

Sanità Toscana

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

Versione Pdf del supplemento al n. 34
anno XV del 18-24 settembre 2012
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Dopo lo tsunami dei tagli salviamo i servizi

di Enrico Rossi *

La strada che abbiamo scelto in Toscana per far fronte ai tagli imposti dal governo, senza ridurre la qualità dei servizi, anzi, innalzandola, è quella che ci restituirà un sistema sanitario meno costoso e allo stesso tempo migliore, più efficiente e anche più equo. Le parole d'ordine che guideranno questo processo sono appropriatezza, riordino, riorganizzazione.

Ho detto in più occasioni che quello che si profila per il 2013 è un vero e proprio "tsunami", della cui portata la società e in parte anche le istituzioni non si sono ancora rese ben conto. Il decreto del governo è stato un intervento unilaterale, che ha violato il Patto per la salute, imponendo una logica di tagli completamente diversa rispetto all'annunciata volontà di ridurre gli sprechi. I tagli che ci vengono imposti sono insostenibili, ma proprio per questo non dobbiamo stare con le mani in mano. La spending review del governo è una vera mazzata al welfare, per questo noi abbiamo chiesto al governo di varare un nuovo Patto per la salute. Non vogliamo certo trovarci a fine crisi con uno stato sociale meno forte e inclusivo. Sarebbe una perdita secca per la Toscana. E se l'arte del governo è quella di prevedere e provvedere, noi vogliamo intervenire in tempo, facendo una scelta stra-

CONTINUA A PAG. 2

STRATEGIE

La Regione riorganizza il Ssr per garantire l'offerta con meno risorse

«La nostra spending review»

Un piano in dieci mosse: dai ricoveri impropri agli acquisti fino ai ticket

Riorganizzarsi e dotarsi degli strumenti essenziali ad affrontare e governare il cambiamento. Questa è la sfida epocale che l'attuale congiuntura economica e sociale pone al sistema sanitario pubblico.

La contrazione sostanziale di risorse a livello nazionale è ormai un dato di fatto, che impone alle Regioni revisioni e riorganizzazioni sostanziali. In Toscana abbiamo lavorato duramente in questi anni su qualità, efficacia, specializzazione, vicinanza al cittadino. Con un continuo lavoro di ottimizzazione (la spending review la stiamo facendo da anni) abbiamo anche tenuto i conti in pareggio, certificato i bilanci e trovato, dichiarato e corretto eventuali errori. Forti dei risultati ottenuti, ci siamo fatti carico della necessità di trovare risposte adeguate ai nuovi tagli alla spesa sanitaria imposti dalle ultime manovre governative. Andremo avanti in maniera ancora più decisa nel percorso di ottimizzazione già intrapreso, facendo di necessità virtù e puntando a un obiettivo ambizioso, ma realizzabile: far funzionare meglio il sistema con meno risorse, eliminando gli sprechi. La strategia che abbiamo scelto è quella di cambiare al nostro interno, per non cambiare il livello di qualità dell'assistenza e l'offerta di servizi ai cittadini.

Se prima potevamo contare su un fondo sanitario che tendeva, anche se lentamente, a crescere, ora invece le risorse a disposizione sono e saranno sempre più ridotte. Di fronte a una tale evidenza, non possiamo restare passivi, ma dobbiamo reagire, e quindi cambiare. Per questo stiamo approntando un piano di riorganizzazione che vuole non soltanto assicurare la sopravvivenza del sistema sanitario, e il mantenimento dei risultati raggiunti, ma anche garantire l'evoluzione in termini di efficacia ed efficienza.

Dieci i capitoli su cui si stanno

Le ultime misure sulla compartecipazione	
Reddito familiare fiscale o Isee	Ticket
Farmaceutica convenzionata	
0 - 36.151,98	0
36.151,99 - 70.000	2€ a confezione fino a un massimo di 4 € per ricetta, con esclusione degli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante e i pazienti affetti da malattie rare
70.001 - 100.000	3 € a confezione fino a un massimo di € 6 per ricetta
Superiore a 100.000	4 € a confezione fino a un massimo di € 8 per ricetta
Specialistica ambulatoriale	
0 - 36.151,98	0
36.151,99 - 70.000	10 € a ricetta
70.001 - 100.000	20 € a ricetta
Superiore a 100.000	30 € a ricetta
Contributo digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini	
Il Contributo si applica a tutti gli utenti	10 €
Prestazioni per Procreazione medicalmente assistita	
- Inseminazione intrauterina	100 € a ricetta
- Monitoraggio della ovulazione	100 € a ricetta
- Fecondazione in vitro con o senza inseminazione intracitoplasmatica	500 € a ricetta
- Fecondazione in vitro con inseminazione intracitoplasmatica e prelievo microchirurgico degli spermatozoi	500 € a ricetta

LE REGOLE IN VIGORE DAL 3 SETTEMBRE

Copayment solo per i redditi più alti

Sotto i 36mila euro non si paga, poi i costi sono divisi in tre fasce

I nuovi ticket sono entrati in vigore dal 3 settembre. Sia per la farmaceutica che per la specialistica ambulatoriale saranno esentati coloro con un reddito inferiore a 36.151,98 euro, mentre il costo del ticket varierà per tre fasce: la prima riguarda chi ha un reddito da 36.151,98 euro fino a 70mila euro, la seconda chi rientra tra i 70 e i 100mila euro e la terza che interessa coloro con un reddito superiore ai 100mila euro. Per il 2012 continua a valere il doppio canale: reddito fiscale familiare e Isee. Dal 1° gennaio 2013 è previsto esclusivamente lo strumento Isee. Per i farmaci il ticket sarà rispettivamente di 2, 3 e 4 euro (sono comunque escluse alcune categorie). Per il ticket sulla farmaceutica è stabilita una compartecipazione massima annua (anno solare) pari a 400 euro per utente. Per ciò che riguarda la specialistica ambulatoriale il costo sarà rispettivamente di 10, 20 e 30 euro a ricetta. La modifica riguarda solo le ricette che hanno un importo complessivo superiore a 10 euro. Per le altre voci (Rm e Tc, Pet e scintigrafie, prestazione a cicli, pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitazione, chirurgia ambulatoriale, libera professione) i ticket aggiuntivi restano invariati. Viene introdotto un contributo fisso di 10 euro per la digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini, da applicare a tutti gli utenti, ma escludendo le categorie esentate.

focalizzando le decisioni di giunta, e che caratterizzano la via toscana alla spending review: l'intervento sull'assistenza ospedaliera e territoriale (riduzione dei ricoveri impropri, riclassificazione dei posti letto, ridefinizione dello schema delle unità operative ecc.); la riorganizzazione dell'emergenza in tre centrali di Area vasta; la riorganizzazione in Area vasta dei laboratori di analisi; l'unificazione in tre poli del settore della lavorazione del sangue; il riordino dei servizi della prevenzione collettiva e di quella individuale; la ridefinizione dei rapporti con il privato accreditato; lo sviluppo tecnologico e dei sistemi informativi; la rinegoziazione dei contratti e la ristrutturazione delle gare per beni e servizi; le politiche del farmaco.

In questo quadro non si è potuto evitare di rimodulare la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, ma siamo riusciti a farlo mantenendo l'equità come principio cardine. I nuovi ticket, partiti il 3 settembre scorso, non toccano la fascia di cittadini con un reddito annuo al di sotto dei 36mila euro, e sono modulati in base alle diverse fasce di reddito.

Il processo di riprogettazione avviato si prospetta complesso e delicato, perché dietro a ognuna di queste operazioni ci sono complessità da affrontare, realtà diverse da gestire che richiedono strategie di intervento dedicate e una molteplicità di soggetti con cui confrontarsi, ma lo porteremo avanti con chiarezza e determinazione, coinvolgendo istituzioni, professionisti e operatori del sistema. Questa è la nostra vera forza, affrontare insieme e impegnarci tutti nelle sfide che ci attendono, perché in gioco c'è la salvaguardia del nostro sistema sanitario e del diritto alla salute dei cittadini.

Luigi Marroni
Assessore al Diritto alla salute
Regione Toscana

IL TESTO DELLA DELIBERA A PAG. 4

CONTROCANTO

Servono correttivi per garantire equità

di Marco Carraresi *

Non sono pregiudizialmente contrario ai ticket in Sanità. Soprattutto se devono servire a impedire, unica alternativa possibile, assai peggiore da tutti i punti di vista, l'aumento della pressione fiscale con l'addizionale Irpef e maggiorazioni Irap.

Ma perché si tratti di una manovra equa e veramente solidale deve essere

coerente con alcuni principi irrinunciabili: il ticket deve essere proporzionato al costo della prestazione e non di importo generalizzabile se non addirittura superiore al costo stesso della prestazione; deve incidere su prestazioni per le quali la domanda è fortemente elastica e ci sono perciò ra-

CONTINUA A PAG. 2

LA MAPPA DELLE ESENZIONI

Dagli invalidi ai lavoratori in cassa integrazione: ecco gli esenti

Dopo il via ai nuovi ticket ecco chi resta esente e dove rivolgersi per le informazioni.

Gli esenti totali. Invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia; invalidi per servizio; invalidi civili al 100% e grandi invalidi per lavoro; danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati (limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla legge 210/1992); vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari; ciechi e sordomuti; ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia; infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse, purché indicato sulla ricetta; disoccupati iscritti

agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e familiari a carico; lavoratori in mobilità e familiari a carico; lavoratori in cassa integrazione straordinaria e familiari a carico; lavoratori in cassa integrazione "in deroga".

Dove informarsi. La Regione ha attivato un numero verde 800-556060, dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 15 e ogni Asl attiverà poi un proprio numero. Presente anche un indirizzo mail dedicato, ticket.sanita@regione.toscana.it, al quale si potrà scrivere per porre domande e chiarire dubbi, ottenendo risposta nel più breve tempo possibile. Anche sul sito regionale, all'indirizzo www.regione.toscana.it/ticketsanitario, si trovano tutte le informazioni necessarie.

ALL'INTERNO

Hpv: crescono le vaccinazioni

A PAG. 3

Check S. Anna sulle carceri

A PAG. 5

Pistoia contro le dipendenze

A PAG. 7

FIRENZE

Primo congresso europeo sulle cure complementari a quelle ordinarie



Medicina integrata, summit Ue

Tra gli obiettivi creare una rete internazionale di ricercatori, clinici e terapeuti

A Firenze dal 21 al 22 settembre si terrà il 5° Congresso europeo di medicina integrata (Ecim), un meeting internazionale su integrazione delle medicine complementari nei sistemi sanitari, metodologia della ricerca e della formazione. Promosso da Regione Toscana, Università di Firenze e Ordine dei medici di Firenze, azienda sanitaria di Firenze, Asl 2 Lucca insieme all'Università Charité di Berlino - in collaborazione con le altre Università toscane e con il patrocinio di numerose istituzioni nazionali e internazionali - è un grande appuntamento internazionale per medici, operatori sanitari e del benessere e ricercatori che vogliono confrontarsi sull'efficacia delle medicine e pratiche complementari/non convenzionali e la loro integrazione con la medicina ufficiale. Il Congresso si terrà al Palazzo dei Congressi mentre l'inaugura-

zione è prevista per il 20 settembre a Palazzo Vecchio.

Saranno presentati circa 500 lavori scientifici, realizzati da ricercatori di oltre 30 paesi, sui principali temi al centro del Congresso: oncologia integrata, terapia del dolore cronico e acuto, integrazione delle medicine complementari nei sistemi sanitari, medicina di genere, gravidanza, parto e puerperio, Psiconeuroendocrinologia (Pnei), allergie e atopie, pediatria, salute mentale, formazione, veterinaria integrata, modelli di ricerca in medicina complementare, valutazione costi-benefici delle medicine complementari, alimentazione/nutrizione, dipendenze e disturbi alimentari. Gli abstract sono pubblicati su uno speciale supplemento dell'European journal of integrative medicine, importante rivista internazionale.

Nelle due giornate si terranno semi-

nari di società scientifiche nazionali e internazionali, come il 26° Congresso del Gruppo internazionale di ricerca sulle sostanze infinitesimali (Giri) sugli effetti biologici delle sostanze in alta diluizione, un seminario sull'ormesi organizzato dall'Università di Firenze, cui parteciperà il massimo esperto mondiale su questo tema, Edward J. Calabrese dell'Università del Massachusetts (Usa), un focus su menopausa e patologie correlate promosso dalla Società Italiana di Ginecologia della Terza Età (SIGITE) e sui modelli di integrazione nei servizi sanitari, organizzato dalla Regione Emilia Romagna. Numerosi anche i workshop: sulle tecniche di medicina tradizionale cinese, sull'agopuntura addominale e il trattamento dell'obesità con agopuntura, sull'uso del Vischio in ambito oncologico, sulla musicoterapia e la danzaterapia.

Oltre a essere il primo grande convegno internazionale di questo tipo in Italia - è prevista la presenza di oltre 700 persone - Ecim si caratterizza anche per il fatto di non pesare in alcun modo sul bilancio regionale. La quota di partecipazione degli iscritti, insieme alle sponsorizzazioni, ne garantirà infatti la piena sostenibilità. In apertura le letture magistrali di Gian Franco Gensini, preside della facoltà di Medicina di Firenze, del medico e ricercatore inglese George Lewith, di Aviad Haramati, docente della Georgetown University di Washington, sui temi della medicina integrata nella prospettiva della medicina personalizzata, predittiva, preventiva, partecipativa, sull'effetto placebo, sui percorsi formativi della medicina integrata. L'antropologo Antonio Guerri dell'Università di Genova esporrà una relazione sui temi antropologici e

di etnomedicina; saranno presenti Peter Fisher, direttore sanitario del Royal London hospital for integrated medicine (Rlhim) e Virgilio Sacchini del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York, uno dei primi ospedali che ha incluso le medicine complementari in oncologia.

L'edizione italiana di Ecim vuole quindi contribuire a creare una rete internazionale di ricercatori, clinici e terapeuti sui temi della medicina integrata, promuovere confronto e dialogo su efficacia clinica, metodologia della ricerca e della formazione e sui modelli di integrazione delle medicine complementari nei sistemi sanitari. Per informazioni: www.ecim-congress.org; ecim2012@regione.toscana.it

Mariella Di Stefano

Rete toscana di medicina integrata

In diretta dalla ricerca

ASSISTENZA AI PAZIENTI CON ARTERIOPATIA OBLITERANTE PERIFERICA: L'EFFICACIA DEL PROGETTO «CLAUDICATIONET»

Lauret GJ, Gijbers HJ, Hendriks EJ, Bartelink ML, de Bie RA, Teijink JA. *The ClaudicationNet concept: design of a national integrated care network providing active and healthy aging for patients with intermittent claudication. Vascular Health and Risk Management* 2012; 8, 495 - 503.

■ L'arteriopatia obliterante periferica (Aop) è una manifestazione dell'aterosclerosi sistemica a livello degli arti inferiori, caratterizzata da un progressivo restringimento del lume vascolare per ispessimento delle pareti dei vasi arteriosi dovuta alla crescita delle placche aterosclerotiche. Dal punto di vista clinico i pazienti possono essere del tutto asintomatici, mentre altri possono arrivare alla ischemia con perdita di tessuto che può richiedere in ultima istanza l'amputazione dell'arto. La "claudication intermittens" è la manifestazione clinica più lieve di tale patologia dovuta al classico dolore alle sure durante sforzo che scompare con il riposo. La patologia ha una mortalità del 19,2% a 5 anni dalla diagnosi, di cui il 70% per eventi cardiovascolari. Attualmente l'assenza di fisioterapisti dedicati alla patologia e la scarsa diffusione dei relativi programmi di "fisioterapia supervisionata" da parte dei medici di famiglia, non hanno consentito lo sviluppo di reti integrate di cura fisica per i pazienti con arteriopatia obliterante periferica sintomatici per claudication. Per questo motivo in Olanda è recentemente stato istituito dal 2011 il progetto "ClaudicationNet", il cui scopo è stato illustrato in un recente articolo pubblicato su un'importante rivista angiologica. Il progetto è un insieme di reti di assistenza a livello regionale e mira a migliorare la qualità delle cure per i pazienti con claudication intermittente, prendendo come modello di cura quello delle patologie croniche disegnato

dalla Who. Grazie a un database nazionale, gli operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti) possono registrare i risultati del singolo paziente mentre il sistema ClaudicationNet verifica progressivamente la qualità dell'assistenza mediante modelli di valutazione soggettiva (feedback) del paziente. Il paziente stesso può monitorare i suoi progressi e la sua aderenza alla fisioterapia od organizzare sedute di allenamento con altri pazienti del progetto. Il programma sta riscuotendo molto successo in quanto permette un'interazione e una stretta collaborazione tra chirurgo vascolare, infermieri specializzati in chirurgia vascolare, medico di famiglia, operatori sanitari di riferimento regionale e fisioterapisti specializzati, i quali rimangono la figura cardine.

INFLUENZA DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI NEI PAZIENTI CON DIABETE MELLITO TIPO 2.

Stringhini S, Tabak AG, Akbaraly TN, Sabia S, Shipley MJ, Marmot MG, Brunner EJ, Batty GD, Bovet P, Kivimäki M. *Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. BMJ* 2012 Aug 21; 345: e5452.

■ Il diabete mellito è tra le principali cause di morbilità e mortalità precoce a livello mondiale. Tra le motivazioni: inattività fisica, obesità, dieta inappropriata, fumo di sigaretta sono i fattori di rischio modificabili più rilevati nei gruppi lavorativi socio-economicamente disagiati che sviluppano diabete.

Un recente studio di coorte prospettico pubblicato sul British medical journal (studio Whitehall II) ha arruolato circa 7.300 lavoratori londinesi non diabetici per quantificare il contributo di comportamenti salutari, di un basso indice di massa corporea e dei marcatori di rischio biologico all'associazione

tra stato socio-economico e incidenza di diabete mellito tipo 2 nelle diverse categorie socio-economiche. Le valutazioni sono state condotte all'inizio dello studio e in diverse fasi durante un follow-up medio di circa 14 anni (1991-93 e 2007-2009). Circa 820 pazienti hanno sviluppato diabete mellito tipo 2, e i pazienti appartenenti alla categoria lavorativa più bassa avevano un rischio circa 2 volte maggiore di diventare diabetici (hazard ratio 1,86). I comportamenti salutari considerati, ovvero astensione da alcol e fumo, dieta e attività fisica, e un basso indice di massa corporea, riducevano l'influenza della categoria socio-economica sullo sviluppo del diabete mellito, con un abbassamento progressivo del rischio durante lo studio da 1,86 a 1,51 volte (-33% di base), quindi a 1,48 (-36%, rilievi ripetuti durante il follow-up) e infine a 1,41 volte (-45%, considerando l'esposizione a lungo termine). Singolarmente, la variabile più influente era il basso indice di massa corporea che spiegava da solo il 20% delle disuguaglianze sociali dei diabetici.

Considerando anche i marcatori di rischio biologico, ovvero i valori di pressione arteriosa sistolica, i livelli di trigliceridi e di colesterolo buono o Hdl, le differenze socio-economiche nello sviluppare il diabete venivano ridotte del 53% (riduzione dell'hazard ratio da 1,86 a 1,35). Rimane da spiegare il restante 50% delle disuguaglianze sociali in chi sviluppa diabete, ed è stato ipotizzato un ruolo per fattori psicosociali e stati psicologici particolari come stress cronico e depressione, traumi psicologici intrauterini o infantili o difficoltà nell'accesso all'assistenza, per cui saranno necessari ulteriori studi al riguardo.

**Gian Franco Gensini (Firenze),
Giuliano Mariani (Pisa), Mauro Galeazzi (Siena)**

Con la collaborazione di
**Chiara Lazzeri, Roberto Tarquini,
e Claudio Picariello (Firenze)**

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

gionevoli possibilità di contenere la domanda (ciò non vale ovviamente per i malati cronici); poi il ticket deve essere effettivamente calibrato sulle reali disponibilità economiche delle famiglie, per impedire ingiuste sperequazioni.

Ora la Giunta regionale ha rimodulato i livelli di compartecipazione, sforzandosi sicuramente di tentare di rispettare questi principi. C'è da domandarsi se ciò sia avvenuto realmente e se non sia opportuno introdurre significativi correttivi. Penso a esempio al contestatissimo «contributo fisso di digitalizzazione» per ogni richiesta diagnostica che comporti l'uso informatico di «produzione, archiviazione e trasmissione delle immagini».

In pratica 10 euro che dovranno

pagare tutti coloro - molti essenziali compresi - che avranno necessità di fare una radiografia o una Tac: una richiesta ingiustificata e iniqua in quanto applicata a prescindere dalla situazione economica dell'assistito.

Ma la questione ticket è solo una parte degli interventi necessari per garantire - a fronte di minori risorse disponibili per la Sanità toscana (500 milioni di euro nei prossimi tre anni) - che il sistema riesca a mantenersi in equilibrio economico e continui a offrire i livelli di assistenza finora garantiti. Ora ci sarà da intervenire, con decisione e rapidità, sulla riorganizzazione del sistema: rimodulazione della rete ospedaliera, nuovo ruolo dei medici di medicina generale, maggiore offerta di ser-

vizi assistenziali sul territorio, ridefinizione dei compiti delle aziende ospedaliere-universitarie. Sono queste le urgenze su cui il governo regionale è chiamato a dare risposte chiare ed efficaci. E che dovranno finalmente diventare gli assi portanti del Piano socio-sanitario, da troppo "impantanato" in Consiglio regionale a causa di indecisioni e mancanza di coraggio nelle scelte. Che a questo punto non potranno essere più rinviate, pena l'insostenibilità di un sistema che in questi anni - pur in presenza di inenunciabili difficoltà e disfunzioni - ha offerto anche prestazioni di indubbia eccellenza.

* Consigliere regionale Udc
membro della Commissione Sanità

Dopo lo tsunami dei tagli.. (segue dalla prima pagina)

tecnica per uscire da questo momento difficile con uno stato sociale in piedi, riformato e strutturato. Per questo dovremo dotarci sempre di più di nuovi strumenti di lotta all'evasione e di verifica strutturata delle entrate. Per esempio, la tessera sanitaria potrà essere molto importante in questa direzione.

Con la giunta, abbiamo messo a punto la "nostra" manovra su Sanità e trasporto pubblico locale, con il preciso obiettivo di mantenere inalterata l'offerta di servizi e chiedere un contributo solo a chi può permettersi di pagarlo, continuando a non far pagare i cittadini meno abbienti. Il principio che ci guida, in ogni nostra scelta e iniziativa, è sempre quello di giustizia e di equità. Un solo esempio per tutti: i

ticket. Nel ritoccarli, ci siamo ispirati a un principio di equità, chiedendo di più a chi ha di più. Nel complesso, gli utenti del servizio a cui chiederemo di più sono circa 600mila toscani. Agli altri 3 milioni (l'81,7% dei toscani), che hanno un reddito Isee inferiore a 36mila euro, non chiederemo nessun sacrificio. L'operazione ticket porterà nelle casse regionali 53 milioni, ma a regime contiamo di arrivare a 80 milioni su base annua. Il processo che abbiamo messo in moto ci restituirà un sistema meno costoso e allo stesso tempo migliore. Vogliamo dare un messaggio di equità, di tenuta, di certezza, che, sono sicuro, i toscani capiranno.

* Presidente Regione Toscana

MASSA CARRARA Nel 2011 per la classe 1999 la copertura ha superato l'88%

Hpv, prevenzione centrata



Avviati 630 cicli su 715 bambine vaccinabili - Incontri con i genitori

Nell'ambito delle direttive regionali in materia di vaccinazioni, che prevedono l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione contro il papilloma virus umano (Hpv), l'azienda Usl 1 di Massa e Carrara è riuscita a mettere in atto le strategie necessarie affinché si potesse diffondere nella popolazione il messaggio dell'importanza di vaccinare le adolescenti prima dell'inizio dell'attività sessuale, la consapevolezza delle conseguenze della persistenza dell'infezione da parte dei tipi 16 e 18 di virus Hpv (del virus), nonché i vantaggi che derivano dalla vaccinazione.

Il risultato ottenuto è davvero ottimo, al 31 dicembre 2011 nella coorte di nascita 1999 ben 630 sono stati i cicli vaccinali completati su un totale complessivo di 715 bambine vaccinabili residenti, la percentuale raggiunta è dell'88,1%

La distribuzione di depliant informativi è stata capillare

ed è risultata, in termini di adesione, la più alta della Toscana. Di più, anche nelle altre coorti di nascita a offerta gratuita della vaccinazione anti-Hpv si è raggiunta una copertura per le tre dosi di vaccino superiore all'80%.

L'organizzazione che è stata attivata ha visto lo stretto coinvolgimento del Servizio di Igiene e Sanità pubblica (Isp) e del Servizio di attività sanitarie di comunità della zona distretto.

Tra le azioni promosse dall'Isp, ricordiamo l'organizzazione dei percorsi di formazione rivolti al personale sanitario dell'Ausl 1, sia prima dell'inizio che durante la campagna di vaccinazione;

nonché l'organizzazione di incontri informativi rivolti ai genitori e agli studenti che si sono svolti in buona parte delle scuole della Provincia. La Formazione nelle scuole ha portato buoni frutti anche grazie all'interessamento del corpo docente.

L'informazione è continuata nei presidi distrettuali nel momento stesso della vaccinazione. Sia le ragazze che i loro genitori hanno potuto esporre agli operatori presenti i loro dubbi per ottenere, seduta stante, i chiarimenti necessari per affrontare consapevolmente questa scelta.

Sono stati favoriti gli orari di apertura degli ambulatori nelle ore pomeridiane, affinché potesse essere resa più agevole la partecipazione; inoltre si è cercato, dove possibile, di andare incontro alle richieste dei cittadini.

In aggiunta al materiale regionale, l'Isp ha realizzato un ulteriore depliant informativo che ha consentito una copertura di distribuzione più capillare sul territorio.

Fondamentale a una così estesa adesione è stata la collaborazione con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale, coinvolti nelle iniziative di formazione, che hanno promosso con convinzione la vaccinazione rendendo così possibile questo risultato.

La prevenzione è fondamentale nel tumore al collo dell'utero: fino all'anno 2008 disponevamo di un unico strumento, peraltro di prevenzione secondaria, e cioè lo screening mediante pap test. Dal-

l'anno 2008 disponiamo di un vaccino contro i tipi oncogeni del papillomavirus (Hpv 16 e 18) e, quindi, di uno strumento di prevenzione primaria che nell'80% dei casi previene l'infezione e di conseguenza la possibile evoluzione verso il tumore della cervice uterina.

Infatti, l'Organizzazione mondiale della Sanità ha riconosciuto questo tipo di tumore come totalmente riconducibile a una infezione virale, causata dal virus del papilloma umano.

In Regione Toscana con Deliberazione della Giunta regionale n. 856 del 27/10/2008, è stato recepito integralmente il documento tecnico d'Intesa del 20/12/2007 tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, concernente "Strategia per l'offerta attiva del vaccino contro l'infezione da Hpv in Italia", e ha attivato, tramite le Aziende Uu.Ss.Ll. toscane, un programma di vaccinazione anti-Hpv che ha previsto, tra l'altro, a partire dal primo gennaio 2009: l'offerta attiva e gratuita della vaccinazione a tutte le ragazze nel sedicesimo anno di vita e, con le stesse modalità, il recupero delle nate nel 1993; la gratuità della vaccinazione, su richiesta dei genitori, per le adolescenti nel tredicesimo, quattordicesimo e quindicesimo anno di vita, negli anni in cui non sono chiamate attivamente a vaccinarsi.

Monica Guglielmi
Responsabile della Zona distretto delle Apuane
Maura Pellegri
Direttore del Dipartimento della Prevenzione Asl 1 di Massa e Carrara

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Una svolta per clinici e manager

Qualche settimana fa in un convegno a Marina di Massa si è parlato di come fare scelte multidisciplinari, condivise e appropriate sulle tecnologie sanitarie da utilizzare e dell'Health technology assessment. L'Hta è un metodo in grado di supportare, con un'analisi basata sul criterio dell'appropriatezza, le decisioni aziendali legate all'utilizzo delle tecnologie. Il ministero della Salute definisce l'Health technology assessment (Hta) «un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficienza, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento hanno per il sistema sanitario, l'economia e la società». Questo metodo ha fra i suoi obiettivi, quello di incrementare la collaborazione tra i professionisti della Sanità e gli stakeholders del sistema sanitario, affinché possa crearsi un circolo virtuoso.

Per portare a regime questo cambiamento culturale la School of Management del Dipartimento di Ingegneria gestionale del Politecnico di Milano ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che comprende sia professionisti che ricercatori, tra cui il Direttore sanitario dell'Azienda Usl 1 Maurizio Dal Maso. Così è stato possibile approfondire diversi contenuti nell'ambito tecnologico, riguardanti tra gli altri il piano degli investimenti, la valutazione dei benefici e la sostenibilità dell'innovazione, la legittimità della valutazione nonché i requisiti per la legittimità e i fattori influenzanti e abilitanti.

Come sostiene lo stesso Maurizio Dal Maso: «L'Hta è forse l'ultimo strumento che le Direzioni aziendali hanno per raggiungere completamente gli obiettivi attesi, in quanto favorisce l'allineamento di risorse, processi e risultati. Ha anche il pregio di riuscire ad allineare i ruoli dei professionisti nelle Aziende sanitarie superando la fase di dicotomia esistente tra clinici e manager».

Roberta Valerio
Ufficio Relazioni esterne

SISTEMA DI SORVEGLIANZA "PASSI D'ARGENTO"

Anziani sotto la lente: prima tappa formazione

Da alcuni mesi ha preso il via in Toscana la fase operativa del progetto Passi d'argento, un sistema di sorveglianza nazionale sullo stato di salute della popolazione ultra64enne. Il progetto è promosso dal ministero della Salute e dalle Regioni, con il supporto tecnico-scientifico del Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di Sanità.

La sua finalità principale è quella di fornire, attraverso indagini periodiche, informazioni utili, attendibili e tempestive a enti e istituzioni per la definizione di politiche socio-sanitarie volte a migliorare la qualità della vita delle persone over 64. L'indagine attualmente in corso si concluderà nel prossimo mese di giugno e prevede di realizzare, a livello regionale, circa 4.000 interviste (sia telefoniche che faccia a faccia).

L'avvio del progetto è stato preceduto da un importante intervento formativo organizzato dalla Asl 1 di Massa e Carrara in collaborazione con l'Agenzia regionale di Sanità (Ars), ha visto la partecipazione di medici, infermieri e assistenti sociali provenienti da tutte le aziende sanitarie e società della salute della Toscana. Queste figure sono state scelte per rivestire, negli enti di appartenenza, il ruolo di coordinatori locali del progetto e di intervistatori. I primi sono responsabili a livello locale dell'organizzazione dell'indagine, mentre gli intervistatori realizzano la raccolta e l'inserimento dei dati, partecipando poi alla loro analisi e alla comunicazione dei risultati ai soggetti istituzionali interessati.

Le due giornate formative, che si sono svolte alcuni mesi fa, hanno fornito ai partecipanti la conoscenza approfondita degli scopi e delle caratteristiche del progetto Passi d'argento, gli strumenti

per garantire l'utilizzo di procedure operative omogenee in ogni Regione, le informazioni e le capacità necessarie per la realizzazione delle interviste agli anziani.

A questo proposito il corso ha dato spazio anche alla trattazione delle diverse tecniche di intervista, dal contatto telefonico iniziale alla somministrazione del questionario, come pure delle modalità di organizzazione e inserimento, in un software specifico, dei dati raccolti. Non sono mancate le esercitazioni pratiche e le simulazioni (role playing). L'Asl 1 organizzerà un secondo intervento formativo, a completamento del primo, sulle modalità di comunicazione dei dati raccolti attraverso le indagini a enti e istituzioni.

«Il progetto Passi d'argento - ha spiegato Amedeo Baldi, dirigente medico della Asl 1 e componente del gruppo di coordinamento regionale - è stato sperimentato tra il 2009 e 2010 attraverso due indagini trasversali su campioni della popolazione ultra64enne di 16 Regioni, consentendo così la definizione di metodi e strumenti per l'avvio di un sistema di sorveglianza

della popolazione anziana. Grazie a tale sistema e alle informazioni raccolte sarà possibile fare confronti tra le diverse realtà del nostro Paese e permetterà di valutare l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi socio-sanitari. La messa a punto del progetto Passi d'argento, prevista all'interno delle linee d'intervento del Piano nazionale della prevenzione e sancita dall'accordo in Conferenza Stato-Regioni del 28 aprile 2010, diventerà parte integrante dei Piani regionali di prevenzione».

Vincenzo Martini
Funzionario Asl 1 di Massa e Carrara

LA MACCHINA DELL'EMERGENZA

Pronto soccorso, una rete d'eccellenza sul territorio

Ogni anno sono oltre 40mila le richieste di intervento che arrivano alla nostra centrale operativa, e oltre a questa - che gestisce le chiamate di soccorso sanitarie che giungono al numero unico nazionale "118" - sono presenti i punti di emergenza territoriale, i cosiddetti "Pet", dislocati in posizioni strategiche per coprire l'intero territorio. Per effettuare il Servizio si utilizzano sia ambulanze di tipo A o auto-mediche con medico a bordo, che ambulanze di primo soccorso con soccorritori laici. Sono presenti anche il Servizio di trasporto secondario assistito, il Servizio di pronto soccorso e medicina d'urgenza presso gli ospedali di Pontremoli e di Fivizzano e il Servizio di soccorso dei bacini marmiferi della zona di Massa e Carrara.

Il quadro si completa con gli infermieri operanti nella centrale operativa 118, tutti provenienti dai servizi di rianimazione e pronto soccorso e ulteriormente formati con appositi corsi. Il solo servizio di emergenza territoriale con medico a bordo di ambulanza di tipo A ha un volume di attività annuo di oltre 26.000 missioni. Il servizio di trasporto assistito, cosiddetto secondario, ha un volume di attività di oltre 2.000 trasferimenti annui. Il servizio di soccorso ai bacini marmiferi è garantito per 15.300 ore all'anno.

I trasporti sanitari ordinari (senza caratteristiche di urgenza) di pazienti aventi diritto a mezzi autovetture, mezzi attrezzati e ambulanze di tipo B, che eseguono interventi tra presidi ospedalieri, domicilio, ambulatori, centri di riabilitazione, dialisi, raggiungono i 100.000 l'anno. Per la gestione delle maxiemergenze invece, il 118, in convenzione con il Nucleo di protezione civile della pubblica assistenza di Carrara - sezione di Avenza, è dotato di una colonna mobile di soccorso sanitario costituita da un posto medico avanzato di primo livello e vari automezzi in grado di attivarsi in un'ora e intervenire in scenari di maxiemergenze e di catastrofi. Per questa attività esistono Piani preordinati provinciali e regionali in concerto con gli altri Enti deputati tra i quali: la Protezione civile, i Vigili del fuoco e le Forze dell'ordine. L'organico attuale del Servizio 118 di Massa e Carrara vede la presenza di 15 medici dirigenti, 36 medici convenzionati, 23 infermieri, una capo sala, 13 operatori sanitari, 6 operatori addetti alla C.o. 118, 4 operatori addetti ai trasporti ordinari e un responsabile dell'Ufficio rendicontazione.

Roberta Valerio
Ufficio Relazioni Esterne

DOCUMENTI Dal 3 settembre compartecipazione più alta per i redditi elevati



Nuovi ticket, modello toscano

Revisione legata alla spending review - Monitoraggio continuo sugli effetti

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo il testo della delibera n. 753 del 10 agosto 2012 sulla «Rimodulazione dei livelli di compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie e relative delibere attuative»

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare la rimodulazione dei livelli di compartecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, di cui all'allegato A alla presente delibera, modificando i corrispettivi allegati delle Delibere Gr 722/2011 e 867/2011, e relative delibere attuative, che continuano ad avere efficacia per quanto non diversamente disposto dal presente atto;

2. di prevedere che la rimodulazione dei livelli di compartecipazione, di cui al capoverso precedente, sia efficace a partire dal 3 settembre 2012;

3. di prevedere che, a partire dal giorno 1 gennaio 2013, opererà, previa valutazione dello stato di revisione dello strumento Isee a livello nazionale e conseguente riformulazione delle fasce economiche, ai fini della definizione dei livelli di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (ticket aggiuntivo per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e ticket farmaceutico), esclusivamente lo strumento Isee, ferma restando, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la vigenza, per le categorie di soggetti esenti per reddito delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 16 della Legge 537/1993, e successive modificazioni;

4. di demandare a specifico atto deliberativo la revisione del tariffario regionale delle prestazioni dei Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Usl toscane, di cui alla Delibera Grt 264/2012;

5. di avviare un percorso da concludersi entro il 15/09/2012

per definire interventi che consentano un uso appropriato degli ausili, a partire dai letti ortopedici, materassi antidecubito e carrozzine, anche prevedendo eventuali forme di cauzione per gli utenti al momento della consegna dell'ausilio medesimo;

6. di provvedere alla tempestiva comunicazione della presente

Delibera al ministero della Salute e al ministero dell'Economia e delle Finanze;

7. di proseguire i confronti avviati con le parti sociali e le rappresentanze professionali, al fine di assicurare l'applicazione della presente Delibera secondo criteri di equità;

8. di demandare alla Direzione

generale competente il compito di adottare, in raccordo con le aziende sanitarie, tutti gli atti necessari a dare piena operatività alla presente Delibera, procedendo a una adeguata attività di comunicazione e informazione nei confronti dei cittadini e di tutti gli altri soggetti interessati;

9. di demandare alla Direzione

generale competente il compito di attivare ogni iniziativa utile a realizzare una costante attività di monitoraggio, verifica e controllo della operatività dei sistemi di compartecipazione, anche tramite raccordo con i soggetti istituzionali coinvolti nel processo, in conformità a quanto sancito dall'art. 109 della Lr 66/2011.

Allegato A

Ambito	Azione	Fascia di reddito familiare fiscale in euro o Isee	Ticket	Atto di riferimento
Farmaceutica convenzionata	Ticket per confezione, differenziato per fasce di reddito e fatte salve le categorie di esenti individuate in calce alla presente tabella	0 - 36.151,98	0	Presente delibera
		36.151,99 - 70.000	2€ a confezione fino a un massimo di 4€ per ricetta, con esclusione degli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante individuate dai decreti del ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal decreto del ministero della Sanità 279/2001 e dagli atti regionali in materia per i farmaci correlati alla patologia di esenzione	
		70.001 - 100.000	3€ a confezione fino a un massimo di € 6 per ricetta	
		Superiore a 100.000	4€ a confezione fino a un massimo di € 8 per ricetta	
Specialistica ambulatoriale	Ticket aggiuntivo per ricetta con valore >€ 10 (escluso Tc e Rmn), differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	0 - 36.151,98	0	Presente delibera
		36.151,99 - 70.000	10€ a ricetta	
		70.001 - 100.000	20€ a ricetta	
		Superiore a 100.000	30€ a ricetta	
Specialistica ambulatoriale Rm, Tc	Ticket aggiuntivo per prestazione Tc, Rm differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	0 - 36.151,98	0	Dgrt 867/11
		36.151,99 - 70.000	10€ a ricetta	
		70.001 - 100.000	24€ a ricetta	
		Superiore a 100.000	34€ a ricetta	
Specialistica ambulatoriale prestazioni a cicli	Ticket aggiuntivo per ricetta, differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti per le prestazioni ambulatoriali erogate a cicli	0 - 36.151,98	0	Dgrt 867/11
		36.151,99 - 70.000	10€ a ricetta	
		70.001 - 100.000	24€ a ricetta	
		Superiore a 100.000	34€ a ricetta	
Pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitazione	Ticket aggiuntivo differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti	0 - 36.151,98	0	Dgrt 867/11
		36.151,99 - 70.000	32€ a ricetta	
		70.001 - 100.000	52€ a ricetta	
		Superiore a 100.000	82€ a ricetta	
Chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini	Ticket aggiuntivo per ricetta differenziato per fasce di reddito, fatte salve le attuali categorie di esenti, per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini (scintigrafie e Pet)	0 - 36.151,98	0	Dgrt 867/11
		36.151,99 - 70.000	15€ a ricetta	
		70.001 - 100.000	30€ a ricetta	
		Superiore a 100.000	40€ a ricetta	
Contributo sulla digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini	Contributo fisso su digitalizzazione delle procedure diagnostiche per immagini (produzione, archiviazione, trasmissione dell'immagine...)	Il Contributo si applica a tutti gli utenti	10€	Presente delibera
Libera professione	Contributo aggiuntivo fisso su prestazioni ambulatoriali erogate in regime di libera professione intramoenia		€ 10 per tariffe <€ 100, € 15 tra € 100 e € 200, € 30 >€ 200	Dgrt 722/11

Ambito	Azione	Prestazione	Ticket	Modifiche rispetto agli atti precedenti
Specialistica ambulatoriale prestazioni per Procreazione medicalmente assistita	Ticket differenziato in base alla tariffa della prestazione	- Inseminazione intrauterina - Incluso: Capacitazione di materiale seminale e monitoraggio della ovulazione	100€ a ricetta	Presente delibera
		- Monitoraggio della ovulazione	100€ a ricetta	
		- Fecondazione in vitro con o senza inseminazione intracitoplasmatica - Incluso: Monitoraggio della ovulazione	500€ a ricetta	
		Fecondazione in vitro con inseminazione intracitoplasmatica e prelievo microchirurgico degli spermatozoi	500€ a ricetta	

Esenzioni sulla farmaceutica

Sono esenti dal pagamento del ticket per la farmaceutica le seguenti categorie:

- Gli invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia;
- Gli invalidi per servizio;
- Gli invalidi civili al 100% e i grandi invalidi per lavoro;
- I danneggiati da vaccinazione obbligatoria, trasfusioni, somministrazione di emoderivati, limitatamente alle prestazioni necessarie per la cura delle patologie previste dalla Legge 210/1992;
- Le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e familiari;
- I ciechi e i sordomuti;
- Gli ex deportati da campi di sterminio titolari di pensione vitalizia;
- Gli infortunati sul lavoro per il periodo dell'infortunio e per le patologie direttamente connesse purché indicato sulla ricetta;
- I disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei Centri per l'impiego e i familiari a carico;
- I lavoratori in mobilità e i familiari a carico;
- I lavoratori in cassa integrazione straordinaria e i familiari a carico;
- I lavoratori in cassa integrazione "in deroga".

Note: 1) Le quote di compartecipazione alla spesa farmaceutica di cui al presente allegato si sommano alle eventuali quote dovute dall'assistito in applicazione dell'art. 7 della L. 405/2001 e s.m.i.; 2) laddove la quota di compartecipazione superasse il costo della confezione del farmaco, l'utente è tenuto a pagare una quota di partecipazione pari al prezzo del farmaco; 3) nell'anno solare la somma dei ticket sulla farmaceutica convenzionata a carico di un singolo utente, non può superare l'importo di 400 euro.



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

Versione Pdf dell'Allegato al n. 34 del 18-24 settembre 2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

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

BILANCI

Avviata la rilevazione del laboratorio Mes della Scuola Sant'Anna

Cure in carcere nel bersaglio



Valutate delle differenze nel diritto alla salute - Mancano flussi informatizzati

Che cosa significa valutare la sanità penitenziaria? Che finalità deve avere la misurazione della performance quando si parla di tutela della salute dei detenuti, salute che è da garantire in un contesto attraversato da problemi sconosciuti alle strutture sanitarie, come il sovraffollamento e l'inadeguatezza di molti locali dedicati ad attività di diagnosi e cura?

Con la Dgr n. 441 del 2011 la Regione Toscana ha affidato al Laboratorio management e Sanità il compito di estendere il sistema di valutazione della performance delle

aziende sanitarie, ormai attivo dal 2006, alla realtà della Sanità penitenziaria, coerentemente con il Dpcm dell'1/04/2008 che trasferisce al ministero della Salute le competenze in materia di tutela della salute dei detenuti, fino a quel momento affidate al ministe-

ro della Giustizia.

In un prossimo futuro dunque le aziende sanitarie toscane (tutte tranne l'Asl 12 Viareggio, unica a non avere un penitenziario sul proprio territorio) si confronteranno con nuovi indicatori sul bersaglio, relativi alla capacità di rispondere con appropriatezza ed efficacia ai bisogni di salute dei detenuti.

L'obiettivo principale è verificare se ci sono, e da cosa dipendono, differenze nel godimento del diritto alla salute tra le persone detenute e i cittadini liberi, in linea con quanto stabilito dalla Lr n. 64/2005: legge con cui la Toscana ha affermato la parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, fra persone libere e persone detenute e internate.

Il sistema di valutazione consentirà quindi non solo il confronto tra le varie Asl, come è ormai

nella tradizione del bersaglio, ma anche tra liberi e detenuti, per evidenziare l'eventuale maggiore rischio a carico di questi ultimi e individuare gli strumenti di management necessari per il superamento di condizioni di disegualianza.

L'estensione del sistema di valutazione al mondo della Sanità penitenziaria è un processo particolarmente sfidante, non solo per le difficoltà strutturali già ricordate, che incidono in modo pesante sulle condizioni di salute di chi vive in carcere, ma proprio per il coesistere, all'interno degli istituti di pena, di due distinte amministrazioni, esercitanti sui detenuti azioni diverse (la sorveglianza e la presa in carico sanitaria) che inevitabilmente finiscono per influenzarsi vicendevolmente.

Un problema significativo è poi rappresentato dalla mancanza di flussi informatizzati sulle prestazioni sanitarie erogate in carcere, che vengono perlopiù registrate su supporti cartacei, rendendo

particolarmente ardua la raccolta di informazioni.

Quali i passi compiuti finora? Con la collaborazione del settore Residenzialità, Cure intermedie e Protezione sociale della Regione Toscana e di alcune aziende sanitarie, è iniziata un'attività di ricognizione che ha coinvolto le 11 Asl interessate: a tutti i referenti aziendali è stato chiesto di fornire una serie di dati relativi a come vengono erogate le prestazioni sanitarie ai detenuti e di indicare dove e in che forma esse vengono registrate.

Dalla medicina di base alla specialistica, dalla salute mentale alle dipendenze, dall'emergenza alla farmaceutica, dai ricoveri al rischio clinico, i dati raccolti consentiranno di avere un quadro dettagliato per ogni azienda, e di cominciare a costruire ipotesi di indicato-

ri in grado di misurare la specificità della tutela della salute dei detenuti.

Quanto tempo passa tra una visita medica e la successiva, se il detenuto non ne fa richiesta? Quanti i suicidi o gli atti di autolesionismo? Quali le difficoltà nel garantire le visite specialistiche o gli interventi di emergenza?

In attesa dei primi risultati della mappatura, possiamo comunque affermare che l'obiettivo dichiarato di tale iniziativa è che l'applicazione del sistema di valutazione alla Sanità penitenziaria possa sortire gli stessi effetti avuti in altri ambiti: spingere al confronto e al miglioramento delle performance nell'interesse degli utenti dei servizi.

Giulia Capitani
Laboratorio Mes

Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Aziende in cerca di nuovi indicatori per la misurazione

Nel mirino tempi e difficoltà di attuazione

LA SALUTE DEI DETENUTI

Tra sei mesi stop agli Opg

L'Ospedale psichiatrico giudiziario, ultimo baluardo delle Istituzioni totali, frutto del connubio tra esigenze di controllo sociale di competenza della Giustizia e le esigenze di studio scientifico promosse dal "positivismo", è ormai giunto alla fine del suo secolare percorso.

Tali strutture, utilizzate per il controllo delle persone non imputabili per infermità di mente e ritenute socialmente pericolose, sono rimaste ancorate a un modello di istituzionalizzazione della malattia mentale. Neppure il processo di riforma psichiatrica, attuato con la Legge 180/78, ha potuto incidere sull'esistenza di tale struttura, divenuta Ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) nel 1975.

L'attribuzione al Sistema sanitario di ogni Regione della competenza nella cura delle persone sottoposte a misure di sicurezza o detenute, con problemi psichici, oggetto del Dpcm 1/4/08, è il cardine essenziale per garantire quei percorsi di re-inclusione sociale e di recupero dei diritti individuali. Quel che sembrava impossibile diventa ora una reale e concreta possibilità.

La recente Legge 09/2012 specifica in maniera stringente il percorso verso la chiusura dell'Opg:

- ogni Regione dovrà realizzare entro il 31 marzo 2013 le strutture previste dal decreto del ministero della Salute, di concerto con il ministero della Giustizia; tale decreto individua come modelli organizzativi strutture da 20 posti letto, gestite solo da medici e personale sanitario;
- il controllo esterno di tali strutture, laddove necessario per garantire l'esecuzione della misura di sicurezza detentiva, sarà realizzato con modalità definita in accordi stipulati tra la Regione e le locali Prefetture;
- come prevede l'Accordo del 13 ottobre 2011 della Conferenza Unificata, nei Penitenziari dovranno essere realizzate Sezioni psichiatriche per detenuti condannati cui sopravvivono problemi psichici (art. 148 del Codice penale, detenuti "minorati psichici", detenuti cui è richie-

sto accertamento delle condizioni psichiche). I Servizi psichiatrici dovranno organizzare specifiche articolazioni organizzative.

Di conseguenza, dopo il 31 marzo 2013 nessuno potrà più essere "ricoverato" in Opg per eseguire una misura di sicurezza o perché assegnato per misura di Casa di cura e Custodia ma solo nelle strutture precedentemente descritte. Entro tale termine, le persone ancora presenti in Opg, se hanno cessato di essere pericolose socialmente, devono essere senza indugio dimesse e reinserite nel territorio o nei Servizi. La Legge 9/12 ha previsto fondi e risorse sicure - anche se scarse - per realizzare le strutture e per il personale necessario sia alle dimissioni che alle strutture stesse.

Nella Regione Toscana la realizzazione di quanto richiesto dalla Legge 09/12 dovrà essere concordata con l'Amministrazione penitenziaria e le altre 3 Regioni del bacino che afferiscono alla struttura di Montelupo Fiorentino (Liguria, Sardegna, Umbria). Il 92% dei presenti nell'Opg di Montelupo Fiorentino fa attualmente parte delle 4 Regioni che hanno già sottoscritto un'intesa il 22/12/2011, per realizzare in maniera congiunta le azioni descritte. La Regione Toscana dovrà pertanto:

- condividere e definire con il provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria degli Istituti penitenziari circa la definitiva realizzazione delle sezioni psichiatriche per le posizioni giuridiche di cui al punto C);
- definire il programma di investimenti per organizzare le strutture previste dal decreto del ministero della Salute, individuare il numero delle strutture necessarie, per richiedere i fondi previsti nella Legge 9/12.

L'attuale numero di residenti toscani, sottoposti alle due misure previste (ricovero Opg e Casa di cura e Custodia), si aggira sulle 30 unità e, valutando la serie storica

di presenze degli ultimi 3 anni, dovranno essere allestite almeno due strutture;

- definire un piano di dimissioni dei pazienti, ulteriore e aggiuntivo rispetto a quello attivato dalla Regione Toscana con deliberazione di Giunta Regionale n. 441/11 - che ha già portato al reinserimento sul territorio, attraverso percorsi personalizzati, 21 internati toscani che avevano le condizioni giuridiche e sanitarie per poter essere dimessi - attraverso il potenziamento della rete dei servizi o l'individuazione di budget di cura individuali da utilizzare per il reinserimento nel territorio a fine misura di sicurezza.

Negli ultimi due anni sono state dimesse dall'Opg di Montelupo Fiorentino n. 180 persone delle quali n. 60 residenti in Toscana. I costi effettivi sostenuti per il primo anno post dimissione ascendono a € 49.056,00 in media per ogni inserimento. Il 50% degli inserimenti ha un alto costo di gran lunga superiore alla media e superiore ai € 60.000,00 annui.

Oltre tali interventi sarà necessario e indispensabile definire un sistema regionale che vada oltre la contingenza, attualmente prioritaria, finalizzata alla chiusura dell'Opg: è necessario prevedere per il futuro un'organizzazione dei Servizi territoriali in grado di affrontare la presa in carico dei pazienti sottoposti a misure di sicurezza.

I Servizi territoriali saranno sempre più spesso direttamente chiamati a indicare al Magistrato i percorsi di cura necessari per le persone autrici di reato, inferme di mente, sottoposte a misure di sicurezza "detentive", nell'ambito delle strutture regionali organizzate, o in alternativa a esse nei propri presidi territoriali.

La Rete regionale dei servizi per la Salute mentale deve essere pertanto in grado di gestire i percorsi terapeutico-riabilitativi dei pazienti, sia in collaborazione con le predette strutture deputate a occuparsi della fase "detentiva" delle misure di sicurezza detentive, sia nella fase successiva alla

dimissione da tali strutture, o anche in alternativa a esse. Le strutture residenziali dove accogliere le persone, attualmente destinate agli Opg, non dovranno pertanto essere più carceri, come finora accaduto negli Opg, ma neanche dovranno diventare, o assumere le funzioni, degli Ospedali psichiatrici, chiusi nel 1978.

Le strutture dovranno poter organizzarsi secondo differenziati gradienti di sorveglianza e livelli di assistenza, per garantire la sicurezza esterna, dovuta per la natura penale della misura applicata, senza per questo limitare l'intervento sanitario. È indispensabile costruire un percorso graduale, e sperimentale, nella realizzazione delle strutture dove le assegnazioni per misure di sicurezza, sia i prosciolti che le Ccc, dovranno essere eseguite.

Analogamente, la gradualità nel trattamento terapeutico, e nella messa in atto dei progetti individuali, rappresenta il migliore, e più efficace, metodo di intervento per concretizzare il trattamento degli utenti psichiatrici sottoposti a misura di sicurezza o soggetti a provvedimenti penali.

Una riflessione condivisa tra tutti i Servizi psichiatrici, e quanti coinvolti per patologie concomitanti (dipendenze patologiche, disabilità), deve far scaturire una modifica delle prassi di valutazione e di intervento nei confronti delle persone affette da patologia psichica, e autrici di reato, passaggio indispensabile e indifferibile per affiancare alla Riforma e alla chiusura degli Opg la creazione di un sistema di completa assunzione di competenza e responsabilità nella gestione dei pazienti.

Franco Scarpa

Direttore Uoc "Salute in carcere" Usl 11 e Coordinatore Gruppo interregionale di Bacino

Barbara Trambusti

Dirigente Settore residenzialità territoriale,

cure intermedie e protezione sociale

Direzione generale Diritti di cittadinanza e

coesione sociale

Regione Toscana

POLITICHE SOCIALI Parte il sistema integrato regionale di servizi per le famiglie



Mai più badanti «in nero»

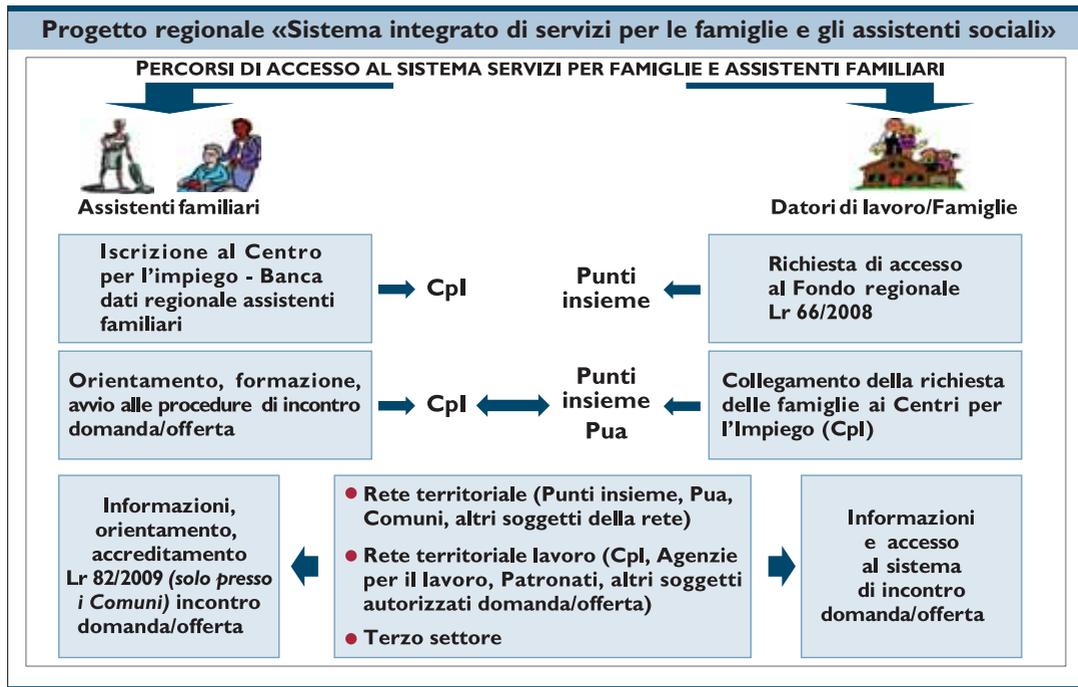
Una banca dati degli assistenti familiari per favorire l'emersione

L'emersione dal lavoro nero, la formazione, la regolarizzazione della figura dell'assistente familiare, comunemente indicata con il termine "badante", sono obiettivi prioritari della Regione Toscana, a tutela del lavoratore e della famiglia. Grazie alla delibera 1024/2011 si avvia il "Sistema integrato di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari" attraverso la collaborazione con istituzioni pubbliche, tra cui Province, Comuni, Società della salute, Zone distretto, Italia Lavoro e i soggetti privati che operano nell'ambito dell'assistenza familiare in Toscana.

Un sistema che vuole essere anche d'incontro tra domanda e offerta rivolto agli assistenti familiari visto che le trasformazioni avvenute nell'organizzazione del mercato del lavoro e della famiglia, unite all'invecchiamento della popolazione, hanno profondamente modificato l'organizzazione del lavoro di cura. È quindi evidente che le famiglie non sono più in grado di soddisfare al loro interno questo bisogno e quindi ricorrono prevalentemente a operatori privati individuali all'interno di un settore dove tradizionalmente vi è una forte componente di lavoro sommerso, spesso prestato da lavoratrici straniere.

Al 1° gennaio 2011, secondo l'Istat, sono più di 872.000 i cittadini toscani che hanno superato i 65 anni di età e sono stimati in 80.000, fonte l'Agenzia regionale Sanità (Ars), quelli che hanno bisogno di particolari attenzioni, cure e assistenza, di cui 40.000 gravi. Nel 2010 il contributo per l'assistente familiare è stato erogato a 5.146 famiglie toscane di cui alla legge regionale 66/2008 "Fondo regionale per la non autosufficienza".

Il progetto, di durata biennale, è sostenuto da risorse nazionali e regionali pari a 7,4 milioni di euro per avvalorare la costruzione di un "sistema regionale unico", finalizzato all'emersione, regolarizzazione e gestione di un mercato del lavoro degli assistenti familiari attraverso la creazione di una banca dati unitaria regionale. Il sistema integrato di servizi propone inoltre misure finalizzate al concorso delle spese sostenute dalle famiglie nei casi di sostituzione dell'assistente familiare per assenze temporanee previste dal contratto collettivo nazionale di lavoro con un investimento di 3 milioni di euro destinati alle Società della salute e Zone distretto. Tra gli interventi previsti un ruolo centrale è svolto dalla formazio-



La formazione è cruciale: investiti 1,4 milioni di euro

La formazione è uno strumento imprescindibile per qualificare la figura dell'assistente familiare. La Regione Toscana ha investito 1,4 milioni di euro per questo tipo di attività affidando alle amministrazioni provinciali/Circondario Empolese Valdelsa il compito di organizzare corsi di formazione per gli assistenti familiari, secondo modalità unitarie su tutto il territorio toscano, di cui al decreto 6219/2006 «Formazione obbligatoria per operare nell'ambito dell'assistenza familiare».

L'attività formativa avrà una durata di 220 ore complessive, di cui 80 di stage che, se accertate e documentate, verranno riconosciute come credito di ingresso. Il percorso di formazione fornisce specifica preparazione per svolgere attività di sostegno e assistenza nella vita quotidiana ad anziani e disabili presso il loro domicilio. I corsi saranno attivati entro dicembre 2012. Gli interventi formativi sono destinati a donne e uomini inoccupati/disoccupati e a occupati che lavorano nell'ambito dell'assistenza privata a domicilio. I destinatari della formazione possono essere italiani o stranieri

che risiedono o sono domiciliati in Toscana.

A oggi tutte le Province toscane e il Circondario Empolese Valdelsa si sono attivati per l'individuazione dei soggetti autorizzati alla formazione. Una parte delle risorse del progetto nazionale è invece destinata all'attività informativa/formativa, su base provinciale, rivolta agli operatori impegnati sui servizi alla persona, tra cui i Centri per l'impiego, gli operatori dei soggetti terzi, degli sportelli ReSISTo e dei Punti Insieme per le attività d'informazione alle famiglie e agli assistenti familiari. Gli operatori dei Centri per l'impiego verranno informati/formati per svolgere attività di verifica delle competenze, conoscenze ed esperienze necessarie per l'inserimento nella banca dati unitaria regionale dei soggetti operanti nell'ambito dell'assistenza familiare. Gli operatori degli sportelli ReSISTo dei Comuni verranno informati/formati per avviare le operazioni di accreditamento, mentre gli operatori dei Punti Insieme avranno il compito di informare le famiglie e gli assistenti familiari sulle attività promosse dal progetto regionale.

ne orientata a qualificare il lavoro delle assistenti familiari attraverso lo sviluppo di corsi formativi.

Parallelamente le attività del progetto regionale sono state integrate con quelle di un progetto nazionale, di cui alla Dgr 1155/2010, che ha approvato

un accordo con il ministero del Lavoro finalizzato alla qualificazione dei servizi di cura alla persona con particolare riferimento alla collaborazione con soggetti terzi. Tale attività dovrà essere orientata a rafforzare la rete territoriale di tutti i soggetti operanti nel mercato

del lavoro. L'accordo si pone inoltre l'obiettivo di migliorare l'efficacia dei servizi già esistenti nel territorio e di promuovere la crescita di un mercato del lavoro regolare e di qualità.

Per la famiglia risulta così possibile aderire a un percorso unitario attraverso

so il quale richiedere un sostegno economico e individuare un assistente familiare adeguatamente formato e regolarmente iscritto alla banca dati regionale gestita dalla Provincia e implementata dal Comune per le attività di accreditamento previste dalla legge regionale 82/2009. Per gli assistenti familiari, che dal momento in cui si rivolgono al Centro per l'impiego debbono poter entrare in un percorso che li conduca a certificare le loro esperienze di lavoro pregresse, significa partecipare a corsi di formazione per ottenere il riconoscimento di operatore che lavora nell'ambito dell'assistenza familiare, a entrare in contatto con le opportunità di lavoro che saranno rese disponibili dalle famiglie.

All'interno del sistema integrato di servizi per le famiglie, le Province/Circondario Empolese Valdelsa svolgono un ruolo di coordinamento tra le iniziative regionali e quelle territoriali, sviluppando una rete di raccordo tra pubblico-privato che coinvolge le Società della salute (Punti insieme/Pua), i Comuni, le associazioni di categoria, le organizzazioni sindacali, di volontariato, il terzo settore e tutti i soggetti interessati.

La Regione Toscana attiverà un coordinamento istituzionale, con finalità di programmazione e monitoraggio del progetto che coinvolga gli assessorati regionali al Welfare e politiche per la casa e Attività produttive, lavoro e formazione, Upi, Anci, Unceim e Italia Lavoro. Il coordinamento avrà il compito di definire regole comuni per la costruzione dei servizi, il monitoraggio del progetto e la verifica dell'attuazione delle politiche. La Regione Toscana costituirà inoltre un gruppo tecnico composto dai rappresentanti delle Province/Circondario per la definizione dei piani di lavoro e delle linee operative finalizzate all'implementazione del sistema integrato di servizi. Un ruolo importante sarà svolto dal numero verde regionale, con risposta canalizzata per Provincia, che oltre a fornire informazioni sui servizi attivi avrà anche il compito di inoltrare la richiesta di assistenza della famiglia ai soggetti che operano sul territorio.

a cura di
Paola Morelli
Settore Politiche per il contrasto
al disagio sociale
Regione Toscana

TUTTI I NODI DELLA RETE

Centri per l'impiego in prima linea

L'adozione di un sistema unitario regionale di gestione dei servizi per le famiglie e gli assistenti familiari prevede un percorso che promuove linee di intervento strettamente correlate tra loro. Il sistema sarà gestito a livello provinciale attraverso i Centri per l'impiego e sarà reso disponibile ai Comuni per le attività di accreditamento attraverso la rete di sportelli informativi per stranieri in Toscana del progetto ReSISTo. La delibera 166/2012 ha approvato un accordo di collaborazione tra la Regione Toscana e Anci Toscana per l'avvio di azioni di supporto in favore dei Comuni toscani nei percorsi di accreditamento, per gli operatori individuali che prestano assistenza domiciliare. L'accordo prevede inoltre la costituzione e gestione di un call center, da parte di Anci Toscana, a disposizione degli assistenti familiari e delle famiglie, finalizzato a informare, sup-

portare e orientare nelle procedure di accreditamento e nell'incontro domanda/offerta di lavoro. Anci Toscana predisporrà inoltre una mappatura di tutti i Comuni aderenti al progetto che offrono servizi nell'ambito dell'assistenza familiare. L'estensione del sistema d'incontro domanda e offerta di lavoro permette di disporre di una banca dati unitaria regionale finalizzata a raccogliere tutte le informazioni relative al percorso formativo, al curriculum e all'accreditamento. La banca dati sarà fruita dalle famiglie, anche attraverso i soggetti pubblici e privati che operano nel mercato del lavoro toscano. Il sistema integrato regionale dei servizi (si veda figura in alto) prevede percorsi di accesso finalizzati a facilitare il matching domanda/offerta di

lavoro con il sostegno della rete territoriale costituita da tutti i soggetti che operano nell'ambito dell'assistenza familiare. Da un lato la famiglia nel momento in cui entra in contatto con il sistema integrato, attraverso i PuntiInsieme, sarà inserita in un percorso d'informazione e assistenza per la ricerca di un assistente familiare e/o la regolarizzazione del rapporto di lavoro in essere, con il coinvolgimento dei Centri per l'impiego e della rete territoriale dei servizi per il lavoro.

Il PuntoInsieme è un servizio rivolto alle persone anziane non autosufficienti e ai loro familiari, e costituisce la porta d'ingresso ai servizi e alle prestazioni in favore delle persone che non sono più in grado di provvedere autonomamente alle necessi-

tà di tutti i giorni. Sono circa 300 gli sportelli diffusi su tutto il territorio regionale, una rete capillare alla quale rivolgersi per segnalare il bisogno di assistenza. La presa in carico del cittadino avviene mediante il Punto unico di accesso (Pua), presente in ogni Zona distretto, che ha il compito di gestire e coordinare la rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza. Dall'altro i soggetti che intendono svolgere l'attività di assistenza familiare, al momento dell'iscrizione ai Centri per l'impiego, oltre a essere coinvolti in percorsi di orientamento, formazione e inserimento lavorativo, saranno inseriti all'interno della banca dati unitaria regionale. Sia le famiglie che gli assistenti familiari hanno la possibilità di rivolgersi per informazioni e orientamento alla rete territoriale dei soggetti che operano nel sistema toscano dei servizi.

PISTOIA Il bilancio delle attività della Asl 3 per contrastare i danni da alcol e gioco

Stop alle baby-dipendenze



Percorso differenziato dagli adulti - Incontri formativi nelle scuole

Nella provincia pistoiese crescono le dipendenze da alcol e gioco e sarà maggiore l'importanza dei Sert dopo le nuove misure del Governo, che introduce misure più restrittive sul consumo di tabacco, alcol e sul gioco d'azzardo patologico.

Per quanto riguarda il consumo di alcol lo scorso anno gli utenti presi in carico dai Sert della Asl 3 di Pistoia sono stati in totale 392 (205 a Pistoia e 187 in Valdinievole), nel 2010 erano stati 347; rispetto all'anno precedente ci sono stati

172 nuovi utenti (62 a Pistoia e 110 in Valdinievole).

«Un numero crescente di giovani consumatori, anche minorenni o loro familiari, ha contattato i nostri servizi per ricevere counseling, orientamento e diagnosi, seguiti da eventuali trattamenti farmacologici o psicologici o di assistenza sociale specialistica», spiegano Cinzia Gropi, responsabile del Sert di Pistoia, e Fabrizio Fagni, responsabile del Sert della Valdinievole. «Per i minorenni - aggiungono - è stato approntato un percorso differenziato da quello degli adulti, operando così una presa in carico più precoce e più specifica per minorenni e adolescenti».

Presso i due Sert si tengono i Gea (gruppi di educazione alcolologica) rivolti alla popolazione generale, ai nuovi utenti del Centro Alcolologico e ai soggetti inviati dalla Commissione medica locale patenti di Pistoia.

Per quanto riguarda invece il tabagismo, nel 2011 sono stati 166 gli utenti che si sono rivolti alle strutture dell'azienda sanitaria per seguire un percorso per

la cessazione dell'abitudine al fumo. Le prese in carico sono rimaste invariate rispetto all'anno precedente. «La lotta al fumo in Toscana è stata una priorità per la prevenzione del tumore al polmone e delle varie altre malattie fumo-correlate», spiegano Gropi e Fagni. «Dal 2005 il numero dei fumatori si è ridotto con l'attivazione dei centri antifumo in ogni Asl, con accesso diretto e gratuito, e con la promozione e il finanziamento di progetti di sensibilizzazione, incontri, convegni, iniziative nelle scuole legate a que-

sto tema che si sono svolte con continuità anche nella Provincia di Pistoia».

Nel campo della prevenzione i Sert effettuano da anni incontri formativi nelle scuole che ne fanno richiesta, rivolti a studenti, insegnanti o genitori. È inoltre fondamentale la collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per l'invio dei pazienti e per l'adesione ai programmi terapeutici.

Daniela Ponticelli
Ufficio Stampa Asl 3 Pistoia

LIVORNO

Tutor minorenni al campo scuola dedicato ai piccoli malati di diabete

Il 17 settembre ha preso il via il Campo scuola regionale «Star bene con il diabete» che ha visto la partecipazione di 20 bambini di età compresa dai 5 ai 13 anni.

«Si tratta di un esperimento unico nel suo genere a livello nazionale - spiega Sonia Lucchesi, responsabile del team diabetologico pediatrico dell'Azienda Asl 6 di Livorno - perché per la prima volta propone l'introduzione di sei tutor minorenni, dai

14 ai 17 anni, che si assumono direttamente il compito di fare educazione sanitaria ai bambini più piccoli con i quali condividono il problema del diabete. È una modalità assolutamente innovativa e anche se il tutto avverrà sotto la supervisione degli operatori sanitari ha visto alcuni ragazzi diabetici protagonisti nell'insegnare ad altri bambini con la stessa patologia».

«Siamo convinti che la ridotta differenza di età possa davvero essere un valore aggiunto e far arrivare prima e meglio alcuni messaggi - prosegue la Lucchesi - E il fatto che gli stessi tutor abbiano da poco tempo affrontato gli stessi problemi permette un rapporto più

diretto ed efficace. I sei tutor, a ogni modo, arrivano all'appuntamento dopo una lunga preparazione durata tutto l'anno grazie al supporto del team diabetologico pediatrico con il quale hanno condiviso scopi e mezzi del loro intervento».

Il campo scuola - svoltosi al camping «Baia del marinaio» di Vada e conclusosi il 10 settembre - oltre a essere stato un momento di svago e divertimento è stato anche un momento importante di educazione.

«Molti dei partecipanti - dice ancora la Lucchesi - hanno da poco scoperto il diabete e questo campeggio permette loro di sperimentare direttamente alla presenza del team diabetologico la convivenza con il diabete e soprattutto a correlare la terapia da assumere con l'alimentazione e l'attività svolta. Il bambino può così assimilare corretti stili di vita e diventare un portatore di giuste nozioni valide anche per i bambini non diabetici». Al campo sono stati presenti in modo costante un medico, quattro infermieri e una dietista della Asl 6.

Pierpaolo Poggianti,
Ufficio stampa Asl 6 di Livorno

Adolescenti formati per un anno dagli specialisti

AREZZO

Unità di Oncologia all'avanguardia con 25 sperimentazioni in corso

La creazione, o il potenziamento, di gruppi multidisciplinari (Gom) per affrontare le diverse tematiche con percorsi specifici, e la Ricerca clinica con l'utilizzo di nuovi farmaci (sono 25 i protocolli sperimentali attualmente in corso, con oltre cento pazienti che vi si sottopongono).

Gioca su questi due elementi la strategia messa in pista dalla Asl aretina nella guerra contro il cancro, grazie all'Unità operativa di Oncologia diretta da Sergio Bracarda, costituita da 5 medici a tempo pieno, un medico convenzionato e una borsista, oltre a 15 infermieri e una data manager.

La sperimentazione di nuovi farmaci è vincolata a particolari autorizzazioni e non viene concessa con grande facilità: averne 25 in atto, è il riconoscimento del valore del lavoro svolto. Arezzo è tra i centri italiani più qualificati nella sperimentazione di farmaci innovativi, in particolare nell'ambito dei tumori dell'apparato genito-urinario, ed è nella cabina di regia dell'Istituto Toscano Tumori.

«Tra tutte - spiega Bracarda - voglio segnalare l'avvio di una sperimentazione con un farmaco estremamente innovativo che secondo le evidenze scientifiche di cui disponiamo, potrebbe rivoluzionare la cura di una vasta gamma di tumori del sistema uro-genitale».

In day hospital oltre 7mila visite ambulatoriali

Oltre a essere il ponte di comando della battaglia contro i tumori, con il coinvolgimento di tutta l'Azienda, l'unità operativa di oncologia, che comprende anche l'attività

dei Nuclei oncologici degli Ospedali del Casentino, Valdichiana e Valtiberina, porta avanti anche una attività propria, con numeri di assoluto rilievo: nel 2011 i pazienti seguiti in regime di day hospital dalla Uoc sono stati 720, oltre 21mila le visite ambulatoriali. Nei primi mesi di quest'anno, il numero di pazienti seguiti in Dh ha già raggiunto quota 425, con oltre 7mila accessi ambulatoriali.

Pier Luigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

SIENA

Chirurgia dell'orecchio, Trabalzini alla guida dell'Accademia europea

L'Europa premia Siena nel campo della chirurgia otologica. Franco Trabalzini, direttore della Chirurgia otologica e della base cranica del policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, è il primo italiano a essere nominato Presidente dell'Eaono, la European Academy of Otolology and Neurotology, che è l'Accademia che coordina in Europa tutte le attività scientifiche e cliniche che riguardano la cura medica

e chirurgica della sordità e degli altri disturbi correlati all'apparato uditivo e alle strutture nervose adiacenti: vertigine, paresi della faccia, nevralgie trigeminali, tumori.

Si tratta di un riconoscimento molto importante e significativo sia per l'ospedale che per tutta la città anche perché, proprio in virtù di questa nomina, si terrà a Siena il prossimo congresso europeo a cui parteciperanno oltre 600 massimi esperti internazionali nel campo dell'otorinolaringoiatria e della chirurgia otologica. «Ho accettato l'incarico con grande entusiasmo - afferma Trabalzini - e dedico questo riconoscimento a tutti quelli che credono nel nostro ospedale, dove è stato

attivato, da poco più di due anni, l'unico reparto italiano dedicato a questa specialità».

«Siena avrà un ruolo scientifico sempre più forte e infatti, a fine mese, coordineremo la Commissione Europea per la realizzazione delle nuove linee guida in otologia - continua il direttore della Chirurgia otologica e della base cranica del policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena - Un risultato importante per il nostro ospedale perché da

Siena partiranno le nuove direttive per migliorare le cure ai pazienti, ottenere metodologie condivise, ridurre la discrezionalità di giudizio in sede medico-legale e anche i costi della medicina difensiva».

Novità importanti anche per i giovani medici in formazione. «La presidenza Europea - conclude Trabalzini - permetterà di far convergere su Siena le migliori professionalità e consentirà ai nostri giovani medici di essere competitivi con l'Europa, e di far parte di percorsi formativi con prestigiose università straniere».

Ines Ricciato
Ufficio stampa Aou di Siena

Le Scotte al lavoro sulle linee guida in campo otologico

IN BREVE

SIENA
Un gruppo di Medici senza frontiere è stato ospite dell'Aou di Siena da lunedì 3 a venerdì 7 e poi da lunedì 10 a venerdì 14 settembre. I medici - selezionati dalla sezione italiana dell'associazione - hanno frequentato un corso teorico e pratico di traumatologia nella clinica ortopedica e nel Dipartimento di emergenza e accettazione. La contemporanea presenza della traumatologia e del centro ustioni ha convinto Msf a organizzare il corso a Pisa. Medici senza frontiere è la più grande organizzazione medico-umanitaria indipendente al mondo ed è stata fondata in Francia nel 1971 da medici e giornalisti. L'associazione ha 19 sedi in tutto il mondo e fornisce soccorso umanitario in più di 60 Paesi a popolazioni.

LIVORNO
La Sanità livornese sbarca in Senegal e nella Repubblica democratica del Congo. Due importanti progetti di cooperazione che vedono l'Asl 6 tra i promotori, sono stati approvati dalla Regione. «Le due iniziative - spiega Andrea Grillo, referente per la Cooperazione sanitaria internazionale dell'Asl 6 di Livorno e coordinatore dell'attività per l'Area vasta Nord-Ovest - nascono da relazioni promosse da associazioni livornesi e dalle comunità straniere e avranno un grosso impatto sulle zone destinate». I progetti riguardano la riduzione della mortalità materno-infantile in Senegal e il sostegno ai servizi sanitari nella Regione del Sankuru (Rdc), tramite il quale verrà assicurata l'elettricità a un ospedale con impianti fotovoltaici.

AREZZO
Sono 135 le vittime di violenze registrate nei primi sei mesi di attività nei pronto soccorso di Arezzo che hanno visto il percorso del codice rosa. In prevalenza maltrattamenti (110 quelli nei confronti di adulti e 12 nei minori). Le vittime sono per lo più donne (104) ma ci sono anche maschi (6) e minori (maschi 6, femmine 6). Nove i casi di sospetto abuso, 5 su donne adulte, e 4 su minori, di cui 2 donne e 2 maschi; 4 i casi di stalking (adulti, 4 femmine). Per ogni caso le cure vengono prestate direttamente nell'ambulatorio del codice rosa, nella massima riservatezza. Dal 1° maggio il codice rosa è stato attivato in tutti i Ps della provincia e da quella data è possibile analizzare la casistica anche in base alla provenienza.

CALENDARIO

19
SETT.
2012

FIRENZE
L'Istituto per lo Studio e la prevenzione oncologica (Ispo) organizza il seminario «Melanoma cutaneo: quando la prevenzione è davvero primaria». Obiettivo, l'aggiornamento del personale medico addetto alla prevenzione, in particolare dermatologi, medici di medicina generale e pediatri. Per info: www.ispo.toscana.it

20
SETT.
2012

FIRENZE/2
«Vasculopatie cerebrali nel 2012» è il titolo del convegno organizzato dall'Aou di Careggi per fornire conoscenze sull'approccio al paziente con malattie cerebrovascolari e le più moderne linee guida diagnostiche e terapeutiche e sugli aspetti epidemiologici, clinici, diagnostici e terapeutici. Per info: 0557947445_gambogim@aou-careggi.toscana.it

21
SETT.
2012

FIRENZE/3
Per la XIX Giornata mondiale Alzheimer l'Aima (Associazione malattia di Alzheimer) organizza con il patrocinio della Regione presso l'Auditorium Banca Monte dei Paschi di Siena a Firenze un convegno rivolto a generalisti, chirurghi, geriatri, internisti, neurologi, psichiatri, psicologi, fisioterapisti, infermieri. Per info: 055-4630555_congressi@wves.it

CHI DONA SANGUE HA CUORE.

www.comuni.it/tema/009

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



NUMERO VERDE
800 556060

www.regione.toscana.it/donareilsangue



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana



AVIS



FRATRES
DONATORI DI SANGUE