

Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 36
anno XVI del 6-12 ottobre 2015
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

**Paesi emergenti:
quel «doppio»
carico di malattie**

di Maria José Caldes
Pinilla *

Negli ultimi anni ha assunto sempre più rilevanza l'approccio alla salute basato sui determinanti sociali; la salute è un complesso elemento dove si intersecano fattori diversi e decisivi nella vita delle persone come: educazione, ambiente di vita e di lavoro, capacità di accesso alle cure e qualità delle stesse, discriminazioni, sistemi di protezione sociali, etc.

Questi elementi, i determinanti sociali, hanno portato a diversi cambiamenti epidemiologici come l'aumento globale delle malattie croniche (malattie cardiovascolari e tumori) legate a stili di vita e a numerosi altri fattori economici e sociali. Questi elementi, nei paesi in via di sviluppo hanno come conseguenza l'esistenza di un double burden of diseases - doppio carico di malattie (malattie trasmissibili/infettive e malattie croniche), determinando una consistente difficoltà nell'erogazione di cure adeguate e di qualità ai cittadini.

Nel 2015, a conclusione dei millennium development goal, le Nazioni Unite hanno appena lanciato il nuovo disegno strategico per l'agenda post 2015, ovvero gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs), che andranno a riorientare anche gli aiuti e la cooperazione internazionale. I nuovi SDGs tengono fortemente in considerazione il

CONTINUA A PAGINA 2

FLUSSI

Al momento attivi circa 25 progetti di cooperazione internazionale

Migrazioni, la salute è globale

Creato un nuovo sito internet per condividere in rete le conoscenze

La Regione Toscana, in continuità con il suo tradizionale sforzo nel campo dell'aiuto allo sviluppo e pronta ad affrontare le sfide che emergono all'interno del proprio territorio, ha creato nel 2012 il Centro di Salute Globale, che affierisce organizzativamente all'Azienda ospedaliero universitaria Meyer. In qualità di struttura di riferimento regionale, il Centro intende stimolare la riflessione, l'analisi e il dibattito nel campo della salute globale, ossia lo studio degli effetti della globalizzazione sulla salute dei popoli. E in rete con il mondo degli operatori sanitarie e degli amministratori pubblici, l'accademia, la società civile e le comunità di migranti si lavora in tutte le quattro aree principali del Centro: le politiche sanitarie, le malattie tropicali dimenticate e la salute dei migranti e la cooperazione sanitaria internazionale.

Al Centro di Salute Globale, che ha il compito dell'attuazione della strategia regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale della Toscana (CSI), spetta il coordinamento dei soggetti della rete CSI e la promozione di tutte le attività internazionali in ambito sanitario della Regione, compresi i ricoveri a carattere umanitario. Al momento sono attivi circa 25 progetti di cooperazione sanitaria internazionale, nelle seguenti aree del mondo: Africa Sub-Sahariana, America Latina, Balcani, Mediterraneo e Medio-Oriente. Gli ambiti prioritari di azione negli interventi di cooperazione sanitaria sono la salute materno infantile e il rafforzamento dei sistemi sanitari pubblici. Tali interventi sono programmati ed implementati grazie a un accurato studio dei reali bisogni e delle necessità dei singoli paesi d'intervento, per garantire efficacia ed efficienza in termini di impatto ed uso delle risorse.

In questo settore sempre di più si tende a promuovere e sostenere iniziative di «migrazione e sviluppo» tese a valorizzare il ruolo dei migranti nella crescita socio economica dei paesi di origine e a rafforzare il sistema



sociosanitario. La rete del Centro si configura inoltre come piattaforma di scambio di conoscenze, di progettualità condivise, di possibilità di ricerca sia nel settore delle politiche sanitarie, sia nell'area delle malattie tropicali cosiddette «neglette», ossia quelle patologie che hanno nella povertà e nella fragilità sociale il loro marker.

Le sfide socio-sanitarie che la Regione Toscana affronta nel III millennio risentono di tutta la complessità della globalizzazione e dell'attuale fragilità economica. A maggior ragione, dato il peso di una tale responsabilità, è necessaria una visione strategica derivante dalla diffusione delle conoscenze e dalle analisi delle politiche sanitarie delle nazioni e delle istituzioni internazionali. Da queste infatti dipendono: l'entità delle risorse assegnate al sistema sanitario, l'universalità e l'equità dell'accesso ai servizi.

Tra le sfide del futuro, rientrano le mai tramontate patologie trasmissibili e tra esse le malattie neglette: i sempre più intensi movimenti di popolazione, la circolazione di prodotti alimentari, e la crescita demografica nei paesi con limitate risorse economiche hanno come conseguenza principale la persistenza della minaccia a carattere globale di malattie un tempo "dimenticate".

Per scoprire tutte le attività del Centro di Salute Globale è stata creato un nuovo sito internet www.centrosaluteglobale.eu, improntato ai valori di trasparenza, accountability e informazione nei confronti dell'opinione pubblica. In home page troviamo il video di presentazione del Centro, news ed eventi. Nelle sezioni tematiche articoli scientifici, infografiche e scheda paese. Attraverso questo strumento il Centro vuole favorire la partecipazione di tutti coloro che, a vario titolo, si occupano di salute globale.

Nicole Mascia e Leila Zoia
collaboratrici del
Centro di Salute Globale

Workshop Fiaso

Il Codice rosa si fa strada a livello nazionale

Il progetto anti-violenza partito da Grosseto trova spazio in pronto soccorso

L'esperienza del Codice Rosa si fa strada a livello nazionale. A fine settembre a Roma, in un appuntamento organizzato dalla Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) si è tenuto il workshop formativo «Progetto speciale Codice Rosa Bianca» che ha dato il via in tutta Italia alla formazione di medici, infermieri e forze dell'ordine sulla gestione e il contrasto al fenomeno della violenza sulle fasce deboli.

In questo contesto presente anche la Toscana che ha portato la sua esperienza, un fiore all'occhiello che, in qualche modo, darà il suo contributo - essendo la Toscana, con la Asl di Grosseto, capofila del Progetto speciale Codice Rosa Bianca - nella formazione che «a cascata» coinvolgerà centinaia di operatori, per garantire sostegno e giustizia ai 3 milioni di donne, anziani, bambini, portatori di handicap, omosessuali, ogni anno vittime di violenza in Italia.

In Toscana, dove ormai è presente in tutti i pronto soccorso, il Codice Rosa è riuscito a far emergere tanti casi di violenza che altrimenti sarebbero rimasti sommersi. Tutto iniziò a Grosseto nel 2010, quando fu sperimentato per la prima volta il progetto poi diffuso, nell'arco di 5 anni, in tutti i pronto soccorso della Toscana, e anche in molte altre regioni tanto da essere oggetto di un libro intitolato «Il magico effetto domino» che, come sancito nel workshop romano, ha coinvolto anche il resto d'Italia.

CONTROCANTO

La conoscenza dei virus dimenticati

di Antonio Panti *

Le sfide socio-sanitarie che la Regione Toscana dovrà affrontare nel III millennio risentono di tutta la complessità dell'attuale fragilità economica e della globalizzazione. È necessario lavorare per essere protagonisti e capaci di gestire il cambiamento che abbiamo di fronte e non subirlo, perché questi nuovi scenari che si profilano

costituiscono un'opportunità per poter garantire a tutti equità nelle cure.

La conoscenza delle malattie dimenticate ad esempio, è un'esigenza sempre più importante per i nostri medici. Alcune patologie che fino a poco tempo fa erano ritenute esclusivamente tropicali - a causa

CONTINUA A PAGINA 2

LEGGI&DELIBERE

Handicap, laboratori più attivi

Sarà incentivata e implementata l'attività svolta dai laboratori aziendali a favore delle persone con disabilità grave. La giunta regionale ha deciso, nell'ambito degli interventi di assistenza riabilitativa e protesica, di sostenere lo sviluppo dei laboratori che operano e garantiscono efficaci ed appropriati interventi di individuazione, valutazione e prescrizione dei dispositivi protesici ad alta tecnologia. Secondo la delibera approvata questa attività costituisce una risposta efficace ai bisogni espressi, sia per il carattere innovativo delle soluzioni proposte, finalizzate al raggiungimento della massima autonomia personale. (Delibera n. 811 del 04/08/2015)

Al Mayer l'archivio-prematuri

Sarà ancora l'Aou Meyer di Firenze a gestire l'archivio neonati gravemente prematuri denominato «Tin Toscane On-line». Lo farà in collaborazione con l'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità, Ars Toscana. La giunta regionale, mettendo in campo 30 mila euro per i prossimi due anni, ha preso questa decisione considerando le rendicontazioni degli anni precedenti e il programma di attività presentato, ma anche la coerenza con il Pssir che dedica particolare attenzione al Percorso materno infantile e alla grave prematurità nonché agli strumenti di monitoraggio a supporto delle attività e dei relativi servizi. (Delibera n. 858 del 08/09/2015)

ALL'INTERNO

Meyer scopre il robot

A PAG. 2

Pma, dibattito a Cortona

A PAG. 3

Fertilità, test neoplasie

A PAG. 4-5

MEYER

Si apre una nuova fase nello sviluppo della chirurgia con l'uso di robot



Pediatria, un salto nel futuro

Complessa operazione urologica eseguita su un bambino di nove anni

È con un bambino di 9 anni che aveva bisogno di una complessa operazione urologica che l'ospedale pediatrico Meyer ha aperto una nuova fase nello sviluppo della chirurgia pediatrica: quella del robot. Un salto nel futuro che è frutto del «Centro interaziendale per lo sviluppo e l'innovazione in urologia pediatrica», nato in estate dall'accordo tra l'Università di Firenze, il Meyer e Careggi per condividere le conoscenze e le risorse tecnologiche, tra cui l'approccio robotico.

Tutto ha inizio lunedì 21 settembre quando il piccolo Luca (nome di fantasia) entra nella sala operatoria a Careggi. In sala ad attenderlo c'è tutto il team del Meyer (il servizio di Urologia diretto da Antonio Elia, gli anestesisti e le infermiere) guidato da Lorenzo Masieri, il giovane ricercatore universitario con grande esperienza in Urologia generale, Chirurgia robotica ed endoscopica, cresciuto nella

prestigiosa scuola urologica fiorentina e neo acquisto dell'ospedale pediatrico Meyer, nell'ambito dell'accordo che ha portato alla realizzazione del Centro.

Quel mattino in sala ci sono tutti volti conosciuti dal piccolo paziente che soffre di una malformazione congenita molto frequente in età pediatrica, la stenosi del giunto pielo ureterale. Una patologia che riguarda il punto di passaggio tra la pelvi (nella quale si raccoglie l'urina prodotta dai reni) e l'uretere, il piccolo condotto che porta l'urina dentro alla vescica. Nel caso specifico si tratta di un restringimento funzionale, che impedisce il corretto deflusso dell'urina, con grandi rischi per la funzionalità stessa dei reni. Unico trattamento possibile è quello chirurgico, per eliminare l'ostruzione e ripristinare il corretto deflusso dell'urina. Un approccio che attualmente avviene sempre più frequentemente per via laparoscopica ma anche robotica, nuova frontiera della chirurgia di precisione.



Lorenzo Masieri in sala operatoria con il robot

"Il Centro interaziendale ci permette di utilizzare uno dei robot di Careggi proprio in un'ottica di utilizzo efficiente delle risorse - spiega Lorenzo Masieri - Per il piccolo Luca abbiamo scelto l'utilizzo del robot per la sua mini-invasività. Basti solo pensare ai punti di sutura molto piccoli che facilitano la guarigione".

L'approccio robotico offre molti vantaggi in ambito pediatrico. "Il robot ci ha permesso di

fare questo intervento senza il classico taglio sul fianco - prosegue l'urologo del Meyer -. Al suo posto si praticano dei piccoli fori sull'addome in cui posizioniamo cannule che portano gli attrezzi (pinze, forbici ecc.) necessari all'intervento. Utilizziamo invece l'ombelico per introdurre la cannula con l'ottica che ci consente un ingrandimento di immagine in 3D, dettagliatissima, precisa anche nella giusta profondità e molto accurata. È

come essere dentro al corpo del bambino. Inoltre il robot evita non solo il taglio ma anche la divaricazione dei muscoli, azioni che causano dolore e rallentano la ripresa post operatoria".

Rispetto alla mano umana quella del robot non tentenna, né ha tremori per la stanchezza, e svolge 7 gradi del movimento, quasi simile a quelli del polso umano. "Il robot - conclude Masieri - permette una grande precisione in tutte le fasi dell'intervento e anche nel posizionamento delle suture e rende questa operazione meno invasiva, così da facilitare il recupero del piccolo paziente. In futuro vogliamo utilizzare il robot anche per bambini più piccoli".

Il "Centro interaziendale per lo sviluppo e l'innovazione in Urologia Pediatrica", nato a luglio dall'accordo fra le tre Istituzioni, si prefigge di condividere le conoscenze tecnologiche, diagnostiche, chirurgiche endoscopiche, laparoscopiche e robotiche e l'integrazione tra assi-

stenza, didattica e ricerca scientifica di alto livello nazionale ed internazionale. Nei primi mesi il Centro ha già effettuato oltre a quelli che sono i routinari inquadramenti diagnostici e terapeutici propri dell'urologia pediatrica, interventi di chirurgia mininvasiva endoscopica con utilizzo di laser ad Olmio, ha iniziato l'applicazione della chirurgia robotica, nonché la creazione di equipe multidisciplinari composte da professionisti di Careggi e del Meyer per il trattamento di patologia oncologica avanzata renale per tumore di Wilms. Nei prossimi mesi i professionisti del Centro rilanceranno la sinergia per rafforzare ulteriormente l'Urologia Pediatrica del Meyer e renderla punto di riferimento nazionale ed internazionale, anche sul piano formativo e della ricerca.

Roberta Rezoalli
Ufficio stampa
AOU Meyer
di Firenze

Gestione dell'emergenza

Careggi inaugura il pronto soccorso con 41 «box visita»

Careggi inaugura il suo nuovo Pronto Soccorso, una struttura di 3.600 metri quadri che accoglierà ogni anno oltre 100mila pazienti. Dopo poco più di un mese di attività della struttura, costata circa 5 milioni di euro e che ha iniziato il suo lavoro dal 25 luglio, lo scorso 17 settembre è stata ufficialmente inaugurata.

Il nuovo Pronto soccorso dell'Aou Careggi di Firenze, che dal momento dell'inizio delle attività fino a metà settembre registrava già 13mila accessi con una percentuale di ricovero dell'11%, vede attivi sulle 24 ore l'accoglienza, il triage, l'accesso diretto degli utenti e un nuovo percorso per le ambulanze e, garantendo il flusso, nella camera calda possono transitare fino a 5 mezzi. Sono invece 41 i box visita, di cui 4 per i codici rossi. La maggiore dimensione di questi spazi consente la permanenza di un parente o di un accompagnatore accanto al paziente, migliorando gli aspetti di umanizzazione delle cure e consentendo al volontariato una nuova possibilità di supporto soprattutto verso i disabili e i pazienti fragili.

Un grande cambiamento per l'AOU di Careggi che, dopo 14 anni, ha visto la chiusura di uno dei maggiori pronto soccorsi toscani per trasferirsi nella nuova struttura, resa operativa alla mezzanotte del 24 luglio, dove già dal novembre 2014 erano state attivate le funzioni di pronto soccorso oculistico e otorinolaringoiatrico e l'assistenza ai codici a bassa priorità. La vecchia sede del Pronto Soccorso Generale non resterà inutilizzata a lungo poiché l'Aou Careggi ha già previsto un piano organizzativo per il trasferimento della dialisi, per il momento ancora attiva a Villa Monna Tessa.

«La riunificazione in un unico pronto soccorso aumenta la capacità di intervento e la sicurezza dei cittadini - ha commentato il Presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi - Ho l'onore di aver dato un contributo alla realizzazione di questa sanità e oggi sento che questa grande infrastruttura civile è solida. Il tempo passa, ma la sanità toscana riesce ad adeguarsi, trasformarsi, affrontare le sfide». Secondo Rossi la chiave sta tutta nella capacità di

reazione e risposta e nella relazione operatori-cittadini perché «se questa relazione è umana e competente, il cittadino lo avverte ed è contento».

Anche per questo motivo l'inaugurazione della struttura è stata anche occasione per dedicare una giornata al tema dell'emergenza in collaborazione con 118, Anpas, Croce Rossa, Misericordie e associazioni di volontariato, per sottolineare la sinergia con il sistema dell'emergenza urgenza che identifica l'Azienda ospedaliero - universitaria fiorentina come riferimento a livello regionale. Nella giornata decine di volontari hanno mostrato a cittadini ed istituzioni l'impegno delle persone e dei mezzi a tutela della salute pubblica.

A loro un pensiero arriva dall'assessore regionale per il diritto alla salute, Stefania Saccardi. «Un mondo che è parte integrante del sistema dell'emergenza-urgenza, un valore assoluto - dice Saccardi - Grazie a chi ogni giorno lavora nel volontariato, in tutte quelle associazioni che contribuiscono a fare del nostro sistema di emergenza-urgenza uno dei migliori al mondo. In que-

sto periodo di difficoltà a tenere insieme riduzione delle risorse economiche e qualità dei servizi, noi abbiamo a disposizione tante risorse umane. È una sfida che vinceremo insieme».

«In un momento in cui si parla di tagli noi inauguriamo una struttura dove ci stanno competenze, capacità, percorsi innovativi - continua Saccardi - Dotiamo questo territorio di una struttura in grado di dare risposte efficienti, ridurre i tempi di attesa in un momento in cui è particolarmente importante avere risposte in tempi rapidi».

Ma lo stesso assessore ha anche rivelato che vorrebbe che il nuovo PS accettasse la sfida di creare percorsi specifici per anziani e disabili. «La scommessa della sanità, oggi, sta anche in questo. E il pronto soccorso di Careggi è il luogo dove si potrebbe sperimentare» dice Saccardi. Concetto ribadito anche dallo stesso Presidente Rossi che ha rivelato che «Questo potrebbe diventare un esempio per tutta la Toscana e l'Italia».

Roberto Tatulli

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

degli intensi movimenti delle popolazioni, della crescita demografica dei paesi con limitate risorse economiche - stanno diventando una problematica fortemente presente anche sul nostro territorio. I Governi e gli operatori sanitari dei Paesi non endemici sono spesso scarsamente consapevoli e poco preparati nei confronti di tali malattie per cui sono frequenti i casi di mancata o errata diagnosi.

È dunque fondamentale ampliare i nostri orizzonti culturali e scientifici per essere pronti a fronteggiare nuove patologie o emergenze sanitarie. La medicina si deve trasformare. Questo richiede una visione innovativa, transnazionale e un approccio di sintesi tra prevenzione a livello di popolazione e cura del singolo

individuo. In questo ambito le attività di informazione e formazione che il Centro di Salute Globale svolge, possono giocare un ruolo determinante e strategico.

Forte deve essere, inoltre, l'impegno degli operatori sanitari a tutela del diritto alla salute della popolazione migrante. È necessario in questo momento dare la migliore risposta possibile alle esigenze dei nuovi cittadini, per promuovere appropriatezza nell'offerta sanitaria e prevedere delle politiche di inclusione, basate sui principi di equità e lotta alle disuguaglianze di salute. Principi che guidano anche la strategia regionale di Cooperazione Sanitaria Internazionale, che risulta uno strumento sempre più importante per contribuire a creare condizioni di svilup-

po nei paesi terzi. Un'opportunità, questa, altrettanto valida per gli operatori del Sistema sanitario toscano, che consente loro di partecipare ai progetti, condividere conoscenze e utilizzare al meglio la loro professionalità.

Dare spazio allo studio di questi aspetti è un incitamento culturale a mantenere alti i valori della medicina, come umanità e rapporto con la persona. Dare slancio a queste attività in un'ottica concreta, che renda ben evidenti i reali benefici delle iniziative implementate risulta l'investimento principale che dovrà guidare il Centro di Salute Globale nei prossimi anni.

* Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

► **Doppio carico di malattie** (segue dalla prima)

costante aumento delle disuguaglianze economiche e sociali tra i Paesi e all'interno degli stessi, dove aumentano anche i problemi legati ai cambiamenti climatici, all'inquinamento ambientale, alla qualità del cibo ecc.; questo scenario complesso ci chiama a riflettere e proporre strategie innovative verso un futuro più equo e sostenibile.

È in questo contesto che si collocano le attività che il Centro di Salute Globale programma, implementa e sostiene. Sempre più spesso ci si interroga sul significato e il valore dell'investimento in questa tipologia di iniziative. Ci si pone delle domande circa l'opportunità di occuparsi delle problematiche di paesi lontani e di fasce marginali della popolazione, in parti-

colare stranieri, quando vi sono sempre più problemi sociali e di salute che affliggono i cittadini toscani. Come spiegare alla cittadinanza che le risorse investite in attività che appaiono lontane dalla propria quotidianità hanno anche una ricaduta sulle nostre vite e sulla responsabilità che abbiamo verso le generazioni future?

Aprire lo sguardo a nuove culture che sono ormai qui, vicino a noi, rappresenta una grande opportunità per ripensare i nostri servizi, per renderli più accessibili, più funzionali, in definitiva più umani, sia per i cittadini stranieri che per quelli italiani.

* Direttore Centro Salute Globale

PROCREAZIONE Cortona si candida a diventare la banca del seme della Toscana

Pma, il pubblico prende quota



A dicembre un convegno per riflettere sulla riforma della legge 40

Cil prossimo dicembre Cortona sarà palcoscenico di un convegno nazionale in cui si discuterà e si affronterà a tutto tondo i temi riguardanti la procreazione medicalmente assistita (Pma), la fecondazione eterologa, gli sviluppi legati alla ricerca genetica e la donazione di seme maschile e ovociti. L'iniziativa nasce dalla necessità e volontà di mettere ordine e fare il punto della situazione attuali e sugli sviluppi avuti in Italia da queste pratiche, anche e soprattutto dopo le recenti sentenze della Consulta che hanno modificato la legge 40 - legge che regola la delicata materia - che, dopo undici anni dall'entrata in vigore, viene modificata cancellando alcuni limiti, obblighi e divieti. Un mondo, quello della fecondazione assistita, che vede all'estero ampie libertà, spesso con poche garanzie di qualità e sicurezza. Libertà che hanno alimentato e alimentano i cosiddetti viaggi della speranza possibili solo a chi possiede importanti risorse economiche, contrapponendosi al quadro italiano dove le strutture private si muovono con molta rapidità e efficienza facendo pagare altissimi costi agli utenti, escludendo di fatto ancora una volta le fasce sociali più deboli da questo diritto, mentre la sanità pubblica risulta ancora molto "frenata", sia da ragioni tecnico-professionali e burocratiche che da strategie non condivise fra organi centrali, regionali ed azien-



Laboratorio PMA

dali. Anche di questo si parlerà al convegno che è vedrà impegnati oltre alla Azienda di area vasta della Toscana sud-est, anche una serie di altri attori, dall'Università degli Studi di Siena, alla Regione Toscana, dalla Commissione Sanità del Senato, al Ministero della Sanità. Ma Cortona non sarà solo sede di questo importante convegno ma anche oggetto del dibattito essendosi candidato modello italiano sul tema. Infatti qui è in dirittura d'arrivo il passaggio dal privato con gestione pubblica del Centro di Procreazione medicalmente assistita, presso la Fratta, e sono stati abbattuti

fisicamente i propri muri ed occupare altri spazi rinnovando completamente la propria struttura, proprio per l'aumento importante di richieste di prestazioni, ma anche per le nuove attività previste, fra cui spicca la banca del seme e degli ovociti. Se è ormai stabilito che sarà di riferimento per l'intera Area Vasta, si lavora perché divenga la banca del seme dell'intera Toscana, ma anche a servizio delle Regioni limitrofe che ne faranno richiesta, sia per le strutture pubbliche ma anche per quelle private (Nel Lazio, ad esempio, non ci sono strutture pubbliche). Alla Fratta inoltre non mancano mai gli ovociti, con controlli e percorsi garantiti, da impiantare a pazienti che intendono aderire al percorso di fecondazione eterologa. Al Centro di Cortona con l'Egg sharing sono state "aggirate" una lunga serie di ostacoli presenti in altre



Centro PMA Cortona

forme di approvvigionamento. Ancora molte strutture italiane procedono con l'acquisto di seme e ovociti dall'estero, spesso da banche private straniere con costi alti (Da 3 a 8 mila euro ciascuno), con scarse garanzie sulla filiera della raccolta e la qualità del prodotto. Al Centro - che ha come collaboratori medici, biologi e infermieri tutti giovani e preparati, ed un rapporto stretto per le analisi genetiche con il Centro universitario di Siena - dopo che sono stati esaminati a fondo e accertate le reali condizioni di donne e uomini che si presentano per la fecondazione omologa, viene chiesto a titolo gratuito, se gli ovociti e gli spermatozoi soprannumerari, possono essere utilizzati per le donazioni. Altissima la risposta positiva. Luca Mencaglia, direttore della struttura, ricorda che "il centro della Fratta ha il primato in tutta

Italia di questa tecnica, che non aggira il problema, ma lo prende di petto." Come alta è la previsione di risposta dalle donne che intendono sottoporsi al social freezing. Una forma di "deposito" degli ovociti della donna che per proprie ragioni (sociali, economiche, di salute), decide di avere una maternità in età più avanzata. Anche in questo caso viene chiesto di donare la parte eccedente (esempio: su 15, 10 si conservano per lei, 5 li dona), e se al momento della maternità questa arriva con procedimenti naturali, anche gli altri ovociti. Rilevante anche l'attività che riguarda l'esecuzione della diagnosi genetica pre-

impianto per la fecondazione eterologa. Sono infatti oltre 10.000 le mutazioni genetiche responsabili di altrettante malattie, trasmissibili dai genitori portatori ai propri figli: Queste possono essere diagnosticate con la diagnosi genetica pre-impianto sull'embrione, prima di procedere al suo impianto sull'utero per identificare la presenza di eventuali malattie ereditarie o alterazioni cromosomiche. Inoltre il Centro della Fratta è una grande opportunità anche per Cortona, in cui un ospedale piccolo si rivela ancora una volta capace di dare un valido contributo in specifiche eccellenze. Aperto dal giugno 2010, il Centro di Procreazione medicalmente assistita di Cortona ha registrato - dato di fine giugno 2015 - oltre tremila accessi, portando a successo 1.171 gravidanze con la fecondazione omologa. Anche sull'eterologa - sempre a metà giugno - erano già state eseguite 36 fecondazioni con il programma altre 32 (Quindi 68 a fine giugno). Basti pensare che in tutta Italia, nello stesso momento, se ne contavano in strutture pubbliche, esclusa quella di Cortona, poco più di 50. Insomma, Cortona, con questo percorso può garantire risposte, oltre alle proprie esigenze e a quelle dell'intera Regione, anche a molte altre strutture italiane.

Portate al successo con l'«omologa» 1.171 gravidanze

Già eseguite 36 «eterologhe», 32 in lista d'attesa

A cura di Pierluigi Amorini Ufficio stampa Asl 8 di Arezzo

Ospedale San Donato

Da Vinci raggiunge quota mille interventi

Dal 2011, quando il robot Da Vinci è stato installato all'Ospedale San Donato, la sola unità operativa di Urologia ha raggiunto quota 1.000 interventi: Arezzo è così diventato punto di riferimento anche fuori regione per la cura del tumore della prostata e del rene. I casi che afferiscono dal Centro e dal Sud Italia sono sempre più numerosi e complessi sotto il profilo tecnico-sanitario e godono del vero vantaggio della robotica e del computer applicato alla chirurgia, ovvero quello di "amplificare" ciò che il chirurgo vede con i suoi occhi, che è inevitabilmente limitato. La tecnologia di ricostruzione anatomica tridimensionale, attualmente utilizzata con il computer e iPad, è di fondamentale importanza per la pianificazione di questi interventi e per la loro esecuzione con accuratezza e precisione. Gli ultimi due interventi di casi arrivati da altre Regioni d'Italia hanno riguardato il trattamento di tumori renali. I due pazienti sono arrivati da Umbria e Lazio e entrambi presentavano una anomalia congenita dei reni con una situazione di fusione dei due

reni in uno unico: condizione che mette il paziente, in caso di tumore in uno dei due reni, ad alto rischio di dialisi. Il primo caso trattato - che presentava un tumore della via escrettrice in una condizione chiamata "rene a ferro di cavallo" - è stato necessario separare il rene destro dal rene sinistro per l'asportazione di quello malato: Intervento eseguito con il robot Da Vinci e una telecamera a infrarossi che permette la visione fluorescente degli organi raggiunti dal sangue. Questo ha permesso di identificare con precisione la zona di fusione tra i due reni. Il secondo paziente era affetto da oltre 14 tumori renali in un una situazione in cui entrambi i reni erano uniti e posizionati nella parte sinistra nell'addome. Questo caso è stato dapprima studiato e poi trattato in modo multidisciplinare e proprio grazie alla collaborazione tra specialisti si è potuto intervenire sul paziente nel modo meno invasivo possibile e salvarlo dalla dialisi. Prima una ecografia con mezzo di contrasto, poi una TAC con ricostruzione vascolare, le cui immagini presso il Centro IR-

CAD di Strasburgo hanno prodotto una ricostruzione anatomica tridimensionale del rene, delle arterie e dei tumori. La ricostruzione, vista su un iPad, ha supportato i chirurghi della Urologia di Arezzo nell'isolamento delle numerose arterie e vene renali. Il modello di realtà virtuale ha consentito di pianificare quali arterie chiudere selettivamente nel momento dell'asportazione dei tumori e prevedere la zona di ischemia realizzata. Grazie a questa modalità operativa, e nuovamente alla telecamera ad infrarossi e fluorescenza, due lesioni caratterizzanti anche tutte le altre, sono state asportate senza sofferenza del rene. A questo punto, grazie alla rapida diagnosi istologia intraoperatoria, si è potuto confermare la natura dei tumori e preservare il restante tessuto renale. I pazienti sono stati dimessi rispettivamente dopo 2 e 4 giorni dall'intervento, senza dover incorrere nella dialisi. Tali casi saranno proposti dai medici dell'Urologia del San Donato ai prossimi convegni nazionali ed internazionali come esempi di



Ricostruzione per Robot Da Vinci

applicazione delle nuove tecnologie in tali circostanze, che ad Arezzo stanno facendo affluire sempre più pazienti da molte parti d'Italia.

DOCUMENTI Approvato il testo con le indicazioni sulle scelte tecniche, i protocolli di esecuzione delle metodiche nonché i criteri di inclusione ed esclusione

Neoplasie, nuovo programma per preservare la fertilità

Il 3% delle diagnosi riguarda pazienti con età inferiore a 40 anni: ma con le ultime terapie i tassi di sopravvivenza aumentano ancora



IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubbllichiamo il «Programma di preservazione della fertilità nei pazienti affetti da neoplasie o con patologie con previsione di chemio/radioterapia o donne affette da endometriosi severa»

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge del 19 febbraio 2004, n. 40, recante "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita";

Preso atto che negli ultimi decenni, grazie ai progressi raggiunti con le terapie oncologiche, la sopravvivenza è molto elevata per la maggior parte dei tumori che affliggono la popolazione giovanile, ma che tali strategie terapeutiche compromettono, a volte anche modo permanente, la funzione riproduttiva, così come altre patologie croniche ricidivanti quali le malattie reumatiche compreso quelle immunologiche che possono necessitare di trattamenti immunosoppressori o di chemio/radioterapia;

Preso atto altresì che un'altra patologia di rilevanza sociale che colpisce una donna su dieci nell'Unione Europea è l'endometriosi, la quale specialmente in stadi avanzati, provoca l'infertilità;

Ritenuto di disciplinare, in modo uniforme in tutto il territorio regionale, le modalità che consentano di preservare la propria fertilità, alle donne e agli uomini affetti da neoplasie maligne o con patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e alle donne affette da endometriosi severa;

Visto il parere n. 47/2015 del Consiglio Sanitario regionale con il quale è stato approvato un programma di prevenzione della fertilità nei pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie

con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa;

Ritenuto pertanto di approvare il documento "Programma di preservazione della fertilità nei pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa", di cui all'Allegato A del presente provvedimento, che ne è parte integrante e sostanziale, recante le indicazioni inerenti le tecniche, i relativi protocolli di esecuzione delle metodiche ed i criteri di inclusione ed esclusione, prevedendo che le prestazioni necessarie siano erogate con oneri a carico del SSR;

Ritenuto di precisare che tra le tecniche di preservazione della fertilità vi è la Crioconservazione del tessuto ovarico o di ovaio in toto, che dovrà essere effettuata in regime di ricovero, secondo le indicazioni e i protocolli di esecuzione previsti nell'Allegato A del presente provvedimento;

Vista la Deliberazione G.R. n. 86/2006 avente ad oggetto "Nomenclatore tariffario delle prestazioni incluse nel livello di assistenza della specialistica ambulatoriale";

Vista la Deliberazione G.R. n. 723/2011 ad oggetto "Procedura per l'applicazione della DGR 722 del 4 Agosto 2011. Approvazione dell'adeguamento del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio" e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la DGR 753 del 10 agosto 2012 "Rimodulazione dei livelli di compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, di cui alle delibere gr n. 722/2011 e n. 867/2012 e relative delibere attuative";

Vista la Circolare prot. n. AO-OGRT/94816/Q.020.060 del 09 aprile 2014 avente per oggetto "Modalità di registrazione della compartecipazione alla spesa";

Richiamata la delibera di Giunta regionale n. 837 del 6 ottobre 2014 avente per oggetto "Recepimento documento approvato in sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 4 settembre 2014 (prot. n. 14/109/CR02/C7SAN). Modifiche e integrazioni al nomenclatore regionale e ulteriori disposizioni sulla procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.", nella quale sono indicate le voci del nomenclatore e le tariffe per le prestazioni di PMA omologa ed eterologa e nella quale vengono specificati i criteri in termini di cicli e di età della partner femminile affinché le prestazioni siano erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale;

Vista l'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. n. 82 CSR del 10 luglio 2014,

concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, nella quale è previsto che "I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie.

Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009, si conviene altresì che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

Considerato la stima relativa all'incidenza di nuovi casi di tumore in Toscana pervenuti dall'ISPO, nonché il numero presunto dei pazienti affetti da patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa realizzata dall'ARS, si prevede una spesa complessiva per il Sistema Sanitario Regionale di Euro 150.000 nel 2015 e di Euro 350.000 per il 2016;

Tenuto conto di quanto stabilito nell'Intesa della Conferenza Stato - Regioni, già citata, e pertanto di utilizzare gli eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuato dalla Regione Toscana per altre finalità di tipo sanitario, salvo rettifica finale;

Ritenuto necessario, di intervenire sul vigente Nomenclatore regionale con l'introduzione di nuove prestazioni, così come riportato nell'allegato B, che costituisce parte essenziale ed integrante del presente atto, denominato "Aggiornamento del nomenclatore regionale delle prestazioni di preservazione della fertilità per i pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa";

Dato atto che le tariffe delle prestazioni di nuovo inserimento sono state individuate assumendo a riferimento le vigenti tariffe del nomenclatore regionale per le prestazioni di PMA omologa ed eterologa;

Ritenuto di prevedere che le prestazioni 69.94.1 "Crioconservazione degli ovociti" e 69.94.2 "Crioconservazione del liquido seminale/materiale testicolare" siano assicurate ai pazienti interessati in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria;

Ritenuto, inoltre, di stabilire che per i pazienti che abbiano eseguito la crioconservazione dei gameti, le prestazioni eseguite nella successiva fase di utilizzo degli stessi, siano erogate, in un'ottica di equità di trattamento, con le medesime regole di compartecipazione alla spesa attualmente vigenti per la PMA di cui alla DGR 753/2012 e DGR 837/2014;

Ritenuto inoltre che i costi

della conservazione del materiale biologico fino al compimento del 43° anno di età per le donne e fino al compimento del 50° anno di età per gli uomini, siano a carico del SSR; dopo tale termine, l'utente deciderà se mantenere il materiale conservato pagando annualmente il costo indicato dalla struttura oppure non continuare a conservare il materiale biologico;

A voti unanimi

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

1. di approvare il documento "Programma di preservazione della fertilità nei pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa", di cui all'Allegato A del presente provvedimento, che ne è parte integrante e sostanziale, recante le indicazioni inerenti le tecniche, i relativi protocolli di esecuzione delle metodiche ed i criteri di inclusione ed esclusione;

2. di modificare il Nomenclatore regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con l'introduzione di nuove prestazioni, così come riportato nell'allegato B, che costituisce parte essenziale ed integrante del presente atto, denominato "Aggiornamento del nomenclatore regionale delle prestazioni di preservazione della fertilità per i pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa";

3. di dare atto che, per quanto riguarda la copertura degli ulteriori costi per il SSR, si fa riferimento all'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, rep. n. 82 CSR del 10 luglio 2014, come meglio specificato in premessa;

4. di prevedere che le prestazioni 69.94.1 "Crioconservazione degli ovociti" e 69.94.2 "Crioconservazione del liquido seminale/materiale testicolare" siano assicurate ai pazienti interessati in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria;

5. di stabilire che per i pazienti che abbiano eseguito la crioconservazione dei gameti, le prestazioni eseguite nella successiva fase di utilizzo degli stessi, siano erogate, in un'ottica di equità di trattamento, con le medesime regole di compartecipazione alla spesa attualmente vigenti per la PMA di cui alla DGR 753/2012 e DGR 837/2014;

6. di stabilire che i costi della

conservazione del materiale biologico fino al compimento del 43° anno di età per le donne e fino al compimento del 50° anno di età per gli uomini, siano a carico del SSR; dopo tale termine, l'utente deciderà se mantenere il materiale conservato pagando annualmente il costo indicato dalla struttura oppure non continuare a conservare il materiale biologico.

ALLEGATO A

Programma di preservazione fertilità nei pazienti affetti da neoplasie maligne o patologie con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nelle donne affette da endometriosi severa

In Italia, si stima che nel 2011 siano stati diagnosticati 360.000 nuovi casi di tumore maligno, di cui circa 200.000 (56%) nel sesso maschile e circa 160.000 (44%) nel sesso femminile. Approssimativamente, il 3% del totale viene diagnosticato

in pazienti con età inferiore a 40 anni (1). Grazie ai progressi raggiunti nell'ambito delle terapie oncologiche, la prognosi della maggior parte dei tumori che affligge la popolazione giovanile è oggi in netto miglioramento, con tassi di sopravvivenza molto elevati. Per poter perseguire questo risultato positivo, però, si rende spesso necessaria l'applicazione di strategie terapeutiche molto aggressive, che possono compromettere, talora in maniera permanente, la funzione riproduttiva (3). In considerazione dell'elevata percentuale di guarigione nei pazienti oncologici di età pediatrica e giovanile e della conseguente costante crescita della popolazione dei cosiddetti "cancer survivors", della possibilità di comparsa di infertilità secondaria ai trattamenti antiproliferativi e del disagio psico-sociale ad essa legato, il tema della preservazione della fertilità ha assunto un crescente interesse.

La possibilità di preservare la propria fertilità dovrebbe essere offerta a tutti i pazienti in età riproduttiva a cui venga diagnosticata una neoplasia curabile, ma con terapie potenzialmente gonadotossiche. Linee-guida dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO) e dell'American Society for Reproductive Medicine (ASRM) (6) suggeriscono che tale aspetto andrebbe affrontato il prima possibile, subito dopo la diagnosi e la successiva stadiazione della malattia oncologica, così da avere a disposizione il tempo necessario per stabilire le migliori strategie di preservazione della fertilità, che variano a seconda della prognosi oncologica e riproduttiva.

Il tasso di infertilità iatrogena è variabile e dipende da più fattori: classe, dose e posologia del farmaco impiegato, estensione e sede del campo di irradiazione, dose erogata e suo frazionamento, età e sesso della paziente, anamnesi di pregressi trattamenti per infertilità.

La chemioterapia possiede un diverso rischio d'infertilità in rapporto a classe, dose e posologia ("intensità di dose") del farmaco impiegato, nonché alla modalità di somministrazione (per via endovenosa od orale) ed all'eventuale uso combinato. In entrambi i sessi il maggior rischio di infertilità iatrogena è associato agli agenti alchilanti, in particolare ciclofosfamide, ifosfamide, nitrosouree, clorambucil, melfalan, busulfan, procarbazine, carmustina, lomustina; altrettanto noto è l'effetto negativo di carboplatino e cisplatino, mentre sono associati ad un basso rischio farmaci quali metotrexate, fluorouracile, vincristina, vinblastina, bleomicina e dactinomicina (7).

Studi istologici sull'ovaio umano hanno mostrato che il trattamento con chemioterapici causa atrofia ovarica e deplezione della riserva dei follicoli primordiali; ulteriori patterns di danno, evidenziati in ovaie di pazienti precedentemente esposte a chemioterapia, sono inoltre rappresentati da alterazioni a carico dei vasi sanguigni e da una fibrosi focale della corticale ovarica (8). Nell'uomo gli effetti misurabili sono rappresentati dalla compromissione del numero di spermatozoi nell'eiaculato, dalla loro motilità e dalla loro morfologia e dall'integrità del DNA di cui sono vettori.

Le radiazioni ionizzanti, utilizzate nelle radioterapie per patologia oncologica, provocano l'accumulo di danni al DNA delle cellule neoplastiche causando la morte. Il grado di radiosensibilità non è uguale per tutti i tessuti; in ordine decrescente di radiosensibilità si descrivono: cellule proliferative del midollo osseo, cellule germinali, cellule basali dell'epidermide, mucose, connettivo, fegato, muscolo, osso, sistema nervoso. Il tessuto germinale è dunque tra i più radiosensibili dell'organismo.

È stato stimato che la dose responsabile della perdita della metà dei follicoli ovarici (LD50) sia <2 Gy. Quando il testicolo viene esposto a radiazioni, la conta spermatica comincia a ridursi in misura proporzionale al dosaggio ricevuto, con conseguente sterilità temporanea (al di sotto dei 6 Gy) o permanente (per dosi superiori) (9).

Di qui la necessità di considerare la preservazione della fertilità con componente integrante per un completo trattamento terapeutico del cancro. Esistono attualmente patologie

(segue da pag. 4)

fertilità, che variano a seconda della prognosi oncologica e riproduttiva.

La chemioterapia possiede un diverso rischio d'infertilità in rapporto a classe, dose e posologia ("intensità di dose") del farmaco impiegato, nonché alla modalità di somministrazione (per via endovenosa od orale) ed all'eventuale uso combinato. In entrambi i sessi il maggior rischio di infertilità iatrogena è associato agli agenti alchilanti, in particolare ciclofosfamide, ifosfamide, nitrosouree, clorambucil, melfalan, busulfan, procarbazine, carmustina, lomustina; altrettanto noto è l'effetto negativo di carboplatino e cisplatino, mentre sono associati ad un basso rischio farmaci quali metotrexate, fluorouracile, vincristina, vinblastina, bleomicina e dactinomicina (7).

Studi istologici sull'ovaio umano hanno mostrato che il trattamento con chemioterapici causa atrofia ovarica e deplezione della riserva dei follicoli primordiali; ulteriori patterns di danno, evidenziati in ovaie di pazienti precedentemente esposte a chemioterapia, sono inoltre rappresentati da alterazioni a carico dei vasi sanguigni e da una fibrosi focale della corticale ovarica (8).

Nell'uomo gli effetti misurabili sono rappresentati dalla compromissione del numero di spermatozoi nell'eiaculato, dalla loro motilità e dalla loro morfologia e dall'integrità del DNA di cui sono vettori.

Le radiazioni ionizzanti, utilizzate nelle radioterapie per patologia oncologica, provocano l'accumulo di danni al DNA delle cellule neoplastiche causando la morte. Il grado di radiosensibilità non è uguale per tutti i tessuti; in ordine decrescente di radiosensibilità si descrivono: cellule proliferative del midollo osseo, cellule germinali, cellule basali dell'epidermide, mucose, connettivo, fegato, muscolo, osso, sistema nervoso. Il tessuto germinale è dunque tra i più radiosensibili dell'organismo.

È stato stimato che la dose responsabile della perdita della metà dei follicoli ovarici (LD50) sia <2 Gy. Quando il testicolo viene esposto a radiazioni, la conta spermatica comincia a ridursi in misura proporzionale al dosaggio ricevuto, con conseguente sterilità temporanea (al di sotto dei 6 Gy) o permanente (per dosi superiori) (9).

Di qui la necessità di considerare la preservazione della fertilità con componente integrante per un completo trattamento terapeutico del cancro. Esistono attualmente patologie

croniche recidivanti quali le malattie reumatiche compreso quelle immunologiche, (quale ad es. Sclerosi multipla, Lupus Eritematoso Sistemico, Artrite Reumatoide, Artrite Psoriasica) che possono necessitare di trattamenti immunosoppressori; pertanto in tali patologie, qualora si dovesse prevedere un trattamento con i farmaci quali ad es. metotrexate o altri sopradicati valgono le stesse considerazioni espresse per le patologie maligne in quanto i farmaci in sé potenzialmente gonadotossici.

Dai dati desunti dall'indagine conoscitiva del Senato "Sull'indagine conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale con specifico riguardo al Tumore della Mammella, alle Malattie Reumatiche Croniche e alla Sindrome HIV (Doc. XVII, n. 9)" Le malattie reumatiche di origine infiammatoria (artriti e connettiviti) coinvolgono da sole oltre il 2 per cento della popolazione adulta. La prevalenza delle forme autoimmuni infiammatorie sistemiche (connettiviti, vasculiti) è stimata intorno allo 0,5-1 per cento della popolazione generale. La stima di tali patologie in età riproduttiva è bassa inferiore all'1% sebbene chi ne è affetto, nei casi non frequenti in cui sia necessaria una terapia gonadotossica, potrebbe richiedere una maternità responsabile e pertanto andrebbe offerta la possibilità di preservare i gameti.

Un'altra patologia di rilevanza sociale è l'endometriosi, che colpisce una donna su dieci nell'Unione europea; è una malattia invalidante, cronica caratterizzata da dolore pelvico, dismenorrea, talora altera in maniera profonda la qualità di vita di chi ne soffre; è una patologia complessa, di difficile approccio diagnostico e terapeutico può colpire ovaie, intestino, vescica. L'endometriosi è causa di infertilità specie nel III-IV stadio della malattia legata la distorsione dell'anatomia pelvica dovuta alle citi endometrioidiche, alla sindrome aderenziale e al danno tubarico; recentemente è segnalato in letteratura un aumento di incidenza di menopausa precoce nei casi di endometriosi che subiscono uno o più interventi sulle ovaie;

Di conseguenza, alla luce di quanto detto, in queste patologie si ritiene opportuno garantire la preservazione della fertilità.

Le aree prioritarie d'intervento possono essere individuate come segue:

1. Creazione di una rete multidisciplinare di specialisti per diffondere la conoscenza di questi temi ed agevolare percorsi appropriati alle pazienti, anche attraverso interventi di formazione specifica di ginecologi e oncologi e dei soggetti che professionalmente sono coinvolti nella diagnostica e nel trattamento di tali patologie.

In caso di Endometriosi Severa

2. Definire percorsi appropriati di preservazione della fertilità che includano la raccolta e crioconservazione di cellule germinali e tessuto ovarico.

3. Individuare opportuni centri di riferimento per macro-aree territoriali interregionali per la raccolta e crioconservazione e stoccaggio di cellule germinali e tessuto ovarico che costituiscono la rete di riferimento per dette pazienti.

Si delinea, sulla base di quanto indicato dal Ministero e dalla Conferenza Stato-Regioni, la conferma del modello organizzativo già proposto in questi anni dalle Società scientifiche e che è identificabile con il sistema HUB SPOKES, che può essere riprodotto nella gestione di tali patologie nell'ambito della preservazione della fertilità.

Questo approccio rappresenta un'importante strategia di preservazione della fertilità in quanto si crioconservano gameti femminili, non vi è necessità di un partner ed è sotto il profilo etico accettato. Tale tecnica presenta il vantaggio di non richiedere la presenza di un partner al momento del trattamento. E' indicata in pazienti che hanno la possibilità di rinviare l'inizio della terapia anti-tumorale di 2-3 settimane e che hanno una riserva ovarica adeguata per il recupero di un numero sufficiente di ovociti. La metodica prevede 3 fasi: una fase di induzione della crescita follicolare multipla (stimolazione), mediante l'uso di gonadotropine, il prelievo ovocitario ecoguidato, e il congelamento degli ovociti ottenuti di buona qualità.

A proposito di tale tecnica è opportuno sottolineare che la comunità scientifica tende ormai a considerare il congelamento degli ovociti una pratica consolidata e non più sperimentale; tale posizione è stata senz'altro assunta dall'American Society for Reproductive Medicine (ASRM), sulla base di un rapporto, compilato dall'associazione stessa, che ha considerato i risultati di oltre mille studi pubblicati sull'argomento e in cui si afferma che, nelle giovani pazienti, il ricorso alla crioconservazione degli ovociti è in grado di produrre risultati simili alle tecniche tradizionali, in cui vengono utilizzati ovociti non precedentemente congelati.

Accesso al programma La procedura organizzativa viene attivata dalla struttura oncologica che ha in cura la paziente inviandola a centro di procreazione medicalmente assistita di riferimento.

Accurata stadiazione clinica e strumentale della malattia: - Anamnesi clinica, esame fisico; - Esame emocromocitometrico, conta piastrine; - biochimica (glicemia, transaminasi, fosfatasi alcalina, gamma-GT, bilirubina totale, Na, K, proteine totali, albumina, esame delle urine); - HBSAg, Anti HBc, anti-HBs, HCV, HIV, VDRL, TORCH;

Valutazione della riserva ovarica della paziente mediante ecografia trans vaginale per conta follicoli antrali ed esami ormonali AMH FSH, LH, estradiolo, in fase mestruale dove possibile. - Valutazione dello staging della malattia con valutazione degli esami strumentali e/o esame istologico per le diverse patologie - Valutazione anestesiológica

Somministrazione del consenso informato La paziente dovrà ricevere un consenso informato in cui vengono spiegate le varie fasi della metodica di crioconservazione degli ovociti. Nel consenso dovranno essere specificati i rischi connessi alla stimolazione ovarica, l'atto chirurgico di prelievo degli ovociti. Dovrà specificare le probabilità di successo e dei rischi connessi alla tecnica di congelamento e di scongelamento degli ovociti stessi. Dovranno inoltre essere illustrati eventuali costi della procedura nonché la necessità di rinnovo annuale del consenso alla crioconservazione.

Prescrizione di piano terapeutico personalizzato Pazienti oncologiche non affette da carcinoma mammario: - In questi casi verrà impiegato un protocollo d'induzione della stimolazione mediante utilizzo di gonadotropine esogene a dosaggi variabili tra 150-300 UI sulla base della valutazione della riserva ovarica della paziente, da iniziare in fase follicolare o midluteale. Scelta di protocollo lungo con utilizzo di agonisti del GnRH o di un protocollo corto con antagonisti del GnRH o da protocolli validati nel tempo da evidenze scientifiche; infatti per le pazienti oncologiche è previsto anche l'uso di un protocollo di stimolazione d'emergenza che prevede l'inizio della terapia in qualsiasi fase del ciclo mestruale utilizzando gonadotropine e antagonisti del GnRH.

Criteri d'inclusione - et  a 40 anni; - malattie benigne/collaterali che possono interferire con le procedure collegate al prelievo degli ovociti

Criteri d'esclusione - et  > 40 anni; - malattie benigne/collaterali che possono interferire con le procedure collegate al prelievo degli ovociti

Fasi del processo Primo incontro con la paziente

* Il testo integrale del documento, pu  essere consultabile tra gli atti della Regione al sito www.regione.toscana.it

Sanità Toscana
direttore responsabile ROBERTO NAPOLETANO
Vice direttore ROBERTO TURNO
comitato scientifico Valterre Giovannini Paolo Ciampi Lucia Zambelli
Versione Pdf dell'Allegato al n. 36 del 6-12 ottobre 2015 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 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

SICUREZZA Prevenzione ma anche attrezzature adeguate: strategia anti-malori



Defibrillatori in tutti gli sport

Distribuzione capillare in ogni caso di forte impegno cardiocircolatorio

Un improvviso malore. I tentativi disperati di rianimazione. La corsa inutile in ospedale. Accade. È accaduto nei luoghi dello sport, davanti a un pubblico incredulo e impotente. I casi più eclatanti e conosciuti sono indelebili nelle menti degli sportivi.

Il 2 marzo del 1969 quando Giuliano Taccola, giovane attaccante della Roma, vide interrompersi la sua giovane vita negli spogliatoi del Sant'Elia di Cagliari; il 30 ottobre 1977 a Perugia, a quel nugolo di giocatori, intorno a Renato Curi, centrocampista dei grifoni, sdraiato e immobile al centro del campo; aprile 2012, il ricordo di quell'orribile pomeriggio di Pescara, nel quale si ferma la corsa di Piermario Morosini, giocatore del Livorno. E non è solo il calcio ad assistere a simili tragedie. Il ricordo più recente riguarda il volley: l'immagine di Igor Bovolenta, già nazionale che si accascia senza più riprendersi durante una partita del suo Forlì.

Non solo i nomi ma anche le statistiche ci ricordano che i casi di morte cardiaca improvvisa rappresentano nel 90-95% dei casi il motivo di morte per gli sportivi. Non tantissimi casi, ma pesantissimi, perché colpiscono giovani, perché avvengono nel pieno di una manifestazione sportiva, perché ci si chiede se non poteva essere fatto qualcosa, sul momento, per salvare quelle vite. Il primo, ampio capitolo da sfogliare è quello della prevenzione, ovviamente. Ma decisivo è anche il modo in cui si utilizzano quei pochi frenetici minuti che seguono l'infortunio grave, l'incidente, il malore. Perché lì se c'è personale preparato, se c'è l'attrezzatura necessaria, si

Semplificazione e ambiti di applicazione: i problemi della nuova legge

Definire e circoscrivere con più precisione gli impianti dove è necessaria la presenza del defibrillatore, chiarire meglio ambiti di applicazione e termini della formazione, e semplificare le procedure: sono questi i tre obiettivi che si è posta la proposta di legge con la quale la giunta regionale ha inteso modificare la legge del 2013 sui defibrillatori negli impianti sportivi.

Una proposta che servirà anche a dare un po' di respiro alle società sportive che devono mettersi in regola (la scadenza è il luglio 2016) introducendo però un percorso stringente che permetterà rapidamente di aumentare le condizioni di sicurezza nei nostri impianti sportivi.

La collocazione. La legge del 2013 parlava genericamente di tutti gli impianti sportivi. La proposta di modifica limita l'obbligo della presenza del defibrillatore a quegli impianti dove si praticano sport ad alto impegno cardiocircolatorio, escludendo invece gli impianti e gli spazi dove si praticano attività a ridotto impegno cardiocircolatorio (bocce, biliardo, sport di tiro, golf, giochi da tavolo, pesca e caccia sportive). E dà indicazioni anche per l'uso del defibrillatore per gli sport in movimento (es. ciclismo), su cui il legi-

slatore nazionale ha sin qui detto ben poco.

La formazione. Altro capitolo importante, quello della formazione. La proposta di modifica della giunta chiarisce che gli oneri della formazione degli operatori che dovranno usare i defibrillatori sono a carico dei gestori. La Regione ha già disciplinato i criteri e accelerato il processo di accreditamento per tutti quei soggetti che faranno formazione, per arrivare all'inizio dell'estate 2016 con la presenza in ciascun impianto sportivo di operatori in grado di usare il defibrillatore.

L'uso. La dotazione dei defibrillatori è sempre a carico dei gestori, che hanno anche l'obbligo di assicurare la presenza di personale autorizzato all'uso del defibrillatore durante lo svolgimento dell'attività sportiva. Quest'ultimo, nel caso, nella pratica assai frequente, in cui il gestore abbia consentito ad una società sportiva l'uso (anche in forma occasionale) di determinati spazi, grava direttamente sulla società sportiva.

L'applicazione. Viene prorogato il termine entro il quale i gestori degli impianti devono dotarsi dei defibrillatori: dal 1° ottobre 2015, previsto attualmente, al 1° luglio 2016.

può far molto. Ribaltare il destino. E allora, da una parte la formazione dei sanitari presenti. Dall'altra la presenza dei defibrillatori. Due ingredienti fondamentali per soffiare via la nube della tragedia imminente.

In Toscana in questi mesi si può far molto. Ribaltare il destino. E allora, da una parte la formazione dei sanitari presenti. Dall'altra la presenza dei defibrillatori. Due ingredienti fondamentali per soffiare via la nube della tragedia imminente.

ca alla legge regionale varata nel 2013 per definire condizioni di presenza e di utilizzo dei defibrillatori sui campi sportivi. Operativamente è cominciato il cammino della International School of Sports Medicine and Sport Science, una istituzione toscana promossa anche dalla Regione e che avrà

il compito di dare i giusti strumenti di formazione agli operatori e che sta per far partire proprio un corso dedicato alle situazioni di emergenza sui campi da gioco.

Due interventi diversi, coalizzati però dalla ricerca dello stesso risultato: far sì che in presenza di una situazione grave, e in un lasso di tempo ridottissimo si sappia cosa fare e come farlo. Troppo spesso le tragedie consumate, incluse quelle che abbiamo citato, hanno lasciato strascichi polemici se non giudiziari sulla qualità degli interventi di soccorso, la loro tempistica, la loro appropriatezza.

La proposta di legge si pone pragmaticamente l'obiettivo di garantire la presenza dei defibrillatori negli impianti dove l'impegno cardiocircolatorio sia significativo (escludendo quindi sport come bocce, biliardo, pesca). Inoltre definisce con chiarezza chi deve svolgere

la formazione (il gestore dell'impianto o la società sportiva che lo usa). Infine fissa una scadenza temporale ravvicinata ma non troppo (1° luglio 2016) in modo che sia data la possibilità a tutti gli interessati di adeguarsi. Dove serve, questo lo spirito della norma, il defibrillatore ci deve essere dove serve, questo lo spirito della norma, e quando c'è, occorre anche che ci sia, chi tempestivamente sa utilizzarlo.

Ed è in quest'ottica che si inserisce anche il percorso in fase di avvio grazie alla International School of Sports Medicine and Sport Science. Il corso che rientra nelle proposte formative del Safe - polo formativo regionale per la sicurezza dell'Asl 11 di Empoli - si svilupperà per sei intense giornate integrando attività di aula a quella di laboratorio e comprendendo simulazioni di casi reali per evidenziare il modo più giusto e rapido per gestire

l'emergenza su vari tipi di patologie, che siano cardiache, polmonari, o ancora se si tratti di traumi cranici, addominali, o di altro genere, configurando comunque la necessità di un intervento tempestivo. Il corso si rivolge a tutto quel personale

sanitario (medici, infermieri, fisioterapisti per esempio) e non sanitario (massaggiatori, preparatori atletici ecc.) che può operare nell'ambito di eventi sportivi.

In Toscana tutte queste attività si inseriscono in un solco ben aperto. La Regione, da tempo, si è fatta promotrice di varie campagne ed iniziative per potenziare la sicurezza e la tutela della salute di chi pratica sport. A partire dal 2006, con

un accordo con il Comitato regionale della Lega Nazionale Dilettanti calcio per intervenire con immediatezza e competenza in caso di infortuni accaduti in campo, attraverso corsi di formazione di primo intervento, rivolti a dirigenti e tecnici. Poi nel 2009, sempre in ambito calcistico, con la fornitura alle società toscane di 140 defibrillatori e l'attivazione di corsi di abilitazione (a cura delle strutture del 118 della Toscana), sempre in collaborazione con il Comitato regionale toscano della LND. Restando al mondo del pallone, la Regione ha successivamente consegnato a tutte le società un kit di primo soccorso con il pallone di Ambu (il pallone autoespandibile è utilizzato dai soccorritori per il supporto dell'attività respiratoria e come manovra nella rianimazione).

Ed arrivando infine all'inizio del 2014 con l'adesione al progetto "Mi stai a cuore", promosso ancora dal Comitato Regionale della LND, dal Settore Giovanile e Scolastico toscano e dalle Misericordie della Toscana che prevede il posizionamento di colonnine di pronto soccorso presso tutti i campi di calcio e l'organizzazione di corsi (sempre a cura del 118) per abilitare il numero maggiore possibile, tra dirigenti, tecnici e addetti ai lavori in generale, all'utilizzo del defibrillatore.

Ora il percorso continua. Presto con nuovo personale adeguatamente formato. E con la presenza sempre più capillare di un defibrillatore. Nella speranza che, nel corso di un evento agonistico, nulla di tutto questo debba servire.

A cura di
Massimo Orlandi
Agenzia Toscana Notizie

Una Pdl per evitare che si ripetano incidenti e tragedie

Gli impianti dovranno adeguarsi entro luglio 2016

AL VIA IL PRIMO CORSO PER CHI OPERA SUI CAMPI DA GIOCO

Medici e personale sanitario a lezione

Emergenze mediche sui campi di gioco: è questo il titolo del primo corso di formazione rivolto al personale sanitario e che figura nel pacchetto di proposte della International School of Sports Medicine and Sport Sciences, il nuovo polo formativo regionale dedicato al binomio sport-salute.

Si calcola infatti che il 40% di soggetti che svolgono attività nei campi di gioco subiscono, durante un anno, almeno un infortunio talvolta anche grave come ad esempio una lesione muscolare, distorsione, emorragia, perdita di coscienza, traumi cranici o alla colonna vertebrale, toracici, addominali e fratture.

Sei intense giornate di lavoro che cercheranno di preparare medici e infermieri, fisioterapisti e operatori tecnici di team sportivi

a essere pronti in qualsiasi circostanza: le emergenze sanitarie nello sport sono piuttosto rare ma quando avvengono sul campo da gioco è necessario comprendere immediatamente la situazione e porre in atto i dovuti rimedi dando immediata assistenza al giocatore sul luogo dell'accaduto.

Il personale medico e non che si trova ad operare in questi contesti, deve essere in grado di adottare i giusti strumenti di azione per l'immediato soccorso e di possibili complicanze e nel contesto per la prevenzione del rischio

Il corso, che si inserisce nelle proposte formative del SAFE - Polo formativo regionale per la sicurezza - dell'Azienda sanitaria locale 11 di Empoli, Linea 2

"Educazione alla sicurezza in ambito scolastico e ambito professionale". Inizierà il prossimo 19 Ottobre e terminerà il 9 Novembre 2015 per un totale di 6 giornate formative.

Il corso intende integrare l'attività formativa tradizionale con interventi di formazione e azione che consentano di riflettere criticamente su quello che deve essere fatto in situazioni di emergenza. Per questo motivo la formazione in aula sarà completata da attività di laboratorio e simulazione che possano consentire di sperimentare le conoscenze acquisite e sviluppare comportamenti sicuri nei confronti dell'atleta.

Cinque giornate sono dedicate alla gestione delle principali situazioni cliniche di emergenza sul

campo da gioco mentre la giornata conclusiva sarà dedicata alle manovre di BLS (Basic Life Support) secondo le ultime Linee Guida American Heart Association.

I temi scelti per le varie sessioni del corso mostrano con chiarezza i contenuti: aspetti medico legali e sistemi di emergenza territoriale (prima giornata), gestione dei traumi (seconda giornata), gestione situazioni di emergenza 1-2 (terza e quarta giornata), BLS sanitario e laico (quinta giornata). Sede del corso lo stesso Safe, Polo formativo per la sicurezza, nella sede di Sovigliana (Vinci), via G. Oberdan 13.

Il corso rappresenta di fatto una delle prime attività della International School of Sports Me-

dicine and Sport Science. Si tratta di un nuovo polo formativo-assistenziale regionale destinato a creare competenze e professionalità nel campo della medicina e della scienza dello sport.

Obiettivo della scuola è quello di offrire un'articolata e completa formazione di qualità per tutte quelle figure che si muovono nell'orbita variegata delle attività sportive. In particolare, la scuola fornirà formazione di qualità per medici e laureati in scienze motorie, ex Isef e in lauree specialistiche in scienza e tecnica dello sport e in scienze adattative che operano in strutture professionistiche, dilettantistiche e pubbliche. La scuola nasce da un'intesa tra Regione Toscana, l'Università degli Studi di Firenze e il Comune di Montecatini Terme.

NEVERMIND

A Pisa il cuore scientifico, clinico e tecnologico del progetto

Depressione, c'è un piano Ue



L'obiettivo è studiare la mindfulness, tecnica di meditazione orientale

La Commissione Europea ha finanziato con 5 milioni di euro il progetto «Nevermind», progetto rivolto allo studio della depressione nato dalla collaborazione tra il Centro di Ricerca «Enrico Piaggio» dell'Ateneo pisano e l'Unità operativa di Psicologia clinica dell'Aou di Pisa.

«Nevermind», che ha in Pisa non solo il cuore scientifico e clinico, ma anche quello tecnologico - l'azienda che produce le magliette high-tech, la Smartex, ha sede infatti a Navacchio - si articola attra-

verso prestigiose collaborazioni italiane ed internazionali, ed ha lo scopo - precisa Enzo Pasquale Scilingo, bioingegnere del Centro di ricerca «Enrico Piaggio» - di riuscire a utilizzare i segnali fisiologici dell'organismo associati all'insorgenza di depressione e al suo trattamento in pazienti che hanno una patologia somatica utilizzando una maglietta high-tech in grado di monitorare vari parametri fisiologici, compresi funzionalità cardiaca e respiratoria che abbiamo sviluppato nel corso del nostro progetto precedente,

Psyche. Lo sviluppo di depressione in corso di patologie somatiche croniche è molto frequente e spesso ha un impatto drammatico sulla qualità della vita e sulla prognosi stessa dei pazienti. "Nevermind" studierà gli effetti della mindfulness, una tecnica basata sulla meditazione orientale, che è ormai affermata nel trattamento della depressione, all'interno delle terapie cognitive-comportamentali di ultima generazione. «La depressione si accompagna ad una moltitudine di cambiamenti nei parametri fisiologici che,

per quanto talvolta possano anche non essere percepiti dal paziente, sono misurabili e rappresentano uno strumento efficace per seguire il decorso della depressione e gli effetti della terapia attraverso il linguaggio del corpo - spiega Pietro Pietrini, Direttore dell'UO Psicologia clinica dell'Aou di Pisa e psichiatra responsabile della branca clinica del progetto - Nei pazienti bipolari del progetto 'Psyche' abbiamo ottenuto interessanti risultati predittivi della tipologia depressiva o maniacale dell'episodio successivo».

Per Scilingo e Pietrini il connubio tra bioingegneria e psicologia clinica rappresenta l'approccio multidisciplinare e integrato necessario per avvicinare sempre di più la psichiatria alle altre branche della medicina, dove i processi fisiopatologici possono essere misurati, con importanti implicazioni per la diagnosi preclinica, il decorso clinico e la prevenzione delle ricadute.

Emanuela Del Mauro
ufficio stampa AOU di Pisa

EMPOLI

Età pediatrica, è record di vaccini con una quota che supera il 95%

Nel 2014 all'Asl 11 di Empoli i livelli di copertura vaccinale nell'età pediatrica continuano ad essere rispondenti agli standard di protezione per la popolazione e sono superiori alla media regionale per tutte le tipologie di vaccini. Lo dimostrano i risultati resi noti dalla Regione Toscana a quasi un anno dall'entrata in vigore del nuovo calendario regionale delle vaccinazioni dell'età pediatrica.

Nel confronto con i dati regionali, relativi ai bambini nati nel 2012, le coperture vaccinali dell'Asl 11 sono superiori alla soglia del 95%, in linea con gli obiettivi previsti e al di sopra della media

bambini nati a partire dal primo gennaio 2014.

Nell'Asl di Empoli in questa fascia di età sono già state complessivamente somministrate oltre 1700 dosi. Maggiore è stata la richiesta di questo vaccino per i bambini di età superiore e per gli adulti, anche se in questi casi la vaccinazione è soggetta al pagamento di un ticket. Le dosi di vaccino già effettuate in soggetti di età superiore ai 2 anni sono già, infatti, 6.613.

In aggiunta alle usuali attività svolte dai centri vaccinali, l'Azienda sanitaria locale empolesse ha in programma azioni di promozione delle vaccinazioni che comprendono tra l'altro iniziative di comunicazione rivolte alla popolazione, nell'ambito di un percorso strutturato per l'acquisizione del consenso informato alle vaccinazioni, con il coinvolgimento di tutte le figure sanitarie di riferimento quali medici e pediatri di famiglia, medici specialisti e ostetriche.

Offerta gratuita anti-meningococco B per i nati dal 2014

Maria Antonietta Cruciatu
ufficio stampa Asl 11 di Empoli

PISTOIA

Decolla il nuovo progetto-scuola, la prevenzione viaggia tra i banchi

Trenta progetti per 10 aree di interesse, più di 80 operatori sanitari direttamente coinvolti, quasi 18mila studenti partecipanti, oltre 200 docenti formati. Sono alcuni dei dati che riassumono l'impegno e la volontà dell'Asl di Pistoia, attraverso la unità operativa Educazione alla Salute, nel proseguire la collaborazione con l'organizzazione scolastica anche per il 2015-2016.

Le proposte, formative ed educative, pensate per la fascia di età che va dai 3 ai 15 anni sono

Piani formativi pensati per la fascia di età tra i 3 e i 15 anni

contenute nel catalogo «La Salute come responsabilità Collettiva», già inviato alle direzioni scolastiche: dall'educazione alimentare all'attività motoria, dalla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse ai temi della donazione e della solidarietà, molti progetti sono in continuità con quelli degli anni passati. Un impegno particolare è previsto per la prevenzione e l'abuso di fumo, alcol, farmacie sostanze stupefacenti con il nuovo percorso Unplugged e per individuare, ed eventualmente segnalare, eventuali maltrattamenti e comportamenti a rischio, anche gli insegnati potranno diventare le «sentinelle» del progetto provin-

ciale «Codice Rosa». In tutti e 30 i progetti è sempre prevista la partecipazione diretta degli operatori dell'azienda sanitaria che, in collaborazione con le Associazioni e gli ordini professionali si recheranno nelle scuole o accoglieranno gli studenti all'interno dei vari servizi. Le attività, molte delle quali coinvolgono anche i genitori, saranno a carattere teorico e pratico, didattiche, ludiche e di laboratorio. Saranno riproposti i progetti «Andiamo al Consultorio», «Incontri con l'ostetrica» e gli «Open Day» in pronto soccorso e al 118. Un ulteriore nuovo percorso permetterà ai docenti di apprendere manovre di supporto vitale di

base e l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico. Progetti anche sul tema della sicurezza, sul consumo responsabile e consapevole dei farmaci e del cibo fino ad una più specifica conoscenza dei metodi di prevenzione dei tumori. Verrà riproposto anche S.P.R.E.C.O., l'iniziativa finalizzata a migliorare la qualità dei pasti nella giornata alimentare di un bambino.

Daniela Ponticelli
ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

Firenze, Empoli e Pistoia

Azienda sanitaria di «Area vasta», una due giorni per sciogliere i nodi

Due giorni di confronto, scambio e reciproca conoscenza che i vertici e i livelli direttivi della Aziende sanitarie di Firenze, Empoli, Prato e Pistoia terranno a metà ottobre per mettere sul tavolo le questioni da chiarire in vista della nascita della nuova Azienda sanitaria di Area vasta che le raggrupperà tutte e quattro sotto un unico tetto secondo la riforma della sanità toscana varata dalla Giunta regionale.

Quasi 200 persone fra dirigenti di strutture mediche, infermieristiche e amministrative che si confronteranno dando ognuna il proprio contributo alla definizione delle ipotesi delle modalità organizzative e relazionali da attuare al momento della fusione delle Asl 3, 4, 10 e 11, stando ai tempi fissati dalla legge all'inizio del prossimo anno.

Condivideranno all'incirca per 36 ore, un venerdì e un sabato mattina, momenti di discussione, confronto, suddivisi in gruppi che nei 12 ospedali delle 4 Asl svolgono le medesime funzioni, si occupano

delle stesse patologie, curano le stesse malattie, oppure che, negli uffici, trattano affari economici o burocratici identici, mettendo a confronto le attività e i punti di forza nonché gli ambiti da potenziare in parole povere quali modalità impiegano «i colleghi della porta accanto».

La riunione mirata a far crescere lo spirito di squadra, gettare le basi di un senso di appartenenza, trovare il passo comune di quasi 15.000 dipendenti - a

Incontro-dibattito per 200 medici, infermieri e amministrativi

tanto ammonta il personale impiegato nelle 4 realtà - si terrà il 16 e il 17 ottobre a Castelvecchio Pascoli, Barga, in provincia di Lucca. Sono, inoltre, già in fase di organizzazione altre iniziative, di una singola giornata di lavoro, rivolte ai dipartimenti della prevenzione, della salute mentale e delle cure primarie che verranno fissate dopo gli incontri previsti con i dirigenti di queste strutture in tutte e quattro le realtà territoriali.

ufficio stampa
Asl di Firenze, Empoli e Pistoia

IN BREVE

▼ PISA

"L'amianto e le patologie amianto correlate: diagnosi, terapia e sorveglianza sanitaria degli ex-esposti". Questo il titolo del convegno nazionale che si è svolto pochi giorni fa a Pisa, organizzato da Regione Toscana, Ispo, Asl 5 e AOU di Pisa. Un momento di confronto visto che sono circa 30.000 i lavoratori in Toscana che sono stati esposti all'amianto e circa 5.000 lo sono ancora oggi. L'amianto provoca diverse patologie anche di tipo neoplastico e costituisce ancora oggi la prima causa di morte legata al lavoro. Il numero di decessi per la pregressa esposizione all'amianto supera infatti anche il numero di morti per infortunio sul lavoro. A tutte queste complesse tematiche il convegno ha offerto delle risposte con due giornate di approfondimenti con esperti nazionali.

▼ PISA 2

Una diversa e più razionale organizzazione è prevista per il Centro Trasfusionale dell'Ospedale di Pescia. Le modifiche organizzative interessano esclusivamente il personale (medico e tecnico) e non influiranno sui servizi e le prestazioni. I cambiamenti, al momento non ancora attuati, si restringono unicamente alla fascia oraria notturna, pre festiva e festiva, durante la quale le attività saranno gestite con la reperibilità dei medici e dei tecnici, e nulla cambierà anche per le eventuali chiamate urgenti provenienti dai reparti (chirurgico, medico, ostetrico, ecc...). In particolare è previsto di dotare il pronto soccorso di Pescia anche di un frigo emoteca. Il percorso, che è già stato condiviso con gli operatori e le organizzazioni sindacali, una volta realizzato potrà migliorare ulteriormente.

▼ SIENA

I migliori reumatologi di Italia e Israele si sono incontrati a Siena, presso l'ospedale Santa Maria alle Scotte, per un meeting di alto valore scientifico dedicato alle malattie autoimmuni e alle più innovative ricerche in campo reumatologico. Dal 27 al 28 settembre si è tenuto il 4° Meeting Internazionale Italia - Israele. "Una delle novità emerse dal convegno - spiega Mauro Galeazzi, direttore della Reumatologia dell'AOU Senese - è la scoperta relativa agli elminti, parassiti intestinali da cui si ricavano piccole molecole con azione immunomodulante che può migliorare molte malattie autoimmuni e proteggere anche dalla comparsa di queste patologie". Questa novità scientifica è estremamente rilevante e su questo tema si è tenuta una lettura magistrale il capostipite della scuola reumatologica israeliana, Yehuda Shoenfeld di Tel Aviv.

▼ EMPOLI

Già operativo il laser al Tullio donato all'urologia di Empoli tramite una raccolta fondi, nata dalla volontà della Sezione Territoriale Empolese Valdelsa di Confindustria Firenze. La sottoscrizione era stata lanciata nell'agosto 2014 per donare un macchinario innovativo per la cura della prostata ipertrofica benigna quale appunto il laser al Tullio all'unità operativa complessa di urologia dell'Asl 11. La donazione di tale macchinario (valore di mercato 120mila euro) ha già dato, dunque, i suoi primi risultati, rendendo possibile, ad oggi, quattro interventi. Il laser al Tullio è tecnologicamente tra i più avanzati, per i risultati riscontrati in termini di efficacia e di miglioramento del decorso postoperatorio. La sua tecnologia permette di ottenere un immediato miglioramento dei sintomi, maggior comfort post operatorio e minor rischio di complicanze.

