

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 47
anno XV del 18-24 dicembre 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

La diagnostica organizzata atto prioritario

Gianni Amunni *

Gli screening organizzati (per i tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon retto) sono strumenti riconosciuti di miglioramento della prognosi e di riduzione delle differenze per censo, nella mortalità per alcune neoplasie.

Gli interventi di prevenzione oncologica sono quindi azioni prioritarie del Servizio sanitario regionale e devono essere garantiti come livelli essenziali di assistenza, specie in periodi di crisi, in cui da più parti si mette in discussione il valore universale del servizio pubblico.

Gli screening oncologici sono, e devono continuare a essere, azioni coordinate di Sanità pubblica con forte attenzione ai valori dell'appropriatezza e dell'innovazione tecnologica e organizzativa.

La Regione Toscana ha sempre perseguito questi obiettivi garantendo la massima estensione degli screening e riscuotendo livelli di adesione da parte dei cittadini tra i più alti in Italia, segno indiscutibile del valore di queste scelte. L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo) è il principale strumento di questa strategia e costituisce un riferimento sia per le altre Regioni sia a livello internazionale, essendo sede dell'Osservatorio nazionale screening (Ons) per conto della Salute.

CONTINUA A PAG. 2

TUMORI

Rapporto Ispo: bilancio su procedure e controlli promossi nel 2011

Test preventivi, foto di gruppo

Attività ad alto tasso d'adesione - Monitoraggio costante in ambito Lea

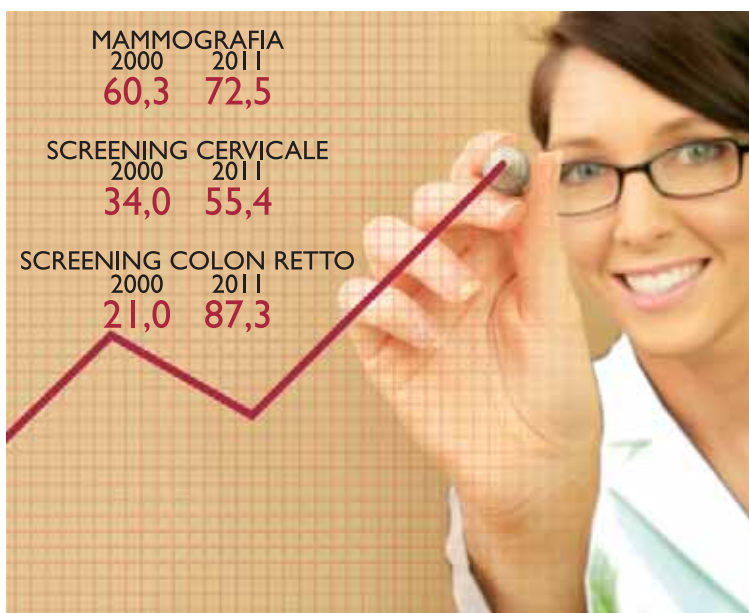
I programmi di screening per i tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto sono efficaci nel ridurre la mortalità e, in alcuni casi, l'incidenza di queste patologie. In Toscana questi interventi, erogati dalle Aziende sanitarie locali, sono oggetto di monitoraggio con indicatori, come testimoniano le specifiche survey presentate lo scorso 14 dicembre al Convegno su "I programmi di screening della Regione Toscana" in cui sono stati presentati i risultati, pubblicati sul 13° Rapporto annuale dell'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo), che si riferiscono all'anno 2011 e illustrano gli indicatori di processo e di esito.

Nell'ambito della rete oncologica regionale, l'Ispo costituisce la struttura di riferimento per quanto concerne gli aspetti diagnostici correlati agli screening e, in particolare, sono attività istituzionali l'organizzazione, l'esecuzione, il monitoraggio e la centralizzazione delle procedure diagnostiche correlate (Lr 32 del 19 giugno 2012).

Gli screening oncologici sono Livelli essenziali di assistenza (Lea) e come tali sono costantemente monitorati. A livello ministeriale il monitoraggio si realizza attraverso un indicatore che mette in relazione la popolazione che ha risposto all'invito con la popolazione avente diritto.

Nelle survey regionali e in quelle nazionali dell'Osservatorio nazionale screening (Ons) i parametri che meglio rappresentano l'entità dell'offerta e la partecipazione della popolazione sono l'estensione (rapporto tra numero di persone invitate e aventi diritto) e l'adesione. Per quanto riguarda l'estensione, sono considerati ottimali i valori compresi tra 90 e 100%.

Nello screening per il tumore della mammella, rivolto alle donne di età tra i 50 e i 69 anni, che prevede l'invito biennale a eseguire una mammografia, l'estensione regionale è pari al 93,2%. Il dato medio regionale per il biennio 2010-2011 soddisfa pienamente il valore ottimale anche se esistono variabilità tra aziende. Nello screening con Pap test, che coinvolge donne tra i



25 e i 64 anni, l'estensione è in linea con gli anni precedenti e nel triennio 2009-2011 tutta la popolazione è stata raggiunta dall'invito (99,2%). Buoni risultati si osservano per l'estensione dello screening del colon-retto, il primo a interessare anche il sesso maschile, che si attesta all'87,3%. Pur non raggiungendo il valore ottimale, registra un trend in crescita negli anni (nel 2000 l'adesione era del 21%, quattro volte meno dell'attuale adesione).

Le indagini condotte negli ultimi anni hanno dimostrato che lo screening organizzato è un buon riequilibratore sociale, riduce cioè le differenze socio-economiche sia in termini di partecipazione che di sopravvivenza. In Toscana i livelli di adesione ai tre programmi di screening sono tra i più alti nel panorama nazionale.

Sia per lo screening mammografico che per quello con Pap test si osservano negli anni continui miglioramenti con valori, per l'anno 2011, del 72,5% e del 55,4% rispettivamente. Per ciò che riguarda la mammografia l'andamento temporale dell'adesione all'invito in Toscana è salito costantemente (dal 59,6% del 1999 al 71,1% del 2005, fino al 72,5% dello scorso anno). Per ciò che riguarda il Pap test va sottolineato che nel 1999 l'adesione si assestava al 27,5%, oggi è circa raddoppiata.

Per lo screening del colon-retto il valore di adesione raggiunge il 49,5%. In una fase critica di reperimento risorse rimane garantita l'offerta esprimendo la vocazione universalistica del sistema sanitario regionale. Inoltre, più efficaci interventi come il test Hpv nello screening per il tumore del collo dell'utero e l'estensione dello screening mammografico alle donne più giovani sono in fase di start up su tutto il territorio regionale.

Paola Mantellini

Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica - Ispo

Chiara Neri

Direttore sanitario Ispo

ALTRI TESTI A PAG. 2-3

L'ESTAV CENTRO BANDISCE LA GARA CENTRALIZZATA

Defibrillatori in arrivo per tutte le Asl

In arrivo 270 apparecchi: pronti 170mila euro per l'acquisto e la formazione

Defibrillatori sulle ambulanze di primo soccorso: la Regione distribuisce alle Asl le risorse statali (170mila euro) per favorirne la diffusione e l'utilizzo, con attività formative per il personale che li deve usare e l'istituzione del Registro del personale abilitato.

Lo stabilisce una delibera di giunta, mentre l'Estav Centro ha già pubblicato la gara per l'acquisto centralizzato di 270 defibrillatori.

Con la delibera appena approvata, la Regione dà indicazioni alle Asl perché effettuino attività formativa alla defibrillazione precoce e il relativo aggiornamento formativo del personale volontario a bordo delle ambulanze. Ma questo provvedimento vuole anche che le Aziende tengano l'elenco dei defibrillatori semiautomatici, con la specifica del modello e della sede dove sono collocati; attivino il registro del personale abilitato all'uso del defibrillatore; attivino un sistema di gestione e raccolta dei dati per il monitoraggio; effettuino l'informazione indirizzata alla popolazione residente, per divulgare la conoscenza dell'utilità dell'uso dei defibrillatori semiautomatici esterni sulle persone colpite da arresto cardiocircolatorio.

Nel mondo, l'epidemiologia dell'arresto cardiaco è di circa 1 arresto cardiaco ogni circa mille abitanti l'anno. Il defibrillatore semiautomatico esterno è un dispositivo fondamentale per il trattamento della fibrillazione ventricolare, la principale causa di morte improvvisa per arresto cardiocircolatorio nei soggetti in apparente stato di buona salute.

CONTROCANTO

Poca appropriatezza fuori dagli screening

Marco Zappa *

Come vanno i programmi di screening in Toscana? Un modo per giudicarli potrebbe essere confrontarli con il resto di Italia, ma non sarebbe valido. I programmi di screening negli ultimi anni si sono sviluppati in molte aree del Centro-Nord, molto meno nel Sud e nelle Isole.

Guardando alle performance appare evidente la linea di faglia che attraversa

l'Italia al di sotto della Toscana e dell'Umbria.

Al di sopra siamo su livelli di qualità confrontabili con le migliori esperienze del Nord Europa. Al di sotto la situazione è completamente diversa. Dunque una valutazione della Toscana può essere fatta confrontandola con le Regioni del Centro-Nord Italia. An-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Fondi per trial Ue su biomarker

La giunta regionale ha preso atto del finanziamento di 150mila euro assegnato dalla Salute alla Regione Toscana per le attività di ricerca del gruppo di lavoro dell'Aou di Pisa partner italiano nel progetto collaborativo europeo "Gran-T-Mtc. Phase I clinical trial of the novel biomarker based on CCK-2/gastrin receptor-binding radiolabelled analogue for personalized cancer diagnostic and therapy and optimization of the treatment strategy for patients with progressive or metastatic medullary thyroid carcinoma" (Trial clinico di fase I utilizzando un nuovo peptide radiomarcato specifico per il recettore CCK-2/gastrin per persona-

lizzare il trattamento dei pazienti con carcinoma midollare della tiroide avanzato o metastatico).

(Delibera n. 1061 del 03/12/2012)

Test sulle acque nelle emergenze

Approvate le "Linee Guida per l'espressione del giudizio di qualità e idoneità all'uso e per l'esecuzione dei controlli sulle acque destinate al consumo umano nelle situazioni di emergenza in eventi calamitosi" al fine di fornire indirizzi operativi al personale addetto per l'espressione del giudizio di qualità e idoneità all'uso per le acque destinate al consumo umano in casi di emergenza idrica o di eventi calamitosi. (Delibera n. 1048 del 26/11/2012)

ALL'INTERNO

Il test Hpv sarà primario

A PAG. 2

La spending va gestita così

A PAG. 4-5

Le ruote fanno salute

A PAG. 6

PREVENZIONE Il nuovo protocollo parte dalla Asl di Firenze e sarà a regime dal 2017



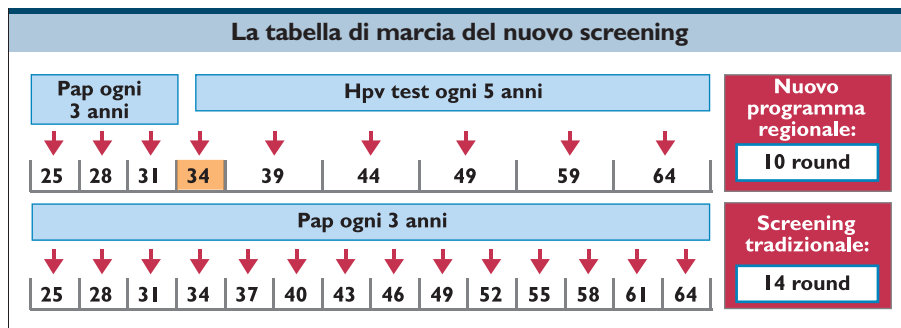
L'HpV diventa test primario

Nuovo screening più efficace e con un impatto economico inferiore

La Regione Toscana ha recentemente approvato una delibera di Giunta che prevede l'introduzione del test HpV come test di screening primario per il carcinoma della cervice uterina e la centralizzazione presso Ispo dei test di screening.

Una decisione presa sulla base di chiare evidenze scientifiche: uno screening con test clinicamente validati per il Dna di HpV oncogeni come test di screening primario e con un protocollo appropriato è più efficace dello screening basato sulla citologia nel prevenire i tumori invasivi del collo dell'utero. I Papillomavirus sono considerati causa necessaria per lo sviluppo del carcinoma della cervice uterina e l'evidenza oncogena è stata confermata per 12 tipi di HpV ad alto rischio. Alcuni grandi studi di popolazione condotti in Europa hanno dimostrato che la maggior sensibilità del test HpV rispetto al Pap test si traduce in una anticipazione diagnostica delle lesioni pre-invasive e quindi in una maggior efficacia nella prevenzione del cancro invasivo. Il recente report italiano di Health technology assesment (Hta-HpV) evidenzia però che lo screening basato sul test HpV non deve iniziare prima dei 30-35 anni e che per le donne della fascia 25-34 anni il test di screening più efficace rimane il Pap-test.

Per le donne con test HpV negativo, sono raccomandabili intervalli di screening di almeno 5 anni. Le donne HpV positive sono invece a rischio aumentato di avere lesioni di alto grado e devono essere testate a intervalli più brevi delle HpV negative finché l'infezione persiste. Il protocollo attualmente raccomandabile prevede che



alle donne HpV positive sia effettuato un Pap test di triage e verranno indirizzate ad approfondimenti solo se la citologia presenta alterazioni, mentre se la citologia è negativa saranno invitate a eseguire un nuovo test HpV dopo 12 mesi. Solo nel caso di infezione persistente le donne saranno indirizzate a colposcopia. Il concetto fondamentale è prima il test più sensibile (HpV test) e poi nel caso di positività il test più specifico (Pap-test).

Con l'ultimo provvedimento e con il nuovo protocollo per il programma di screening cervicale si prevede: per la fascia di età 25-34 il Pap test triennale con il test HpV come test di triage nelle citologie Asc-Ut; nella fascia di età 34-64: test HpV ogni 5 anni con il Pap test come test di triage nei soggetti HpV positivi; per tutte le classi di età introduzione del test HpV nel follow-up delle alterazioni citologiche post-colposcopia negativa e delle lesioni pre-neoplastiche Cin2+ trattate. Quando entreranno nel programma di screening le future coorti di donne sottoposte a vac-

cazione anti HpV 16/18 le due strategie si esauriranno, rimanendo il solo test HpV come test di screening. Il nuovo protocollo è in grado di garantire una adeguata protezione contro il carcinoma cervicale con 10 passaggi di screening per donna rispetto ai 14 Pap test triennali.

L'introduzione del test HpV come test di screening primario impone un importante cambiamento. Da un punto di vista organizzativo nel corso dei 5 anni la diminuzione attesa di lettura citologica sarà del 75%, mentre la diminuzione attesa dei prelievi sarà di quasi il 20%. Inoltre l'intervallo di screening quinquennale permetterà un risparmio del 30% circa dei costi organizzativi. Per motivi di qualità e di costo, è fondamentale che sia l'esecuzione del test HpV sia le attività di lettura dei test citologici siano centralizzate presso Ispo.

La fase di transizione del nuovo programma di screening durerà fino al 2017 quando a tutte le donne sarà offerto l'HpV test. Il programma coin-

volgerà subito le classi di età 55-64 anni, per passare poi alla fascia 45-64 e quindi all'intera popolazione target quelle di età 34-64. L'avvio della fase di transizione è previsto a dicembre 2012 nella Azienda sanitaria di Firenze, con corsi di formazione specifica per il personale coinvolto. Successivamente nel 2013 saranno coinvolte altre Asl (una per Area vasta) partendo con la fascia di età 55-64. Tutti gli altri programmi potranno partire nel 2014.

Le modalità di entrata nel nuovo programma per ciascuna singola Azienda verranno stabilite nei primi mesi del 2013 da un tavolo di programmazione che coinvolgerà i referenti regionali e aziendali dei programmi. Nei prossimi mesi verranno proposti corsi di aggiornamento e di formazione sia degli operatori sanitari interni all'organizzazione del programma, sia delle componenti esterne, in particolare ginecologi e medici di medicina generale, nonché a campagne di comunicazione per popolazione. Per quanto riguarda i costi del nuovo programma rispetto a quello con pap-test, tutti gli studi concordano su alcuni risultati: lo screening con il test HpV costa leggermente di più dello screening con Pap test per singolo episodio, ma l'allungamento dell'intervallo a 5 anni lo rende più economico dello screening con Pap test, anche senza considerare i maggiori benefici di salute che si possono ottenere.

Francesca Maria Carozzi

S.C. Citologia analitica e biomolecolare Ispo e Responsabile per Ispo del I gruppo di lavoro per il Progetto HpV in Regione Toscana

I RISULTATI DEL GRUPPO EUROSREEN

La «querelle» è sul tumore al seno

Dall'inizio degli anni 2000, lo screening mammografico è stato oggetto di duri attacchi che hanno prima messo in dubbio l'efficacia dello screening nel ridurre la mortalità e poi hanno messo l'accento su tutti i potenziali effetti negativi, in particolar modo sulla sovra-diagnosi (cioè la diagnosi di un tumore che non sarebbe mai stato diagnosticato nel corso della vita della donna in assenza di screening) e sui risultati falsi positivi (cioè un richiamo per eseguire ulteriori approfondimenti a seguito di una mammografia sospetta che si rivela poi un errore, cioè non porta a nessuna diagnosi tumorale). La controversia pro e contro lo screening mammografico ha coinvolto non solo la stampa scientifica, ma anche l'opinione pubblica.

In seguito a questo forte dibattito, ricercatori ed esperti nel campo dello screening di nove diversi Paesi europei

hanno deciso di riunirsi e formare il gruppo Euroscreen, con lo scopo di revisionare la letteratura esistente e trovare insieme un consenso che fosse evidence-based. I risultati del progetto, che sono stati pubblicati in un supplemento dedicato del Journal Medical Screening a settembre 2012 mostrano che per una donna che decide di partecipare allo screening la probabilità di avere la vita salvata grazie alla diagnosi precoce è maggiore della probabilità di avere una sovra-diagnosi a causa dello screening. Il progetto è stato coordinato da Eugenio Paci e finanziato dall'Osservatorio nazionale screening, che ha sede presso Ispo, l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica della Regione Toscana.

Questi dati confermano quanto era

già stato visto nella realtà fiorentina. Nello studio pubblicato nel 2012 su Breast Cancer Research, i ricercatori di Ispo hanno confrontato la mortalità e l'incidenza per tumore della mammella in due coorti di donne che si differenziano per esposizione allo screening: le donne che abitualmente rispondono all'invito allo screening mammografico e le donne che abitualmente non rispondono. Complessivamente sono state selezionate 51.063 donne invitate al primo round del programma di screening nel Comune di Firenze (1991-1993). Il 64% di queste risulta aver risposto ad almeno uno dei primi due inviti contro un 36% di donne che non ha risposto né al primo né al secondo invito ed è stata quindi etichettata come "mai rispondente". Dai risultati del

presente studio, si stima che ogni 1.000 donne che effettuano screening regolarmente si possono evitare circa 9 morti per tumore della mammella e avere 6 casi di sovra-diagnosi: il costo umano di salvare una vita (cioè evitare una morte per k mammella) corrisponde a meno di 1 caso di sovra-diagnosi.

Inoltre, meno di un paio di mesi fa, sono state pubblicate le nuove indicazioni sullo screening mammografico da parte di un gruppo indipendente di ricercatori facenti capo all'Uk Panel on Breast Cancer screening. Il Panel di esperti ha concluso che il programma di screening inglese porta un sostanziale beneficio in termini di riduzione della mortalità, stimando che previene fino a 1.300 morti all'anno, e supporta fortemente l'idea di

continuare i programmi di screening mammografico. D'altra parte, una donna che sceglie di effettuare lo screening mammografico deve avere la consapevolezza che nell'arco dei venti anni di screening (dai 50 ai 69 anni) ha una probabilità dell'1% di avere una diagnosi di cancro, e di essere trattata chirurgicamente per quel cancro, che non sarebbe mai emerso clinicamente nel corso della vita in assenza di screening.

Concludiamo dicendo che, anche se è ancora aperta la discussione su quale sia il modo migliore di comunicare alle donne questo delicato balance tra rischi e benefici si ribadisce l'importanza di fornire una corretta informazione perché ognuno possa fare la propria scelta individuale.

Donella Puliti
Ispo Firenze

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

che in questo caso ne esce bene collocandosi fra le prime Regioni con le migliori performance.

Esistono ancora dei problemi sull'estensione dello screening colon-rettale che non raggiunge il 100% della popolazione, vi è qualche difficoltà a mantenere gli intervalli biennali dello screening mammografico, ma nel complesso i programmi toscani assicurano buoni livelli di estensione, partecipazione e qualità delle prestazioni. Anche qui il valore medio rischia di occultare le singole situazioni carenti, ma il Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica è capace di cogliere queste carenze e mettere in atto azioni di correzione.

Guardando al futuro vi sono degli aspetti positivi, ma anche ambiti

che andrebbero con più decisione affrontati. Positivo è che si cominci a pensare al programma di screening come un unico sistema regionale con la centralizzazione di alcune attività. Il progetto operativo del programma di screening per il cervico-carcinoma basato sull'HpV ne è un ottimo esempio. Centralizzare alcune attività significa maggiore qualità, possibilità di introdurre innovazione tecnologica, risparmio per l'intero sistema.

La Regione Toscana dovrebbe invece fare di più sul tema dell'appropriatezza: lo screening è un modello razionale e valutabile di costruzione di percorsi e di utilizzo appropriato delle risorse.

Fuori dai programmi di screening esiste invece un uso largamente inappropriato delle risorse e non

sono valutabili i livelli qualitativi delle prestazioni. Intervenire su questo terreno è complesso ma prioritario nell'attuale congiuntura economica perché l'universalismo resta sostenibile.

Intervenire vuol dire campagne di educazione, coinvolgimento dei professionisti, ma anche atti legislativi di indirizzo verso l'appropriatezza.

La Regione Toscana e l'Istituto Toscano Tumori hanno presente il problema, vi sono documenti di intento che vanno in questa direzione, ma ancora oggi non sono riusciti a mettere in atto le azioni di miglioramento. Credo che sia la sfida del prossimo futuro.

* Direttore Osservatorio nazionale screening

... priorità regionale (segue dalla prima pagina)

A partire da questo patrimonio la Regione ne ha recentemente rafforzato il ruolo prevedendo la progressiva centralizzazione della diagnostica di screening nell'Istituto, e la gestione del nuovo screening per il cervico-carcinoma mediante test HpV (Human Papilloma Virus), metodica più sicura e innovativa che pone la Toscana all'avanguardia nel panorama nazionale e internazionale.

Queste iniziative si integrano con un forte impegno nella fattibilità di nuovi programmi di diagnosi precoce (Tac spirale a basso dosaggio nella prevenzione del cancro polmonare) e di interventi di prevenzione primaria legati ad ampi studi sulla popolazione (alimentazione, attività fisi-

ca, inquinamento, abitudini di fumo, stili di vita...) con finalità sia di ricerca scientifica che di sorveglianza.

I programmi di prevenzione oncologica rappresentano per il Servizio sanitario regionale interventi di Sanità pubblica strategici e prioritari e il metodo nella ricerca epidemiologica, l'attenzione all'innovazione scientifica e il rigore sull'appropriatezza organizzativa, sono gli strumenti con cui l'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (nell'ambito della rete dell'Istituto toscano tumori) rafforza l'impegno della Toscana nella prevenzione dei tumori.

* Direttore generale Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica

PREVENZIONE L'invito a sottoporsi alla mammografia ha raggiunto quasi tutte le interessate

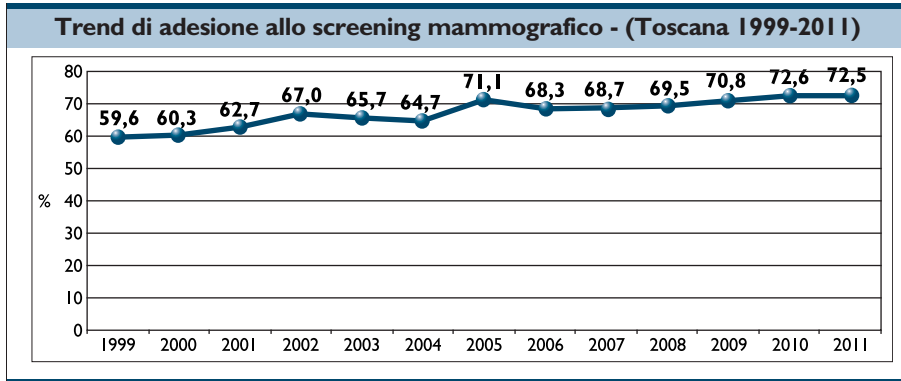
Seno, 93% di esami realizzati



Target i soggetti tra 50 e 69 anni - Invito attivo alle over 70 in tutta la Regione

L'analisi dei dati relativi all'estensione dei programmi di screening mammografico in Regione Toscana conferma che la grande maggioranza delle donne in età 50-69 anni è stata raggiunta dall'invito. L'estensione corretta per le donne che non hanno risposto perché hanno effettuato una mammografia recente, è in media del 93 per cento. Vi sono oscillazioni tra Aziende, che riflettono specifiche situazioni locali, ma il risultato conferma che questi programmi sono ben radicati e svolgono la loro attività con sufficiente regolarità. Naturalmente, in un momento di crisi e di risorse calanti, è necessario mantenere attenzione per evitare che si creino o si cronichizzino situazioni di difficoltà.

L'impulso che la Regione Toscana ha dato quest'anno con la legge regionale su Ispo (32/2012) e con la successiva deliberazione sui progetti strategici che spingono verso l'allargamento dell'offerta e la centralizzazione, servirà a consolidare i programmi. Nel territorio della Azienda Us10 la mammografia è già assicurata alle donne di età tra i 70 e i 74 anni: tale strategia si estenderà a tutta la Regione, o con invito attivo a tutta popolazione o mirato, per chi, sopra i settanta, ha già partecipato precedentemente. Questa scelta comporterà un carico di lavoro aggiunti-



vo per i programmi di screening con una riduzione delle mammografie spontanee.

L'estensione deve tramutarsi in adesione; a tal fine è necessaria un'adeguata informazione che consenta alla donna una scelta consapevole di partecipazione. Ciò richiede investimenti in comunicazione, specialmente per quella rivolta ai soggetti fragili. Investire in questa direzione è opportuno per ridurre la disuguaglianza di accesso mediante la diffusione dello screening mammografico.

Dal punto di vista tecnico-professionale molto è cambiato e si prospettano innovazioni importanti nei prossimi anni, anche per la prevista estensione dello screening alla popolazione dai 45 anni in su. La digitalizzazione delle immagini è già attuata, e si auspica che la loro gestione informatizzata si configuri in un sistema a rete. Ciò dovrebbe facilitare il controllo di qualità e omogeneizzare i comportamenti professionali. Si conferma un aumento del tasso di richiamo agli approfondimenti che esitando a volte in biopsia chirurgica e/o

intervento comporta anche un aumento del rapporto neoplasie benigne versus maligne. Questo dato è in parte collegabile al processo di digitalizzazione, in parte ad atteggiamenti di medicina difensiva. Il tasso di identificazione dei tumori invece è rimasto stabile (si veda grafico). A fronte dell'innovazione portata dalla digitalizzazione, bisogna lavorare per mantenere un accettabile tasso di donne con risultato falso positivo.

Il percorso diagnostico-terapeutico che segue a una diagnosi di tumore screen detected è ben controllato, più del 90% delle donne sono trattate chirurgicamente con approccio conservativo. Permane la criticità dei tempi di accesso alle diverse fasi del percorso.

È un dato che, seppure con differenze tra i centri, ci appartiene da anni, e che purtroppo non possiamo aspettarci, date le condizioni, che possa migliorare molto. A questa criticità dovrà essere dedicata grande attenzione per non vanificare quanto di virtuoso il programma di screening riesce a determinare nell'assistenza data alle donne toscane.

**Daniela Ambrogetti
Eugenio Paci**
Ispo, Firenze

CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

Stanate grazie al pap test 23 neoplasie

È stato dimostrato che lo screening triennale mediante Pap test riduce significativamente l'incidenza e la mortalità del carcinoma della cervice uterina. Lo screening prende in carico la donna che è accompagnata in un vero e proprio percorso che va dal test di screening all'approfondimento diagnostico e all'eventuale trattamento con il successivo follow-up. Questo percorso, monitorato periodicamente e i risultati dei programmi per il 2011 sono riportati nel 13° Rapporto Annuale sugli screening a cura del Centro di riferimento regionale per la prevenzione oncologica (Crrpo).

Il 96% dei 167.180 Pap test effettuati dalle donne che hanno risposto all'invito è risultato negativo, mentre solo l'1,8% delle

donne è stato invitato a ripeterlo. Il motivo della ripetizione è spesso la conseguenza di una cattiva qualità del prelievo e questo buon risultato conferma invece le adeguate performance delle ostetriche che operano nei servizi. La qualità della lettura degli esami si conferma a un buon livello testimoniato dal fatto che su 100 donne inviate a colposcopia per alterazioni citologiche più severe, quasi 80 donne hanno una lesione significativa del collo dell'utero (valore predittivo positivo del 78,5%). L'invio in colposcopia delle donne è stato solo del 2% a dimostrazione che i programmi inviano a colposcopia prevalentemente donne a rischio di patologia, contenendo il carico d'ansia indotto dal richiamo.

Quest'anno si rileva un au-

mento del numero di donne che, invitate a fare la colposcopia, hanno accettato di farla presso i centri di riferimento dei programmi (84,5%) a dimostrazione della fiducia delle donne nei servizi di screening. Nella popolazione coinvolta nello screening sono stati diagnosticati 12 carcinomi invasivi, 11 carcinomi microinvasivi e 591 lesioni pre-invasive della cervice uterina. Il monitoraggio dei programmi evidenzia una buona qualità delle principali fasi del processo, anche se si osservano alcune criticità come la lunghezza dei tempi di attesa tra il prelievo e l'invio alla donna del referto negativo del test. Il controllo periodico consente la messa in evidenza di tali criticità con l'intento di attivare strategie che rendano il pro-

Trend di adesione alla colposcopia per citologia anormale (Toscana 2002-2011)



gramma di prevenzione sempre più efficace. Con questo intento sono state intraprese nell'ambito della Regione Toscana numerose azioni che troveranno la loro piena attuazione nel 2013.

È stato effettuato un corso di formazione per le ostetriche coinvolte nello screening, con l'obiettivo di garantirne un aggiornamento continuo, in particolare sulle nuove tecnologie e sulla comunicazione con le utenti. È in

corso un controllo di qualità regionale per la lettura con revisione di immagini digitali di preparati citologici. È in fase di chiusura la stesura di un protocollo regionale che prevede l'introduzione del test Hpv nel follow-up delle donne dopo trattamento o con anomalie citologiche. Tale protocollo, che sarà applicato nel 2013, consentirà un'omogeneizzazione dei comportamenti dei programmi anche nella fase de-

gli approfondimenti. È in corso un progetto per l'individuazione di strategie adeguate per aumentare la partecipazione della popolazione migrante per garantire quello che è un obiettivo del programma di screening ovvero raggiungere tutte le fasce della popolazione superando le disparità di accesso.

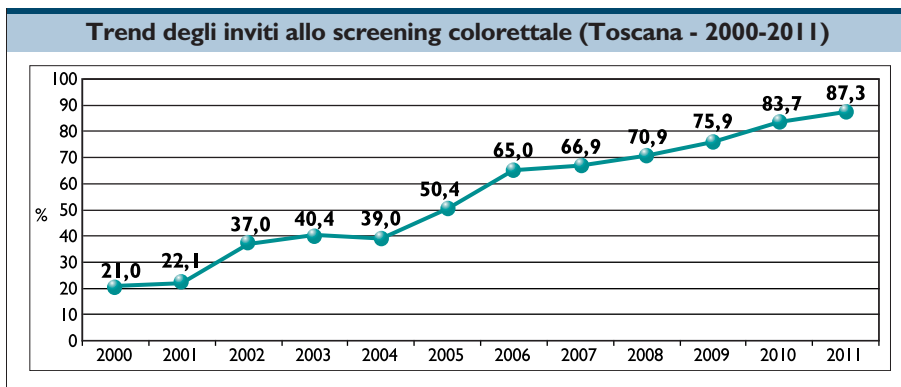
Anna Iossa
Dirigente medico, Ispo, Firenze

CARCINOMA COLORETTALE

Nell'ambito dello screening del carcinoma colrettale, l'esperienza toscana si pone all'avanguardia a livello nazionale e internazionale. È proprio a Firenze infatti che il primo programma pilota per la diagnosi precoce di questo tumore è partito alcuni decenni orsono. Da allora grandi passi in avanti sono stati compiuti dai ricercatori fiorentini del Cspo (attuale Istituto per lo studio e la prevenzione Oncologica Ispo) che hanno consentito di validare nuovi test di screening per la ricerca del sangue occulto fecale di tipo immunologico, oggi utilizzati a livello nazionale e internazionale e recentemente approvati dalle raccomandazioni europee per lo screening del carcinoma colrettale.

Nel 2011, in Toscana sono circa 206.600 le persone che hanno effettuato il test di screening. Tra queste, 8.850 circa sono i pazienti risultati positivi al test (4,3% di tutti i test di screening). Il protocollo di screening prevede che tutti i soggetti positivi al test di primo livello (che documenta un sanguinamento colrettale) devono effettuare una colonscopia totale. La colonscopia rappresenta l'esame diagnostico vero e proprio, con finalità anche terapeutiche, in quanto consente di asportare sia una buona parte delle alterazioni tumorali benigne eventualmente rilevate (polipi adenomatosi o adenomi) che anche alcuni polipi già cancerizzati, mentre le restanti lesioni invasive vengo-

Oltre 200mila intestini in controllo



no inviate a terapia chirurgica.

Lo scorso anno sono state effettuate circa 6.900 colonscopie nelle persone positive al test. In queste, nell'89% dei casi è stata fatta un'esplorazione totale del colon-retto, a testimonianza dell'ottima qualità delle colonscopie di screening.

A fronte di questo dato positivo, c'è però da segnalare che una percentuale significativa di perso-

ne risultate positive al test non hanno effettuato la colonscopia consigliata, almeno all'interno del programma di screening. Infatti, ben il 21% delle persone positive al test non risulta aver eseguito ulteriori approfondimenti all'interno del percorso di screening. Tale fenomeno è particolarmente rilevante se si considera che la probabilità che una persona risultata positiva al test possa essere portatrice di adenomi o

di un cancro è piuttosto elevata (33% circa nelle persone che eseguono il test per la prima volta).

In totale sono stati diagnosticati grazie allo screening 288 cancri e 1.540 adenomi avanzati (cioè adenomi a maggior rischio di trasformazione tumorale maligna nel corso degli anni). Riguardo ai cancri, nel 46% dei casi lo screening ha consentito di rilevare casi nello stadio più precoce, documentando l'eccellente anticipazione diagnostica possibile nello screening.

Eccellenti e rapidi sono stati i tempi di invio della risposta negativa del test (95% dei referti spediti entro 21 giorni), mentre problemi significativi si riscontrano per i tempi di attesa dell'esame colonscopico (solo il 59% dei pazienti effettua la colonscopia entro 30 giorni), che necessitano di interventi correttivi efficaci.

Concludendo, l'esperienza toscana dello screening colrettale rappresenta una delle migliori a livello nazionale e un punto di riferimento per quelle internazionali. L'elevata capacità diagnostica del programma consentirà di evidenziare nei prossimi anni l'impatto sulla riduzione della mortalità dovuta alla neoplasia colrettale.

Grazia Grazzini
Dirigente medico - Ispo

MODELLI

Il punto sugli effetti delle misure della spending review nel recente convegno «Taglia e ricuci»



Dopo i tagli vince l'appropriatezza

Per il Ssr risorse ridotte del 10% - I consigli degli esperti per garantire cure di qualità

Il convegno «Taglia e ricuci», tenutosi a Firenze a fine ottobre in un affollato Auditorium di Sant'Apollonia, è stato un evento davvero originale e tempestivo. L'obiettivo di condividere e discutere idee per risparmiare ridisegnando i modelli e i percorsi di cura all'insegna di qualità e sicurezza si è dimostrato molto azzeccato per l'originalità e valore aggiunto dei contenuti discussi, a conferma che questi temi in tempi di crisi rappresentano un "must" per gli operatori sanitari, i manager e i cittadini.

La "spending review" è quindi stata reinterpretata come una straordinaria occasione

per ricondurre all'appropriatezza molte prestazioni sanitarie, nonché un momento di riflessione sulla validità dei modelli organizzativi che dovranno essere riveduti e corretti sulla base di logiche di efficacia ed efficienza. Questa, in estrema sintesi, la posizione espressa dall'assessore regionale al diritto alla salute Luigi Marroni in merito alle nuove politiche sanitarie presentate dalla Giunta per mantenere livelli adeguati di qualità e sicurezza delle cure nei prossimi anni, nonostante la riduzione di circa il 10% delle risorse economiche per il Ssr. Una tale contrazione di risorse non avviene solo nella

nostra Regione, ma in tutti i Paesi toccati dalla crisi economica. Significativa la frase di esordio dell'intervento di John Övretveit, uno dei maggiori esperti al mondo di qualità e sicurezza delle cure, che ha aperto il convegno esclamando: «Signore e signori, i soldi sono finiti, ora dobbiamo usare il cervello».

John Övretveit, del Karolinska Institute di Stoccolma, ha elencato alcuni punti cardinali per ridisegnare il nostro servizio sanitario, seguendo l'esempio delle organizzazioni di maggior successo:

- l'impegno dei manager per la qualità e la sicurezza e l'ado-

zione di strategie organizzative evidence-based.

- l'implementazione e la verifica sistematica delle pratiche per la sicurezza dei pazienti in programmi di lavoro collaborativi,
- la trasparenza e la semplicità della valutazione della performance per dare il potere ai cittadini di scegliere le strutture migliori a seconda del problema di salute,
- la pesatura del valore qualitativo oltre che dei volumi per determinare le tariffe delle prestazioni sanitarie.

Il senatore Ignazio Marino ha presentato e discusso una serie di dati clinici di esito e di

processo, ponendo l'accento sull'enorme variabilità tra Regioni relativamente ad alcuni indicatori, come i parti con taglio cesareo, la durata della degenza pre-operatoria, la mobilità sanitaria, il costo pro-capite dei servizi. Come già in altre occasioni, ha proposto la costituzione di una agenzia nazionale indipendente per la valutazione dei servizi sanitari, che è stata depositata come proposta di legge ma non è ancora stata presa in considerazione dal Governo.

Ivan Cavicchi, dell'Università la Sapienza di Roma, ha discusso le recenti esternazioni sulla possibilità di ri-centraliz-

zare la gestione del servizio sanitario, visto il fallimento di alcune Regioni, sostenendo però che tale opzione non sembra motivata da una analisi dei bisogni di salute dei cittadini e delle migliori strategie di politica sanitaria, quanto piuttosto dalla necessità di fare "cash" in tempi brevi. Altra grossa carenza evidenziata in merito al decreto Balduzzi è la totale assenza di risorse per la riforma delle cure primarie. Cavicchi ha calcolato che un centro di cure primarie costa circa mille euro al giorno, quindi senza copertura economica è impossibile realizzare la riforma, prima bisogna lavorare sui ricoveri inap-

LE SOLUZIONI "DAL BASSO" PER MIGLIORARE I MODELLI ASSISTENZIALI

Sotto i riflettori 33 proposte di pratiche cliniche e gestionali per curare risparmiando

Le idee degli operatori: dall'ottimizzazione delle risorse infermieristiche fino alla progettazione dei green hospitals

Il convegno «Taglia e Ricuci», che si è svolto a Firenze il 29 ottobre, è stato pensato per riunire persone e proposte che non intendono subire passivamente il fatto che il diritto alla salute possa essere anche solo parzialmente messo in discussione.

Stiamo affrontando una svolta storica impegnativa e chi pensa che si tratti di una congiuntura e che sia sufficiente una riorganizzazione del sistema, si sbaglia. Senza pensare a una riforma sostanziale, difficilmente saremo in grado di costruire condizioni accettabili di coesistenza tra diritti e risorse, tra medicina e Sanità, tra modelli e organizzazioni, tra domanda e offerta, tra conoscenze e prassi. Pensiamo a modelli assistenziali a più alto valore, cioè in grado di aumentare qualità e sicurezza e rispar-

miare soldi. A chi sembra impossibile, possiamo dire che, invece, si può: 33, tra idee, proposte e storie di successi, sono state presentate da diversi professionisti: giovanissimi, giovani e meno giovani. Medici, infermieri e tecnici sanitari. Idee che hanno mostrato tutta la vitalità del mondo sanitario, l'ingegno e la voglia di fare. Storie esemplari nate sul campo e raccontate con orgoglio; nuovi modi di cura, uso di tecnologie innovative, trasformazioni organizzative.

La cornice non è stata quella della sessione congressuale classica, ma si è ispirata a quanto può accadere a chi lavora in un'azienda: quei due minuti che inaspettatamente ci troviamo a disposizione quando, incontrando casualmente il capo, possiamo convincerlo

di adottare una nostra idea. Il cosiddetto "test dell'ascensore". Insieme con Alessandro Ghirardini del ministero Salute e con i molti partecipanti al convegno, interessati e partecipi fino alla fine, sono "saliti" 33 volte sull'ascensore, ascoltando una molteplicità di proposte, con le quali più di un cambiamento del modo di lavorare e di organizzare è apparso possibile. Dall'ottimizzazione delle risorse infermieristiche ai piani d'investimento per l'innovazione tecnologica. Dalla misurazione delle pratiche cliniche sicure alla valutazione delle «no technical skills» dei chirurghi. Dalla gestione delle terapie farmacologiche a domicilio alle tecniche più sicure ed economiche per il caterismo venoso centrale. Dalla progettazione di green hospitals all'ottimizzazione dei proces-

si in radiologia. E tanti altri temi ancora, per raccontare come cambiare e innovare non richieda necessariamente altre risorse, ma anzi possa costituire un guadagno di efficienza.

La considerazione finale è che c'è da essere riconoscenti verso chi ha l'entusiasmo di impegnarsi. Non è solo questione di opportunità manageriale, ma anche un dovere morale, dare forza a un patrimonio umano e professionale che è ricco e diffuso nel sistema sanitario. Questo sarà ciò che ci porterà fuori della crisi, in un futuro dove sarà possibile creare salute, curare le malattie, crescere e prosperare.

Andrea Vannucci
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

(segue da pagina 4)

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 1053/2012 relativa all'«Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani (Uncem) Toscana e Associazione Nazionale Comuni Italiani (Anci) Toscana finalizzato al coordinamento delle attività a supporto della popolazione delle aree montane e svantaggiate».

LA GIUNTA REGIONALE

delibera

1. di approvare lo schema di Accordo di collaborazione di durata triennale tra Regione Toscana, Unione Nazionale Comuni Comunità Enti Montani (Uncem) Toscana e Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (Anci) Toscana, finalizzato al coordinamento delle attività a supporto della popolazione delle aree montane e svantaggiate, di cui all'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di individuare Uncem Toscana quale soggetto capofila per ciò che concerne la gestione delle risorse, il presidio della complessiva attuazione dei piani operativi e la predisposizione dei rendiconti annuali;

3. di destinare, a favore di Uncem Toscana, per ciascuno degli anni 2012-2014 la somma di € 1.200.000,00, per il raggiungimento degli obiettivi previsti e per la realizzazione delle attività programmate e comunque quale limite massimo della somma totale annualmente prevista;

4. di prenotare a tal fine la somma di € 1.200.000,00 sul capitolo 26151 "Azioni progettuali per l'integrazione socio-sanitaria" del bilancio gestionale 2012;

ALLEGATO A

ACCORDO DI COLLABORAZIONE tra REGIONE TOSCANA e UNIONE NAZIONALE COMUNI COMUNITÀ ENTI MONTANI (UNCHEM) TOSCANA e ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI) TOSCANA finalizzato al coordinamento delle attività a supporto della popolazione delle aree montane e svantaggiate

- Regione Toscana, con sede in....., Via....., codice fiscale....., rappresentata da....., in qualità di.....;

- Uncem Toscana, con sede in....., Via....., codice fiscale....., rappresentata da....., in qualità di.....;

- Anci Toscana, con sede in....., Via....., codice fiscale....., rappresentata da....., in qualità di.....;

(omissis)

Articolo 1 Premessa

La premessa costituisce parte integrante del presente Accordo.

Articolo 2 Finalità

Il presente Accordo, fondato sui presupposti enunciati in premessa, costituisce l'atto mediante il quale i soggetti sottoscrittori condividono le seguenti finalità:

SIGLATO L'ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA REGIONE, UNCHEM E ANCI

Sinergie e interventi coordinati per l'assistenza nelle aree montane e svantaggiate

- migliorare la fruibilità, l'accesso e l'efficienza dei servizi nei territori montani, disagiati e/o isolati;

- accrescere l'informazione e la comunicazione verso la cittadinanza e i soggetti istituzionali del territorio anche attraverso appositi strumenti e specifiche risorse tecniche in grado di controllare lo scambio informativo e valorizzarne l'efficacia;

- istituire modelli di buone pratiche derivanti dai risultati delle attività poste in essere.

Articolo 3

Linee progettuali e obiettivi specifici

Le linee progettuali che saranno sviluppate all'interno del presente Accordo sono le seguenti:

1) Reti sociali a sostegno del welfare locale;

2) Montagna in salute;

3) Botteghe della salute.

Sono obiettivi specifici di ciascuna linea progettuale, e seguenti:

1) Reti sociali a sostegno del welfare locale:

- supportare gli enti titolari dei servizi territoriali socioassistenziali e socio-sanitari in termini di facilitazione e motivazione all'inserimento dati anche attraverso il coinvolgimento di figure quali gli assistenti sociali;

- sperimentare meccanismi standard di integrazione, con particolare riferimento all'integrazione e omogeneizzazione del patrimonio informativo complessivo posseduto dagli enti titolari dei servizi territoriali e in particolare per quelli di provenienza diversa (aree socio-sanitarie e socioassistenziali) con l'obiettivo di raggiungere la loro mutua interoperabilità e l'interoperabilità di questi sistemi con il sistema regionale secondo gli standard di e-toscana compliance;

- coordinare l'azione territoriale legata ai flussi informativi per la realizzazione di un disegno regionale unitario e omogeneo anche finalizzato a evitare duplicazioni di strumenti e al contempo massimizzare le risorse già presenti;

- consolidare e supportare l'utilizzo dei sistemi informativi territoriali sia per quanto riguarda l'area socio-sanitaria sia per quella socioassistenziale, anche ai fini dell'alimentazione del corrispondente sistema informativo regionale;

2) Montagna in salute:

- estendere la rete dei Gruppi Operativi Locali a tutti i territori toscani;

- estendere quindi, e attuare, i piani di formazione e sensibilizzazione alle problematiche legate alla prevenzione del suicidio e disagio, a tutti i componenti della rete ovvero: Medici di medicina generale locali, rappresentanti della salute mentale adulti/infanzia/adolescenza, rappresentanti del servizio dipendenze, rappresentanti dei servizi sociali, rappresentanti emergenza 118, rappresentanti consultori, cure primarie, psicologia/psicoterapia, pronto intervento sociale, volontariato e associazionismo;

- tradurre ufficialmente, pubblicare e diffondere le linee guida sulla prevenzione del suicidio imposte dall'Ons circa le seguenti aree: comunicazione da parte dei media, indicazioni per gli operatori delle cure primarie, indicazioni per gli operatori nelle carceri;

- creare una "Carta di Firenze" sulla relazione tra trattamento tema suicidio e mass-media;

- estendere l'attività del numero verde del Centro di Ascolto regionale a tutti i territori toscani;

- ampliare ed estendere la campagna di sensibilizzazione e comunicazione sulla prevenzione del suicidio su tutto il territorio regionale coinvolgendo istituzioni, servizi, scuole ecc.;

3) Botteghe della salute:

- progettare, attraverso il concorso degli locali interessati, una rete di centri multifunzionali denominati "Botteghe della Salute", che abbiano lo scopo di consentire l'erogazione di una gamma di servizi tra i quali potrebbero rientrare i servizi alla persona, i servizi e-government erogati tramite accesso assistito e in generale tutti quei servizi in grado di rendere i cittadini dei territori più disagiati in grado di accedere alle opportunità offerte dai servizi disponibili sul resto del territorio regionale;

- progettare e implementare una o più modalità organizzative dei centri multifunzionali "Botteghe della Salute" che possa garantire efficienza e sostenibilità dei centri;

- analizzare i bisogni territoriali e le eventuali risposte, in termini di servizi, compatibili con la modalità organizzativa che sarà individuata per la sperimentazione dei centri multifunzionali "Botteghe della Salute";

- implementare un catalogo minimo di servizi fruibili presso i centri multifunzionali "Botteghe della Salute" individuati tra quelli già presenti a livello locale e/o regionale o progettati appositamente;

- garantire l'apertura di un numero minimo di centri multifunzionali "Botteghe della Salute" in cui erogare i servizi di cui al punto 3, individuato in sede di Cabina di regia regionale di cui all'articolo 5, su un numero definito di Comuni montani;

- monitorare l'andamento in termini di funzionalità e di sostenibilità dei centri multifunzionali "Botteghe della Salute";

- supportare l'azione dei centri multifunzionali "Botteghe della Salute" attraverso un sostegno locale e un coordinamento regionale;

- verificare e sperimentare le possibilità e le modalità di integrazione dei centri multifunzionali "Botteghe della Salute" con eventuali altri servizi alla persona locali e/o regionali con la finalità di allargarne la possibilità di accesso ai cittadini dei territori più disagiati eventualmente anche con l'utilizzo di servizi telematici;

- verificare e sperimentare le possibilità e le modalità di integrazione dei centri multifunzionali "Botteghe della Salute" con i progetti di Case della Salute presenti sul territorio.

Relativamente ai servizi di Telemedicina che vengono realizzati dalle aziende sanitarie, Uncem svolge funzione di promozione e supporto alle azioni definite dalla Giunta regionale in materia.

Gli articoli di seguito specificati dettagliano i termini per la gestione delle tre linee progettuali di cui sopra.

Articolo 4

Organismi per l'attuazione dell'Accordo

Al fine di garantire il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 2, i soggetti firmatari del presente Accordo individuano i seguenti organismi, la cui composizione e funzioni sono descritte agli articoli successivi:

(continua a pagina 5)

- Cabina di regia;

- Responsabile della linea progettuale;

- Gruppo tecnico.

La partecipazione agli organismi di cui al presente articolo non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Articolo 5

Cabina di regia

La Cabina di regia è composta da:

- il dirigente dell'Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, con funzione di coordinamento della stessa;

- il dirigente dell'area di coordinamento Inclusione sociale della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale;

- un rappresentante di Uncem Toscana;

- un rappresentante di Anci Toscana.

La Cabina di regia ha il compito di:

- garantire il coordinamento delle tre linee progettuali, di cui all'art. 3, nell'ottica del governo e della organizzazione dei servizi per i territori montani;

- individuare un responsabile regionale per ciascuna linea progettuale;

- formulare gli indirizzi per la predisposizione dei Piani operativi annuali, di cui all'articolo 9;

- approvare i Piani operativi annuali e le Relazioni annuali relative a ciascuna linea progettuale, comprensive della rendicontazione economico-finanziaria;

- valutare l'andamento dell'Accordo nel suo complesso e il raggiungimento degli obiettivi delle singole linee progettuali, così come previsti all'art. 3;

- richiedere e approvare modifiche alla progettazione complessiva, a partire dai risultati della valutazione di cui al punto precedente;

- garantire il coordinamento e il raccordo con le altre attività o progetti avviati dagli stessi firmatari in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale.

Articolo 8

Soggetti coinvolti sul territorio

Sulla base delle singole linee progettuali potranno essere individuati altri soggetti da coinvolgere sul territorio. La collaborazione nelle attività e le eventuali risorse umane, strumentali ed economiche messe a disposizione da questi, dovranno essere indicate all'interno del Piano operativo annuale della linea progettuale di riferimento, che i soggetti stessi dovranno sottoscrivere.

Articolo 9

Piano operativo annuale, predisposizione, approvazione e controllo

Le attività, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di cui al presente Accordo, sono svolte sulla base di specifici Piani operativi annuali, elaborati dal Gruppo tecnico relativo a ciascuna linea progettuale e approvati dalla Cabina di regia.

Il Piano operativo relativo alla prima annualità deve essere predisposto e approvato entro 60 giorni dalla data di sottoscrizione del presente Accordo; i successivi Piani operativi devono essere predisposti e approvati entro i 60 giorni successivi alla data di scadenza del Piano operativo dell'anno precedente, tenuto conto delle risultanze dell'attività svolta.

I Piani operativi annuali definiscono, per ciascuna linea progettuale e sulla base degli indirizzi della Cabina di regia, le singole attività che si prevede di realizzare nel periodo di riferimento, indicandone i contenuti essenziali e le concrete modalità di svolgimento, nonché le risorse umane, strumentali ed economiche necessarie, nei limiti del complessivo importo previsto annualmente dal presente accordo.

Il Piano operativo può essere sottoposto ad aggiornamenti a cura del Gruppo tecnico, da approvare in Cabina di regia.

Nel caso in cui alcune azioni vedessero una collaborazione attiva in termini di risorse umane o economiche, da parte di altri soggetti del territorio, è previsto che gli stessi siano indicati all'interno del Piano operativo, e che lo stesso sia da questi sottoscritto, come previsto all'art. 8 del presente Accordo.

Articolo 6

Responsabile della linea progettuale

Il Responsabile della linea progettuale, di cui all'art. 4, è individuato dalla Cabina di regia e ha il compito di:

- recepire gli indirizzi della Cabina di regia;

- coordinare le attività del Gruppo tecnico relativo alla linea progettuale di cui è responsabile;

- monitorare e relazionare alla Cabina di regia sull'attività svolta e sui risultati ottenuti, nell'ambito della propria linea progettuale e sulla base degli obiettivi fissati dal presente Accordo.

Articolo 7

Gruppo tecnico

Il Gruppo tecnico, di cui all'art. 4, relativo a ciascuna linea progettuale è composto da:

- il Responsabile della linea progettuale, indicato dalla Cabina di regia, con funzione di coordinamento del Gruppo tecnico;

- un rappresentante di Uncem che coadiuva il responsabile del progetto;

- un rappresentante di Anci;

- tecnici individuati dai soggetti istituzionali coinvolti nella linea progettuale, così come previsto all'articolo 8; Il Gruppo tecnico può essere integrato, se ritenuto opportuno, da soggetti di volta in volta individuati dalla Cabina di regia in funzione degli obiettivi trattati.

Il Gruppo tecnico ha il compito di:

- recepire gli indirizzi formulati dalla Cabina di regia;

- elaborare i Piani operativi annuali per ciascuna linea progettuale, sulla base degli indirizzi predisposti dalla Cabina di regia, e finalizzati al raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 2;

- garantire l'omogeneità e il monitoraggio degli interventi a livello locale;

- sostenere, in collaborazione con la Cabina di regia, il coordinamento e il raccordo con le altre attività o progetti avviati dagli stessi firmatari in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale.

Articolo 11

Impegni dei soggetti firmatari

Regione Toscana, Uncem Toscana e Anci Toscana si impegnano, ciascuno per quanto di competenza, a:

- supportare e implementare l'intero Accordo attraverso azioni di sistema individuate dal Piano operativo, grazie a risorse tecniche appositamente individuate;

- garantire la partecipazione dei propri rappresentanti alla Cabina di regia e al Gruppo tecnico, secondo quanto richiesto agli articoli 5 e 7, per tutta la durata dell'Accordo e secondo il calendario stabilito per gli incontri di tali organismi;

- favorire localmente la partecipazione alle attività previste dall'Accordo, di tutti quei soggetti della società civile e in particolare modo del terzo settore che, direttamente o indirettamente, sono coinvolti nella progettazione delle politiche socio-sanitarie locali;

- realizzare scambi collaborativi nell'ottica della definizione di linguaggi comuni e trasversali agli enti coinvolti e alle politiche socio-sanitarie funzionali alle attività di programmazione territoriale.

Articolo 12

Soggetti coinvolti

Per ciò che concerne la gestione delle risorse viene individuato quale soggetto capofila Uncem Toscana, che presiede alla complessiva attuazione dei piani operativi derivanti dal presente Accordo e provvede alla predisposizione delle Relazioni annuali di cui all'articolo 10.

Articolo 13

Modalità di gestione dell'Accordo

Dal punto di vista tecnico è individuata la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, quale struttura responsabile del coordinamento del presente Accordo, demandando alle strutture regionali competenti tutte le attività, procedure, atti e provvedimenti necessari per la gestione organizzativa e operativa dell'Accordo stesso.

Articolo 14

Risorse

La Regione Toscana sostiene finanziariamente le attività necessarie al raggiungimento degli

Articolo 10

Relazione annuale

Entro 60 giorni successivi al periodo di vigenza del Piano operativo annuale, Uncem, in qualità di soggetto capofila, di cui all'art. 12, con il supporto del Gruppo tecnico afferente a ciascuna linea progettuale, presenta alla Cabina di regia la Relazione annuale relativa a ciascuna linea progettuale.

La Relazione annuale deve contenere:

- l'elenco delle attività svolte;

- i risultati conseguiti relativi agli obiettivi fissati nel Piano operativo dell'annualità cui si riferisce il rendiconto;

- le risorse utilizzate;

- il rendiconto economico-finanziario.

Articolo 15

Tutela della privacy

Le parti del presente accordo, nell'ambito del perseguimento dei propri fini istituzionali, provvederanno al trattamento dei dati personali strettamente necessari, non eccedenti e pertinenti unicamente per le finalità di cui all'art. 2 dello stesso, nel rispetto di quanto previsto nel Dlgs 196/2003 "Codice in materia di protezione di dati personali". Il trattamento dei dati personali sarà inoltre improntato ai principi di correttezza, liceità e tutela dei diritti degli interessati.

Articolo 16

Eventuali modifiche

Eventuali modifiche al presente Accordo, dovute al mutare delle condizioni organizzative, delle attività poste in essere o dei contenuti finanziari stabiliti, daranno luogo a specifiche variazioni dello stesso da approvare con appositi successivi atti.

Precedenti Protocolli e Accordi già in essere, relativi a materie contemplate nel presente Accordo, vengono a esso ricondotti.

Articolo 17

Durata

Il presente Accordo ha validità triennale a decorrere dalla data della sua sottoscrizione. ●

Sanità Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

vice direttore
ROBERTO TURNO

comitato scientifico
Edoardo Majno
Susanna Cressatti
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 47 del 18-24 dicembre 2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

"Sanità Toscana" è una pubblicazione informativa realizzata in base a un accordo tra Il Sole-24 Ore Spa e la Regione Toscana

STILI DI VITA Indagine sulla mobilità a due ruote dei cittadini tra i 14 e i 70 anni



Va in bici un toscano su due

Le donne la usano in città, gli uomini fuori porta - Le ragioni dei «pigri»

Toscana terra di ciclisti. Non è il solito luogo comune legato alla grande tradizione sportiva, ai campioni e ai trionfi da loro ottenuti. È il risultato che emerge dalla prima indagine condotta dalla Regione per analizzare l'uso della bicicletta in Toscana e fotografare i numeri di un fenomeno già consistente, ma destinato a crescere ancora di più. L'indagine "La mobilità ciclabile in Toscana" è stata condotta su un campione di circa 5.000 cittadini toscani tra i 14 e i 70 anni, una fetta di popolazione che in Toscana conta circa 2 milioni e 700mila persone.

Chi va in bici. Il 50% dei cittadini toscani di età compresa nella fascia analizzata va in bici (il 17% circa soltanto in città, il 15% fuori dall'ambito urbano, il 18% sia in città che fuori). La percentuale dei "ciclisti" cresce progressivamente con la dimensione dei centri abitati. I dati dicono che a utilizzare la bicicletta sono soprattutto maschi, occupati e con elevato titolo di studio. Analizzando i diversi tipi di utilizzo la situazione si differenzia: donne, giovani e ultrasessantenni usano maggiormente la bici in città. Le donne, nello specifico, la usano come vero e proprio mezzo di trasporto per sbrigare piccole commissioni. Invece sono soprattutto uomini quelli che scelgono la bicicletta come strumento ricreativo, e fanno con essa escursioni e pedalate fuori città. Una "anomalia" rispetto al trend generale della Toscana è rappresentata dall'area metropolitana fiorentina, dove la bicicletta è utilizzata soprattutto dalla fascia di età 35-60 anni (51,4%).

In città. I risultati dell'indagine dicono che il 35,1% della popolazione in età 14-70 anni utilizza la bicicletta in ambito urbano, questo vuol dire quasi 943.000 persone in tutta la Toscana. I ciclisti cittadini usano la bici soprattutto per svago, nel tempo libero e per sport (il 53,2%), ma è molto significativa (38%) anche la percentuale di chi pedala per recarsi nei luoghi di studio e lavoro o per accompagnare i figli a scuola. Nei Comuni di grosse dimensioni sono soprattutto le donne a usare la bici come vero mezzo di trasporto (spostamenti occasionali e sistematici). In quelli medio-piccoli prevalgono i maschi che la utilizzano per motivi ludico-sportivi. Inoltre 4 ciclisti cittadini su 10 ne fanno un uso assiduo, almeno 5 volte a settimana. Ostacoli maggiori all'utilizzo in città: traffico e assenza o inadeguatezza delle piste ciclabili. Il trend di utilizzo urbano è segnalato costante (55%) o in aumento (25%). Una buona fetta di chi sceglie la bicicletta in città (38,8%) dice di farlo per le caratteristiche positive del mezzo: è pratica, comoda, veloce rispetto all'auto ed ecologica.

Un progetto da nove milioni per cinque grandi itinerari ciclabili

Cinque grandi itinerari ciclabili e nove milioni di euro in tre anni per fare in modo che la Toscana sia sempre più una "terra di ciclisti". Questo il progetto della Regione per una grande rete regionale della mobilità ciclabile, che è stato presentato dall'assessore regionale alle Infrastrutture e ai trasporti, Luca Ceccobao, nel corso del convegno "Idee pedalabili 2012" organizzato a Rapolano Terme da Ari (Audax Randonneur Italia) in collaborazione con Regione Toscana e Provincia di Siena.

Le cinque grandi vie ciclabili previste nel nuovo Priim, il Piano regionale integrato delle infrastrutture e della mobilità, saranno:

- **Ciclopista dell'Arno**, dal monte Falterona alla foce attraverso 48 Comuni e 4 Province per un totale di 270 km (380 se si considerano i percorsi locali di connessioni) in parte già realizzati. Progetto in collaborazione con Fiab. La ciclopista del-

l'Arno dovrà inoltre integrarsi con il Sentiero della Bonifica, che si snoda verso il sud della regione;

- **Ciclopista Tirrenica**, lungo tutto il litorale toscano dalla provincia di Grosseto a quella di Massa Carrara;

- **Ciclopista della Via Francigena**, lungo l'antico tracciato della strada dei pellegrini;

- **Itinerario ciclabile dei "Due Mari"**, una sorta di "Coast to coast" in versione italiana da progettare lungo un percorso che partirà dal litorale tirrenico, toccherà Grosseto-Siena-Arezzo e poi dovrebbe proseguire sull'altro versante dell'Appennino fino al mare Adriatico;

- **Rete regionale delle ciclostazioni**, una rete di "stazioni" per biciclette poste vicino alle stazioni ferroviarie, nata dall'idea di favorire lo scambio tra i mezzi di trasporto più sostenibili dal punto di vista ambientale, cioè bicicletta e treno. Proget-

to in collaborazione con Fiab.

«Abbiamo deciso - ha detto l'assessore Ceccobao - di destinare a questo scopo ben 9 milioni di euro in tre anni, partendo dall'ambizioso progetto di una ciclopista dell'Arno che segua il corso del fiume dalla sorgente alla foce. Faremo questo investimento perché crediamo nell'uso della bicicletta come mezzo di trasporto urbano ed extraurbano. E crediamo anche nel cicloturismo come mezzo per incentivare il turismo sostenibile». Il primo progetto sul quale si lavorerà sarà quello della ciclopista dell'Arno, un progetto in parte già realizzato sul quale saranno investiti 9 milioni di euro destinati dalla Regione. Si stima che entro il 2015 il 50% della ciclopista dell'Arno sarà ultimato. Gli altri itinerari sono ancora in fase di definizione, i loro progetti progrediranno contemporaneamente alla realizzazione della prima grande arteria ciclabile della Toscana.

(15,1%). Circa due terzi dei non utilizzatori appaiono totalmente indisponibili all'uso della bicicletta, anche per il futuro, sia in ambito urbano che non urbano. Chi, invece, si dimostra più propenso a cambiare abitudini chiede più piste ciclabili o corsie riservate.

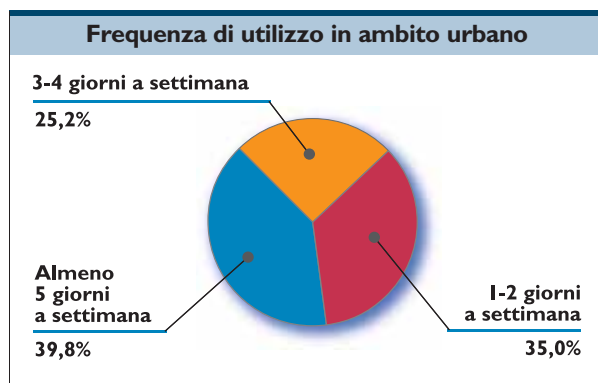
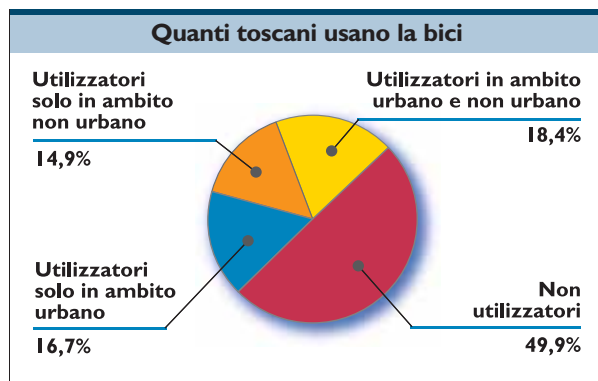
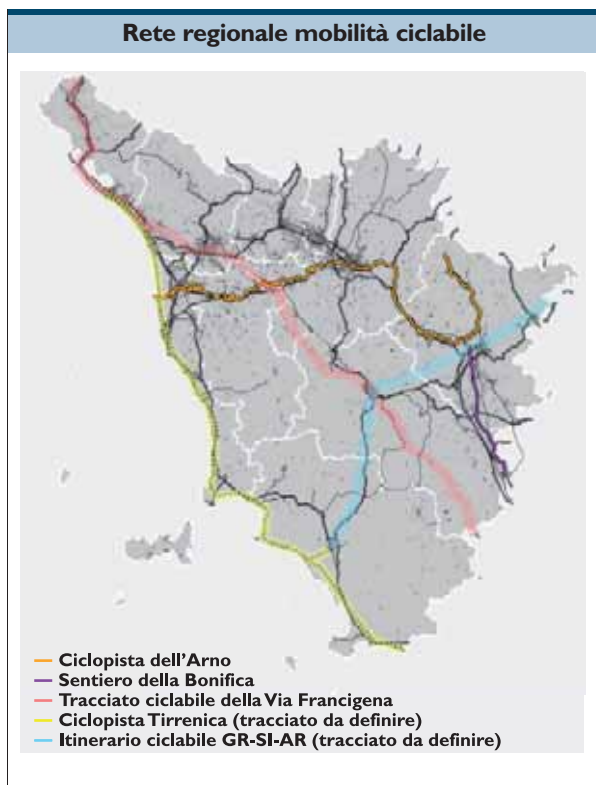
Piste ciclabili. Soltanto il 27% dei ciclisti toscani usa le piste ciclabili. La percentuale sale molto (56%) nei centri urbani e cresce proporzionalmente alle dimensioni del centro abitato. Il 71,7% di chi utilizza le piste ciclabili le usa solo nel proprio Comune di residenza. I ciclisti considerano come elementi più soddisfacenti la chiarezza della segnaletica e l'ampiezza delle piste, mentre ritengono poco soddisfacenti la comodità di ingresso e di uscita, l'illuminazione, la sicurezza negli attraversamenti, la lunghezza e la capillarità sul territorio. L'aspetto più critico resta la continuità-interconnessione, che non ottiene un voto sufficiente. La soddisfazione per le piste ciclabili risulta in genere molto più modesta nell'area metropolitana fiorentina e nei Comuni di maggiori dimensioni, cioè proprio nei contesti che, risentendo maggiormente dei problemi legati al traffico, hanno una maggiore esigenza di percorsi sicuri e protetti.

Sicurezza. Il 57% dei toscani giudica poco o per nulla sicuro l'utilizzo della bici. In città la percentuale di chi la considera per nulla sicura è del 10%; si sale al 16% fuori città.

La percezione di sicurezza varia in funzione delle esperienze maturate, cioè il ciclista si sente più sicuro nelle realtà conosciute e ha maggiore timore verso situazioni che non ha precedentemente sperimentato: chi usa la bici la considera più sicura rispetto a chi non la usa, chi la usa solo in città si sente più sicuro in ambito urbano e meno in ambito non-urbano; chi la usa solo fuori città si sente più sicuro in questi contesti che nel traffico cittadino. Il senso di insicurezza è legato soprattutto all'eccesso di traffico e all'assenza delle piste ciclabili. I ciclisti contestano agli automobilisti soprattutto l'eccesso di velocità e la distrazione alla guida. Gli automobilisti contestano ai ciclisti un modo scorretto di occupare la carreggiata, in particolare l'andare in gruppo e il procedere al centro della carreggiata.

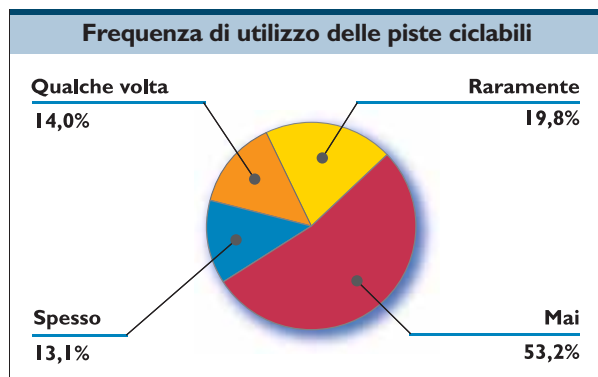
Migliore il rapporto con i pedoni, infatti nel 63,2% dei casi non viene segnalato nessun tipo di problema. Negli altri casi i pedoni evidenziano la tendenza dei ciclisti a non rispettare il codice della strada, a passare sui marciapiedi, sulle strisce o nelle pedonali e a procedere contromano.

Pagina a cura di Pamela Pucci
Agenzia Toscana Notizie



Toscani in bici per sesso e fasce d'età

Caratteristiche socio-demografiche	Utilizzatori di biciclette		
	Ambito urbano	Ambito non urbano	Ambito urbano e non urbano
Maschi	29,7	29,1	41,2
Femmine	37,7	30,6	31,7
Totale	33,4	29,8	36,8
Classe di età			
14-34	34,9	34,0	31,1
35-60	29,9	31,1	39,1
61-70	42,7	17,3	40,1



gica. Gli utilizzatori pensano che per aumentarne ulteriormente l'uso sarebbe necessario aumentare le zone a traffico limitato e le aree pedonali e dedicate alle bici.

Fuori città. Gli utilizzatori della bicicletta in ambito non urbano sono pari al 33,3% della popolazione toscana in età 14-70 anni, cioè esattamente un cittadino toscano su tre (cir-

ca 894.000 persone). La bici viene usata soprattutto per svago (67,1%), gite fuori porta (25,6%) o allenamento (22,1%) e si percorrono soprattutto strade asfaltate al di fuori dei centri abitati. Anche se nella maggioranza dei casi l'utilizzo non urbano della bici è rimasto costante (56,7%) nell'ultimo anno, tra chi ha cambiato abitudine è prevalsa la tenden-

za a diminuirne l'uso (24%), soprattutto tra i giovani di età compresa tra i 14 e i 34 anni. I maggiori ostacoli alla diffusione dell'uso della bici fuori dai centri abitati vengono individuati nel traffico automobilistico e nell'assenza o inadeguatezza delle piste ciclabili. Altri ostacoli sono i percorsi disagiati e le cattive condizioni del manto stradale.

Niente bici. La metà della popolazione (49,9%) che non usa o usa molto raramente la bici indica come motivo principale di questa scelta il non trovarla adatta ai propri spostamenti. Altre motivazioni di rilievo fatte presenti da chi non usa la bicicletta sono i percorsi urbani disagiati (17,8%) e il fatto che la bici viene percepita come un mezzo faticoso

AREZZO

In campo una squadra di professionisti e un'organizzazione ad hoc

Lotta all'insufficienza renale



Quasi 35mila pazienti nella Provincia - Collaborazione multidisciplinare

Un aretino su dieci soffre di malattie renali e l'Asl 8 Arezzo registra una intensa attività della nefrologia, dalla dialisi alle visite specialistiche all'attività sul territorio. L'azienda aretina sta mettendo in campo una squadra di professionisti e una organizzazione importanti davanti a dei numeri che parlano da soli.

Per la degenza in nefrologia, si registrano 400 ricoveri all'anno nel solo reparto di Arezzo per patologie renali acute non trattabili ambulatoriamente.

La Nefrologia ambulatoriale conta 400 nuovi pazienti all'anno, attività svolta in tutte le 5 zone, e sono oltre 5.000 le visite all'anno dei pazienti affetti da malattie renali croniche. Per ciò che riguarda la Nefrologia trapianto sono seguiti attualmente 102 pazienti che hanno avuto un trapianto di rene, con oltre 500 controlli annui (attività concentrata al San Donato) e all'interno dell'attività di dialisi sono 230 i pazienti seguiti per la emodialisi e 20 quelli per la dialisi peritoneale.

Un intenso lavoro sotto il profilo organizzativo visto che l'insufficienza renale è una patologia cronica sempre più diffusa, che spesso complica il decorso o può essere la conseguenza di altre malattie come l'ipertensione arteriosa, il diabete e le malattie cardiovascolari. Nella sola provincia di Arezzo sono quasi 35.000 le persone portatrici di una malattia renale più o meno avanzata. Una ogni 10 abitanti. Di queste molte non sanno di essere ammalate perché chi soffre

di insufficienza renale, nelle fasi iniziali, può non accorgersi della malattia fino al punto in cui la funzione dei reni cessa: a quel punto è necessario sottoporsi a terapie come la dialisi o il trapianto di rene.

Al contrario, riconoscere precocemente una malattia renale e iniziare le cure appropriate, può evitare o rallentare la progressiva perdita della funzionalità dei reni.

Non è un caso, quindi, che nel territorio dell'azienda sanitaria i medi-

ci di famiglia sono ormai ampiamente sensibili al problema e già da tempo sono partite collaborazioni con gli specialisti e tra gli specialisti; gli ambulatori congiunti tra Diabetologia e Nefrologia funzionano da qualche anno, mentre nuove collaborazioni con la Cardiologia, soprattutto nell'ambito dello scompenso cardiaco, sono all'orizzonte.

Pierluigi Amorini
Ufficio Stampa Asl 8 Arezzo

EMPOLI / 1

«Stretching in classe» nelle scuole contro la sedentarietà degli allievi

Riprende il via il progetto "stretching in classe". La sperimentazione regionale, avviata nello scorso anno nelle Asl di Pistoia, Prato e Empoli, ha coinvolto bambini delle primarie e ragazzi delle scuole secondarie di primo grado di Ponte a Egola e della frazione la Scala. Il campione è stato di oltre 400 studenti. La partecipazione è più che quadruplicata nell'anno in corso, con grande coinvolgimento delle insegnanti. Le classi partecipanti sono 136 per un totale di circa di 2.500 studenti.

Il progetto è finalizzato a contrastare gli effetti della sedentarietà in ambito scolastico, trasmettendo un messaggio teso a favorire il movimento: 10 minuti di stretching tutti i giorni, esercizi semplici che possono intervenire per ridurre i problemi di una posizione prolungata, spesso scorretta, nei banchi scolastici. Il progetto si articola in 2 percorsi: "stretching in classe" e una parte di sperimentazione, "stretching in classe e life skills". Il termine "life skills" è riferito a un insieme di abilità cognitive, emotive e relazionali di base, che consentono alle persone di stare bene ed essere efficaci a livello individuale e sociale.

Il progetto è illustrato agli insegnanti con una riunione, dove sono anche messi in atto gli esercizi tecnici grazie alla partecipazione e collaborazione di alcune insegnanti delle varie scuole, laureate in Scienze motorie. Per la sperimentazione sulle "life skills", a partire dal 27 novembre, sono previste tre sedute di 2 ore ciascuna, dove l'"allenatrice emotiva", Barbara Quadernucci, provvede alla formazione-informazione delle insegnanti, per sollecitare poi il giovane studente a promuovere le proprie abilità.

Per stimolare un maggior coinvolgimento del bambino è previsto l'uso, nei 10 minuti di stretching giornaliero, di una serie di musiche rilassanti che accompagnano l'attività fisica. Nelle prime due settimane gli insegnanti fanno da guida, in seguito il compito viene svolto, a turno, da ogni bambino che assume il ruolo di "guida". A ogni giovane studente è fornita una pagina con il manifesto degli esercizi per permettere di studiare e assimilare meglio le sequenze e magari proporle anche a casa e agli amici.

Maria Antonietta Cruciatà
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

Coinvolti 136 classi e 2.500 studenti di elementari e medie

EMPOLI / 2

Asl e Misericordie aiutano il Senegal: attrezzature sanitarie e formazione

Nel corso di un incontro nei locali del Centro direzionale dell'Asl 11 Empoli, una delegazione composta da sanitari e da rappresentanti istituzionali del Senegal ha testimoniato il buon esito della donazione di attrezzature sanitarie che l'Asl e la Misericordia di Santa Croce hanno effettuato a favore del Comune di Meckhe.

Nei mesi scorsi, infatti, l'Asl 11 ha donato al Centre de Santé de Meckhe, l'Ospedale del Comune senegalese, 35 letti per degenti, medicinali e altri arredi, mentre la Misericordia di Santa Croce, con il Rotary Club Fucecchio Santa Croce, lo ha dotato di un'ambulanza. Il materiale medicinale dismes-

Forniti gli arredi per il Centre de Santé di Meckhe

so dall'ospedale di Empoli e privo di valore economico per obsolescenza può invece essere riutilizzato nelle realtà sanitarie nelle quali vi sono altre necessità primarie.

Alla presenza del direttore sanitario Renato Colombai e del direttore amministrativo dell'Asl 11 Antonella Valeri, del governatore della Misericordia di Santa Croce Alessandro Marconcini e dell'infermiere Giuseppe Neri referente della cooperazione sanitaria internazionale per l'Asl, i 6 delegati senegalesi hanno illustrato il fun-

zionamento del loro sistema sanitario e la realtà assistenziale e ospedaliera nel Comune di Meckhe, dimostrandosi interessati ad apprendere i meccanismi del sistema socio-sanitario e del settore dell'associazionismo volontario del territorio.

Mamadou Djite, capo delegazione e consigliere comunale di Meckhe incaricato delle relazioni decentralizzate, Sokhna Diara Bousso Diop, responsabile della commissione Sanità e medico ginecologo del Centre de Santé, A h m a d o u MBacké Djite, responsabile relazioni sociali in Italia per il Comune di Meckhe, Mbacké Djite rappresentante dei senegalesi a Santa Croce, Sidaty Mouhamed e Fatou Bintou rappresentante senegalese a Bergamo, hanno ringraziato sia la Misericordia di Santa Croce sia l'Asl 11 per l'attività a favore delle 120mila persone assistite all'ospedale di Meckhe, auspicando la possibilità di realizzare scambi per promuovere la formazione dei loro professionisti e sostenere lo sviluppo socio-assistenziale del Paese africano.

M.A.C.
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

LIVORNO

Numero dedicato anti-violenza per collegare ospedali e questura

È stato presentato il nuovo collegamento telefonico diretto con "numero dedicato" tra le sale di pronto soccorso degli ospedali di Livorno e Cecina e le rispettive sale operative della questura e del commissariato locale.

Da pochi giorni è possibile segnalare direttamente alle sale operative della questura quelle situazioni per le quali si ritenga necessario l'intervento delle forze dell'ordine.

«Si tratta di una delle nuove iniziative - ha spiegato Monica Calamai, direttore generale dell'azienda sanitaria Livorno - realizzate nell'ambito del nuovo protocollo sottoscritto tra prefettura, tra azienda sanitaria e forze dell'ordine finalizzate a rafforzare le misure di prevenzione e sicurezza per le vittime di violenze e a tutela degli stessi operatori sanitari. Tale iniziativa, fortemente voluta e realizzata grazie alla fondamentale collaborazione del questore di Livorno, Marcello Cardona consentirà, in caso di emergenza, di attivare, con rapidità ed efficacia, l'intervento delle volanti della Polizia».

«Questo percorso - ha detto Francesco Zerilli, dirigente Divisione anticrimine - sarà attivato nei casi in cui non sia presente l'agente del posto fisso di polizia o quando si tratti di una situazione che non può essere gestita dallo stesso. Penso, a esempio, al comportamento minaccioso e aggressivo da parte di un accompagnatore della vittima che può capitare quando l'aggressore cerchi di far passare l'episodio come accidentale».

«Si tratta di un nuovo tassello - ha precisato Rosa Maranto, referente del progetto "Percorso Rosa" - che arricchisce le iniziative tese al contrasto della violenza».

«Il nuovo strumento - ha ricordato Mauro Pratesi, direttore pronto soccorso di Livorno - è un importante ausilio per le strutture come la nostra sia per salvaguardare la vittima di violenza, ma anche a tutela degli stessi operatori che potranno contare, in qualsiasi momento, su interventi ancora più rapidi».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

L'iniziativa fa parte del nuovo protocollo con la prefettura

IN BREVE

▼ PISA

Il 7 dicembre Pisa ha ospitato il convegno del Capitolo Toscano della Società italiana di cure palliative, importante incontro per gli operatori specialisti nel settore delle terapie contro il dolore e per gli utenti. La legge 38/2010 dedicata alle cure palliative e alla terapia del dolore, nel definire come un diritto l'essere curati se abbiamo dolore e quello di ricevere cure anche quando la malattia non è più guaribile, sancisce anche la necessità della formazione dei medici in cure palliative. Una sessione è stata dedicata alla tecnologia e come questa possa essere presente e migliorare il percorso del fine vita. All'incontro erano presenti anche i medici di famiglia per condividere percorsi territoriali che necessitano di maggior complessità assistenziale.

▼ AREZZO

L'urologia di Arezzo cresce ancora in termini di qualità, grazie al continuo e prezioso aggiornamento dei suoi operatori. Tiziano Verdacchi, chirurgo del team guidato da Michele De Angelis, ha conseguito un master europeo di secondo livello in urologia robotica, diventando così uno dei (soli) quattro medici italiani in possesso del titolo. È stata la Asl 8 a sostenere economicamente l'iscrizione del chirurgo aretino al master, tramite i fondi destinati alla formazione. Tiziano Verdacchi, ad Arezzo, si affianca a Filippo Annino e a Marco Castigli nell'essere completamente indipendente sia al tavolo operatorio che alla consolle, per la chirurgia urologica robotica, permettendo di poter iniziare la formazione di un altro medico.

▼ VIAREGGIO

Collaborazione stretta tra Asl 12 Viareggio e Capitaneria di porto. Tra i progetti realizzati il "Protocollo operativo soccorso sanitario in mare", un'idea partita dalla Versilia diventata un modello regionale. Un accordo, senza costi aggiuntivi per i due enti coinvolti, che rappresenta una risposta pronta e qualificata per tutte le persone in difficoltà in mare. Il protocollo è stato presentato al nuovo direttore generale della Asl 12 e nella stessa occasione il Comandante Andrea Vitale della base aerea mobile della guardia costiera di Sarzana ha fatto il punto sulle iniziative di formazione che hanno coinvolto medici, infermieri e del 118 sulle nozioni teoriche e pratiche nell'utilizzo degli elicotteri in diverse occasioni di soccorso.

CALENDARIO

18 DIC. 2012

FIRENZE

«Disabilità, per capirci di più partiamo dalla A di Anagrafe» è il convegno al Centro di Formazione il Fuligno sulla prima anagrafe dei soggetti con attestazione di disabilità residenti nel territorio dell'Asl come strumento di progettazione e realizzazione di interventi nel settore. Info: 0556938418; pietro.galliani@asf.toscana.it

19 DIC. 2012

LIVORNO

In programma tra Centro Basaglia e distretto socio-sanitario di Donoratico l'evento «La comunicazione di un danno in ambito sanitario» per far acquisire conoscenze e competenze sui processi comunicativi, in particolare nell'interazione operatori-pazienti-familiari. Info: 0586223276, uff.formazione@usl6.toscana.it

21 DIC. 2012

SIENA

Conferenza di fine anno all'Aula Magna dell'Università per stranieri del Dipartimento infermieristico-ostetrico. Saranno presentati risultati e sviluppo delle attività nelle aree di assistenza infermieristico/ostetrica ospedaliera, territoriale, emergenza-urgenza, salute mentale. Info: 0577536065; formazione.siena@usl7.toscana.it



Regione Toscana

I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria
Elettronica guardi
le tue analisi sul pc.
Convieni a tutti.

Quasi a tutti.

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria