.

Il fumo di sigaretta oltre ad accorciare di parecchi anni la sopravvivenza di un individuo, e a comprometterne la qualità della vita, ha dei risvolti socio- economici di cui le istituzioni e la comunità scientifica devono tenere conto, attraverso la realizzazione di interventi soprattutto di prevenzione primaria.

In quest'ottica, un ruolo fondamentale hanno i Centri antifumo per la prevenzione ed il trattamento del tabagismo.

Il nostro centro antifumo, ubicato presso la U.O. di Pneumologia (adesso U.O.C. di Geriatria e Pneumologia) del P.O. Ingrassia, è nato nell'aprile del 2001, ed attualmente ha una equipe composta da uno pneumologo (il sottoscritto) e da un infermiere professionale (sig. Giovanni Tamajo). Dell'equipe faceva parte inizialmente una psicologa, la dottoressa G. Guastalla, che attualmente non collabora più con il centro.

Al centro si accede mediante prenotazione telefonica al 091-7033777 tutti i mercoledì e con impegnativa del medico curante.

Tutti i fumatori, vengono sottoposti inizialmente ad uno screening clinico-diagnostico, comprendente l'esame clinico, la spirometria di base ed eventualmente dopo broncodinamico, la misurazione del monossido di carbonio nell'aria espirata, la misurazione del grado di dipendenza e della volontà a smettere e qualora fosse necessario, ad altri esami in regime di DH.

Alla terapia farmacologica (sostituti della nicotina, bupropione, vareniclina) è stato associato un intervento di supporto psicologico cognitivo-comportamentale individuale ed un counselling telefonico.

Statistica "centro antifumo"

(aprile 2001 – dicembre 2006)

Fumatori	239	
Uomini	126	52,72 %
Donne	113	47,28 %
Eta' media	46 anni	

Follow-up a 4 anni

Hanno smesso	38	15,9 % (*)
Hanno ridotto il numero di sigarette	66	27,6%
Insuccessi	135	56,5%

* counseling individuale + psicoterapia

Per finire, l'OMS ha ribadito il ruolo centrale della legge internazionale per prevenire malattie e promuovere salute. Sotto questo profilo va detto che l'Italia si è meritata recentemente le lodi OMS per aver applicato un efficace bando delle sigarette. Ma al di là degli orgogli nazionalisti, il problema è globale e va affrontato nelle sedi più opportune.



Ad es nell'ottica della prevenzione, la WHO frame work convention ha creato MPOWER, un pacchetto contenente le sei principali mosse da attuare in chiave anti-fumo: aumentare tasse e prezzi, abolire le pubblicità e le sponsorizzazioni, proteggere dalle informazioni sui rischi da fumo,

offrire un supporto a chi vuole smettere e monitorare le politiche di prevenzione che eviteranno che i giovani comincino a fumare, aiuteranno chi fuma a smettere e proteggeranno i non fumatori dal fumo passivo.

Infine, vorrei ricordare che il Consiglio dei ministri, nella seduta del 27 marzo 2009, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, ha approvato la direttiva del Presidente del Consiglio per l'indizione nel 2009 dell'anno del respiro.

Questo importante riconoscimento governativo rappresenta una grande opportunità per la pneumologia italiana, per i pazienti con patologia respiratoria, per le istituzioni e deve agire da stimolo all'organizzazione di attività a livello locale per dare risalto e visibilità alla comunità pneumologia nazionale e nello stesso tempo deve fare riflettere sull'opportunità di attuare una politica di potenziamento dei reparti di pneumologia.

Test di Fagerstrom

1) Quanto tempo dopo il risveglio accende la sigaretta?	
entro 5 minuti	3 punti
6 – 30 minuti	2 punti
31 – 60 minuti	1 punto
dopo 60 minuti	0 punti

2) Trova difficile astenersi dal fumare in luoghi dove e' vietato?	
Si	1 punto
No	0 punti

3) Quale tra tutte le sigarette che fuma in un giorno trova più gratificante?	
La prima del mattino	1 punto
Qualsiasi	0 punti

4) Quante sigarette fuma in un giorno ?	
0-10	0 punti
11-20	1 punto
21-30	2 punti
> 30	3 punti

5) Fuma con maggiore frequenza nelle prime ore del giorno che nel resto della giornata?	
Si	1 punto
No	0 punti

6) Fuma anche se e' tanto ammalato da rimanere a letto tutto il giorno ?	
Si	1 punto
No	0 punti

Punteggio	Gradi di dipendenza
da 0 a 2	molto basso
da 3 a 4	basso
da 5 a 6	medio – alto
da 7 a 8	alto
da 9 a 10	molto alto

Test dell' Hospital Mondor di Parigi

(punti per 'SI')

Voglio smettere di fumare	2
Ho già smesso almeno una volta per una settimana	1
Attualmente non ho problemi sul lavoro	1
Attualmente non ho problemi sul piano familiare	1
Mi sento schiavo del fumo e mi voglio liberare	2
Pratico/ho intenzione di praticare sport	1
Voglio raggiungere una forma fisica migliore	1
Voglio curare di più il mio aspetto	1
Sono/mia moglie è incinta	1
Ho bambini piccoli	2
Attualmente sono di buonumore	2
Di solito porto a termine ciò che intraprendo	1
Sono di temperamento calmo e disteso	1
Il mio peso è abitualmente stabile	1
Voglio migliorare la qualità della mia vita	2

Punteggio	Possibilità di successo
> 16	Ottime
da 12 a 16	Buone
da 6 a 12	Discrete
< 6	Non è il momento migliore