

# 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. 23  
anno XVI del 18-24 giugno 2013  
per la pubblicazione sul sito  
della Regione Toscana  
www.regione.Toscana.it

**L'urgenza di amalgamare le diversità**

di Maria José Caldes \*

**S**alute globale, cooperazione internazionale, multiculturalità: in un mondo in cui sempre più si amalgamano le diversità, anche il diritto alla Salute e il modo in cui i sistemi sanitari cercano di garantirlo non possono non tenere il passo. La Regione europea dell'Organizzazione mondiale della Sanità sta vivendo un momento di transizione, con rilevanti cambiamenti demografici ed epidemiologici, nel contesto di una profonda crisi economico-finanziaria. Le esigenze di promozione della salute, prevenzione e cura si stanno modificando rapidamente, stimolando un adattamento della tipologia e della modalità di offerta dei servizi sanitari all'interno dei Paesi, al fine di migliorare lo stato della salute delle popolazioni e ridurre le iniquità di salute tra i vari strati sociali, attraverso il focus sui determinanti sociali della salute. Poiché questo processo si sta verificando con velocità e intensità diverse, si osservano disuguaglianze e disparità di salute tra un Paese e l'altro e, all'interno dello stesso Paese, tra diversi gruppi di popolazione.

In questo contesto in rapida evoluzione, le Regioni europee - facilitando, catalizzando e sostenendo il diritto di ogni cittadino di poter sviluppare appieno le proprie potenzialità di salute - si trovano in prima linea nello sforzo di creare e

CONTINUA A PAG. 2

**COOPERAZIONE** La struttura nasce dalla partnership tra Regione, Asl e Università

## Un centro per la salute globale

Tra i focus: attività internazionali, malattie tropicali neglette e migranti

**S**i è costituito in Toscana il Centro regionale di salute globale, frutto di un'alleanza innovativa tra Aziende sanitarie, Governo regionale e Università al fine di intraprendere iniziative di informazione, formazione, "advocacy", ricerca e assistenza tecnica. Lo scorso 7 giugno a Firenze, nel corso di un convegno molto partecipato, sono stati presentati i programmi e la struttura organizzativa del neonato Centro, che si articola in quattro seguenti differenti aree tematiche: Cooperazione sanitaria internazionale; Malattie tropicali neglette; Politiche sanitarie; Salute dei migranti.

Per quel che riguarda il primo aspetto, il Centro regionale di salute globale che ha la sua sede di riferimento all'ospedale pediatrico Meyer di Firenze avrà il compito di coordinare i soggetti della rete Cooperazione sanitaria internazionale (Csi) della Regione Toscana e la promozione di tutte le attività internazionali in ambito sanitario, ivi compresi i ricoveri a carattere umanitario di pazienti, prevalentemente bambini, affetti da patologie non trattabili nei Paesi d'origine. Per quel che riguarda le malattie tropicali neglette, questa area tematica - nello sviluppo di attività di formazione e ricerca - si avvale del Centro per lo studio e la cura delle malattie tropicali dell'Università degli Studi di Firenze che fornisce un servizio a coloro che viaggiando all'estero rientrano con sospetta patologia d'importazione e a migranti che presentano patologie la cui diagnosi e terapia richiedono mezzi e competenze mirate. Per l'area tematica delle politiche sanitarie si occuperà in particolare di disuguaglianze nella salute, tra Nazioni e anche all'interno delle Nazioni; di analisi comparata dei sistemi sanitari internazionali; di studio e analisi delle politiche delle organizzazioni internazionali che si occupano di salute (Who, Wb, Undp, Unicef ecc.). Attenzione anche alla salute dei migranti, con il Centro regionale di salute globale che avrà il compito di coordinare e indirizzare i soggetti toscani operanti in questo ambito tematico al fine di intervenire in modo organico, collegando le azioni di



### MODELLI ORGANIZZATIVI

#### Arriva il Comitato etico regionale

Previste quattro sezioni distinte sulla base degli ambiti territoriali

**U**n nuovo modello organizzativo nei Comitati etici toscani per la sperimentazione clinica dei medicinali. Lo ha stabilito la Giunta regionale, anche per attuare le nuove normative nazionali che rendevano superata la precedente organizzazione basata, in Toscana, su 13 Comitati. Il nuovo modello partirà dal 30 giugno: un unico Comitato etico regionale articolato in quattro sezioni a loro volta definite in base ad ambiti territoriali.

Le sezioni sono indicate come "Area vasta Centro" (Aou Careggi, Usl 10 di Firenze, Usl Pistoia, Usl Prato, Usl Empoli, Ispo); "Area vasta Nord-Ovest" (Aou Pisana, Usl Massa e Carrara, Usl Lucca, Usl Pisa, Usl Livorno, Usl Versilia); "Area vasta Sud-Est" (Aou Senese, Usl Siena, Usl Arezzo, Usl Grosseto); "Comitato etico pediatrico" (Aou Meyer, Irccs Stella Maris, Fondazione Monasterio e tutte le Aziende sanitarie toscane per le sperimentazioni in ambito pediatrico).

Il Comitato etico è organismo indipendente per garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone inserite nei programmi di sperimentazione: oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ha competenza su ogni altra questione riguardante l'uso dei medicinali e dei dispositivi medici. I componenti saranno designati dal competente Comitato di Area vasta.

tali soggetti, tenendo conto delle peculiarità di ogni zona e comunità migrante.

Il termine "Salute globale" è sempre più diffuso, è oggetto di studi, ricerche, pubblicazioni, attività didattiche di vario tipo, da corsi accademici ad attività formative sul campo. I contenuti concettuali di Salute globale (Global health) attingono a due differenti, ma complementari, discipline: Public health e International health. La prima nasce nel 19° secolo sotto la spinta di figure straordinarie come Farr, Chadwick, Virchow, Koch e Pasteur che fondarono la nuova disciplina sulla base di quattro fattori: la scelta delle decisioni basata sui dati e sulle prove (statistiche vitali, sorveglianza delle epidemie, uso del laboratorio); l'attenzione concentrata sulle popolazioni piuttosto che sugli individui; l'obiettivo della giustizia sociale e dell'equità; l'enfasi sulla prevenzione piuttosto che sulla cura. La Sanità internazionale invece si è sviluppata, più di recente, su due diverse direttrici: l'attenzione ai problemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, vedi malattie infettive e tropicali, tutela materno-infantile, nutrizione, approvvigionamento idrico. Analisi comparata dei sistemi sanitari internazionali, delle loro organizzazioni, dei costi, dei risultati di salute.

La Salute globale è in qualche modo la fusione di queste due discipline che Lancet così definisce: "Global health is an area for study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population-based prevention with individual-level clinical care". Ed è sulla base di questi concetti che in Toscana è stato costituito il Centro regionale di Salute globale.

**Gavino Maciocco**  
Responsabile dell'area  
delle politiche sanitarie  
del Centro regionale di salute globale

### CONTROCANTO

#### Se la solidarietà fa i conti con i tagli

di Antonio Panti \*

**I** medici, gli infermieri e tutto il personale sanitario hanno sempre dato un grande contributo al miglioramento delle condizioni di salute in ogni parte della terra. Fin dai tempi di Ippocrate l'imperativo morale più elevato per i medici è di portare assistenza laddove è necessario, senza distinzioni di etnia o di religione, in tempo

di pace e in tempo di guerra. Generalmente tali aiuti sono offerti in forma individuale ma più spesso mediante organizzazioni non governative, non a fine di lucro, le cosiddette onlus. Da qualche decennio anche i governi si sono impegnati nella cooperazione internazionale, pur con risorse

CONTINUA A PAG. 2

### LEGGI&DELIBERE

#### Viabilità, fondi all'ospedale di Prato

La giunta regionale ha deciso di assegnare la somma di euro 2,5 milioni alla Azienda Usl 4 di Prato che provvederà a trasferirla al Comune di Prato, quale contributo finanziario della Regione Toscana per l'anno 2013 finalizzato al completamento della viabilità connessa al Nuovo presidio ospedaliero di Prato in fase di avanzata realizzazione. L'assegnazione del finanziamento regionale prende in considerazione le opere infrastrutturali propedeutiche e indispensabili per la attivazione del nuovo presidio ospedaliero e a esso strettamente collegate. (Delibera n. 285 del 22/04/2013)

#### Il brevetto passa all'Aou Careggi

La giunta ha deciso di cedere la quota parte di titolarità del brevetto dal titolo "Matrice extracellulare comprendente fattori piastrinici" in favore di Aou di Careggi (Firenze) a fronte di un corrispettivo del 10% sulle royalties. Questa operazione permette di procedere in maniera più snella alla definizione degli accordi con la ditta interessata e quindi allo sfruttamento economico del brevetto. La trattativa con il soggetto interessato all'acquisto prevede la realizzazione di un'officina di produzione centralizzata per la produzione di un kit costituito da una matrice arricchita con fattori piastrinici. (Delibera n.295 del 22/04/2013)

### ALL'INTERNO

#### Bici più sicura con il casco

A PAG. 2

#### Clima di lavoro positivo in Rsa

A PAG. 3

#### Arezzo al test liste d'attesa

A PAG. 7

PREVENZIONE **Concluso il progetto regionale sulla tutela della salute degli adolescenti**

# Bicicletta sicura con il casco

## Consegnata una protezione a ogni bambino - In campo la «peer education»

Si è concluso con la consegna di un casco per la bici a ogni bambino, il progetto "I tutor della salute per la sicurezza dei bambini in bicicletta e in auto" che, condotto da Regione Toscana, ha visto capofila l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer insieme all'azienda sanitaria di Firenze, ma anche la partecipazione di tutte le aziende sanitarie e la Fondazione Meyer.

### Spunto per l'evento i mondiali di ciclismo 2013

Il progetto, che rientra nel programma regionale di accompagnamento dell'evento sportivo mondiale messo a punto da un apposito comitato istituzionale e denominato «Aspettando i mondiali di ciclismo 2013», nell'anno scolastico 2012-2013 ha coinvolto 9.238 bambini di 63 scuole primarie di tutta la Toscana

e 400 ragazzi delle scuole secondarie che, opportunamente formati, hanno svolto il ruolo di tutor, trasferendo ai bambini le competenze acquisite.

I mondiali di ciclismo, dunque, come occasione per promuovere tra i ragazzi un uso più sicuro della bicicletta, con l'utilizzo del casco. E magari anche il corretto uso dei sistemi di sicurezza in auto: seggiolino/rialzo/cintura.

L'obiettivo del progetto regionale è quello di aumentare dell'80 per cento l'utilizzo tra i bambini del casco in bici e della cintura di sicurezza in auto, e di ridurre in maniera consistente i casi di trauma pediatrico sul territorio regionale. Il progetto è basato sulla "peer education", l'educazione tra pari, che

in più occasioni si è rivelata la più efficace a stimolare nei ragazzi comportamenti e stili di vita sani e corretti. Nel corso dell'anno scolastico, i 400 ragazzi del terzo anno delle scuole superiori, opportunamente formati da personale sanitario del Trauma center del Meyer e delle aziende sanitarie locali, con l'aiuto di computer, videoproiettori e materiale per le simulazioni (due modelli di piccole macchine con pupazzetti), hanno sensibilizzato i bambini dell'ultimo anno della scuola materna e delle elementari, coinvolgendo anche insegnanti e genitori. Nello stesso tempo, anche gli studenti, proprio grazie al loro ruolo di "tutor" svolto con i bambini, hanno acquisito maggiore responsabilità nella gestione della propria sicurezza in auto, in bici e in motorino, oltre ad apprendere contenuti e modalità comunicative da utilizzare con i bambini e il

riconoscimento di un credito scolastico per l'attività svolta. Le consegne dei caschi ai bambini e l'opuscolo informativo rivolto ai genitori sono avvenuti prevalentemente all'interno degli istituti scolastici che hanno aderito al progetto, oppure in luoghi come il ciclodromo di Cavriglia, all'interno del parco, durante il mese di maggio.

Il Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute dell'Istituto superiore di Sanità sottolinea la necessità di promuovere azioni sulla sicurezza in bicicletta e norme che prevedano l'obbligo del casco a tutte le età.

L'European child safety alliance, attraverso una collaborazione tra Organizzazione mondiale della sanità, ministero della Salute, Commissione europea e Unicef, ha pubblicato il Child safety report card 2009: summary for 24

countries, in cui l'Italia risulta non aver raggiunto ancora ottimi risultati nell'ambito della sicurezza ciclistica o in auto. Il report segnala l'opportunità di prevedere l'obbligo del casco in bicicletta e la promozione di una campagna nazionale almeno una volta ogni 5 anni sulla sicurezza dell'uso della bicicletta tra i bambini.

Il progetto è stato valutato con la somministrazione ai tutor di test pre e post intervento formativo (della durata di 9 ore complessive) e con la compilazione di questionari di gradimento rivolti agli insegnanti delle classi primarie coinvolte. Sono emersi unanimi il giudizio di efficacia della metodologia utilizzata, il coinvolgimento dei tutor per trasferire messaggi sul-

la sicurezza produce sensibilizzazione, etica della responsabilità, protagonismo, crescita e arricchimento delle conoscenze attraverso una modalità esperienziale. Il 40% degli insegnanti nel complesso ha giudicato l'intero programma buono e ottimo l'altro 60%, con alcuni aspetti sicuramente da migliorare tra cui prevedere per le prossime edizioni del materiale supplementare per loro che può dare continuità al lavoro fatto dai tutor con i bambini.

### Test di valutazione somministrato ai tutor dei ragazzi

**Serena Consigli**  
P.o. Promozione alla salute nel settore ricerca, Innovazione e Risorse umane della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale Regione Toscana

## INAIL

ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO DIREZIONE REGIONALE PER LA TOSCANA

### INFORTUNI SUL LAVORO: CROLLANO LE DENUNCE

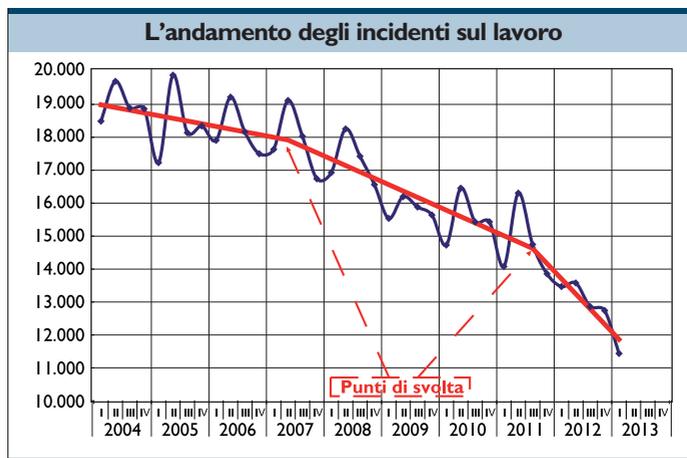
■ Crollano infortuni sul lavoro e relative denunce. Nella figura viene mostrato l'andamento temporale (linea blu) degli infortuni denunciati all'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail) dal primo trimestre del 2004 al primo trimestre del 2013. È bene sottolineare che i dati dell'ultimo anno sono ancora provvisori e che il numero degli infortuni denunciati risulta in costante diminuzione. Oltre alla "decapitazione" del piccolo periodo verificatasi tra il secondo e terzo trimestre del 2009, primo periodo di crisi produttiva nell'industria manifatturiera, è evidente l'ulteriore "picchiata" delle denunce d'infortunio sul lavoro, osservabile a partire dal quarto trimestre 2011.

Per identificare le diverse fasi del fenomeno infortunistico è stata eseguita un'analisi dei punti di svolta delle linee di tendenza (linea rossa). Tale analisi ha identificato due punti di svolta: il secondo trimestre 2007 e il terzo trimestre del 2011, quando la ridu-

zione degli infortuni arriva a 460 denunce al trimestre. Dati elaborati che dovrebbero essere confrontati con gli andamenti degli indici di produzione industriale. Complessivamente nelle tre gestioni in cui sono distribuiti gli infortuni da parte dell'Istituto na-

zionale (Agricoltura, Industria & Servizi, Per conto Stato) si passa dai 18.487 casi del primo trimestre 2004 agli 11.438 del primo trimestre del 2013 con un decremento del 38 per cento. Guardando il tutto in un quadro complessivo, il fenomeno degli infortuni sul lavoro in Toscana continua a ridimensionarsi, senza che possa essere determinata con certezza l'incidenza dell'efficacia dei controlli, della formazione e consapevolezza dei lavoratori e dei comportamenti più virtuosi dei datori lavoro, rispetto alla drastica riduzione del numero di ore lavorate determinata dalla sempre più stringente crisi economica e produttiva, causa questa che pare essere preponderante nell'ultimo quadriennio.

**Alberto Baldasseroni**  
Regione Toscana/Cerimp  
**David Maccioni**  
Inail Toscana



### CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

se minime, in particolare in Italia, dove questa rappresenta l'ultima voce del bilancio statale. La Regione Toscana ha una lunga tradizione di intervento nella cooperazione internazionale, anzi vi era un apposito assessorato nella precedente legislatura. Anche ora, nonostante la diminuzione drammatica dei finanziamenti, si cerca di mantenere in vita qualche intervento sia formativo che di concreto aiuto sanitario. I medici e gli infermieri sono coinvolti e rispondono positivamente alle richieste della Regione. La Toscana è l'unica Regione che ha deliberato di retribuire il sostituto ai medici convenzionati che si recano all'estero per cooperazione.

Anche la Federazione nazionale degli ordini dei medici è impe-

gnata su questo versante. Si è costituito un gruppo di lavoro nazionale con il compito di omogeneizzare gli interventi delle diverse realtà regionali e di predisporre iniziative formative su questo tema e sui problemi dell'assistenza a persone di differenti etnie, di diverse culture e abitate ad altre medicine. La Federazione vuol sensibilizzare il ministero della Salute perché il servizio prestato nella cooperazione internazionale sia valutato e non porti danni economici a chi vi si vuol dedicare.

Non bisogna dimenticare che il problema dell'assistenza a popolazioni diverse si pone anche in Italia a causa della recente immigrazione, mentre sacche di povertà sono presenti nel nostro Paese e meritano un particolare impegno

del personale sanitario. La cooperazione internazionale comincia molto vicino, nel nostro sistema. E la crisi economica, cui si reagisce con la diminuzione dei finanziamenti ai servizi sociali e sanitari, quindi facendola ricadere, come sempre, sulla povera gente, non fa altro che proporre anche ai medici che seguitano a esercitare in Italia, senza recarsi in Paesi lontani, gli stessi problemi, non così gravi, ma sempre più presenti. Ci auguriamo che queste iniziative portino qualche effetto sulla salute globale, in un mondo dove tutto è collegato e non possiamo più far finta di essere soli nel nostro guscio.

\* Presidente  
Ordine dei Medici di Firenze

### L'urgenza di amalgamare... (segue dalla prima pagina)

sostenere le condizioni per la salute e lo sviluppo economico, sociale e umano di popolazioni sempre più "globali". Si tratta di una sfida che la Regione Toscana ha accettato innovando la visione monodimensionale della salute e affrontando sia gli aspetti sociali che sanitari relativi alla sua tutela e promozione. Non è un caso, dunque, che l'idea di creare un'alleanza innovativa tra Regione, accademia e aziende sanitarie al fine di affrontare le sfide in materia di salute globale abbia trovato terreno fertile in un tessuto quale quello toscano. Quest'ultimo vede da tempo i suoi attori territoriali coinvolti in attività di cooperazione sanitaria internazionale, ricerca in ambito sanitario o assistenza ai migranti, convintamente impegnati nella tutela della salute nella sua accezione globale.

Il Centro, che afferisce organizzativamente all'Aou Meyer, vuole essere una struttura di riferimento regionale in cui operatori sanitari, professori e ricercatori universitari, dottorandi e studenti di varie discipline, possano occuparsi a vario titolo di salute globale. La sua istituzione rappresenta un significativo corollario dell'innovativo approccio della Regione Toscana rispetto alla tematica della global health mettendo a disposizione degli operatori in Sanità uno strumento di integrazione e rafforzamento del profilo di competenze e nozioni indispensabili al fine di costruire un nuovo approccio verso l'attuale paradigma della salute.

\* Direttore  
del Centro regionale  
di salute globale

**SSR AI RAGGI X** Indagine del Laboratorio Mes della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa

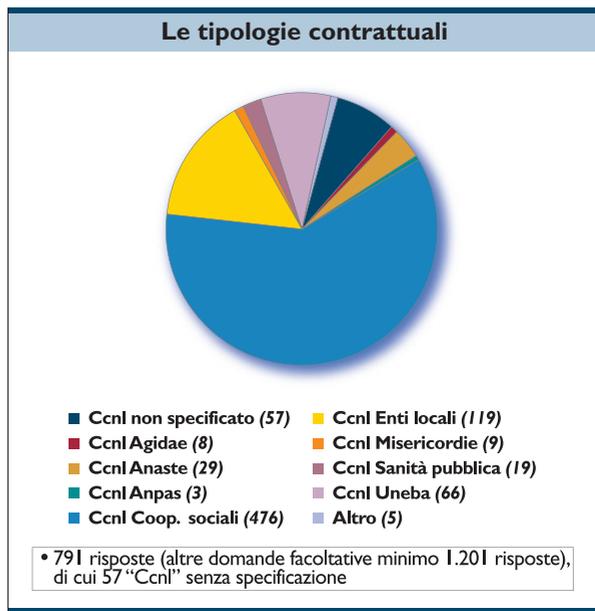
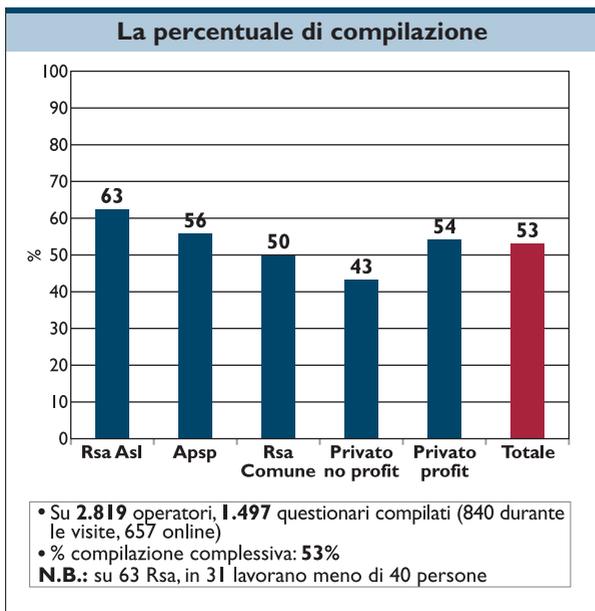
# Rsa, il clima interno è positivo



**Il progetto ha coinvolto 63 residenze: 1.497 operatori hanno detto la loro**

**N**egli ultimi due anni 63 residenze sanitarie assistenziali della Toscana, insieme al Laboratorio management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, hanno collaborato a un progetto finanziato dalla Regione per ideare e implementare un sistema multidimensionale di valutazione delle performance. Questo sistema, in linea con quello implementato per le aziende sanitarie toscane, contempla, tra le sei dimensioni monitorate, anche la dimensione della valutazione interna in cui, oltre ad alcuni indicatori quantitativi relativi al personale (come a esempio la formazione e il turnover), sono presenti anche i risultati dell'indagine di clima interno, ossia il punto di vista degli operatori sul funzionamento dell'organizzazione in cui operano.

Questa indagine è stata condotta nelle 63 residenze sanitarie pilota nell'ultimo trimestre del 2012. Gli operatori e le loro relazioni operatore/persona assistita - operatore/parente - operatore/operatore, infatti, sono fondamentali in un ambito, quale quello delle strutture residenziali, in cui la maggior parte dei servizi offerti si fonda sulle relazioni umane e di aiuto. È ormai universalmente riconosciuto, infatti, che chi si sente bene nel proprio ambiente di lavoro ha un buon rapporto con i colleghi e/o con il proprio responsabile e trova soddisfazione nello svolgere la propria mansione, è più produttivo e attivo e porta beneficio a se stesso, ai colleghi e, nel nostro caso, agli assistiti. Con l'indagine, quindi, sono state individuate le variabili che determinano la soddisfazione e i motivi di insoddisfazione del personale che opera nelle residenze sanitarie assistenziali toscane al fine di individuare i punti di forza e gli aspetti critici sui quali avviare eventuali azioni di miglioramento. Per questi motivi, in concomitanza con le indagini di soddisfazione degli ospiti e dei parenti, si è svolta anche l'indagine di clima interno per verificare lo stato di benessere degli operatori delle residenze sanitarie assistenziali. Indipendentemente dallo specifico settore di appartenenza (sanitario, sociale, amministrativo o dei servizi generali) e dal datore di lavoro, è stato proposto ai lavoratori delle residenze di rispondere a un questionario on line articolato in otto sezioni (ambiente di lavoro, rapporto con i colleghi e responsabile, rapporto con gli ospiti e i parenti, comunicazione, organizzazione tempi di lavoro, formazione, carat-



### Valutazione complessiva

Azienda	Sei orgoglioso di lavorare in questa struttura?				Consigliaresti a un amico o parente di lavorare in questa struttura?			
	Si	In parte	No	Totale questionari	Si	In parte	No	Totale questionari
Asl	299 (66,15%)	139 (30,75%)	14 (3,10%)	452 (100,00%)	281 (62,17%)	137 (30,31%)	34 (7,52%)	452 (100,00%)
Asp	286 (66,20%)	130 (30,09%)	16 (3,70%)	432 (100,00%)	268 (62,04%)	125 (28,94%)	39 (9,03%)	432 (100,00%)
Comune	137 (76,97%)	34 (19,10%)	7 (3,93%)	178 (100,00%)	134 (75,28%)	32 (17,98%)	12 (6,74%)	178 (100,00%)
No-profit	256 (71,31%)	92 (25,63%)	11 (3,06%)	359 (100,00%)	259 (72,11%)	79 (22,01%)	21 (5,85%)	359 (100,00%)
Privato	51 (67,11%)	20 (26,32%)	5 (6,58%)	76 (100,00%)	44 (57,89%)	26 (34,21%)	6 (7,89%)	76 (100,00%)
<b>Totale</b>	<b>1.029 (68,74%)</b>	<b>415 (27,72%)</b>	<b>53 (3,54%)</b>	<b>1.497 (100,00%)</b>	<b>986 (65,87%)</b>	<b>399 (26,65%)</b>	<b>112 (7,48%)</b>	<b>1.197 (100,00%)</b>

Fonte: indagine di clima 2012

teristiche della struttura, motivazione) per complessive sessantacinque domande. L'ulteriore sezione "informazioni generali" conteneva quattordici domande facoltative utili a definire le caratteristiche dell'operatore.

Il questionario è stato predisposto su una piattaforma web, accessibile via internet tramite username e password. Per ogni Rsa sono

state create credenziali di accesso in base all'elenco degli operatori impiegati in struttura al 31 maggio 2012, ovvero 2.819 addetti così suddivisi: 130 amministrativi; 1.705 assistenti alla persona-addetto all'assistenza di base (Adb), operatore socio-assistenziale (Osa), operatore socio-sanitario (Oss), operatore socio-sanitario specializzato (Osss); 366 infermieri; 107 fisioterapisti;

27 educatori; 88 animatori socio-educativi; 392 addetti ai Servizi generali (pulizie, cucina, portineria ecc.); 10 altro (podologi, medici, assistenti sociali ecc.).

Per la somministrazione del questionario, i collaboratori del Laboratorio management e Sanità, dopo aver concordato con i responsabili delle Residenze sanitarie il giorno e i tempi di svolgimento della ricerca, si sono

recati nelle singole strutture per consegnare le istruzioni di compilazione e le credenziali di accesso al questionario web muniti di personal computer; hanno prestato quindi assistenza agli operatori disponibili a partecipare all'indagine. In questo modo, in 59 Residenze è stato compilato il questionario di clima interno da oltre 840 operatori. Coloro che non erano in turno il giorno pro-

grammato hanno potuto partecipare all'indagine direttamente da casa, una volta ritirata la propria credenziale di accesso. Nelle restanti 4 residenze, raccolte le mail private degli operatori, sono state inviate le credenziali e le istruzioni direttamente via mail.

I questionari compilati sono stati 1.497, pari al 53% degli operatori che lavorano nelle Residenze sanitarie assistenziali aderenti al progetto. In 20 residenze la percentuale di compilazione è stata maggiore del 60% e in 10 residenze superiore all'81%. Gli operatori che hanno partecipato all'indagine e che rappresentano la maggior parte della forza lavoro delle Rsa sono prevalentemente donne, di nazionalità italiana e di età compresa tra i 35 e i 49 anni, con dieci anni di anzianità di servizio nel settore dell'assistenza agli anziani e nella stessa struttura. Si tratta quasi sempre di persone con contratto di lavoro a tempo indeterminato per lo più appartenente all'area dell'assistenza di base. Il Contratto collettivo nazionale di lavoro (Ccnl) prevalentemente applicato è quello delle cooperative sociali, segue il Ccnl Regioni Enti locali e quello dell'Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza sociale (Uneba).

Il 69% dei partecipanti all'indagine è orgoglioso di lavorare nella struttura in cui si trova e il 65% raccomanderebbe la stessa a parenti e amici. Sebbene la maggior parte sia soddisfatta dell'organizzazione dei turni di lavoro e del rapporto con gli assistiti e i colleghi, l'analisi delle risposte fa rilevare alcune criticità per quanto riguarda i tempi di lavoro, il rapporto con il responsabile (quasi la metà degli operatori dice di non ricevere alcun apprezzamento per il lavoro svolto e di essere poco incoraggiato all'innovazione e alla condivisione di nuove idee) e la comunicazione.

I risultati di tutte le indagini, analizzati non solo per singola Rsa ma anche per tipologia di struttura - pubblica come azienda sanitaria locale, Comune, aziende pubbliche di servizio alla persona (Asp) e privata come no profit e for profit - sono stati presentati e condivisi con tutti i soggetti partecipanti al progetto.

**Linda Palatella, Antonella Rosa, Francesca Sanna**  
 Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

## Elenco delle 63 strutture che hanno partecipato all'indagine di clima interno

- Rsa San Francesco (Scarperia, Fi)
- Rsa M.D. Barbantini (Viareggio, Lu)
- Rsa Cottolengo (Firenze)
- Apsp Vanni (Impruneta, Fi)
- Rsa Leoncini (Pontedera, Pi)
- Rsa Casa Paolo VI (Firenze)
- Apsp Virginia Borgheri (Castellina in Chianti, Si)
- Rsa Castiglion Fiorentino (Castiglion Fiorentino, Ar)
- Rsa di Cecina - F. Card. Maffi (Cecina, Li)
- Rsa di Rosignano - F. Card. Maffi (Rosignano, Li)
- Apsp Remaggi (Cascina, Pi)
- Apsp Del Campana Guazzesi (San Miniato, Pi)
- Apsp Maria Redditi (Torrita di Siena, Si)
- Apsp Città di Siena (Siena)
- Apsp Martelli (Figline Valdarno, Fi)
- Apsp Montevarchi (Montevarchi, Ar)
- Apsp Casa della Misericordia (Gaiole in Chianti, Si)
- Centro Accoglienza Anziani della Misericordia (Borgo a Mozzano, Lu)
- F. V. Chiarugi (Empoli, Fi)
- F. Casa Placci (Firenze)
- Apsp G. Falusi (Massa Marittima, Gr)
- Rsa Marina di Levante (Follonica, Gr)
- Villa Serena (Montaione, Fi)
- Rsa S. Francesco (Asciano, Si)
- Rsa S. Pertini (Chiusdino, Si)
- Rsa San Giuseppe (Pontedera, Pi)
- Rsa Villa Ciocchetti (Pietrasanta, Lu)
- Rsa Villa Solaria (Sesto Fiorentino, Fi)
- Rsa Il Castello (Montelupo Fiorentino, Fi)
- Apsp Pio Campana (Seravezza, Lu)
- Apsp Santa Maria della Misericordia (Montespertoli, Fi)
- Rsa Le Vele (Fucecchio, Fi)
- Rsa Volta (Empoli, Fi)
- Rsa Chiassatelle (Empoli, Fi)
- Rsa Menichetti (Castelfranco di Sotto, Pi)
- Rsa Neruda (Castelfiorentino, Fi)
- Rsa Carlo Minghetti (Lamporecchio, Pt)
- Rsa Madonna della Fiducia (Calambrone, Pi)
- Rsa Maestrini (Arezzo)
- Rsa Nilde Iotti (Monteroni d'Arbia, Si)
- Apsp Fossombroni (Arezzo)
- Apsp S. Chiara (Volterra, Pi)
- Rsa Casa del Duca (Portoferraio, Li)
- Rsa D. Gandini (Poggibonsi, Si)
- Rsa Stella (Monsummano Terme, Pt)
- Villa Sorriso (Pontedera, Pi)
- Rsa Rosa Giorgi (Prato)
- Rsa Narnali (Prato)
- Rsa Carolina Pierotti (Coreglia Antelminelli, Lu)
- Rsa Roberto Nobili (Giuncugnano, Lu)
- Rsa Paoli Puccetti (Galliciano, Lu)
- Ist. Regina Elena (Carrara, Ms)
- Rsa Boschi (Arezzo)
- Rsa Nuovi Orizzonti (Bagnone, Ms)
- Rsa Pontremoli (Pontremoli, Ms)
- Rsa Fivizzano (Fivizzano, Ms)
- Rsa La Chiocciola (Firenze)
- Rsa La Mimosa (Campi Bisenzio, Fi)
- Villa Amelia (Prato)
- Villa Chiara (Pracchia, Pt)
- Villa San Biagio (Dicomano, Fi)
- Villa Poggio Adorno (Reggello, Fi)
- Rsa Bonelle (Bonelle, Pt)

DOCUMENTI

Finanziati gli interventi per l'assistenza domiciliare del 2013 nelle Zone distretto destinati ai disabili con meno di 65 anni

# Ai "giovani" non autosufficienti 46 milioni

I fondi sono vincolati al funzionamento di Punti unici di accesso, Puntosinsieme e Unità di valutazione multidisciplinari



IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**P**ubblichiamo la delibera 309/2013 di attuazione della legge regionale 66/2008 «Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza» con cui per il 2013 è effettuato il riparto alle Zone/distretto del fondo per la non autosufficienza.

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

Dato atto che il Piano integrato sociale regionale resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2012, n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del Programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015;

Considerata la proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 (Pissr), approvata dalla Giunta regionale in data 19 dicembre 2011;

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

- a) indicatori di carattere demografico;
  - b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
  - c) indicatori relativi alle persone non autosufficienti, disabili e anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali;
- Visti i criteri di riparto del fondo approvati dalla Conferenza regionale delle Società della Salute il 22 marzo 2013;
- Considerato che occorre garantire per l'anno 2013 i seguenti risultati:
- estensione dei servizi domiciliari, di cui all'art. 1 della Lr 40/2005;
  - sostegno al sistema integrato a favore delle persone non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni;
- Ritenuto di destinare a tale scopo la somma complessiva di € 49.878.676,00 secondo la seguente ripartizione:
- € 46.000.000,00 per finanziare l'estensione dei servizi domiciliari;
  - € 3.878.676,00 per finanziare gli interventi destinati alle persone non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni, da parte delle Zone/distretto;
- Ritenuto pertanto di assegnare la

somma di € 46.000.000,00 alle Zone/distretto, secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 1) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, da imputarsi come segue:

- € 43.910.913,53 sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" (fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n. 201391 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Dcr n. 113/2007;
- € 2.089.086,47 sul capitolo 23036 "Fondo per la non autosufficienza - Fondi Statali" (extra fondo) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n. 2013335 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Dcr n. 113/2007;

Ritenuto pertanto di assegnare la somma di € 3.878.676,00 alle Zone/distretto, secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 2) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, da imputarsi sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" (fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n.

201391 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Dcr n. 113/2007;

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

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

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

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

Tenuto conto delle precisazioni normative contenute nella Lr 66/2011 con particolare riferimento alle Misure per il

contenimento della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale di cui al capo II della legge stessa;

Ritenuto pertanto di prendere atto che per l'anno 2013 le tariffe di cui al punto 4 della Dgr 818/2009 restano invariate e di non procedere in conseguenza di ciò all'adeguamento tariffario della quota tariffaria delle Rsa, articolata nei quattro moduli organizzativi previsti dalla Dgr 402/2004;

Ritenuto di dare mandato al competente Settore della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale di porre in essere i successivi atti per gli adempimenti necessari all'attuazione di quanto disposto nella presente deliberazione;

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

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

a voti unanimi

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

**DELIBERA**

1. di assegnare € 46.000.000,00 alle Zone/distretto per finanziare l'estensione dei servizi domiciliari secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 1) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

2. di assegnare € 3.878.676,00 alle Zone/distretto per finanziare gli interventi destinati alle persone non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 2), parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

3. di prenotare per la spesa di cui al punto 1, Allegato 1) al presente atto, la somma di € 46.000.000,00 sui seguenti capitoli:

- € 43.910.913,53 sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" (fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n. 201391 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Dcr n. 113/2007;
- € 2.089.086,47 sul capitolo 23036 "Fondo per la non autosufficienza - Fondi Statali" (extra fondo) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n. 2013335 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Dcr n. 113/2007;

(...omissis...)

**Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione al sito [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)**

COME MISURARE LE PERFORMANCE INDIVIDUALI

## Le linee di indirizzo per una valutazione omogenea del personale

**P**ubblichiamo la delibera 308/2013 approvata dalla Giunta regionale sulle nuove «Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio sanitario regionale».

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di adottare, in attuazione della legge regionale 30 dicembre 2010, n. 67, le linee di indirizzo di cui all'Allegato A, parte integrante del presente provvedimento, concernenti l'implementazione del sistema di valutazione del personale del servizio sanitario regionale;

2. di incaricare la Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di trasmettere le predette linee di indirizzo alle aziende ed enti del servizio sanitario regionale per l'attuazione di quanto in esse previsto.

ALLEGATO A

Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio sanitario regionale

**Premessa**

Con le presenti linee di indirizzo si intende garantire una maggiore omogeneità del sistema di valutazione del personale del Servizio sanitario regionale, partendo dalle esperienze già in atto, tenuto conto che la valutazione, sia di struttura che individuale, prevista dai vigenti Ccnl, pur essendo una realtà da anni presente nel sistema sanitario regionale, è attuata con modalità non uniformi nelle diverse aziende ed enti del Sr.

In primo luogo si ritiene opportuno evidenziare che il processo di misurazione e valutazione è da considerarsi, prima di tutto, strumento di "conoscenza" del sistema e, quindi, premessa per una corretta gestione del personale. Obiettivo della valutazione non è pertanto "differenziare" (indipendentemente dalle differenze realmente esistenti), ma "rilevare le differenze esistenti", al fine di premiare le eccellenze, ma anche di risolvere le criticità, sia a livello di struttura che di singolo operatore, promuovendo una crescita complessiva dell'intero sistema, anche attraverso una formazione mirata.

Il processo di valutazione, con le sue diverse fasi (definizione e assegnazione degli obiettivi, misurazione dei risultati ottenuti, valutazione delle attività svolte e delle capacità possedute), è quindi momento fondamentale e premessa di un efficace e coerente piano di sviluppo delle risorse umane, che costituiscono il fattore principale per la qualità del servizio.

Il sistema di valutazione in applicazione dei Ccnl e degli accordi integrativi aziendali rappresenta altresì lo strumento per la gestione della produttività/retribuzione di risultato, intesa quale premio collettivo e individuale da distribuire al personale del comparto e delle due aree della dirigenza.

Resta fermo che le presenti linee di indirizzo non riguardano la valutazione delle attività professionali di competenza del collegio tecnico, prevista, per i dirigenti del Servizio sanitario nazionale, dalle vigenti disposizioni legislative e

contrattuali.

Al riguardo si richiama quanto recentemente previsto nell'ambito del DL 158/2012, convertito con legge 189/2012, laddove, all'art. 4, comma 1, lett. c):

- si ribadisce che i dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale, correlata alla retribuzione di risultato, nonché a una valutazione ai termini dell'incarico, attinente alle attività professionali, effettuata dal Collegio tecnico;
- si precisa che, degli esiti positivi delle verifiche annuali, correlate alla retribuzione di risultato, si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico.

**1. Valutazione individuale**

Il sistema di valutazione si compone di tre dimensioni:

- 1. misurazione e valutazione della prestazione collettiva, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi di struttura;
- 2. misurazione e valutazione della prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali;
- 3. misurazione e valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative, ovvero valutazione delle caratteristiche individuali che definiscono la risorsa dentro l'organizzazione (quali, a esempio, flessibilità, capacità di lavorare in gruppo, orientamento all'utenza, livello di impegno).

Si ritiene, come già espresso nell'ambito delle linee di indirizzo adottate con delibera della Giunta regionale n. 465 del 28/5/2012 (relative a fasce di merito e Oiv), che la valutazione individuale debba essere determinata dalle ultime due dimensioni: la misurazione e valutazione della prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e la misurazione e valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative.

**2. Definizione e assegnazione degli obiettivi individuali**

La definizione degli obiettivi del singolo operatore, ai fini della misurazione e valutazione della prestazione individuale, deve avvenire in coerenza con gli obiettivi della struttura di appartenenza e, almeno in parte, tramite "ribaltamento" degli obiettivi annuali assegnati alla struttura di appartenenza, secondo modalità definite all'interno delle singole aziende ed enti.

Nella definizione e assegnazione degli obiettivi individuali si dovrà tener conto delle attività, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti, delle diverse competenze e dei livelli di responsabilità, in modo che il peso degli aspetti gestionali-organizzativi, a fronte di quelli più strettamente tecnico-professionali, sia proporzionalmente collegato al ruolo effettivamente svolto.

Gli obiettivi di tipo gestionale peseranno maggiormente nella valutazione del personale con responsabilità prevalentemente di tipo organizzativo, mentre gli obiettivi di qualità professionale e appropriatezza delle cure avranno maggior peso nella valutazione del personale con responsabilità prevalentemente di tipo tecnico-professionale.

In ogni caso, tra i diversi obiettivi individuali, peseranno maggiormente sulla valutazione complessiva individuale quelli più strettamente legati alle funzioni effettivamente svolte.

Per quanto riguarda, in particolare, i dirigenti con incarico di direzione di struttura, obiettivi di struttura e obiettivi individuali verranno, di fatto, a coincidere.

È fondamentale che il valutato venga messo a conoscenza delle modalità del

processo di valutazione nel suo complesso e, nello specifico, dei propri obiettivi, che devono essere attribuiti in tempi adeguati. Al riguardo si ritiene opportuno che gli obiettivi vengano attribuiti entro il primo quadrimestre di ciascun anno e, qualora necessario, perfezionati a seguito di una verifica intermedia, da effettuarsi entro il secondo quadrimestre.

Gli obiettivi individuali annuali saranno definiti, tramite la firma congiunta di una scheda di assegnazione di tali obiettivi, ricercando la condivisione tra valutato e valutatore, rappresentato dal livello gerarchico immediatamente superiore.

**3. Effetti economici della valutazione**

Come già evidenziato in premessa, il sistema di valutazione, nelle sue tre dimensioni, rappresenta anche lo strumento per la gestione della produttività/retribuzione di risultato, intesa quale premio collettivo e individuale da distribuire al personale del comparto e delle due aree della dirigenza.

Al riguardo, fatto salvo quanto sarà previsto dai prossimi rinnovi contrattuali, si ritiene opportuno definire, a livello regionale, la percentuale del fondo di produttività/risultato da distribuirsi a seguito della valutazione individuale, stabilendo percentuali diverse tra comparto e dirigenza.

In particolare si stabilisce, per il comparto, una percentuale pari al 20%, mentre per la dirigenza una percentuale pari al 40%.

Nella tabella sottostante si riporta il quadro complessivo delle diverse percentuali di suddivisione del fondo produttività/risultato:

Comparto	Percentuale del fondo produttività/risultato da distribuirsi a seguito della valutazione individuale	Percentuale del fondo produttività/risultato da distribuirsi a seguito della valutazione di struttura
Comparto	20%	80%
Arete dirigenziali	40%	60%

Si ritiene, invece, opportuno che vengano definiti a livello aziendale i pesi relativi delle due componenti della valutazione individuale (valutazione della prestazione individuale, relativa al grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e valutazione dei comportamenti e delle competenze organizzative).

Si ritiene, infine, opportuno evidenziare che la suddetta valutazione individuale rileva anche con riferimento alle fasce di merito, già disciplinate con le linee di indirizzo adottate dalla Giunta regionale con delibera n. 465 del 28/5/2012 sopra richiamata, con la quale si ricordava che, secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 1 del Dlgs 141/2011:

- la differenziazione retributiva in fasce, prevista dagli articoli 19, commi 2 e 3, e 31, comma 2 del Dlgs 150/2009, si applica a partire dalla tornata di contrattazione collettiva successiva a quella relativa al quadriennio 2006-2009;
- ai fini previsti dalle citate disposizioni, nelle more dei predetti rinnovi contrattuali, possono essere utilizzate le eventuali economie aggiuntive destinate all'erogazione dei premi dall'art. 16, comma 5 del DL 98/2011, convertito, con modificazioni, dalla legge 111/2011.

**4. Monitoraggio a livello regionale**

L'attuazione delle presenti linee di indirizzo, nonché di quelle già adottate dalla Giunta regionale con delibera n. 465 del 28/5/2012, sarà oggetto di monitoraggio a livello regionale, nelle forme che verranno definite dalla Direzione generale competente.

RESIDENZIALITÀ E SEMIRESIDENZIALITÀ

# Arrivano le risorse per le Rsa: primo obiettivo le liste d'attesa

Ripartiti tra le aziende sanitarie 23,9 milioni secondo gli indici demografici

**P**ubblichiamo la delibera 307/2013 che applicando la legge sull'«Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza» per il 2013 assegna alle aziende Usl le quote sanitarie aggiuntive per le Rsa.

LA GIUNTA REGIONALE

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

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

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

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

Dato atto che il Piano integrato sociale regionale resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2012, n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del Programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015;

Considerata la proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 (Pissr), approvata dalla Giunta regionale in data 19 dicembre 2011;

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

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

Considerato che occorre garantire per l'anno 2013 il seguente risultato:

- riduzione netta delle liste di attesa in Rsa, in continuità con quanto previsto con Delibera della Giunta regionale n. 754 del 29 settembre 2008, dando soluzione a uno degli obiettivi primari previsti dall'Allegato 3 del Piano integrato sociale regionale;

Ritenuto di destinare a tale scopo la somma complessiva di € 24.921.324,00 per finanziare la copertura, da parte delle Aziende Uu.Ss.Ll. della parte sanitaria di n. 1.305 quote sanitarie aggiuntive in Rsa per l'anno 2013, per la riduzione netta delle liste di attesa;

Ritenuto pertanto di assegnare la somma complessiva di € 24.921.324,00 alle Aziende Uu.Ss.Ll., secondo

la ripartizione indicata nell'Allegato 1) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, imputando la predetta somma sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" (fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2013 che presenta la necessaria disponibilità;

Tenuto conto delle precisazioni normative contenute nella Lr 66/2011 con particolare riferimento alle Misure per il contenimento della spesa delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale di cui al capo II della legge stessa;

Ritenuto pertanto di prendere atto che per l'anno 2013 le tariffe di cui al punto 4 della Dgr 818/2009 restano invariate e di non procedere in conseguenza di ciò all'adeguamento tariffario della quota tariffaria delle Rsa, articolata nei quattro moduli organizzativi previsti dalla Dgr 402/2004;

Ritenuto di dare mandato al competente Settore della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale di porre in essere i successivi atti per gli adempimenti necessari all'attuazione di quanto disposto nella presente deliberazione;

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

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

a voti unanimi

DELIBERA

1. di assegnare alle Aziende Uu.Ss.Ll., per le motivazioni espresse in narrativa, la somma complessiva di € 24.921.324,00 per finanziare la copertura della parte sanitaria di n. 1.305 quote sanitarie aggiuntive in Rsa per l'anno 2013, al fine di ridurre le liste di attesa, secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 1), imputando la predetta somma sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" del bilancio gestionale 2013 che presenta la necessaria disponibilità;

2. di destinare la somma complessiva di € 24.921.324,00 a favore delle Aziende Uu.Ss.Ll., secondo la ripartizione indicata nell'Allegato 1) alla presente deliberazione, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, sul capitolo 23049 "Fondo per la non autosufficienza - Risorse di fondo sanitario" (fondo sanitario indistinto) del bilancio gestionale 2013, a valere sulla prenotazione n. 201391 assunta sullo stesso capitolo a fronte della citata Dcr 113/2007;

3. di prendere atto che per l'anno 2013 le tariffe di cui al punto 4 della Dgr 818/2009 restano invariate e di non procedere in conseguenza di ciò all'adeguamento tariffario della quota tariffaria delle Rsa, articolata nei quattro moduli organizzativi previsti dalla Dgr 402/2004;

4. di dare mandato al competente Settore della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale di porre in essere i successivi atti per gli adempimenti necessari all'attuazione di quanto disposto nella presente deliberazione.

**Allegato 1**

**Fondo regionale per la non autosufficienza - Quote sanitarie aggiuntive per Rsa - anno 2013**

Azienda Usl	Quote sanitarie per Rsa		
	Numero quote	Costo unitario	Totale
Azienda Usl 1 di Massa Carrara	32	52,32	611.097,60
Azienda Usl 2 di Lucca	15	52,32	286.452,00
Azienda Usl 3 di Pistoia	10	52,32	190.968,00
Azienda Usl 4 di Prato	30	52,32	572.904,00
Azienda Usl 5 di Pisa	112	52,32	2.138.841,60
Azienda Usl 6 di Livorno	24	52,32	458.323,20
Azienda Usl 7 di Siena	69	52,32	1.317.679,20
Azienda Usl 8 di Arezzo	100	52,32	1.909.680,00
Azienda Usl 9 di Grosseto	185	52,32	3.532.908,00
Azienda Usl 10 di Firenze	598	52,32	11.419.886,40
Azienda Usl 11 di Empoli	90	52,32	1.718.712,00
Azienda Usl 12 di Viareggio	40	52,32	763.872,00
<b>Totale</b>	<b>1.305</b>		<b>24.921.324,00</b>

**N.B.:** dati espressi in euro

**Sanità Toscana**

direttore responsabile  
ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore  
ROBERTO TURNO

comitato scientifico  
Eduardo Majno  
Susanna Cressati  
Sabina Nuti  
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 23 del 18-24 giugno 2013 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana [www.regione.toscana.it](http://www.regione.toscana.it)

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98  
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa  
Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km 68,700  
67061 Carsoli (Aq)

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

**DISABILITÀ** Rinnovato uno dei 14 punti di accoglienza nazionali allestiti dalle Ferrovie



# Sala blu new style a Firenze

Gestiti dallo snodo di Santa Maria Novella gli interventi per 28 stazioni

La stazione di Firenze Santa Maria Novella ha una nuova Sala Blu, punto di riferimento per tutti i clienti con difficoltà motorie o sensoriali e centro di coordinamento di tutte le attività di assistenza in Toscana ai viaggiatori diversamente abili. La nuova "Sala Blu", gestita da Rete ferroviaria italiana, è stata inaugurata lo scorso 16 aprile. Rispetto alla precedente è più spaziosa e comoda, ha accesso sia dal binario 5 che dal binario 2, è dotata di attrezzature più moderne ed efficienti. È situata a poca distanza dalla precedente, a circa 50 metri. Come di consueto la Sala Blu sarà aperta tutti i giorni (festivi compresi) dalle ore 6.45 alle 21.30.

La Sala Blu di Firenze è una delle 14 Sale Blu allestite da Rete ferroviaria Italia nelle principali città. Compito della Sala è programmare e coordinare l'assistenza agli utenti con disabilità in 28 stazioni toscane o attigue alla Toscana (25 in Toscana, 2 in Liguria e 1 in Umbria) attrezzate per il servizio ai disabili. Il personale di sala concorda con il viaggiatore



un punto d'incontro e da lì lo accompagna fino al binario di partenza del treno prescelto (o al posto assegnato) oppure lo accoglie al binario

di arrivo e lo accompagna fino alla coincidenza o all'uscita dalla stazione. È possibile concordare la salita e discesa dai treni con carrelli eleva-

tori e il trasporto di un bagaglio a mano.

La Sala Blu di Firenze Santa Maria Novella ogni anno gestisce in media 20mila interventi, di cui circa 8.500 nella sola stazione fiorentina principale. Altre stazioni in cui l'intervento della Sala Blu è molto richiesto sono Pisa Centrale (con circa 2mila interventi all'anno), Livorno, Firenze Rifredi e Firenze Campo di Marte (ciascuna con circa 1.000 interventi all'anno). I servizi della "Sala Blu" devono essere necessariamente prenotati ed è possibile farlo telefonicamente, con una email elencando le necessità del viaggiatore (a esempio la richiesta di carrello elevatore, di sedia a rotelle ecc.), i treni e le stazioni utilizzati e un recapito telefonico al quale il viaggiatore verrà richiamato. Il circuito nazionale delle Sale Blu mette in rete servizi di assistenza in oltre 250 stazioni in Italia.

pagina a cura di  
**Pamela Pucci**  
Agenzia Toscana Notizie

**I NUMERI DEL SERVIZIO ATTIVO DA 15 ANNI**

## Una risposta per 180mila richieste l'anno

L'idea delle Sale Blu, il personale che ci opera, i servizi che eroga, il confronto con chi ne usufruisce e il futuro di questa realtà.

Ce lo spiega Maurizio Gentile, direttore di produzione di Rete ferroviaria italiana, e responsabile anche dell'organizzazione del sistema delle Sale Blu.

**Da quanti anni è attivo il servizio delle Sale Blu?**

Sono circa 15 anni. Inizialmente, i 14 punti di assistenza sulla rete nazionale erano i "Centri di assistenza disabili" (Cad), gestiti da Trenitalia. Nel 2005, diventano "Sale Blu" e viene introdotta la possibilità di rivolgersi a una qualsiasi Sala, indipendentemente dal viaggio richiesto.

Dal 2011, in attuazione del Regolamento Ue 1371/2007, è stata introdotta la figura dello Station Manager, con il conseguente passaggio del servizio di assistenza da Trenitalia a Rete ferroviaria italiana. Così è possibile garantire il servizio di assistenza ai viaggiatori di tutte le 16 imprese ferroviarie che utilizzano la rete Rfi.

**Come è nata l'idea?**

L'obiettivo del network di assistenza delle Persone a ridotta mobilità (Prm), 260 stazioni a livello nazionale, è garantire alti e uniformi standard di servizio.

**Che tipo di formazione ricevono gli operatori?**

Per la delicatezza del ruolo, è necessario un alto livello di professionalità da parte di tutto il personale delle Sale Blu, sia interno a Rfi sia appartenente alle ditte in outsourcing. Per questo vengono organizzati corsi di formazione ad hoc.

**Ci sono momenti di confronto con le associazioni dei cittadini disabili?**

Abbiamo un rapporto molto stretto con le associazioni: Ferrovie dello Stato Italiane organizza momenti periodici di

confronto tra i rappresentanti delle Associazioni e quelli delle diverse società del Gruppo, durante i quali vengono discussi i problemi evidenziati e si discute sulle soluzioni per migliorare il servizio.

**Quante richieste di assistenza ricevete a livello nazionale in media in un anno?**

Attualmente gestiamo quasi 180mila richieste di assisten-

za l'anno e il trend è in continuo aumento: in 10 anni sono cresciute più del 55%.

**C'è in programma un potenziamento del servizio?**

Abbiamo previsto l'acquisto di nuovi carrelli elevatori per le persone con disabilità motoria per poter attivare il servizio in altre stazioni incrementando così il network dei punti di assistenza.

## Servizi e opportunità per i disabili

● I servizi di assistenza offerti dalla Sala Blu sono aperti a tutti i "passeggeri a mobilità ridotta", cioè a tutti coloro che hanno difficoltà di spostamento, in particolare: persone che utilizzano sedie a rotelle; che hanno problemi agli arti o difficoltà di deambulazione; non vedenti o con difficoltà visive; non udenti o con difficoltà uditive. Ma possono rivolgersi alla Sala Blu anche le persone anziane o le donne in gravidanza che abbiano bisogno di assistenza per i loro spostamenti, anche nel caso in cui si richieda assistenza per l'organizzazione di viaggi regionali, nazionali e internazionali. Per i viaggi internazionali, però, è necessario prenotare il servizio con maggiore anticipo e rivolgersi alla Sala Blu di Roma Termini (SalaBlu.ROMA@rfi.it).

● Il servizio offerto dalla Sala Blu deve essere prenotato e per farlo i passeggeri devono rivolgersi alla Sala Blu competente, dato che ogni Regione ne ha una propria di riferimento che coordina e gestisce i servizi. Chi viaggia in Toscana, a esempio, deve rivolgersi alla Sala Blu della Stazione di Firenze Santa Maria Novella. I servizi possono essere prenotati direttamente alla Sala Blu oppure scrivendo una e-mail (con almeno 24 ore di anticipo) o telefonando a due numeri di telefono (Numero verde gratuito da telefono fisso 800 90 60 60 e un numero a pagamento, contattabile da mobile e fisso 199 30 30). Le Sale Blu rispondono dalle ore 6:45 alle 21:30 tutti i giorni, festivi inclusi.

Anche le richieste telefoniche dovranno essere effettuate con anticipo, almeno 12 ore prima. Basta invece una sola ora di anticipo unicamente per le richieste che riguardano i servizi nelle stazioni dotate di Sala Blu e che devono essere effettuati nella fascia oraria che va dalle 7:45 alle 22:30.

**LE SFIDE PER IL TPL**

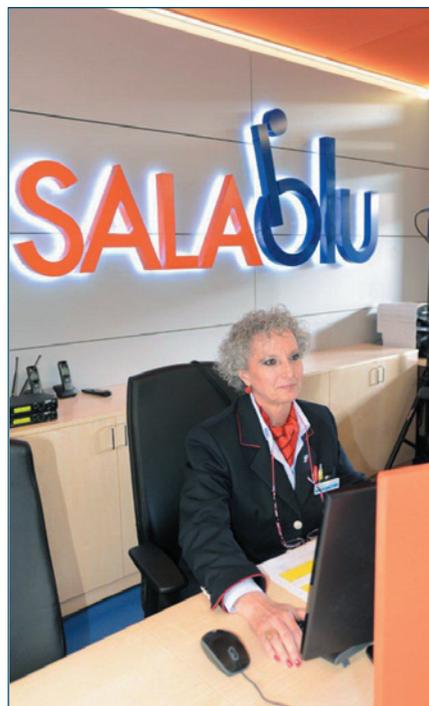
## In vista gara unica per il trasporto su gomma

«Il servizio ferroviario è un servizio pubblico e quindi è di tutti, anche di quei viaggiatori che hanno ridotte capacità motorie o sensoriali e che per questo hanno bisogno di speciali attenzioni e servizi mirati. Per questo è prezioso il lavoro svolto dalle Sale Blu di Rete ferroviaria italiana e la riqualificazione della struttura di

Santa Maria Novella rappresenta un ulteriore passo in avanti». Così l'assessore regionale ai trasporti della Toscana, Vincenzo Ceccarelli, ha riconosciuto l'importanza dei servizi di assistenza offerti dal personale delle Sale Blu in occasione dell'inaugurazione della nuova struttura alla stazione fiorentina di Santa Maria Novella.

L'assessore Ceccarelli, che ha partecipato al taglio del nastro per i nuovi locali, ha ricordato l'impegno della Regione Toscana per migliorare l'accessibilità dei servizi di trasporto pubblico agli utenti diversamente abili con l'investimento in nuovo materiale rotabile e nuovi bus, progettati tenendo conto anche delle esigenze degli utenti con ridotte capacità. In questa direzione va il lavoro svolto dal consulente della Regione Toscana per le questioni della disabilità, Massimo Toschi, che da tempo sta collaborando con Rfi e Trenitalia per evidenziare e risolvere problemi di accessibilità nelle stazioni e sui treni.

«È dovere delle istituzioni - ha spiegato l'assessore - rendere più facile la sfida quotidiana di chi ogni giorno utilizza mezzi pubblici di trasporto pur gravato da difficoltà di movimento o da limiti sensoriali. Investire per migliorare l'accessibilità dei mezzi e rendere più uguali i cittadini non è solo giusto e necessario, è un obbligo morale al quale la Regione Toscana non si è sottratta. Di fronte abbiamo la gara unica per ridisegnare il trasporto su gomma e il rinnovo del contratto di servizio per la rotaia. È una grande responsabilità, ma anche una grande occasione per rinnovare il parco mezzi e per ridisegnare un trasporto pubblico che sia sempre più su misura anche per gli utenti più deboli. La strada da percorrere è ancora lunga e deve necessariamente passare dal coinvolgimento delle associazioni dei disabili, perché soltanto con l'aiuto di chi vive in prima persona queste difficoltà potremo sapere dove e come è necessario e prioritario agire».



Le altre Sale Blu
<b>Ancona</b> (Stazione Ancona Centrale, Piazza Rosselli - binario 1) SalaBlu.ANCONA@rfi.it
<b>Bari</b> (Stazione Bari Centrale, Piazza Aldo Moro) SalaBlu.BARI@rfi.it
<b>Bologna</b> (Stazione Bologna Centrale, Piazza Medaglie D'Oro) SalaBlu.BOLOGNA@rfi.it
<b>Genova</b> (Stazione Genova Piazza Principe, Via Andrea Doria 5 - binario 1) SalaBlu.GENOVA@rfi.it
<b>Messina</b> (Stazione Messina Centrale, Piazza della Repubblica, 1) SalaBlu.MESSINA@rfi.it
<b>Milano</b> (Stazione Milano Centrale, Piazza Duca D'Aosta - binario 4) SalaBlu.MILANO@rfi.it

<b>Napoli</b> (Stazione Napoli Centrale, Piazza Garibaldi) SalaBlu.NAPOLI@rfi.it
<b>Reggio Calabria</b> (Stazione Reggio Calabria Centrale, Via Baarlam 1) SalaBlu.REGGIOCALABRIA@rfi.it
<b>Roma</b> (Stazione Roma Termini, Piazza dei Cinquecento - Via Marsala - binario 1) SalaBlu.ROMA@rfi.it
<b>Torino</b> (Stazione Torino Porta Nuova, Via Paolo Sacchi - binario 5 bis) SalaBlu.TORINO@rfi.it
<b>Trieste</b> (Stazione Trieste Centrale, Piazza della Libertà 8 - binario 1) SalaBlu.TRIESTE@rfi.it
<b>Venezia</b> (Stazione Venezia Santa Lucia, Fondamenta S. Lucia 23 - binario 1) SalaBlu.VENEZIA@rfi.it
<b>Verona</b> (Stazione Verona Porta Nuova, Piazzale XXV Aprile 6) SalaBlu.VERONA@rfi.it

AREZZO

Bilancio positivo dopo un mese di attuazione del nuovo modello

# Tac e Rmn, vince l'urgenza



Stop al criterio cronologico: solo 49 esami su 4mila eseguiti entro 72 ore

**N**ella Asl 8 di Arezzo, le prescrizioni con classi di priorità per risonanze magnetiche e Tac, dopo appena un mese di attuazione stanno già lasciando il segno, sia sotto il profilo culturale sia, ovviamente, dal punto di vista organizzativo. Un bilancio completo tuttavia sarà possibile solo a fine anno.

Il nuovo sistema in vigore dal 2 maggio - che sarà a pieno regime da luglio - è stato per ora adottato solo

dal 50% dei presidi per le risonanze e dal 70% per le Tac: delle 6mila prestazioni medie mensili (70mila l'anno), nel mese di maggio quasi 4mila sono state prescritte seguendo la nuova disciplina, ovvero abbandonando il criterio "cronologico" e mettendo in primo piano le priorità emerse dalle valutazioni cliniche.

Il nuovo sistema garantisce dunque a ogni paziente che l'azienda garantirà la prestazione appropriata nei tempi adeguati rispetto alle sin-

gole esigenze. Finora quando il medico riteneva urgente l'esame doveva alzare il telefono e concordare direttamente con i radiologi "contrattando" i tempi di esecuzione della Tac o della risonanza. Secondo il nuovo disciplinare, il medico prescrittore deve indicare la classe di priorità e deve, nella stessa prescrizione, fornire una valutazione clinica e motivare la ragione della richiesta che potrà essere urgente, breve, differita o programmata.

E le prime lettere di queste definizioni, rispondono anche a tempi massimi di esecuzione della prestazione: U (Urgente) esame entro 72 ore; B (Breve) entro 10 giorni; D (Differibile) entro 60 giorni e P (Programmabile) senza limite di giorni.

Nel dettaglio, nell'ultimo mese si sono avute appena 49 richieste urgenti (27 per Risonanze e 22 per Tac) eseguite entro le 72 ore, quindi spesso il giorno dopo la prenotazione.

Quelle brevi sono state 658 (357 Rm e 301 Tac) eseguite prima di 10 giorni. 477 differite e 1.941 quelle programmate, cioè senza alcuna urgenza di essere eseguite. Ci sono poi state 691 richieste per i secondi accessi (quasi tutte Tac perché si tratta appunto di controlli).

Una distribuzione che già testimonia il successo dell'iniziativa.

**Pierluigi Amorini**  
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

VIAREGGIO

## La Regione finanzia i «Magicolieri» della pediatria dell'ospedale Versilia

La Regione ha deciso di supportare l'attività dei "Magicolieri", animatori e clown dell'Asl 12 di Viareggio che dal 1998 - coordinati da Mirko Magri, psicologo e pedagogista clinico - giocano con i bambini ricoverati nel reparto di pediatria della Usl, inizialmente nell'Ospedale di Pietrasanta e dal 2002 nell'ospedale Versilia.

Durante il 2012, i Magicolieri hanno giocato con circa 1.500 bambini, alcuni dei quali sogget-

ti a ricoveri lunghi o ricorrenti, sviluppando un intenso rapporto collaborativo con il personale medico e infermieristico del Reparto. Hanno rappresentato un punto di riferi-

mento e sostegno psicologico, promuovendo vitalità e autostima dei pazienti e favorendo i processi di guarigione e quella condizione di benessere fisico e psichico che caratterizza il concetto di buona salute secondo l'Oms. Dal dicembre 2011, la Asl 12 di Viareggio non è più riuscita a sostenere economicamente questo progetto. Ciò nonostante i Magicolieri hanno continuato a mantenere attivo il servizio tre volte alla settimana, per tutta la durata dell'anno 2012, a titolo di volontariato, proprio per

non interrompere una collaborazione storica.

Ora la Regione Toscana, Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, con decreto 1829 del 9/5/2013, riconoscendo l'alto valore sanitario dell'iniziativa, ha deciso di supportare economicamente questa attività, che dunque proseguirà senza interruzione. Una buona notizia per i bambini e i loro genitori ma anche per lo staff dell'ospedale. Come testimoniato da innumerevoli ricerche scientifiche, è noto come il ricovero in ospedale possa creare paure e ansie sia nei bambini che devono essere sottoposti a interventi assistenziali più o meno complessi, sia nei loro genitori. La presenza in reparto di persone quali animatori, clown ecc., si è dimostrata efficace dal punto di vista strettamente sanitario nel favorire i processi di cura e di ripresa della salute, con numerose dimostrazioni scientifiche fornite anche da ospedali italiani. Queste attività sono ormai diffuse nelle pediatrie di moltissimi ospedali toscani.

**Stefano Pasquinucci**  
Ufficio stampa  
Asl 12 Viareggio

**Nel 2012 servizio di volontariato per 1.500 bambini**

PISTOIA

## Carabinieri, Gdf, Nas e pompieri: sopralluogo nel nuovo ospedale

Il Questore di Pistoia e i Comandi provinciali dei Carabinieri, Guardia di finanza, Nas e Vigili del fuoco hanno visitato il Nuovo Ospedale di Pistoia. Anche per i massimi vertici delle Forze dell'Ordine della Provincia di Pistoia il direttore generale della Asl 3 Roberto Abati, ha organizzato il sopralluogo dedicandolo principalmente a illustrare le principali innovazioni e le avanzate caratteristiche tecnologiche presenti nella struttura ospedaliera.

Insieme al Questore Maurizio Manzo erano presenti Maria Primiceri, primo dirigente della Divisione Anticrimine, e Paolo Cutolo, Capogabinetto della Questura. Hanno inoltre partecipato alla visita il Comandante provinciale dei Carabinieri Colonnello Eugenio Cacciuttolo, il Comandante dei Vigili del fuoco ingegnere Guglielmo Guglielmi, il Comandante provinciale della Guardia di finanza Colonnello Ciro Natale e il Comandante dei carabinieri dei Nas Colonnello Fedele Verzola.

Il Direttore dell'Ospedale ha spiegato che all'interno del Nuovo Ospedale sono stati pre-

visti: percorsi riservati (come il percorso rosa) alle vittime di violenze, donne, ma anche bambini, anziani, immigrati, omosessuali che assicurano adeguata assistenza e privacy; l'area di decontaminazione, in pronto soccorso, dove collocare i pazienti ad alto rischio infettivo; la sede, sempre in pronto soccorso, dove sarà collocato il Posto di Polizia: la camera di sicurezza, per l'eventuale ricovero dei detenuti, al terzo piano, con due posti letto, realizzata per garantire l'incolumità di operatori, utenti e degli stessi detenuti.

Gli ingegneri Fabrizio D'Arrigo ed Ermes Tesi hanno invece spiegato dettagliatamente il funzionamento dei diversi sistemi di sicurezza: da quelli adottati all'interno delle sale operatorie, per la tutela dei pazienti e degli operatori, alle misure di sicurezza generale (antincendio e antisismico). La visita si è conclusa al pronto soccorso dove sono stati fatti vedere il sistema degli accessi differenziati e la superficie per l'Elisoccorso.

**Daniela Ponticelli**  
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

**Nuovi percorsi, accessi differenziati, più sicurezza**

PISA

## Artrite reumatoide avanti tutta: il modello del S. Chiara fa scuola

L'artrite reumatoide rappresenta la prima causa di disabilità nel mondo occidentale; colpisce circa 300mila italiani, di cui quasi il 75% donne in età compresa tra i 35 e i 50 anni, con un rapporto di 3 a 1 rispetto agli uomini. L'incontro "Donne nell'artrite reumatoide", svoltosi nelle scorse settimane presso l'Aou Pisana in collaborazione con l'Uo di Reumatologia e il supporto incondizionato di Roche, ha portato alla luce le enormi sfide affrontate ogni giorno dalle donne affette da artrite reumatoide.

Nel database dell'Uo del Centro di reumatologia di Pisa ospedale Santa Chiara, sono presenti 3.255 pazienti con Ar, di cui circa 1.100 seguiti con regolarità all'interno del centro. Dal 2001 a oggi sono stati trattati con farmaci biotecnologici, complessivamente, 1.255 pazienti affetti da tutte le patologie reumatiche, di cui 450 affetti da Ar. A Pisa, quindi, sono state trattate, con farmaci biologici, circa 450 persone affette da artrite reumatoide, di cui 2/3 donne. L'Ar è una malattia cronica che incide fortemente sulla vita relazionale, personale e lavorativa dei pazienti

affetti, ma lo scenario può essere ancor più drammatico e invalidante se a esserne colpite sono le donne. I costi sociali della patologia per pazienti affetti da Ar con più di 18 anni d'età stimati per la sola Regione Toscana, si aggirano intorno ai 216,4 milioni di euro l'anno di cui 44,6 milioni di euro rappresentano costi diretti e 104,1 milioni di euro costi indiretti non sanitari. I restanti 67,6 milioni di euro sono, invece, i costi indiretti per le prestazioni previdenziali erogate e per le perdite di produttività dovute alle assenze da lavoro del paziente.

L'Unità operativa di reumatologia dell'AouP rappresenta un polo d'eccellenza e un importante riferimento per Pisa e per l'intera Regione grazie a una struttura di prim'ordine e alla collaborazione di un team multidisciplinare di professionisti. Per tale motivo, recentemente, è stato istituito presso la struttura un ambulatorio dedicato all'artrite reumatoide, per seguire questi pazienti in maniera specifica sia clinicamente sia attraverso un percorso diagnostico.

**Emanuela Del Mauro**  
Ufficio stampa Aou di Pisa

**Ambulatorio dedicato e team multidisciplinare**

### IN BREVE

▼ PISA

Dal 31 maggio al 1° giugno si è tenuto a Pisa l'ottavo congresso internazionale sull'osteoporosi indotta da glucocorticoidi (Gio) e da altri farmaci. Il congresso è stato organizzato da Claudio Marcocci, direttore dell'Uo Endocrinologia 2 dell'Aou di Pisa, che si occupa da tempo delle malattie metaboliche dell'osso promuovendo convegni nazionali e internazionali. Il meeting ha rappresentato un interessante focal point sull'argomento e ha fornito ai partecipanti tutti gli aggiornamenti sui patogenesi, diagnosi e terapia, sia dell'osteoporosi indotta da glucocorticoidi che da altri farmaci. Sono state inoltre discusse le nuove linee guida di consenso per la gestione del paziente in terapia con cortisonici e hanno partecipato personalità di rilievo internazionale nello studio delle patologie riguardanti il metabolismo fosfo-calcico.

▼ LIVORNO

Il Dipartimento di Chirurgia della Asl 6 ha superato il severo esame della Commissione regionale per l'accreditamento delle strutture sanitarie. L'approvazione della Commissione porta a compimento una preparazione lunga e complessa, anche in considerazione del numero elevato di strutture di chirurgia generale e specialistiche che compongono il Dipartimento, che ha passato al setaccio formazione del personale, procedure seguite e modalità operative dell'offerta chirurgica aziendale. Il percorso che ha coinvolto tutti gli operatori si è basato sull'autoanalisi critica dell'organizzazione dell'attività e l'attenta elaborazione dei protocolli operativi seguiti permettendo di evidenziarne i punti deboli e modificarli allineandosi con quanto richiesto per soddisfare requisiti di eccellenza.

▼ AREZZO

È il regalo di Natale che la Croce bianca di Arezzo fa alle comunità di Sestimo e Badia Tedalda. Alla vigilia del 25 dicembre scorso, in una serata trasmessa da Teletruria nel corso della quale si esibivano i medici aretini come cantanti nell'ambito del Social Festival, la Croce bianca organizzò una raccolta fondi con una sottoscrizione a premi. Il ricavato è stato utilizzato per acquistare un defibrillatore semiautomatico che il 6 giugno presso la storica sede di via dell'Anfiteatro ad Arezzo, è stato consegnato dal presidente della Croce bianca e dal presidente della fondazione Ceaspino di Arezzo al sindaco di Sestimo. Nell'occasione il direttore del 118 Massimo Mando con i suoi collaboratori medici e infermieri, ha illustrato le modalità di uso di questo strumento, essenziale in presenza di un arresto cardiaco.

▼ SIENA

Prestigioso premio internazionale alla ricerca senese nel settore delle neuroscienze. Per la prima volta, presso le "Examination Schools" dell'Università di Oxford, un'apposita commissione ha conferito il premio "Young Investigator Prize" a un giovane medico senese, Matteo Feurra, che conduce studi sulla stimolazione cerebrale non invasiva mediante applicazione di campi elettrici alternati, finanziati dalla Salute, nei laboratori di Neurologia e Neurofisiologia Clinica del Dipartimento di Scienze Neurologiche e Neurosensoriale del Santa Maria alle Scotte di Siena. «È un riconoscimento molto importante alla nostra ricerca - spiega Alessandro Rossi, direttore del Dipartimento senese - perché questo premio viene conferito a chi si è distinto per originalità e innovazione negli studi sulle funzioni superiori del cervello umano».



# NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

Cure palliative, un riparo sicuro  
 di calore umano e scienza medica

La legge 38/2010 tutela l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.



Regione Toscana



Ministero della Salute  
[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)



CONFERENZA DELLE REGIONI  
 E DELLE PROVINCE AUTONOME