

La priorità è ottimizzare le risposte

Andrea Fagiolini *

Il bisogno di salute mentale è in rapida crescita in tutto il mondo, anche in virtù dei cambiamenti sociali e demografici cui stiamo assistendo. L'Organizzazione mondiale della Sanità ha calcolato che il peso delle malattie mentali in termini di disabilità è attorno al 12,5% del totale, percentuale che è probabilmente sottostimata e destinata ad aumentare negli anni a venire, con recenti studi che già riportano percentuali raddoppiate e identificano nelle malattie neuropsichiatriche il poco invidiabile primato di principale causa di disabilità.

La politica di salute mentale in Toscana intende dunque fornire attenzione e risposte ai nuovi e vecchi bisogni dei cittadini, per erogare i migliori interventi disponibili in campo di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale, personalizzazione ed educazione sanitaria. In periodi in cui le risorse possono difficilmente aumentare in modo proporzionale a quanto aumenta il bisogno di tutela e cura della salute mentale, sarà indispensabile ottimizzare le risorse esistenti, auspicando il loro mantenimento.

Sarà a esempio necessario continuare gli sforzi per ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi, con l'obiettivo di garantire la migliore continuità

CONTINUA A PAG. 2

PSICHIATRIA

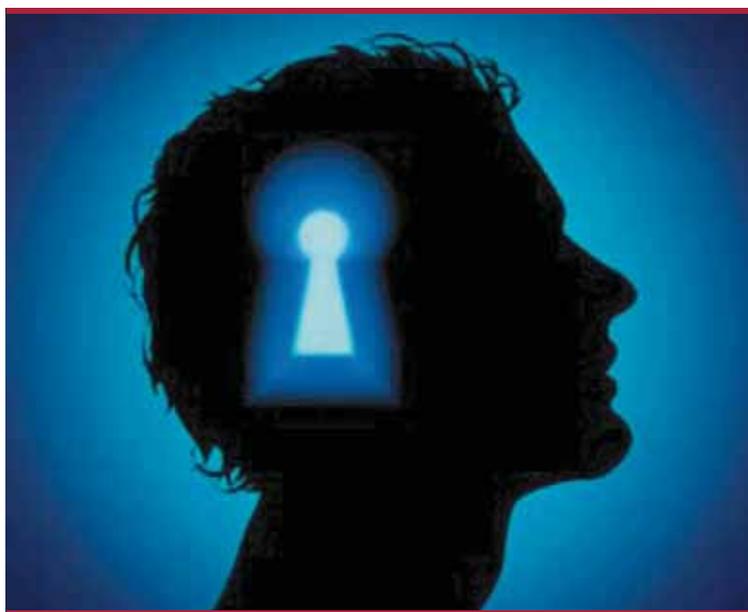
Il punto sui servizi territoriali: in aumento utenti e uso di antidepressivi

Cure mentali, cercasi standard

La sfida per il futuro: riconoscere il disagio per prevenire la malattia

Il convegno "Quanto la persona è al centro della cura", organizzato lo scorso 30 novembre dal Coordinamento toscano delle associazioni per la Salute mentale in collaborazione con la Regione Toscana, ha consentito anche quest'anno un ampio confronto tra familiari, utenti, direzioni delle aziende Usl, professionisti dei dipartimenti di Salute mentale e Regione Toscana sui temi della salute mentale. Un confronto sereno e costruttivo, sempre più necessario per evitare sprechi e inefficienza e per andare verso un sistema organizzato per rispondere con appropriatezza ai bisogni di salute mentale della popolazione. Alla base delle riflessioni comuni vi sono le esperienze vissute da cittadini utenti e familiari che, organizzati in associazioni, presentano osservazioni e proposte e sono di forte stimolo al miglioramento dei servizi di salute mentale. A queste si affianca la condivisione dei dati, indispensabile per valutare cosa si fa, come e con quali risorse per programmare al meglio le attività. I dati a disposizione, analizzati dall'Agenzia regionale di Sanità, in collaborazione con il Settore Servizi alla persona sul territorio forniscono, in continuità con lo scorso anno, un quadro d'insieme abbastanza ampio, anche se da migliorare nella qualità e completezza delle informazioni.

Nel 2011 si sono rivolti ai servizi territoriali 77.922 utenti di cui 25.038 minorenni e 52.884 maggiorenni. Di questi il 33,5% risultano nuovi utenti. A fronte di un costante aumento del numero di utenti, si riduce il ricorso alla psicoterapia, dal 14,3% del 2007 al 10,7 nel 2011. L'andamento dei ricoveri ospedalieri presenta complessivamente una tendenza in diminuzione con un trend in aumento tra gli stranieri e i minori. È confermato l'aumento del consumo dei farmaci antidepressivi, mentre l'uso degli antipsicotici tende a ridursi, con valori inferiori alla media nazionale. Tra il personale che opera nei servizi di salute mentale il profilo professionale più rappresentato è quello infermieristico (36%) se-



ALLA REGIONE IL "G-CLOUD AWARD"

Premio toscano sulla nuvola informatica

Trasferiti in sicurezza pagamenti on line e fascicolo sanitario elettronico

La Regione Toscana ha ottenuto il "G-Cloud Award", riconoscimento nazionale che premia le migliori esperienze realizzate dalla pubblica amministrazione in ambito di cloud computing (nuvola informatica). Un premio che mostra un lavoro partito da lontano e che riguarda anche il sistema sanitario.

Risale infatti al 2002 la prima sperimentazione toscana in questo campo: il data-center Tix (Tuscany internet eXchange) che oggi è divenuto il punto di riferimento della Pa nell'intero territorio regionale per l'erogazione dei servizi informativi integrati. Il cloud toscano ospita, oggi, tutte le infrastrutture abilitanti della Rete telematica regionale toscana (Rtrt) necessarie per una inter-operabilità, in condizioni di sicurezza, dei sistemi informativi e delle piattaforme di servizio: pagamenti on line, fascicolo sanitario elettronico, conservazione a norma, sportello per i servizi alle imprese. Presso il Tix saranno presto trasferite tutte le infrastrutture informatiche di ogni Asl.

Aderiscono a Rtrt la Regione, gli enti e le agenzie regionali, gli enti e le aziende sanitarie pubbliche, i Comuni singoli o associati, le Province, i circondari. Fanno altresì parte della Rete le università, gli istituti ed enti di ricerca, le amministrazioni periferiche dello Stato, i soggetti del Servizio socio-sanitario regionale, le aziende di servizi pubblici locali, le camere di commercio e le altre autonomie funzionali, le categorie economiche e le libere professioni.

guito dal medico (16%) e dall'operatore socio-sanitario (15%); gli educatori professionali sono il 12%, gli psicologi il 7%. Nel 2011 la spesa è stata di oltre 261 milioni di euro, con un incremento della quota destinata ai Servizi territoriali e una diminuzione di quella ospedaliera.

Dai dati emerge una variabilità delle Aziende su molti indicatori, ciò richiederà un impegno verso una formazione e un'organizzazione più omogenee e lo sviluppo di linee guida e pratiche cliniche basate su prove di efficacia. Da sottolineare inoltre la necessità di implementare il monitoraggio e la valutazione routinaria di processo e di esito anche attraverso l'individuazione di nuovi indicatori, condivisi tra i vari stakeholder, per valutare i percorsi di cura, l'appropriatezza delle prestazioni e gli esiti. L'obiettivo è quello di garantire che le risorse siano utilizzate in modo efficiente e congruo per assicurare percorsi di assistenza basati su progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati diretti alla recovery e non al contenimento del disturbo, in modo da contrastare la cronicità. Occorrerà rafforzare le reti relazionali, affettive, sociali e lavorative all'interno dei percorsi di cura e nella comunità. Riconoscere il disagio per prevenire la malattia sarà inoltre la sfida futura: orientare i servizi alla presenza articolata nella comunità, alla collaborazione con i medici delle Cure primarie, all'intervento precoce e proattivo.

Azioni complesse che richiedono motivazione, competenze e capacità di collaborare. Un impegno concreto a proseguire insieme, ognuno con il proprio ruolo e responsabilità, nella consapevolezza che il benessere e la salute mentale delle persone sono un bene irrinunciabile per una comunità.

Piero Salvadori

Settore Servizi alla persona sul territorio Regione Toscana

Marzia Fratti

Po Politiche integrate per la promozione e la tutela della salute mentale Regione Toscana

CONTROCANTO

Tagliare le attese per l'età evolutiva

Gemma Del Carlo *

Al convegno ho presentato la valutazione delle Associazioni di familiari e utenti (www.coordinamentotoscanosalutementale.it) e dopo aver introdotto i suoi scopi ho parlato del percorso avviato con la Regione Toscana, iniziato con il Presidente Rossi e continuato con gli attuali Assessori. La collaborazione in atto da anni con la

Regione è stata formalizzata con la delibera Dgrt n. 404 del 14/05/2012 e il protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Coordinamento firmato il 5/07/2012. È stato formalizzato un protocollo tra Cnr di Pisa e Coordinamento per produrre un sito web dedicato alla Salute mentale.

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Diagnostica, un tetto al contributo

La Giunta regionale toscana ha deciso di stabilire un tetto per la contribuzione richiesta a ogni paziente per la copertura delle spese destinate alla digitalizzazione delle procedure di diagnostica per immagini (non esentato ai sensi della Delibera Gr 808/2012, previsto dalla Deliberazione della Gr 753/2012). Tale contribuzione è dovuta fino a un massimo di euro 30,00 nell'arco dell'anno solare. Si tratta di un provvedimento adottato al fine di tutelare i pazienti che, per fini diagnostici o di follow up, necessitano di ricorrere più frequentemente a tali prestazioni. (Delibera n. 1001 del 19/11/2012)

Più controlli sull'appropriatezza

La Regione ha deciso di assumere iniziative tese a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e l'omogeneità dei comportamenti tra le diverse aziende sanitarie, con particolare riferimento alle prestazioni erogate da soggetti diversi dall'Azienda sanitaria territoriale di appartenenza del paziente. Secondo quanto deciso, l'attività di controllo sarà demandata a un apposito gruppo tecnico, costituito presso ciascuna Area vasta, il quale avrà il compito di accertare, mediante verifiche campionarie condotte sulle cartelle cliniche, determinati aspetti come l'appropriatezza del setting assistenziale. (Delibera n. 1005 del 19/11/2012)

ALL'INTERNO

Pistoia al top in diabetologia

A PAG. 3

Bambini: focus sulla continuità

A PAG. 4-5

Gli under 14 «sani» ma pochi

A PAG. 6

EMERGENZA Si è insediato l'organismo permanente per la gestione di ambulanze&Co.



Trasporti, al via la Conferenza

Ssr e associazioni di volontariato definiranno insieme piani e obiettivi

Prosegue il percorso di attuazione della legge regionale n. 70 del 30 dicembre 2010, la disciplina di riorganizzazione del sistema dei trasporti sanitari di emergenza-urgenza con la quale la Regione Toscana ha inteso superare il vecchio assetto disciplinato dall'accordo quadro regionale, consolidando comunque la già buona qualità dei servizi resi al cittadino in condizioni di emergenza-urgenza.

È stata infatti costituita, con il decreto del presidente della Giunta regionale n. 193 del 31 ottobre 2012, la Conferenza regionale permanente, con funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica del sistema sanitario di emergenza-urgenza territoriale. Ne fanno parte l'assessore regionale al Diritto alla salute, i tre coordinatori dei Comitati di Area vasta, il responsabile dell'Osservatorio permanente del sistema di emergenza-urgenza, il responsabile del Coordinamento regionale delle centrali operative 118, i legali rappresentanti dei due organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato, ovvero la Confederazione nazionale misericordie d'Italia - Conferenza regionale della Toscana e l'Associazione nazionale pubbliche assistenze - Comitato regionale toscano e il legale rappresentante del Comitato regionale della Croce rossa italiana.

La Conferenza regionale permanente, insediata ufficialmente l'8 novembre scorso,



so, rappresenta un organismo di valenza strategica per la gestione del sistema toscano dei trasporti. Tale organismo ha il compito di definire le linee di indirizzo per la programmazione aziendale e per l'elaborazione dei piani annuali attuativi locali, curando, al contempo, l'istruttoria per tutte le richieste di chiarimenti interpretativi pervenute da parte dei soggetti operanti nel sistema. Rientrano, inoltre, nelle funzioni

della Conferenza anche la definizione di linee di indirizzo per la ripartizione delle risorse economiche - definite dalla Giunta regionale - fra le aziende sanitarie e per le azioni di monitoraggio degli obiettivi che le aziende sanitarie, tramite il piano attuativo e operativo locale, assegnano alle associazioni.

Nell'ottica della migliore governance e della tenuta generale di un così articolato e

complesso sistema, la Conferenza regionale permanente assume anche il compito di proporre alla Giunta regionale l'adozione di specifiche linee guida per favorire, sull'intero territorio regionale, l'uniforme applicazione del budget fra tutti i soggetti del sistema medesimo al fine del conseguimento di obiettivi comuni per l'appropriatezza di ciascun intervento svolto, nonché per l'ottimizzazione e il rispetto del budget assegnato a ciascuna associazione.

L'istituzione della Conferenza regionale permanente ben rappresenta quel "modello toscano" nel quale espressioni organizzate della società civile diventano soggetto attivo, sia nella programmazione che nella gestione dei servizi di pubblica utilità, quale quello del trasporto sanitario.

Il lavoro fin qui svolto è stato cospicuo e importante, l'alto livello raggiunto oggi dal sistema toscano di soccorso territoriale è senz'altro il risultato dell'integrazione virtuosa e dell'impegno sinergico di tutti i suoi attori; ora si tratta di affrontare la nuova sfida, cioè quella di consolidare l'esistente e di ricercare tutte le azioni di innovazione che possono essere finalizzate a un'ulteriore crescita del sistema medesimo.

Silvia Montelatici e Fabio Arnetoli

Settore Servizi alla persona sul territorio Regione Toscana



GEOTERMIA E SALUTE IN TOSCANA, MOLTE CONFERME E ALCUNE NOVITÀ

Pur con qualche novità, gli aggiornamenti dello studio condotto dall'Ars Toscana e dal Cnr di Pisa nei comuni geotermici del territorio regionale confermano molti dei risultati dello studio originario che, nel 2010, aveva evidenziato criticità sanitarie soprattutto nell'area geotermica amiatina, meno in quella tradizionale pisana di Larderello. Pur non rilevando un ruolo significativo della geotermia come causa degli eccessi riscontrati di malattie, alcuni aspetti sanitari suggerivano l'opportunità di approfondimenti e di un ulteriore monitoraggio in Toscana, che annovera una tradizione storica nello sfruttamento dell'energia geotermica, in particolare per la produzione di energia elettrica.

I nuovi dati, presentati al seminario "Geotermia e salute. L'esperien-

za neozelandese e toscana", organizzato a Firenze a fine ottobre dall'Agenzia regionale di Sanità della Toscana (Ars), confermano gli eccessi di problemi di salute, soprattutto nei maschi dell'area geotermica amiatina (senese e grossetana) e la migliore salute, invece, dei maschi dell'area geotermica pisana. Rispetto al primo studio, scompaiono alcuni eccessi, come rilevato nell'area geotermica pisana per i tumori dell'apparato linfematoipoiatico nelle femmine e per le malattie neurologiche nei maschi. Ne compaiono però altri, come quelli per le malattie cardiovascolari nell'area amiatina. Di particolare attenzione è la conferma del dato relativo all'eccesso di insufficienza renale.

Relativamente alle attività di monitoraggio della qualità dell'aria e dell'acqua potabile condotte dagli enti competenti (Arpat e Aziende sanitarie), le criticità rilevate nel passato per alcuni parametri, in particolare

per l'arsenico nell'acqua, adesso non sono più evidenzabili. Per l'aria si confermano alcune differenze tra le aree geotermiche nei livelli di alcuni inquinanti, mai comunque al di sopra dei valori limite per la salute.

Nel corso del seminario organizzato da Ars sono anche stati presentati in anteprima i risultati preliminari di uno studio internazionale condotto da Michael Bates e Bruce Reed, epidemiologi dell'Università della California (Usa), per il governo americano a Rotorua in Nuova Zelanda. Rotorua è un'isola vulcanica dove vive la popolazione più ampia al mondo (60mila persone) esposta a emissioni naturali geotermiche ricche di acido solfidrico. I dati preliminari di questo importante studio sono rassicuranti e non mostrano, allo stato attuale delle analisi, particolari criticità né per l'asma, né per alcune funzioni cerebrali (memoria, umore e prestazioni intellettive). Per quanto riguarda l'asma, l'esposizione ad aci-

do solfidrico, fino a certi livelli, sembra essere addirittura protettiva. Nei prossimi mesi saranno disponibili dati più dettagliati di questo studio, che prevede anche la valutazione dei potenziali effetti dell'esposizione cronica a acido solfidrico su funzionalità polmonare e visiva e sul sistema nervoso in un campione di 1.640 abitanti.

I ricercatori toscani e l'epidemiologo Michael Bates hanno deciso di avviare una collaborazione scientifica per approfondire i risultati dei rispettivi studi. In Toscana infatti, nonostante i risultati siano ancora in linea con l'ipotesi che le emissioni geotermiche abbiano un ruolo del tutto marginale negli eccessi delle malattie, questi non consentono tuttavia di ridurre l'attenzione, la sorveglianza e gli interventi, soprattutto nell'area geotermica amiatina.

Daniela Nuvolone

Funzionario di ricerca ARS Toscana

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

Questo è l'ottavo convegno che si ripete puntuale dal 2005 e vede il Coordinamento allo stesso tavolo con la Regione, Aziende sanitarie locali e Comuni per programmare e verificare l'effettiva applicazione delle leggi regionali previste, pienamente condivise dalle associazioni, ma poco applicate sul territorio. Ho espresso la preoccupazione per l'attuale periodo di crisi e non ho nascosto l'elenco delle criticità emerse nei 12 incontri territoriali organizzati con la Regione per preparare l'evento: i dati di attività inviati dalle Aziende presentano gravi discordanze, superabili attraverso un unico sistema informatico che faccia pervenire i dati "real-time" alla Regione senza passaggi intermedi, utilizzando in modo migliore le risorse umane.

All'incontro è stato poi elencato cosa dovrebbero contenere i dati per la Salute mentale, come utilizzare i mezzi informatici per tracciare la storia dei pazienti e facilitare il percorso con il medico di famiglia e pediatra, ma anche l'esigenza di ridurre le lunghe liste di attesa per l'età evolutiva, per la quale è essenziale intervenire per tempo evitando successive complicanze. Si è riscontrato un elevato numero di ricoveri ospedalieri ed è stato chiesto di ridurli e aumentare l'assistenza territoriale. È stata denunciata la mancanza di dati sull'attività socio-assistenziale, sono state riscontrate difficoltà nella collaborazione tra Comuni e Aziende. È stata sollecitata la chiusura dell'Opg di Montelupo, è stata

ribadita l'importanza del progetto individuale e personalizzato e della valutazione degli interventi, la condivisione dell'Empowerment dell'utente nella salute mentale dell'Oms e le difficoltà tra Dsm e Sert. Per ciò che riguarda gli inserimenti lavorativi, si intravedono buone prospettive nell'agricoltura sociale.

Alcuni utenti hanno poi denunciato inefficienze del servizio di Salute mentale di Firenze, ed è stata ribadita l'importanza di cambiare cultura, modo di pensare e di lavorare in rete, così da impedire che i percorsi di cura favoriscano la cronicizzazione.

* Presidente del coordinamento toscano delle Associazioni per la Salute mentale

La priorità è ottimizzare... (segue dalla prima pagina)

La priorità è ottimizzare... (segue dalla prima pagina) *tà e unitarietà delle cure, attraverso una maggiore integrazione delle risorse e competenze professionali, scientifiche e formative. A esempio, sarà opportuno favorire la continuità tra i servizi di Salute mentale dei bambini e adolescenti con quelli degli adulti, così come sarà opportuno promuovere il coordinamento tra i servizi di salute mentale erogati dalle Aziende sanitarie locali e quelli erogati dalle Aziende universitarie.*

Nella stessa ottica, i servizi di salute mentale potranno essere sempre più in sinergia operativa con quelli di prevenzione e cura per le tossicodipendenze.

Tali integrazioni, da effettuarsi mantenendo la professionalità e specificità delle varie unità e servizi, dovranno essere regolate

da parametri di valutazione e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della capacità di perseguire i principi di base dei servizi di Salute mentale, volti alla completa e incondizionata tutela del diritto alla salute e alle cure, al rapido e facile accesso alle cure più appropriate, alla continuità assistenziale, alla promozione della destigmatizzazione, dell'innovazione e della partecipazione dei pazienti e dei loro familiari all'intero percorso di cura, con il rispetto della libertà e il diritto a scegliere i trattamenti più graditi, nell'ambito di quelli appropriati e disponibili.

* Coordinatore Commissione Regione Toscana per il Governo clinico della Salute mentale

SSR AI RAGGI X Il Programma nazionale esiti premia l'Unità piede diabetico dell'Asl 3

Pistoia, diabetologia al top



Ha il più basso numero di amputazioni - Multidisciplinarietà vincente

L'Unità operativa di diabetologia - Unità del piede diabetico - dell'azienda Usl 3 di Pistoia, diretta da Roberto Anichini, è diventata un'eccezione a livello regionale e nazionale. Nella nuova classifica del ministero della Salute, nel "Programma nazionale esiti" (gestito da Agenas - Agenzia nazionale servizi sanitari), che contiene la valutazione delle attività in tutti gli ospedali italiani, l'azienda sanitaria pistoiese ha l'esito più favorevole, rispetto alla media nazionale sui ricoveri ospedalieri per amputazione degli arti inferiori ai pazienti diabetici (solo 0,04 pazienti su ogni 1.000 abitanti). Nella Regione Toscana, con lo stesso indicatore, l'Asl 3 è al secondo posto. Il positivo risultato, che ha evitato a tanti pazienti invalidità permanenti, è frutto di un percorso iniziato tredici anni fa: già nel 1999 la Unità operativa aveva messo a punto un programma

di prevenzione e trattamento che potesse ridurre le lesioni del piede diabetico. Nel 2007 la pubblicazione del primo studio, durato cinque anni, e presentato a congressi internazionali, evidenzia che le linee guida applicate a Pistoia non solo riducono tante complicanze legate alla malattia diabetica (cardiopatie, insufficienza renale, cecità ecc...) ma evitano la temibile mutilazione degli arti inferiori. Il progetto pistoiese negli anni viene implementato attraverso la creazione di un team di assistenza multidisciplinare costituito dal diabetologo, l'infermiere specializzato, il podologo, il chirurgo ortopedico e il cardiologo.

Alla riduzione delle amputazioni oggi concorrono, con una organizzazione poliprofessionale, anche l'unità operativa diagnostica e interventistica del cuore e dei vasi diretta da Comeglio attraverso la delicata procedura di rivascolarizzazione e l'unità operativa di



L'Uo diretta da Roberto Anichini

Ortopedia, ora diretta da Giuseppe Maffei, nel trattamento precoce chirurgico integrato con la diabetologia. Di recente, inoltre, il progetto complessivo ha avuto un ulteriore sviluppo, e si è rafforzato anche a livello territoriale: in collaborazione con i medici di medicina generale è stato attivato il

Chronic care model (Ccm), il nuovo modello assistenziale che garantisce ai pazienti di essere seguiti dagli operatori nel loro percorso di prevenzione, vigilanza attiva e cura.

Con il Ccm l'anno scorso l'Asl 3 ha attivato sul territorio dieci ambulatori dedicati alla cura del diabete dove, con

il coinvolgimento di 61 medici di medicina generale sono stati presi in carico più di 7.000 assistiti. Il Ccm è perfettamente integrato con le strutture specialistiche ospedaliere. Anichini riferisce che in questo modo nell'azienda pistoiese tutti i pazienti diabetici (circa 14.000) vengono valutati, per il loro rischio ulcerativo al piede, almeno una volta all'anno.

La riduzione dell'incidenza delle lesioni (siamo passati da 340 nell'anno 2004 a 186 nel 2011) è stata ottenuta anche attraverso la promozione di programmi educativi realizzati in collaborazione con le associazioni di volontariato e con lo sviluppo del Progetto di Attività fisica adattata (studio del 2007 anche questo promosso dalla unità operativa di diabetologia su 80 pazienti diabetici). Anche la creazione di un data base integrato aziendale dopo il 2011, che conserva tutti i dati clinici dei pazienti

ha contribuito a controlli più personalizzati che hanno contribuito a migliorare le cure. Recentemente, inoltre, con l'individuazione di specifici tragitti organizzativi si è rafforzata la pratica dell'autocontrollo domiciliare della glicemia in tutti i pazienti diabetici in base alle loro reali necessità e seguendo precise modalità e procedure: una pratica, questa, ormai fondamentale e indispensabile perché con l'autocontrollo il malato diabetico viene orientato a gestire autonomamente a domicilio la terapia.

La diabetologia della Asl 3 ha anche già realizzato il Nuovo Piano diagnostico e terapeutico aziendale per il piede diabetico nella prospettiva del nuovo ospedale di Pistoia dove i pazienti saranno curati secondo il modello per intensità di cura.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

GLI INFERMIERI

«In prima linea nell'educazione»

L'infermiere nell'ambulatorio del piede diabetico si occupa di educazione e prevenzione nei confronti di tutte le persone che accedono presso le strutture di diabetologia per la prima volta.

Il ruolo educativo dell'infermiere deve essere finalizzato soprattutto alla prevenzione primaria dei fattori di rischio, attraverso una maggiore aderenza del paziente alla cura e igiene del piede. Promuovono il mantenimento della salute dei piedi identificando i problemi a ogni stadio, implementando le pratiche di autocura e inviando i pazienti ad alto rischio alla consulenza specializzata del podologo.

Si occupano delle medicazioni semplici e complesse utilizzando anche tecniche

avanzate che permettono di mantenere la medicazione in situ per più giorni, così da consentire al paziente di accedere in diabetologia per la medicazione successiva in tempi più lunghi e quindi contribuendo, in modo positivo, alla riduzione dei pesanti costi diretti e indiretti legati al trattamento del piede diabetico. L'attività dell'infermiere va a completare il lavoro dell'équipe multidisciplinare per migliorare la qualità di vita dei soggetti con diabete, afferenti alle nostre strutture diabetologiche.

Rossella Picciafuochi
e Milva Lazzeretti

A nome degli infermieri delle strutture diabetologiche Asl 3 Pistoia e Pescia

I PODOLOGI

«Cure continue e scarpe ad hoc»

Il ruolo del podologo all'interno delle strutture diabetologiche della Asl 3 è quello di "educare" i pazienti diabetici afferenti all'Ambulatorio sulla cura e igiene del piede, attraverso attività di prevenzione primaria e secondaria. In occasione del "primo accesso" in diabetologia, a tutti quei pazienti con deformità del piede con arteriopatia obliterante arti inferiori e/o neuropatia periferica, ma in assenza di lesioni ulcerative agli arti inferiori si effettua la prevenzione primaria, mentre la secondaria è rivolta ai pazienti con storia pregressa di lesioni e/o amputazioni.

Il podologo partecipa, in collaborazione con le altre figure dell'équipe multidisciplinare, all'attività di trattamento delle lesioni del piede diabetico; inoltre fornisce indica-

zioni sulla tipologia di calzatura più adeguata per i soggetti con piede a rischio ulcerativo, ma senza lesioni (prevenzione primaria) e per i soggetti con pregresse ulcerazioni e/o amputazioni minori (prevenzione secondaria). Dai dati estrapolati dalla Ce Eurotouch® dal 2008 al 2011 a Pistoia si evidenziano una diminuzione del numero dei pazienti afferenti alla struttura per eventi acuti (da 308 pazienti del 2008 a 186 pazienti del 2011) e un aumento del numero di prestazioni podologiche per pazienti senza lesioni (da 176 del 2008 a 922 del 2011).

Arianna Bernini
Marco Perini
Podologi

I CARDIOLOGI

«L'emodinamica aiuta le arterie»

L'Unità operativa di diagnostica e interventistica del cuore e dei vasi è costituita da una équipe di professionisti altamente specializzati (5 medici, 6 infermieri e 6 tecnici di radiologia), che da anni si occupa dell'esecuzione di procedure interventistiche cardiovascolari. Il laboratorio di emodinamica, fulcro dell'attività, è operativo 24 ore su 24 in tutti i giorni della settimana, in modo da garantire una risposta immediata nei casi urgenti, come nei pazienti con infarto miocardico acuto, in cui il fattore tempo è determinante. In questo ambito, grazie al coordinamento tra le varie strutture, la "rete per l'infarto" dell'Asl 3 ha raggiunto risultati di eccellenza assoluta nel panorama nazionale, come riportato dall'Agenas.

Forte dell'esperienza maturata nelle più avanzate tecniche interventistiche a livello cardiaco, l'Unità operativa ha negli ultimi anni esteso il proprio interesse ai distretti vascolari "periferici", e in particolare alla rivascolarizzazione del piede diabetico, una strategia terapeutica emergente di cui si sentiva particolare bisogno nella provincia. Si

tratta di procedure altamente specialistiche, effettuate in pochi centri di riferimento, che permettono la "riapertura" di arterie occluse anche per lunghi tratti, al fine di ripristinare un valido apporto di sangue alle zone con lesioni ischemiche (ulcere e necrosi). Un'efficace perfusione sanguigna è infatti un requisito indispensabile per poter ottenere la guarigione ed evitare l'amputazione.

A oggi, l'équipe ha effettuato circa 250 procedure di "rivascolarizzazione" delle arterie sotto il ginocchio, con un successo procedurale di oltre il 90% e una soddisfazione della richiesta, per i pazienti residenti nel bacino di utenza, dello stesso ordine di grandezza. Il follow-up di questi pazienti ha permesso di dimostrare la validità dell'approccio terapeutico effettuato, con una maggiore guarigione delle lesioni e conseguente cospicua riduzione della percentuale di amputazioni.

Marco Comeglio

Direttore Unità operativa diagnostica e interventistica del cuore e dei vasi

GLI ORTOPEDICI

«Prima tagliavamo, oggi salviamo»

Un tempo l'ortopedico veniva chiamato alla fine, quando la gamba ormai in gangrena era da amputare. Oggi che il piede diabetico viene affrontato da un team multidisciplinare, l'ortopedico - o meglio il chirurgo del piede con specifica competenza nel trattamento del piede diabetico - è uno dei componenti del team che lavora per salvare il piede ammalato.

L'ambulatorio del piede diabetico coordina i vari professionisti. Dopo l'eventuale rivascolarizzazione periferica, fondamentale per la guarigione delle ferite, comprese quelle chirurgiche, interviene l'ortopedico. L'intervento chirurgico può essere preventivo, cioè indirizzato alla correzione di deformità del piede, che nel tempo potrebbero portare a ulcere e altre lesioni a rischio, ma più spesso è curativo di lesioni già in atto, come ulcere, focolai osteomielitici digitali o di porzioni più ampie del piede e gangrene. Spesso occorre operare d'urgenza per drenare flemmoni, che mettono a repentaglio il piede o l'arto: in questi casi il diabetologo contatta l'ortopedico per intervenire im-

mediatamente e lo affianca in sala operatoria per uno scambio più approfondito di competenze.

Durante il follow up è invece l'ortopedico a recarsi nell'ambulatorio diabetologico per valutare insieme al team l'evoluzione del piede operato. L'ortopedico collabora anche in ambiti non chirurgici, come per esempio nel confezionamento di apparecchi di scarico in vetroresina per le ulcere neuropatiche o per il piede di Charcot. Se nel passato all'ortopedico veniva richiesto di amputare, oggi viene richiesto di trattare per salvare: questa è una sfida stimolante, che necessita di alta competenza, poiché spesso le tecniche chirurgiche e l'approccio al piede diabetico sono diversi da quelli standard, i numerosi convegni internazionali dove i superspecialisti confrontano tecniche e risultati lo dimostrano.

Giuseppe Maffei

Direttore unità operativa ortopedia e traumatologia
Daniela Fusilli

Ortopedico specialista in chirurgia del piede

DOCUMENTI Accordo di collaborazione Regione-Salute nell'ambito del programma 2011 del Centro prevenzione e controllo delle malattie



Bimbi, cure continue ospedale-territorio

Il progetto pediatrico affidato al Meyer con un contributo per la gestione amministrativa di 65mila euro

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo il testo della delibera n. 1044 sull'accordo di collaborazione tra il ministero della Salute e la Regione Toscana per lo svolgimento delle attività del progetto «Continuità assistenziale ospedale/territorio in ambito pediatrico».

LA GIUNTA REGIONALE

PreMESSO: - che la Regione Toscana, nell'ambito del programma di attività per l'anno 2011 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie - Ccm, all'interno dell'ambito operativo inerente all'area "Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di guadagnare salute", ha proposto al Ccm il progetto "Continuità assistenziale ospedale-territorio in ambito pediatrico" per una spesa prevista di euro 65.000,00;

- che il ministero della Salute - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) - con nota n. DGPREV/0024641-P-03. 1.6.a del 3 novembre 2011, ha comunicato l'avvenuta approvazione del progetto esecutivo "Continuità assistenziale ospedale-territorio in ambito pediatrico" proposto dalla Regione Toscana e l'assegnazione del relativo finanziamento di euro 65.000,00 necessario per la sua realizzazione;

- che è stato regolarmente sottoscritto l'Accordo di collaborazione tra il ministero della Salute e la Regione Toscana che regola i rapporti per lo svolgimento delle attività del progetto "Continuità assistenziale ospedale-territorio in ambito pediatrico" che si allega;

Preso atto che il ministero della Salute con nota DGPREV/Pf.3.a.d/2011/537/3469 del 17 febbraio 2012 ha comunicato l'avvenuta formalizzazione in termini di legge dell'Accordo di collaborazione tra il Ministero stesso e la Regione Toscana, con relativa autorizzazione della spesa di euro 65.000,00;

Dato che l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer è l'unica unità operativa coinvolta nella gestione di tutte le azioni e delle fasi previste dal progetto;

Atteso che, attraverso l'unità operativa Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, il progetto si propone di:

- gestire, per i pazienti in età pediatrica, il percorso di assistenza dal ricovero e dalla dimissione dall'ospedale al rientro al proprio domicilio, come un unico episodio longitudinale;
- valutare tempestivamente i bisogni assistenziali del bambino e della famiglia;
- attivare la rete territoriale per garantire la presa in carico del bambino fin dalla fase della segnalazione/diagnosi;
- effettuare la valutazione multidimensionale in collaborazione con il territorio (Pis, Adi);
- definire in modo dettagliato il Piano di Dimissione 24 ore prima dalla dimissione stessa;

- fornire i principali supporti educativi ai bambini e alla famiglia per una collaborazione attiva e sicura nella gestione del piano assistenziale;

- valutare e certificare prima della dimissione le competenze del bambino/famiglia relative all'autogestione;

- costruire un data-base per la rilevazione di informazioni quali-quantitative, di processo e di esito;

Preso atto, altresì, che il finanziamento ministeriale, in base all'art. 6 dell'Accordo di collaborazione di cui sopra, è assegnato alla Regione Toscana per le spese sostenute per la realizzazione del progetto;

Accertato che l'Accordo di collaborazione tra il ministero della Salute e la Regione Toscana, allegato al presente, che regola i rapporti per lo svolgimento delle attività del progetto "Continuità assistenziale ospedale-territorio in ambito pediatrico" ha durata biennale e che si rende pertanto necessario dare corso alle attività progettuali;

Ritenuto pertanto di assegnare all'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer la gestione finanziaria del progetto in quanto unica unità operativa coinvolta sia nella formazione sia nella gestione di tutte le azioni e le fasi previste dal progetto;

Considerato che le risorse pari a euro 65.000,00, assegnate dal ministero della Salute per il progetto sopra descritto, sono disponibili sul capitolo n. 26237 del bilancio gestionale regionale 2012;

Vista la Lr n. 67 del 27 dicembre 2011 "Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2012 e bilancio pluriennale 2012-2014" e successive modifiche;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 09 gennaio 2012, n. 2, con la quale è stato approvato il Bilancio gestionale 2012 e pluriennale 2012/2014 e successive modifiche;

a voti unanimi

DELIBERA

1. di prendere atto dell'Accordo di collaborazione sottoscritto tra il ministero della Salute e la Regione Toscana, allegato al presente atto, che regola i rapporti per lo svolgimento delle attività del progetto "Continuità assistenziale ospedale-territorio in ambito pediatrico";

2. di prendere atto che per la realizzazione del progetto di cui al precedente punto 1 il Ministero della Salute ha disposto in favore della Regione Toscana un finanziamento di euro 65.000,00;

3. di destinare le sopracitate risorse pari a complessivi euro 65.000,00 a favore dell' Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer in quanto unica unità operativa coinvolta sia nella formazione, sia nella gestione di tutte le azioni e le fasi previste dal progetto sopra descritto;

4. di prenotare pertanto a favore dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer la somma di euro 65.000,00 a valere sulla disponibilità del capitolo 26237 del bilancio gestionale regionale 2012;

5. di impegnare l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer ad attenersi alle disposizioni contenute nell'Accordo di Collaborazione sottoscritto tra il ministero della Salute e la Regione Toscana allegato al presente atto e a quanto previsto dal presente provvedimento;

6. di incaricare il competente settore della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale a provvedere all'assunzione degli impegni di spesa e di liquidazione in favore dell' Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, nonché all'adozione di tutti gli atti necessari per una concreta ed efficace attuazione dell'Accordo di collaborazione di cui al presente atto.

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
Direzione generale della prevenzione
Accordo di collaborazione

Premesso quanto segue

- che con la legge 26 maggio 2004, n. 138, è stato istituito presso il ministero della Salute il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle malattie (Ccm) che opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di Sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispes), con gli Istituti zooprofilattici sperimentali, con le Università, con gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della Sanità militare;

- che il Ccm opera con modalità e in base a programmi annuali approvati con decreto del ministro della Salute;

- che all'interno dell'area progettuale del programma di attività del Ccm per l'anno 2011, approvato con decreto ministeriale 27 maggio 2011, è stato individuato un ambito operativo inerente all'area Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della Prevenzione e di Guadagnare salute;

- che in tale ambito è stato proposto un progetto dal titolo "Continuità assistenziale ospedale-territorio in ambito pediatrico", approvato dai Comitati del Ccm;

- che la Regione Toscana vanta un'esperienza consolidata nel campo della presa in carico e assistenza dei pazienti pediatrici, e che pertanto tale esperienza risulta in linea con il progetto in oggetto;

- che pertanto la sopra citata Regione rappresenta un soggetto istituzionalmente competente per la realizzazione di tale progetto e che appare quindi opportuno avviare con esso una fattiva collaborazione;

- che pertanto è possibile procedere, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni e integrazioni, alla stipula di un accordo di collaborazione con la Regione Toscana al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del sopra citato progetto;

Considerato che è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione;

L'anno 2011, il giorno 19 del mese di dicembre

Tra

il ministero della Salute - Dipartimento della Sanità pubblica e dell'innovazione - Direzione generale della prevenzione - codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del capo del Dipartimento, dr. Fabrizio Oleari, nato a Suzzara (Mantova) il 20 gennaio 1950, di seguito "Ministero" e

la Regione Toscana, codice fiscale 01386030488, con sede in Firenze, Piazza Duomo, 10 rappresentata legalmente dall'Assessore al Diritto alla Salute Daniela Caterina Rita Scaramuccia nata a Ivrea (To) l'11 dicembre 1973, di seguito "Regione"

Si conviene quanto segue

Art. 1 - Oggetto dell'accordo

1. Il presente accordo è concluso, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni e integrazioni, per disciplinare lo svolgimento in collaborazione con la Regione delle attività di interesse comune finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo che costituisce parte integrante del presente accordo (allegato 1).

2. Durante lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo potranno essere apportate, previo accordo scritto tra le parti a firma dei legali rappresentanti, modifiche al progetto, a condizione che le stesse ne migliorino l'impianto complessivo.

3. Qualora la Regione, al fine di realizzare il progetto intenda avvalersi della collaborazione di Enti e/o Associazioni pubbliche e/o private non previste nel progetto, è tenuta a presentare al Ministero una richiesta di autorizzazione, nonché di variazione del piano finanziario, nella quale dovranno essere indicate le somme messe a disposizione dell'Ente e/o Associazione e le attività che da questo saranno svolte.

4. Resta fermo che le variazioni al progetto non devono comportare alcuna maggiorazione dell'importo complessivo del finanziamento.

Art. 2 - Efficacia. Durata. Proroga

1. Il presente accordo è efficace dalla data di comunicazione del Ministero dell'avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo da parte degli Organi di Controllo.

2. Le attività progettuali decorrono dal 15° giorno dalla data di comunicazione di cui al comma 1.

3. L'accordo ha durata di 24 mesi a decorrere dalla data di inizio attività di cui al comma 2. Tale durata potrà essere prorogata per un massimo di 12 mesi, previa formale e motivata richiesta della Regione da presentarsi almeno trenta giorni prima della data di scadenza dell'accordo. La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità e opportunità, non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 3 - Rapporti tecnici e rendiconti finanziari

1. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività di cui all'art. 1, la Regione, entro trenta giorni dalla scadenza di ogni semestre di attività, trasmette al

Ministero un rapporto tecnico sullo stato di avanzamento del progetto e un rendiconto finanziario che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute, utilizzando esclusivamente l'apposito modello allegato al presente accordo (allegato 2).

2. Entro sessanta giorni dalla scadenza dell'accordo, la Regione trasmette al Ministero un rapporto tecnico finale sui risultati raggiunti nel periodo di durata dell'accordo stesso e un rendiconto finanziario finale che riporti le somme impegnate e/o le spese sostenute per la realizzazione del progetto, utilizzando il predetto modello riportato in allegato 2 al presente accordo.

3. Il Ministero può richiedere in qualsiasi momento di conoscere lo stato di avanzamento del progetto e la Regione è tenuta a fornire i dati richiesti entro trenta giorni.

4. Le rendicontazioni finanziarie di cui ai precedenti commi dovranno essere redatte nel rispetto delle voci di spesa indicate nel piano finanziario originario, previsto nel progetto di cui all'allegato 1.

5. Il piano finanziario relativo al progetto, di cui all'allegato 1, potrà essere modificato una sola volta previa autorizzazione del Ministero che valuterà la sussistenza di ragioni di necessità e opportunità. La richiesta di variazione dovrà pervenire almeno 60 giorni prima della data di fine validità del presente accordo. La suddetta modifica sarà efficace solo successivamente alla registrazione del provvedimento di approvazione della richiesta da parte degli organi di controllo.

6. Ferma restando l'invarianza del finanziamento complessivo, per ogni voce di spesa del piano finanziario, originario o modificato, è consentito, senza necessità di autorizzazione, uno scostamento dell'importo non superiore al 10%.

7. Resta fermo che il Ministero rimborsare unicamente le somme effettivamente spese e/o impegnate documentate, e nel rispetto delle indicazioni di cui all'allegato 3 del presente accordo.

8. I rapporti tecnici e i rendiconti finanziari devono essere inviati al ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione - Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n. 5, 00144 Roma.

9. Il Ministero renderà accessibili detti rapporti tecnici al Comitato scientifico del Ccm per azioni di monitoraggio.

Art. 4 - Proprietà dei risultati del progetto

1. I risultati del progetto, ivi inclusi i rapporti di cui all'articolo 3, sono di esclusiva proprietà del Ministero. Il diritto di proprietà e/o di utilizzazione e sfruttamento economico dei file sorgente nonché degli elaborati originali prodotti, dei documenti progettuali, della relazione tecnica conclusiva, delle opere dell'ingegno, delle creazioni intellettuali, delle procedure software e dell'altro materiale anche didattico creato, inventato, predisposto o realizzato dalla Regione nell'ambito o in occasione dell'esecuzione del presente accordo, rimarranno di titolarità esclusiva del Ministero. Quest'ultimo potrà quindi disporre senza alcuna restrizione la pubblicazione, la diffusione, l'utilizzo, la vendita, la duplicazione e la cessione anche parziale di dette opere dell'ingegno o materiale, con l'indicazione di quanti ne hanno curato la produzione.

2. I documenti e i risultati di cui al comma 1 potranno essere utilizzati dietro espressa autorizzazione del Ministero, riportando l'indicazione: "Progetto realizzato con il supporto finanziario del ministero della Salute - Ccm".

Art. 5 - Referenti scientifici

1. Il referente scientifico della Regione assicura il collegamento operativo con il Ministero.

2. Il referente scientifico del Ministero assicura il collegamento operativo con la Regione nonché il monitoraggio e la valutazione dei rapporti di cui all'articolo 3.

3. Il Ministero e la Regione procederanno a individuare e comunicare i nominativi dei rispettivi referenti scientifici, contestualmente all'avvio delle attività.

Art. 6 - Finanziamento

1. Per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo è concesso alla Regione un finanziamento complessivo di € 65.000,00 (sessantacinquemila/00).

2. La Regione dichiara che le attività di cui al presente accordo non sono soggette a Iva ai sensi del Dpr n. 633 del 1972 in quanto si tratta di attività rientranti nei propri compiti istituzionali.

(...omissis...)

Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione Toscana.

(continua a pagina 5)

(segue da pagina 4)

3. Il finanziamento è concesso alla Regione al fine di rimborsare le spese sostenute per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo, come risultanti dai rendiconti finanziari di cui all'art. 3.

4. La Regione prende atto e accetta che il Ministero non assumerà altri oneri oltre l'importo stabilito nel presente articolo.

5. Il finanziamento di cui al comma 1 comprende anche eventuali spese di missione dei referenti scientifici di cui all'articolo 5.

6. La Regione prende atto che il finanziamento previsto per la realizzazione del progetto di cui al presente accordo, pari a € 65.000,00, si riferisce all'esercizio finanziario 2011 e andrà in "perenzione amministrativa" in data 31 dicembre 2013 ai sensi dell'art. 36 del Rd 18 novembre 1923, n. 2440.

7. La Regione è a conoscenza e accetta che le quote del finanziamento erogate a decorrere dal 1° gennaio 2014 saranno oggetto della procedura di rescrittura in linea delle relative somme, procedura che sarà avviata dal Ministero su richiesta della Regione a decorrere dal 1° luglio 2014.

Art. 7 - Modalità e termini di erogazione del finanziamento

1. Il finanziamento sarà erogato secondo le seguenti modalità:

a) una prima quota, pari al 40% del finanziamento, pari a € 26.000,00 (ventiseimila/00) dietro formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta, inoltrata dopo la formale comunicazione di cui all'articolo 2, comma 1;

b) una seconda quota, pari al 30% del finanziamento, pari a € 19.500,00 (dieci novemila e cinquecento/00), dietro presentazione da parte della Regione di formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta;

c) una terza quota, pari al 30% del finanziamento, pari a € 19.500,00 (dieci novemila e cinquecento/00), dietro presentazione da parte della Regione della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3, unitamente a una formale richiesta di pagamento e relativa nota di debito/fattura ove dovuta;

2. Le richieste di pagamento di cui al comma 1 vanno intestate e inviate a: Ministero della Salute - Direzione generale della Prevenzione - Ufficio I - Via Giorgio Ribotta n. 5, 00144, Roma.

3. Il pagamento di cui al comma 1 lettera b) sarà disposto a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero dei rapporti tecnici e dei rendiconti finanziari di cui all'articolo 3, relativi al primo semestre di attività, per gli accordi annuali, e ai primi due semestri di attività, per gli accordi di durata superiore a 12 mesi.

4. Il pagamento di cui al comma 1, lettera c) sarà disposto a seguito della positiva valutazione da parte del Ministero della relazione e del rendiconto finali di cui all'articolo 3. La Regione si impegna a restituire le somme eventualmente corrisposte in eccesso, secondo modalità e tempi che saranno comunicati per iscritto dal Ministero.

5. I pagamenti saranno disposti entro sessanta giorni dal ricevimento delle richieste di cui al comma 1 mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria dello Stato competente per territorio e ivi reso esigibile mediante accreditamento della somma sul c/c di tesoreria n. IT29Q010000324531 | 1300030938, intestato alla Regione. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nell'erogazione del finanziamento cagionati dai controlli di legge e/o dovuti a indisponibilità di cassa.

Art. 8 - Sospensione dei pagamenti. Diffida ad adempiere. Risoluzione dell'accordo

1. In caso di valutazione negativa delle relazioni di cui all'articolo 3, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata o irregolare attuazione del presente accordo.

2. In caso di accertamento, in sede di esame delle relazioni di cui all'articolo 3, di grave violazione degli obblighi di cui al presente accordo, per cause imputabili alla Regione, che possano pregiudicare la realizzazione del progetto, il Ministero intima per iscritto alla Regione, a mezzo di raccomandata a/r, di porre fine alla violazione nel termine indicato nell'atto di diffida. Decorso inutilmente detto termine l'accordo si intende risolto di diritto a decorrere dalla data indicata nell'atto di diffida.

3. È espressamente convenuto che in caso di risoluzione del presente accordo, la Regione ha l'obbligo di provvedere, entro sessanta giorni dal ricevimento della relativa richiesta, alla restituzione delle somme corrisposte sino alla data di risoluzione dell'accordo.

Caratteristiche del progetto messo in atto. Target del progetto:

- cittadini extracomunitari irregolari muniti di Stp;

- cittadini extracomunitari con permesso di soggiorno ma privi di residenza o di domicilio e senza fissa dimora;

- cittadini comunitari Stp;

- cittadini italiani, privi di documenti, non residenti né domiciliati, senza fissa dimora.

ricoverati presso i presidi ospedalieri della Asf e dell'Aouc, dimissibili, ma con necessità improrogabile di continuità assistenziale.

Metodologia:

L'innovazione del percorso è stata quella di garantire anche alla popolazione sopra indicata, in dimissione dagli Ospedali della Asf e dall'Aouc, un percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio parallelo a quello in essere per tutti gli altri cittadini: si offrono quindi a tutti, cittadini regolarmente assistiti e non iscritti al Ssr, le stesse opportunità di cura e di riabilitazione previste per le dimissioni complesse, attive nell'ambito territoriale della Asf con il progetto "un solo paziente", evitando inappropriati e prolungati

ricoveri nei reparti ospedalieri per acuti e sperimentando percorsi di cura socio-sanitari che rispettino la dignità della persona.

Per dimissione complessa s'intende la necessità di individuare, per un paziente ricoverato in un ospedale per acuti, un altro setting assistenziale di diversa intensità di cura.

La collaborazione e integrazione tra il personale dei presidi ospedalieri (medico, infermiere, assistente sociale e fisioterapista) e il team dell'Associazione Caritas (assistente sociale, infermiere, educatore/mediatore culturale), il Mmg, ha consentito la realizzazione di percorsi di cura nel rispetto della uguaglianza, della opportunità e della coesione sociale.

Si è costituito un gruppo tecnico di progetto, costituito da 2 medici (1 Asf e 1 Aouc), 3 Assistenti sociali, 1 referente riabilitazione, 2 referenti Caritas, che ha avuto il compito di predisporre un protocollo operativo in linea con le indicazioni del progetto, monitorare che fosse correttamente utilizzato, valutare le richieste degli ospedali, osservare l'andamento del progetto.

La flessibilità della organizzazione della struttura ha consentito, nella gestione del quotidiano, di costruire e attivare sul territorio una rete di risorse formali e informali adeguate a rispondere alle necessità: nello stesso tempo il gruppo ha potuto analizzare meglio quali potevano essere le criticità per migliorare la risposta.

Una caratteristica importante del progetto è stata quella di accompagnare le persone, dopo avere terminato il percorso sanitario, nella continuità anche sociale, identificando il loro destino sociale scelto e condiviso nelle sue tappe: avvio verso percorso di regolarizzazione di documenti, di inclusione sociale, di rimpatrio, di ricongiungimento familiare, di presa in carico da parte dei servizi pubblici o del volontariato e per finire, in alcuni casi, anche accompagnamento con la dignità di "persona" verso la morte in una casa che "tiene".

Assistenza domiciliare

La persona seguita in "domiciliare" costituiscono un intervento costruito durante il progetto, non previsto all'inizio.

Per "domicilio" intendiamo un luogo con accezione più allargata del domicilio comunemente inteso: il luogo dove "dimora", provvisoriamente o per un periodo più lungo, la persona in continuità assistenziale del nostro target, dove gli operatori socio-sanitari possono prestare la propria opera. Questa modalità assistenziale è stata ritenuta più idonea, e intendiamo inserirla come risorsa nel prossimo progetto, perché risponde maggiormente alla personalizzazione dell'intervento e attiva/personalizza contemporaneamente le risorse della persona e del contesto sociale, liberando inoltre posti a Casa Stenone più utili per un'assistenza sulle 24h.

Rapporti con gli ospedali

Obiettivo: uguaglianza dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio

Dall'attivazione del progetto ogni presidio della Asf e dell'Aouc, rispetto al passato, ha avuto risposte tempestive ai problemi di dimissioni complesse per la popolazione in target.

Il personale infermieristico di Casa Stenone (struttura di accoglienza) è stato il garante del percorso di continuità assistenziale effettuando la presa in carico del paziente entro 48 ore dalla segnalazione direttamente nel presidio segnalante.

Il gruppo tecnico di progetto ha garantito la supervisione della procedura.

Risultati del primo periodo di esperienza

1. Nazionalità e genere dei pazienti assistiti: Personae assistite: 36 di cui 28 maschi (78%) e 8 femmine (22%). Anche in domiciliare la distribuzione risulta analoga (7 maschi e 1 femmina).

Totale giornate di presenza al 21/7/2012: 2.895 di cui 645 nel 2011 e 2.250 nel 2012. Il 36% dei pazienti presi in carico sono stati rumeni e polacchi, rappresentando così la prevalenza del target.

Età: range 19-65 anni con fascia prevalente fra i 40 e i 50 anni

2. Differenziazione per patologie

Gruppo diagnostico	N. pazienti
Oncologia	6
Ortopedia	9
Malattie infettive	6
Cirrosi	3
Malattie cardiovascolari	6
Ulcere distrofiche	2
Asscesso muscolare	1
Diabete	1
Ulcera duodenale con grave anemia	1
Insufficienza renale	1

euro 330.000

Disponibilità di accesso a struttura di Riabilitazione intensiva in regime di ricovero, e personalizzazione di interventi in domiciliarietà presso altre strutture di accoglienza.

euro 150.000

Equipe professionale, accompagnamenti e sostegno per rientri in patria:

euro 50.000

SPERIMENTAZIONE ALL'ASL DI FIRENZE

Non iscritti al Servizio sanitario nazionale: assistenza certa durante e dopo il ricovero

Convenzione con l'associazione di volontariato "Solidarietà-Caritas Onlus" - Finanziamento di 150mila euro

Pubblichiamo la delibera 1025 di prosecuzione nel 2012 del «Progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al Servizio sanitario nazionale».

LA GIUNTA REGIONALE

Delibera

Per quanto espresso in premessa.

1. di approvare la prosecuzione del "Progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al Servizio sanitario nazionale" per l'anno 2012, allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale;

2. di prenotare la somma complessiva di € 150.000,00, quale contributo per l'attuazione della prosecuzione del progetto di cui al precedente punto sul capitolo 24187 del bilancio gestionale 2012, che presenta la necessaria disponibilità;

3. di assegnare all'azienda Usl 10 di Firenze la somma complessiva di € 150.000,00 quale contributo per l'attuazione della prosecuzione del progetto "Progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al Servizio sanitario nazionale" allegato A al presente atto quale parte integrante e sostanziale.

Allegato A

Progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al Sistema sanitario nazionale

Considerato che:

- gli interventi socio-assistenziali urgenti e indifferibili a tutela della salute sono un diritto fondamentale riconosciuto a ogni persona dalla Costituzione e dalle norme internazionali;

- la Azienda sanitaria fiorentina in accordo con la Società della salute di Firenze ha presentato un progetto sperimentale sulla continuità assistenziale ospedale-territorio per la popolazione non iscritta al Servizio sanitario nazionale, approvata e finanziata dalla Regione Toscana con delibera n. 987 del 22/11/2010;

- la Sds di Firenze con delibera n. 36 del 2 agosto 2011 ha stipulato una convenzione con la Associazione di volontariato "Solidarietà-Caritas Onlus" di Firenze per l'attuazione del progetto sopra indicato;

- il 12 Settembre 2011 è stato implementato il progetto con l'apertura della struttura di accoglienza e continuità assistenziale di bassa soglia Casa Stenone, località Antella, con disponibilità di 12 posti letto in regime residenziale gestita dalla Caritas

MONITORAGGI *Uno studio del Centro regionale documentazione infanzia e adolescenza*

Under 14 in salute ma pochi

Deficit di 50mila bambini tra 0 e 14 anni - Impatto positivo dei servizi sanitari

Il Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza ha mantenuto nel tempo attivo un canale fondamentale di interlocuzione con i servizi territoriali capace di garantire flussi informativi essenziali sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella nostra Regione con riferimento agli interventi sociali rivolti a essi e alle loro famiglie.

È su questo lavoro svolto in continuità, ma anche sull'approfondimento continuo di fonti statistiche di secondo livello, la costruzione e il monitoraggio nel tempo di alcuni indicatori importanti, che è possibile innescare studi e approfondimenti mirati sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nella nostra Regione.

Il più recente fra questi è quello realizzato da Roberto Volpi, "Bambini e ragazzi in Toscana: a partire dai dati, fuori dagli stereotipi", pubblicato nella collana Infanzia, Adolescenza e Famiglia del Centro Regionale che, proprio a partire da un'analisi ad ampio raggio dei dati disponibili propone alcune interessanti, in alcuni casi controverse, chiavi di lettura sulla situazione dei bambini e dei ragazzi nella nostra Regione.

Centrale, nell'interpretazione di Volpi, la constatazione di come manchi, in Toscana, ma anche in Italia, una "narrazione" non tanto letteraria quanto scientifica, capace di restituire bambini e ragazzi alla loro autentica realtà e come sia estremamente difficile



Lo studio

Minori fuori famiglia secondo la cittadinanza e la sistemazione - Al 31/12/2011^{(a)(b)}

Minori	In affidamento familiare	In strutture residenziali	Totale minori fuori famiglia
Minori italiani	776	361	1.137
Minori stranieri non accompagnati	71	99	170
Altri minori stranieri	256	153	409
Totale	1.103	613	1.716

(a) I dati della sds Versilia si riferiscono ai soli Comuni di Forte dei Marmi, Seravezza e Massarosa; (b) Dati provvisori. Alle 3 zone non rispondenti alla rilevazione al 31/12/2011 sono stati imputati i dati al 31/12/2010

Minori fuori famiglia secondo la cittadinanza e la sistemazione - Anni 2009-2011

Anni ^a	Italiani	Minori stranieri			Totale minori fuori famiglia	Di cui in affidamento familiare	Di cui in struttura residenziale
		Non accompagnati	Altri minori stranieri	Totale minori stranieri			
2009	1.202	300	421	721	1.923	1.219	704
2010	1.159	175	412	587	1.746	1.138	608
2011 ^b	1.137	170	409	579	1.716	1.103	613

(a) I dati della sds Versilia si riferiscono ai soli Comuni di Forte dei Marmi, Seravezza e Massarosa; (b) Dati provvisori. Alle 3 zone non rispondenti alla rilevazione al 31/12/2011 sono stati imputati i dati al 31/12/2010

rintracciare analisi che mettano nella giusta luce e al centro dell'attenzione quelli che sono gli aspetti più rilevanti e critici riferiti alla loro condizione di vita: in primis, sicuramente, la loro penuria, il loro continuo decrescere, ancora più evidente in una Regione come la Toscana dove, a fronte di ciò, sono raggiunti risultati di grande rilievo in termini di salute e benessere di quegli stessi bambini e ragazzi.

Nella popolazione 0-14 an-

ni la Toscana sconta un deficit di quasi 50mila bambini rispetto al resto d'Italia, di 150mila rispetto all'Ue dei 15. Tale fascia di età rappresenta il 12,7% della popolazione regionale, contro il 14% di proporzione della stessa fascia di età in Italia e il 17% nell'Ue 15. Una criticità solo in parte compensata dalla costante crescita della componente straniera della popolazione regionale. È tuttavia correlato a ciò un quadro di insieme, che potremmo ge-

nericamente descrivere di "salute", assai positivo, caratterizzato da un livello di mortalità fra i più bassi in Italia e in Europa, così come il forte calo della mortalità per incidentalità stradale e un'incidenza di morti per altre cause violente che non raggiunge la decina nel periodo 2006-2010.

Un quadro complessivamente positivo che naturalmente è determinato da un insieme di condizioni socio-economiche e culturali, ma anche

dall'estensione e qualità della rete dei servizi sanitari, educativi e sociali presenti per i bambini e le famiglie. Così come gli alti tassi di istruzione e di presenza di bambini e ragazzi nel sistema educativo. E comunque tutto ciò è accompagnato da un aumento di sensibilità, fino al vero e proprio allarme della società rispetto alle, seppur numericamente poche, tuttavia drammatiche evenienze negative che li coinvolgono nella ecce-

zionalità piuttosto che nella quotidianità; una sfera che difficilmente è campo di studio, anche in quelle frange di disagio a margine che pure dovrebbero essere ben più affrontate.

Il pericolo è quello che l'attenzione (anche veicolata dai mezzi di comunicazione) sia focalizzata su tipologie di eventi veramente rari ed eccezionali e che non sia dato adeguato spazio a tematiche di maggiore rilievo come la crisi, l'assenza o la non funzionalità della famiglia per tanti minori in Toscana come in Italia.

E i minori che vivono in situazioni conflittuali familiari o peggio "fuori" dalla famiglia di origine rappresentano uno dei principali e forse più "ordinari" problemi che le istituzioni e i servizi si trovano a dover fronteggiare, così come la maggiore rappresentatività dei minori stranieri in fenomeni "critici" di ordine sociale. Un tasso, quello della presenza di bambini e ragazzi 0-17 fuori dalla famiglia di origine, che ci pone al di sopra della media nazionale (3,4 ogni 1.000 residenti nella fascia di età contro il 2,9 della media italiana secondo i dati del Centro Nazionale www.minorit.it).

a cura di
Sabrina Breschi
Coordinamento delle attività
dell'Istituto degli Innocenti
per il Centro regionale
di Documentazione
per l'infanzia e l'adolescenza

I DATI RACCOLTI DALL'OSSERVATORIO

Il database degli Innocenti

Ai sensi della Lr della Toscana n. 31/2000 sono affidate all'Istituto degli Innocenti le funzioni di Centro regionale di documentazione per l'infanzia e l'adolescenza e le attività di osservazione, raccolta ed elaborazione di dati e informazioni, studio e analisi della condizione di vita dell'infanzia, dell'adolescenza e delle famiglie (osservatorio minori), nel quadro delle funzioni dell'osservatorio sociale regionale e di quanto previsto dalla Legge 451/97.

Viene quindi condotto un lavoro sistematico di analisi e ricognizione di dati statistici ufficiali, integrato con informazioni provenienti dai sistemi di monitoraggio o elaborate in proprio, per fornire un quadro completo e il più possibile esaustivo sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Toscana. Le principali famiglie di indicatori, là dove possibile, articolati a livello zonale, sono:

- Demografia e popolazione
- Matrimoni, nascite e interruzioni di gravidanze
- Caratteristiche delle famiglie
- Figli nelle separazioni e nei divorzi
- Presenza di minori stranieri
- Educazione pre scolare (nidi, servizi educativi e scuola dell'infanzia)
- Istruzione
- Suicidi e tentativi di suicidio, incidentalità stradale
- Malattie, ospedalizzazione, mortalità
- Stili di vita e comportamenti a rischio
- Abusi e maltrattamenti, minori scomparsi

Per approfondimenti www.minoritoscana.it

I FLUSSI INFORMATIVI SULLE ATTIVITÀ TERRITORIALI PER MINORI E FAMIGLIE

Servizi sociali e di accoglienza sotto la lente

Nella terza parte del volume di Roberto Volpi l'attenzione viene concentrata sul sistema dei servizi territoriali sociali rivolti a bambini e famiglie, nella loro dimensione di complessità e articolazione. I servizi sociali, a differenza di altre tipologie, soffrono di una maggior difficoltà alla definizione e alla rappresentazione unitaria, nonché alla individuazione di standard precisi soprattutto per la loro complessità e articolazione, dovuta all'ampiezza, differenziazione, spesso non facile catalogazione, nonché continua e rapida mutazione dei fenomeni e dei bisogni sociali cui sono chiamati a rispondere. Fra le diverse possibili, la scelta intenzionale dell'approfondimento realizzato da Volpi è quella di focalizzarsi su tre livelli di intervento: strutture, servizi, attività, e in particolare su alcune tipologie dove maggiore è la capacità di documentazione garantita dalla Regione attraverso appunto i flussi informativi analizzati dal Centro regionale: strutture di accoglienza a carattere residenziale e semiresidenziale, centri affidi e servizi di mediazione familiare (per la tipologia "servizi"), attività con riferimento agli interventi di tipo domiciliare e di sostegno economico alle famiglie. Elemento aggregante per l'analisi è la problematicità della condizione di vita del bambino nelle famiglie di origine.

Fra i diversi spunti presi in considerazione, sicuramente il quadro informativo sulle strutture residenziali e sulle caratteristiche dei bambini allontanati dalla famiglia (in struttura o in affidamento familiare) risulta, alla luce anche di quanto accennato prima, estremamente rilevante. Grazie alla fertile e costante nel tempo collaborazione mostrata proprio dai referenti territoriali dei servizi così come delle comunità stesse è anche particolarmente ricco e consente livelli di approfondimento

non così diffusi nel panorama nazionale. Anche in una dimensione di sintesi alcuni dati risultano particolarmente significativi. Se, come abbiamo visto, il tasso di bambini e ragazzi che vive fuori dalla famiglia di origine è sopra la media nazionale, tuttavia è anche vero che la dinamica esistente all'interno di questo dato con la prevalenza dei minori affidati a famiglie (65%) rispetto agli inseriti in comunità è dato da leggersi positivamente, anche come segnale di funzionalità dell'intervento sociale.

Il dato, disponibile per il confronto a livello nazionale al 2010 si conferma per la Toscana che dispone di dati aggiornati dalle Zone, anche al 2011 (vedi tabelle). Forte l'incidenza della componente maschile e straniera tanto che così potrebbe essere "riassunta" la maggiore caratterizzazione della possibilità di essere inseriti in una struttura residenziale: maschio, adolescente, straniero. Le comunità di accoglienza rappresentano da sempre per la Regione un interlocutore fondamentale per approfondire questo spaccato di intervento sociale, tanto che proprio con loro, grazie anche al lavoro di monitoraggio svolto negli anni passati dal Centro regionale, sarà possibile sperimentare nelle prossime settimane una prima componente del nuovo sistema informativo sociale regionale in costruzione, basato sul monitoraggio delle posizioni individuali dei bambini.

Il nuovo sistema, che negli sviluppi successivi andrà a coinvolgere nella loro globalità i servizi territoriali, basato sulla gestione della cartella sociale, consentirà di seguire i percorsi e poter sviluppare meglio quella valutazione sul lavoro sociale e sugli esiti dell'intervento auspicata dallo stesso Volpi nelle conclusioni del suo studio.

PISA

Continua il trasferimento di tutto l'ospedale nel nuovo polo di Cisanello

Il Santa Chiara alla fase due



Sì alla vendita di 21 edifici nell'area storica e allo spostamento dei reparti

Giunge a una tappa cruciale l'iter sul piano di recupero dell'ospedale Santa Chiara di Pisa. Con il passaggio in consiglio comunale a fine novembre, per l'atto di indirizzo prima dell'adozione da parte della Giunta, prosegue l'operazione di importanza strategica per la collettività e per il Ssr.

Dal riassetto urbanistico e dalla conseguente valorizzazione dell'area storica limitrofa alla Torre di Pisa, attraverso la vendita dei 21 edifici di proprietà di azienda ospedaliera e Università di

Pisa, dipende infatti buona parte dell'operazione di trasferimento definitivo di tutto l'ospedale a Cisanello, con il completamento del cosiddetto "Il potenziamento". Un'operazione da circa 300 milioni che consentirà da un lato di riqualificare una delle aree di maggiore pregio storico della città, con evidenti ricadute di tipo economico, dall'altro di eliminare definitivamente la frammentazione dei reparti ospedalieri su due presidi e di concentrare tutto il nocciolo dell'area assistenziale, didattica e della

ricerca in un moderno monoblocco ispirato agli standard fra i più avanzati in Europa. La tappa appena fatta giunge quindi a coronamento di un lavoro congiunto che ha impegnato negli ultimi anni, dall'Accordo di programma firmato nel 2005 fino a oggi, tutti gli enti coinvolti in quest'operazione. Una cabina di regia che, lavorando con tabelle di marcia ben definite e conferenze dei servizi, ha consentito di predisporre tutte le azioni per arrivare alla fase di indizione della gara prevista per genna-

io 2013. Sarà una gara unica per Aoup e Università, un appalto integrato su progetto definitivo per la progettazione esecutiva, la costruzione degli edifici, la gestione delle centrali di energia e la manutenzione degli impianti e degli edifici per 10-15 anni. Un iter che, prima di approdare in Giunta, è stato condiviso anche tramite un approfondimento in I Commissione urbanistica.

Che l'approvazione del piano di recupero del Santa Chiara sia strettamente funzionale alla realizzazione del com-

pletamento del «Nuovo Ospedale Santa Chiara» in Cisanello è evidente, dal momento che ben 135 milioni della somma ricavata dall'alienazione degli immobili di proprietà dell'Aoup e dell'Università (21 edifici del Santa Chiara, complesso dei Trovatelli, ex Ospedale del Calambrone, via Zamenhof, San Zeno ecc.) dovranno essere destinati alla costruzione del nuovo.

Emanuela del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

PISA /2

L'Aoup testa i primi due interventi con gli stent coronarici riassorbibili

Sono stati trattati con successo dall'équipe del Laboratorio di Emodinamica dell'azienda ospedaliera universitaria di Pisa - diretta da Sonia Petronio - due pazienti cardiopatici con l'impianto di "stent" coronarici riassorbibili. Si è trattato dei primi interventi di questo tipo eseguiti in un ospedale dell'Italia centrale.

Lo stent è una protesi impiantata a pazienti con malattie coronariche attraverso l'angioplastica, un intervento chirurgico durante il quale si dilata l'arteria ristretta con un palloncino e la si mantiene aperta nel tempo grazie appunto alla protesi. Finora gli stent erano esclusivamente fatti di metallo, che resta per sempre all'interno delle arterie coronarie, talvolta causando uno stato di infiammazione da corpo estraneo conosciuto come risteno-

nei primi mesi la stabilizzazione dell'intervento di disostruzione della coronaria e in seguito restituisce all'arteria la sua elasticità e la sua capacità di rispondere agli stimoli fisiologici e cioè di restringersi e dilatarsi, senza lasciare traccia di corpi estranei.

Un ulteriore vantaggio degli stent riassorbibili (più propriamente definiti "sostegni vascolari biorassorbibili" o "bioresorbable vascular scaffolds" - Bvs) è dato dalla possibilità di eseguire più facilmente un eventuale successivo intervento di angioplastica o di bypass coronarico per via chirurgica nel caso

in cui, a distanza di tempo, il paziente dovesse sviluppare un peggioramento della malattia coronarica. Perciò i candidati ideali all'impianto dei nuovi dispositivi sono i pazienti giovani con malattia coronarica già estesa e con numerosi fattori di rischio, che potrebbero avere la necessità di essere sottoposti in futuro a nuovi interventi di rivascolarizzazione.

Questi dispositivi sono in materiale biocompatibile

Emanuela del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

PISA /3

I Comuni della Valdera puntano sul ruolo dell'agricoltura sociale

A fine novembre presso l'Unione dei Comuni della Valdera si è tenuto il convegno «Agricoltura sociale e salute mentale», per illustrare l'esperienza di questo territorio della provincia pisana. Le finalità strategiche dell'agricoltura sociale si possono sintetizzare in quattro punti principali. Il primo è certamente identificabile nello sviluppo dello spirito solidaristico attraverso l'attivazione di meccanismi e stru-

menti che facciano leva e valorizzino la capacità inclusiva del territorio e della comunità che lo abita, in una logica di responsabilità diffusa e non di delega totale ai servizi professionali, incentivando la nascita di servizi di prossimità di quasi volontariato e nuovi approcci solidaristici ai bisogni. Un altro punto qualificante è il potenziamento della capacità di inclusione sociale, sviluppando azioni e progetti finalizzati all'inclusione sociale, ponendo la persona, nella sua unicità e individualità, al centro del sistema dei servizi, come componente attiva. Anche il rafforzamento dei processi di integrazione è da inse-

rirsi in una prospettiva matura di corresponsabilità dell'intera comunità locale, azionando largamente forme di sussidiarietà verticale e orizzontale.

Il progetto punta anche sulla qualità delle produzioni e dei servizi (agricoltura sociale e di filiera corta, manifattura e terziario tecnologicamente avanzati, turismo sostenibile) attraverso lo sviluppo di marchi, piattaforme distributive, recupero di competenze, formazione mirata, percorsi innovativi di inserimento al lavoro. Di grande importanza è anche la valorizzazione degli spazi rurali per incentivare il ruolo del-

In un convegno le esperienze nella salute mentale

Daniela Gianelli
Ufficio stampa Asl 5 Pisa

LIVORNO

Aids sotto i riflettori: resta stabile il numero dei nuovi sieropositivi

È sostanzialmente stabile il numero dei nuovi casi di sieropositivi nella provincia di Livorno che passa dai 27 dello scorso anno ai 25 attuali, a un mese dalla fine del 2012. I dati sono stati presentati, come consuetudine, in occasione del tradizionale appuntamento in vista della giornata mondiale di sensibilizzazione contro l'Aids del primo dicembre da Sparta-

co Sani, direttore dell'Unità operativa di Malattie infettive dell'azienda Usl 6. «L'Hiv nonostante se ne parli poco - dice Sani - è un'infezione sempre presente e continua a essere un problema sanitario di grande rilevanza. Dopo il triste e allarmante primato del 2010, quando furono registrati 43 nuovi casi a Livorno e provincia, si registra un numero costante di nuove infezioni. A oggi i sieropositivi residenti nel territorio dell'azienda Usl 6 arrivano così a quota 389 dei quali 288 maschi (74,2%) e 101 femmine (25,8%), la metà dei quali provenienti dalla zona livornese. I pazienti seguiti a oggi nel reparto di Malattie infettive sono circa 580 e l'85 per cento di loro sono in terapia».

Le terapie negli anni sono cambiate parecchio e oggi i pazienti con Hiv conducono una vita quasi normale e le stesse donne sieropositive, adeguatamente seguite, partoriscono bambini perfettamente sani: risultati fino a pochi anni fa impensabili. «Ma a essere cambiata nell'ultimo decennio è soprattutto la modalità di trasmissione - continua Sani - oggi è una malattia a quasi esclusivo contagio per via sessuale, con la modalità eterosessuale che è la più frequente: ciò significa che l'Hiv può di fatto interessare chiunque. Ancora oggi una buona parte dei pazienti giunge tardivamente alla diagnosi quando ha la malattia conclamata e scopre contemporaneamente di essere sieropositiva e di avere l'Aids. Dei nuovi casi, un numero significativo è costituito però anche da infezioni recenti: ciò significa che il virus circola attivamente, trasmesso attraverso rapporti sessuali con persone che non sono consapevoli, per molteplici motivi, di essere sieropositive».

Nel 2012 si sono registrati 25 casi, l'anno scorso 27

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

IN BREVE

▼ LUCCA

A fine novembre presso l'ospedale «Campo di Marte» si è tenuta la giornata mondiale dedicata alla salute della donna, "World women bladder disorders Day" (Wwbdd) e la cittadinanza ha accolto positivamente l'invito a presentarsi per esporre i propri problemi di incontinenza urinaria e di prolasso utero-vaginale chiedendo informazioni e consigli su queste delicate problematiche. «Molte - evidenzia Gian Luca Bracco, medico che ha eseguito le visite - sono state le donne che hanno preso l'occasione per esporre a noi medici i loro problemi uroginocologici, ammettendo che non l'avrebbero fatto senza un'occasione di questo tipo. Siamo quindi estremamente soddisfatti del successo dell'iniziativa».

▼ LIVORNO

Publicato sul sito dell'Azienda Usl 6 di Livorno il nuovo bando per la selezione dei 60 partecipanti al corso, anno formativo 2012-2013, per il conseguimento della qualifica di Operatore socio-sanitario (Oss) con percorso abbreviato per Addetti all'assistenza di base (Aab). I corsi, ciascuno di 30 allievi, avranno sede a Livorno e Donoratico. Possono presentare domanda tutti coloro che, compresi i cittadini stranieri, in possesso del diploma della scuola dell'obbligo, abbiano compiuto 17 anni e siano in possesso dell'attestato di qualifica di Aab. Le qualifiche di Osa, di Ada, rilasciate ai sensi della Legge 845/78, e di tecnico dei Servizi sociali con diploma quinquennale rilasciato dagli Istituti Professionali di Stato, sono equiparate a quella di Aab.

▼ AREZZO

Il primo dicembre all'Auditorium dell'ospedale San Donato di Arezzo si è tenuto il convegno su «Le cellule staminali tra scienza ed etica», organizzato dalla sezione toscana dell'Associazione medici cattolici. Quello affrontato è un tema di grande attualità con molti aspetti: da quelli medici per l'impiego in alcune condizioni patologiche alle grosse implicazioni etiche per la natura delle cellule staminali e della loro provenienza e manipolazione. «La scienza - sostiene Domenico Di Virgilio, presidente Associazione dei medici cattolici italiani - ha dimostrato che le cellule programmate possono essere utilizzate per la terapia di molte malattie degenerative, neurologiche, tumorali e linfomi, che una volta avevano un successo solo dell'1-2 o 3%».

CALENDARIO



GROSSETO

Presso la Sala didattica di chirurgia robotica dell'Asl 9 si terrà il seminario 2012 Simt dal titolo "Trali: percorsi diagnostici e indicazioni per la prevenzione". Sotto la lente la riduzione del rischio da Trali per promuoverne un migliore riconoscimento e una più puntuale segnalazione. Per info: 0564485234; a.virgili@usl9.toscana.it



FIRENZE

Organizzato dall'Azienda regionale di Sanità, presso l'Auditorium Cto Careggi, il workshop "Progetto nazionale Ccm. La qualità dell'assistenza in Rsa: i risultati della Toscana". Obiettivo: contribuire alla costruzione di reti collaborative regionali per il miglioramento dell'assistenza nelle Rsa. Per info: 0554624365; daniela.bachini@ars.toscana.it



PRATO

"Responsabilità professionali e gestionali-organizzative nei pdta" è il convegno che si terrà a Pellegrinaio Nuovo in Piazza Ospedale a Prato. L'evento ha lo scopo di migliorare l'organizzazione degli operatori, principalmente nel gruppo dei professionali, in vista della nascita del nuovo Ospedale. Per info: 0574435751; ufap@usl4.toscana.it

**Per tua figlia
che cresce
meglio
il vaccino
oggi
che l'HPV
domani.**



numero verde 800 556060
www.regione.toscana.it/iointantomivaccino



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana