

Una task force che protegge le fasce deboli

di Paolo Bischèri *

Spiegare che cosa è la task force per le fasce deboli della popolazione non è un'impresa facile. Inizierò quindi con il dire che non si tratta di un'idea astratta che qualcuno si è inventato per fare bella figura. Quello che è stato realizzato a Grosseto ne è la dimostrazione.

Per quanto mi riguarda devo dire di essermi trovato all'interno di questo progetto all'improvviso e di essere stato immediatamente assorbito e affascinato dalla sua filosofia. La prima cosa che mi ha sorpreso è stata la sua geniale semplicità e concretezza. L'obiettivo fondamentale era, infatti, quello di creare un gruppo di lavoro, composto di varie professionalità, che collaborando tra loro, dessero un concreto aiuto alle vittime di violenza. In tema di tutela delle fasce deboli della popolazione, pensare a un effettivo e concreto coordinamento tra varie istituzioni, che per ruolo e funzioni sono chiamate a intervenire, è stata da subito un'idea condivisa da tutti. Concretizzare però tutto questo ha richiesto un grande impegno professionale associato a una buona dose di umiltà.

L'attività svolta collettivamente dalla task force grossetana permette di dare alle vittime una risposta in termini di efficacia, efficienza, e rapidità maggiore di quanto ciascuna istituzione può dare singolarmente. Infatti, le persone e i loro pro-

CONTINUA A PAG. 2

POLITICHE DI GENERE

Da gennaio il progetto Codice rosa è attivo nei Ps di cinque Asl

Pronto soccorso anti-violenza

In pista squadre operative formate per accogliere e curare le vittime

Si susseguono sullo schermo immagini di donne, uomini, anziani e bambini che hanno in comune una tristezza profonda, spesso la pelle segnata da ombre scure... lividi, abrasioni, sguardi nemmeno più impauriti, ma spenti... arresti

La voce parla di milioni di donne che nel mondo dovrebbero figurare nelle statistiche, ma i numeri che dovrebbero contenerle invece risultano vuoti, donne mai nate perché ritenute una sventura e la loro nascita negata. La voce racconta di anziani che portano sul corpo i segni di maltrattamenti che non racconteranno mai nonostante la durezza delle condizioni familiari che li mettono ai margini, portatori di handicap che non hanno né la forza né la capacità di opporsi a violenze fisiche e psicologiche, ragazzi e ragazze ai quali non è permesso di vivere liberamente la propria sessualità, bambini testimoni di violenze familiari, tutte persone che per la loro condizione di debolezza più facilmente diventano vittime di violenze.

Ma la voce e le immagini non raccontano solo delle vittime e delle loro sofferenze ma anche di speranza, di quello che è possibile fare per accoglierle e aiutarle. Il contesto è quello del corso di formazione per il personale che compone le squadre operative nelle Asl di Grosseto, Arezzo, Prato, Lucca e Viareggio nell'ambito del progetto regionale per l'accoglienza e la tutela delle vittime di violenze ormai da tutti chiamato "Codice rosa". Il colore rosa, che non rappresenta più solo il genere femminile, viene utilizzato nelle strutture di pronto soccorso per identificare i casi che necessitano di una attenzione e un "ascolto" particolare, per cercare dietro a certi sguardi sfuggenti o a giustificazioni poco credibili, il dramma che spesso si nasconde e che cela una richiesta inespressa che se accolta può "schiodarsi" in una domanda di aiuto.

Il pronto soccorso quindi come punto di arrivo, cura e non solo, ma anche per l'attivazione, nel caso in



Il team grossetano

LE VOCI DEI PROTAGONISTI

Pazienti e operatori si raccontano

L'esperienza di Grosseto diventa un libro: sarà presentato a Firenze il 12 marzo

Dall'esperienza del "codice rosa" di Grosseto è nato anche un libro, «Codice rosa. Il magico effetto domino», che raccoglie le storie di «vittime e carnefici» e le testimonianze degli operatori, la task force che lavora in perfetto spirito di squadra. L'effetto domino del titolo è quello che contagia tutti gli operatori - personale sanitario, magistrati, forze dell'ordine - che vengono coinvolti nel lavoro del "codice rosa". Presente una prima parte narrativa che racconta la nascita del codice rosa e della task force interistituzionale a esso collegata.

Poi, sullo sfondo dei casi di cronaca raccontati - particolarmente drammatici perché purtroppo veri - emergono i «protagonisti», che non sono soltanto le vittime e gli aggressori, ma anche operatori sanitari, investigatori e magistrati che hanno dato vita a questo progetto.

Un libro, si sottolinea tra le 120 pagine, «destinato a chi crede che i sogni a volte si avverano e a quelli che sono certi che coltivarli non è inutile. Anzi, possono essere l'inizio di un progetto di lavoro. Se puoi sognarlo puoi farlo, è stato detto. È un racconto rivolto non a chi legge e basta, ma a quelli che leggono e conservano la memoria, esercizio indispensabile per imparare e progettare il futuro».

Il libro, edito da Pacini, verrà presentato alla libreria Feltrinelli di Firenze, via de' Cerretani 30, lunedì 12 marzo alle ore 17.30. Con gli autori, Giuseppe Meucci (giornalista), Vittoria Doretto (medico) e Giuseppe Coniglio (Procuratore della Repubblica di Grosseto), ci saranno Daniela Scaramuccia, assessore al Diritto alla salute della Regione Toscana, e Beniamino Deidda, Procuratore della Repubblica di Firenze. Condurrà l'incontro Maria Cristina Carratù, giornalista di Repubblica.

cui la situazione lo richieda, della collaborazione delle strutture territoriali per accoglienza in luoghi protetti delle vittime e dei loro familiari, e in caso di denuncia, per il coinvolgimento della Procura e delle forze dell'ordine per il repertamento delle prove e l'avvio delle procedure per assicurare più celermente alla giustizia gli autori del reato.

Per rispondere in modo adeguato alle situazioni di emergenza che oltre agli aspetti di cura richiedono anche attenzione alla tutela e alla sicurezza delle persone che sono state oggetto di violenza, è indispensabile poter contare su un lavoro di squadra. Il personale del pronto soccorso, ma anche delle forze dell'ordine, deve poter agire secondo modalità di intervento e procedure condivise per accogliere le vittime nel rispetto dei tempi dei loro silenzi, per ricreare quella condizione di "fiducia" che è stata distrutta dall'atto violento, ma che è indispensabile per ricostruire i rapporti interpersonali.

Tutto questo è possibile perché le "squadre" che lavorano nel pronto soccorso, hanno la possibilità di accogliere le vittime in locali adeguati che consentono la tutela della privacy e, già dal momento della loro costituzione, hanno condiviso momenti di formazione specifica, definito procedure operative, concordato modalità per il riconoscimento dei casi.

Il progetto "Codice rosa" che nasce nell'Asl 9 di Grosseto il 1° gennaio del 2010, nel 2012 diviene progetto regionale con l'avvio della sperimentazione nelle Asl di Arezzo, Lucca, Prato e Viareggio. Il Piano sociosanitario della Regione Toscana lo indica tra i progetti regionali, prevedendo la sua diffusione dal primo gennaio del 2013 nelle strutture di pronto soccorso di tutte le Asl per assicurare accoglienza, cura e assistenza alla popolazione su tutto il territorio regionale.

Paola Magneschi
Settore Diritti e Servizi socio-sanitari
della persona in ospedale
Regione Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2-7

IL PUNTO DI VISTA

«Io, farmacista sentinella in prima linea»

di Silvia Rispoli *

La mia esperienza con la "task force di Grosseto" è iniziata per caso parlando con la responsabile Vittoria Doretto e restando contagiata dalla passione che vive in questa squadra. Da quel momento, l'idea di essere la prima farmacista a far parte della "squadra" ha cambiato il mio modo di osservare chi mi sta intorno, sia nel mio lavoro sia

nella vita di tutti i giorni. Quando inizio un progetto, vorrei essere in prima linea e vivere in pieno tutto quello che può accadere, ma in certe situazioni ti rendi conto che sarebbe meglio non vederle mai, né come protagonista né come spettatore.

Il mio compito, quello dei 35 farmacisti addestrati

CONTINUA A PAG. 2

UNA "CASA" PER LE DETENUTE

«Mai più madri e figli in carcere: nascerà una sezione ad hoc»

di Enrico Rossi *

Ibambini non dovrebbero mai entrare in una struttura detentiva ed è un compito irrinunciabile di tutti i soggetti coinvolti individuare forme alternative per fare in modo che questo non accada mai più.

Per porre fine a questa drammatica situazione, la Giunta regionale ha approvato un finanziamento di 400.000 euro per la realizzazione di una sezione a custodia attenuata, destinata a ospitare detenute madri con i propri figli.

La cifra consentirà di avviare i lavori

di ristrutturazione di alcuni locali di un edificio di proprietà della Madonnina del Grappa, a Firenze.

Di questo progetto si parlava ormai da alcuni anni, ma finora era rimasto sulla carta. Ora, finalmente, siamo riusciti a riattivare la collaborazione tra tutti i soggetti che due anni fa hanno sottoscritto l'accordo, e contiamo di arrivare in tempi brevi alla realizzazione di questa importante struttura.

L'INTERVENTO A PAG. 3

ALL'INTERNO

Ecco le corsie per le donne

A PAG. 2

Ai punti nascita 700mila euro

A PAG. 3-5

Contro gli abusi vince la rete

A PAG. 6

POLITICHE DI GENERE L'Osservatorio salute donna promuove 10 strutture toscane



Corsie sempre più “rosa”

Tre bollini alle Aou di Careggi, Pisa, Siena e all'ospedale di Viareggio

In Toscana gli ospedali sono a misura di donna e la conferma arriva dai “bollini rosa” che l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna («O.N.Da») ha assegnato a dieci strutture toscane. I bollini rappresentano una segnalazione positiva sul livello di “women friendship” degli ospedali, cioè sul grado di attenzione posta non solo nei confronti dei campi della medicina dedicati alle patologie femminili, ma anche verso le esigenze specifiche delle donne ricoverate.

«O.N.Da», con il suo programma volto a identificare delle realtà clinico e/o scientifiche fortemente all'avanguardia nel panorama sanitario italiano al fine di facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne e premiare le strutture che possiedono caratteristiche a misura di donna, promuove quindi a pieni voti la Toscana. Questi gli ospedali toscani che hanno ricevuto i “bollini rosa”: tre bollini sono andati alle aziende ospedaliere universitarie di Careggi, Pisa e Siena, e all'ospedale di Viareggio (Asl 12); due bollini all'ospedale di Arezzo e a quello del Valdarno (Asl 8); un bollino agli ospedali di Santa Maria Nuova, a Firenze (Asl 10), Lucca (Asl 2), Prato (Asl 4), Pontedera (Asl 5). La cerimonia di premiazione si è svolta a fine 2011 a Roma.

L'attribuzione di un bollino rosa riconosce la presenza nell'ospedale di unità operative (da 1 a 3) che curano patologie femminili specifiche e l'applicazione dei Lea (livelli essenziali di assistenza), con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni, ac-

creditamento e certificazione per i requisiti alberghieri e strutturali. Due bollini vengono attribuiti a quegli ospedali che, oltre ai requisiti precedenti, abbiano almeno tre donne nel Comitato etico, che prevedano donne in posizioni di responsabilità ai vari livelli, personale di assistenza prevalentemente femminile, che sotto il profilo architettonico sottolineino la centralità della persona ricoverata, e che riservino particolare attenzione ai bisogni delle donne di etnie diverse. Il massimo riconoscimento, i tre bollini rosa, viene attribuito a quegli ospedali che, a tutte le caratteristiche già descritte, aggiungano un contributo in pubblicazioni scientifiche su patologie femminili, l'applicazione della normativa sull'ospedale senza dolore, il controllo del dolore nel parto e l'analgesia ostetrica.

Soddisfazione dall'assessorato per la classifica stilata dall'Osservatorio, giunta quest'anno alla sua quinta edizione, e per la segnalazione delle strutture che riconosce il lavoro svolto in questi dieci ospedali situati sul territorio regionale. Infatti, anche se le donne rappresentano la maggioranza dell'utenza dei servizi sanitari, ma non sempre gli ospedali offrono un trattamento adeguato alle loro esigenze e necessità, la Toscana ha dimostrato di essere una Regione molto attenta alle problematiche femminili anche sul versante sanitario. La cerimonia di premiazione si è tenuta a Roma a metà dicembre.

Roberto Tatulli

AL VIA LA SPERIMENTAZIONE PER L'ASSISTENZA

Stop alle mutilazioni genitali femminili

Implementare i flussi informativi sulla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, elaborare una bozza di protocollo operativo per l'assistenza e la cura, differenziare gli interventi di primo e secondo livello tra attività consultoriali territoriali e assistenza. Questi gli obiettivi della sperimentazione di un percorso di continuità ospedale-territorio per ciò che riguarda la prevenzione e la cura delle mutilazioni genitali femminili (Mgf) approvata dalla giunta regionale pochi giorni fa. Il progetto sarà realizzato dal Centro regionale di riferimento per le mutilazioni genitali femminili dell'Aou Careggi di Firenze, dalle attività consultoriali dell'Asl 10 di Firenze e da «Nosotras», associazione interculturale di donne attiva anche su questa tematica. La sperimentazione prevede l'affiancamento del personale medico del Centro di riferimento regionale, con una unità di personale ostetrico messo a disposizione dall'Asl 10 di Firenze, già operante nei consultori del territorio di competenza, e un operatore dedicato a funzioni di accoglienza e segreteria sociale dell'utenza del centro, di filtro e analisi del bisogno con orientamento ai servizi più adeguati ai bisogni espressi. L'operatore sarà messo a disposizione dall'associazione «Nosotras», proprio per le particolari conoscenze richieste nell'ambito di attività.

Questa sperimentazione è solo l'ultima azione portata avanti dalla Regione Toscana

che già dal 2006 si è attivata in merito elaborando nel gennaio dello stesso anno un programma di azione con l'obiettivo di analizzare il fenomeno, informare e comunicare, assistere e prevenire. Alla base, un ambizioso intervento culturale sulla popolazione autoctona e su quella di lunga e recente immigrazione, oltre alla preoccupazione di fornire strumenti efficaci agli operatori nel campo della salute e della scuola, per prevenire e combattere queste pratiche tradizionali nocive alla salute e ai diritti delle donne, sfruttando al meglio le possibilità d'azione messe a disposizione. Tra le azioni più significative il progetto «Conoscere per prevenire», la cui finalità era anche quella di migliorare la qualità dell'assistenza alle donne che hanno subito tale pratica, inserendo tra le attività da realizzare anche una più vasta azione di promozione della salute riproduttiva delle donne immigrate e, in particolare, della prevenzione oncologica e delle Ivig. Grazie agli interventi realizzati in questi anni, compreso il progetto riguardante la prevenzione delle Mgf nelle bambine, è stato stabilito un contatto con le associazioni e le comunità straniere dei diversi territori e sono stati fatti incontri tra utenti stranieri e operatori Crr e consultori. Così è stato possibile avvicinare, accogliere e assistere, alcuni casi di Mgf.

R.T.

STUDIO EPIC ITALIA COORDINATO DALL'ISPO DI FIRENZE

Tumori al seno: frutta e verdura fanno prevenzione

All'aumentare del consumo di tutte le verdure diminuisce il rischio di sviluppare un tumore al seno. È quanto emerge dai dati della ricerca portata avanti dalla Sezione italiana dello studio europeo Epic («European prospective investigation into cancer and nutrition study»), coordinati da Giovanna Masala dell'Ispo di Firenze, che ha analizzato l'associazione tra l'assunzione di frutta e verdura, sia nel loro insieme sia considerandone i diversi tipi, e il rischio di sviluppare il tumore della mammella.

Secondo la ricerca, andando poi ad analizzare l'effetto di singoli tipi di verdura, un ruolo im-

portante in questa riduzione del rischio è svolto dalle verdure a foglia consumate sia crude (nelle insalate) che cotte (bietole, spinaci, catalogna ecc.) particolarmente ricche di composti antiossidanti e tradizionalmente condite con olio extravergine di oliva. L'effetto protettivo è legato anche al consumo di altri ortaggi (peperoni ricchi in antiossidanti e vitamina C, melanzane, zucchini, fagiolini, carciofi ecc.) utilizzati soprattutto in preparazioni a cotto, e di pomodori crudi. Questi ultimi sono uno degli ingredienti essenziali delle nostre insa-

late miste insieme a lattuga, radicchi e altre varietà di ortaggi. L'effetto protettivo non era invece evidente per il pomodoro cotto, un aspetto tradizionale della dieta nel nostro Paese, consumato soprattutto come salsa per condire i primi piatti di pasta o per preparare piatti a base di carne. Le patate, occorre ricordarlo, non sono “verdure” e costituiscono anch'esse una fonte rilevante di carboidrati (e dei grassi - spesso scadenti - utilizzati per la cottura).

Nello studio italiano anche per la frutta non è emerso un

effetto protettivo specifico in accordo con segnalazioni recenti. Nel nostro Paese la frutta è consumata in modo abbastanza regolare anche nell'ambito di regimi alimentari tradizionali e comunque apporta molti composti naturali (vitamine, fibre ecc.). Il suo consumo deve comunque essere raccomandato per il ruolo nella prevenzione di altri tumori e più in generale per la promozione della salute. Lo studio è stato condotto su oltre 31mila donne, reclutate nei cinque centri italiani di Torino, Varese, Firenze, Napoli e Ragusa tra il

1993 e il 1998, con età compresa tra 36 e 64 anni, disponendo così di informazioni dettagliate sulla dieta e lo stile di vita nonché di una serie di misure antropometriche. Le donne toscane erano il gruppo più numeroso con oltre 10mila partecipanti. Dopo un periodo medio di follow-up di 11 anni, in questo ampio gruppo di donne adulte sono stati diagnosticati 1.072 casi di tumore alla mammella, invasivi e in situ. La comparsa o meno del tumore è stata quindi messa in relazione con il consumo di frutta e verdura riferito come abi-

tuale. Tutte le analisi sono state condotte utilizzando modelli statistici che hanno tenuto conto di altri fattori che sono noti per influenzare il rischio di sviluppare questo tumore, e quindi i risultati ottenuti non sono spiegati da questi altri fattori. L'indicazione principale che deriva da questo studio, tutto italiano, quindi è quella di aumentare in generale la presenza delle verdure sulle nostre tavole, con particolare attenzione alla varietà.

Domenico Palli
Direttore Unità Epidemiologia molecolare e nutrizionale
Ispo di Firenze

IL PUNTO DI VISTA (segue dalla prima pagina)

e di tutte le persone coinvolte nel grande “effetto domino” è quello di “sentinelle”, occhi vigili e punti di riferimento per chi si trova in difficoltà. Non essere più soltanto delle persone dietro un bancone che danno medicine e consigli in merito, ma un occhio vigile a servizio della popolazione, dei più deboli, che anche nel farmacista possono trovare un'ancora di salvezza per venire fuori dal buio in cui altri li hanno trascinati e così abbiamo fatto. Noi vogliamo e dobbiamo imparare a liberarci dei pregiudizi e osservare quei piccoli gesti, quegli sguardi che potrebbero essere insignificanti, ma che in realtà nascondono un mondo oscuro, una vita rovinata per colpa di altri.

Professioni e ruoli diversi, a vol-

te in contrasto, sono stati contagiati dalla forza travolgente di questo gruppo, che quando ti prende non ti lascia più. Si sono rimboccati le maniche e insieme perseguono un unico obiettivo: aiutare i più deboli, senza aspettarsi niente in cambio, perché basta uno sguardo, un sorriso, una stretta di mano per dimenticare la paura e la stanchezza provata.

La collaborazione tra più istituzioni, con il coinvolgimento di diverse categorie professionali, adeguatamente formate, è la strada giusta per contribuire all'emersione di un fenomeno, fino a ora poco conosciuto o riconosciuto.

Leggere sul giornale la conclusione di un caso, provare una profonda soddisfazione perché so di essere una di loro, persone in pri-

ma linea e altre, come me, che stanno “dietro le quinte”, ma che sono anelli, importanti, di una catena di solidarietà. Non è semplice e nessuno ha mai pensato il contrario, ma finalmente qualcuno ha avuto il coraggio di scendere all'inferno per portare un po' di luce e la collaborazione di tutti diventa fondamentale. Ognuno può e deve diventare una “sentinella”. Dire a tutte le vittime della violenza “siamo qui”, le istituzioni sono formate da persone come te che ti tendono la mano per tirarti fuori dall'oscurità che ti circonda.

* “Sentinella” per la task force di Grosseto e membro del consiglio dell'Associazione farmacisti non titolari di Grosseto

Una task force che protegge... (segue dalla prima pagina)

blemi sono affrontati in tutti i loro aspetti. Per ogni singolo caso, la task force, attuando le procedure previste con il “Codice rosa - percorso rosa” analizza e gestisce i vari casi di violenza, sia dal punto di vista sanitario che da quello giudiziario e socio-assistenziale, rispettando sempre la volontà della vittima e non imponendo in alcun caso decisioni d'imperio.

Sono convinto che i risultati positivi fino a oggi raggiunti dimostrino la validità di questo progetto e non siano solo il frutto di un buon protocollo d'intesa o della corretta attuazione di procedure scritte, ma soprattutto il prodotto di un lavoro svolto con dedizione da parte di tutti i soggetti coinvolti: autorità giudiziaria, personale socio-sanitario, forze dell'or-

dine e centri antiviolenza. Auspico che questa esperienza possa essere attuata anche in altre realtà e che i soggetti chiamati a operare possano dare il loro contributo con la stessa passione che contraddistingue la task force grossetana. Voglio altresì evidenziare che le parole di gratitudine e di ringraziamento ricevute in varie occasioni dalle vittime rappresentano motivo di soddisfazione professionale e umana e ci spingono a continuare nel nostro lavoro, orgogliosi di far parte di un gruppo che s'impegna ogni giorno per la realizzazione e il miglioramento di un progetto così ambizioso.

* Ispettore superiore della Polizia di Stato
Referente della task force
Questura di Grosseto

POLITICHE DI GENERE Una sezione a custodia attenuata per le detenute con i figli

Infanzia libera dal carcere



La Giunta ha stanziato 400mila euro per attrezzare il nuovo spazio

di Enrico Rossi *

I bambini non dovrebbero mai entrare in una struttura detentiva ed è un compito irrinunciabile di tutti i soggetti coinvolti individuare forme alternative per fare in modo che questo non accada mai più. Per porre fine a questa drammatica situazione, la Giunta regionale ha approvato un finanziamento di 400.000 euro per la realizzazione di una sezione a custodia attenuata, destinata a ospitare detenute madri con i propri figli. La cifra consentirà di avviare i lavori di ristrutturazione di alcuni locali di un edificio di proprietà della Madonna del Grappa, a Firenze. Di questo progetto si parlava ormai da alcuni anni, ma finora era rimasto sulla carta. Ora, finalmente, siamo riusciti a riattivare la collaborazione tra tutti i soggetti che due anni fa hanno sottoscritto l'accordo, e contiamo di arrivare in tempi brevi alla realizzazione di questa importante struttura.

Il progetto fa parte di un accordo complessivo, che vede coinvolti, oltre alla Regione, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, il Tribunale di sorveglianza, l'Opera delle Divine Provvidenze Madonna del Grappa e l'Istituto degli Innocenti. Alla Società della salute di Firenze verrà affidato il compito di attivare la rete dei servizi del territorio per dare

avvio ai percorsi socio-assistenziali ed educativi destinati a garantire la tutela della salute e la salvaguardia del rapporto madre-figlio.

Per non essere privati della vicinanza della madre, ora i bambini sono costretti a vivere dentro gli istituti penitenziari, con gravi ripercussioni sul loro sviluppo psico-fisico e sul rapporto madre-figlio. E quando compiono tre anni, vengono separati dalla madre, e portati fuori dal carcere, con altri traumi e conseguenze drammatiche (dal 1° gennaio 2014, per effetto della legge 64 del 2011, questo limite sarà spostato a sei anni di età, ma in questo modo il problema viene solo rinviato).

La volontà di creare un luogo dove ai bambini vengano risparmiate le dure conseguenze della detenzione ha portato al rafforzamento di un'alleanza tra istituzioni, che insieme si sono impegnate nella realizzazione di una sezione a custodia attenuata: una casa destinata ad accogliere le donne imputate o condannate, che abbiano con sé i figli, in modo da consentire ai bambini di vivere con la propria madre, senza però essere costretti a rimanere in carcere nel periodo più delicato della loro crescita.

L'impegno della Regione si è concretizzato attraverso il coinvolgimento degli enti competenti, l'attivazione

della rete dei servizi territoriali e l'individuazione delle risorse economiche necessarie per adeguare la struttura e avviare i percorsi socio-assistenziali ed educativi: aspetto, quest'ultimo, di competenza della Società della salute. La Madonna del Grappa ha messo a disposizione una propria struttura, una palazzina che sarà adeguatamente ristrutturata, dotata dei necessari sistemi di sicurezza, arredata in modo confortevole e resa accogliente come abitazione. I locali saranno dati in uso al Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, che assicura l'organizzazione della struttura, il trasferimento delle madri e dei bambini, la sorveglianza con agenti di polizia penitenziaria senza divisa e l'accesso ai servizi territoriali. L'Istituto degli Innocenti collabora nell'intervento formativo del personale impegnato nel ruolo di sorveglianza e in quello educativo rivolto alle detenute nella cura dei figli.

I bambini potranno così frequentare il nido di quartiere e avere relazioni diversificate, crescendo in condizioni più simili a quelle dei coetanei che vivono in famiglia, e le madri, pur rispettando le regole della detenzione, potranno avere opportunità di scolarizzazione e di formazione al lavoro.

* Presidente Regione Toscana

INDAGINE A SOLICCIANO

Focus sui suicidi dietro le sbarre

Il problema del suicidio in carcere, in aumento negli ultimi anni, è divenuto drammaticamente di attualità e le poche ricerche svolte finora non evidenziano differenze numeriche significative tra uomini e donne nei tassi di suicidio in carcere, ma sicuramente è emerso che, per esempio, le donne vivono con maggior sofferenza il mutamento del corpo rispetto agli uomini (mestruazioni, invecchiamento, menopausa), e i "tempi" del carcere si ripercuotono con più drammaticità sui "tempi", assai più definiti rispetto agli uomini, della sessualità femminile: è come se le donne vivessero sul loro corpo, oltre alla costrizione in un ambiente ristretto, la privazione della sessualità e la perdita, a volte definitiva, della possibilità di diventare madre. Anche le differenti metodiche usate dalle donne per togliersi la vita riflettono un diverso rapporto con il corpo: le donne sembrano prediligere metodiche, quali l'uso del gas, meno invasive e cruente rispetto a quelle scelte dagli uomini. Inoltre, le donne vivono con particolare paura e sofferenza la separazione dal partner e dai figli. Per questo è stata approvata dalla Giunta regionale l'avvio di un'indagine tra le detenute del carcere di Sollicciano per comprendere meglio gli eventi e gli stati d'animo che conducono ad atti di autolesionismo e al suicidio, e mettere così in atto interventi mirati per prevenirli. È un progetto della Asl 10 di Firenze e la ricerca, che avrà la durata di 12 mesi, sarà condotta da un'associazione di volontariato e coinvolgerà detenute e operatori/operatrici. L'indagine che verrà svolta nel 2012 tra le detenute di Sollicciano sarà in grado di individuare meglio i fattori di vulnerabilità e sofferenza che possono condurre le donne ad atti di autolesionismo e al suicidio, e di offrire elementi utili per le strategie da mettere in atto.

MATERO-INFANTILE: OBIETTIVO PREVENZIONE

Oltre 700mila euro per la sicurezza dei punti nascita

Nel 2012 la Regione Toscana investirà quasi 700mila euro per migliorare salute e sicurezza di mamme e bambini, con interventi nei punti nascita, sul territorio e nei consultori. Lo hanno previsto due recenti delibere (si veda pag. 4-5) che prevedono anche la promozione di buone pratiche per rendere sempre più sicuro il percorso nascita, come la formazione e l'aggiornamento professionale per tutti gli operatori del percorso nascita e la distribuzione in tutte le maternità della valigetta con l'opuscolo sull'allattamento al seno, cd di ninnenanne, body, dépliant informativi.

Prevista anche diagnosi e terapia delle patologie congenite, promozione dell'allattamento al seno, campagne di informazione sulla sindrome della morte in culla. E ancora, riqualificazione dei consultori, interventi per la salute riproduttiva delle donne immigrate, per la riduzione delle mutilazioni genitali femminili, per la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Tutte azioni scelte nella certezza che si debba promuovere la salute di donne e bambini prendendo in conside-

razione questi temi come fondamentali. Non a caso anche il nuovo Piano sanitario e sociale integrato (Pssir), da poco approvato dalla giunta regionale, dedica ampio spazio al percorso materno-infantile e al diritto di crescere in salute.

Per quanto riguarda la formazione, nel 2012 saranno attivati programmi formativi e di aggiornamento professionale in particolare per quanto riguarda screening ecografici, diagnosi e terapia di patologie congenite; trasporto in utero; emergenze in sala parto (emorragia post-

partum e distocia di spalla). Nella valigetta, che anche nel 2012 sarà distribuita a tutte le neo-mamme, ci saranno: l'opuscolo "Naturalmente mamma", con tutte le informazioni su come avviare e proseguire l'allattamento materno; un cd con ninnenanne e musica adatta ai piccolissimi; un body di cotone con il disegno di come mettere a dormire il neonato per una nanna sicura; dépliant informativi dedicati a specifiche tematiche o al corretto utilizzo dei servizi a disposizione dei cittadini (prevenzione della Sids, la

sindrome della morte in culla, banca del latte materno, trauma center pediatrico e prevenzione incidenti); eventuali ulteriori pubblicazioni ritenute appropriate; la traduzione dei contenuti presenti nelle lingue più rappresentate in Toscana (cinese, albanese, inglese, francese, spagnolo, arabo e rumeno).

Quanto alle buone pratiche, da monitorare e diffondere in ospedali e consultori, riguarderanno la riqualificazione dei servizi in ambito materno infantile, azioni dedicate al supporto della genitorialità e alla preven-

zione delle interruzioni volontarie di gravidanza, con particolare riferimento alla popolazione immigrata.

La Toscana presenta valori inferiori al dato nazionale per quanto riguarda la mortalità neonatale: 1,4 su 1.000 nati vivi, rispetto a 1,5 dato nazionale. In Europa, i tassi di mortalità neonatale variano dal 2,5 per mille di Lussemburgo, Cipro, Svezia e Norvegia, al 4,9 per mille della Polonia. Oggi il 60% delle donne immigrate accede ai servizi consultoriali.

Roberto Tatulli

TESTI A PAG. 4-5

CONVENZIONE TRA ASL 8 DI CAGLIARI E MEYER

Sardegna a lezione di screening neonatale

La Toscana formerà i laboratoristi della Sardegna che faranno screening neonatale per oltre 40 malattie metaboliche ereditarie anche ai 15.000 bambini che ogni anno nascono nella regione insulare. Lo prevede una convenzione recentemente firmata tra la Asl 8 di Cagliari e l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze, dove ha sede il Centro di riferimento regionale per lo screening neonatale, che svolge i test ai circa 45.000 neonati che ogni anno vengono alla luce in Toscana e in Umbria. La Toscana apre quindi le sue porte e condivide la sua esperienza. Un'esperienza accumulata in otto anni di lavoro dedicati all'identificazione dell'ampio spettro delle malattie metaboliche ereditarie mediante la spettrometria di massa configurandosi come un'eccellenza per diagnosi e cura. Un'esperienza che non ha uguali in Italia.

Per poter estendere lo screening neona-

tale anche in Sardegna, il personale identificato dalla struttura cagliaritano verrà a Firenze. Nell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer verrà infatti formato lo specialista di spettrometria di massa che seguirà i test e sempre al Meyer verrà collocata l'attrezzatura finanziata dalla Regione Sardegna. Grazie a questa convenzione, la Toscana darà il know-how ai professionisti sardi, che così potranno eseguire in autonomia lo screening neonatale che ha già consentito di individuare precocemente malattie metaboliche rare che, se non trattate con le cure appropriate, quando si manifestano, possono provocare danni gravi ai bambini che ne sono affetti.

Fino a oggi sono stati sottoposti a screening neonatale oltre 300.000 neonati, con più di 180 diagnosi. Dalla fine di dicembre 2009 lo screening effettuato presso i labo-

tori del Meyer viene effettuato anche ai circa 8.000 neonati che ogni anno vengono alla luce in Umbria, in virtù di un precedente protocollo di intesa firmato dall'allora assessore al Diritto alla salute Enrico Rossi.

Dal 2004 la Regione Toscana è l'unica in Italia a effettuare lo screening neonatale allargato a circa 40 malattie metaboliche rare, utilizzando la spettrometria di massa, presso i laboratori dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze. Si tratta di una tecnica analitica applicata alla diagnostica, che permette di misurare, da una goccia di sangue, un numero molto elevato di analiti del metabolismo intermedio. In pazienti affetti da questo tipo di difetti enzimatici si può verificare l'accumulo di sostanze tossiche per l'organismo che, nei casi peggiori, possono anche portare a mor-

te immediata. Lo screening effettuato con spettrometria di massa fino a ora ha permesso di scoprire una elevata incidenza di malattie che erano ritenute rare o inesistenti e di intervenire salvando le vite di tanti neonati con terapie specifiche, nonché di fare prevenzione nelle famiglie, attraverso un consiglio genetico oppure una diagnosi prenatale.

Lo screening neonatale si è rivelato fondamentale per la cura dei neonati affetti da diverse patologie e ultimamente, grazie a due brevetti internazionali dell'Aou Meyer in collaborazione con l'Università di Firenze, si effettua anche lo screening su Tirosinemia di Tipo 1 e su alcune immunodeficienze severe combinate (deficit di Ada), per i quali il gruppo di Firenze è stato riconosciuto pioniere a livello internazionale.

R.T.

DOCUMENTI

Approvato il programma di aggiornamento per i punti nascita



Operatori a scuola di culle

Meyer capofila - Obiettivo: omogeneità su screening ed emergenze

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo e l'allegato A della Delibera della Giunta regionale della Toscana n. 1160 del 19 dicembre 2011, avente per oggetto gli «Interventi di formazione e informazione per il percorso nascita».

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa di:
1. approvare il progetto "Programma regionale di formazione e aggiornamento professionale per operatori sanitari del percorso nascita" di cui all'allegato A;

2. assegnare all'Aou Meyer per la realizzazione del progetto sopra citato, la somma complessiva di € 140.000,00 prenotata con la Dgr 729/2010 (prenotazione n. 1), a valere sul capitolo 26079 (fondo sanitario vincolato) del bilancio gestionale 2011, che presenta la necessaria disponibilità;

3. dare atto che i successivi atti di impegno di spesa saranno subordinati alla presentazione delle specifiche di realizzazione dei progetti formativi dedicati alle singole aree tematiche;

4. dare continuità al progetto di realizzazione delle valigette per le neo-mamme in coerenza con quanto previsto nella Dgr 1139/2008 e nella Dgr 729/2010 procedendo alla realizzazione di ulteriori 30.000 valigette affidando all'Aou Meyer, la realizzazione delle valigette e del loro contenuto secondo quanto specificato in narrativa;

5. destinare per la realizzazione di 30.000 valigette e del loro contenuto, la somma di € 160.000,00 da assegnare all'Aou Meyer che le realizzerà in collaborazione con i settori competenti della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;

6. prenotare a favore dell'Aou Meyer la somma totale di € 160.000,00 sul capitolo 26079 (fondo sanitario vincolato) del bilancio

gestionale 2011, che presenta la necessaria disponibilità;

7. impegnare l'Aou Meyer a fornire una puntuale relazione su tutte le attività oggetto di finanziamento con la presente delibera e sulle relative spese sostenute;

8. incaricare la competente struttura della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di adottare tutti gli atti necessari per dare attuazione alla presente deliberazione;

ALLEGATO A

Programma regionale di formazione e aggiornamento professionale per operatori sanitari del percorso nascita

- Azienda capofila: Aou Meyer;
- Aziende partecipanti al progetto: Tutte;
- Responsabile del progetto: Dott. Ettore Cariatì - Resp. Unità multidisciplinare per la diagnosi e terapia dei difetti congeniti e delle patologie fetali della Aou Meyer;
- Periodo di riferimento: gennaio 2012-dicembre 2012.

Descrizione

Negli ultimi anni una serie di atti regionali hanno avviato progetti e azioni volte a implementare l'offerta assistenziale nell'ambito materno-infantile. Più recentemente sono state realizzate specifiche iniziative formative o di condivisione di raccomandazioni. In particolare con la Dgr 284/2007 è stato promosso un primo percorso formativo e di accreditamento per la valutazione ecografica della trasparenza nucleare.

Inoltre con la Dgr 135/2008 sono stati approvati indirizzi alle Aziende sanitarie relativi a buone pratiche per la sicurezza del paziente relativamente alla prevenzione e gestione dell'emorragia post partum e della distocia di spalla.

Più recentemente la Regione Toscana con la Dgr 444/2011 ha recepito l'Accordo Stato-Regioni del 16/12/2011 in materia di sicurezza e appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo dove sono riportate una serie di indicazioni e raccomandazioni e una serie di riferimenti alla formazione degli operatori. Occorre pertanto attivare un programma formativo che sulla scia delle recenti raccomandazioni a livello regionale e nazionale sia finalizzato a rendere integrata e omogenea la risposta assistenziale su tutti i presidi del territorio toscano attraverso iniziative tese alla formazione e all'aggiornamento professionale riferite in particolare a tre fasi cruciali del percorso nascita.

A. Screening ecografici, diagnosi e terapia di patologie congenite;

B. Trasporto in utero;

C. Emergenza in sala parto.

Per la condivisione delle modalità attuative del programma formativo e per ogni specifico progetto sarà

costituito un tavolo tecnico coordinato dall'Aou Meyer e composto dai referenti aziendali delle Aziende sanitarie e delle società scientifiche.

Il programma sarà attivato in collaborazione con i competenti settori della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale.

A. Screening ecografici, diagnosi e terapia di difetti congeniti

1) Screening ecografici

L'esperienza raggiunta nel settore della diagnosi ecografica prenatale fino alla metà degli anni '80 ha portato alla definizione, sia in termini di sensibilità diagnostica che di costo/beneficio, del numero degli esami ecografici da eseguire, e dei relativi periodi gestazionali, per effettuare uno "screening" delle gravidanze fisiologiche orientato all'identificazione delle più importanti problematiche che possono presentarsi nel corso della gravidanza.

Il protocollo assistenziale attualmente in vigore in Regione Toscana per la gravidanza fisiologica prevede 3 ecografie nel corso della gestazione.

La Società italiana di ecografia ostetrica e ginecologica (Sieog), ha elaborato e pubblicato recentemente "linee guida" per uniformare le procedure e le modalità di esecuzione delle ecografie.

Nella maggior parte dei casi, le patologie che possono interessare il feto nel corso della gestazione, presentano una bassa prevalenza e sono molto più numerose nella popolazione delle gestanti a "basso rischio", che costituiscono la stragrande maggioranza della "popolazione" ostetrica. Per raggiungere risultati soddisfacenti in termini di sensibilità diagnostica occorre effettuare necessariamente uno "screening" di tutta la popolazione delle gestanti con procedure che siano proponibili anche in termini di "costo-beneficio", e le ecografie definite di "I livello" possono soddisfare pienamente queste esigenze.

Nel corso degli anni '80 furono organizzati due corsi regionali di formazione, ognuno della durata di un anno ai quali presero parte 150 specialisti in Ostetricia e ginecologia, provenienti da tutti gli ospedali della Regione. Occorre riproporre un percorso simile finalizzato all'aggiornamento professionale degli operatori del Ssr ai fini di una corretta e completa applicazione delle linee guida più recenti e delle modalità di refertazione e informazione alla gestante.

2) Valutazione del rischio per trisomia 21 e altre anomalie cromosomiche

In anni molto recenti è stato attivato un progetto regionale, finalizzato all'aumento della sensibilità diagnostica e alla riduzione delle procedure invasive, basato sulla esecuzione del cosiddetto "test combinato" (ecografia per misurazione della traslucenza nucleare e dosaggio ematico della free-betaHcg e della Papp-A): i risultati degli ultimi tre anni di esecuzione del test sono positivi con oltre il 75% delle gestanti che si sottopongono al test e una significativa riduzione del ricorso alle procedure invasive. In questa fase occorre procedere alla ottimizzazione dei criteri diagnostici e alla

definizione di protocolli comuni per la gestione del cosiddetto "rischio intermedio", monitorando l'aggiornamento e l'accreditamento professionale degli operatori coinvolti.

3) Screening prenatale delle cardiopatie congenite

Le cardiopatie congenite, sia per frequenza che per oggettiva difficoltà diagnostica nel periodo prenatale, rappresentano un importante indicatore della qualità dei criteri di diagnosi ecografica.

Nel corso degli ultimi 5 anni la sensibilità dell'ecografia prenatale è sensibilmente migliorata, da poco più del 10% a oltre il 20%, anche se siamo ancora lontani dai risultati che osserviamo nelle aree geografiche europee che rappresentano il riferimento della ottimizzazione dei criteri diagnostici e dove si rilevano sensibilità che sfiorano il 50% delle cardiopatie fetali. Inoltre, per alcuni specifici difetti congeniti, per i quali si possono presentare condizioni critiche dopo la nascita o si possono prospettare soluzioni terapeutiche prenatali, è importante conseguire un'eccellenza diagnostica in periodi precoci della gravidanza (seconda ecografia di protocollo). Il progetto formativo deve pertanto essere prioritariamente orientato all'uso corretto dei criteri diagnostici indicati dalle linee guida nazionali e internazionali (4-camere cardiache e studio degli efflussi).

4) Screening prenatale dei difetti del tubo neurale

I difetti del tubo neurale rappresentano una importante patologia congenita sia per frequenza che per elevata gravità delle condizioni a questi associate. La sensibilità diagnostica è attualmente nel complesso soddisfacente. Molte diagnosi sono purtroppo tardive, specie nelle condizioni che presentano segni non particolarmente evidenti di patologia, come in alcune condizioni di spina bifida. Trattandosi di situazioni che potrebbero essere suscettibili di soluzioni terapeutiche in epoca prenatale è necessario investire sulla correttezza e precocità diagnostica. L'obiettivo formativo prioritario si configura nell'uso corretto dei criteri diagnostici indicati dalle linee guida nazionali e internazionali (piani di scansione per lo studio dell'encefalo).

5) Screening prenatale dei difetti del tubo neurale

4) Screening prenatale dei difetti del tubo neurale

I difetti del tubo neurale rappresentano una importante patologia congenita sia per frequenza che per elevata gravità delle condizioni a questi associate. La sensibilità diagnostica è attualmente nel complesso soddisfacente. Molte diagnosi sono purtroppo tardive, specie nelle condizioni che presentano segni non particolarmente evidenti di patologia, come in alcune condizioni di spina bifida. Trattandosi di situazioni che potrebbero essere suscettibili di soluzioni terapeutiche in epoca prenatale è necessario investire sulla correttezza e precocità diagnostica. L'obiettivo formativo prioritario si configura nell'uso corretto dei criteri diagnostici indicati dalle linee guida nazionali e internazionali (piani di scansione per lo studio dell'encefalo).

B. Trasporto in utero

Negli ultimi piani sanitari regionali si è posta particolare attenzione alla prevenzione e al trattamento della patologia materna e dei grandi ritardi di accrescimento intrauterino e della prematurità, al processo di riorganizzazione e riqualificazione della rete dei punti nascita e alla riorganizzazione dei servizi per l'emergenza-urgenza, privilegiando gli interventi di "trasporto in utero". Nel corso dell'ultimo quinquennio sono stati raggiunti risultati importanti che collocano la nostra Regione ai primi posti in Italia per quanto riguarda il contenimento del rischio clinico della gestante.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi dedicati al trasporto in utero occorre investire ulteriormente

te in riferimento a importanti patologie gestazionali (es. preeclampsia), nelle quali la scelta di indirizzare la gestante a centri con adeguati standard assistenziali, sia prenatali che postnatali rappresenta il fattore "critico" che condiziona l'esito della gravidanza. Occorrono pertanto un percorso formativo dedicato alla condivisione di raccomandazioni e alla definizione di protocolli comuni ai fini dell'ottimizzazione dei criteri di trasporto in utero.

C. Emergenze in sala parto

1) Emorragia post-partum

L'emorragia post-partum è la causa più frequente di morte della gestante in sala parto e può comunque esitare in gravissime complicanze come la necrosi tubulare acuta con conseguente grave insufficienza renale, la necrosi dell'ipofisi, la Coagulazione intravascolare disseminata (Cid). Il riconoscimento immediato dell'emorragia e l'adozione di adeguate provvedimenti terapeutici sono i due elementi critici che condizionano l'esito dell'evento.

La Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia (FIGO) ha proposto l'adozione di un algoritmo (Hemostasis) per minimizzare i rischi associati all'emorragia, specie il rischio di morte. Numerosi

protocolli, come il "trattamento attivo del terzo stadio del travaglio" (FIGO 2006, RCOG 2007) sono stati proposti per la riduzione dei rischi di morte materna correlati al travaglio e al parto. Nel 2007 il ministero della Salute ha redatto e pubblicato il documento d'integrazione e indirizzo relativo alle raccomandazioni per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Occorre un percorso formativo dedicato alla condivisione delle raccomandazioni e dei protocolli in essere, inserito nell'attuale scenario di organizzazione dei punti nascita nella Regione Toscana.

2) Distocia di spalla

La distocia di spalla è una delle più gravi e poco prevedibili complicanze del parto vaginale ed è associata a rischi consistenti di sofferenza fetale con possibili esiti permanenti di ordine neurologico, lesioni del plesso brachiale con conseguente paralisi "ostetrica" e, in alcuni casi, morte fetale. La distocia di spalla, inoltre, rappresenta uno dei motivi più frequenti di contenzioso medico-legale in ambito ostetrico. Per l'adozione di criteri di prevedibilità dell'evento, con le conseguenti opportune scelte di comportamento clinico, e di un algoritmo per la messa in essere delle necessarie manovre per l'espletamento del parto complicato, dobbiamo confrontarci con numerose raccomandazioni, linee guida e protocolli. L'obiettivo formativo prioritario si configura nella adozione di criteri comuni sia per la prevenzione che per il trattamento della distocia di spalla.

Inoltre, occorre anche un percorso formativo pratico per la dimostrazione simulata su manichino delle varie e successive manovre ostetriche che si possono adottare per la risoluzione della distocia.

Presto in arrivo altre 30mila valigette per le neo-mamme

Sanità Toscana

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

Versione Pdf dell'Allegato al n. 9
del 6-12 marzo 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

DOCUMENTI *Via libera al progetto sulle buone pratiche per la salute materno-infantile*

Maternità a percorsi vigilati



Si punta alla messa a sistema dei bersagli sanitari e dei flussi dei dati

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo di seguito il testo e l'allegato A della Delibera n. 1227 approvata dalla Giunta regionale della Toscana il 27 dicembre 2011 recante il progetto sulle buone pratiche per la salute materno-infantile.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare il "Progetto regionale buone pratiche per la salute materno-infantile", allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, promosso dal Coordinamento regionale attività consultoriali di cui alla Dgr n. 259/2006;

2. di affidare ai settori competenti della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale il compito di definire e riportare in successivo decreto regionale la programmazione delle azioni specifiche sulla base degli obiettivi del progetto di cui all'allegato A e le modalità di accesso al finanziamento da assegnare alle aziende sanitarie sulla base di:

- requisiti/obiettivo, selezionati tra i requisiti per le attività consultoriali di cui alla Dgr n. 259/2006;

- indici di completezza dei flussi informativi relativi alle prestazioni e servizi in ambito materno-infantile;

- protocolli/procedure adottate, integrate tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, in ambiti selezionati di intervento;

- strumenti di adozione/condivisione buone pratiche attivati in ambiti selezionati;

3. di prenotare la somma complessiva di € 362.500,00 sul capitolo 26079 (fondo sanitario vincolato) del bilancio del corrente esercizio, che presenta la necessaria disponibilità, per la copertura dei costi derivanti dal progetto stesso.

ALLEGATO A

Progetto regionale buone pratiche per la salute materno-infantile

1. Premessa generale

Nel corso degli ultimi anni si è sviluppata e diffusa l'esigenza di definire programmi di cura e percorsi assistenziali sempre più standardizzati allo scopo di assicurare ai cittadini un elevato livello di qualità delle prestazioni erogate. Si evidenzia un sempre crescente bisogno di disporre di indicatori standardizzati di verifica e valutazione di risultato, di linee guida e raccomandazioni basate su revisioni sistematiche della letteratura che consentano di erogare prestazioni appropriate, di prendere decisioni cliniche basate su prove di efficacia, riducendo al minimo la variabilità individuale nelle scelte cliniche e assicurando equità di accesso ai servizi offerti in un'otti-

ca di "percorso".

Questa esigenza rapportata agli obiettivi di salute in ambito materno-infantile riguarda sia i servizi ospedalieri sia soprattutto la realtà di servizi territoriali, come il Consultorio familiare e il Consultorio adolescenti, che operano, in attuazione di quanto previsto dalla normativa vigente come servizio territoriale di base a forte integrazione socio-sanitaria, in aree di intervento quali il percorso nascita, il percorso Ivg, il percorso di sostegno alla genitorialità e, più in generale, nell'ambito dei servizi rivolti alla donna, alla coppia e alla famiglia, su tematiche complesse che coinvolgono, nei diversi percorsi assistenziali, diverse realtà sanitarie sia ospedaliere che territoriali.

Si impone quindi, a partire dalla complessità sulla quale i servizi dedicati alla salute materno-infantile sono chiamati a operare, un percorso di confronto finalizzato a dare visibilità alla qualità degli interventi erogati ma soprattutto a favorire occasioni di condivisione con l'obiettivo di accrescere la qualità più generale degli interventi promuovendo una cultura della qualità e della appropriatezza.

Negli ultimi anni la Regione Toscana attraverso fondi propri e ministeriali ha promosso una serie di interventi volti alla riqualificazione dei servizi in ambito materno-infantile e alla sperimentazione di una serie di azioni dedicate soprattutto al supporto della genitorialità e alla prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza con particolare riferimento alla popolazione immigrata.

Con la Dgr 259/2006 è stato avviato un importante processo di riqualificazione dell'attività consultoriale e nel contempo sono stati attivati interventi formativi per gli operatori territoriali e azioni formative dedicate alla popolazione immigrata volti a promuovere una cultura dei servizi e a prevenire il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza.

Con la Dgr n. 874/2007, la Dgr n. 1139/2008, la Dgr n. 696/2009, la Dgr n. 1139/2009 e la Dgr 1172/2010 sono stati realizzati ulteriori interventi, volti a riqualificare l'offerta dei servizi consultoriali, con finanziamenti nazionali e regionali.

Con la Dgr 1039/2008 e la Dgr 696/2009 si è voluto intervenire sulla promozione della salute riproduttiva delle donne immigrate, e in particolare sulla prevenzione oncologica, sulla prevenzione e la cura delle Mutilazioni genitali femminili e per la riduzione delle Ivg.

Le aziende hanno così sperimentato a partire dal livello territoriale e coinvolgendo in diversi casi le realtà ospedaliere, i servizi sociali e le organizzazioni del ter-

zo settore, una serie di buone pratiche che hanno prodotto risultati interessanti ai fini di una riqualificazione dei servizi offerti in ambito materno-infantile.

Si apre pertanto una fase in cui occorre verificare quanto di questi interventi possa diventare parte stabile di un sistema diffuso regionalmente in un'ottica di condivisione e diffusione di percorsi che possano assicurare appropriatezza ed equità.

Per progettare adeguatamente gli interventi futuri non si può però prescindere dal monitoraggio di una serie di indicatori che basati su dati e rilevazioni certe siano di base per scelte di opportunità e priorità.

La Regione Toscana ha attivato, nel corso degli anni, un sistema di flussi informativi con lo scopo di avere un quadro chiaro dell'area materno-infantile sia a livello ospedaliero che territoriale, comprendente aspetti socio-demografici e sanitari.

I flussi devono infatti rispondere all'esigenza non solo di avere un monitoraggio costante delle attività svolte in quest'area, ma anche a quella di fornire informazioni che consentano una verifica della qualità dei servizi nonché una conoscenza della realtà epidemiologica ai fini di un'adeguata programmazione delle azioni e degli interventi.

Il Progetto obiettivo materno-infantile nazionale (Pomi Dm 24/4/2000) aveva messo ben in evidenza come per poter programmare interventi specifici ed efficaci fosse necessario utilizzare una serie di indicatori, significativi e rilevanti, che fossero anche validi e misurabili.

Da qui la scelta regionale di utilizzare flussi informatizzati in sostituzione di quelli cartacei che presentavano grossi limiti in termini di tempestività dell'invio e di possibilità di integrazione delle informazioni, producendo specifici manuali che identificassero gli standard da garantire da parte delle singole Aziende. I flussi informatizzati consentono inoltre di strutturare delle relazioni tra flussi con amplificazione della ricchezza informativa.

I flussi cardine dell'area materno-infantile sono costituiti da quelli dedicati al Certificato di assistenza al parto, Interruzione volontaria di gravidanza, attività consultoriale e aborto spontaneo, che rappresentano una fonte privilegiata di dati in questo settore e consentono di avere a disposizione un patrimonio di informazioni utile sia a livello centrale, nazionale e regionale, che a livello locale.

Infatti queste informazioni costituiscono la base necessaria per relazioni e studi epidemiologici effettuati a esempio dall'Istituto superiore di Sanità e dall'Osservatorio di epidemiologia dell'Agenzia regionale di Sanità, ma anche la base di approfondimenti a livello delle singole Aziende sanitarie per la verifica e la programmazione

ne locale.

Per poter avere dei dati significativi e di conseguenza un quadro non falsato della situazione, è necessario che i flussi diano garanzia di qualità e completezza. Allo stato attuale persistono invece ancora problemi relativi all'invio dei suddetti flussi relativi a omogeneità, completezza e tempestività, che limitano il loro utilizzo, in particolare per quanto riguarda la parte territoriale che ha avuto un'implementazione più tardiva rispetto al settore ospedaliero.

Le criticità variano a seconda delle Aziende e possono essere ascritte sia a problematiche di tipo informatico, (applicativi in uso, rete telematica, ...) sia di formazione del personale. Risulta quindi necessario procedere all'implementazione della gestione informatizzata dei dati relativi all'area materno-infantile per poter offrire un quadro di riferimento per una più adeguata programmazione a livello regionale e a livello aziendale.

2. Obiettivi

Il progetto nasce dunque dalla duplice esigenza di:

- a. Mettere a sistema quanto è stato prodotto relativamente alle attività erogate per gli obiettivi di salute materno-infantile, in attuazione delle norme nazionali e regionali vigenti, relativamente alle buone pratiche adottate, all'adozione di Linee guida, alla produzione di raccomandazioni, protocolli, procedure al fine di promuovere una cultura della qualità delle prestazioni erogate;

- b. Implementare il sistema dei flussi in ambito materno-infantile al fine di:

- disporre di un monitoraggio continuo e completo dei flussi dell'area materno-infantile al fine di poter disporre di dati omogenei, accessibili, certi e utili anche alla programmazione socio-sanitaria;

- incentivare la formazione e il coinvolgimento del personale sul percorso di adeguamento allo standard richiesto dai flussi;

- favorire l'accessibilità alle informazioni.

Attraverso il coinvolgimento attivo dei responsabili dei servizi coinvolti a livello aziendale, di Area vasta e regionale e l'individuazione di una o più aziende capofila sarà possibile condividere e verificare i risultati di specifici interventi e azioni promosse a livello aziendale anche attraverso atti di indirizzo e finanziamento regionali e ministeriali.

Per quanto riguarda l'obiettivo dedicato all'implementazione dei flussi informativi il progetto prevede anche il coinvolgimento degli Estav prevedendo la partecipazione sia dei responsabili dei settori interessati alla rilevazione che i sistemi informativi.

I settori competenti della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale hanno il compito di definire e riportare in successivo decreto regionale:

- le modalità di accesso al finanziamento per le aziende sanitarie coinvolte nel progetto;

- la programmazione delle azioni specifiche sulla base degli obiettivi del progetto.

Il finanziamento sarà erogato sulla base di:

- 1. requisiti/obiettivo selezionati tra i requisiti per le attività consultoriali di cui alla Dgr 259/2006;

- 2. indici di completezza flussi informativi relativi alle prestazioni e servizi in ambito materno-infantile;

- 3. adozione protocolli/procedure integrate tra servizi ospedalieri territoriali e sociali in ambiti selezionati di intervento;

- 4. attivazione di strumenti di adozione/condivisione buone pratiche in ambiti selezionati.

3. Risultati attesi

- a. Favorire la diffusione di una cultura della medicina basata sulle evidenze;

- b. Favorire lo sviluppo di una cultura di base fra gli operatori socio-sanitari che consenta l'utilizzo appropriato di strumenti quali linee guida, protocolli e procedure;

- c. Favorire l'adozione a livello regionale di buone pratiche, raccomandazioni, procedure, protocolli partendo da un confronto delle diverse realtà attraverso un percorso di partecipazione e confronto;

- d. Favorire la completezza dei flussi informativi in ambito materno-infantile;

- e. Favorire a livello locale lo sviluppo di gruppi interdisciplinari permanenti di confronto;

- f. Favorire lo sviluppo a livello locale di "buone prassi" quali l'introduzione di "cruscotti" per il monitoraggio dei dati, la produzione annuale di relazioni specifiche ecc.;

- g. Implementare un sistema di controllo sulla qualità, completezza e accuratezza dei flussi.

4. Strumenti operativi

- Raccolta documentazione;
- Focus group;
- Giornate seminariali;
- Costituzione gruppi interdisciplinari aziendali e di Area vasta.

5. Fasi di lavoro

- Programmazione delle azioni specifiche sulla base degli obiettivi del progetto;

- Definizione delle modalità di accesso al finanziamento;

- Individuazione azienda/aziende capofila;

- Realizzazione azioni;

- Verifica dei risultati del lavoro svolto;

- Giornata di presentazione dei risultati.

**Focus sull'attività
dei consultori
e sulle migranti**

POLITICHE DI GENERE Terzo Rapporto dell'Osservatorio sugli abusi verso le donne



Fare rete contro la violenza

Interventi sempre più omogenei, ma le procedure vanno codificate

L'attività dell'Osservatorio sociale regionale in collaborazione con la rete degli osservatori provinciali e il gruppo di lavoro regionale sulla violenza di genere ha permesso per il terzo anno consecutivo di tenere fede agli impegni sanciti nella legge regionale 59/2007, assicurando il monitoraggio degli interventi di supporto alle vittime di violenza svolto dai Centri antiviolenza della Regione Toscana attraverso l'acquisizione, l'elaborazione e la pubblicazione di un insieme cospicuo di dati forniti direttamente dagli stessi centri.

Il quadro presentato nel Terzo volume del Rapporto annuale, arricchito dalla possibilità di confrontare dati sugli accessi relativi alle due annualità precedenti, non solo conferma le ipotesi già delineate nel Secondo Rapporto sulla violenza di genere in Toscana - una relazione positiva tra propensione alla denuncia e legislazione; una relazione inversamente proporzionale tra propensione alla denuncia e legame tra vittima e aggressore - ma fa emergere un ulteriore legame tra propensione alla denuncia e presenza di figli che assistono alla violenza.

Un tema, quello della violenza assistita, che rap-

presenta un vero e proprio dramma nel dramma: delle 1.882 donne che dal luglio 2010 al giugno 2011 si sono rivolte ai Centri, 999 sono madri i cui figli assistono alle violenze da loro subite. Di questi, 1.429 sono minorenni.

Con la consapevolezza della necessità di offrire risposte efficaci alle vittime di violenza, è stato scelto di dedicare uno specifico approfondimento ai Protocolli sottoscritti a livello territoriale dai vari soggetti che sono chiamati a dare il proprio contributo - in relazione, ovviamente, al proprio ruolo - per far emergere, prevenire, contrastare il fenomeno della violenza; attraverso un'analisi testuale degli stessi e alcuni focus group con i soggetti firmatari si è rilevato come sotto tanta eterogeneità fioriera di varietà e inventiva, si possano leggere tratti e percorsi che nel tempo, e grazie anche al continuo lavoro e allo scambio, stanno delineando un quadro omogeneo di interventi.

Il filo conduttore della rete locale si delinea anche nell'analisi dei dati: ricostruendo la storia delle donne che si rivolgono ai Centri è emerso come solo un terzo di loro non abbia avuto accesso ad almeno un altro servizio. Un dato che



La copertina del Terzo Rapporto sulla violenza di genere

ha significati e conseguenze molto profonde: esso mostra il profilo di donne che, prima di rivolgersi al Centro, avevano già avuto accesso a uno dei "nodi" della rete.

Eppure a oggi, insieme

ai flussi dei consultori, le uniche informazioni strutturate sulle caratteristiche delle donne vittime di violenza sono quelle inserite dai Centri antiviolenza. Non si tratta solo della fondamentale funzione di analisi e

monitoraggio, poiché la necessità è quella di riuscire a "tracciare" i percorsi effettuati dalle vittime e di permettere agli operatori, nel rispetto della normativa sulla privacy, di non replicare o sovrapporre gli interventi. Tale prospettiva, tra l'altro, si inserisce direttamente all'interno delle linee generali di indirizzo del nuovo Piano sanitario sociale integrato regionale (in via di approvazione da parte del Consiglio) che pone al centro delle politiche e delle azioni la persona, i suoi bisogni e il percorso complessivo. Quelle reti territoriali costituite da molteplici e diversi soggetti possono diventare anche nodi virtuali, le cui interconnessioni sono indispensabili per poter realizzare servizi più efficaci ed efficienti, con lo scopo primario di rendere il percorso della donna più agevole e la funzione degli operatori più semplice e operativa.

Un altro elemento emerge con chiarezza dai focus group: di fronte a reti locali che, anche grazie all'impulso regionale, vanno verso una maggiore complessità e che contemporaneamente devono far fronte alla diminuzione di risorse degli enti pubblici, si sottolinea l'esigenza di una codifica delle procedure. Questo si-

gnifica condividere definizioni univoche per un set di informazioni base ritenute essenziali della scheda utente, trovare modalità uniformi di attivazione della rete, individuare percorsi comuni che consentano agli operatori dei servizi di offrire risposte chiare alle donne.

La condivisione di procedure è anche un'attività che sta alla base della costruzione di un sistema informativo integrato a livello di rete territoriale, ma anche a livello regionale e, domani, nazionale. Tutte queste evidenze si correlano anche al timore che si possano innescare eccessive rigidità tali da poter compromettere l'utilità e, con essa, il funzionamento stesso della rete. Ma, forse, è la storia stessa della rete in cui si può trovare una possibile soluzione: la partecipazione attiva dei soggetti nella costruzione delle buone pratiche che, partendo dai territori, possano trovare nell'attore regionale un supporto e un aiuto per il coordinamento e l'individuazione degli elementi comuni.

Daniela Bagattini e Valentina Pedani
Curatrici
del III Rapporto
sulla violenza di genere
in Toscana

I NUMERI

In aumento le assistite

Le donne che si sono rivolte alle 23 strutture sparse sul territorio regionale nel periodo 1° luglio 2010-30 giugno 2011 sono state 1.882, 121 in più rispetto alla rilevazione precedente. Due su tre sono di nazionalità italiana.

- **Grado d'istruzione.** Più della metà possiede almeno il diploma di scuola media superiore. Il 42,9% ha il diploma e il 13% circa una laurea. Le donne che vanno ai Centri sono dunque più istruite della media della popolazione toscana.

- **Età.** Sensibilmente più giovani le donne straniere. Quasi il 68% ha meno di 40 anni (appartengono soprattutto alla fascia 30-49 anni), contro il 43% circa delle italiane; il 31% delle italiane ha tra i 40 e i 49 anni.

- **Convivenza.** Più della metà (53%) delle donne italiane e quasi il 71% delle donne straniere vive con il partner.

- **Situazione lavorativa.** Tra italiane e straniere ci sono significative differenze. Metà delle prime ha un'occupazione stabile, per le seconde la percentuale scende al 37,7%. Quasi la metà delle italiane ha una professione impiegatizia. Più del 64% delle straniere svolge una mansione da operaia.

- **Accesso ai centri.** Più del 60% delle donne lo ha fatto direttamente, andando di persona alle strutture, in cerca di informazioni, assistenza psicologica, ascolto, consulenza legale e, nei casi più gravi, sostegno per l'allontanamento del/dall'aggressore. Quasi due su tre, prima di andare al Centro, si sono rivolte anche agli altri servizi: il 33% alle forze dell'ordine, il 24% al servizio sociale, il 14% al pronto soccorso, solo il 2% al consultorio e il 19% ad altre strutture.

- **Violenze subite.** Sono stati denunciati complessivamente 3.562 casi di violenza di vario genere: 1.426 di violenza psicologica (81%), 1.106 fisica (63%), 486 economica (27,5%), 283 stalking (16%), 179 violenza sessuale (10%), 67 molestie sessuali (3,8%) e 15 mobbing (1%). Rispetto al precedente rapporto sono diminuite le donne che dichiarano di aver subito una violenza di tipo fisico (erano il 65%) mentre sono aumentate le violenze sessuali (7,8%) e lo stalking (11 per cento).

IL CONTESTO FAMILIARE

Se i figli sono coinvolti

Una spinta forte alla denuncia della violenza subita è la presenza di figli che assistono alla violenza, un elemento su cui nei due rapporti precedenti mancavano informazioni a livello regionale e su cui è stata ribadita da parte dei Centri la necessità di focalizzare l'attenzione.

La percentuale di donne che sporge denuncia, in questo caso, sale al 31,8% (contro il 24,8% delle donne senza figli, o i cui figli non assistono alla violenza). Il dato della violenza assistita intrafamiliare è particolarmente allarmante: sono 999 le donne che si sono rivolte ai Centri dichiarando che i propri figli hanno assistito alla violenza. Di questi, il 71%, pari a 1.429, sono minorenni. La presenza dei figli che assistono alla violenza è più alta relativamente alle donne straniere (il 69,3% contro il 60% di italiane).

L'aggressore. Nella maggior parte dei casi, le donne hanno o hanno avuto una relazione intima con l'aggressore: nel 62% dei casi si è trattato del partner, nel 21% dell'ex-partner. Nel 10% dei casi l'aggressore è un parente più o meno prossimo, l'8% è riconducibile ad altre figure (collega di lavoro, conoscente, datore di lavoro o sconosciuto). Il legame affettivo o il vincolo parentale influisce in modo rilevante sulla propensione alla denuncia da parte delle vittime (dato in aumento rispetto alla precedente rilevazione, 29,5% contro il 26%, anche se resta ancora elevato il "sommerso"): più è stretto tale legame, meno le donne denunciano.

Se si confrontano i dati relativi agli ultimi due anni abbiamo una conferma delle relazioni, evidenziate nel precedente rapporto di monitoraggio, tra la scelta della denuncia e la legislazione vigente (la legge 38/2009 sulle misure urgenti in materia di sicurezza pubblica e di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori), che è esplicita in una più alta frequenza di denuncia da parte delle vittime di stalking: quasi la metà delle donne che lo hanno subito (nel 45% dei casi da parte di ex partner) ha fatto denuncia.

PROGRAMMAZIONE IN ROSA

Un piano al femminile

Un piano che vuole far sì che l'ottica di genere sia inserita in tutte le fasi di impostazione e programmazione delle politiche regionali, per contribuire a eliminare gli stereotipi di genere, rimuovere gli "svantaggi sistemici", costruire un sistema di azioni per la conciliazione vita-lavoro, sostenere l'imprenditorialità e le professionalità femminili, integrare le politiche per la cittadinanza di genere.

Sono gli obiettivi del Piano regionale per le politiche di genere 2012-2015 che è stato approvato il 22 febbraio scorso dal Consiglio. Previsto dalla legge regionale 16 del 2009 sulla "Cittadinanza di genere", l'atto, che costituisce lo strumento della programmazione in tema di pari opportunità e politiche di genere, si pone in continuazione con la precedente programmazione 2009-2010 ed è in linea con il Prs 2011-2015?

Nel piano vengono fissati degli obiettivi coerenti con le disposizioni comunitarie che mirano ad aumentare il tasso di occupazione femminile e al raggiungimento di una effettiva parità uomo-donna sia sul fronte sociale che economico. Partendo dalla premessa che la questione di genere è ancora irrisolta, il piano punta al superamento degli svantaggi sistemici che si registrano in tutti i settori, dal lavoro alla sanità, dalla scuola ai trasporti?

Non è solo una questione di diritti ma di libertà nei costumi, di contrasto agli stereotipi, di sviluppo della società e della sua economia, come ha sottolineato l'assessore al sociale Salvatore Allocca. Vista la trasversalità delle politiche di genere rispetto a tutte le politiche regionali, il nuovo piano evidenzia l'importanza del coordinamento delle competenze tra le varie strutture, sia attraverso un'ottimizzazione della pianificazione che con l'utilizzo di risorse proprie, comunitarie, nazionali e locali. Le risorse previste con il nuovo piano ammontano a oltre 3 milioni e mezzo di euro per l'intera vigenza del piano, cioè fino al 2015, circa 900.000 euro per ogni anno.

POLITICHE DI GENERE A Grosseto segnalazioni aumentate in un anno del 63%

«Codici rosa», bilancio 2011



Crescono i casi di maltrattamento - Corsi di formazione per tutta la Regione

Tra le prime sul territorio nazionale e prima in Toscana, la task force di Grosseto - nata dalla collaborazione tra Asl 9 e Procura della Repubblica, che opera in Maremma da oltre due anni - è costituita da un nucleo operativo di circa 20 persone - magistrati, Forze dell'ordine e personale sanitario della Asl 9 - affiancate da una squadra di oltre 50 operatori, che si attivano su ogni singolo caso, al momento in cui si verifica l'episodio di violenza. Tutti i componenti sono stati adeguatamente formati dalla Asl 9 stessa. Alla squadra si affianca il lavoro di oltre 500 "sentinelle" - operatori socio-sanitari e amministrativi dell'Azienda, rappre-

sentanti delle Forze dell'ordine, farmacisti, insegnanti - addestrate a riconoscere le possibili vittime e a favorirne l'accesso ai servizi di aiuto. La task force, infatti, si inserisce all'interno della rete provinciale antiviolenza e si integra, oltre che con le Forze dell'ordine e la Questura, anche con la Prefettura, il Centro antiviolenza della Provincia di Grosseto, l'Amministrazione penitenziaria, l'Ufficio scolastico provinciale, i Comuni (attraverso le Società della salute e i distretti), il volontariato.

Dall'inizio della propria attività, nel 2010, la task force è intervenuta su oltre 700 codici rosa - che hanno assicurato alle vittime assistenza pro-

tetta, garanzia della privacy, dell'incolunità fisica e psichica, della massima rapidità di intervento nei confronti degli autori del reato - ai quali sono seguite l'apertura di procedimenti giudiziari e l'attivazione di azioni di sostegno delle vittime. Nel 2011, sono stati 503 i codici rosa registrati a Grosseto. Un dato in crescita rispetto all'anno precedente (309 codici) che significa soprattutto aumento delle segnalazioni di violenze o molestie.

È l'effetto domino, che ha dato il titolo anche a un libro sull'esperienza della task force: quello che spinge le vittime a uscire dall'ombra e a sporgere denuncia, seguendo chi lo ha fatto prima di loro ed è riuscito a porre

fine alla spirale di violenza.

L'incremento del 2011 sul 2010 è del 63%. In particolare sono aumentati i codici rosa per casi di maltrattamento; per quanto riguarda il sesso, si registra un aumento importante di vittime maschili: nel 2010 i casi erano per l'89% femmine e solo l'11% maschi, mentre nel 2011 le femmine sono scese al 75% e i maschi sono saliti al 25%; per le fasce di età, sono aumentati i casi relativi agli ultrasessantacinquenni: 34 nel 2011 (di cui il 32% maschi), rispetto ai 15 (di cui l'11% maschi) del 2010; per quanto riguarda, infine, la nazionalità, la percentuale di vittime italiane prevale nettamente ed è in aumento: nel 2010

erano il 67%, mentre nel 2011 salgono al 73%. Infine, proseguono le iniziative di informazione e di formazione, per ampliare il numero degli operatori in grado di riconoscere i casi che potrebbero essere codici rosa.

Non solo, ma proprio a Grosseto si formano anche tutti gli operatori delle altre Asl della Toscana, coinvolte nell'estensione del codice rosa a livello regionale. Il primo corso regionale, organizzato in collaborazione con la Asl 9, si è svolto lo scorso 20 e 21 febbraio.

Lina Senserini
Responsabile Ufficio stampa
Asl 9 Grosseto

VIAREGGIO

In Versilia l'aiuto è anche transgenere

La sperimentazione del "Codice rosa" in Versilia ha avuto inizio a partire dal 23 gennaio 2012, ma il "Percorso rosa" era in pratica già attivo da tempo avendo, la Asl 12 Viareggio, attivato un progetto specifico che coinvolgeva associazioni (tra cui la "Casa delle donne"), Forze dell'ordine e strutture interne.

Una collaborazione estremamente positiva ed efficace che includeva anche corsi di formazione e prevenzione. Responsabile del Gruppo operativo che comprende, tra gli altri, la Procura di Lucca, Carabinieri, Polizia, psicologi, ginecologi, pediatri, medici e infermieri è la dottoressa Cinzia Marchetti del pronto soccorso.

A oggi sono stati verificati due casi di maltrattamento che, come prevede il protocollo, sono stati subito tratta-

ti attraverso un percorso riservato che, oltre alle cure mediche, offre un sostegno psicologico e, parallelamente, informa le Forze dell'ordine le quali si attivano per identificare i responsabili.

In Versilia il percorso speciale pensato per le vittime di violenza, con particolare riferimento a donne, bambini, anziani e immigrati, si integra e si completa con le attività correlate al consultorio "transgenere". Una finestra aperta sul mondo transessuale. O meglio, un ponte tra questo mondo e i servizi socio-sanitari con una équipe multidisciplinare in grado di assistere le persone con disturbi dell'identità di genere, seguendole per l'intero percorso di riconoscimento del proprio sesso, fino all'eventuale intervento chirurgico.

Il consultorio transgenere

è stato istituito nei primi mesi del 2008 con un progetto condiviso con la Asl 12 Viareggio, approvato e finanziato dalla Regione Toscana.

Nel corso degli anni il consultorio transgenere è diventato sempre più un punto di riferimento importante per le persone transessuali e un raccordo fondamentale con i servizi socio-sanitari, in quanto il percorso di cambiamento di genere si articola in diverse e specifiche fasi che vedono l'integrazione di attività consultoriali e attività sanitarie.

Il consultorio transgenere, negli anni 2010-2011 ha avuto in carico 35 utenti, di cui 18 nuovi utenti dal marzo 2011 a oggi (12 dalla Toscana e 6 utenti provenienti da altre Regioni).

Stefano Pasquinucci
Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

AREZZO

Un pool di consulenti in caso di necessità

Sono 38 gli accessi per violenza, più o meno grave, registrati al Codice rosa dell'ospedale di Arezzo, nei primi 50 giorni di sperimentazione del servizio. «Nella maggior parte dei casi (34) le vittime sono donne - ci dice Lucia Grazia Campanile, direttore dell'ospedale San Donato - ma ci sono anche tre maschi, di cui un adulto (con 2 accessi) e due minori. Trenta i maltrattamenti subiti da persone adulte (26 donne e 1 uomo), con 2 donne e 1 uomo che hanno avuto due accessi ciascuno; 6 i maltrattamenti su minori (4 femmine e 2 maschi); 1 tentato abuso su adulto (donna); 1 sospetto abuso su minore (bambina)».

«Numeri che non sono solo frutto di una contabilità statistica - afferma Branka Vujovic, direttore sanitario della Asl 8 di Arezzo - e che vanno letti e analizzati con la massima attenzione. Infatti, sottolinea Vujovic, molto spesso i singoli episodi, non sono altro che l'atto finale di violenze che, specie in ambito familiare e amicale, si perpetuano da lungo tempo, con minacce e percosse, fino al ricorso non più rinviabile, al più vicino pronto soccorso».

«Per ognuno di questi casi, a eccezione dei codici gialli e rossi che sono trattati

nelle aree dedicate, le cure vengono prestate direttamente nell'ambulatorio del codice rosa - spiega il direttore del pronto soccorso Giovanni Iannelli - al riparo da sguardi indiscreti e nella massima riservatezza.

Le procedure operative sono guidate da precisi protocolli: per la gestione delle cartelle cliniche, la raccolta di anamnesi, esami obiettivi, consulenze, eventuali raccolte di prove biologiche, fino alla documentazione fotografica delle lesioni che viene poi consegnata alle forze dell'ordine a corredo della denuncia. In caso di necessità specialistiche, precisa ancora Iannelli, i consulenti (ginecologo, pediatra, chirurgo, psicologo) intervengono direttamente presso l'ambulatorio del codice rosa, in modo da non creare ulteriori disagi al paziente con inutili spostamenti. Dopo le cure, la contestuale attivazione delle forze dell'ordine e della Procura, viene attivato il supporto territoriale, articolato in funzione delle specifiche necessità, in assistenza sociale, consultorio, associazioni di volontariato e supporto (pronto donna)».

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

PRATO

Nel 2012 corsi per gli operatori sentinella

Massima sensibilità e attenzione al fenomeno della violenza su fasce deboli della popolazione. Nell'Asl 4 di Prato, a pochi mesi dall'approvazione del progetto regionale "Codice rosa", si è dato inizio alla sperimentazione. Un gruppo operativo aziendale costituito da professionisti di diverse discipline (medici e infermieri del pronto soccorso, ginecologi, psichiatri, psicologi, pediatri e assistenti sociali) garantisce la massima tempestività per l'accoglienza, l'assistenza e la cura della vittima e attiva una rete di protezione tra le Istituzioni. Tutti gli operatori del gruppo sono inseriti in percorsi formativi e partecipano a stage presso i Centri antiviolenza. L'obiettivo è quello di sviluppare competenze relazionali e comunicative per intercettare le vittime oltre a sperimentare una metodologia di lavoro condivisa. Nel 2012 la formazione sarà estesa anche agli operatori sanitari di prima accoglienza "le sentinelle". All'interno dell'area pronto soccorso è stata allestita la stanza "rosa", uno spazio protetto dove le vittime di violenza sono accolte con "confidenzialità" in modo da facilitare il racconto della drammatica esperienza.

Nel mese di gennaio 2012 al pronto soc-

corso sono stati registrati 22 accessi rosa. Si tratta di 17 donne con traumi dovuti a violenza subita dal proprio partner, 2 uomini e 3 bambini di cui un adolescente che hanno riportato segni di violenza da persona familiare. Sono stati 17 gli accessi rosa registrati nei primi ventitré giorni di febbraio. 13 sono donne maltrattate dal proprio partner, 2 uomini e 2 anziani che hanno subito violenze fisiche e verbali all'interno della propria famiglia. I casi più critici sono stati discussi e valutati in seduta plenaria.

Dall'inizio di marzo la task force risponderà telefonicamente 24 ore su 24 a tutti gli operatori sanitari che hanno necessità di una consulenza per assolvere ai compiti di assistenza o a quelli di carattere giudiziario. La Procura e le Forze dell'ordine condividono con il personale sanitario tutte le iniziative per la presa in carico della vittima. Un operatore del pronto soccorso, a turno, coordina l'attività della rete multidisciplinare sia interna che esterna all'azienda ed è referente per la continuità del sostegno nel tempo delle vittime.

Vania Vannucchi
Ufficio stampa Asl 4 Prato

LUCCA

Punto di forza l'accoglienza delle vittime

L'Asl 2 Lucca è una delle realtà in cui, per un anno a partire dal primo gennaio 2012, viene sperimentato il "Codice rosa", ovvero un percorso speciale per le vittime di violenza che arrivano al pronto soccorso: donne, ma anche bambini, anziani, omosessuali, immigrati e via dicendo.

Come è emerso a Lucca nei primi due mesi del 2012 - quando si sono presentati una quindicina di casi di questo tipo (in maggioranza donne sottoposte a violenza) - il progetto ha il suo punto di forza nell'accoglienza alle vittime di violenza che arrivano al pronto soccorso e vengono identificate dal "Codice rosa".

A questo punto inizia un percorso riservato a queste persone, alle quali vengono immediatamente prestate cu-

re mediche e sostegno psicologico. Contemporaneamente vengono avviate le indagini delle forze dell'ordine per l'identificazione degli autori delle violenze.

Fondamentale è il ruolo svolto dal Dipartimento materno-infantile e dalle attività territoriali dell'Asl 2, insieme anche ad associazioni e privato sociale, con la costituzione di una vera e propria rete in grado di gestire in maniera adeguata i casi.

L'esperienza innovativa del "Codice rosa", che prevede il coinvolgimento di categorie professionali adatte a gestire situazioni delicate e a volte drammatiche, è in grado di far emergere in maniera più chiara un fenomeno molto complesso che per essere sconfitto necessita di una collaborazione e di un'integrazione sempre maggiori, a tutti i livelli.

Queste complesse situazioni infatti vengono gestite con un approccio ben preciso e validato, anche sulla base dell'esperienza di altre aziende sanitarie della Regione Toscana. L'Asl 2 lavorerà congiuntamente all'Asl 12 Versilia, con cui verrà costruito un percorso omogeneo a livello provinciale, in stretto collegamento con la Procura della Repubblica di Lucca.

È prevista la presenza di una task force interistituzionale, composta da operatori socio-sanitari, forze dell'ordine e polizia giudiziaria, in grado di agire in sinergia e intervenire con professionalità e tempestività nei casi di violenza su vittime appartenenti alle fasce più deboli della popolazione.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

CHI DONA SANGUE HA CUORE.

In Toscana migliaia
di persone vivono grazie
alla donazione di sangue,
plasma e piastrine.

NUMERO VERDE
800 556060

www.regione.toscana.it/donareilsangue



Regione Toscana

