

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 46 anno XVI del 17-23 dicembre 2013 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

ONCOLOGIA

Pronto il nuovo rapporto Ispo: il 18 dicembre il punto sui risultati

Screening a tutta velocità

Alte l'estensione e la partecipazione - Si deve accelerare per i migranti

Così abbattiamo le disuguaglianze tra i ceti sociali

Gianni Amunni *

La Regione Toscana è stata una delle prime in Italia a comprendere l'importanza della prevenzione nel campo delle patologie oncologiche. Questa intuizione si è concretizzata nell'attuazione di programmi di screening che hanno coinvolto, con il passare degli anni, fasce sempre più ampie di popolazione. La scelta si è rivelata lungimirante ed è stata premiata dai buoni risultati ottenuti: lo screening oncologico organizzato, ormai entrato a far parte dei livelli essenziali di assistenza, si è dimostrato infatti un vero riequilibratore sociale, contribuendo ad attenuare, se non a eliminare del tutto, le differenze tra diversi ceti sociali.

Un aspetto, questo, che assume una fondamentale importanza alla luce della profonda crisi economica che, a partire dal 2008, ha interessato la Toscana, come del resto l'Italia e l'Europa intera.

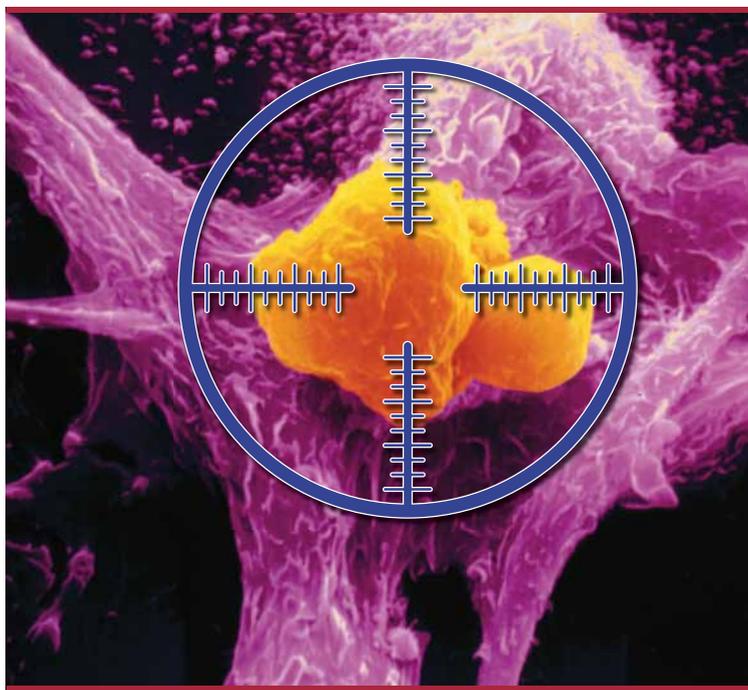
La necessità di fare i conti con risorse economiche ridotte ha imposto e impone tuttora scelte dolorose. Ben prima del palesarsi della crisi, comunque, la Toscana ha scelto di intraprendere, nel settore della sanità, un percorso di razionalizzazione nella erogazione dei servizi e di contenimento della spesa, senza rinunciare al concetto di sistema universalistico. Una visione di fondo a cui la Regione ha voluto restare fedele, riconoscendo ai programmi di

CONTINUA A PAG. 2

Anche quest'anno, in occasione del Convegno annuale sugli screening oncologici che si tiene a Firenze il 18 dicembre, vengono illustrati i dati regionali sui tre programmi per lo screening del colon-retto, della mammella e del collo dell'utero, che sono livelli essenziali di assistenza. Ogni anno le 12 aziende sanitarie locali toscane forniscono indicatori dettagliati di processo e di esito che permettono di valutare lo stato di salute del singolo programma da una parte e di fare benchmarking tra le varie aziende dall'altra. Tutto questo con l'obiettivo di migliorarsi continuamente e di offrire buoni risultati per la salute del cittadino. Tra i fattori determinanti per la buona riuscita di un programma vi sono la capacità organizzativa del servizio sanitario nell'invitare tutti i cittadini per garantire una totale e periodica protezione alla popolazione e la partecipazione delle persone all'effettuazione del test.

Si tratta di percorsi sanitari che le aziende sanitarie locali devono periodicamente offrire, attraverso l'invio di una lettera, ai cittadini aventi diritto ovvero cittadini residenti e a rischio di sviluppare quella determinata malattia in funzione dell'età (50-69 anni per il tumore al seno, 25-64 anni per il tumore del collo dell'utero, 50-70 anni per il tumore all'intestino). Questi percorsi sono totalmente gratuiti e le Asl sono responsabili della presa in carico del cittadino adottando i protocolli clinici ottimali e individuando i servizi di riferimento cui indirizzare il cittadino durante il suo percorso di prevenzione. Affinché il programma sia efficace è necessario che siano attivati controlli di qualità con un monitoraggio assiduo dei requisiti necessari. Il 18 dicembre saranno quindi mostrati i dati della Toscana che la confermano, nel panorama nazionale, come una delle Regioni con le migliori performance: l'estensione dell'intervento è alta per tutti e tre i programmi raggiungendo il 92%, il 102% e il 103% della popolazione rispettivamente per lo screening del colon-retto, della mammella e del collo dell'utero.

Queste percentuali, in continuità con



APPROVATO IL BANDO

Tumori: in pista 4,4 milioni per la ricerca

I progetti saranno valutati dall'advisory board internazionale dell'Itt

Grazie a un bando di 4,4 milioni di euro saranno finanziati progetti di ricerca in campo oncologico. Lo ha deciso la Regione nelle scorse settimane approvando una delibera che inviterà tutti gli interessati a presentare proposte e progetti, che potranno essere annuali, biennali o triennali, e che saranno valutati dall'Isab (International Scientific Advisory Board) dell'Itt, l'Istituto Toscano Tumori. Una conferma, visto che dal 2007 la Regione Toscana indice bandi per progetti di ricerca in campo oncologico finanziando 84 progetti di ricerca per un totale di 11,5 milioni di euro: nel 2007 sono stati finanziati 25 progetti per un totale di 3,4 milioni; nel 2008 33 progetti per 4,4 milioni; nel 2010 26 progetti per 3,7 milioni. Molti risultati di progetti precedentemente approvati sono stati pubblicati su riviste internazionali.

«Un progetto di ricerca significa porsi un quesito originale e identificare le metodologie giuste per riuscire a rispondervi», commenta Lucio Luzzatto, direttore scientifico dell'Istituto Toscano Tumori. «Dall'esperienza dei bandi precedenti sono fiducioso che arriveranno molte domande valide, e il nostro compito, grazie al nostro International Scientific Advisory Board, sarà di selezionare e finanziare le migliori».

i risultati degli anni precedenti, evidenziano l'impegno profuso dalle aziende e dagli operatori nel garantire un'offerta capillare. Anche la partecipazione, pari al 51,5% per lo screening del tumore colo-rettale, al 72,6% per lo screening mammografico e al 57,5% per la prevenzione del tumore del collo dell'utero, evidenzia come la cittadinanza risponda positivamente all'invito. Questi valori, tra i più alti in Italia, possono migliorare ancora: quest'anno per la prima volta è stato effettuato un approfondimento sulla partecipazione della popolazione nata all'estero evidenziando come la popolazione migrante sia meno disponibile ad affrontare questo percorso con differenze di adesione anche di 20 punti percentuali rispetto ai nati in Italia.

Non vi è dubbio che andranno individuate azioni specifiche considerando che in alcuni ambiti, a esempio il tumore del collo dell'utero, la popolazione migrante è quella a maggior rischio di sviluppare malattia. Se da un lato queste performance, come quelle pubblicate in altri spazi di questo inserto, sono molto confortanti, rimane sempre critico il problema dei tempi di attesa per la risposta, per la esecuzione degli esami diagnostici e per l'intervento. La gravità di questi indicatori varia da programma a programma e da una azienda all'altra, ma negli anni si mantiene sempre ben al di fuori degli standard raccomandati. È verosimile che questo dato sia quello che meglio riflette le recenti restrizioni finanziarie e che hanno determinato scarsi investimenti in termini di risorse umane e infrastrutturali. Pur consapevoli delle difficoltà del momento appare improcrastinabile una soluzione a questo problema affinché i cittadini possano mantenere la fiducia finora sempre riposta in questa offerta di sanità pubblica.

Paola Mantellini
dirigente medico

Centro di riferimento per la prevenzione oncologica Ispo, Firenze

ALTRI SERVIZI A PAG. 2-3

CONTROCANTO

«Dov'è finita la prevenzione primaria?»

Gavino Maciocco *

Gli screening oncologici sono potenti strumenti di sanità pubblica. Quando utilizzati per la patologia giusta (tumori di cervice uterina, mammella e colon-retto lo sono) e quando raggiungono elevati livelli di copertura della popolazione target, come avviene in Toscana per la mammografia nelle donne di età 50-69 anni, gli interventi non solo

riducono la mortalità per quel tipo di tumore, ma riducono anche le disuguaglianze nella sopravvivenza a 10 anni tra donne di diversa classe sociale. Prima dello screening del cancro della mammella le donne del gruppo socio-economico più svantaggiato avevano una sopravvivenza molto

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Al Careggi una biblioteca virtuale

La Giunta regionale ha deciso di destinare all'Aou Careggi, per l'anno 2013, una ulteriore quota di finanziamento di 50mila euro per l'organizzazione di una biblioteca virtuale condivisa fra tutti gli attori della rete dell'Istituto Toscano Tumori. Il provvedimento svilupperà la rete Itt sia nel campo della ricerca che in quello assistenziale, da organizzare in stretto raccordo con le strutture del CrI-Itt già attive all'interno dell'Aou Careggi, dando accesso a tutti gli attori della rete Itt alle principali riviste in campo oncologico, per garantire il continuo aggiornamento scientifico sui temi di competenza. (Delibera n. 907 del 04/11/2013)

Fondi al Centro alcolologico regionale

La Regione conferma l'importanza del Centro alcolologico regionale (Car). Per il 2013 la Giunta ha deciso di destinare a sostegno delle attività 110mila euro per affrontare al meglio le problematiche alcolcorrelate. Il Car funge a livello regionale come osservatorio, ma anche come pianificazione, sperimentazione e validazione di nuovi modelli di intervento per la gestione dei problemi alcolcorrelati. Ma anche formazione degli operatori, in collaborazione con le realtà del territorio della Regione già titolari di percorsi formativi accreditati, e ricerca clinica e biologica. (Delibera n. 908 del 04/11/2013)

ALL'INTERNO

Disabilità, ecco i fondi

DOCUMENTO A PAG. 4-5

Gravidanze poco informate

A PAG. 6

Il prossimo numero "Sanità Toscana" sarà on line a partire dal 14 gennaio 2014. La redazione augura Buone Feste a tutti i lettori

ONCOLOGIA La Regione partecipa al programma «Tailored breast screening trial»



Il controllo è personalizzato

Il test al compimento di 50 anni - Costi pro-capite tra 174 e 290 euro

La Regione Toscana ha ribadito in diversi atti di riordino del Servizio sanitario regionale l'estensione della offerta attiva di screening mammografico alle donne in età 45-49 anni, affidandone il coordinamento all'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica - Ispo. Una iniziativa che segue quella di altre Regioni (Emilia Romagna, Piemonte), ma che si vuole caratterizzare per la capacità di valutare, con modalità di ricerca e innovazione, nuovi protocolli e affrontare nuove sfide per lo screening mammografico. Esse sono, in breve, quelle:

Da considerare i "falsi positivi"

- della valutazione del rischio individuale (screening personalizzato o tailored) e della sua integrazione sia in ambito di screening organizzato che in logiche futuribili di prevenzione primaria,

- di rendere più efficiente e funzionale il sistema organizzato di screening con una innovazione nella gestio-

ne in rete delle immagini, della sperimentazione controllata di nuove tecnologie, come la tomosintesi. Nel 2006 il Gruppo italiano screening mammografico (www.gisma.it) e l'Osservatorio nazionale screening (www.osservatorionazionalecreening.it) hanno convenuto sulla estensione dello screening organizzato alla fascia di età 45-49 anni. A causa della minore sensibilità mammografica e di una riduzione della specificità (in sostanza un più basso valore predittivo positivo) si raccomanda un intervallo annuale. I principali danni da considerare sono i falsi positivi mam-

mografici, che comportano un rischio di medicalizzazione, e dall'altra parte quello considerato più temibile, la possibile sovradiagnosi. Per sovradiagnosi si intende un eccesso di incidenza nel gruppo che si sottopone al protocollo di screening e che permane anche trascorsi diversi anni dopo l'interuzione nella esecuzione di test mam-

mografici.

Il Tailored breast screening trial (Tbst), avviato nella realtà fiorentina con un finanziamento della Agenzia regionale di Sanità dell'Abruzzo e del ministero della Salute (2009 ex art. 12), è uno studio di popolazione che valuta l'impatto di una diversa modalità di screening nel contesto operativo di un programma organizzato. L'obiettivo principale è valutare, rispetto alla offerta mammografica annuale, l'efficacia di un protocollo a intervalli modulati sul livello di rischio (intermedio/alto versus basso) definito in base alla densità mammografica, fattore di rischio noto per lo sviluppo del tumore mammario in generale e, in particolare, del cancro di intervallo nei programmi di screening. Allo studio partecipano Dolo e Thiene nella Regione del Veneto, Bologna e Forlì in Emilia-Romagna, Firenze in Toscana, prossimamente Torino in Piemonte. L'ipotesi è di estendere progressivamente l'arruolamento anche in altre aree della Regione Toscana.

Lo studio, approvato dal Comitato

etico dell'Asl di Firenze, ha previsto, dopo consenso informato, la randomizzazione delle donne (rapporto 1:1) in due gruppi: Annual Screening Group e Tailored Screening Group. Nel primo si invita a effettuare una mammografia digitale (nel 45esimo anno di vita) e a ripetere l'esame annualmente dai 46 ai 50 anni di età, quando la donna verrà inserita nella normale programmazione del programma di screening mammografico locale. Il secondo si basa sulla densità mammografica alla mammografia di base ed è stato a sua volta suddiviso in due gruppi: Gruppo ad alta densità mammografica (Birads 3 e 4) invitato a ripetere lo screening annualmente fino ai 50 anni di età; Gruppo a bassa densità mammografica (Birads 1 e 2) invitato a ripetere la mammografia con cadenza biennale fino al compimento del 50esimo anno di età.

Tutte le donne partecipanti saranno inserite nel programma di screening

localmente attivo al compimento dei 50 anni di età. L'Ispo ha completato l'arruolamento di circa 1.000 donne di 45 anni di età dell'area metropolitana di Firenze e ne programma l'estensione ad altre per il prossimo anno. Una presentazione dello studio Tbst e della valutazione di riproducibilità delle letture della densità mammografica è disponibile sul sito di Epidemiologia&Prevenzione (www.epiprev.it).

Ridurre l'intervallo ha come effetto collaterale la riduzione dei costi: il costo per ogni 45enne rispondente all'invito è stimato pari a 173,90 euro (3 round complessivi) nelle donne con seno chiaro e di 289,83 euro (5 round complessivi) in quelle con seno denso. Da qui la possibilità di favorire l'uso di tecnologie più specifiche e di promuovere iniziative di prevenzione individuale, quando opportune.

Analisi suddivisa in tre step

Eugenio Paci
epidemiologo Ispo

AVVIATO IL NUOVO PROGRAMMA

Protocolli per il controllo dell'Hpv primario

Dopo la pubblicazione del report italiano di Health Technology Assessment (www.epiprev.it), la Regione Toscana ha approvato l'avvio del nuovo programma di screening con Hpv primario. Stessa iniziativa hanno assunto nel 2013 altre quattro Regioni: Basilicata, Umbria, Piemonte e Liguria. Si tratta di un successo, perché dalla ricerca sperimentale si è passati al trasferimento dei risultati nella pratica corrente, un esempio virtuoso di quello che la sanità pubblica può fare per migliorare e innovare. Il test Hpv è un'analisi molecolare della presenza del Dna di uno dei dodici tipi di Hpv definiti oncogeni, che rappresentano il fattore di rischio necessario per lo sviluppo del tumore del collo dell'utero. I programmi nelle Regioni hanno il medesimo protocollo che prevede la centralizzazione del-

l'esecuzione del test Hpv in un unico laboratorio per soddisfare criteri di qualità e risparmio. Protocolli di screening che non rispettino le linee guida possono causare aumenti considerevoli degli effetti indesiderati e dei costi e devono quindi essere evitati.

Questo nuovo programma coinvolgerà progressivamente tutte le donne residenti in Toscana in età tra i 34 e i 64 anni, con periodicità di 5 anni. Nella valutazione degli studi europei, incluso lo studio italiano a cui ha partecipato Ispo, si è dimostrato che lo screening con Hpv riduce la comparsa di lesioni pre-invasive e i carcinomi invasivi della cervice uterina del 60-70% rispetto al pap-test. Una maggiore protezione che rende possibile allungare l'intervallo di screening da 3

anni a 5 anni. In Toscana il coordinamento, la gestione e l'organizzazione regionale del programma sono affidati a Ispo il cui laboratorio di prevenzione oncologica centralizzerà sia i test Hpv di screening sia la citologia di triage. Il programma è partito nel dicembre del 2012 a Firenze e nel corso del 2013 si sono aggiunte tre nuove Ausl (Empoli per l'Area Vasta Centro, Grosseto per l'Area Vasta Sud-Est e Viareggio per l'Area Vasta Nord-Ovest).

Nel 2014 entreranno gradualmente nel programma anche tutte le altre aziende con l'obiettivo di andare a regime nell'arco di 4 anni. La gradualità consente di modulare l'impatto organizzativo e superare le criticità legate al nuovo processo di centralizzazione. Nel-

la fase a regime è stimata una riduzione dei costi del programma nell'ordine del 20%. Questa riduzione sarà favorita, come avviene in Europa del Nord, da una gara regionale per gli inviti e per il test Hpv. Inoltre l'integrazione regionale dei sistemi informativi sarà un importante strumento per favorire la centralizzazione e la omogeneizzazione dei comportamenti tra le diverse aziende.

La comunicazione di questo importante cambiamento è fondamentale, perché le donne devono sapere che oggi offriamo uno screening migliore del precedente, che permette di diminuire la frequenza del test: nessuna deve sentirsi "meno seguita" perché ci sono meno soldi o per nostro disinteresse. Attualmente sono state invitate al nuovo programma circa

20.000 donne della fascia di età 55-64 anni con una adesione all'invito leggermente superiore rispetto all'adesione storica. Un effetto che potrebbe essere in parte ricollegabile alle campagne di vaccinazione Hpv per le ragazze della fascia di età 12-16 anni: stiamo probabilmente invitando le loro madri o nonne.

Con l'avvio del nuovo programma sono state avviate in Toscana campagne di comunicazione, compreso un depliant e iniziative per la formazione degli operatori dello screening, dei call center e dei ginecologi.

Nelle donne più giovani (25-33 anni) il pap test continua a essere il test di screening più efficace, in quanto a questa età il test Hpv rileva molte infezioni destinate a regredire spontaneamente. Quando tra

pochi anni le ragazze vaccinate contro l'Hpv saranno chiamate allo screening (ancora necessario), offriremo un test Hpv primario da subito, con frequenza che ancora deve essere decisa a livello nazionale e internazionale, forse ogni 9/10 anni. Per la massima integrazione delle due strategie sarà necessario conoscere lo stato vaccinale di ciascuna donna e sul risultato finale inciderà il livello di copertura raggiunto dalla vaccinazione. Una forte sinergia tra campagne di screening e quelle di vaccinazione può garantire la massima efficacia e diffusione di questa innovativa campagna della sanità pubblica che è un esempio di quanto sia essenziale il nostro sistema sanitario regionale.

Francesca Carozzi
dirigente biologo Ispo

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

minore delle altre, soprattutto a causa del ritardo nella diagnosi. L'introduzione dello screening e la sua vasta applicazione hanno generato una diffusa consapevolezza del problema che ha raggiunto tutti gli strati della popolazione e ha incanalato le persone diagnosticate verso percorsi di cura di qualità. In pochi anni - lo studio Ispo si è svolto a Firenze - si è assistito a un aumento della percentuale di sopravvivenza delle donne del gruppo socio-economico più svantaggiato, che è risultata pari a quella delle altre (88%).

Gli screening, com'è noto, possono ridurre la mortalità, ma non l'incidenza, ovvero l'instaurarsi di una malattia. Gli screening sono nati per diagno-

sticare precocemente una patologia e per questo si definiscono "secondaria". La prevenzione, quella vera - la prevenzione "primaria" - punta alla rimozione dei fattori di rischio e quindi a evitare che le persone si ammalino. Di questa, in Toscana, si sono perse le tracce. Qui nel 2002 era stato messo in cantiere - all'interno del Piano sanitario regionale - un progetto ambizioso, basato sulla collaborazione tra amministrazioni locali, Asl e con la partecipazione dei cittadini, per la realizzazione di "Piani integrati di salute". «Le Conferenze dei sindaci di zona - era scritto - esprimono l'indirizzo politico e assicurano l'avvio, la realizzazione e la valutazione

del Piano integrato di salute. Le aziende unità sanitarie locali forniscono il coordinamento organizzativo. (...) L'accordo mette a punto un progetto di lavoro comune basato sulla individuazione degli obiettivi di salute e sulla verifica dei risultati, tenuto conto delle priorità emerse dal consenso e dalla condivisione fra i soggetti con pari dignità, tenendo conto delle evidenze scientifiche e dei dati disponibili sul territorio e sulla salute della popolazione, oltre che della percezione dei bisogni da parte dei cittadini». Di tutto ciò, nel tempo, si sono perse le tracce. E qualcuno dovrebbe spiegarci il perché.

* docente dell'Università di Firenze

Così abbattiamo ... (segue dalla prima pagina)

screening il merito di aver ridotto la frequenza e, soprattutto, la mortalità delle patologie oncologiche. Allo stesso tempo, l'investimento nella prevenzione secondaria rappresenta la volontà di offrire un percorso qualificato di sanità pubblica a disposizione di tutti i cittadini. Le scelte che vanno in questo senso sono molteplici. Basti pensare all'implementazione, ancora in corso, del test Hpv come test primario nello screening del tumore del collo dell'utero: un esempio di come sia possibile coniugare efficacia e appropriatezza al contenimento della spesa.

L'altra grande sfida che ci attende è quella dell'estensione ad altre fasce di età dello screening mammografico. Non si può negare che le restrizioni finanziarie a cui siamo sottoposti rendano l'ero-

gazione di questi interventi complessi e difficili. Ma il sistema, ancora una volta, potrà contare sul grande impegno che Ispo, le Direzioni aziendali e soprattutto gli operatori che lavorano in questo settore si assumono ogni giorno per garantire questa attività. Nonostante i positivi risultati evidenziati dal 14esimo Rapporto annuale dei programmi di screening, la volontà di incrementare la partecipazione della popolazione resta una priorità: quest'anno il Convegno sugli screening che si terrà a Firenze il 18 dicembre avrà un taglio diverso, concentrandosi sulle facilitazioni all'accesso ai programmi e prendendo in esame i determinanti che frenano la partecipazione.

* direttore generale Ispo

ONCOLOGIA

Il rapporto Ispo: attività di prevenzione per il 92% della popolazione

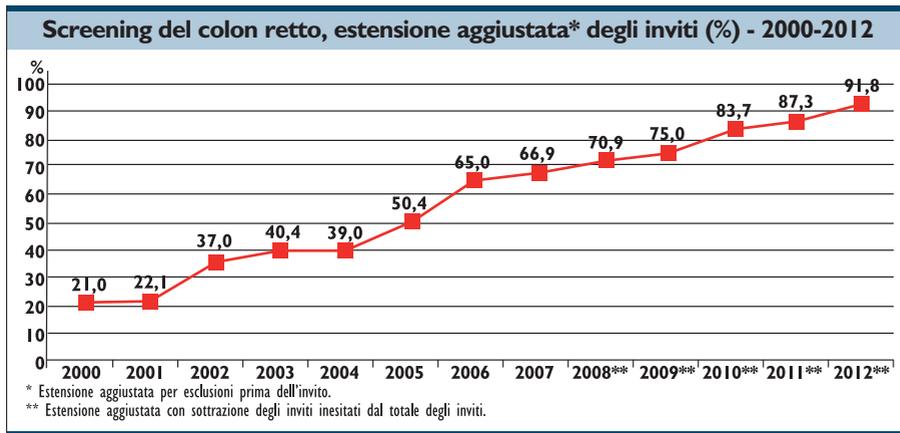
Colon-retto: screening totale



Esami per 217mila persone - Diagnosticati 263 casi di cancro e 1.544 adenomi

Nel bilancio dell'attività dei programmi di screening del tumore coloretale in Toscana il 2012 rappresenta un anno memorabile, dato che l'estensione raggiunta nel territorio regionale di questa attività preventiva è pari a circa il 92% della popolazione avente diritto. Questo, unito all'alta qualità dell'attività diagnostica attestata da risultati misurati mediante precisi indicatori e standard, ci restituisce uno scenario di un intervento sanitario che avrà ben presto un impatto decisivo sulla salute della popolazione toscana.

Lo screening del tumore del colon-retto in Toscana prevede un invito ogni due anni per gli uomini e le donne di età compresa tra i 50 e i 69-70 anni a effettuare un test per la ricerca del sangue occulto fecale. L'esame è semplice, non serve alcuna dieta ed è sufficiente farlo su un solo campione. Chi risulta positivo al test è



poi chiamato a sottoporsi alla colonscopia, per capire le cause del sanguinamento. Nel 2012 sono stati invitati allo screening circa 439.500 utenti. Di questi il 51,5% ha aderito all'invito effettuando il test, per un totale di circa 217.400 persone esaminate.

Sono invece solo il 4,2% di tutte le persone che hanno fat-

to il test di screening quelle risultate positive, cioè circa 9.100 aderenti all'invito che sono stati avviati a effettuare una colonscopia. 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 polipi già cancerizzati, mentre le restanti lesioni invasive vengono inviate a terapia chirurgica.

Nel 2012 in Toscana sono state effettuate circa 7mila colonscopie nelle persone positive al test, che ben nell'87% dei casi hanno consentito un'esplorazione totale del co-

lon-retto. L'intervento preventivo ha portato nel 2012 a diagnosticare 263 cancri e 1.544 adenomi avanzati (cioè adenomi a maggior rischio di trasformazione tumorale maligna nel corso degli anni).

Come atteso, in circa il 40% dei casi i tumori trovati con lo screening erano in stadio iniziale (stadio I) e quindi con elevatissime percentuali di guarigione.

In media, i programmi di screening toscani sono riusciti inoltre a garantire l'invio del referto negativo entro 3 settimane in ben il 94% degli utenti. Persistono invece problemi nei tempi di attesa per l'esame colonscopico (solo il 52% dei pazienti effettua la colonscopia entro 30 giorni).

Un dato merita attenzione: circa il 21% delle persone risultate positive al test di screening non effettua alcun esame colonscopico di approfondimento. È possibile che una par-

te di questi pazienti si rivolga a strutture sanitarie esterne al programma di screening, ma è vero anche che la colonscopia è considerata da molti un esame invasivo che può spaventare.

In realtà oggi l'esame è associato sistematicamente all'offerta di una analgesia che elimina il disagio del paziente.

Comunque, è utile ricordare che una persona che effettua per la prima volta il test e risulta positiva è portatrice di un adenoma avanzato nel 22% dei casi o di un cancro nel 3,7% dei casi, rendendo quindi necessario un approfondimento diagnostico. Concludendo, i programmi di screening coloretali sono ormai in Toscana una realtà estesa e consolidata di cui potremo presto misurare l'effetto benefico sulla salute dei nostri residenti.

Grazia Grazzini
dirigente medico Ispo

GRAZIE AL PROGRAMMA DI MAMMOGRAFIE ESTESO DEL 102%

Chirurgia conservativa del seno nel 90% dei casi

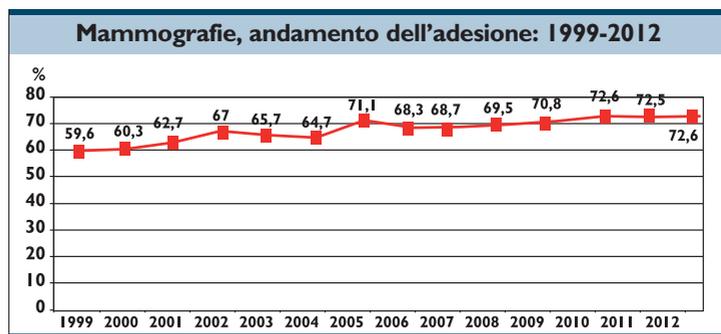
In Toscana nel 2012 sono state invitate 245.400 donne nella fascia di età 50-69 anni a sottoporsi a una mammografia di screening, pari a un'estensione del programma del 102%. Il risultato è sicuramente ottimo se si tiene conto che è la prima volta che viene raggiunto un livello così elevato da quando lo screening è stato avviato nel 1999 e che tale valore è stato raggiunto in una situazione di risorse decrescenti per le aziende sanitarie.

Molto buona anche la partecipazione, che è cresciuta nel tempo e in questi ultimi anni oltre 7 donne su 10 hanno risposto all'invito (vedi grafico). Sono presenti variazioni tra le aziende, che riflettono specifiche situazioni locali e probabilmente anche un diverso atteggiamento nei confronti della prevenzione, ma i dati confermano che il programma è ben radicato.

Buoni i parametri di anticipazione diagnostica e di adeguatezza degli accertamenti: il tasso di tumori piccoli

identificati (minori di un centimetro), la percentuale di tumori in situ e la frequenza di tumori in stadio precoce rientrano tutti all'interno degli standard accettabili, esprimendo nel complesso una buona sensibilità del programma. La diagnosi attraverso lo screening di tumori piccoli e a prognosi favorevole consente di conservare la mammella nella grande maggioranza dei casi: oltre il 90% dei tumori, infatti, ha avuto un trattamento conservativo.

A fronte di questi buoni risultati, esistono comunque ancora diversi spazi dove poter lavorare per migliorare la qualità delle prestazioni offerte. Risulta a esempio ancora alto il tasso di richiamo per ulteriori approfondimenti, anche se in calo rispetto all'anno precedente: la digitalizzazione delle immagini introdotta da alcuni anni e un atteggiamento diagnostico difensivo sempre più diffuso possono in parte spiegare tale risultato. Anche nello screening



organizzato, analogamente ad altri ambiti sanitari, i tempi di attesa (per la risposta, per l'esecuzione degli approfondimenti diagnostici e per l'intervento) rappresentano il punto più dolente del percorso.

Tra questi, sicuramente i tempi chirurgici sono quelli che presentano le maggiori criticità; anche se l'efficacia dell'intervento non è compromessa,

un'attesa eccessiva può indurre ansia e riflessi negativi sulla qualità della vita.

L'attività di monitoraggio costante è fondamentale per mantenere elevata la qualità del programma di screening, ma richiede anche un grosso impegno da parte degli operatori per la raccolta accurata dei dati. È auspicabile quindi un'ottimizzazione dei flussi informativi regionali, al fine di ottenere informa-

zioni sempre più complete e tempestive. Questo consentirà di effettuare in tempi rapidi i possibili interventi correttivi e utilizzare al meglio le risorse disponibili. Infine, l'implementazione dei progetti strategici da parte della Regione Toscana (L.r. 1235 del 28/12/2012) - che vanno verso l'estensione dello screening mammografico organizzato alle fasce di età 45-49 e 70-74 anni e la gestione centralizzata tramite network per le immagini mammografiche - sicuramente comporterà un carico di lavoro aggiuntivo per i programmi di screening e un grosso sforzo dal punto di vista della riorganizzazione gestionale, ma andrà certamente a beneficio di una riduzione delle mammografie spontanee e soprattutto di una maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

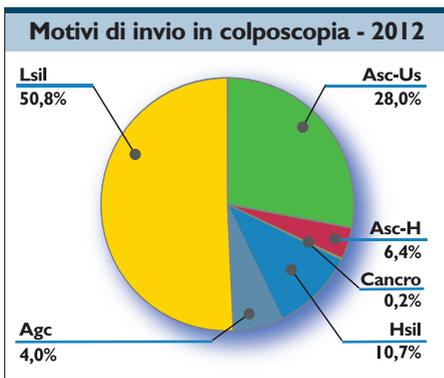
Daniela Giorgi
biologo, S.c. Epidemiologia e screening
Asl 2 Lucca

TOSCANA TRA LE REGIONI CON IL MINOR NUMERO DI ANALISI INADEGUATE

Pap test: carenza di personale dedicato alla lettura dei risultati

Nel 2012 sono stati effettuati 173.523 Pap test dalle donne invitate dai programmi di screening delle aziende sanitarie locali della Regione Toscana. Le citologie per le quali è previsto un ulteriore approfondimento (Asc-U+ o lesione citologica più grave, Asc-U+), sono state il 2,6% del totale dei Pap test. Complessivamente le due classi citologiche anomale più frequenti sono state le Asc-U+ e le L-Sil che insieme hanno rappresentato l'83% delle citologie Asc-U+.

Anche quest'anno si osserva un'elevata variabilità nella distribuzione citologica tra aziende sanitarie (range 6,5 %- 0,77%) che è da attribuirsi almeno in parte ai diversi criteri utilizzati per classificare i Pap test. Questo dato può essere migliorato dall'adesione da parte dei laboratori ai controlli di qualità interaziendali attualmente in corso. La diversa presenza di lesioni citologiche nelle Asl è anche conseguenza della diversa prevalenza di patologia tra aree geografiche. Infatti si osserva che a un'elevata frequenza di classi citologiche più gravi, ossia



più predittive per lesioni del collo dell'utero (Asc-H e H-Sil), corrisponde, generalmente, un tasso di lesioni del collo dell'utero più elevato (Cin2 o lesioni più gravi, Cin2+).

Il tasso di Pap test inadeguati per i quali la donna deve ripetere il test è stato pari all'1,27%, collocando la Toscana fra le Regioni

italiane a minor tasso di inadeguati.

Nel 2012 sono state inviate in colposcopia complessivamente 3.495 donne: il 2% di quelle esaminate. Anche quest'anno la citologia L-Sil rappresenta il maggior motivo di invio in colposcopia (50,8%), mentre le classi citologiche più gravi (H-Sil e cancro) sono state motivo di invio dell'11% delle colposcopie.

In Regione Toscana le donne invitate a fare la colposcopia, hanno accettato di fare l'approfondimento presso il centro di riferimento del programma nell'81,5% dei casi (range 98%-52,4%). La migrazione sanitaria delle donne da un'azienda all'altra è stata verosimilmente la principale causa di bassa adesione alla colposcopia registrata in alcuni programmi.

Nel 2012 fra le donne che hanno risposto all'invito sono stati diagnosticati 257 Cin2, 338 Cin3, 10 adenocarcinomi in situ, 19 carcinomi squamati microinvasivi, 9 carcinomi squamati invasivi e 4 adenocarcinomi invasivi, con un tasso di lesioni Cin2+ complessivo pari al 3,7 per 1.000 donne esaminate.

Si osserva una maggiore presenza di lesioni nelle donne ai primi esami: tale differenza è da attribuirsi almeno in parte alla presenza fra i primi inviti di donne appartenenti alla popolazione migrante, a elevato rischio di lesioni del collo dell'utero.

Questi risultati spingono a incentivare la partecipazione allo screening delle donne che non hanno mai risposto all'invito. I tempi di attesa per la lettura del Pap test sono particolarmente critici per alcuni programmi toscani a evidenziare una carenza di personale dedicato alla lettura. L'introduzione del test Hpv come test di screening primario, in fase di progressiva implementazione su tutto il territorio regionale, determinerà come valore aggiunto una riduzione del numero di citologie e verosimilmente quindi dei tempi di attesa il cui contenimento mira a ridurre lo stato di ansia nelle donne in attesa di risposta.

Anna Iossa
dirigente medico Ispo

DOCUMENTI La Giunta delibera l'assegnazione delle risorse a favore dell'assistenza sociale e domiciliare per gli over 65



Non autosufficienza, arrivano i finanziamenti

Assegnati alle zone/distretto 13,5 milioni per interventi socioassistenziali e 5 milioni per quelli sociosanitari

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 1016/2013 «Approvazione e destinazione risorse per il progetto "Essere presenti" presentato dal coordinamento toscano delle Associazioni per la salute mentale» sulle linee di indirizzo metodologiche regionali sulla psicoeducazione orientata al recovery in salute mentale

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Lr 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale", che detta i principi e le regole di funzionamento e di accesso al sistema sanitario nella Regione Toscana;

Vista la Lr 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", che detta i principi del sistema sociale integrato e le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale;

Vista la Lr n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Visto il Piano integrato sociale regionale 2007-2010 approvato con delibera del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007, così come modificato con delibera del Consiglio regionale n. 69 dell'11 novembre 2009, e in particolare l'Allegato 3 "Prime linee sul progetto per l'assistenza continuativa a persone non autosufficienti";

Dato atto che il Piano integrato sociale regionale resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2012, n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del Programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs

Per le cure a casa attivano le risorse della Regione

assegnare i fondi ministeriali pari a €13.513.500,00 alle zone/distretto secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 1) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, imputando la predetta somma sul capitolo 23036 "Fondo per la non autosufficienza - fondi statali" (extra fondo) del bilancio gestionale 2013 che presenta la necessaria disponibilità;

Visto il Protocollo d'Intesa siglato il 23/07/2013 tra Regione Toscana e Organizzazioni sindacali per la realizzazione di interventi di sostegno alle famiglie e ai lavoratori in difficoltà per la coesione e per il contrasto al disagio sociale, approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 624 del 22/07/2013, che, all'art. 3 comma 3, prevede il finanziamento del Fondo per la non autosufficienza per un importo aggiuntivo pari a €5.000.000,00 con la finalità di potenziare le risposte in favore dei cittadini non autosufficienti;

Considerato che: - tra le finalità della Lr 66/2008 vi è quella di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare così come previsto nel Prs 2008-2010 e come richiesto al tavolo nazionale sugli adempimenti Lea;

- tra le azioni attuative delle linee di indirizzo alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste per il riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale approvate con Deliberazione di Giunta regionale n. 1235 del 28/12/2012, allegato A, vi è quella del potenziamento del 10% dell'Adi;

2011-2015;

Dato atto che l'art. 3 della Lr 66/2008 "ripartizione e attribuzione del fondo alle zone distretto" prevede la distribuzione alle zone distretto, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:

- a) indicatori di carattere demografico;
- b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali;

Visto il decreto del ministero del Lavoro e delle politiche sociali del 20 marzo 2013 con il quale sono state assegnate alla Regione Toscana risorse pari a €13.513.500,00 destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti;

Preso atto che l'art. 2, comma 2 del citato decreto ministeriale stabilisce che le risorse suddette devono essere finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria in favore di persone non autosufficienti;

Ricordato che con deliberazione della Giunta regionale n. 309 del 29/04/2013 era stata assegnata la somma complessiva di €46.000.000,00, di cui €13.513.500,00 in attesa del trasferimento dei fondi ministeriali, alle zone/distretto per finanziare interventi destinati alle persone non autosufficienti di età superiore ai 65 anni;

Ritenuto quindi di assegnare i fondi ministeriali pari a €13.513.500,00 alle zone/distretto secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 1) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, imputando la predetta somma sul capitolo 23036 "Fondo per la non autosufficienza - fondi statali" (extra fondo) del bilancio gestionale 2013 che presenta la necessaria disponibilità;

Visto il Protocollo d'Intesa siglato il 23/07/2013 tra Regione Toscana e Organizzazioni sindacali per la realizzazione di interventi di sostegno alle famiglie e ai lavoratori in difficoltà per la coesione e per il contrasto al disagio sociale, approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 624 del 22/07/2013, che, all'art. 3 comma 3, prevede il finanziamento del Fondo per la non autosufficienza per un importo aggiuntivo pari a €5.000.000,00 con la finalità di potenziare le risposte in favore dei cittadini non autosufficienti;

Considerato che: - tra le finalità della Lr 66/2008 vi è quella di assicurare prioritariamente la risposta domiciliare così come previsto nel Prs 2008-2010 e come richiesto al tavolo nazionale sugli adempimenti Lea;

- tra le azioni attuative delle linee di indirizzo alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste per il riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale approvate con Deliberazione di Giunta regionale n. 1235 del 28/12/2012, allegato A, vi è quella del potenziamento del 10% dell'Adi;

Ritenuto per tale motivo di destinare una quota non inferiore al 60% delle suddette risorse per finanziare interventi di assistenza domiciliare diretta di cui all'art. 7 lett. a) della Lr 66/2008;

Ritenuto quindi di assegnare la somma complessiva di €5.000.000,00 alle Zone/distretto, secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 2) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, imputando la predetta somma sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" (fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n. 2013620 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Deliberazione di Giunta regionale n. 309 del 29/04/2013;

Considerato che le predette assegnazioni alle Zone/distretto sono effettuate individuando in ciascuna Zona l'ente beneficiario delle risorse secondo i seguenti parametri:

- a) alle Società della Salute, laddove costituite;
- b) alle Aziende Uu.Ss.Ll. competenti per territorio, ovvero agli altri soggetti individuati ai sensi dell'art. 3, comma 5 della Lr 66/08, nelle Zone dove non è stata costituita la Società della Salute, ai sensi dell'art. 71 bis della Lr 40/2005 e successive modifiche;

Dato atto che le Zone/distretto sono vincolate nell'utilizzo del fondo ad agli impegni sottoscritti all'interno delle intese interistituzionali, e in particolare:

- a) funzionamento dei presidi previsti dalla Lr n. 66/2008 (Pua, Punto Insieme e Uvm),
- b) quantificazione delle risorse complessive del fondo per la non autosufficienza,
- c) soddisfacimento del debito informativo (flussi ministeriali Adrsa);

Dato atto che risulta essenziale da parte dei soggetti suddetti di garantire il pieno rispetto degli impegni suddetti e in particolare del punto c) relativo al soddisfacimento del debito informativo, attraverso la puntuale, corretta ed esaustiva implementazione dei sistemi informativi regionali, in considerazione anche della necessità di Regione Toscana di adempiere alle richieste avanzate a livello nazionale dal Tavolo adempimenti sui Livelli essenziali di assistenza;

Vista la legge regionale 27 dicembre 2012 n. 78, "Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2013 e Bilancio pluriennale 2013/2015";

Vista la deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2012 n. 1260, con la quale è stato approvato il bilancio gestionale 2013 e il pluriennale 2013/2015;

A voti unanimi

DELIBERA

I. di prendere atto che il ministero del Lavoro e delle politiche sociali ha assegnato alla Regione Toscana per l'anno 2013 la somma di €13.513.500,00 per il finanziamento di interventi socio-assistenziali a favore di persone non autosufficienti;

Almeno il 60% delle risorse per la domiciliarità

2. di assegnare €13.513.500,00 alle Zone/Distretto finalizzati alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria a favore di persone non autosufficienti di età superiore ai 65 anni

(continua a pagina 5)

ALLEGATO A

Fondo regionale per la non autosufficienza riparto alle Zone/Distretto - Fondi ministeriali anno 2013	
Zona-distretto	Importo
Lunigiana	228.565,67
Apuane	547.866,37
Valle del Serchio	263.037,84
Piana di Lucca	609.431,48
Val di Nievole	475.164,11
Pistoiese	766.646,69
Pratese	700.811,83
Alta Val di Cecina	97.529,16
Valdera	352.928,83
Pisana	709.825,53
Bassa Val di Cecina	310.621,46
Val di Cornia	222.459,92
Elba	121.950,00
Livornese	600.267,27
Alta Val d'Elsa	199.139,97
Val di Chiana Senese	259.716,49
Amiata Senese e Val d'Orcia	99.754,86
Senese	467.582,11
Casentino	145.432,55
Valtiberina	163.768,43
Valdarno	306.433,70
Val di Chiana Aretina	206.859,75
Aretina	450.654,32
Colline Metallifere	199.808,97
Colline dell'Albegna	255.029,80
Amiata Grossetana	109.874,45
Grossetana	433.428,25
Firenze	1.384.589,26
Fiorentina Nord-Ovest	601.464,64
Fiorentina Sud-Est	542.458,05
Mugello	189.116,99
Empolese (+ Comune di Fucecchio)	604.590,81
Valdarno Inferiore (- Comune di Fucecchio)	221.557,56
Versilia	665.132,88
Totale	13.513.500,00

(segue da pagina 4)

"Fondo per la non autosufficienza - fondi statali" (extra fondo) del bilancio gestionale 2013 che presenta la necessaria disponibilità;

5. di prenotare per la spesa di cui al punto 3, Allegato 2) al presente atto, la somma di €5.000.000,0 sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" (fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n. 2013620 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Deliberazione di Giunta regionale n. 309 del 29/04/2013;

6. di dare mandato al competente Settore della Direzione ge-

nerale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale di porre in essere i successivi atti per gli adempimenti necessari all'attuazione di quanto disposto nella presente deliberazione, garantendo la verifica del rispetto da parte dei soggetti beneficiari degli impegni esplicitati in premessa, con particolare riferimento al soddisfacimento del debito informativo;

Debito informativo da parte dei soggetti beneficiari

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Burt ai sensi dell'art. 5 comma 1 lett. f) della Lr 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 comma 2 della medesima Lr 23/2007.

ALLEGATO B

Fondo regionale per la non autosufficienza riparto alle Zone/Distretto - risorse aggiuntive anno 2013	
Zona-distretto	Importo
Lunigiana	93.143,28
Apuane	188.270,28
Valle del Serchio	90.542,73
Piana di Lucca	212.820,87
Val di Nievole	150.489,61
Pistoiese	228.930,81
Pratese	282.253,43
Alta Val di Cecina	35.107,83
Valdera	140.417,77
Pisana	256.391,35
Bassa Val di Cecina	115.229,49
Val di Cornia	88.650,68
Elba	39.889,41
Livornese	240.747,73
Alta Val d'Elsa	80.570,94
Val di Chiana Senese	98.241,58
Amiata Senese e Val d'Orcia	39.267,34
Senese	183.773,15
Casentino	54.480,38
Valtiberina	48.462,00
Valdarno	120.389,34
Val di Chiana Aretina	69.405,48
Aretina	165.065,93
Colline Metallifere	68.316,49
Colline dell'Albegna	75.357,72
Amiata Grossetana	37.470,86
Grossetana	139.472,65
Firenze	577.141,62
Fiorentina Nord-Ovest	262.102,25
Fiorentina Sud-Est	224.098,26
Mugello	83.140,23
Empolese (+ Comune di Fucecchio)	220.751,71
Valdarno Inferiore (- Comune di Fucecchio)	76.728,19
Versilia	212.878,61
TOTALE	5.000.000,00

QUALITÀ DEI SERVIZI

Psicoeducazione per il recupero nell'assistenza alla salute mentale

Capofila l'Asl 10 di Firenze - Coinvolte le associazioni degli utenti e delle famiglie

Pubblichiamo la delibera 1028/2013 di attuazione della legge regionale n. 66/2008 «Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza». Anno 2013: riparto alle zone/distretto dei fondi ministeriali e di risorse aggiuntive con cui si assegna alla funzione circa 18,5 milioni

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Lr 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e successive modifiche e integrazioni e la Lr 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" e successive modifiche e integrazioni;

Visto il Piano integrato sociale regionale 2007-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, e in particolare il paragrafo "Salute mentale";

Dato atto che i soprarichiamati atti di programmazione restano in vigore, ai sensi dell'art. 133 della Lr 27/12/2011 n. 66, fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento per le politiche regionali individuati dal Programma regionale di Sviluppo 2011-2015, tra cui il Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015;

Richiamata la proposta di deliberazione al Consiglio regionale della Giunta regionale n. 38 del 19/12/2011 "Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015";

Richiamate altresì le Linee di indirizzo nazionali per la Salute mentale approvate in Conferenza unificata il 20/3/2008 e il Piano di

azioni nazionale per la Salute mentale approvata in Conferenza unificata il 24/1/2013;

Preso atto che nei sopra citati atti di indirizzo e programmazione viene sottolineata, tra l'altro, l'importanza di:

- orientare i servizi sociosanitari verso percorsi di "ripresa" anche sociale delle persone con problemi di salute mentale per superare definitivamente il paradigma della "stabilizzazione clinica";
- porre maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura, prevedendo il loro coinvolgimento attivo e il coinvolgimento della rete sociale e dell'intervento di rete, soprattutto per i pazienti con disturbi complessi;
- di mettere in atto strategie dirette a favorire il diffondersi di comportamenti professionali nuovi al fine di facilitare il raggiungi-

mento da parte delle persone con disturbi psichici dei loro obiettivi e progetti di vita,

- considerare il territorio come una comunità, vale a dire come un soggetto insieme al quale ricercare soluzioni, avviare possibili azioni e condividere scelte e decisioni;

- porre particolare attenzione all'appropriatezza delle prestazioni e alla valutazione dei risultati,

Ritenuto necessario promuovere la diffusione di prassi e ambiti di intervento incisivi e originali che prevedano l'applicazione di procedure e di contenuti operativi innovativi per rispondere a esigenze di nuove culture della salute e della cura e per fronteggiare i cambiamenti sociali ed economici in atto utilizzando al meglio le risorse economiche e ricorrendo a quelle disponibili all'interno della comunità;

Preso atto dell'importante contributo offerto in questi anni dalle Associazioni di utenti e di familiari per la salute mentale della Regione Toscana per lo sviluppo di un'ampia azione di promozione della salute mentale e per favorire lo sviluppo di buone pratiche dirette all'autonomia degli utenti, al loro empowerment e a quello dei loro familiari;

Considerato che la psicoeducazione rappresenta un trattamento strutturato e integrato il cui scopo principale è quello di incrementare l'empowerment dei pazienti e dei loro familiari valorizzando le loro "risorse" personali, di favorire il miglioramento della qualità di vita del paziente e del suo nucleo familiare e di svolgere un'importante funzione preventiva del disagio psichico attivando i fattori protettivi e indebolendo l'impatto patologico di quelli stressanti;

Rilevato altresì che la psicoeducazione si basa su una metodologia centrata su una strategia di integrazione delle attività dei Servizi pubblici con quelle delle Associazioni di utenti e familiari, del volontariato organizzato e della rete sociale e tende anche a favorire lo sviluppo dell'auto-aiuto e dell'associazionismo;

Ritenuto di provvedere alla emanazione di linee di indirizzo sulla psicoeducazione per promuoverne l'implementazione nell'ambito dei servizi sociosanitari delle Aziende sanitarie della Regione Toscana e per favorire l'introduzione di una metodologia innovativa rivolta al miglioramento dell'efficacia degli interventi psicoeducativi e della qualità dei servizi;

Preso atto che il Settore Politiche per l'integrazione sociosanitaria e la salute in carcere della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale ha elaborato, avvalendosi del contributo di professionisti esperti della materia che operano nei servizi sociosanitari delle Aziende sanitarie, un documento contenente linee di indirizzo metodologiche sulla psicoeducazione orientata al "recovery" in salute mentale;

Ritenuto di approvare le «Linee di indirizzo metodologiche regionali sulla psicoeducazione orientata al "recovery" in salute mentale» di cui all'allegato "A" al presente atto, che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

Valutata la necessità di individuare l'indirizzo metodologico regionale su quale demandare la funzione di monitoraggio dell'applicazione delle presenti Linee di indirizzo nonché la promozione di iniziative informative; tale funzione sarà svolta in stretta collaborazione con il Settore competente in materia della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana;

Monitoraggio e iniziative di informazione

A voti unanimi

DELIBERA
1. di approvare, per i motivi espressi in narrativa, le «Linee di indirizzo metodologiche regionali sulla psicoeducazione orientata al "recovery" in salute mentale» di cui all'allegato "A" al presente atto che costituisce parte integrante e sostanziale dello stesso;

2. di individuare l'Azienda Us10 di Firenze quale soggetto a cui demandare la funzione di monitoraggio dell'applicazione delle presenti Linee di indirizzo nonché la promozione di iniziative informative, da sviluppare in stretta collaborazione con il Settore competente in materia della Direzione generale Diritti di Cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana;

3. di dare mandato alla competente struttura della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di provvedere:

- alla diffusione del presente atto alle Aziende sanitarie della Regione Toscana affinché venga data puntuale applicazione alle disposizioni in esso indicate,
- a informare le Associazioni di volontariato degli utenti e dei familiari per la salute mentale dei contenuti del presente atto;
- alla verifica periodica, in collaborazione con l'Azienda Us10 di Firenze, dell'attuazione delle presenti Linee di indirizzo e alla valutazione della validità del percorso in esse indicato, anche al fine di eventuale revisione del testo dell'atto.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'art. 18, comma 2, lett. a) della Lr 23/2007, in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale toscana.

Allegato A
su www.regione.toscana.it

Sanità Toscana
direttore responsabile ROBERTO NAPOLETANO
Vice direttore ROBERTO TURNO
comitato scientifico Valtere Giovannini Susanna Cressati Sabina Nuti Lucia Zambelli
Versione Pdf dell'Allegato al n. 46 del 17-23 dicembre 2013 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
Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km 68,700 67061 Carsoli (Aq)
"Sanità Toscana" è una pubblicazione informativa realizzata in base a un accordo tra Il Sole-24 Ore Spa e la Regione Toscana

MATERNITÀ Indagine su 25 punti nascita: l'81% delle utenti promuove l'assistenza



Gravidanze poco informate

Il 75% dallo specialista privato anche perché non conosce i servizi

«Il percorso nascita in Toscana: l'esperienza delle donne» è la survey - giunta alla quarta edizione - che la Regione conduce dal 2004 in collaborazione con il Laboratorio Mes della Scuola Superiore Sant'Anna. In un periodo di forte crisi economica, come valutano le donne i servizi sanitari a cui hanno accesso durante la gravidanza, il parto e il puerperio? Lo scorso 25 novembre sono stati presentati agli operatori del settore i risultati dei questionari raccolti tra le donne che hanno partorito tra il 1° ottobre 2012 e il 31 marzo 2013 in uno dei 25 punti nascita toscani. Sono state 4.590 le mamme che hanno risposto alle domande compilando un questionario ricevuto a casa a circa due mesi dal parto. Il questionario è stato tradotto anche in cinese, rumeno, arabo, inglese e francese per consentire anche alle straniere di raccontare la propria esperienza.

I risultati mostrano che resta costante rispetto al 2010 la quota di donne che si rivolgono a uno specialista privato durante la gravidanza (75%). Lo fanno soprattutto per soddisfare un bisogno di continuità nella presa in carico; infatti per il 60,4% delle donne lo specialista privato è lo specialista che seguiva la donna anche prima della gravidanza

(60,4%) e nel 32,8% dei casi dà alla donna la sicurezza di essere seguita dalla stessa persona per tutta la gravidanza (32,8%). Per alcune donne il ricorso al privato è dovuto a una scarsa conoscenza dei servizi disponibili. Altre donne chiedono una maggiore semplificazione delle procedure di accesso ai servizi, a esempio stabilendo «in una volta sola tutto il calendario degli esami con relativa prenotazione nei tempi previsti» e inviando «via mail le risposte dei vari esami a cui si è sottoposte in gravidanza». E ben il 71,2% delle donne vorrebbe accedere a una cartella elettronica con all'interno le informazioni sulla sua gravidanza (visite da fare e fatte, risultati esami ecc.). Complessivamente, l'81,3% delle donne ha valutato buona od ottima la qualità dei servizi a cui ha avuto accesso durante la gravidanza, e solo il 5,1% ha avuto difficoltà ad accedere ai servizi.

Al momento del parto, la scelta del punto nascita avviene prevalentemente sulla base della contiguità geografica (45,6%), ma questo dato è molto variabile tra gli ospedali. Ci sono realtà in cui è molto forte il bisogno di essere assistita dallo stesso ginecologo che ha seguito la gravidanza e, per chi partorisce in un'Aou, la capacità della struttura

di gestire situazioni complesse. La fiducia nel personale medico e nelle ostetriche è molto alta (94,9% e 95,3%) e per l'88,4% delle donne c'è stata continuità nell'assistenza ostetrica nel cambio turno durante il travaglio. L'assistenza ospedaliera complessiva è positiva per 83 donne su 100.

Il pediatra di libera scelta costituisce la figura a cui le mamme si rivolgono in maggior misura dopo essere tornate a casa (84,8%), e che più di altre dà risposta al loro bisogno di aiuto (89,4%). Ma sono ancora troppo poche le mamme che sono facilitate a scegliere il pediatra di famiglia quando sono ancora in ospedale (1 su due), e quelle che ricevono la visita pediatrica a casa nei primi 25 giorni di vita del bambino (19%). Il 33,1% delle donne non sa nemmeno che questo servizio è disponibile. Un'informazione importante che l'indagine 2012-2013 fornisce rispetto alla relazione con il pediatra di famiglia riguarda la comunicazione: ben il 68% delle mamme utilizzerebbe la mail per chiedere informazioni e consigli.

**Sabina Nuti
Anna Maria Murante**
direttore e ricercatore
Laboratorio Mes Sant'Anna Pisa

LE INIZIATIVE PER PROMUOVERE L'ALLATTAMENTO

Otto su dieci allattano al seno

Allattamento materno: l'azione a più alto impatto sulla salute dei bambini e delle madri, a costi ridotti. Come una "prima vaccinazione" per il neonato, è fondamentale per lo sviluppo delle abilità dei bambini nell'apprendimento, e ha un ruolo significativo nella prevenzione dell'obesità e di altre malattie croniche. Sono noti anche i benefici sulle madri: minori probabilità di gravidanze ravvicinate, recupero fisico più rapido, inferiore rischio di depressione post parto e di cancro alle ovaie e al seno.

La Regione Toscana nell'ultimo decennio ha intrapreso valide azioni a sostegno e promozione dell'allattamento al seno, ne è conferma l'adesione all'iniziativa Baby friendly hospital initiative (Bfhi) promossa da Oms e Unicef, di 7 ospedali toscani a fronte dei 26 ospedali Bfhi su tutto il territorio nazionale. Un focus specifico, dell'indagine condotta dal Laboratorio Mes, rileva qual è la percezione delle donne in merito ad alcune azioni a supporto dell'allattamento materno, che le Asl hanno messo in atto nel percorso nascita. L'86,2% delle don-

ne ha affermato che subito dopo il parto le è stato proposto il contatto pelle a pelle con il bambino. È importante, infatti, per un valido avviamento della produzione di latte l'attacco precoce del bimbo al seno, entro mezz'ora dal parto e non oltre le due ore (76,7% delle risposte affermative, con punte del 94,7% nel punto nascita di Bagno a Ripoli e minime all'Aou Pisana con il 5,9%).

Un terzo punto indagato, è la possibilità di tenere con sé il bambino durante il ricovero. Circa l'88% delle mamme ha beneficiato del rooming-in, significativamente sotto la media i punti nascita dell'Aou Pisana e dell'Elba. Il supporto alla donna a favore dell'allattamento materno viene confermato dall'80,8% delle mamme che dichiarano di allattare esclusivamente al seno alla dimissione. Tuttavia in alcuni commenti delle donne emerge la critica per l'insistenza percepita come eccessiva a favore dell'allattamento al seno.

Barbara Lupi
Laboratorio Mes

LE PRESTAZIONI POST-PARTUM

Il 26% ignora l'esistenza del consultorio

Dall'indagine sull'esperienza delle donne emerge che, nella delicata fase del post partum, meno della metà delle mamme ha usufruito dei servizi socio-sanitari offerti dal consultorio. Vi è però un'ampia variabilità tra le aziende e i risultati dimostrano come le realtà in cui i consultori riescono ad attrarre un maggior numero di donne siano quelle in cui più frequentemente vi è un suggerimento diretto da parte del personale ospedaliero (il Psr attribuisce al punto nascita il compito proattivo di "inviare" la donna al consultorio, fornendo indicazioni sui servizi disponibili al momento delle dimissioni) o un invito della struttura consultoriale stessa. È interessante notare che più di un quarto delle donne (26,3%) dichiara di non aver usufruito dei servizi offerti dal consultorio perché ne ignorava l'esistenza e questa percentuale cresce per le donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria e per le donne con un tasso di scolarizzazione più basso.

È evidente, quindi, come le difficoltà nella comunicazione e la mancanza di informazioni ostacolano in misura significativa l'utiliz-

zo dei servizi. A questo proposito, sempre dall'indagine condotta sull'esperienza delle donne, risulta che quasi il 60% delle neomamme avrebbe gradito ricevere informazioni via mail (e il 22,3% via sms) sui servizi disponibili presso i consultori dopo il parto. Questi dati possono suggerire quali canali di comunicazione utilizzare per far sì che le informazioni vengano veicolate in modo corretto e raggiungano il maggior numero di donne.

Nel post partum le donne fanno scarso ricorso all'ostetrica del consultorio quando hanno bisogno di supporto: solo il 37% si rivolge a questa figura, che dovrebbe rappresentare invece più di ogni altra un riferimento durante tutto il percorso nascita e in particolare in questa fase. Complessivamente, le donne che usufruiscono dei servizi offerti dal consultorio mostrano di essere pienamente soddisfatte e consiglierebbero la struttura in cui sono state seguite nell'80% dei casi.

Federica Covre
Laboratorio Mes

L'ACCOMPAGNAMENTO

Metà delle donne partecipa ai corsi nascita

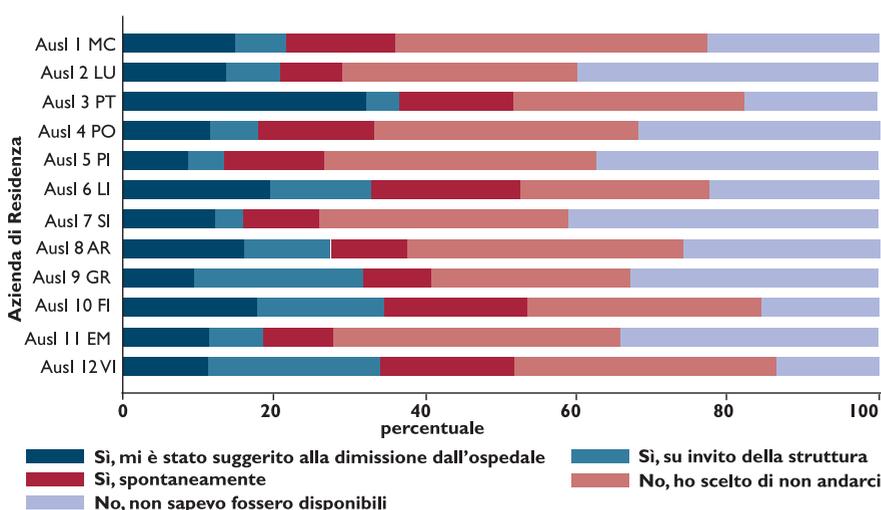
Partecipare a un corso di accompagnamento alla nascita (Can) rappresenta per le donne, soprattutto per coloro che sono alla prima gravidanza, un'importante occasione di confronto e rafforzamento delle proprie competenze nel percorso verso la maternità. In Toscana la qualità dell'assistenza consultoriale è misurata anche considerando la loro capacità di raggiungere le future madri con i «Can». Dai flussi amministrativi aziendali risulta che solo una donna primipara su due ha partecipato ad almeno tre incontri nel 2012, con percentuali di partecipazione diverse tra le Asl (grafico). La partecipazione risulta più ampia, pari al 77,5%, come riportato dall'indagine, se non distinguiamo per numero di incontri. La nazionalità, il titolo di studio e la struttura che organizza il corso costituiscono una discriminante in termini di partecipazione: infatti, le primipare straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria sono il 41,8% contro l'80,8% delle italiane, le donne laureate sono l'84,8% mentre le donne con diploma di scuola media o licenza elementare il 60,7%, e le primipare seguite in ospedale durante la gravidanza partecipano meno rispetto alle donne seguite dal

consultorio o privatamente.

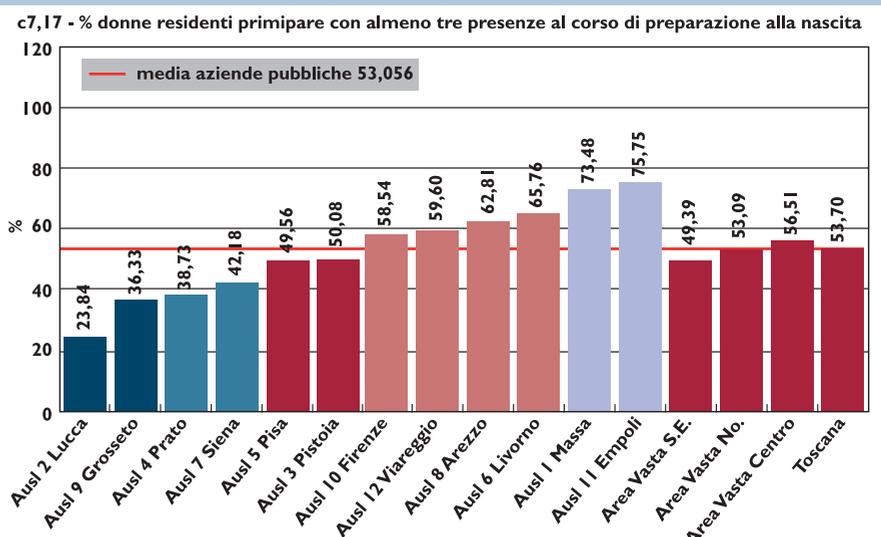
La motivazione principale della mancata partecipazione delle primipare ai «Can» è la mancanza di tempo (29,6%), ma c'è anche il 22,2% che non ritiene utile parteciparvi e il 15% che non partecipa perché l'orario non è comodo. Aspetti questi su cui le aziende sanitarie possono intervenire per migliorare l'offerta e l'adesione ai corsi. Tra coloro che partecipano ai «Can», circa la metà la ritiene un'esperienza utile per vivere completamente o molto meglio gravidanza e parto. L'effetto positivo della partecipazione ai Can si riscontra anche in una maggior frequenza a incontri di gruppo durante la gravidanza (per esempio su allattamento e genitorialità) e in un maggior utilizzo dei servizi post-partum. Dai commenti raccolti dall'indagine, emerge l'invito perché i «Can» siano realmente un'occasione di empowerment per la donna, volti ad «aiutarla a prendere coscienza di sé, delle sue potenzialità, così da accompagnarla, sostenendola e rafforzandola nelle sue scelte».

Manila Bonciani
Laboratorio Mes

L'utilizzo dei servizi post-parto



La preparazione prima del parto



PISTOIA

Giudizio positivo per il servizio infermieristico di assistenza domiciliare

Promosso il nursing a casa



Destinatari: pazienti oncologici e cronici gravi - Ora la sfida nelle Cds

Con l'assistenza infermieristica domiciliare nella provincia di Pistoia, l'anno scorso, sono stati curati nella loro casa, gratuitamente, oltre seimila cittadini, 3.613 della zona distretto di Pistoia e 2.730 della zona Valdinievole. Ora, per la prima volta, il gruppo di ricerca del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, li ha intervistati per sapere quale era stata l'esperienza di questi pazienti. Quasi il 60% si è dichiarato soddisfatto per l'assistenza ricevuta e il 33% ha definito perfetti

le cure. È risultato buono (47,53%) anche il giudizio "sull'organizzazione delle visite e il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari nel percorso di cura". Quasi il 47% si è invece lamentato per il fatto di non ricevere a casa sempre le stesse equipé infermieristiche.

L'assistenza infermieristica domiciliare è riservata ai pazienti oncologici, a chi è affetto da gravi patologie croniche e a coloro che devono essere assistiti dopo il ricovero ospedaliero. Dopo le dimissioni

dall'ospedale, sempre nel 2012, hanno infatti ricevuto subito a casa gli infermieri ben 4.685 cittadini, che non sono restati neanche un giorno senza assistenza.

Sono circa un'ottantina gli infermieri che l'Asl 3 e la Sds Valdinievole hanno dedicato all'assistenza domiciliare. L'attività si svolge su tutto il territorio provinciale generalmente per curare anziani disabili e sempre più spesso anche giovani pazienti affetti da malattie neurologiche degenerative. «Sono erogate prestazioni come a esempio trattamenti farmacologici,

medicazioni di qualunque tipo, prelievi, sostituzione di sondini naso gastrici - raccontano le infermiere coordinatrici del servizio -. A volte è necessario anche allestire delle vere e proprie rianimazioni domiciliari. Cerchiamo anche di favorire l'autonomia della persona e soprattutto nei bisogni di base coinvolgiamo la famiglia che a sua volta diventa un'importante risorsa per il malato».

Gli infermieri spiegano che il responsabile clinico è sempre il medico di famiglia deputato all'attivazione dell'assisten-

za che, dal momento della "chiamata" da parte del paziente o dei suoi parenti, entra in funzione in 24-48 ore. Un obiettivo che nell'Asl 3 è stato raggiunto nel 100% dei casi. Ora per il servizio infermieristico domiciliare si prospetta una nuova sfida: partecipare alla riorganizzazione delle cure primarie nelle Case della salute per realizzare progetti di cura ancora più mirati per le persone fragili.

Daniela Ponticelli

Ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

AREZZO

Prove tecniche di maxiemergenza: terremoto simulato in Valtiberina

Le sirene nella notte hanno squarciato il silenzio in tutta la Valtiberina. Decine e decine di mezzi del 118, dei vigili del fuoco, del Corpo forestale dello Stato, delle amministrazioni comunali, della protezione civile, delle forze dell'ordine, del volontariato sono accorsi dalle 23,00 fino a tarda notte in tre precise località (Sansepolcro, Anghiari e Pieve Santo Stefano), chiamati d'urgenza per le conseguenze drammatiche provocate da una fortissima scossa di terremoto. Una scossa tellurica del IX grado della scala Mercalli (4.9 Richter): rievocazione del sisma che colpì la Valtiberina nel 1948.

Nell'esercitazione coinvolta anche la popolazione

Si è trattato di una esercitazione ("Esercitazione Tiberis") per testare i piani di maxiemergenza che sono predisposti in ogni zona e per ogni evenienza. L'intervento, massiccio, è stato in tutto e per tutto reale, con un'ambientazione assai credibile, grazie alla presenza di oltre sessanta comparse messe a disposizione dalla Croce Rossa Toscana, truccate da feriti, morti o persone in preda al panico.

Ogni anno il sistema viene testato in condizioni diverse. Si è

passati dalla simulazione di un attentato al treno (inscenato all'interno della stazione di Arezzo), a una alluvione in Valdarno e in Casentino, allo scoppio di un impianto chimico a Terontola. Adesso la simulazione del terremoto in Valtiberina, voluto di notte e con un freddo inatteso che ha messo a dura prova tutta l'organizzazione, che ha fornito valide indicazioni sugli aggiustamenti da apportare al piano delle

emergenze. Centinaia le persone impegnate nei tre "teatri" individuati e comunicati solo all'ultimo istante in fase di "esercitazione della maxiemergenza". Unico modo per verificare la capacità

di reazione del sistema è l'atteggiamento delle popolazioni che hanno avvertito chiaramente, visto lo spiegamento di forze, l'impatto di una situazione di reale emergenza. L'allarme è scattato alle 23 esatte e alle 23,01 si sono mossi i primi mezzi convergenti in Valtiberina. Poi la "catena" organizzativa ha allertato in pochi minuti tutti gli enti che sono coinvolti in queste circostanze, attivando la catena di comando.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 di Arezzo

LUCCA

Chirurgia mini-invasiva, l'eccellenza in un videocollegamento mondiale

Due eccezionali interventi chirurgici sono stati effettuati a Lucca, in collegamento audio-video diretto con il 24° Congresso internazionale di Chirurgia dell'apparato digerente tenutosi nei giorni scorsi a Roma. Nel corso dell'evento si sono collegate in diretta 32 sale operatorie di Paesi dei cinque continenti tra cui Cina, Giappone, Usa, Corea, Australia, Francia, Belgio, Canada, in ciascuna delle quali sono stati realizzati interventi chirurgici innovativi. Quasi duemila chirurghi di varie nazionalità hanno assistito agli interventi nella sede del congresso e altre migliaia in collegamento via internet.

In diretta trentadue sale operatorie dei cinque continenti

Andrea Carobbi, direttore della Chirurgia generale dell'ospedale di Lucca, è stato uno dei pochi italiani scelti per partecipare a questa iniziativa: con la sua équipe ha effettuato due procedure particolarmente innovative e complesse. Nel primo caso si è trattato dell'asportazione totale dello stomaco in un paziente con un tumore gastrico mediante tecnica laparoscopica che, per la sua complessità, è ancora poco sviluppata in Italia per questo genere di tumori,

mentre lo è già ampiamente in molti Paesi a incidenza assai maggiore, come Giappone e Corea. Carobbi, che ha una consistente casistica di resezioni dello stomaco effettuate con tecniche mini-invasive, ha realizzato l'intervento con particolare accuratezza e velocità, ricevendo complimenti dai chirurghi che hanno assistito in diretta a tutte le fasi dell'operazione.

L'équipe lucchese ha poi eseguito un intervento di asportazione del colon sinistro per un tumore del sigma sempre per via laparoscopica. In questo caso l'eccezionalità è stata rappresentata dal fatto di utilizzare un

solo "foro" per effettuare l'intera procedura. Questa recente ulteriore innovazione della laparoscopia è chiamata "Single incision laparoscopic surgery" (Sils). I due pazienti hanno avuto un decorso post-operatorio regolare, totale assenza di dolore con mobilizzazione e ripresa dell'alimentazione pressoché immediata e una degenza complessiva di, rispettivamente, cinque e quattro giorni.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 di Lucca

LIVORNO

Ecocardiografia pediatrica, aperto il nuovo ambulatorio Asl-Opa

Nasce il nuovo ambulatorio di ecocardiografia pediatrica grazie alla collaborazione tra i reparti di Cardiologia e Pediatria dell'Azienda sanitaria locale 6 di Livorno e gli specialisti dell'Ospedale Pediatrico Apuano (Opa).

«La cardiologia pediatrica - dice Enrico Magagnini, direttore dell'Unità operativa Cardiologia dell'Azienda livornese - costituisce un settore estremamente delicato e sensibile, che si occupa di pazienti giovani e giovanissimi, talvolta afflitti da patologie cardiologiche congenite importanti.

L'obiettivo è gestire in modo ottimale i piccoli pazienti

Il nuovo servizio messo a disposizione della cittadinanza livornese - continua Magagnini - si pone l'obiettivo di fornire ai piccoli pazienti e alle loro famiglie una diagnosi precisa e rapida direttamente nella propria struttura sanitaria senza la necessità di rivolgersi altrove magari perdendo tempo prezioso».

Nel nuovo ambulatorio, allestito nel reparto di Cardiologia dell'ospedale di Livorno, gli specialisti dell'Ospedale Pediatrico Apuano svolgeran-

no l'importante funzione di tutoraggio e consulenza in tutti quei casi per i quali emerge l'indicazione di intervento sia con la chirurgia tradizionale sia con le nuove tecniche percutanee, ovvero senza apertura del torace, che permettono di essere meno invasivi sui bambini velocizzando i tempi di recupero.

«L'impegno richiesto a tutti i professionisti coinvolti - prosegue Magagnini - è quello di affinare interazioni dirette ed efficaci che consentano di ottimizzare la gestione dei piccoli pazienti in condizioni più critiche.

Da questo l'Azienda sanitaria locale livornese e in particolare l'équipe sanitaria coinvolta si arricchirà sia nell'offerta messa a disposizione dell'utente, ma anche a livello di formazione professionale e umana».

L'iniziativa è stata presentata anche nel corso della giornata di studio aziendale - che si è tenuta a metà novembre - su tematiche di cardiologia in età pediatrica.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

IN BREVE

AREZZO

Bollini rosa agli ospedali aretini. Se per Valdarno e Arezzo è stata una conferma (anche se il San Donato è addirittura passato da due a tre bollini, unico ospedale toscano non universitario), la sorpresa arriva dal Casentino. A Daniela Mazzetti, medico della Ostetricia e ginecologia del Casentino, è stata consegnata la targa che certifica 2 bollini rosa nel periodo 2014-2015 per la particolare attenzione che l'ospedale riserva alla cura e alla prevenzione delle malattie delle donne. In particolare, l'unità operativa di Ostetricia e ginecologia e il servizio di Oncologia si sono distinti nell'eccellenza dei requisiti richiesti per il conseguimento di tale riconoscimento. Particolare rilievo è stato dato al percorso nascita che enfatizza la gestione naturale del parto e del controllo del dolore durante il travaglio.

FIRENZE

L'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi ha ricevuto anche quest'anno 3 bollini rosa, il massimo riconoscimento che l'Osservatorio nazionale sulla salute della donna (Onda) attribuisce alle strutture sanitarie che si distinguono per l'attenzione alla salute femminile. Nel corso della premiazione a Roma, il Dg Monica Calamai ha esposto una relazione dettagliata sulle caratteristiche che fanno dell'Azienda fiorentina un ospedale dalla parte delle donne. Fra queste la costituzione a Careggi del Centro di riferimento regionale violenza (Crrv) che fra il 2012-2013 ha partecipato alla stesura delle Linee guida nazionali contro la violenza sulle donne, coinvolgendo il pronto soccorso. Ha promosso una presa in carico integrata di tutte le vittime di violenza, senza distinzione di genere o età.

PISA

Publicato sul Jama-Journal of the American Medical Association un importante studio sulla malattia di Crohn, patologia autoimmune che consiste in una infiammazione cronica dell'intestino, cui hanno partecipato Giuseppe Maggiore e Gabriella Palla, gastroenterologi pediatrici dell'Aou di Pisa. Si è trattato di uno studio randomizzato, controllato, condotto in 6 centri italiani di gastroenterologia pediatrica. Lo studio dimostra, per la prima volta, che la talidomide, usata come unico farmaco, induce significativamente più remissioni della malattia e una remissione di durata maggiore in bambini e adolescenti con malattia di Crohn resistente ai trattamenti convenzionali. La malattia di Crohn a esordio in età pediatrica è caratterizzata da una maggiore aggressività e dà un elevato grado di farmaco-resistenza.

EMPOLI

«Educare alle life skills per promuovere salute» è il titolo del progetto che coinvolge 150 insegnanti di infanzia, primaria e secondaria di primo grado di 17 istituti del territorio empolesse. Il progetto (che intende educare alle competenze emotive, cognitive, sociali per la vita e che è stato presentato nei giorni scorsi nei locali del Centro direzionale dell'Asl 11 di Empoli) prevede un campus per ciascuno dei 5 gruppi di lavoro da formare. Il primo campus si è svolto il 30 novembre, mentre gli altri si terranno, a rotazione, entro il 18 gennaio 2014, con l'obiettivo di favorire la reciproca conoscenza dei componenti del gruppo. Gli operatori dell'Educazione alla Salute dell'Asl 11 svolgeranno il ruolo di osservazione e supervisione dell'attività nelle singole scuole. Questa fase si concluderà nel mese di maggio.



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